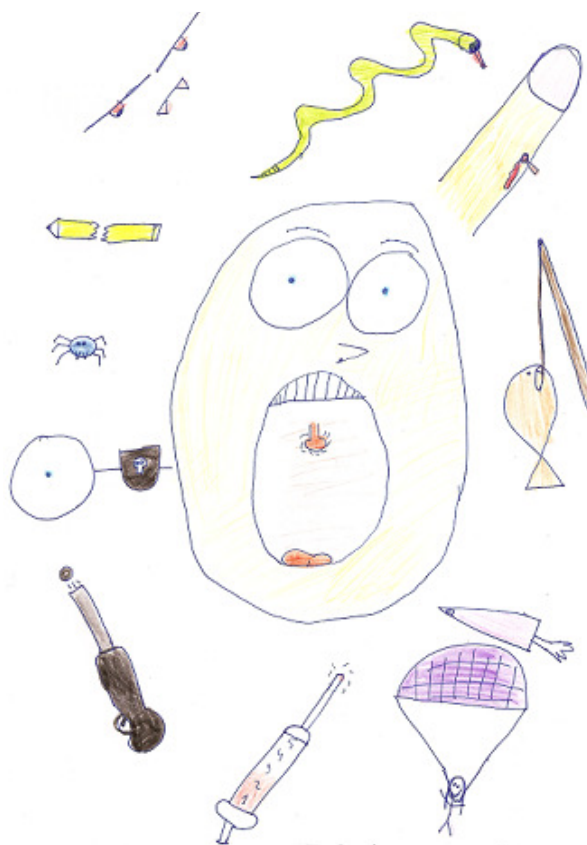




Hva er effektiv behandling av angstlidelser?



PED-3901

Linda Melberg & Paul Tellef Hødnebø

Mastergradsoppgave i spesialpedagogikk

Institutt for lærerutdanning og pedagogikk

Universitetet i Tromsø

Våren 2011

Forord

Vi vil først benytte anledningen til å takke vår veileder Richard Haugen for god og konstruktiv veiledning underveis i vårt arbeid med masteroppgaven. Vi er takknemlige for at vi har fått ha en så kunnskapsrik og erfaren veileder.

Deretter ønsker vi å rette en stor takk til Ella og Leif Melberg som har stilt opp som barnevakt for sine barnebarn Tina og Lena, når mor og far har hatt travle tider med oppgaveskriving. Vi vil også takke de to jentene våre for at de har tegnet fremsiden til oppgaven vår, og holdt ut med oss i denne tiden. Vi håper ikke de har blitt avskrekket fra å ta utdanning selv.

En stor takk går også til Signe Ekenberg for at hun har gitt så god informasjon og ”passet” på oss som har jobbet fra Jørpeland.

Vi vil også takke bibliotekar Reidun Hetland Sandvik ved Strand videregående skole, og bibliotekarer ved Jørpeland bibliotek som har vært svært behjelpelige med å låne inn aktuell litteratur til oss.

Til slutt vil vi takke hverandre for et godt samarbeid, hvor vi har forsøkt å praktisere det vi har lært i denne studietiden om det å motivere og få frem det beste i den enkelte.

Linda Melberg & Paul Tellef Hødnebo

Jørpeland 3. mai 2011

Resymè

Som lærere i ungdomsskole og videregående skole har vi kommet i kontakt med flere elever som sliter med angstproblematikk. Vi ser at enkelte av disse elevene har store vansker med å delta i sosiale og faglige aktiviteter. Vår erfaring er at det er mangelfull kunnskap om slike lidelser i skolen. Vårt ønske har vært å heve vår kompetanse innen dette området, slik at vi kan hjelpe elever med slike vansker på en best mulig måte. Denne oppgaven tar utgangspunkt i hvordan ulike teorier forklarer hvorfor enkelte får angstlidelser, og hvilke behandlingsmetoder som bør benyttes for at folk skal bli friske.

Gjennom denne oppgaven har vi fått en teoretisk forståelse av angstlidelser, men det er ikke automatikk i at denne kunnskapen blir omdannet til kompetanse. Derfor er vårt ønske videre å få praktisere det vi har lært, gjerne i samarbeid med noen som har erfaring innen dette felt, slik at vi også kan få tilegnet oss praktisk kompetanse. Kanskje det neste vi gjør er å søke om å få hospitere steder hvor vi vet at det arbeides metodisk bra i forhold til ulike angstlidelser.

Forord.....	1
Resymè.....	2
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for problemstilling.....	5
1.1 Problemstilling	5
1.2 Oppgavens oppbygning.....	6
2. Begrepet angst	6
3. Ulike angstlidelser	11
3.1 Panikklidelse	13
3.2 Generalisert angstlidelse (GAD).....	14
3.3 Fobisk angst	14
3.3.1 <i>Spesifikk fobi</i>	16
3.3.2 <i>Sosial fobi</i>	16
3.3.3 <i>Agorafobi</i>	17
3.4 Tvangslidelse.....	18
3.5 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	19
4. Årsaksfaktorer for utvikling av angstlidelser.	20
4.1 Nevrobiologisk teori.....	21
4.1.1 <i>Nevrotransmittere og hormoner</i>	22
4.2 Psykoanalytisk teori	23
4.3 Atferdsteori	26
4.3.1 <i>Klassisk betinging</i>	26
4.3.2 <i>Operant betinging</i>	28
4.3.3 <i>Modellering</i>	29
4.4 Kognitiv teori	29
4.5 Humanistisk teori	31
4.6 Sosiokulturell teori	33
4.6.1 <i>Oppsummering av teoretiske årsaksforklaringer til angst</i>	35
5. Utredning og diagnose	35
5.1 Helhetlig kartlegging av barn.....	36
5.2 Bruk av funksjonell analyse	39
5.3 Utredningsarbeidet	40
5.4 Kartlegging av ungdom og voksne	40
6. Forebygging av angstlidelser.....	42
6.1 Helsesøster sin rolle i forebygging av angstlidelser.....	44
6.2 Barn og følelser	44
6.3 Friends og Coping Cat programmet	45
6.4 Samarbeid.....	46
6.4.1 <i>Foreldresamarbeid</i>	46
6.4.2 <i>Holdninger som fremmer et godt samarbeid</i>	47
6.4.3 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	47

7. Behandling	48
7.1 Ferdigheter hos behandler	49
7.1.1 Hva ligger i begrepet rådgivning?	49
7.1.2 Bruk av Robert Carchuffs problemløsende rådgivningsmodell.....	51
7.1.3 Yrkesrelevante kunnskaper	53
7.1.4 Yrkesrelevante ferdigheter	54
7.2 Ytre rammebetingelser	55
7.3 Ulike faser i behandlingen	56
7.3.1 Kontakt og ressursfasen	57
7.3.2 Kartleggingsfasen	58
7.3.3 Problemløsningsfase	61
7.3.4 Avslutningsfase.....	63
7.4 Hvilken type behandling gir best effekt?	64
7.4.1 Behandling av panikklidelse	65
7.4.2 Behandling av generalisert angstlidelse (GAD).....	66
7.4.3 Behandling av fobiske angstlidelser.....	67
7.4.4 Behandling av tvangslidelse (OCD)	68
7.4.5 Behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD).....	69
7.5 De ulike behandlingsmetodene – en beskrivelse	70
7.5.1 Medikamentell behandling	71
7.5.2 Psykodynamisk psykoterapi	74
7.5.3 Kognitiv atferdsterapi (KAT)	74
7.5.4 Eksponeringsterapi	77
Trygghetsstrategier	78
Eksponering i virkelige situasjoner.....	78
Tankemessig eksponering.....	80
Eksponeringsterapi med responsprevensjon.....	81
8. Drøfting - hva er effektiv behandling av angstlidelser?	82
8.1 Hva påvirker behandlingseffekten?.....	82
8.2 Hva regnes som effektive behandlingsmetoder?.....	87
8.3 Hva kan vi som lærere bidra med?.....	91
9. Avslutning og konklusjon	93
Litteraturliste.....	95

1. Innledning

Vårt arbeidsområde er spesialundervisning for barn og ungdom. Mye av vårt arbeid går ut på å tilrettelegge for at elever med spesielle behov skal få et godt skoletilbud. Vi har i løpet av vår yrkesliv sett at det er en tendens for at elever som har atferdsproblematikk knyttet til sin lidelse, ofte får stort fokus og mye ressurser. Elever som sliter med emosjonelle vansker som angst, og som ikke gjør så mye utav seg, kan ofte bli "taperne" i kampen om de knappe ressursene i skolen.

Gjennom denne oppgaven ønsker vi å rette søkelyset mot de som sliter med en angstlidelse, og finne ut hvordan vi kan hjelpe dem på best mulig måte. Vi har valgt å la oppgaven omfatte både barn, unge og voksne, siden vårt arbeidsområde kan knyttes opp mot spesialundervisning i både grunnskole, videregående skole og voksenopplæring.

Dette er en teoretisk innføring i årsakssammenhenger og hvilke effektive behandlingsmetoder som blir anbefalt i dag. Vi har valgt å bruke eksempler fra selvbiografien til Beate Winther (2010), for det var først etter å ha lest om hennes kamp mot angsten, at vi fikk en dypere forståelse av hvor vanskelig det er for en person å leve med en slik lidelse, og hva det krever av personen selv å bli frisk.

1.1 Bakgrunn for problemstilling

Gjennom denne oppgaven ønsker vi å få en dypere forståelse av angst, hva som fører til at enkelte får en angstlidelse og hva som bør gjøres for å hjelpe de som blir rammet. Vi er interessert i å finne ut om det er enkelte metoder som blir anbefalt å bruke fremfor andre i behandlingen av angstlidelser.

1.1 Problemstilling

Vår problemstilling er som følger:

Hva er effektiv behandling av angstlidelser?

1.2 Oppgavens oppbygning

Vi vil starte med å se på hva som ligger i begrepet angst. Vi vil se nærmere på forskjellen mellom angst og frykt, for deretter å konsentrere oss om den sykelige angsten. Vi vil beskrive symptomer og utbredelse av de mest kjente angstlidelser, og forsøke å finne frem til årsaksforklaringer hentet fra ulike teoretiske retninger. Vi har basert oppgaven på teori som vi har funnet om dette temaet, hentet fra både norsk og engelsk litteratur. Vi har brukt Statens helsetilsyn sin veiledningsrapport fra 2000, som gir retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser.

Så følger en kartleggingsdel, hvor vi ser på hvordan denne utredningen skjer for både barn og voksne. Før vi tar for oss behandling, har vi tatt med et punkt om forebyggende tiltak og viktigheten av å få til et godt samarbeid både omkring forebygging og behandling.

Videre vil vi belyse hvilke komponenter som vil kunne ha betydning for om behandlingsresultatet blir bra eller ikke. Dette innbefatter ferdigheter hos behandleren, ytre rammefaktorer og egenskaper ved personen selv som har denne type lidelse.

Deretter vil vi beskrive hvilke type behandling som pr i dag blir anbefalt å bruke i forhold til de ulike angstlidelsene. Vi gir en nærmere beskrivelse av hvordan de mest effektive metodene virker og hvordan disse blir brukt. I drøftingsdelen vil vi trekke frem teori og forskning som forhåpentligvis vil resultere i en forståelse og konklusjon om hva som kan regnes som effektiv behandling av angstlidelser.

2. Begrepet angst

Det finnes forskjellige måter å forklare angst på. Vi vil vise til hva ulik litteratur sier om dette begrepet. Haugen (2008) sier at: "Å definere angst generelt er ikke lett, men det er vanlig å betrakte den som en negativ følelsestilstand karakterisert ved visse kroppslige spenningstilstander og bekymringer for fremtiden" (Haugen 2008:111). Andre beskriver angst som "..en ubehagelig, anspent følelse av at noe truende vil inntre" (Malt mfl. 2003:339). Begge definisjonene beskriver at følelsene blir påvirket i negativ retning. De beskriver også en bekymring for noe som kommer til å skje. Haugen (2008) viser i tillegg til spenningstilstander som oppstår i kroppen. Vil vi

videre utdype hvordan angsten kan påvirke et menneske både mentalt og somatisk. I tillegg vil vi belyse det vanskelige skillet mellom frykt og angst.

Normal angst opplever alle i fra tid til annen, og litt angst er sunt i moderate mengder. Vi utfører vanskelige oppgaver bedre hvis vi er litt engstelige, fordi angsten setter oss i beredskap, slik at vi kan takle en vanskelig situasjon. Normale angstreaksjoner er viktig for at vi skal greie oss i livet. Angst er en overlevelsesmekanisme og et signal om fare (Barlow & Durand 2002; Skårderud mfl. 2010; Thingnæs mfl. 2008).

Uhensiktsmessig angst dreier seg om ting som kommer til å skje. Dette påvirker sinnstemningen vår siden vi ikke har kontroll over fremtidige hendelser. I motsetning til frykt, som dreier seg om en umiddelbar reaksjon på en gjeldende fare, et ytre objekt (Barlow & Durand 2002; Skårderud mfl. 2010). Rachman (2004) sier om forholdet mellom frykt og angst: "Det er lettere å skille mellom frykt og angst i teorien enn i praksis" (Rachman 2004:5). Malt mfl. (2003) omtaler også vanskeligheten med å holde begrepene frykt og angst fra hverandre. Frykt og angst kan gli over i hverandre og gjøre ulikhetene mindre tydelige.

Årsakene til frykten identifiserer man som oftest lett, i motsetning til årsakene til angst, som er langt vanskeligere å identifisere. Skårderud mfl. (2010) støtter opp om at grensene mellom frykt og angst kan være høyst uklare siden angsten har mange av de samme kjennetegnene som frykt. Kringlen (2008) omtaler skillet mellom frykt og angst som relativt. Frykten (realangst) er individets svar på ytre objektive trusler, mens angst er en diffus, indre uro uten åpenbar kjent årsak. Individet føler seg engstelig men vet ikke hvorfor. Fornuften tilsier at det heller ikke er noe å engste seg for. Vi har satt opp en skjematisk fremstilling hentet fra Rachman (2004:5) som er en oversikt over likheter og forskjeller mellom frykt og angst. Se figur 1 på neste side.

Frykt er som tidligere beskrevet en mer spesifikk reaksjon på en kjent tilstedeværende fare, i motsetning til angst, som er mer diffus og ikke har en spesifikk fare til stede. Når angstreaksjonene kommer på unaturlige tidspunkt og de påvirker dagliglivet i stor grad, snakker vi om angstlidelser. Angstlidelser er en av de vanligste psykiske lidelser hos barn og er et stort helseproblem (Grøholt mfl. 2001;

Thingnæs mfl. 2008). Angsten vedvarer som oftest selv om det i utgangspunktet ikke er noe å være redd for (Barlow & Durand 2002).

Felles for frykt og angst	
<ul style="list-style-type: none"> • Forventninger om fare eller ubehag • Anspent • Økt psykologisk og fysiologisk aktivering • Negativ følelse • Uro, rastløshet • Ledsagende kroppsreaksjoner 	
Frykt	Angst
<ul style="list-style-type: none"> • Veldefinert farefokus • Forståelig sammenheng mellom frykt og fare • Vanligvis episodisk • Avgrenset ansenthet • Provosert av fare • Avtar etter faren • Avslutning klar • Avgrenset område for frykt • Kvalitet som akuttreaksjon • Rasjonell kvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklart farefokus • Uklar sammenheng mellom angst og fare • Langvarig • Vedvarende ansenthet • Uklar start • Vedvarende • Avslutning uklar • Uten klare grenser • Økt mobilisering over tid • Irrasjonell kvalitet

Figur 1. En skjematisk oversikt over fellestrekk og forskjeller mellom frykt og angst (Rachman 2004:5).

Thingnæs mfl. (2008) viser til en undersøkelse fra USA i 1994 som viser at omtrent 20 % av alle menn og 30 % av alle kvinner vil få en angstlidelse i løpet av livet. Thingnæs mfl. sier at følelsene gjør at vi ikke klarer å tenke og handle rett når

angsten tar overhånd. Gjentar dette seg ofte har vi et angstproblem som gjør livet vanskelig både for personen selv og de som skal forholde seg til vedkommende. De sier videre at angsten av og til er maskert eller skjult fordi man opplever somatiske symptomer som for eksempel hjertebank og åndenød. Men dette er vanlige symptomer ved uhensiktsmessig angst.

Thingnæs mfl. viser til følgende symptomer som ofte viser seg ved angst:

- Kroppslige/fysiologiske reaksjoner.
- Negative tanker.
- Negative følelser.
- Flukt og unngåelsesatferd.

Dette samsvarer med hva andre sier om angst. Ifølge Malt mfl. (2003:340) kan man si at frykt og angst er et signal om fare på det psykiske eller fysiske plan. Dette signalet beskrives av Malt mfl. med tre hovedkomponenter:

- Den subjektive opplevelsen av fare.
- Psykofysiologisk aktivering i forhold til faren.
- Atferd for å mestre eller unngå faren.

Ikke så ulikt Kringlen (2008:161) som sier om angsten at den rommer:

- En følelse av overhengende fare. Hvordan man opplever situasjonen vil være avhengig av hvilke tanker man gjør seg om situasjonen.
- Kroppslige handlinger. Forsøk på flukt.
- Kroppslige endringer. Raskere puls, utvidelse av pupillene, skjelving, hete- eller kuldetokter og skjelvinger.

Kringlen viser i sin beskrivelse, i likhet med Thingnæs mfl. (2008), til kroppslige endringer som en del av angstbildet. Det gjør også Haugen (2009), da han viser til at angsten ofte utløser kroppslige reaksjoner som kan oppleves svært ubehagelige og skremmende. Slike reaksjoner kan vise seg i form av eksempelvis hjertebank, svetting, svimmelhet og skjelvinger. Thingnæs mfl. (2008) hevder at de kroppslige reaksjonene på sterk angst kan gjøre selv friske mennesker trette, deprimerte og rastløse hvis de vedvarer over tid.

Haugen (2008) sier videre at når det er snakk om en angstlidelse, så oppleves angsten svært sterk for vedkommende som har en slik lidelse. I tillegg kan personen ha et negativt syn på seg selv og fremtiden. Angsten oppstår uten at det finnes noen reell fare for personen der og da.

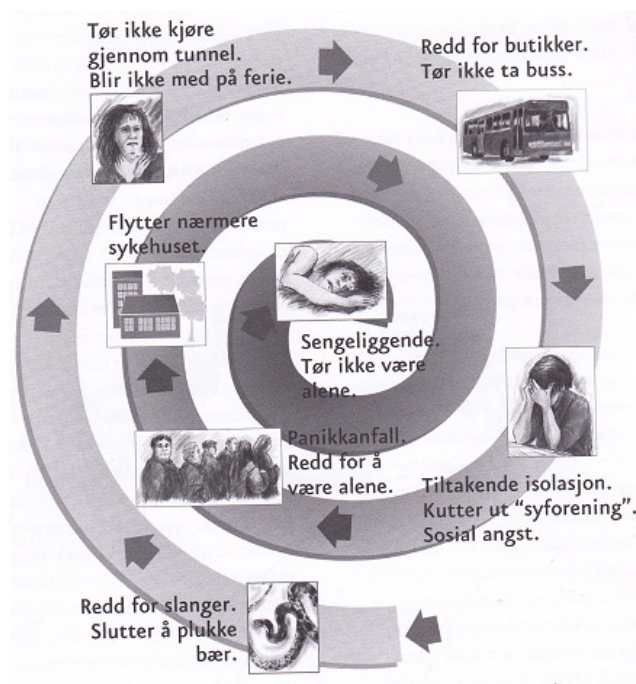
Malt mfl. (2003) hevder at angst kan ses på som en ”psykisk smertereaksjon” som alltid er ubehagelig. Angstanfallene er de mest ubehagelige. Angstanfall (eller panikkanfall som de også kalles) gjør et stort inntrykk på den personen som rammes.

Angstanfallene fører ofte til unngåelsesatferd, da dette tross alt er den enkleste måten å slippe unna angsten på. Malt mfl. omtaler unngåelsesatferd som angstens nære følgesvenn. Personer som opplever angstanfall vil videre kunne grue seg for at nye angstanfall vil kunne oppstå i fremtiden. Denne forventningsangsten (”angst for angst”) kan i enkelte tilfeller blir sterkere enn den angsten personen hadde i utgangspunktet. Malt mfl. bruker begrepet sykelig angst om angstlidelsene, og hevder at angstopplevelsen ikke i utgangspunktet kan omtales som sykelig, siden angst og frykt glir så mye over i hverandre.

Sykelige angstlidelser er derfor når angsten har mistet sin vanlige signalfunksjon ved at:

- 1) Den utløses i objektivt ufarlige sammenhenger.
- 2) Den er for sterk og langvarig i forhold til den objektive faren.
- 3) Den er knyttet til en fare som er urimelig langt inn i fremtiden.

Vi har nå sett på forholdet mellom begrepene frykt og angst, og hva som kjennetegner den sykelige angsten. Ikke bare påvirker angsten måten vi tenker og handler på, men den kan også føre til ulike kroppslige symptomer. Angst er en ubehagelig følelse som kan oppleves veldig sterkt for dem som rammes. Mange mennesker er invalidisert på grunn av angst i Norge. Vi vil vise hvordan angst kan utvikle seg fra en mild form for angst til en alvorlig lidelse ved hjelp av figur 2. på neste side.



Figur 2. "Angstspiral". Et eksempel på hvordan angsten kan utvikle seg (Thingnæs mfl. 2008:22).

En person kan eksempelvis være redd for huggorm, og av den grunn ikke lenger vil bevege seg ut i skog og mark. Dette kan utvikle seg slik at angsten oppstår i flere situasjoner og arenaer. Man kommer inn i en vond spiral, og etter hvert vil personen kunne bli mer eller mindre isolert på grunn av sin angst. Resultatet vil i verste fall føre til at vedkommende blir sengeliggende og "...helt kontrollert og slave under angsten" (Thingnæs mfl. 2008:22).

Det er vanlig at personer med en angstlidelse også har en eller flere lidelser i tillegg. Dette kalles komorbiditet, og vil bli beskrevet nærmere i det som følger (Statens helsetilsyn 2000; Thingnæs mfl. 2008). I oppgaven videre er det den sykelige angsten vi vil finne mer ut av, og har derfor valgt å gi en beskrivelse av de ulike angstlidelsene vi finner innen diagnosesystemet ICD-10.

3. Ulike angstlidelser

Det er altså snakk om en angstlidelse når angstreaksjonene dukker opp "ut av det blå", vedvarer uten en reell fare, samtidig som angsten har en stor påvirkning på hverdagen til vedkommende. Det kan være at man bare må sjekke dørlåsen en gang

til og på den måten ikke rekker bussen til jobb, eller at man får store angstreaksjoner når man må snakke i store forsamlinger. Det finnes mange forskjellige typer angst og graden av hvordan angsten påvirker oss vil variere. Diagnosesystemet ICD-10 viser hvilke lidelser som kommer inn under betegnelsen angstlidelse:

- Følelsesmessige forstyrrelser oppstått i barndommen (F93)
 - separasjonsangst (F93.0)
 - fobisk angst (F93.1)
 - sosial angst (F93.2) og søskensjalousi (F93.3)
- Fobiske angstlidelser (F40)
 - agorafobi med og uten panikkangst (F40.0)
 - sosial fobi (F40.1)
 - spesifikke (isolerte) fobier (F40.2)
- Andre angstlidelser (F41)
 - panikkangst (F41.0)
 - generalisert angstlidelse (F41.1) eller F93.8 for barn)
 - blandet angstlidelse og depressiv lidelse (F41.2)
- Tvangslidelser (F42)
- Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (F43)
- Dissosiative lidelser (F44)
- Somatoforme lidelser (F45)
- Andre nevrotiske lidelse som neurasteni (F46)

(Helsedirektoratet 2011)

Som ICD-10 viser, er det ulike kategorier av angstlidelser alt etter hva angsten er rettet mot. Vi har valgt å ta for oss angstlidelsene som ut fra Statens helsetilsyn (2000) regnes som de vanligste og mest alvorlige av de primære angstlidelsene. Med dette menes de lidelsene der angsten er den sentrale delen, og er det som fører til størst inngripen i livet til den som blir rammet. Dette er følgende typer angstlidelser: Panikkangst, generalisert angst, fobisk angst, tvangslidelse og posttraumatisk stresslidelse. Ved å bruke ulike teorier, samt vise til ICD-10, vil vi forsøke å få frem hvordan de ulike angstlidelsene arter seg. Vi vil beskrive fysiske og psykiske symptomer, omfanget av lidelsen, samt ta med hvilke komorbide lidelser som ofte er knyttet opp mot de ulike angstlidelsene.

3.1 Panikklidelse

Dette er en form for angst som arter seg som et tidsavgrenset anfall. Personen som får et slikt anfall, opplever en intens angst og får sterke kroppslige reaksjoner. Det kan være økt hjertebank, svetting, skjelvninger, pustevansker, smerter i bryst og mage, svimmelhet, kvalme og frysninger (Haugen 2008; Malt mfl. 2003). Et slikt anfall kan virke svært skremmende for vedkommende som opplever dette, og følelsen av å miste kontrollen, bli gal eller dø blir overveldende. En blir svært redd for å få slike anfall igjen.

Winther (2010) beskriver hvordan det første angstanfallet artet seg, med hyperventilering, over en time med kramper og en ekkel uvirkelighetsfølelse. Anfallene opplevdes så grusomme at hun gjorde alt for å unngå å få flere av disse. Slik kom hun inn i en vond sirkel, hvor hun unnlot å oppsøke situasjoner og steder i redsel for å få slike angstanfall.

Det skilles mellom to typer anfall:

1. Situasjonsbetingede anfall, der panikkanfallet oppstår umiddelbart etter man har blitt eksponert for det utløsende stimuli, eller ved at man forventer å bli eksponert for det utløsende stimuli.
2. Spontane anfall, som oppstår uten at man er bevisst hvilken stimulus som utløser dette.

I praksis er det ikke alltid så lett å skille mellom disse. Dette fordi personen som opplever anfallene har den samme subjektive opplevelsen i begge tilfeller (Malt mfl. 2003). Denne lidelsen debuterer vanligvis fra tenårene til 40 års alder. Det er ofte et langvarig forløp knyttet til panikklidelser. Det kan også være perioder med forverring knyttet til belastende hendelser i livet. Omtrent 5 % kvinner og 2 % menn vil bli påvirket av en panikklidelse på et tidspunkt i livet sitt (Statens helsetilsyn 2000). Dette kalles livstidsprevalens (Kringlen 2010:532), og gir et bilde av hvor mange behandlingstrengende det finnes. Omtrent halvparten av personene som får panikklidelse har agorafobi i tillegg. På grunn av de kroppslige symptomene henvender personen seg ofte til den somatiske delen av helsevesenet (Statens helsetilsyn 2000).

3.2 Generalisert angstlidelse (GAD)

Personer som har denne typen angst opplever bekymring og engstelse for mange ulike situasjoner. Det kan være vanskelig å peke på noe man konkret er engstelig for, for angsten kan være rettet mot så mange områder i livet. Angsten er generalisert og vedvarende, men ikke begrenset til noen bestemte omstendigheter eller situasjoner. Det er imidlertid vanlig å være engstelig for å bli syk eller utsatt for ulykke. Dette gjelder både i forhold til en selv og for at det skal skje med noen i familien rundt seg. Denne angsten kommer i tillegg til mange andre situasjoner man også er engstelig for.

Denne tilstanden varierer i intensitet avhengig av livssituasjonen og hendelser i livet. Symptomene en får i forhold til generalisert angst kan variere fra person til person, men vanlige kjennetegn (plager) kan være en følelse av nervøsitet som varer over tid, hjertebank, svetting, svimmelhet, ørhet, muskelspenninger, skjelvinger eller vondt (ubehag) i magen (Helsedirektoratet 2011; Kringlen 2010; Statens helsetilsyn 2000). Av kvinner vil 7 % og av menn vil 4 % på et tidspunkt i livet bli påvirket av en generalisert angstlidelse. Det er flest kvinner som får denne type angst, og den relateres ofte til kroniske livspåkjenninger. Lidelsen kommer ofte snikende allerede i barne- og ungdomstiden (Statens helsetilsyn 2000).

Winther (2010) fikk også diagnosen generalisert angstlidelse. Hun var ifølge seg selv nesten redd for alt. Eksemplene hun gir er følgende; engstelig for å bli alvorlig syk, redd for å gå på besøk, på kino, ta bussen, lufte hunden sin, snakke i telefonen og være alene hjemme.

Det kan være vanlig at personer som har en generalisert angstlidelse også kan få en tilleggslidelse i form av depresjon, personlighetsforstyrrelse, andre angstlidelser og alkoholmisbruk (Statens helsetilsyn 2000).

3.3 Fobisk angst

I motsetning til generalisert angstlidelse, som er mer diffus og uten en tydelig "fare", er den fobiske angsten mer avgrenset og konkret i forhold til hva angsten er rettet mot. Malt mfl. (2003) definerer fobi som en vedvarende og irrasjonell angst for et spesielt objekt, aktivitet eller situasjon. Malt mfl. sier videre at man ikke kan skille fobisk angst fra annen angst hverken subjektivt, fysiologisk eller atferdsmessig.

Angsten kan også variere fra panikkanfall til et mildt ubehag. Denne irrasjonelle angsten ledsages av et ønske om å unngå det som fremkaller angsten. Vanligvis vil tanken på å gå inn i en fobisk situasjon fremkalle forventningsangst (Helsedirektoratet 2011).

Det er fobi når irrasjonell angst gjør et stort inngrep i en persons liv og hemmer personen i å fungere normalt. Det kan variere fra isolerte fobier hos mennesker som ellers fungerer godt i samfunnet til at nesten all sosial samhandling er hemmet. Fobisk angst er en type angst som er knyttet opp mot bestemte objekter og situasjoner, og hvor situasjonen man befinner seg i ikke representerer noen reell fare for vedkommende. Angsten er overdreven i forhold til den objektive risiko (Haugen 2008; Malt mfl. 2003). Videre sier Malt mfl.(2003) om kjennetegn ved fobisk angst, at man ikke kan forklare eller resonere bort angsten. Man har heller ikke kontroll på angsten og den leder til unngåelse av det som fremkaller angsten (det fobiske stimulus). Det å være i nærheten av det en har angst for eller forventningen om å komme i nærheten av det en har angst for, kan utløse den fobiske angsten (Haugen 2008). Noen situasjoner kan en klare å unngå, slik som det å ta fly og heis, men dersom angsten er rettet mot en hund eller edderkopp er det usikkerhet i forhold til hvor en kan treffe på disse. Denne forventningen om at en kan treffe på noe en har fobi mot, fører til angst i seg selv. Dette kan være svært hemmende for personer som lider av fobisk angst (Statens helsetilsyn 2000).

I likhet med de andre typer angstlidelse, utløser også den fobiske angsten forskjellige reaksjonsmønstre, både tankemessig, kroppslig og ved handling. Tankene kretser omkring fare og at noe fælt kan skje, kroppen kan reagere med hjertebank, skjelving, følelse av kvalme og åndenød (Haugen 2008). Vedkommende utvikler det vi kaller for unngåelsesatferd, og vil gjøre det som er mulig for å unngå å komme i kontakt med det angstvekkende objektet eller situasjonen. Dette kan bli svært styrende for vedkommende og prege mange valg en tar i livet (Statens helsetilsyn 2000). Mange som har fobisk angst er klar over at angsten er sterkt overdrevet, og at situasjonen angsten viser seg i ikke representerer noen reell fare. Dette gjelder særlig for ungdom og voksne. Barn har ikke den samme forståelsen for dette (Haugen 2008). Selv om en er klar over sin egen situasjon, kan det være vanskelig å søke hjelp. Mange er flau over å ha en fobi, og er redd for hvordan de vil bli møtt av helsevesenet (Statens helsetilsyn 2000). Fobi deles vanligvis opp i spesifikk forbi, sosial fobi og

agorafobi (Barlow & Durand 2002; Grøholt mfl. 2001; Haugen 2008; Malt mfl. 2003). Disse tre ulike formene for fobi vil vi beskrivelse nærmere.

3.3.1 Spesifikk fobi.

Er fobi i forhold til spesifikke objekter og situasjoner. Dette kan eksempelvis være dyr og insekter som hunder, veps og edderkopper, og spesielle situasjoner knyttet til det å oppholde seg i trange rom, ta fly og se blod. En overdrevet angst for å bli atskilt fra foreldre eller hjemmet, separasjonsangst, blir også regnet som en spesifikk fobi. (Haugen 2008; Skårderud mfl. 2010) Malt mfl. (2003:354) hevder spesifikke fobier har tre komponenter:

1. Forventningsangst for muligheten til å stå ovenfor det som utløser angsten.
2. Angsten man har for objektet, situasjonen eller aktiviteten.
3. Unngåelsesatferd for å unngå å få et angstanfall.

Malt mfl. (2003) sier videre at personer med enkle fobier vanligvis ikke har angst for selve objektet, men for de følger de tror kontakt med objektet kan føre til. Eksempel på dette kan være at man er redd for å bli bitt av en edderkopp hvis man har edderkopp forbi (araknofobi).

Fobiske reaksjoner kan formidles ved sosial arv, men det er også delvis genetisk betinget å være disponert for spesifikke fobier. Personer som er rammet av spesifikke fobier kan oppleve store funksjonstap, og store beslutninger i livet kan styres av fobien. Man regner med at omtrent 16 % kvinner og 7 % menn vil bli påvirket av spesifikke fobier på et tidspunkt i livet (Statens helsetilsyn 2000). I forhold til spesifikke fobier er det som regel bare den ene fobien det er snakk om. Det kan imidlertid forekomme at personen kan ha en generalisert angstlidelse i tillegg, samt depresjon (Statens helsetilsyn 2000).

3.3.2 Sosial fobi.

Er angst for sosiale situasjoner der man kan risikere å bli ydmyket, latterliggjort eller dumme seg ut i andre menneskers nærvær (Haugsgjerd mfl. 2009; Malt mfl. 2003). Denne type angst kan ha forskjellige grader, alt fra det som en i dagligtale kaller sjenanse til så sterk angst at vedkommende ikke våger å forlate sitt eget hjem.

Angsten kan også være knyttet til situasjoner hvor en kan føle et stort forventningspress, og hvor en er redd for å bli latterliggjort av andre.

Har man sosial fobi forsøker man å unngå situasjoner der man må yte noe og dermed få oppmerksomhet fra andre. Vedkommende som har sosial fobi kan få kroppslige symptomer som skjelving på hendene, rødming, kvalme og vannlating. Slike symptomer kan videre føre til et panikkanfall (Haugen 2008). Angst for å bruke offentlige toaletter, gå i selskaper, spise eller tale med mennesker til stede, er eksempler på sosial forbi Malt mfl. (2003). Sosial fobi kan få store følger og føre til svikt i samhandlingen på flere arenaer for den personen som er rammet. Ubehandlet sosial fobi er den psykiske lidelsen som med størst sannsynlighet ender med selvmord (Statens helsetilsyn 2000). Ifølge Statens helsetilsyn debuterer lidelsen oftest i tenårene, og har som regel et kronisk forløp. Men debuten kan også skje i tidlig i barndommen og etter 20-års alder. Man antar at 16 % kvinner og 11 % menn på et tidspunkt i livet vil bli rammet av denne type angstlidelse. Statens helsetilsyn viser til at det er vanlig med depressive lidelser og forekomst av andre angstlidelser hos mennesker med sosial fobi. En del pasienter kan også ha et høyt alkoholforbruk, eventuelt misbruk, da alkohol kan ha en dempende effekt på sosiale angstreaksjoner.

3.3.3 Agorafobi

Er angst for å være på steder og i situasjoner der det er vanskelig å komme seg unna. Agorafobi er en type fobi hvor personen har angst for å oppsøke offentlige steder hvor store folkemengder kan samles. Selve ordet agorafobi betyr frykt for torg eller åpne plasser, og stammer tilbake til grekerne's agora¹. Dette kan eksempelvis være en flyplass, kjø, togstasjon, kjøpesenter, kafé eller offentlige transportmidler (Malt mfl. 2003; Rachman 2004; Statens helsetilsyn 2000).

Unngåelsesatferden er fremtredende, og man kan i verste fall bli totalt avvisende til å forlate hjemmet. Rachman (2004) sier at agorafobisk unngåelsesatferd blir sett på som en balanse mellom en følelse av fare og tilgang til sikkerhet. Personen med agorafobi kan gjerne dra nytte av å ha med seg en partner når de forlater hjemmet. Det kan gjøre situasjonen lettere og gjøre ting mindre skremmende (Malt mfl. 2003; Skårderud 2010; Statens helsetilsyn 2000). Agorafobi kan utvikle

¹Agora er betegnelsen på et åpent sted grekerne gikk for å diskutere politikk og samfunnsspørsmål.

seg som en følge av panikkanfall. Etter et slikt anfall, kan vedkommende få angst for å oppsøke steder som er vanskelig å komme seg vekk fra dersom en skulle få symptomer på panikkanfall (Haugen 2008; Statens helsetilsyn 2000).

Kringlen (2010:164) deler agorafobi inn i tre komponenter:

- Angst for forskjellige situasjoner. Noen eksempler på dette er å stå i kø, bruke offentlig transport og angst for å være alene.
- Angst for at det skal skje noe katastrofalt. Hjerteinfarkt, miste kontrollen og å dumme seg ut er eksempler på dette.
- Angst for angsten, som er en slags forventningsangst som kan bidra til å utløse panikkanfall.

Agorafobi forekommer med og uten panikkanfall, men det er hovedsakelig gruppen som har begge lidelsene som oppsøker helsevesenet. Da er det frykt for en katastrofe og redselen for sykdom som er hovedgrunnen (Kringlen 2010; Statens helsetilsyn 2000). Omtrent en tredjedel av de som er rammet av agorafobi har generalisert angstlidelse, sosial fobi, spesifikke fobier eller tvangslidelse i tillegg. Det viser seg også at nesten halvparten av disse opplever en depressiv episode i løpet av livet (Statens helsetilsyn 2000).

3.4 Tvangslidelse

Denne angstlidelsen blir også omtalt som obsessiv- kompulsiv lidelse. Den engelske betegnelsen OCD (obsessive- compulsive disorder) er også mye brukt, hvor obsesjon står for tvangstanke, og kompulsjon står for tvangshandling. Personer som har en slik lidelse, kan eksempelvis ha en sterk frykt for å bli smittet av ulike sykdommer, frykt for urenlighet og for at de skal være skyld i skader og ulykker.

Et snev av tvangstanker og tvangshandlinger kan nok de fleste av oss ha, men det er når tvangen og angsten styrer mye av livet til vedkommende, at det er snakk om en angstlidelse. Det kan være tvangstanker/handlinger som virker uforståelige for andre enn den som har lidelsen og forsøk på å overbevise vedkommende om urimeligheten i tvangstankene/handlingene fører som regel ikke frem.

Det er ofte snakk om ulike grader med hensyn til symptomene. Lettere grad av lidelsen er mest vanlig, mens alvorlig grad er sjeldnere. For de som er verst rammet av denne lidelsen kan den få store følger for livskvaliteten (Haugsgjerd mfl. 2009). Statens helsetilsyn (2000) hevder tvangstanker er angstskapende i motsetning til tvangshandlinger som er angst dempende. Dette støttes av Rachman (2004) som sier om tvangstanker at de er repeterende og påtrengende uønskede tanker som personen finner motbydelig. Ofte vil personen forsøke å motstå disse tankene i et tidlig stadium av lidelsen. De to vanligste temaene hos de som har tvangstanker er seksuell aggressivitet og blasfemi. Om tvangshandlinger sier Rachman (2004) at de er repeterende, stereotype handlinger som personen føler seg drevet til å utføre. Det er tilsiktede handlinger som utføres for å redusere angst eller ubehag, eller for å redusere sannsynligheten for forventet ubehag.

De to vanligste typene tvangshandlinger er tvangsmessig renhold og tvangsmessig rengjøring. Statens helsetilsyn (2000) viser til at angsten stiger kraftig hos en person som har tvangshandlinger hvis de hindres i å utføre dem. Tvangslidelse rammer 3-3,5 % av befolkningen i løpet av livet. Som oftest debuterer den i slutten av tenårene og man kjenner ikke de utløsende faktorene. Årsaken til tvangslidelse er ukjent, men den utvikles trolig i samspill mellom psykologisk belastninger og en biologisk sårbarhet som trolig er arvelig (Statens helsetilsyn 2000). Det viser seg at omtrent en av tre med tvangslidelser risikerer å utvikle en depresjon. Andre angstlidelser er også vanlig, samt tics, alkoholmisbruk og personlighetsforstyrrelser (Statens helsetilsyn 2000).

3.5 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Denne type angstlidelse kommer som følge av en traumatisk hendelse (Thingnæs 2005; Statens helsetilsyn 2000). Det kan være selvopplevd eller at vedkommende har vært vitne til grusomme ting som har skjedd med andre. I motsetning til de andre angstlidelsene, hvor det kan være vanskelig å si hva som ligger til grunn for lidelsen, er dette tydelig i forhold til en posttraumatisk stresslidelse. Slike traumatiske hendelser kan eksempelvis være å oppleve krigshandlinger, bli utsatt for vold, være vitne til en trafikkulykke eller drap. Sjansen for å utvikle en slik lidelse øker i forhold til hvor omfattende den traumatiske eksponeringen har vært. Det viser seg også at de

alvorligste psykiske følgene får de som har vært utsatt for en bevist voldshandling, slik som tortur eller voldtekt. Det er ulike faktorer både biologiske, personlighetsmessige og sosiale, som virker inn på om en utvikler en slik angstlidelse eller ikke (Thingnæs 2005; Statens helsetilsyn 2000).

Symptomene viser seg som regel etter noen uker eller måneder etter traumet inntraff. Det er sjelden at symptomene kommer etter det har gått et halvt år (Statens helsetilsyn 2000). Personen som har opplevd en traumatisk hendelse, vil kunne få reaksjoner i ettertid og gjenoppleve traumet, gjennom minner, drømmer og flashbacks. En vil forsøke å unngå ting som kan minne om trauet. Enkelte får forstyrret nattesøvnen, kan bli nervøse eller reagere med sinne, bebreide seg selv for det som har hendt, samt få problemer med å konsentrere seg. Noen kan også slite med forstyrret hukommelse, slik at det kan være vanskelig å skille mellom nåtid og fortid (Barlow & Durand 2002; Haugen 2008). Ifølge en undersøkelse med data fra Oslo og Lofoten vil 13,5 % kvinner og 3,6 % menn bli påvirket av PTS i løpet av livet (Ingebrigtsen mfl. 1995, gjengitt i Kringlen 2010). Det er vanlig at personer med PTSD har andre lidelser i tillegg. Det kan for eksempel være generalisert angstlidelse, panikklidelse, somatiseringslidelse, og ulike stemningslidelser. Alkoholisme og narkotikamisbruk kan også forekomme (Statens helsetilsyn 2000).

4. Årsaksfaktorer for utvikling av angstlidelser.

Det er mange teoretiske retninger som forsøker å gi en forklaring på hvorfor vi får ulike angstlidelser. Det kan være vanskelig å peke ut en eksakt årsaksfaktor på hvorfor slike lidelser oppstår. Ofte må en se angstlidelsen i sammenheng med ulike forklaringsmodeller, og være åpen for at det er flere faktorer som spiller inn. Det er kun posttraumatisk stresslidelse som har en klar årsak, da denne type lidelse kan knyttes opp mot en opplevd traumatisk hendelse. Ifølge Thingnæs mfl. (2008:23) kommer de første tegnene på en angstlidelse ofte når livet er i ferd med å normalisere seg etter en krise. De gir også eksempler på ulike hendelser som angstlidelser ofte kan oppstå i forbindelse med:

- Stress og høyt arbeidspress over lang tid.
- Dødsfall blant familie og venner.
- Nye og uvante situasjoner, som for eksempel ny jobb eller forfremmelse.

- Sykdom, ulykker og traumer.
- Store hendelser i livet som ekteskap, skilsmisse og å få barn.
- Økonomiske vansker.
- Ulike rusmidler, store mengder koffein.
- Høye forventninger til seg selv.

For å finne ut hvorfor enkelte får en slik lidelse vil vi sette oss inn i ulike teoretiske retninger og finne frem til deres årsaksforklaringer. Vi har valgt å ta for oss følgende retninger: nevrobiologisk teori, psykoanalytisk teori, atferdsteori, kognitiv teori, humanistisk teori og tilslutt sosiokulturell teori. Dette mangfoldet av teorier viser at det finnes mange ulike forklaringer på hvorfor vi får angst. Grunnen til at vi tar med såpass mange teorier er at vi ønsker å få en mer helhetlig forståelse av angstlidelser. Senere i oppgaven vil vi også se på ulike behandlingsmetoder, en rådgivningsmodell, samtaleteknikker og lignende, som har sitt utspring fra disse teoriene. Vi vil presentere teoriene fra den mest avgrensede, som er nevrobiologisk teori, til den videste, som er den sosiokulturelle teori.

4.1 Nevrobiologisk teori

Når et menneske blir født vil en kombinasjon av arv og miljø kunne føre til at man utvikler en angstlidelse. Rachman (2004) hevder biologiske teorier om angst ikke favner bredt, men forsøker å forklare bestemte angstlidelser som panikkklidelse og tvangslidelse. Innen denne teoretiske retning forsøker man å finne ut hvilke nevrobiologiske prosesser som ligger til grunn for våre tanker og atferd. Tanker og følelser har et biologisk grunnlag i den menneskelige hjernen. Hjernen utvikles i en kombinasjon av våre genetiske forutsetninger og samhandlingen vi har med omgivelsene og andre mennesker. Vi er summen av biologi og møter som Skårderud mfl. (2010) sier det. Når vi fødes har vi et grunnleggende repertoar av primære følelser/ affekter som er knyttet til ulike områder av hjernen.

I likhet med tilknytningsteorien legger også denne type teori vekt på at spedbarn har god og trygg tilknytning til sine omsorgspersoner. Dette er viktig for en utvikling av indre affektregulering. Den trygge tilknytningen betyr større toleranse for sinne, angst og separasjon, som igjen er viktig for den følelsesmessige utviklingen. Et trygt

barn vil styrke den positive tilknytningen til omgivelsene fordi det lettere opplever positiv interaksjon. Et utrygt barn vil derimot oftere oppleve avvising og komme inn i en ond sirkel der utryggheten blir forsterket (Skårderud mfl. 2010). Forsøk indikerer at det er flere gener som påvirker oss slik at vi blir anspente, overemosjonelle eller får angst (Flint mfl. 1995, gjengitt i Barlow & Durand 2002).

Tvillingstudier og andre slektsstudier viser at lidelser som panikklidelser, agorafobier og tvangslidelser er mer representert i noen familier enn andre. Dette gjør at en regner med at enkelte kan være arvelig disponert for å utvikle en angstlidelse (Haugsgjerd mfl. 2009; Rachman 2004; Thingnæs mfl. 2008). Dersom vi er genetisk sårbare for å utvikle angst, kan visse psykologiske og sosiale faktorer være med å utløse lidelsen (Barlow & Durand 2002). I denne sammenheng vil vi nevne diatese - stressmodellen, som viser hvordan gener (arv) og miljø sammen kan være årsak til at vi utvikler ulike angstlidelser. Diatese er en tilstand som gjør at en er mottakelig for å utvikle en lidelse. Dersom vi da blir utsatt for stressfaktorer, som kan være ulike kritiske hendelser i livet, kan man utvikle en lidelse (Barlow & Durand 2002).

4.1.1 Nevrotransmittere og hormoner

Hjernen vår bruker nerveceller som kalles nevroner for å kontrollere alle våre tanker og handlinger. Nevronene transporterer informasjon gjennom nervesystemet vårt, og nevrotransmittere er videre de kjemiske stoffene som bringer informasjonen mellom selve nervecellene. Transmittorer er signalstoffer som formidler og påvirker aktivitet. De kan påvirkes ved bruk av medisiner. Forskere har klart å finne frem til mange forskjellige nevrotransmittere, og har observert at psykososiale faktorer endrer aktivitetsnivået på mange av disse. Ved å ha for mye eller for lite av enkelte av disse kjemiske stoffene i hjernen, kan en utvikle ulike angstlidelser (Barlow & Durand 2002; Skårderud mfl. 2010). Skårderud mfl. (2010) viser til to hovedtyper av virkningsmekanisme for signalstoffene i hjernen:

1. Kanalspredningen: Signalet fra en begrenset nevrongruppe til en annen begrenset nevrongruppe. Registrering av sanseintrykk og utvikling av tanker er avhengig av den formidlingen som skjer her. Glutamat og glycerin som er fremmende og GABA som er hemmende er de viktigste signalstoffene.

2. Tilstandsspredning: Signalet går fra en begrenset nevrongruppe og sprer seg til store områder i hjernen. Det er nivået av aktivitet som påvirkes, ikke innholdet. Transmittorsubstansene som brukes her er blant annet acetylkolin, serotonin, noradrenalin, dopamin og histamin.

Barlow & Durand (2002) viser også til forskning som sier at psykososial påvirkning har en direkte innvirkning på sentralnervesystemets funksjon. Psykologiske erfaringer tidlig i livet påvirker utviklingen av nervesystemet, og kan bidra til at en utvikler angstlidelser i voksen alder. Skårderud mfl. (2010) viser til at stressreaksjoner kan føre til varig skade, da de kan påvirke en rekke systemer i sentralnervesystemet. Haugen (2008) viser til at også hormonelle forstyrrelser eller skader kan forklare hvorfor barnet har tankeforstyrrelser eller er emosjonelt ustabile.

4.2Psykoanalytisk teori

Ifølge Rachman (2004) er psykoanalytisk tolkning av angst forankret i generell Freudiansk teori, der seksuell motivasjon og symbolikk vektlegges. Angst sies å være tett knyttet til seksuelle begrensninger og er en symbolsk transformasjon av uakseptable seksuelle følelser. Haugen (2006) viser til at den psykoanalytiske teorien legger vekt på drivkrefter i mennesket som årsak til vår væremåte og handlinger. Disse impulser er knyttet til angst og skyldfølelse. Sigmund Freud, den moderne psykoanalysens far, knytter angst til konflikter i menneskesinnet. Han mener at drivkreftene, som vi ikke er klar over, er drifter og impulser. Disse ubevisste prosessene som er med og påvirker oss stammer, ifølge Haugen, som oftest fra introduserte de tre instansene id (drifter/impulser), ego (bevisste jeg) og superego (samvittighet), som til sammen utgjør vårt sinn. Her arbeider ego med drifter og impulser, mens superego setter grenser for ego med moral og regelverk. Ego er lederen og koordinatoren i sinnet vårt, og er den instansen som megler når det er konflikter mellom id og superego.

Konflikter mellom id og superego kan utløse angst hos ego, som videre utløser forsvarsmekanismer. Disse forsvarsmekanismene er ubevisste prosesser som holder konfliktene i sjakk, slik at ego kan fortsette sin koordinerende funksjon. Alvorlige indre konflikter som skaper angst hos en person, kan iverksette selvødeleggende prosesser som fobi og tvangshandlinger (Barlow & Durand 2002).

Kringlen (2010) viser også til disse indre konflikter som skaper angst. Denne angsten gjør at menneskene utvikler psykiske forsvarsmekanismer der fortrenkning er den mest sentrale. Noe av det mest sentrale i klassisk psykoanalyse er utviklingen av vår personlighet fra tidlig barneår frem til voksen alder. Teorien legger vekt på at atferd er styrt av mer eller mindre ubevisste prosesser i oss selv. Disse prosessene er ofte knyttet til opplevelser vi har hatt i fortiden, og kan ofte være forbundet med angst og skyldfølelse, gjerne fortrenkte følelser, fra de første leveårene. ”Dersom de fortrenkte impulsene hovedsakelig er forbundet med skyld, skam og/eller angst, kan de manifestere seg i emosjonelle problemer” (Haugen 2006:31).

Innen psykoanalysen vil en forsøke å kartlegge disse ubevisste prosesser for å finne forklaringer til ulike atferdsmønstre. Da må en ofte gå tilbake til barndommen, og se på barnets utvikling gjennom Freuds stadietenkning. Han beskrev barnets utvikling gjennom det orale stadiet (ca 0-1 år), det anale stadiet (ca 2-3 år), det falliske stadiet (ca 4-5 år), latensstadiet (ca 6-12 år) og det genitale stadiet. (ca 13 =>) Hva barnet opplever og hvilke erfaringer det gjør seg i de ulike stadiene, påvirker utviklingen senere i livet (Barlow & Durand 2002; Haugen 2006).

Rachman (2004) påpeker at psykoanalysen har betydelige svakheter. Teorien om angst, er rik på teoretisering, men mangler nøyaktig metodisk forskning og det er mangelfulle fakta. Det er også mangel på reproduserbare bevis. Dette støttes av Kringlen (2010) som også hevder at nyere retninger innen psykoanalysen fremstår mer som sosialpsykologi og at Freuds psykoseksuelle teorier er forlatt. Rachman (2004) sier videre at dette ikke betyr at psykoanalysen er helt verdiløs, da det er rimelig bevis for at noen typer frykt har betydelige symbolske elementer i seg, og at ubevisste faktorer påvirker fremveksten og videreføring av angst. Moderne forskning har vist at kognitive prosesser, som personen selv ikke er klar over, spiller en viktig rolle i våre responser på tegn til potensiell fare.

Skårderud (2010) viser til tilknytningsteorien som har sitt utspring fra psykoanalysen, og ble utarbeidet av psykiateren og psykoanalytikerens John Bowlby. Tilknytningen blir sett på som et biologisk instinkt og et grunnleggende biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for å overleve og utvikle seg (Bowlby 1969, 1973, 1980 gjengitt i Skårderud 2010). Skårderud (2010) sier videre at tilknytnings-

teorien etter hvert har fått solid empirisk støtte. Hos alle pattedyr er det viktig med tidlig tilknytning mellom barnet og en omsorgsperson. Dette sikrer utviklingen av velbefinnende, selvstendig og trygg atferd. Brudd i denne tilknytningen kan føre til engstelse og i noen tilfeller panikk.

Malt mfl. (2003) støtter også betydningen av tillitsfull psykologisk tilknytning og hevder det er avgjørende for psykisk helse og funksjon. Skårderud (2010) viser til hvordan tilknytning på virker hjernens utvikling. I de første leveårene, hvis barnet har et trygt og noenlunde uforstyrret forhold til omsorgspersonen, skjer det en utvikling av hjernebarken som gjør at den får ganske stor innflytelse på følelsesreguleringen i hypotalamus. Relasjonsbrudd i tidlig alder kan forstyrre denne utviklingen, slik at amygdalas innflytelse blir større. Amygdala er sentral i blant annet formidlingen av frykt. Fryktsignalene blir sterkere mens evnen til å berolige seg selv ved hjelp av tanker blir mindre (Skårderud 2010: 336).

Den tidlige tilknytning som skjer mellom barnet og omsorgspersonen er altså av stor betydning for barnets mentale utvikling. Det er viktig at barnet får respons på sine ytringer og opplever at det kan påvirke omgivelsene rundt seg. Ifølge Grøholdt mfl. (2001) må barnets fysiske og psykiske behov tilfredsstilles på en sensitiv måte. Gjennom positiv samhandling med nærpersoner erfarer barnet at det kan være med å påvirke omgivelsene rundt seg. Dette fører til at barnet utvikler en forståelse av at det har kontroll. Sterk tilknytning til en omsorgsperson skaper selvstendige og trygge barn (Grøholt mfl. 2001).

Barlow & Durand (2002) mener det er viktig at barnet får gjøre sine egne erfaringer og at det må oppleve at en ikke kan være forberedt på alle situasjoner. Dersom barnet har hatt en god og trygg tilknytning, vil det være bedre rustet til å takle uforutsette hendelser og tåle motgang. Dersom foreldrene ikke har hatt en sensitiv samhandling med barnet, og barnet på den måten ikke har fått erfare at det kan påvirke omgivelsene, vil barnet ha en opplevelse av manglende kontroll. Foreldre som er overbeskyttende, og ”rydder” vei for sine barn, er også med på å gjøre barna sine dårlig rustet til å takle uforutsette handlinger og tåle motgang (Barlow & Durand 2002). En slik følelse av kontroll som utvikler seg fra tidlige barneår er vesentlig for vår mentale utvikling. Manglende kontrollfølelse er blant de psykologiske faktorer som gjør oss mest sårbare for å utvikle en angstlidelse senere i livet (Barlow & Durand 2002).

Det at foreldrene har en god psykisk helse kan være svært betydningsfullt i forhold til om barnet får en trygg tilknytning. Forskning har vist at barnets risiko for å få en utrygg tilknytning øker dersom det er alvorlig depresjon hos omsorgspersonen (Belsky 1999, gjengitt i Grønholt mfl. 2001).

4.3 Atferdsteori

Ifølge den atferdsterapeutiske retning skjer læring gjennom prinsippene for klassisk betinging, operant betinging og modellæring. Vår atferd opprettholdes av ulike forsterkningsbetingelser, og for å endre på et atferdsmønster må det skje en endring av forsterkningsbetingelsene. I atferdsteori vil en finne frem til hva som har vært foranledningen, utløsende årsak og hva som skjer i etterkant av en viss type atferd. Man skiller mellom refleksiv atferd som er utviklet i artens historie, og operant atferd som er utviklet i individets historie. Teorien er basert på at angst i hovedsak er lært, og at frykten er ervervet ved betinging eller en annen lærings prosess. Denne ervervete frykten forårsaker videre en rømme- eller unngåelsesatferd (Rachman 2004).

Rachman (2004:93) sier videre at betinging er en av minst tre måter frykt kan oppstå på:

1. Frykt kan bli ervervet direkte via læringsprosesser og betinging.
2. Indirekte ved stedfortredende eksponeringer (f.eks se en handling på tv som skaper en fryktreaksjon).
3. Via overføring av informasjon.

4.3.1 Klassisk betinging

Det var Pavlov som oppdaget den type læring som kalles klassisk betinging. Dette er en form for læring i forhold til refleksiv atferd. Pavlovs forsøk gikk ut på å finne ut om en kunne betinge ulike stimuli til reflekser. Gjentatte ganger presenteres et nøytralt stimulus forut for presentasjon av en refleksutløsende stimulus, som kalles ubetinget stimulus. Hans forsøk var på hunder, hvor mat fungerte som ubetinget stimulus fordi synet og lukten av mat utløser en refleks (spyttutskilling). Eksperimentet gikk ut på å se om hunder ville begynne å skille ut spytt dersom lyd

ble presentert sammen med synet og lukten av mat, og dersom kun lyd ble presentert. Pavlov lot hunder høre en lyd (ubetinget stimulus- US) like før de fikk mat, og gjentok dette flere ganger. Etter hvert skilte hundene ut spytt ved at de kun hørte lyden, og ikke fikk presentert mat. Lyden hadde da blitt en betinget stimulus og spyttsekresjonen en betinget respons. Det var skapt en assosiasjon mellom det betingede stimulus (BS) og den betingede responsen (BR) (Haugen 2006).

Et eksempel som viser tydelig hva klassisk betinging går ut på er den atferd som kreftpasienter viser i forbindelse med cellegiftbehandling. Bivirkningen til en slik behandling kan være at vedkommende blir kvalm. Man regner med at dette er en type atferd som ikke er lært, men er genetisk betinget. Vi har trolig nedarvet en evne til å reagere på giftstoffer og kvitte oss med disse ved å kaste opp (Atkinson mfl. 2000, Catania 1998, gjengitt i Haugsgjerd mfl. 2009). Ved neste cellegiftbehandling, ble mange pasienter kvalm bare ved å gå inn i behandlingsrommet. Denne type assosiasjon kalles en stimulus- stimulus- assosiasjon, eller s-s-forbindelse. I dette tilfellet er medikamentet en ubetinget stimulus, og behandlingsrommet en betinget stimulus. Responsen, som er kvalme, går fra å være en ubetinget respons utløst av medikamenter (US) til en betinget respons utløst av å komme inn i behandlingsrommet.

Et annet forsøk med hunder, som ble utført av Rescorla i 1967, gikk ut på at to grupper av hunder fikk høre en lyd (BS) som ble etterfulgt av elektrisk sjokk fire ganger. Den ene gruppen hunder (gr.1) fikk US presentert fire ganger til, hvor sjokket ikke ble signalisert av lyd. Den andre gruppen (gr.2) fikk US signalisert hver gang av lyden (BS). Dette forsøket viste at hunder i gruppe 2 lærte å forvente at strøm ble etterfulgt av lyden, og læringsprosessen gikk derfor raskere enn hos gruppe 1. Rescorla mente at BS måtte signalisere at US kom til å inntreffe på en forutsigbar måte (Haugen 2006). Ifølge Haugen er det også viktig for oss mennesker at vi opplever en slik forutsigbarhet. Dersom vi opplever at situasjoner er uforutsigbare og våre forventninger til en aktivitet ikke stemmer overens med det som skjer i virkeligheten, kan vi få angst knyttet til disse hendelsene.

Går vi til en tannlege som konsekvent sier at undersøkelsen ikke vil gjøre vondt, og vi opplever at det ofte gjør vondt, kan vi utvikle angst til alle undersøkelsene denne

tannlegen skal utføre. Vi stoler ikke på det tannlegen sier, for vi har selv opplevd at det som blir sagt ikke stemmer overens med egne erfaringer. Møter vi en tannlege som er forutsigbar og gir tydelig informasjon om hva som skal skje, forbereder vi oss på det som vi har i vente. Får vi beskjed om at det vil gjøre litt vondt, innstiller vi oss på dette. Får vi beskjed om at undersøkelsen ikke vil være smertefull, vil vi også kunne stole på dette, og slipper dermed å ha angst for undersøkelsen. Haugen (2006) viser til at slike situasjoner som dette kan føre til at angst knyttes til bestemte personer.

4.3.2 Operant betinging

Dette er en annen form for læring innen atferdsterapeutisk retning. Både klassisk og operant betinging, er læring som går på våre egne erfaringer. I operant betinging, er en opptatt av å se på hvordan følgene av vår atferd påvirker atferden vår. Ifølge Haugen (2006), kan vår måte å handle på være bevisst eller ubevisst med tanke på å oppnå en bestemt konsekvens. De konsekvenser vi får på vår atferd er styrende med hensyn til om vi vil gjenta atferden eller ikke. Både positive og negative forsterkningsprosedyrer øker sannsynligheten for at den samme atferden eller en lignende atferd gjentas i den samme eller i en lignende situasjon

Hvis man tilfører et stimulus avhengig av en respons (en handling i en bestemt situasjon) og responsen øker i sannsynlighet kaller man det positiv forsterkning. Ved negativ forsterkning knyttes atferden opp mot det å fjerne et ubehag. Responsen øker i sannsynlighet hvis stimulus fjernes responsavhengig (Svartdal & Flaten 1998). Et eksempel på positiv forsterking kan være at man kommer inn i et mørkt rom. Er man mørkeredd og ønsker å få rommet opplyst før man går inn, så leter man etter lysbryteren, finner den, trykker på den og lyset går på. Så lenge lyset går på når man trykker på bryteren vil ”trykke på lysbryter atferden” opprettholdes. Ubehaget av et mørkt rom vil forsvinne fordi lyset kommer på når man trykker på lysbryteren.

Et eksempel på negativ forsterkning kan være at en person sitter på en buss der det etter hvert blir mange passasjerer. Dette gjør personen veldig ukomfortabel og personen får en angstreaksjon. Han forlater bussen. Ubehaget i form av nærvær av mange mennesker forsvinner. Dette gjør at det å ikke oppsøke buss

(unngåelsesatferd), der det er mulighet for at det er mange mennesker, er under negativ forsterkning.

4.3.3 Modellæring

Ved å observere andres atferd i ulike situasjoner, kan vi lære hvordan vi selv kan opptre. Haugen (2006) viser til at angst eller frykt for en situasjon eller objekt kan læres gjennom slik observasjonslæring. Det at vi observerer andre som viser angst i gitte situasjoner, kan føre til at den som observerer selv utvikler angst for situasjonen eller objektet.

Eksempelvis kan en mor som har allergi mot vepsestikk, frykte det å bli stukket av veps, og kan ha vist sterke fryktreaksjoner når hun har kommet i nærheten av veps. Et barn kan da ved å observere mors angst, selv utvikle dette. Barnet kan videre generalisere den lærte atferden til å gjelde angst for flygende insekter generelt. Svartdal & Flaten (1998) viser til flukt og unngåelse som to sentrale former for negativ forsterkning. En kan derfor forklare unngåelsesatferd hos personer med angst på denne måten. I eksempelet ovenfor vil barnet gjøre mye for å unngå veps. Dukker vepsen opp, kan barnet flykte fra situasjonen for å unnsnippe vepsen. Denne unngåelses- og fluktatferden fører til at angsten opprettholdes gjennom negativ forsterkning. Barnet vil oppleve at angsten forsvinner, og fluktatferden blir på denne måten forsterket.

4.4 Kognitiv teori

Denne teoretiske retningen handler om vår evne til å bearbeide informasjon. Tanken er at atferd og symptomer er betinget av tanker, mer enn følelsesmessige impulser og konflikter. Den informasjonen vi mottar må bearbeides. Den skal identifiseres, forstås, oppbevares og brukes slik at man kan forholde seg til omgivelsene på en hensiktsmessig måte. Feilaktige tanker og svikt i mentale skjema er hoved essensen i den kognitive teori sin årsaksforklaring av angst (Kringlen 2010; Malt mfl. 2003).

Piaget har beskrevet barnets utvikling i faser, og viser med dette at barn på ulike alderstrinn og stadier har ulike kognitive forutsetninger. Hans hypotese var at vi har kognitive skjema som består av de mentale ferdigheter vi har tillært oss for å takle

ulike situasjoner (Grøholt mfl. 2001; Haugen 2006). De kognitive skjemaene er fra fødselen av veldig enkle, men etter hvert som barnet erfarer nye ting, prøver det å tilpasse det nye til eksisterende skjema. Klarer ikke barnet dette, oppstår det en kognitiv ubalanse. Barnet vil da forsøke å tilpasse det nye i eksisterende skjema, noe som kalles assimilering. Av og til må skjemaet tilpasses den nye, ytre virkelighet og dermed forandres. Dette kalles akkomodasjon. På denne måten opprettes det en balanse, og barnet fungerer på et litt høyere nivå enn tidligere. Denne adaptasjonsprosessen bidrar med at vi tilpasser oss omgivelsene rundt oss (Grøholt mfl. 2001; Haugen 2006).

Kognitive teorier tar full høyde for at frykt er ervervet ved prosesser for læring og betinging, men legger allikevel størst vekt på den berørte personens tolkning av hendelsene. Angstreaksjoner vedvarer i hovedsak som følge av vedvarende feiltanker og at de mest effektive og varige måte å redusere eller fjerne angst er å endre eller fjerne feiltanker (Rachman 2004). Psykiateren Aron Beck omtales av Rachman (2004) som en av de tidligste og mest innflytelsesrike bidragsyterne til forskningen omkring angst. Ifølge Beck (1976, gjengitt i Grøholt mfl. 2001) kan kognitive feilfunksjoner føre til at en får psykiske problemer. Vi tolker det vi ser rundt oss ut fra våre tidligere erfaringer, og en kognitiv dysfunksjon kan resultere i feiltolking. Våre skjema er med på å styre hvilken informasjon vi velger og hvordan vi tolker denne (Grøholt mfl. 2001). Dersom man har en kognitiv svikt, kan det føre til at man gjentatte ganger feiltolke informasjon fra omgivelsene, og kommer inn i en vond sirkel. Det kan utvikle seg automatiske tanker. Dette er et sentralt begrep i kognitiv teori, og beskriver forklaringer som vi gir til oss selv på hvorfor ting skjer. For personer med en angstlidelse vil de kognitive skjema og automatiske tanker være preget av en forventning om fare (Grøholt mfl. 2001; Malt mfl. 2003). Beck var psykoanalytisk utdannet, og da han presenterte sine teorier var dette et oppgjør med psykoanalysen (Skårderud 2010). Kognitive behandlingsteknikker har blitt mer og mer brukt fra 1980-årene av, samtidig som de ble integrert med atferdsterapeutiske teknikker og fikk betegnelsen kognitiv atferdsterapi (Skårderud 2010; Haugsgjerd mfl. 2009).

4.5 Humanistisk teori

I denne teoretiske retningen står menneskelige verdier høyt, og synet på at mennesket i utgangspunktet er godt. Innen humanismen legger en vekt på at mennesker er likeverdige og at relasjonene bør være preget av aksept og empati (Haugen 2006). Mennesket er i utgangspunktet godt og kan nå langt på alle områder hvis forholdene ligger tilredte for det. Det er ikke ubevisste drivkrefter som driver oss, men vi motiveres av en trang til personlig vekst og selvrealisering. Mennesket må ha frihet til å velge og til å ta ansvar for egne valg for å kunne realisere seg selv på best mulig måte. Blir mennesket hindret i denne selvrealiseringen er det ytre faktorer som spiller inn (Barlow & Durand 2002; Haugen 2006).

Selvrealisering er viktig innenfor denne retningen. Vogt (2008b) omtaler teoriene til Carl Rogers, der det å realisere alle sider av seg selv sees på som en tendens hos mennesket. For at barnet skal få realisert seg selv er det viktig med ubetinget positiv aktelse. Det innebærer at barnet blir elsket og satt pris på uavhengig av atferd. Selvsagt aksepteres ikke all type atferd. Det motsatte blir da betinget positiv aktelse, som innebærer at barnet må fremvise en viss type atferd innenfor en strengt definert ramme, for å oppnå anerkjennelse. Rammen for denne atferden settes av andre enn barnet og i hovedsak av foreldrene. Dette skaper konflikt mellom det ideelle selvet og hvordan barnet opplever seg selv. Mulighetene for selvrealisering blir hemmet, og barnet kan på grunn av dette bli sårbart og oppleve angst.

Abraham Maslows behovshierarki er nok det vi mest forbinder med denne teoretiske retningen. Han beskriver og rangerer menneskenes behov i den såkalte behovspyramiden, hvor det høyeste mål er å realisere oss selv. For å nå dette målet, må behovene på de nedre trinnene i hierarkiet være dekket (Barlow og Durand 2002; Haugen 2006). Han skiller behovene i hierarkiet i to, mangelbehov og vekstbehov. Før vekstbehovene kan utvikle seg, må først mangelbehovene være tilfredsstillt (Haugen 2006). Dette kan skisseres på følgende måte:

- Mangelbehovene:
 - Fysiologiske behov; mat, vann og søvn mm.
 - Behov for trygghet og sikkerhet; både i det psykiske og fysiske miljøet.
 - Tilhørighet og kjærlighet; barnet har evne til å gi og motta kjærlighet, samt å fungere i sosiale settinger.

- Behov for anerkjennelse og kompetanse; har stor betydning for hvordan eleven oppfatter og aksepterer seg selv.
- Vekstbehovene:
 - Intellektuelle behov
 - Estetiske behov
 - Selvrealisering; realisere sine talenter/ utvikle sitt potensial.

Dersom de ulike behovene ikke blir tilfredsstilt vil en kunne komme i en mangeltilstand, hvor man hele tiden strever for å komme videre. Angst vil her kunne oppstå som følge av at man blir hindret i personlig vekst. Dersom behovet for trygghet ikke blir tilfredsstilt hos et barn, vil barnet kunne bruke all sin oppmerksomhet på det å søke trygghet. Denne konstante søkingen fører igjen til at barnet føler seg grunnleggende utrygt. Ut fra dette kan en forklare hvorfor tvangsnevrosen oppstår (Haugsgjerd mfl. 2009).

Trygghetsbehovet står sterkt. Personens behov for fysisk trygghet mot eksempelvis vold er en ting, men trygghet i det psykiske miljøet er vel så viktig. ”Trygghet i forhold til det psykiske miljøet betyr hovedsakelig at barnet oppfatter miljøet som forutsigbart og til å stole på” (Haugen 2006:278). Har ikke barnet et fysisk og psykisk trygt miljø rundt seg, kan utrygghet og angst utvikles. Denne angsten kan hindre barnet i personlig vekst. Det hindrer også barnets mulighet til å komme videre i stadiene og realisere seg selv. Dette kan resultere i en sterk negativ selvoppfatning (Haugen 2006; Haugen 2008). Den humanistiske retningen peker på viktigheten av at barn opplever å bli elsket og respektert ut fra den de er, og ikke ut fra sine prestasjoner. Foreldre som legger press på barna og kun gir de anerkjennelse ut fra deres prestasjoner, gjør at barna kan bli usikre på seg selv og føle at de ikke strekker til. Å bli utsatt for en slik betinget positiv aktelse, kan føre til at barnet stadig strever for å tilfredsstille foreldrenes høye forventninger. De setter urealistiske høye standarder for hva de skal prestere, og opplever stadig å mislykkes. Ifølge Haugen (2008) klarer de ikke å godta den de er og utvikler kronisk angst.

4.6 Sosiokulturell teori

Dette er den teoretiske retningen som favner om flest årsaksforklaringer til angst. Den tar for seg barnets ulike miljøer, fra det nære til det som mer indirekte påvirker barnet. Fokuset er rettet mot miljømessige og kulturelle faktorer som påvirker vår utvikling. Barnet vokser opp i et samfunn med mange påvirkningsfaktorer, og blir tilslutt et resultat av den kultur det har vokst opp i (Haugen 2006). Han sier videre at det er samspillet mellom barnet og de mange påvirkningsfaktorene i barnets oppvekstmiljø som er betydningsfullt.

Frønes (1994, gjengitt i Haugen 2006) kaller sosialiseringprosessen i barnets første leveår for primærsosialisering. Der utvikles grunnleggende ADL-ferdigheter, språk og kommunikasjon. Videre kommer sekundærsosialisering som er en videreutvikling av basiskompetansen, der en av de store påvirkningsfaktorene blir utdanning og skole.

Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell gir oss en oversikt over formelle og uformelle faktorer som påvirker et barn på ulike arenaer. Barnets nærhet til disse faktorene vil variere og derfor vil noen faktorer påvirke direkte, mens andre vil påvirke indirekte. Tenker man seg barnet i sentrum, så vil denne modellen beskrive fire systemer som ligger rundt barnet. Fra det nærmeste til det fjerneste. Disse systemene kalles mikro-, meso-, ekso- og makrosystem (Haugen 2006).

Mikrosystemet er tettest på barnet. Det er nærmiljøet, de arenaene der barnet deltar og involverer seg. Det blir arenaer som hjem, familie, nabolag, skole og venner. Mikrosystemet inneholder betydningsfulle personer for barnet. Skal primær og sekundærsosialiseringen bli best mulig for barnet, bør nærpersionene og barnet har en positiv samhandling. Hvordan familiesituasjonen er for barnet, vil være av stor betydning. Et eksempel på dette kan være; en arbeidsledig eneforsørger, med en psykisk lidelse, har ansvaret for et barn. Dette kan få store følger for barnet, som da kan vegre seg mot å gå på skolen, i frykt for hva som kan skje med mor/far hjemme. Barnet kan utvikle en separasjonsangst som kan bli svært hemmende for barnet.

Mesosystemet er samhandlingen mellom deltakerne i mikrosystemet. Eksempler på dette er samarbeidet mellom skole- hjem og barnets venner- hjemmet. Endringer i mesosystemet kan påvirke barnets mikrosystem. Er foreldrene høylytt negative til

barnets lærer, eller skolen generelt, vil dette sannsynligvis påvirke forholdet mellom barnet og læreren. I eksemplet ovenfor hvor barnet utviklet en separasjonsangst vil det være viktig at skolen og hjemmet har en god dialog, og at familien får den hjelpen de trenger.

Eksosystemet viser til arenaer hvor barnet sjelden eller aldri er, men som kan påvirke barnet. Eksempler på dette kan være foreldrenes arbeidsplass, NAV og kommunale helsetjenester barnevernet. Det at mor/far som har en psykisk lidelse får behandling og hjelp til å komme seg ut i et arbeid, vil i neste omgang være til hjelp for barnet. Det slipper da å engste seg for en syk mor/far, og lure på hva som kan skje dersom barnet forlater hjemmet.

Makrosystemet viser til hele kulturer eller subkulturer som påvirker barnet indirekte. Haugen (2006) sier makrosystemet legger føringer for hvordan mikro-, meso- og eksosystemet skal fungere. Det er to sentrale forhold her. Det første er et lands- eller en kommunes økonomi. Skal kommunens ledelse spare penger, kutter de kanskje i skole, helse og fritidssysler. Dette kan påvirke tilbudet barnet får på flere arenaer. Det andre sentrale forholdet er det rådende kultur og verdisystem i det samfunnet barnet vokser opp i. I et demokrati vil for eksempel valgte politiske partier forme skole og utdanning etter sitt verdigrunnlag. Dette påvirker igjen barn og unge som skal utdanne seg innen disse skolene.

Makrosystemet vil kunne ha stor betydning for hvilket tilbud og hjelp barnet får helt fra spedbarnsalder til ungdomstid. Har kommunen satset på helsestasjonene, med god bemanning og veiledningshjelp til foreldre som trenger dette? Får barn den hjelp og støtte de trenger i barnehage og skole, og har kommunen satset på fritids-tilbud til barn og unge? Økonomien har stor betydning for hvilket tjenestetilbud som blir gitt, og er av den grunn en stor og viktig påvirkningsfaktor for barnet.

Som vist ovenfor vil kvaliteten i mikrosystemer være en betydelig faktor for barnets oppvekst. Dersom en av foreldrene for eksempel har psykiske problemer kan dette gjøre hverdagen usikker for barnet. Sliter barnet med å få gode venner, og det blir mobbet på skolen vil det skape et ugunstig miljø for barnet å vokse opp i. Kvaliteten i relasjonene mellom systemene vil også kunne være risikofaktorer. Her vil økonomien og verdi- og kulturgrunnlaget i et samfunn kunne påvirke betingelsen for

god kvalitet i mikro-, meso- og eksosystemet (Haugen 2006; Haugen 2008). Campton mfl. (1991, gjengitt i Haugen 2008) viser til at barn og ungdom som vokser opp i samfunn med krig og politisk undertrykking, samt i samfunn med raske sosiale forandringer, har betydelig større sannsynlighet til å utvikle angstlidelser enn barn og unge som vokser opp i stabile land.

4.6.1 Oppsummering av teoretiske årsaksforklaringer til angst.

Vi har nå beskrevet ulike teoretiske forklaringsmodeller på angstlidelser. Nevrobiologisk teori tar for seg biologiske årsaker, arv og miljø i sin beskrivelse av hvordan angstlidelser kan utvikles. Psykoanalytisk teori forklarer angst med alvorlige indre konflikter, og legger vekt på at atferd er styrt av mer eller mindre ubevisste prosesser, som ofte er knyttet til opplevelser vi har hatt i fortiden. Disse opplevelsene kan være forbundet med angst og skyldfølelse, gjerne fortrenge følelser fra våre første leveår. Atferdsanalytisk teori legger vekt på at angst læres gjennom prinsipper for klassisk betinging, operant betinging og modellering. Feilaktige tanker og svikt i mentale skjema er i fokus i den kognitive teori sin årsaksforklaring, mens humanistisk retning legger vekt på at angst kan være resultat av at man blir hemmet i personlig vekst og selvrealisering. Det å bli utsatt for betinget kjærlighet, hvor våre prestasjoner er i fokus i stedet for det å bli elsket og verdsatt for den vi er, kan også føre til angst, ifølge denne retningen. Sosiokulturell teori retter fokus mot miljømessige og kulturelle faktorer som påvirker vår utvikling. Teorien tar for seg ulike systemer fra det nære, mikrosystemet, til det som påvirker oss mer indirekte som er makrosystemet. Det er samspillet mellom eksempelvis barnet og miljøet rundt som er i fokus. Selv om den enkelte teori kan gi oss en viss forklaring på hvorfor man kan utvikle en slik lidelse, er det likevel viktig å se på dette som et resultat av flere årsaksforhold - både arvelige og miljømessige. Ifølge Barlow & Durand (2002) er det forskning som tilsier at det er mange faktorer som spiller inn med hensyn til utvikling av en angstlidelse.

5. Utredning og diagnose

Når vi ser på hvordan de ulike angstlidelsene blir beskrevet, hvor skremmende eksempelvis et angstanfall kan virke, er det ikke vanskelig å tenke seg at slike

lidelser kan være svært hemmende for en som blir rammet. Vi ser viktigheten av gode behandlingstilbud slik at vedkommende får mulighet til å bli frisk igjen. Veien frem mot en diagnose kan være lang og for mange virke svært krevende. Ikke bare for personen som skal utredes, men også for de pårørende. Det er likevel viktig at det blir foretatt en grundig kartlegging av både barn, ungdom og voksne med denne type lidelse.

Utredningsarbeidet danner grunnlaget for å kunne stille en riktig diagnose, som i neste omgang er avgjørende for å gi et godt behandlingstilbud. I utredningsarbeidet kan både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bidra. Primærhelsetjeneste består blant annet av primærlege, helsesøster, psykisk helsetjeneste og pedagogisk psykologisk tjeneste. Dersom barn og unge (0-18 år) trenger ytterligere hjelp, utover primærhelsetjenesten, kan de henvises til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) eller til døgnavdelinger på enkelte sykehus. Dersom voksne (18 år og oppover) har behov for oppfølging fra spesialist-tjenesten, henvises de til distriktpsikiatriske sentra (DPS) og psykiatriske sykehus (Haugsgjerd mfl. 2009).

5.1 Helhetlig kartlegging av barn

Det starter ofte med at noen har sett barnet eller den unges symptomer hjemme, i barnehagen, på skolen eller et annet sted barnet befinner seg (Haugsgjerd mfl. 2009). Man kan ha mistanke om at barnet har vansker innen et område, men er usikker på omfanget. Sommerschild (Grøholt mfl. 2001) har utarbeidet en modell som kan brukes dersom man er i tvil om hvor omfattende vansker et barn har. Hun har kalt modellen for Firfotingen, og den gir hjelp til å ordne observasjoner og informasjon på en rask og systematisk måte. De fire føttene representerer ulike områder, som skal observeres hver for seg. Disse områdene er barnets symptomer, psykomotorisk utvikling, personlige egenskaper og oppvekstmiljø (Grøholt mfl. 2001). De ulike områdene som kartlegges skal samlet bidra til at kartleggingsarbeidet blir mest mulig helhetlig.

Vogt (2008b) peker også på viktigheten av en helhetlig kartlegging. I likhet med Sommerchild (Grøholdt mfl. 2001) viser også han til kartlegging av ulike områder hos barnet selv og dets miljø. Dette blir en kartlegging i tråd med de prinsipper vi

finner innen sosialøkologisk teori, hvor man forsøker å finne årsaker som forsterker barnets vansker i de ulike miljøene det er en del av. Selv om det er viktig å kartlegge miljøene, er det ifølge Vogt (2008b) også vesentlig å få innblikk i barnets interesser, motivasjon og eget syn på problemene. Han sier man må tilstrebe en multimetodisk kartlegging, slik at man får informasjon fra flere hold. På dette viset vil ikke feilkilder ved enkeltmetoder ha så stor påvirkning på resultatet av kartleggingen og det bildet man får av barnet.

Et annet område Vogt trekker frem i kartleggingsarbeidet, er det å finne frem til barnets sterke sider og bygge på disse i utarbeidelse av tiltak. Han mener videre at det er viktig å ha fokus på styrker i barnets miljø, for disse vil være viktige i den videre planleggingen av behandling. I tillegg viser Vogt (2008a) til følgende krav som også inngår i en helhetlig kartlegging: kartleggingen skjer i et likeverdig samarbeid mellom ulike parter, skjer kontinuerlig, man vurderer tiltakseffekt, barnet og foreldrene deltar aktivt, hovedfokus rettes mot prosesser og ikke i så stor grad mot statiske vurderinger i forhold til gitte normer. Ut fra disse kriteriene ser man at en helhetlig kartlegging både vil være tidkrevende og ressurskrevende. Mange personer vil bli involvert i kartleggingsarbeidet. Han legger vekt på at kartleggingen skal skje i et likeverdig samarbeid mellom ulike parter, og at foreldre og barnet selv må delta aktivt. Det er foreldrene som kjenner barnet sitt best. De kan komme med opplysninger som kan være viktige bidrag i kartleggingsarbeidet. Samarbeid og viktigheten av dette vil bli ytterligere beskrevet under punkt 6.4.

Vi har vist til mange krav som bør innfris for at kartleggingsarbeidet skal kunne regnes som helhetlig. Ifølge Vogt (2008a) bør alle disse kravene sees på som det som ville være ideelt i en slik type kartlegging, men som kan være vanskelig å få til i virkeligheten. Han sier derfor at man bør vurdere hvor omfattende kartleggingen bør være ut fra barnets vansker og omfanget av dette. Det kan ta lang tid å foreta en helhetlig kartlegging. Noen ganger kan det kanskje være innlysende hva problemet er og årsakene til dette. Enkle tiltak kan da settes i verk for å bedre barnets situasjon så raskt som mulig.

Dersom vi tenker oss et barn som har skolefobi, vil det være viktig for barnet at det settes i gang tiltak raskt, slik at det ikke blir liggende etter i ulike fag. Jo lengre tid det går før barnet går på skolen, jo vanskeligere blir det for barnet å møte opp.

Unngåelsesatferden blir forsterket ved at barnet lar være å oppsøke det som utløser angst. Når det er snakk om spesifikke fobier, slik som skolefobi, er angsten knyttet opp mot et bestemt objekt eller situasjon. Det er ganske tydelig hva som utløser angsten, og man trenger kanskje ikke bruke så mye tid på selve kartleggingsarbeidet. Andre ganger derimot kan det være mer uklarerhet i forhold til hva som er årsaken til barnets angst. Haugen (2008) viser til bruk av ulike tester, observasjoner i barnets naturlige miljø, samt vurderingsskjema eller sjekklister som hjelpemidler i dette arbeidet.

Når et barn skal gjennomføre en test, kan man også benytte denne situasjonen til å observere og samtale med barnet (Vogt 2008a). Haugen (2008) peker også på viktigheten av å samtale med barnet, siden det er barnet selv som opplever angsten og kan gi nyttig informasjon omkring dette. Vogt (2008a) mener at det er betydningsfullt at denne kartleggingssamtalen oppleves god for både hjelperen og barnet. For å få til dette anbefaler samme forfatter at man ikke fokuserer for mye på teknikker og manualer, men heller på å få til en god relasjon til barnet. Han viser til grunnleggende holdninger som kongruens, positiv aktelse og empati som bør ligge til grunn for samhandlingen. Dette blir også tatt opp under punkt 7.1.2 hvor vi beskriver ferdigheter en rådgiver/behandler bør inneha.

Vogt sier videre at dersom behandler klarer å rette fokuset mot slike holdninger, vil dette kunne ha positiv effekt på både kartleggingen og problemløsingen. Barnet vil føle seg sett og ivaretatt, og opplever at det som blir sagt blir tatt på alvor. Vogt mener at dette vil bidra til større selv-akseptering, og barnet blir mer spontan og ekte. Det vil i neste omgang gjøre det enklere for barnet å komme frem med sine vansker.

I samtaler som er preget av slike holdninger vil man også lettere kunne komme med utfordringer og konfrontasjoner. Vogt sier at en utfordring helst bør stilles som et undrende spørsmål, ikke utformes kritisk, men som en eventuell styrke som barnet har. Når det gjelder konfrontasjoner, mener Vogt dette kun bør brukes unntaksvis dersom barnet eksempelvis unnviker spørsmål eller sier ting som ikke er realistiske. Han sier videre at det er viktig å ha med oppsummering på slutten, slik at man kan komme frem til en samlet konklusjon over problemområder, styrker og hva som bør gjøres videre.

5.2 Bruk av funksjonell analyse

En helhetlig kartlegging innbefatter at man undersøker betingelser ved barnet selv og de ulike miljøene det er en del av. Man bør bruke ulike metoder i kartleggingsarbeidet for å sikre at man får et mest mulig riktig bilde av barnet. En metode som kan brukes i dette arbeidet kalles funksjonell analyse. Dersom vi følger opp eksemplet med barnet som lider av skolefobi, er hensikten med funksjonell analyse å finne ut hva som er årsaken til dette. Sållmann (2008) mener at bruk av funksjonell analyse kan være nyttig for å finne ut hva som påvirker en persons atferd.

Metoden bygger på prinsipper innen atferdsanalytisk teori. Dersom en person mangler noe som vedkommende ønsker, vil han/hun gjøre noe for å få dette. Dersom en person utsettes for noe ubehagelig, vil han/hun ofte gjøre noe for å unngå dette. De konsekvenser som formidles i forbindelse med det å oppnå eller unnsnippe fra noe, har betydning for om denne atferden gjentar seg i lignende situasjoner. Dette blir også beskrevet i punkt 4.3 under atferdsteori og operant betinging. Den funksjonelle analysen skal gi informasjon om hva som opprettholder atferden, i dette eksemplet skolefobien, og hvilke forsterkningsbetingelser som bør endres for å endre atferden.

Kearney & Silverman (1990, gjengitt i Sållmann 2008) bruker begrepet skolevegring, og har satt opp følgende fire hovedårsaker til dette:

1. Unngåelse av spesiell frykt eller overengstelighet på skolen.
2. Unngåelse av ubehagelige sosiale situasjoner på skolen.
3. Søking etter oppmerksomhet fra betydningsfulle personer (eks. foreldre).
4. Konkurrerende, attraktive aktiviteter som fungerer som belønning (eks. tilgang til tv og venner).

Sållmann (2008) påpeker at det ofte er snakk om en angstlidelse (skolefobi) når barnet kommer inn under kategori 1, 2 og 3. Han viser videre til et måleinstrument som Kearney & Silverman (1990, gjengitt i Sållmann 2008) har utviklet for å kartlegge hva som utløser og opprettholder skolevegring. Dette skjemaet kalles School Refusal Assessment Scale (SRAS) og består av ett skjema til barnet (SRAS-C) og ett til foreldrene (SRAS-P).

5.3 Utredningsarbeidet

Dersom barnets vansker ikke er så omfattende, kan eksempelvis lærer i samarbeid med kolleger, foreldre og barnet selv stå for mye av kartleggingsarbeidet. Dersom det viser seg at barnet har omfattende vansker, bør man søke hjelp og veiledning fra andre instanser. I slike tilfeller kan eksempelvis skolen, med samtykke fra foreldrene, sende en henvisning til pedagogisk-psykologisk tjeneste.

PPT er en primærhelsetjeneste, som foreldrene også selv kan henvende seg direkte til for å få veiledning og hjelp. Kort fortalt vil PPT foreta en videre utredning av barnet og vurdere hvilke hjelpetiltak som bør iverksettes. Krever barnets vansker spesialundervisning, må PPT utarbeide en sakkyndig vurdering. Denne vurderingen er videre rådende for kommunens eller fylkeskommunens enkeltvedtak om spesialundervisning (Haugen 2008).

Dersom det er behov for kompetanse og ressurser utover det som primærhelsetjenesten kan bistå med, kan barnet henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Det er vanlig praksis at lege /fastlege henviser barnet til videre utredning på BUP. Det finnes også noen døgnavdelinger for barn og unge ved enkelte sykehus noen steder i landet (Haugsgjerd mfl. 2009). På BUP blir barnet grundig utredet og en eventuell diagnose blir gitt ut fra ICD-10. Den kartlegging og informasjon som er blitt utført tidligere rundt barnet, tas med i den videre utredningen. Teamene som utreder, består av ulike yrkesgrupper som hver har sine spesialfelt og metoder å arbeide etter. Etter ulike tester og observasjoner samles denne informasjonen, og teamet kommer frem til en diagnose (Grøholt mfl. 2001). Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk gir også tilbud om behandling, og selve utredningen legges ofte opp på en slik måte at den blir en del av behandlingsopplegget rundt barnet (Haugen 2008).

5.4 Kartlegging av ungdom og voksne

I motsetning til barn, som er avhengig av andre for å få den hjelp de trenger, kan ungdom og voksne med en angstlidelse selv oppsøke hjelp. Ved mindre alvorlige tilfeller av angst kan det kanskje være nok at venner eller familie trer støttende til. Ved mer alvorlige tilfeller vil det være naturlig å oppsøke primærlege. Ofte er det i forbindelse med et angstanfall at disse kommer i kontakt med lege (Kringlen 2010).

De kroppslige symptomene som et panikkanfall kan gi, kan virke dramatiske, og ligne på symptomer en får ved et hjerteinfarkt. Kringlen (2010) sier videre at legen foretar nødvendige undersøkelser, vil gjennom samtale med den voksne finne frem til at symptomene har psykiske årsaker. Er tilstanden alvorlig og går ut over personens livskvalitet, må legen sammen med personen selv ta stilling til om han/hun bør henvises videre til spesialisttjenesten.

Når voksne blir tatt inn til behandling vil det bli utført en videre kartlegging av angstlidelsen og omfanget av denne. Målet er å få en oversikt over hva problemet er, sette ord på dette og finne frem til konkrete målsettinger sammen (Thingnæs mfl. 2008). Det kan benyttes ulike kartleggingsskjema for å finne ut mer om angstlidelsens omfang og hvilken grad av hjelp personen trenger. Eksempler på slike skjema er Klinisk Angstsкала og (KAS) Beck Anxiety Inventory (BAI). Dette er kartleggingsskjema som brukes for angstlidelser generelt, mens det finnes andre skjema som rettes mot de ulike typer angstlidelser. Eksempelvis Panikkskala (PRS) ved panikklidelse, Kort sosial fobi skala (BSPS) ved sosial fobi, Alminnelig angst og fobi-skjema ved spesifikke fobier, Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) for tvangslidelse, samt Impact of Events Scale (IES) for posttraumatisk stresslidelse.

Noen kartleggingsskjema skal vedkommende selv fyller ut, mens andre skåres av behandleren (Thingnæs mfl. 2008). Det er viktig å finne ut hvor problemene ligger, og slike skjema vil kunne være nyttige hjelpemiddel. Dersom en bruker slike kartleggingsskjema både før en starter behandling og i etterkant av behandlingen, vil en kunne evaluere effekten av behandlingen på en bedre måte. Det er imidlertid samtalen mellom behandleren og den voksne som har størst betydning i forhold til det å avklare en angstlidelse (Thingnæs mfl. 2008; Kringlen 2010).

I utredningsarbeidet må en være bevisst i forhold til at en person kan ha flere angstlidelser på samme tid. En kan også ha en angstlidelse samtidig med en annen psykisk eller somatisk lidelse. Komorbide lidelser er beskrevet ytterligere under de ulike angstlidelsene. En grundig utredning, også somatisk, er derfor viktig. En kan da utelukke at somatiske sykdommer er årsak til de kroppslige symptomene. Er det snakk om flere psykiske tilstander, vil det være viktig å finne ut hva som oppstod først, slik at behandlingen blir riktig.

6. Forebygging av angstlidelser

Det er ikke så lett å skille det forebyggende arbeidet fra behandlingsbiten. Enkelte metoder blir brukt både forebyggende og i behandlingsøyemed. Mange ulike aktører som foresatte, helsesøster, miljøarbeider, miljøterapeut, førskolelærer og lærer kan bidra i dette viktige arbeidet. For barnet eller ungdommen er det også viktig at det er et godt samarbeid mellom viktige personer i deres liv, slik at det arbeides mot en felles målsetting. Vi vil underveis i denne delen av oppgaven gi eksempler på hvordan ulike aktører kan bidra for å forebygge angstlidelser hos barn og unge.

Det å tenke forebyggende regnes nok som viktig for alle typer psykiske lidelser. Angstlidelser er blant de vanligste sykdommer vi har, og det er undersøkelser som viser at mange kvinner og menn vil komme til å bli rammet av denne lidelsen i løpet av livet. Uten behandling vil angstlidelser kunne bli kroniske, noe som igjen kan føre til andre tilleggslidelser. Resultatet av dette kan bli et unødvendig høyt forbruk av ulike helsetjenester og vanedannende medikamenter (Statens helsetilsyn 2000).

Vi har tidligere sett på årsaker til angstlidelser, og at det er stor sannsynlighet for at det både er arvelige og miljømessige faktorer som spiller inn. Biologien viser til genetisk disposisjon, men at det i tillegg er ulike risikofaktorer som fører til at enkelte utvikler denne type lidelse. Som Statens helsetilsyn viser til er det mange som rammes av denne lidelsen. Kringlen (2010) mener at fagfolk bør kjenne et spesielt ansvar i forhold til det forebyggende arbeidet. Han foreslår at dette bør skje over et vidt felt, og viser til to hovedmåter å tenke forebyggende arbeid på. Den ene er rettet mot enkeltindividet, hvor en legger vekt på opplysningsarbeid og på det å endre folks holdninger. Den andre måten tar for seg samfunnsmessige endringer, hvor fokuset for eksempel rettes mot det å redusere arbeidsledighet, bedre det sosiale miljøet og begrense tilgangen på rusmidler. Sett i et slikt perspektiv ser vi hvor omfattende det forebyggende arbeidet vil være.

Kringlen viser også hvordan man kan arbeide preventivt i forhold til psykiske lidelser gjennom primær, sekundær og tertiær forebygging. Kort fortalt er den primære forebyggingen det arbeidet som utføres for å hindre at folk får en angstlidelse. Dette tar for seg både individrettede og samfunnsrettede tiltak som

beskrevet ovenfor. Det er vel kanskje denne type forebygging vi selv kjenner igjen som preventive tiltak. Det som han deretter beskriver som sekundær forebygging handler om å korte ned sykdomstiden gjennom effektiv behandling. Da er vi inne på selve behandlingsbiten, som Kringlen mener kan regnes som forebyggende virksomhet, siden det er snakk om å få folk friske gjennom gode behandlingstilbud. En kan vel da si at det er selve metodene som regnes som forebyggende tiltak, all den tid det er valg av behandlingsmetode som vil kunne påvirke resultatet og tiden det tar å bli frisk.

Ifølge Statens helsetilsyn (2000) er det viktig at personer med en angstlidelse får riktig behandling. Det vises til at det ikke er samsvar mellom de behandlingsmetoder som er vitenskapelig dokumentert, og den behandling som tilbys personer med angstlidelser i klinisk praksis. Statens helsetilsyn har derfor gitt ut en behandlingsveileder for å kvalitetssikre det tilbudet som gis til denne pasientgruppen.

Tertiær forebygging er knyttet opp mot ettervern og hvordan en kan forhindre kroniske og invalidiserende tilstander hos personen. Ifølge Kringlen kan den primære prevensjonen få for stort fokus i forhold til den sekundære forebyggingen. Den høye forekomsten av angstlidelser skyldes oftere at lidelsen blir kronisk og at pasienter får tilbakefall enn at nye tilfeller oppstår. Leighton & Murphy (1997, gjengitt i Kringlen 2010) mener derfor at den sekundære prevensjonen, med fokus på behandlingstilbudet, bør få et større fokus i forhold til det forebyggende arbeidet.

Vi vil gi noen eksempler på hvordan den primære forebyggingen kan skje gjennom helsesøster sin rolle i møte med nybakte foreldre. Hun/han kan veilede og informere foreldre om optimale betingelser rundt barnets utvikling. Vi vil også se på hvordan voksne, både foresatte og andre nærpå personer, kan lære barn ulike ferdigheter knyttet opp mot det å bli bevisst egne og andres følelser. I skolen kan lærer bruke FRIENDS programmet for å lære barn og unge strategier for å takle angst. Vi vil gi en kort beskrivelse av FRIENDS og Coping Cat programmet, som både kan brukes i forebyggende og behandlende virksomhet. For å gi best mulig hjelp til barn og unge som står i fare for å utvikle en angstlidelse, eller allerede har en lidelse, vil det være viktig at nærpå personer, personal og eventuelt andre instanser får til et godt samarbeid. Dette er et område som er viktig i de fleste situasjoner hvor man skal arbeide mot et felles mål. Vi har valgt å skrive om samarbeid under punktet forebygging, og vil vise

til dette i andre deler av oppgaven hvor det er aktuelt å trekke inn ulike former for samarbeid.

6.1 Helsesøster sin rolle i forebygging av angstlidelser

Sett ut fra psykoanalytisk teori er den tidlige tilknytningen svært viktig for barnets utvikling. Den humanistiske teori legger vekt på at barnet må få tilfredsstilt ulike behov, og bli elsket og verdsatt for den det er. Den sosiokulturelle teori, med vekt på mikrosystemet, ser viktigheten av at barnet vokser opp i en familie med trygge rammer og en positiv samhandling.

Sett ut fra sosiokulturell teori, vil et samarbeid mellom familien og helsestasjonen kunne ha stor betydning for barnet. Helsesøster er ofte den som møter nybakte foreldre først og følger barnets utvikling over tid. Helsesøster vil kunne oppdage tidlige tegn på om noe er galt, og videre gi nødvendig veiledning eller henvise til andre hjelpeinstanser. Grøholt mfl. (2001) viser til Marte Meo og MISK-metoden, som er eksempler på metoder som bygger på tilknytningsteori. Metodene har som mål å styrke samspillet mellom omsorgsgiveren og barnet. Det at hjelpen gis tidlig, er avgjørende i forhold til å forebygge en negativ utvikling hos barnet.

6.2 Barn og følelser

Dersom barnet ikke vet hva følelser er og hvordan de påvirker oss, vil dette kunne påvirke den samhandlingen barnet opplever med andre. Det å gi barn kunnskap om følelser er ifølge Haugen (2008) derfor svært viktig. Det kan både ha en forebyggende effekt og være til hjelp for et barn som allerede har utviklet en lidelse. Han viser til måter eksempelvis en lærer kan lære barn om følelser. Først bør læreren forklare barnet muntlig hva følelser er, og gi eksempler på ulike situasjoner som utløser disse følelsene. Deretter må barnet få en forståelse av at følelser er noe alle mennesker har, men at man reagerer forskjellig på ulike situasjoner, og styrken på det en føler kan være forskjellig hos den enkelte. For at dette skal bli mer forståelig for barnet viser Haugen til bruk av bilder i dette arbeidet. Da kan lærer finne bilder av ulike ansikter som viser ulike grader av følelsesuttrykk. Dette kan lages ut fra følelseskart og trenes inn på samme måte som annen begreps trening.

Neste steg blir ifølge Haugen å lære barnet hvilke følelser det selv opplever i ulike situasjoner, og hvilken styrke det er på disse. Han sier videre at det er viktig at lærer underveis navngir følelsene til barnet, at barnet forstår at det er naturlig å reagere med følelser, og at disse kan være av ulik styrke. Barn med angst kan oppleve at følelser blir sterkere enn de selv ønsker. Det er viktig at læreren får barnet til å snakke om sine vonde følelser, og at barnet klarer å sette navn på disse.

Deretter skal barnet lære at følelsene henger sammen med ulike kroppslige reaksjoner, tanker og handlinger. Barnet og læreren går gjennom reaksjoner som barnet får når det opplever angst, og lærer forsøker å forklare hvordan de ulike reaksjonene er knyttet opp mot barnets følelser (Haugen 2008).

Tilslutt lærer barnet hvordan det kan få kontroll over de negative følelsene sine. I denne delen skal barnet bli bevisst i forhold til det som utløser angsten, lære nye måter å tenke på (endre automatiske tanker) og lære teknikker for fysiologisk avslapping (Haugen 2008). Man kan bruke mange av de samme prinsippene som brukes i kognitiv terapi, hvor målet er å få barnet til å se det ulogiske ved de automatiserte, negative tankene. Angsten fremkaller disse tankene, og lærer må da inn og gi alternative måter å tenke på til barnet. Dette blir nærmere omtalt under kognitiv atferdsterapi punkt 7.5.3. Ifølge Haugen kan barnet trene på dette gjennom rollespill. Barnet bør i tillegg lære pusteøvelser og avslapningsteknikker. Prinsippene for dette vil bli ytterligere beskrevet under punkt 7.5.4 om eksponeringsterapi og systematisk desensitivisering.

6.3 Friends og Coping Cat programmet.

FRIENDS programmet er utviklet av Paula Barrett, og går ut på å forebygge angst og depresjon hos barn ved bruk av prinsipper hentet fra kognitiv atferdsterapi. Tanken er å styrke barnas emosjonelle motstandsdyktighet. Formålet er å redusere forekomsten av alvorlige psykiske lidelser, emosjonelle plager og svekket sosial fungering. Dette gjøres ved å undervise barn og unge mennesker i hvordan de skal takle og administrere angst, nå og senere i livet.

Programmet har blitt utviklet både som behandling og som en skolebasert forebygging som fremmer egenutvikling (Barrett & May 2007; Haugen 2008). Haugen (2008:462) beskriver kort trinnene i FRIENDS programmet som følger:

F = følelser. Barnet skal bli kjent med følelser knyttet til angst og kroppslige tegn til uro.

R = Rolig, avslappet. Barnet skal lære å slappe av ved hjelp av bla. pusteøvelser.

I = Indre tanker. Barnet skal lære å endre negative tanker til gunstige selvinstruksjoner.

E = Ett skritt av gangen. Barnet skal gradvis utsette seg for situasjoner eller objekter det frykter. Som hjelp skal barnet bruke strategiene det har lært så langt.

N = Nå skal barnet belønne seg selv eller motta belønning fra andre. Det er barnets innsats som skal belønnes, og ikke kvaliteten på innsatsen.

D = Det er øvelse som gjør mester. Det krever øvelse å hanskkes med egne følelser.

S = Smil. Tanken er at prosessen går bedre hvis man klarer å beholde det gode humøret.

Selv om Coping Cat blir benyttet i forbindelse med behandling av angstlidelser, har vi valgt å nevne dette kort under beskrivelsen av FRIENDS programmet. Dette på grunn av likhetstrekkene mellom disse to programmene. Coping Cat er utviklet av Philip C. Kendall, og brukes i behandling av ulike angstlidelser hos barn mellom sju og tretten år. Barna får hjelp til å gjenkjenne følelser og fysiske reaksjoner knyttet til angst. De skal få økt forståelse for egne kognitive reaksjoner på angstframkallende situasjoner, og de skal øke sin evne til å mestre slike situasjoner (Bratt 2008; Haugen 2008).

6.4 Samarbeid

For barn som befinner seg i risikozonen, eller allerede har utviklet en angstlidelse, er det viktig at nærpersoner og andre involverte parter går sammen om å hjelpe barnet på best mulig måte. Vi vil se på foreldrenes rolle i et slikt samarbeid, belyse grunnleggende holdninger som bør prege samarbeidet og hvordan man kan få til et tverrfaglig samarbeid både innad og på tvers av etater.

6.4.1 Foreldresamarbeid

Det er viktig å trekke foreldrene aktivt med i både forebyggende og behandlende virksomhet. Deres bidrag i forhold til dette bør bli hørt og verdsatt (Vogt 2008a).

Nilsen & Vogt (2008) trekker frem foreldresamarbeid som helt avgjørende for å oppnå et godt behandlingsresultat hos barn som har sosiale og emosjonelle vansker. De påpeker viktigheten av å møte foreldrene med respekt for deres syn på problemene, og vise at man ønsker å finne ut av vanskene sammen.

Foreldrene kjenner barnet sitt og kan hjelpe til med å sette ord på vanskelige følelser og gi nyttig informasjon til kartleggingsarbeidet. De er også de nærmeste omsorgspersoner og har hovedansvaret for barnet. Når barnet eksempelvis skal trene på å eksponere seg for angstvekkende situasjoner, er det viktig at foreldre kan delta i denne treningen. De kan motivere barnet underveis og administrere belønning når barnet mester oppgaven (Nilsen & Vogt 2008). En slik eksponeringsbehandling kan oppleves svært krevende for barnet, og det er derfor viktig at foreldrene gir mye støtte og oppmuntring. Denne type behandling blir beskrevet nærmere i oppgaven under punkt 7.5.4.

6.4.2 Holdninger som fremmer et godt samarbeid

Nilsen & Vogt (2008) peker videre på viktigheten av å etablere gode relasjoner mellom de ulike aktørene som skal samarbeide. De trekker frem humanistiske holdninger som ekthet, positiv aktelse og empati som viktige komponenter i et godt samarbeid (Rogers 1965, gjengitt i Haugen 2008). I et samarbeid bør man respektere at andre kan ha ulike oppfatninger av årsaksforhold og hvilke tiltak som må settes i verk enn det man selv har. Samtidig bør ikke ulike oppfatninger føre til at man blir handlingslammet. Man bør være åpen for å vurdere ulike løsningsforslag og fremgangsmåter. Ifølge Nilsen & Vogt (2008) er et godt samarbeid ikke avhengig av at alle parter er enige til enhver tid, men med åpenhet, respekt og likeverdighet i bunn for samarbeidet vil partene lettere komme frem til felles avgjørelser.

6.4.3 Tverrfaglig samarbeid

Det kan enkelte ganger være vanskelig å vite når man bør trekke inn andre instanser i forhold til kartlegging og behandling. Vogt (2008b) peker på at spesialpedagoger, lærere, PPT rådgivere og andre ikke må være alene om et behandlingsopplegg i tilfeller hvor barnet har alvorlige psykiatriske problemer. Dersom barnet har vansker som ikke er diagnosebaserte, mener han at andre fagfolk uten spesialisering innen

slike felt vil kunne bistå barnet. Har barnet en alvorlig lidelse mener Vogt at det er viktig at barnet blir fulgt opp av et behandlingsapparat. Dette viser at alvorlighetsgraden på barnets vanske vil være avgjørende for hvem som bør ha hovedansvaret for behandlingsopplegget. Foreldrene bør trekkes med i dette arbeidet uansett hvor alvorlig barnets lidelse er.

Ifølge Nilsen & Vogt (2008) vil det ha stor betydning for resultatet at de ulike aktørene får til et godt tverrfaglig samarbeid rundt behandlingsopplegget. Et slikt samarbeid kan være innad i en personalgruppe, eksempelvis mellom lærere som har en elev i ulike fag, eller mellom etater som eksempelvis skole, PPT og helsestasjon. De samme forfatterne sier videre at ulike forhold som går på ansvarsfordeling, ressursbruk, lovverk og lignende bør avklares i de tilfeller hvor flere etater er involvert.

Det er ofte vanlig at man etablerer en ansvarsgruppe rundt barn og unge som har behov for hjelp fra flere instanser. Gruppen vil kunne bidra til at det arbeides målrettet og systematisk i forhold til ulike tiltak (Nilsen & Vogt 2008). Klarer man raskt å komme i gang med et godt samarbeid mellom involverte parter, vil dette ifølge de samme forfatterne kunne ha stor betydning for gjennomføringen av effektive behandlingstiltak.

7. Behandling

Statens helsetilsyn (2000) sier at angstlidelser er en av de vanligste lidelsene blant folk. Det vil si at det må være ganske mange som får denne type lidelse i løpet av livet. Selv om det er slik, viser det seg at det er få som søker og får profesjonell hjelp. Det viser seg også at personer med angstlidelser ikke alltid får tilbud om de behandlingsmetoder som har dokumentert effekt (Statens helsetilsyn 2000). Haugsgjerd mfl. (2009) mener at psykisk helsevern er forpliktet til å gi den type behandling som gagnar personen best. Behandlingstilbudet bør være så differensiert og velutviklet at det skal kunne romme alle uansett alder og lidelse. Videre peker de på behandlerens forpliktelse om å holde seg oppdatert med hensyn til diagnostikk og behandlingsmetoder. Haugsgjerd mfl. mener at effektiviteten av metodene som blir benyttet bør være dokumentert eller i det minste sannsynliggjort. Gjennom dette skal personer med angstlidelser sikres et adekvat og effektivt behandlingstilbud.

Bruk av riktig behandlingsmetode i forhold til de ulike angstlidelser en ting. Hvilke metoder som regnes som effektive i behandlingsøyemed blir beskrevet under punkt 7.4. Det er ikke bare de ulike metoder som har betydning for resultatet. Behandlerens kompetanse i forhold til arbeid med mennesker som har en psykisk lidelse, vil være av stor betydning for resultatet av behandlingen. Ifølge Skårderud mfl. (2010) er det mange ferdigheter behandleren bør mestre for å kunne komme inn under betegnelsen profesjonell behandler. Men det er også faktorer som behandler ikke kontrollerer, slik som økonomiske forhold, tilgang på fagpersoner og forhold ved selve personen som er rammet av lidelsen. Disse ulike faktorene vil vi beskrive ytterligere i det som følger.

7.1 Ferdigheter hos behandler

Enten det er personer innen førstelinjetjenesten eller spesialisttjenesten som skal stå for behandlingen, er det viktig at vedkommende innehar relevant kompetanse. Siden det er snakk om behandling i forhold til et annet menneske vil en slik kompetanse omfatte mange områder. I møte med andre mennesker er det viktig å kjenne til ulike holdninger som fremmer en positiv samhandling. Først vil vi se på hva som ligger i begrepet rådgivning og hvem som kan gi denne type hjelp. Deretter vil vi beskrive prinsippene for hvordan en rådgiver kan arbeide ut fra Robert Carchuffs problem-løsende rådgivningsmodell. Vi vil også belyse andre aktuelle områder som en hjelper bør ha kunnskap og kompetanse i forhold til.

7.1.1 Hva ligger i begrepet rådgivning?

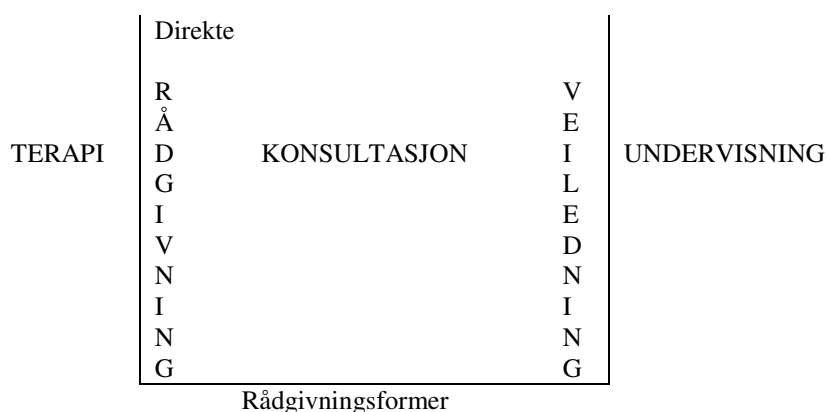
Vi har valgt å bruke følgende definisjon av rådgivning som Vogt (2008b) har oversatt til norsk fra Thompson, mfl. (2004:21 gjengitt i Vogt 2008b):

”Rådgivning er en prosess der en trent profesjonell danner en tillitsfull relasjon med en person som trenger hjelp. Relasjonen fokuserer på personlige betydninger av opplevelser, følelser, atferd, konsekvenser og mål. Rådgivning gir en unik mulighet til å utforske og uttrykke tanker og følelser i en ikke-dømmende og ikke-truende atmosfære” (Vogt 2008b:340).

Den trena profesjonelle kan være fra ulike profesjoner. Hvem som er rådgiver avhenger av hvilken målgruppe man skal arbeide opp mot, hva målsettingen for

arbeidet er og hvilke metoder som skal brukes (Vogt 2008b). Alvorlighetsgraden av personens vansker bør vurderes, slik at den som skal være rådgiver er kvalifisert for dette arbeidet. Samme forfatter peker videre på at rådgivning også kan knyttes opp mot grupper selv om definisjonen tar for seg rådgivning i forhold til enkeltpersonen.

Innen psykologisk arbeid, pedagogisk arbeid og helsearbeid brukes begrepene innen rådgivningsfeltet om hverandre. Det finnes ulike former for rådgivning både på individ-, gruppe- og systemnivå, som alle har ulike fremgangsmåter (Lassen 2002). Samme forfatter viser til følgende former for rådgivning; direkte rådgivning, konsultasjon og veiledning (se figur 3).



Figur 3. Forskjellige former for rådgivning (Lassen 2002:31)

Likheten mellom disse tre rådgivningsformene er (Lassen 2002:31):

- De bygger på prinsippet om frivillighet
- Ansvar for endring ligger hos råde søker
- Rådgiver har ansvar for å legge til rette, å lede og fullføre prosessen
- Rådgiveren har et ansvar som modell for råde søkeren

Ved direkte rådgivning har råde søker et ønske om utvikling, eller har et problem i forhold til yrkeslivet eller det personlige plan. Når man snakker om veiledning fokuserer man på opplæring av en profesjonell person via en erfaren person innen samme profesjon. Konsultasjon skiller seg fra direkte rådgivning og veiledning da den har et indirekte mål (Lassen 2002). Det er flere fellesnevner ved rådgivning og terapi. Målet hos begge er å hjelpe mennesker med vansker av personlig eller yrkesmessig art. Det er ikke noen absolutte skiller mellom disse to, det er mer flytende overganger. Under rådgivning kan

det dukke opp dyptliggende vansker i arbeidet med å løse et problem. Dette kan føre til en terapeutisk situasjon. Rådgiving kan berøre ubevisste følelser selv om rådgiving hovedsakelig foregår på et bevisst plan. Når da de ubevisste tankene og følelsene blir bevisste kan man tilnærme seg dem fra et rådgivings perspektiv. I terapi tar man for seg dyptliggende vansker, men det kan være aktuelt å fokusere på dagligdagse problemer som en del av de dypereliggende vanskene.

Videre hevder Lassen at en god samtale kan være til hjelp. Samtale bygger også på interaksjon, men i motsetning til rådgiving, som er regulert av etiske forpliktelser og profesjonell kontrakt, reguleres samtalen av personlig gjensidighet. Hjelpen som gis blir da mindre forpliktende og mer uformell.

Som vist ovenfor kan rådgivning ha flere former, og i et rådgivningsforløp vil det kanskje være aktuelt å skifte fra den ene formen til den andre. Dette vil ifølge Lassen kreve at rådgiver er fleksibel og klarer å tenke helhetlig. Det finnes mange rådgivningsmodeller som kan brukes i rådgivningsarbeid, og Lassen oppfordrer til å tenke eklektisk omkring dette, siden alle har sine styrker og begrensinger i forhold til utvikling.

7.1.2 Bruk av Robert Carchuffs problemløsende rådgivningsmodell

Vi har valgt å presentere en modell som har hentet elementer fra både humanistisk-, atferdsteoretisk- og systemteori (Lassen 2002). Til sammen har dette ført frem til en mer helhetlig tenkning omkring rådgivningsarbeidet. Grunnleggende holdninger i denne modellen er hentet fra Rogers teori i forhold til hva som fremmer personlig vekst og selvrealisering. Viktig her er rådsøkers/barnets opplevelse av ubetinget positiv aktelse (Lassen 2002; Vogt 2008b). Dersom barnet ikke opplever å bli elsket for den det er, men at kjærligheten er knyttet opp mot hva barnet presterer, kan dette føre til angst. Dette er beskrevet tidligere i oppgaven under årsaksforklaring på angstlidelser ut fra humanistisk teori punkt 4.5. Rådgiving som bygger på holdninger som kongruens, ubetinget positiv aktelse og empati vil ifølge Lassen (2002) kunne bidra til en positiv utvikling hos den som søker hjelp.

Vi vil derfor kort forklare hva som ligger i disse begrepene. Kongruens vil si at rådgiveren er seg selv og ikke lager en fasade i møte med den som trenger hjelp (Vogt 2008b). Lassen (2002) viser til at rådgivers kongruens skaper plattformen for trygghet og forutsigbarhet under arbeidet. I forhold til ungdom mener Kringlen (2010) at det er det spesielt viktig å være direkte og ærlig, fordi denne gruppen ofte er på vakt i forhold til om den voksne spiller en rolle eller er seg selv. Vogt (2008b) sier videre at man bør også være spontan og åpen for sine egne og andres følelser og tanker. Det å ha respekt for barnet, og møte det med ekte interesse, vil ifølge Vogt, være egenskaper som beskriver positiv aktelse. Ikke så ulikt Lassen (2002), som sier at ubetinget positiv aktelse innebærer at rådgiver kommuniserer at hun/han genuint bryr seg om personen som et selvstendig menneske og godta råde søker sine følelser og erfaringer. Dette må være en fullstendig akseptering av råde søker på en ikke dømmende måte. Det innebærer også at rådgiver er villig til å dele råde søkers styrke og glede, men også ta del i hans/hennes vansker. Råde giver blir bedre i stand til å forstå råde søker dersom man forsøker å se verden igjennom råde søkers øyne (Lassen 2002).

Videre påpeker Vogt (2008b) viktigheten av å se hele barnet, og ikke ensrettet fokusere på enkelte positive eller negative sider ved barnet. Klarer rådgiveren dette i stor grad, vil barnet kunne oppdage nye sider ved seg selv. Den siste holdningen som er viktig i denne rådgivningsmodellen er empati.

Lassen (2002) beskriver empati i en tretrinnsprosess. Første trinn kaller hun empatisk forståelse. Det omfatter en persons evne til å oppfatte en annen persons følelser. For det er råde søkers følelser som skal være utgangspunkt for den forståelsen som rådgiver danner seg. Her skiller empati seg fra sympati, siden sympati er den forståelsen vi har for en annens situasjon på grunn av at vi har opplevd noe lignende selv. Andre trinn, empatisk kommunikasjon, omhandler en profesjonell kommunikasjon av den empatiske forståelsen. Råde giveren skal da formidle det han/hun har forstått av situasjonen til råde søker. Tredje trinn, formidling av forståelse, dreier seg om reaksjonene råde søker har på rådgivers formidling av sin forståelse av følelsene. Det er da man kan få et inntrykk om råde søker har fått bedre innsikt og forståelse for sin egen situasjon.

Enkelte ganger kan det nok oppleves vanskelig for en rådgiver å klare å være slik som beskrevet ovenfor, men Vogt (2008b) viser til at det er snakk om grader av tilstedeværelse med hensyn til disse holdningene. Man skal i størst mulig grad forsøke å møte radsøkeren med ekthet, aksept og empati. Lassen (2002) peker også på at utvikling av en slik rådgivningskompetanse må sees på som en kontinuerlig prosess hvor det er viktig å reflektere over egen praksis. Hun viser videre til viktigheten av at man er ute etter å få økt selvinnsett og er opptatt av å evaluere seg selv og egen praksis slik at man kan møte radsøker på best mulig måte.

7.1.3 Yrkesrelevante kunnskaper

Den som skal hjelpe en person med angstlidelse bør ha kunnskap om eksempelvis årsakssammenhenger, symptomer, kartleggingsmetoder, behandlingsmetoder og forskningsresultater. Det er ikke automatikk i at faktakunnskap blir omdannet til kompetanse, men slik kunnskap er grunnlag for kompetanse (Skårderud mfl. 2010). I forhold til angstlidelser er det ofte en sammensatt årsak til lidelsen, og ulike teorier legger vekt på forskjellige behandlingstiltak. Motsetningen her kan være en fysisk lidelse, med klare årsaksforhold og behandlingsopplegg. Ingul (2005, gjengitt i Sallmann 2008) mener at det faglige ståsted blant behandlerne kan være så forskjellig at dette ofte går ut over det tilbudet som gis. Det er ikke enighet om hvordan man best kan utføre ulike rutiner knyttet opp mot kartlegging og behandling.

Skårderud mfl. (2010) påpeker viktigheten av at behandler klarer å se den enkelte som søker hjelp, og være bevisst i forhold til at de kan ha ulike lidelsesforløp, utløsende årsak og håndteringsevne av symptomer. Videre bør behandleren ha en metodeforståelse slik at vedkommende kan gjøre kritiske vurderinger over påliteligheten til ulike faktakunnskaper. Noe som også kommer inn under dette punktet er refleksjonen som behandler bør foreta seg omkring evidensbegrepet, og om det kan ligge økonomiske eller faglige interesser bak forståelsen av dette. Behandleren bør med andre ord kunne stille spørsmål om kunnskapen er sann, og selv om det viser seg at det er tilfellet, i neste omgang kunne vurdere om tiltaket er til personens beste (Skårderud mfl. 2010).

7.1.4 Yrkesrelevante ferdigheter

Praktiske ferdigheter, som man bør mestre i møte med den som trenger hjelp, ligger i denne type ferdigheter. Disse bygger på egne erfaringer, personlige ferdigheter, samt behandlerens kliniske ferdigheter. Med kliniske ferdigheter menes her at behandleren mestrer eksempelvis spørreskjema og intervjumanualer på en slik måte at han/hun får til en god terapeutisk relasjon (Rosenvinge mfl. 2004, gjengitt i Skårderud mfl. 2010). For å få til en slik relasjon må behandleren ha ferdigheter som går på det å kunne bygge opp og vedlikeholde allianser med barn og voksne. Forskning viser entydig at en god terapeutisk allianse er viktig for behandlingsresultatet uavhengig av hvilken metode som benyttes (Haugsgjerd mfl. 2009; Shirk & Karver 2003, Berge mfl. 2008 og Svendsen 2007, gjengitt i Bergan 2010). Ifølge Bergan (2010) er det bred enighet om at terapeutisk allianse er viktig i alle former for psykoterapi. Bordin (1979, gjengitt i Bergan 2010) definerer begrepet allianse som:

”...enighet om mål en arbeider mot, hvilke metoder og teknikker som skal benyttes av hver av partene for å nå målet, og et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet som oppmuntrer til et målrettet samarbeid” (Bergan 2010:10).

For å klare å bygge opp en slik relasjon mener Skårderud mfl. (2010) at behandleren må ha ferdigheter i forhold til sosial kompetanse, slik at han/hun klarer å forstå barnet/voksne, seg selv og ha en forståelse for selve relasjonen og den sosiale settingen den skjer i.

Det å bygge opp en terapeutisk allianse mellom hjelper og den hjelpetrengende, basert på trygghet, tillit og et godt samarbeid, er ifølge Skårderud mfl., helt avgjørende for resultatet av behandlingen. Se punkt 7.1.2. De sier videre: ”Det finnes ikke virksomt psykisk helsearbeid der pasienten passivt kan hengi seg til et behandlingsopplegg” (Skårderud mfl. 2010:121). I dette ligger det at personen selv, i samarbeid med sin behandler, må gjøre en egeninnsats for å bli frisk. Det kan være krevende behandlingsmetoder som må til for å bli kvitt angstlidelsen, noe som kan gi utfordringer for både behandler og den som er rammet. Behandleren må være i stand til klare å arbeide med både behandlingsmotivasjon, relasjonstillit og konflikt-håndtering (Skårderud mfl. 2010).

Bergan (2010) mener det er knyttet spesielle utfordringer i alliansebyggingen mellom behandler og ungdom mellom 13 og 18 år. En utfordring kan være at

ungdom ikke selv ser at de har vansker og trenger behandling. Andre, som eksempelvis foreldre og skole kan se disse vanskene ungdommen har. Hun viser videre til at det ofte er andre enn ungdommen selv som har tatt initiativ til å søke hjelp. Som behandler må man også være åpen for å bruke andre innfallsvinkler for å nå frem til ungdommen. Hun hevder at man må være mer aktiv, engasjert, konkret, kreativ og ha toleranse for mange ”vet ikke” svar.

7.2 Ytre rammebetingelser

Vi vil kort nevne noen ytre betingelser som kan virke inn på resultatet av behandlingen. Dette er faktorer som behandleren ikke selv kontrollerer. Mangel på faglige og økonomiske ressurser innen psykisk helsevern kan hindre at personer med en lidelse får et godt behandlingstilbud. Ifølge Martinsen (2000) øker stadig de økonomiske kostnadene til behandling og det er begrenset hvor mange som får i det hele tatt får et behandlingstilbud. Han peker videre på at omfanget av psykiske lidelser utgjør et stort problem for helsevesenet, siden man ikke klarer å dekke opp for det behandlingsbehovet som finnes i befolkningen. Haugsgjerd mfl. (2009) mener at det er spesielt barn og unge som får et dårligere tilbud, siden psykiske helsetjenester for denne gruppen er dårligere utbygd. De viser videre til at det finnes store variasjoner i forhold til det behandlingstilbudet som gis, alt etter hvilken kommune og helseregion man tilhører.

En annen faktor som kan ha betydning for behandlingsresultatet, er at det går for lang tid før barnet får hjelp. Dette kan medføre økt alvorlighetsgrad med hensyn til barnets angstlidelse. Det er andre som bringer barnet til lege eller psykolog for behandling (Kringlen 2010). Enkelte foreldre kan være tilbakeholdne med å søke hjelp på grunn av at de tror barnet vil ”vokse det av seg”, de har skyldfølelse for barnets vansker eller de vet kanskje ikke hvor de skal søke hjelp. Kringlen (2010) mener derfor at mange barn ikke får den behandling de har behov for, eller at det går mange år før de får hjelp.

Dette kommer også frem i Statens helsetilsyn (2000) sine retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser. Her påpekes det at det går for lang tid mellom sykdomsdebut og til det blir gitt behandling for denne type lidelse. Videre vises det til at sen behandling kan ha store konsekvenser spesielt i forhold til barn og

unge. Unge mennesker er ofte sårbare, og lidelsen kan bli kronisk dersom de ikke får hjelp. Uten behandling sier Statens helsetilsyn (2000) at angstlidelser kan føre til både psykiske og somatiske tilleggslidelser, samt et høyt forbruk av ulike helsetjenester.

Behandlingsresultatet kan også bli påvirket av at personen som har en angstlidelse ikke er motivert for behandling, eller klarer å gå inn i den type behandling som hjelperen anbefaler. I enkelte tilfeller må kanskje behandler velge en annen behandlingsmetode enn det han/hun anbefaler på grunn av personens manglende motivasjon eller håndteringsevne (Thingnæs mfl. 2008).

7.3 Ulike faser i behandlingen

Vi har valgt å ta med en modell hentet fra Thingnæs mfl. (2008) som gir en oversikt over hvordan behandlingstilbudet til en person med angstlidelse kan legges opp. De har valgt å dele behandling inn i fire faser. Første del av behandlingen kalles kontakt- og ressursfasen. Her vektlegges det å skape en god kontakt mellom behandler og den som er rammet. Andre fase tar for seg kartlegging av vedkommende, for å finne frem til symptomer og klare målsettinger for det videre arbeidet. Tredje del av behandlingen tar for seg metoder og behandlingsopplegg som settes i verk for å hjelpe personen. Den siste del av behandlingen, avslutningsfasen, tar for seg evaluering og en oppsummering av behandlingstilbudet. Det er ikke klare skiller mellom de ulike fasene, og ifølge Thingnæs mfl. kan det være nødvendig å gå tilbake til en tidligere fase for å få med seg viktige elementer fra denne. Hvor lenge man skal arbeide med en fase, må også vurderes ut fra personens behov. Selv om vi har tatt for oss emner som kommer inn under første og andre fase tidligere i oppgaven, har vi også valgt å ta de med her. På den måten får vi en mer samlet oversikt over behandlingsforløpet. Vi vil gi eksempler på ulike verktøy man kan benytte i forhold til kartlegging og behandling. Underveis, mens vi beskriver de ulike faser, vil vi også hente eksempler fra Beate Winther (2010) sine egne opplevelser og erfaringer med angstlidelser og hjelpeapparatet.

7.3.1 Kontakt og ressursfasen

Det er viktig for behandlingssituasjonen at barnet eller den voksne får et tillitsforhold til behandler, og at relasjonen mellom disse er trygg og god (Haugsgjerd mfl. 2009; Thingnæs mfl. 2008; Vogt 2008b). Thingnæs mfl. (2008) mener at man bør bruke tid på å snakke om begreper som omsorg, kjærlighet, respekt, akseptering, ærlighet og taushetsplikt. Rogers (1965, gjengitt i Haugen 2008) mener at viktige grunnholdninger er kongruens, positiv aktelse og empati. Han peker videre på at dersom behandleren klarer å handle ut fra disse holdningene vil det føre til en positiv utvikling hos den som søker hjelp. Et slikt fokus kan hjelpe personer som har negative erfaringer fra tidligere behandlingssituasjoner, eller har opplevd ting som gjør at de ikke stoler på seg selv eller andre. Thingnæs mfl. (2008) sier videre at behandleren må ha evne til å gi personen håp og tro på at han/hun kan få det bedre.

I løpet av de første samtalene er det viktig at personen får informasjon om angstlidelsen og de kroppslige symptomer, slik at han/hun forstår sammenhengen mellom disse. Videre bør personen og behandler drøfte mulige årsaker og bli enige om hvordan den videre behandlingen skal legges opp. I den første fasen fremhever de samme forfatterne at det er viktig å få frem personens sterke sider, finne frem til gleder og positive ting i livet. Det blir viktig å finne frem til ressurser som vedkommende kan bygge videre på.

Thingnæs mfl. (2008) foreslår å bruke et registreringsskjema for å skrive ned hva personen har glede av og mestrer i løpet av en uke. Dette kalles et aktivitets-skjema, og kan brukes gjennom hele behandlingsopplegget. En vet at mange pasienter som har angst kan få en begrenset livsutfoldelse. Dette kan føre til at enkelte i tillegg blir deprimerte. Negative tanker og nedstemthet kan prege tilværelsen, og vedkommende kan glemme hva han/hun likte å gjøre før en ble rammet av sykdommen. Thingnæs mfl. påpeker viktigheten av at personen minner seg selv på det han/hun likte å gjøre og oppsøke dette.

De samme forfatterne nevner også humor som en viktig komponent i behandlingen, siden det kan være ned å redusere stress, dempe konflikter og gi pågangsmot til å mestre bedre. Behandleren må da være bevisst i forhold til hva som er passende og

upassende humor, og huske på at det er kun i de tilfeller hvor personen selv opplever humoren som god, at dette virker positivt.

7.3.2 Kartleggingsfasen

Den andre fasen er kartleggingsfasen, og fokuset her er å finne frem til personen sine symptomer og reaksjonsmønstre, samt finne ut noe om omfanget av angstlidelsen. Ifølge Thingnæs mfl. (2008) vil det være viktig å finne ut hvilke problemer personen har, og i samarbeid finne frem til hva en skal arbeide med og på hvilken måte. Det er viktig at vedkommende klarer å fortelle behandleren om ting som vil være betydningsfulle for selve behandlingen.

Det vil også være viktig å kartlegge hvilke grenser han/hun har på det personlige og mellommenneskelige nivå, samt foreta en kartlegging av nettverket til denne personen (Thingnæs mfl. 2008). De samme forfatterne viser til ulike skjema som kan benyttes i forhold til selve diagnostiseringen. Eksempler på slike kartleggingsskjema er beskrevet tidligere i oppgaven under punkt 5.2 om utredning og diagnose. Vi vil derfor ikke gå nærmere inn på disse nå, men heller ta for oss en kartlegging av personens livshistorie, sosialt nettverk og aktuelle belastninger.

Psykolog Einar Dannevik har utarbeidet et hjelpemiddel kalt ”stolpe”. Den skal gi en oversikt over personens livshistorie slik at både behandleren og vedkommende selv kan forstå sammenhengen mellom hendelser og problemer. Man tegner da opp en ”stolpe” midt på et ark og skriver ned årstall for de årene man har levd. På venstre side av ”stolpen” skriver personen ned viktige hendelser som har skjedd i løpet av livet, både gode og vanskelige. På høyre side skriver han/hun ned følelser, opplevelser og symptomer som var relatert til disse hendelsene (Thingnæs mfl. 2008). Dette kan oppleves svært vanskelig for vedkommende, så disse forfatterne foreslår å bruke god tid på dette, og gjerne la personen lage denne oversikten i lag med andre.

En slik ”stolpe” vil ifølge Thingnæs mfl. bidra til at man blir mer oppmerksom på positive opplevelser og klar over sine egne mestringsstrategier. Man kan også se sammenhenger fra opplevelser tidligere i livet og angsten vedkommende lider av nå. Det å få innblikk i personen sin livshistorie vil kunne bidra til at behandler finner nyttige samtaletema for den videre behandlingen.

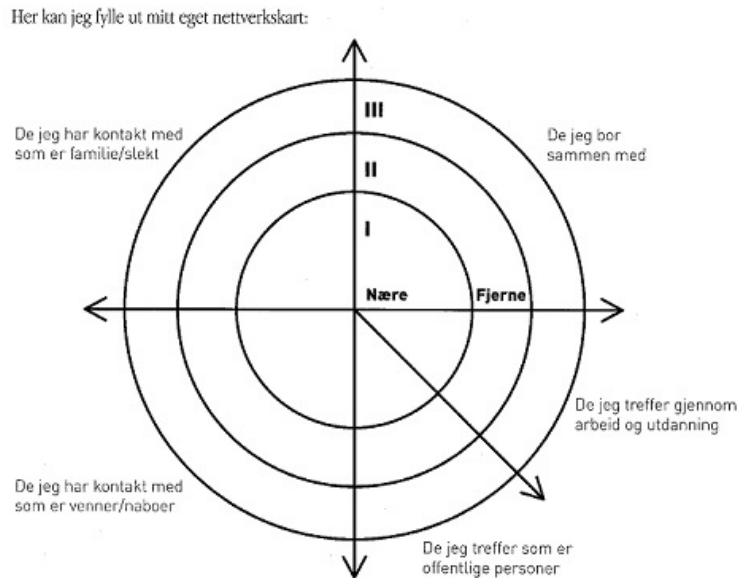
Winther (2010) hadde både sosialfobi, agorafobi og generalisert angstlidelse. Sammen med sin terapeut fant hun ut at den generaliserte angstlidelsen sannsynligvis stammet fra et fall fra vinduet i andre etasje da hun var to år gammel. Ulykken resulterte i et langt sykehusopphold med lite besøk, kraniebrudd, epilepsi og lammelser i benet. Når hun kommer hjem fra sykehuset må hun ligge til sengs i fire uker og moren reiser på rekreasjon. Hun ble et utrygt og engstelig barn, og dette bar hun med seg gjennom hele oppveksten sin.

Ifølge Thingnæs mfl.(2008) vil en alvorlig psykisk lidelse kunne påvirke størrelsen på det sosiale nettverket. Jo sykere en person er, dess mindre vil nettverket kunne være. De samme forfatterne mener også at det er en sammenheng mellom sosialt nettverk, negative hendelser og psykisk lidelse. Hva som fører til hva kan variere fra person til person. Er det dårlig sosialt nettverk som kan gi negative hendelser og videre føre til en angstlidelse? Eller er det angstlidelsen som fører til negative hendelser og dårlig sosialt nettverk? For en person som eksempelvis sliter med sosial fobi, kan det være vanskelig å komme seg ut på ulike aktiviteter og opprettholde det sosiale nettverket sitt. Angsten kan føre til at vedkommende stadig blir mer og mer isolert.

Winter (2010) beskriver i sin selvbiografi hvor ensom hun følte seg når den sosiale fobien hindret henne i å ta kontakt med andre mennesker. Hun savnet de sosiale relasjonene, men i stedet for å oppsøke nettverket sitt, ble hun en storforbruker av offentlige helsetjenester.

Thingnæs mfl. (2008) mener at det kan være nødvendig å få profesjonell hjelp for å klare å hente ut nødvendig støtte fra nettverket sitt. Vedkommende må da samle sammen personer fra sitt nettverk som han/hun vil ha med på et nettverksmøte. De samme forfatterne viser til at slike møter kan ha en god effekt på behandlingen. I enkelte tilfeller kan det være nyttig å ansette en støttekontakt som kan være med å utvide personens sosiale nettverk. Thingnæs mfl. sier videre at en positiv utvikling er avhengig om personen selv ønsker disse endringene i nettverket sitt.

Det å utarbeide et nettverkskart kan også være nyttig for å få en oversikt over nettverket, og for å se hvor endringer bør gjøres. Se figur 4 på neste side.



Figur 4. Slik kan et nettverkskart kan se ut (Thingnæs mfl. 2008:82).

Nettverkskartet kan tegnes som en sirkel som vist i figur 3, og dele denne inn i eksempelvis fem deler. De ulike delene skal vise til ulike arenaer i livet, slik som de man bor sammen med, familie/slekt, skole/jobb, venner/naboer og offentlige personer.

Det er mange situasjoner og hendelser som kan være vanskelige å takle. Arbeidsledighet, et vanskelig partner/familie/venneforhold, økonomiske vansker eller fysisk/psykisk sykdom i familien er eksempler på slike belastninger (Thingnæs mfl. 2008). Personen må selv finne ut om det finnes slike situasjoner i livet sitt som bidrar til å opprettholde angstlidelsen. Thingnæs mfl. foreslår at personen bør finne ut hvor omfattende belastningen(e) er og sammen med behandler finne mulige løsningsforslag. Videre bør man finne ut hva som er den største belastningen, slik at man prioriterer riktig. Dersom det viser seg at flere av personens belastninger henger sammen med hverandre, vil det være viktig å starte i den riktige enden.

Winther (2010) viser i sin bok hvordan angsten forverret seg når hun ble utsatt for store påkjenninger. I løpet av livet sitt opplevde hun å få en kreftdiagnose, flytte fra hjemstedet sitt og hadde perioder hvor hun var arbeidsledig. I tillegg til generalisert angst fikk hun også agorafobi og sosialfobi.

7.3.3 Problemløsningsfase

Tredje fase handler om problemløsning og kan være en krevende fase for den som trenger hjelp. Nå må vedkommende finne frem til konkrete og realistiske mål som gjelder for livssituasjonen her og nå. Ifølge Thingnæs mfl. (2008) tar en ikke for seg indre psykiske spenninger fra fortiden i denne delen av behandlingen. Thingnæs mfl. viser til et skjema som kan være nyttig å bruke i problemløsningsfasen. Det tar for seg følgende punkter:

- Finne ut hva som er problemet og lage konkrete og praktiske problemformuleringer. Gjennom spørsmål finne omfanget og mulige løsninger på problemet.
- Se på ulike løsningsforslag og finne frem til realistiske mål. Velge ut et målområde personen skal arbeide videre med.
- Legge til rette rammebetingelser for at vedkommende skal nå målet og lag et tidsaspekt for måloppnåelse.
- Finne motivasjon for å arbeide mot måloppnåelse. Ha fokus på det positive personen oppnår ved å nå målet.
- Være forberedt på vanskelige situasjoner som kan oppstå. Ha tenkt gjennom hvordan man kan takle disse.
- Være klar over komponenter som kan hindre måloppnåelse. Dette kan eksempelvis være urealistiske mål, manglende motivasjon, sterke angstsymptomer eller feilaktige tanker.

Det er vanligvis problemløsningsfasen som tar lengst tid, og det er viktig at personen selv er klar over dette. Ifølge Thingnæs mfl. må behandlingsopplegg rettes mot selve angstlidelsen(e) og tilpasses personens motivasjon og håndteringsevne.

Winther (2010) oppdaget underveis i sitt opphold på Modum Bad at hun og de andre med denne lidelsen hadde forskjellige utfordringer i forhold til sin angst. Behandlerne gav henne informasjon om angstlidelser og hjalp henne til å kartlegge omfanget av hennes vansker. Etter hvert som hun fikk forståelsen av hvordan ting hang sammen, ble hun også klar for å ta fatt på behandlingsdelen. I denne fasen undret hun seg over hvorfor hun ikke hadde fått hjelp før. I mange år hadde hun søkt hjelp for sin invalidiserende angst uten å bli skikkelig utredet eller få klarhet i hvilken type angst hun led av.

Det finnes flere ulike behandlingsmetoder som brukes i forbindelse med angstlidelser. Metoder som ofte blir fremhevet er kognitiv atferdsterapi, eksponeringsterapi, psykodynamisk terapi og medikamentell behandling. De behandlingsmetoder som regnes som mest effektive i behandling av angstlidelser blir ytterligere beskrevet under punkt 7.5. Statens helsetilsyn (2000) viser til at selv om det finnes vitenskapelig dokumentert behandling, er det ikke alltid at det er disse behandlingstilbudene som tilbys. Behandling kan gis i form av individuell terapi, gruppe- eller familierapi, eller i en kombinasjon av disse. Haugsgjerd mfl. (2009) hevder at mye av den individualterapi som blir gitt innen psykiatrien er hentet fra psykodynamisk tenkning. Innen denne terapiformen er det samtalen som er i fokus, det å bygge opp et tillitsforhold mellom behandleren og den hjelpetrequende, samt finne frem til underliggende årsaksforhold til angstlidelsen. De hevder videre at også ulike metoder hentet fra læringsteori, slik som systematisk desensitivering, blir benyttet i individualterapi. Kognitiv atferdsterapi har hentet prinsipper fra både psykodynamisk terapi og læringsteori, og er en metode som blir benyttet i forhold til både individualterapi og gruppeterapi (Haugsgjerd mfl. 2009; Kringlen 2010).

I forhold til psykiske lidelser generelt, er det flere som tilråder å drive med fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2004; Martinsen 2000; Stubbhaug 2003; Thingnæs mfl. 2008). På grunn av at mange med en slik type lidelse ikke får et behandlingstilbud, råder Martinsen (2000) folk til å ta i bruk selvhjelpsstrategier, og gjerne bruke fysisk aktivitet som et slikt hjelpemiddel. Det viktigste er ifølge Martinsen å være i aktivitet i minst en halv time hver dag, med intensitet som en rask spasertur. Det er ikke hvordan man trener som er avgjørende, men at man gjør noe. Studier har vist god effekt av fysisk aktivitet ved depresjon, og noe effekt ved angst. Det foreligger få gode undersøkelser for personer som har diagnostiserte angstlidelser, men det er spesielt ved panikklidelse og generalisert angstlidelse at fysisk aktivitet kan være nyttig (Martinsen 2000).

Martinsen viser videre til at dette er et viktig tiltak både når det gjelder forebygging og behandling av slike lidelser. Enkelte hevder at fysisk trening bør inngå som en naturlig del av behandlingstilbudet til personer som har en psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2004; Stubbhaug 2003). Det er nyttig i forhold til biologisk effekt i kroppen og på nervesystemet, og det kan gi folk opplevelse av velvære og mestring (Stubbhaug 2003).

For en person med sosial fobi, kan det være nyttig å delta i gruppeterapi. Ifølge Haugsgjerd mfl. (2009) bør målet være å få gruppen til å fungere som en ”arbeidsgruppe”, hvor medlemmene forsøker å forstå det følelsesmessige samspillet som skjer mellom dem. De peker videre på viktigheten av at gruppesammensetningen er gjennomtenkt slik at medlemmene kan få et godt fellesskap og gruppen fungere som et godt kommunikasjonsforum. Det kreves spesifikk utdanning, veiledning og erfaring for å drive denne type terapi. Det er også vanlig at det er to ledere i gruppeterapien (Haugsgjerd mfl. 2009).

Når barn har en angstlidelse kan det være hensiktsmessig med familierapi. Grøholt mfl. (2001) mener at forholdet mellom barn og foreldre er selve kjernen for barnets vekst og utvikling. I familierapi er målet at den enkelte familie skal fungere bedre. En måte å få til dette på, er å sette søkelyset på familiens løsnings- og mestringsmuligheter. Det er familiens behov og ønsker som er utgangspunktet for den veiledning og hjelp som settes inn (Grøholt mfl. 2001). Haugsgjerd mfl. (2009) viser til at denne type behandling kan gis utenfor det tradisjonelle terapirommet og ikke bare av psykologer, men også av helse- og sosialarbeidere.

I de ulike behandlingsinstitusjonene er det ofte team bestående av ulike profesjoner som skal samarbeide om et godt behandlingstilbud. Prinsipper for å få til et godt samarbeid blir nærmere beskrevet under punkt 6.4. Ifølge Haugsgjerd mfl. (2009) er det viktig at alle i et slikt team er bevisst i forhold til egen og andres kompetanse og ansvarsområde. Sammen utfyller de hverandre, og kan gi et helhetlig tilbud til personen.

7.3.4 Avslutningsfase

I den siste del av behandlingen, avslutningsfasen, skal behandleren og personen sammen reflektere over det vedkommende har vært gjennom og oppnådd. Det blir en slags evaluering av behandlingsopplegget så langt. Thingnæs mfl. (2008) foreslår at det både blir gjennomført en sluttevaluering og evaluering underveis i behandlingsforløpet. Det vil være viktig at personen nå har fått med seg nyttige redskaper for å mestre angsten, og at han/hun har en plan for videre trening. For å hindre tilbakefall bør vedkommende trene på å takle angstfremkallende situasjoner ved å eksponere seg for dette. Behandler bør sammen med personen sette opp treningssituasjoner for tiden fremover, samt avtale tid for en oppfølgingssamtale (Thingnæs mfl. 2008).

Winther (2010) beskriver avslutningen på oppholdet sitt ved Modum Bad som vanskelig. For mennesker med psykiske lidelser sier hun det kan være spesielt vanskelig med avskjeder på grunn av at de har hatt smertefulle opplevelser knyttet til dette. Hun opplevde likevel at hun ble godt forberedt på det som skulle skje videre. Hun skrev en plan for året som handlet om målene hun hadde i forhold til familie, venner, arbeid, fritid og angsttrening. Mye av arbeidet var nå opp til henne, men hun ville også bli flink til å bruke støttespillerne rundt seg. For hennes del var dette psykiater, psykiatrisk sykepleier, fysioterapeut, Fontenehuset (et arbeidsfellesskap for mennesker med psykiske vansker), "Aktiv på dagtid" (treningssenter), venner og ektefelle. Hun trente daglig på eksponering av angstfremkallende situasjoner, hun skrev dagbok hvor hun noterte hva hun skulle trene på, hvordan det gikk og hvor mye angst hun følte. En effektiv "agorafobi – killer" var å ta seg en tur til byen hver dag. Hennes oppfatning var:... "angsteksponering hjelper! Men du verden hva det koster" (Winther 2010:175). Etter hvert ble hun lei av å fokusere på hvor mye angst hun følte og det hun ikke fikk til, så hun innførte "active smiling". Med dette ble dagboken endret til å bare inneholde det hun klarte og alt som var positivt. Oppholdet på behandlingsstedet hadde fått henne til å få kontakt med livskraften igjen, og hun bestemte seg for å bruke alt hun hadde av evner og ressurser på å bli frisk.

7.4 Hvilken type behandling gir best effekt?

Vi har nå sett på en del rammefaktorer som har betydning for effekten av behandlingen. Gjennom litteratur får vi inntrykk av at behandlerens kompetanse er viktig, samt relasjonen mellom behandler og den som søker hjelp. Ytre faktorer som økonomi og tilgang på fagpersoner vil også kunne virke inn på om personer med angstlidelser får den behandling de har behov for. Vi har også sett på ulike sider ved personen selv som kan påvirker effekten av behandlingen, eksempelvis på det vil være hvor motivert vedkommende er for behandling, hvor godt det sosiale nettverket er og hvor sterkt rammet vedkommende er av angstlidelsen.

Videre i oppgaven ønsker vi nå å belyse ulike behandlingsmetoder som regnes som effektive i forhold til behandling av angstlidelser. Vi vil vise til forskning og undersøkelser som underbygger dette. Metodene rettes mot panikkklidelse,

generalisert angstlidelse, fobisk angstlidelse, tvangslidelse og posttraumatisk stresslidelse.

7.4.1 Behandling av panikklidelse

Mange som opplever panikklidelse for første gang vil bli brakt til sykehus. Anfallet har symptomer som et hjerteinfarkt og kan virke svært dramatisk for den som opplever dette. Anfallet er vanligvis over etter 10-20 minutter, og dersom personen klarer å la vær å kjempe imot redselen kan det være det beste (Kringlen 2010). Det er viktig at lege utfører en grundig somatisk undersøkelse, særlig av hjertet, og forsikrer personen om at han/hun er frisk dersom de ikke finner noe. Når legen har stilt diagnosen panikklidelse, bør han forklare vedkommende hvordan følelser kan gi slike fysiologiske symptomer (Kringlen 2010). Man kan også vise hvordan personen selv kan fremkalle slike fysiologiske reaksjoner ved eksempelvis å hyperventilere slik at man blir svimmel, eller utføre fysiske aktiviteter slik at en blir kortpustet og får økt hjertebank. På dette viset kan personen oppleve at de fysiske reaksjonene ikke er farlige (Kringlen 2010).

Ifølge Kringlen vil det være viktig at legen tar seg tid til å snakke med personen slik at han kan få vite noe om livssituasjonen og hva som skjedde forut for angstanfallet. Personen vil ofte ha fokus på de fysiske symptomene. Slike symptomer er kjente og lettere å forholde seg til enn selv angsten. Videre sier Kringlen at det er viktig at legen ikke sykelliggjør personen, men oppfordrer til å gå på jobb. En skal gi støtte til vedkommende, og være ærlig med hensyn til at anfallene skyldes psykiske årsaker. Dette første møtet vil kunne fungere som god terapi dersom legen klarer å få personen til å se at det er en sammenheng mellom ulike livssituasjoner, de fysiske symptomene som oppstår og de bakenforliggende psykiske årsakene til dette (Kringlen 2010).

Ifølge Kringlen har det vist seg at både psykoterapi og atferdsterapeutisk behandling har hatt en viss effekt. I forhold til forebygging, har nyere forskning vist at SSRI (selektive serotonin reopptakshemmere) også kan være nyttige ved panikklidelse (Haugsgjerd mfl. 2009; Nathan & Gorman 2007; Statens helsetilsyn 2000; Thingnæs mfl. 2008). Ved bruk av slike medikamenter vil det være viktig å starte med små

doser som økes gradvis, samt at avtrappingen også skjer ved gradvis seponering (Kringlen 2010; Statens helsetilsyn 2000).

Ut fra den forskning som foreligger til nå, viser det seg at kognitiv atferdsterapi er den mest effektive behandlingen av panikklidelse (Haugen 2008; Kringlen 2010; Nathan & Gorman 2007). Det er blitt utført kontrollerte vitenskapelige undersøkelser som underbygger dette (Barlow & Lehman 1996; Clark & Wells 1997, gjengitt i Kringlen 2010). Kringlen (2010) viser videre til at denne type behandling kan kombineres med antidepressive midler. Beroligende medikamenter bør ifølge Kringlen kun brukes i nødstilfelle. Det kan være i tilfeller hvor anfallet er langvarig, man ikke klarer å roe ned vedkommende eller dersom det er snakk om en kronisk tilstand med små sjanser for bedring gjennom psykoterapi.

7.4.2 Behandling av generalisert angstlidelse (GAD)

For en person som er rammet av generalisert angst, vil vedkommende gå rundt og være i en konstant angsttilstand uten å være helt klar over hva som utløser dette. Han/hun vil kunne ha sterke kroppslige symptomer som svette, muskelspenninger, hjertebank, svimmelhet og hodepine. Personen kan også ha problemer i forhold til konsentrasjon (Kringlen 2010). Undersøkelser viser at omtrent halvparten av de som lider av GAD også hadde hatt en depressiv lidelse i tillegg i løpet av sykdomsforløpet. Flere med denne lidelsen hadde også utviklet alkoholisme (Malt mfl. 2003).

Angsten kan være knyttet opp mot kroniske påkjenninger og kan gå i bølger alt etter hvilke påkjenninger og livssituasjon man befinner seg i (Kringlen 2010; Malt mfl. 2003). Ifølge Gøtestam & Hansen (2010) oppsøker personer med generalisert angst ofte behandling på grunn av depresjon eller at de føler seg slitne.

Det viser seg å være stor enighet om at det er kognitiv atferdsterapi som gir best effekt i forhold til GAD (Grøholt mfl. 2001; Haugen 2008; Malt 2003; Kringlen 2010; Nathan & Gorman 2007). Haugen (2008) sier at medikamenter kan brukes som et supplement til denne type terapi. Dersom man velger å bruke medikamenter, er særlig benzodiazepiner som gir en viss effekt (Haugen 2008; Malt mfl. 2003; Nathan & Gorman 2007). Det vises videre til bruk av eksponeringsterapi, som både kan utføres tankemessig og i virkeligheten, samt psykoanalytisk behandling, men poengterer at ingen av de nevnte metodene gir god nok behandling i forhold til

generalisert angstlidelse (Götestam 2003, gjengitt i Haugen 2008). For barn som er alvorlig rammet av lidelsen, vil en kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og familieterapi være et godt behandlingsalternativ. En undersøkelse foretatt av Barrett og hennes kolleger viste at 87 % av barna, etter endt behandling, ikke hadde symptomer som kom inn under kriteriet for generalisert angst (Shortt mfl. 2001). Dette fremkom av en evaluering av programmet FRIENDS. Dette programmet vil bli nærmere beskrevet under forebyggende tiltak for angstlidelser under punkt 6.3.

7.4.3 Behandling av fobiske angstlidelser

Kringlen (2010) viser til klinisk erfaring som tilsier at ubehandlet fobier ofte blir kroniske. Det vil da være fare for depresjon og misbruk av alkohol og medikamenter. Det er bred enighet blant fagfolk at det er eksponeringsbehandling som er mest effektiv i forhold til fobier (Barlow & Durand 2002; Grøholt mfl. 2001; Götestam & Hansen 2010; Kringlen 2010; Malt mfl. 2003). Kognitiv atferdsterapi og systematisk desensitivisering også har vist seg å gi en god effekt (Götestam & Hansen 2010).

Eksponeringsterapi kan forklares ut fra atferdsanalytisk teori. Eksempelvis har angst for hunder blitt lært etter prinsipper for klassisk betinging. For å avlære denne angsten, kan man ifølge Haugen (2008) bruke motbetinging. Dette går ut på å utsette personen for det angstfremkallende gjentatte ganger. Samtidig bruker vedkommende avslapningsteknikker og kanskje også hensiktsmessig tankemåte, slik at angsten avtar og blir gradvis borte. Malt mfl. (2003) viser også til bruk av kognitive teknikker for å gjøre eksponeringsterapien enda bedre. De sier videre at en kombinasjon av disse to metodene er mer effektiv behandling enn eksponering alene.

Hva fobien er rettet mot og alvorlighetsgraden, ser ut til å ha innvirkning på om andre elementer trekkes inn i behandlingen. Når det gjelder eksempelvis skolefobi, mener Grøholt mfl. (2001) at det er viktig å komme raskt i gang med tiltak, slik at barnet ikke går glipp av for mye undervisning. En må i tillegg finne ut som det er forhold som bør endres i familien og på skolen. Dette blir beskrevet under punkt 5.2 i kartleggingsdelen. Barnet bør tas med på råd, og informeres om hvilke forventninger man har til barnet. Til slutt tar de med et viktig punkt som går på det samarbeidet som må til mellom ulike instanser (se punkt 6.4.3 om tverrfaglig samarbeid). I forhold til et barn med skolefobi vil det være aktuelt å samle skole, hjem og helsemyndigheter til et samarbeid rundt elevens behandlingstilbud.

Ifølge Kringlen (2010) er den beste behandlingen for sosial fobi eksponering i sosiale settinger og gruppeterapi. Han viser videre til at kognitiv atferdsterapi vil inngå i de fleste behandlingsopplegg. Enkelte vil kunne ha nytte av å lære seg måter å kommunisere med andre på, i form av samtaletrening. En kombinasjon av kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi er den type behandling som viser seg å ha best virkning (Mattick & Peters 1988, gjengitt i Kringlen 2010).

7.4.4 Behandling av tvangslidelse (OCD)

Kognitiv atferdsterapi og eksponering med responsprevensjon omtales ganske samstemt som den mest effektive behandlingen av tvangslidelser (Barlow & Durand 2002; Götestam & Hansen 2010; Haugen 2008; Malt mfl. 2003; Nathan & Gorman 2007; Racman 2004; Statens helsetilsyn 2000). Den atferdsrettede delen av behandlingen går ut på å lære pusteteknikker og øvelser for muskelavslapping (Haugen 2008). Kognitiv atferdsterapi vil bli nærmere beskrevet under punkt 7.5.3. Den kognitive biten kalles eksponering med responsprevensjon, og går ut på at personen utsettes for det som er angstfremkallende og blir forhindret eller overtalt til å bli i situasjonen til angsten avtar. Vedkommende hindres i å utføre en tvangshandling for å redusere angstfølelsen han/hun har (Haugen 2008). Denne metoden blir nærmere belyst under punkt 7.5.4.

Studier viser også at medikamentell behandling med SSRI – preparater kan være virksomme i forhold til tvangslidelser (Barlow & Durand 2002; Haugen 2008). Best effekt av medisinsk behandling oppnår man når hovedsymptomet er tvangstanker. Effekten bedres hvis medisineringsen kombineres med kognitiv atferdsterapi, som både kan foregå tankemessig og i virkeligheten (Kringlen 2010; Statens helsetilsyn 2000).

Statens helsetilsyn (2000) viser til at komorbiditet er veldig vanlig i forbindelse med tvangslidelser og at integrert behandling ofte er nødvendig. Statens helsetilsyn hevder videre at behandling av tvangslidelser krever spesifikk kompetanse og må sees på som et ansvar for psykiatrien. Langtidsbehandling av personer med et vellykket resultat kan følges opp av primærhelsetjenesten.

7.4.5 Behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Ved denne type angstlidelse bør behandlingen som settes i verk være bredt anlagt, og bør omfatte mellommenneskelige og/eller medikamentelle tiltak (Statens helsetilsyn 2000). Det er bred enighet om at samtalebehandling, gruppeterapi, kognitiv atferdsterapi og eksponeringsprosedyrer er behandlingsmetoder som gir god effekt ved PTSD (Statens helsetilsyn 2000; Thingnes 2005; Kringlen 2010). Enkelte beskriver eksponering som den mest effektive psykologiske behandlingen (Götestam & Hansen 2010; Kringlen 2010; Malt mfl. 2003).

Kringlen (2010) hevder de fleste som har PTSD klarer seg selv, gjerne med hjelp fra venner og familie. Men i ekstreme tilfeller er det behov for profesjonell hjelp. Kringlen sier videre at det er vanlig å anta at tidlig behandling av kort varighet er bedre en sen behandling over lang tid. Det er også viktig at behandleren lytter til personen og etter hvert bistår han/henne i å få et realistisk syn på krisen og følgene av den. Nathan & Gorman (2007) viser til at effektive terapeutiske intervensjoner oppmuntrer til å konfrontere personen med den traumatiske opplevelsen. Dette kan gjøres in vivo eller ved imaginær eksponering. Det kan bidra til at personen etter hvert klarer å sette ord på sine følelser i forhold til hendelsen. På denne måten kan vedkommende tilegne seg fakta som kan bidra til å korrigere feiltenkning. Jo raskere dette gjøres jo bedre, hevder Kringlen (2010).

Både Malt mfl. (2003) og Kringlen (2010) fremhever viktigheten av samtale og viser til at det sannsynligvis er samtaleterapi, individuelt eller i gruppe, som er den viktigste behandlingen av PTSD. De hevder videre at all psykologisk behandling av PTSD må ta utgangspunkt i en gjennomgang av de faktiske hendelser. Malt mfl. (2003) og Statens helsetilsyn (2000) viser til at det er viktig med en avreagering dersom man har vært utsatt for et traume. Dette kan sannsynligvis redusere sjansen for å utvikle kronisk PTSD. Denne avreageringen eller avlastningssamtalen kan behandleren legge opp til ved å sikre et godt samtaleklima. Dette kan for eksempel skje i forbindelse med en somatisk undersøkelse som mange mennesker gjennomgår etter en katastrofe. Målsettingen er å gi støtte og hjelp, så personen akseptere det som har skjedd. På et tidlig stadium som dette er det viktig at behandleren får fram følelser og fantasier som vedkommende hadde under den traumatiske opplevelsen. Behandleren må bistå med å få fram detaljer hvis ikke personen selv forteller om

dette. Det kan også være viktig å snakke om eventuelle drømmer og mareritt. Å prate om slike ting, vil forhåpentligvis dempe dem på sikt (Kringlen 2010; Statens helsetilsyn 2000).

Det er enighet om at SSRI – preparater sannsynligvis vil ha effekt ved denne type lidelse (Götestam & Hansen 2010; Malt mfl. 2003; Nathan & Gorman 2007; Statens helsetilsyn 2000). Disse medikamentene vil dempe symptomene og gjøre det lettere for personen å motta terapi. Enkelte som har PTSD kan ha problemer med å få sove, de kan ha mareritt om det vonde som har skjedd. Ifølge Statens helsetilsyn (2000) kan den som er rammet av lidelsen, i en kortere tid, få innsovningsmedikamenter i den akutte fasen.

Thingnæs (2005) foreslår andre tiltak som også kan hjelpe på søvnevansker. Dette kan eksempelvis være mosjon, unngå søvn på dagtid, lytte til rolig musikk og stoppe negative tanker. Han viser videre til at regelmessig trening og kraftig mosjonering kan ha god effekt på angstlidelser generelt. Traumatiske hendelser fører til at kroppen blir satt i alarmberedskap, noe som igjen kan føre til muskelspenninger. Thingnæs (2005) sier at psykiske problemer setter seg i kroppen, og gir ofte kroppslige ubehag. Han mener videre at gjennom kroppsbevissthetsterapi vil personen bli bedre kjent med kroppen, og de problemer som ligger lagret i muskulaturen. Han ser på fysisk trening som et godt terapeutisk hjelpemiddel ved denne type lidelse.

7.5 De ulike behandlingsmetodene – en beskrivelse

I forhold til angstlidelser ser vi at det er enkelte metoder som blir mer anbefalt å bruke fremfor andre. Det vises til ulike medikamenter som kan virke lindrende på symptomene, og som kan brukes i en kombinasjon med annen type behandling. Kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi, gjerne supplert med eksponeringsterapi er behandlingsmetoder som beskrives som effektive ved angstlidelser. Kognitiv atferdsterapi regnes som en behandlingsmetode innen psykodynamisk psykoterapi, så vi har derfor valgt å si litt om denne samtalebaserte behandlingsformen som en innledning til kognitiv atferdsterapi. Vi vil først ta for oss medikamentell behandling, da dette i seg selv vil kunne hjelpe enkelte med mindre alvorlig form for angstlidelse.

7.5.1 Medikamentell behandling

De fleste av oss har behov for å sette seg godt inn i medisiner vi skal ta, og personer med angst har kanskje et enda større informasjonsbehov. Det er derfor viktig med et tett samarbeid mellom vedkommende og legen når en skal starte opp med medikamentell behandling (Thingnæs mfl. 2008). Ifølge de samme forfatterne kan det være nyttig å bruke medisiner i kombinasjon med annen behandling som eksempelvis kognitiv atferdsterapi og eksponering. Medikamenter kan være med og dempe ubehag, og bidra til at personen kommer i posisjon til å nyttiggjøre seg annen type behandling.

Nyere forskning viser at det er selektive serotonin reopptakshemmere (SSRI) som gir best virkning (Haugen 2008; Haugsgjerd mfl. 2009; Thingnæs mfl. 2008). SSRI preparatene øker nivået på nevrotransmittorsubstansen serotonin i hjernen (Haugen 2008). Eksempler på denne type medikamenter er citalopram (Cipramil), escitalopram (Cipralex) og paroxetin (Fontex) (Thingnæs mfl. 2008). Götestam (2003, gjengitt i Haugen 2008) mener at denne type medikamenter viser seg å ha en god effekt på de fleste alvorlige angstlidelser.

Skårderud mfl. (2010) mener denne type medikamenter har vist en viss effekt, men at det ikke foreligger overbevisende resultater. De samme forfatterne sier videre at om lag halvparten av de som blir behandlet med medikamenter har nytte av denne behandlingen. Grøholt mfl. (2001) påpeker at en ikke bør bruke medikamenter ukritisk, og heller ikke som eneste behandling. De mener videre at preparatene ikke er godt nok utprøvd på barn og ungdom, og mangler god dokumentasjon i forhold til effekt og bivirkninger. Mange av de medikamentene som finnes på markedet, blir derfor ikke brukt opp mot barn og unge. Likevel mener Grøholt mfl. at barn og unge burde få de samme muligheter til å oppnå de fordeler som rett bruk av medikamenter kan gi. Dersom en velger å gi barnet medikamenter, kreves det ofte at det er en spesialist som foreskriver medikamentet. Foreldre og barnet selv må få god informasjon om medikamentets virkning og eventuelle bivirkninger. Barnet må følges nøye opp av lege, med jevnlig kontroller og vurderinger med hensyn til om behandlingen gir den effekt som en er ute etter (Grøholt mfl. 2001).

De antidepressive medikamenter som har kommet på markedet nå, og særlig SSRI medikamenter, er forbundet med færre bivirkninger enn de som ble brukt før. Disse

medikamentene virker på ulike transmittorsubstanser i hjernen. Denne type medikamenter har vist effekt i behandling av tvangslidelser hos barn (Grøholt mfl. 2001). Selv om medikamentene blir kalt for antidepressiva, blir de også benyttet i behandling av angstlidelser. SSRI preparater er de medikamentene som benyttes mest i behandling av angstlidelser generelt (Haugen 2008).

Haugsgjerd mfl. (2009) stiller spørsmål ved legemiddelindustrien og påliteligheten rundt behandlingseffekten av antidepressiva på angstlidelser. Det er ifølge disse forfatterne dokumentasjon som viser at det er blitt arbeidet svært systematisk for å få til en behandlingseffekt på denne type lidelser (Karlgrén 2007, gjengitt i Haugsgjerd mfl. 2009). De mener videre at det er blitt publisert selektive forskningsresultater og at evidensen for disse medikamentenes effekt ikke er så bra som man tidligere trodde. En bivirkning av disse medikamentene kan være at de hemmer de seksuelle funksjonene. Dette har ført til forskning for å finne medikamenter som ikke har denne type bivirkning. Haugsgjerd mfl. (2009) sier i denne sammenheng at en selektiv noradrenalinreopptakshemmer (SNRI) kanskje kan være et alternativ.

For å oppnå en effekt av medikamentene er det viktig å bruke den tid som legen anbefaler. Ifølge Thingnæs mfl. (2008) kan det ta minst åtte uker før medisineren gir noen effekt. Når medisineren skal avsluttes, bør dette skje i samråd med lege, og seponeringen bør skje gradvis. På den måten kan personen slippe å få bivirkninger og tilbakefall av symptomer. Haugen (2008) viser imidlertid til høy tilbakefallsprosent for personer med en alvorlig angstlidelse når antidepressiva seponeres.

Thingnæs foreslår andre typer medikamenter som kan prøves ut dersom SSRI preparatene ikke gav ønsket effekt. Eksempelvis kan en forsøke en type antidepressiva som kalles monoaminoksydasehemmer (MAOH). Dette er imidlertid en type medikament som kan gi flere bivirkninger og en må unngå spesielle matvarer. En bør også unngå regelmessig bruk av benzodiazepiner (eksempelvis Valium, Sobril og Rivotril) da disse er vanedannende og kan virke inn på evnen til å lære (Haugsgjerd mfl. 2009; Skårderud mfl. 2010; Thingnæs mfl. 2008). Disse medikamentene gir en rask effekt, og kan derfor hindre symptomer ved panikkanfall og forventningsangst. Selv om de kan blokkere for symptomene, gir medikamentene ikke noe behandling utover dette. Når personen slutter med benzodiazepiner vil

symptomene komme tilbake (Thingnæs mfl. 2008). Buspiron (BuSpar) er et annet type medikament som likner på benzodiazepiner, men som ikke er vanedannende. Det har flere bivirkninger og tar lengre tid før en oppnår effekt. Medikamentet blir mest brukt i forhold til generalisert angst (Thingnæs mfl. 2008). De samme forfatterne mener at de ulike angstlidelsene må behandles med litt forskjellige medikamenter. Vi vil ta for oss noen medikamenter som kan rettes inn mot de ulike angstlidelsene.

Panikkangst: et panikkanfall kan ikke stoppes med medikamenter, men vi kan bruke SSRI preparater for å forebygge dette. Effekten kommer gradvis, så personen må ofte bruke preparatet over en viss tid. Behandlingen kan bli langvarig dersom han/hun ofte får tilbakefall. Ifølge Thingnæs mfl. (2008) er det ofte tilstrekkelig med lav dosering.

Generalisert angst: SSRI preparatene gir den beste og mest stabile effekten over tid (Thingnæs mfl. 2008). Dersom personen ikke oppnår god effekt med denne type medikamenter kan man forsøke MAOH. I forhold til generalisert angst har benzodiazepiner en dokumentert effekt, og særlig i de tilfeller hvor vedkommende har søvnevansker og kroppslige symptomer (Thingnæs mfl. 2008). Han mener også at enkelte vil kunne ha hjelp av buspiron, men at nytten først kan merkes etter 3-4 uker. Betablokkere vil også kunne redusere kroppslige symptomer som hjertebank og skjelving på hendene.

Fobiske angstlidelser: SSRI preparater kan forebygge angstanfall som kan oppstå i forbindelse med agorafobi og sosial fobi. Dersom en ikke oppnår ønsket effekt med dette, kan man forsøke med MAOH. Ifølge Thingnæs mfl. (2008) har benzodiazepiner en dokumentert effekt, men at de må brukes kontinuerlig, og at faren for misbruk dermed øker. De samme forfatterne mener at medikamenter gir liten effekt på spesifikke fobier, og at medisiner vil kunne hindre effekt av andre behandlingsmetoder som kognitiv atferdsterapi og eksponering. Gentil mfl. (1993, gjengitt i Kringlen 2010) sier at behandling med antidepressive midler viser kun effekt hos pasienter som også har en depresjon. Kringlen (2010) påpeker at pasienter som kun har fått antidepressiva, vil få den fobiske angstlidelsen tilbake når medikamentet seponeres.

Tvangslidelse: Benzodiazepiner kan ha en viss effekt på angst og søvnløshet, men har ingen virkning på selve tvangstankene og handlingene. SSRI preparater ser ut til å ha en effekt for 40 - 60 prosent av de som har denne lidelsen (Stanley & Turner 1995, gjengitt i Kringlen 2010; Skårderud 2010).

Posttraumatisk stresslidelse: I forhold til medikamentell behandling er det ifølge Gøtestam & Hansen (2010) antidepressiva som gir best effekt.

7.5.2 Psykodynamisk psykoterapi

Psykoterapi er en samlebetegnelse for samtalebaserte behandlingsformer, som har sitt utspring fra psykoanalytisk teori. I denne type behandling er dialog og terapeutisk relasjon sentrale områder. Dette blir beskrevet under punkt 7.1.2 som tar for seg ulike ferdigheter en rådgiver bør mestre. Det er ulike måter å gjennomføre behandlingen på; individuelle samtaler, gruppe- eller familierapi. Terapien kan legges opp i et langtids- eller korttidsperspektiv, og fokusere på symptomer eller at personen skal kunne snakke mer fritt (Kringlen 2010; Skårderud mfl. 2010). Det er vanlig å legge opp til psykoterapi en til tre timer i uken. Samtalene legges opp slik at begge parter er aktive deltakere. Hvor lenge terapien varer avhenger av hvilke målsettinger personen har for behandlingen, samt vanskenes omfang (Kringlen 2010; Skårderud mfl. 2010). Samtalekompetanse er viktig, men det er også relasjonsbyggingen som skjer mellom behandler og den som har lidelsen. Skårderud mfl. (2010) mener at selve relasjonen kan sees på som en del av behandlingen. Personen må oppleve trygghet og forståelse slik at han/hun våger å åpne seg for behandleren og komme frem med problemene sine.

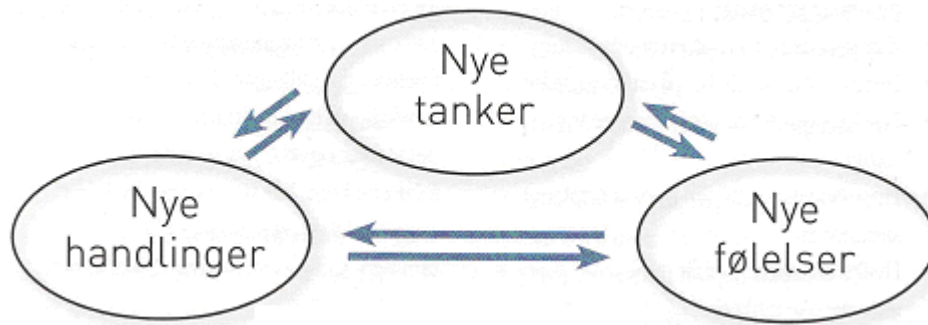
7.5.3 Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Det var Albert Ellis (1962, gjengitt i Haugen 2008) som først lanserte navnet på denne type terapi som rasjonell - emosjonell terapi, men som senere endret det til rasjonell - emosjonell atferdsterapi. Denne endringen skjedde på grunn av at målsettingen innen denne form for terapi alltid er å endre atferd. Ellis mente at årsaken til emosjonelle vansker og uhensiktsmessig atferd er at mennesker ofte tenker irrasjonelt. Han mente også at mennesker kunne endre dette ved å lære å tenke

logisk, vitenskapelig og fornuftig (Vogt 2008b). Man kan gå helt tilbake til den romerske filosofen Epiktet (ca. 55 – 135 e.Kr.) for å finne teorigrunnet som denne terapiformen bygger på. Han hadde utsagn om at ”det som forstyrrer menneskers sinn, er ikke hendelsene de blir utsatt for, men deres vurdering av hendelsene” (Vogt 2008b:355).

Ifølge Haugen (2008) er det en tendens i tiden at man henter ut det beste fra ulike teorier, og at kognitiv atferdsterapi kan sees på som et resultat av dette. Begrepet kognitiv atferdsterapi (KAT) ble mer og mer brukt fra 1980 tallet, da man begynte å kombinere elementer fra atferdsterapi og kognitivterapi (Skårderud mfl. 2009). Det må arbeides for å endre både feillæring (atferdsteori) og feilaktige tanker (kognitiv teori) (Haugen 2008). Haugsgjerd (2009) omtaler KAT som en moderne form for behaviorisme og at KAT ble utviklet som en reaksjon mot behaviorismen, blant annet fordi denne ikke tok hensyn til private hendelser som tanker og emosjoner. Dette støttes av Skårderud mfl. (2009) som også viser til Aaron Beck som utviklet teorier om kognitive mønstre og skjemaer. Hvordan vi kategoriserer, organiserer, bedømmer og fortolker opplevelser blir styrt av disse skjemaene. Aaron Beck sin betydning for kognitiv teori er også tidligere beskrevet i oppgaven.

Kognitiv terapi tar utgangspunkt i kunnskap om måten vi tenker på. Kognisjon er betegnelsen på at vi hele tiden velger ut informasjon og tolker den. Oppfatningen vi konstruerer om oss selv og verden rundt oss er ikke alltid korrekt (Fasting 2010; Thingnæs mfl. 2008). Den kognitive delen av terapien går ut på å få personen til å innse den feilaktige måten han/hun tenker på, få en innsikt i sine tankemønstre og lære nye måter å tenke på som er mer realistiske (Haugen 2008). Fokuset er rettet mot tankene og hvordan disse styrer oss til å handle i ulike situasjoner. Ved angstlidelser overvurderer man sannsynligheten for fare, og en undervurderer egne evner til mestring. Dette ligger til grunn for lidelsen, samtidig som unngåelsesatferd og kompensatoriske strategier bidrar til å opprettholde angsten (Fasting 2010; Thingnæs mfl. 2008). Vi vil vise denne prosessen som settes i gang ved kognitiv terapi i figur 5 på neste side.



Figur 5. Viser prosessen mellom tanker, følelser og handlinger i KAT (Thingnæs mfl. 2008:99)

I kognitiv terapi forsøker man å endre eller modifisere negative tanker som skaper negative følelser. Skal dette skje må de uhensiktsmessige tankene identifiseres og kartlegges, og man må bli oppmerksom på sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger (Thingnæs mfl. 2008).

Samtalen er en viktig faktor i denne type behandling. Vi har tidligere beskrevet hva som må til for å få til en god samtale og relasjon mellom barnet og behandler under punkt 5.1 og 7.1.2. Dette er også viktig i forhold til å etablere en god behandlingssituasjon, hvor barnet våger å komme frem med det som oppleves vanskelig. I den delen av terapien som tar for seg det mer atferdsmessige, skal vedkommende lære ulike muskelavslappende øvelser og pusteteknikker. Slike øvelser blir nærmere beskrevet under punkt 7.5.4 om eksponeringsterapi.

Barlow & Durand (2002) tar for seg både den kognitive og atferdsmessige delen når de foreslår at behandlingen bør inneholde følgende momenter:

1. Personen må systematisk utsettes for situasjoner eller tanker som er angstfremkallende.
2. Personen skal lære å erstatte negativ oppførsel og tanker med positive.
3. Personen skal lære seg mestringsferdigheter som avslappings- og pusteøvelser.

De samme momentene finner vi i behandlingstrinnene til Nolen - Hoeksema (2007, gjengitt i Haugen 2008). De viser til en måte som kognitiv atferdsterapi kan brukes på overfor barn, og viser dette gjennom følgende fem trinn:

1. Lære barnet avslappings- og pusteøvelser. Barnet lærer å slappe av i ulike muskelgrupper, og lærer hvordan det kan puste på en måte som gjør at det får en viss kontroll over angstsymptomene.
2. Barnet får hjelp til å identifisere de vonde tankene som er fremtredende ved anfall. Her lærer barnet hvilke kroppslige reaksjoner det får, sette navn på de og finne ut alvorlighetsgraden. Haugen (2008) foreslår at barnet kan skrive ned hvilken situasjon barnet var i, hvilke symptomer det fikk og hvor alvorlige de var, samt hvilke tanker barnet gjorde seg. Disse notatene brukes i neste møte mellom terapeuten og barnet.
3. Lære barnet å bruke avslapning- og pusteøvelser når det får et panikkanfall. Behandler må kanskje hjelpe til med å fremprovosere et anfall, eller ”nestenanfall” slik at barnet får øvd seg på mestringsstrategiene.
4. Behandler får barnet til å trekke frem de vanskeligste situasjoner, og lærer barnet hvordan det kan tenke på alternative måter. De kroppslige symptomer kan også tas opp, slik at behandleren ser hvilke tanker og forklaringer barnet har på disse. Barnet kan også få hjelp til å finne alternative forklaringsmåter på symptomene.
5. Til slutt gjennomfører behandler det som kalles desensitivisering. Denne prosessen går ut på at barnet gradvis blir utsatt for angstfremkallende situasjoner, og vil bli nærmere beskrevet under eksponeringsterapi (punkt 7.5.4).

Det har vært innvendinger mot bruk av kognitiv atferdsterapi ovenfor barn, men flere studier viser at så mange som 60 – 70 % har nytte av dette (Fasting 2010). Bergan (2010) viser også til at kognitiv atferdsterapi er den mest anvendte behandlingsmetoden for barn og unge med psykiske vansker.

7.5.4 Eksponeringsterapi

Før man går i gang med denne type behandling foreslår Thingnæs mfl. (2008) at personen selv eller i lag med behandler finner ut hvilke situasjoner som er mest angstfremkallende. Situasjonene kan skrives ned, og vedkommende kan på denne måten også registrere hvor stor del av dagen som er preget av angst. Når dette er gjennomført, kan personen lage et hierarki, eller angststige, over hva som plager han/hun mest og minst. Dette blir gradert fra 0 – 100 alt etter hvor mye angst

vedkommende forventer å få ved å oppsøke den aktuelle situasjonen. Den situasjonen med lavest tall, blir første trinn i stigen, mens den situasjonen med høyest tall blir siste trinn (Thingnæs mfl. 2008). Eksponeringsøvelsene kan foregå tankemessig (in vivo), via en modell eller i virkeligheten (in vitro). Disse tre måten å utføre eksponeringsterapi på vil vi beskrive nærmere. Vi vil også ta med systematisk desensitivisering og eksponering med responsprevensjon.

Trygghetsstrategier

Ifølge Thingnæs mfl. (2008) er det viktig at ungdommen er klar over hvilke trygghetsstrategier han/hun bruker, og at disse er kartlagt før eksponeringen starter. Slike trygghetsstrategier er måter den unge unngår eller flykter fra angsten på. Eksempler på dette kan være at ungdommen slutter å ta bussen, gå på skolen, gå på kino eller til kjøpesenter for å handle. Thingnæs mfl. sier at slike reaksjoner forsterker angstlidelsen og er til stort hinder i behandlingen. De sier videre at dersom personen ønsker å oppnå effekt av eksponeringen må han /hun ikke velge trygghet fremfor det å føle på angsten. Når eksponeringsterapien starter er målet å mestre det laveste trinnet i angststigen. Det er viktig å starte med en angstsituasjon som er realistisk å klare. Starter man med for vanskelige angstsituasjoner, er det fare for at ungdommen opplever situasjonen for tøff og avslutter treningen.

Eksponering i virkelige situasjoner

Dersom vi tenker oss en ungdom som har hundefobi, vil det kanskje være aktuelt å starte treningen med å se på et bilde av en hund. Når vedkommende mestrer dette, kan man gå videre til å se på en virkelig hund på avstand. Når ungdommen nærmer seg hunden, vil angsten stige. Da bør vedkommende stanse opp slik at ikke angsten blir for sterk. Når angsten har avtatt, bør personen gå nærmere hunden og fortsette på samme måte helt til vedkommende eksempelvis klarer å klappe hunden (Götestam & Hansen 2010). De samme forfatterne viser til at det kan være nyttig for den unge med mange repetisjoner slik at han/hun opplever trygghet og kontroll over situasjonen. Ifølge Thingnæs mfl. (2008) er denne type terapi kun effektiv dersom personen blir værende i situasjonen helt til angsten reduseres. De sier videre at dersom vedkommende klarer å utsette seg for det som gir angst, vil han/hun kunne

oppleve bedre selvtillit. Kringlen (2010) sier det er viktig å oppmuntre personen til å eksponere seg for angstsituasjoner alene eller sammen med andre. Det viktige er at vedkommende oppsøker slike situasjoner, og blir værende selv om det oppleves svært ubehagelig. På den måten vil angsten gradvis reduseres. Thingnæs mfl. (2008) mener angsten vanligvis avtar etter ca. 30 minutter dersom personen klarer å bli i den angstfylte situasjonen.

Eksponeringsterapi krever at ungdommen er motivert for denne type behandling, for den kan oppleves både tidkrevende og tøff (Götestam & Hansen 2010; Thingnæs mfl. 2008). Videre sier Thingnæs mfl. (2008) at ungdommen bør trene systematisk på ulike angstsituasjoner fra en til to timer pr dag. Det er viktig at familie og andre nærpersoner er informert om behandlingsmetoden, slik at de kan gi hjelp og oppmuntring underveis.

Thingnæs mfl. viser til ulike skjema som den unge kan bruke i løpet av behandlingen. Eksempelvis kan han/hun notere ned graden av angst (fra 0 -100) før eksponeringen starter, graden av angst under selve eksponeringen og hvor mye angst man føler i ettertid. Dette kan føres for hver gang ungdommen gjennomfører eksponeringen, og etter en del repetisjoner kan han/hun se om angsten har avtatt. De samme forfatterne foreslår også at ungdommen kan skrive dagbok, slik at angsttreningen blir mer systematisk (se figur 6). Den unge kan da få en bedre oversikt over hva han/hun trener på, kan se når målet er nådd og man kan ta fatt på et nytt trinn på stigen. Det vil være motiverende for ungdommen å se at det stadig går fremover. Thingnæs mfl. påpeker viktigheten av motivasjon og belønning, og sier at vedkommende også kan planlegge belønning til seg selv når mål er nådd.

Dagbok

Dato	Dette trente jeg på i dag	Forventet ubehag i situasjonen	Varighet av angsttreningen	Trente jeg alene eller sammen med andre?	Ubehag i situasjonen fra 0 til 100

Figur 6. Utsnitt av hvordan en dagbok kan se ut (Thingnæs mfl. 2008:134).

Tankemessig eksponering

Vi vil også ta med en type eksponeringsterapi som kalles systematisk desensitivisering (SD). Denne type terapi tar for seg læring av pusteteknikker og av muskelavslappende øvelser. Det var Joseph Wolpe som utviklet denne terapiformen som består av følgende tre trinn (Götestam & Hansen 2010):

- 1) Avslapningstrening.
- 2) Konstruksjon av et hierarki av fobisituasjoner.
- 3) Forestilling av lettere fobiske situasjoner under avslapningsbeskyttelse.

De ulike trinnene blir nærmere beskrevet av Haugen (2008), gjennom følgende eksempel på tankemessig eksponeringsbehandling av et barn med angst. Man starter med å lære barnet teknikker for fysiologisk avslapping. Dersom vi fortsatt holder oss til hundefobi, så kan man forklare barnets fobi gjennom prinsippene for klassisk betinging. Skal fobien avlæres, kan vi benytte gjentatte motbetingingsprosesser hvor angsten reduseres gjennom fysiologisk avslapning. Dette kan også kombineres med riktig måte å tenke på. Slike avslapningsøvelser er viktige, fordi angst ikke får den virkningen på et barn som klarer å slappe av. Øvelser går ut på å spenne ulike muskelgrupper for deretter å kjenne at musklene er avslappet. Barnet lærer så en pusteteknikk som går ut på å holde pusten i ca. ti sekunder før det puster rolig ut og inn noen ganger. Barnet bør ha dype pust og gjenta dette til angsten avtar. En slik pusteteknikk vil være viktig å bruke dersom barnet får et panikkanfall.

Beate Winther (2010) lærte en pusteteknikk på Modum bad som kalles "å puste i firkant". Det gikk ut på å puste langsomt og dypt inn mens man teller til seks, holde pusten mens man teller til seks, puste langsomt ut mens man teller til seks og holde pusten mens man teller til seks. Dette gjentas til den kjemiske balansen i blodet er gjenopprettet og symptomene er borte. Mellom hver "firkant" puster man vanlig to til tre ganger.

Det neste trinnet i behandlingen blir å rangere angstsituasjoner i et hierarki, fra den minst angstvekkende situasjon til den mest angstvekkende. Denne rangeringen setter behandleren og barnet opp i lag. Selve SD prosessen er når barnet er i en avslappet tilstand og eksponeres tankemessig for de rangerte angstsituasjonene. Disse inngår, en om gangen, i en fortelling. Terapeuten har på forhånd informert barnet om at det vil dukke opp ting fra hierarkiet, men at barnet

kan gi et signal dersom situasjonen blir for vanskelig. Terapeuten vil da nøytralisere situasjonen igjen.

Denne eksponeringsterapien kan også trenes i virkelige situasjoner. Haugen (2008) foreslår at man kan bruke en modell som først gjennomfører den fobiske situasjonen, for deretter å få barnet til å gjøre det samme. Det er viktig å gi ros og oppmuntring til barnet underveis både når det trenes tankemessig og i virkeligheten. Behandleren bør forsøke å gi barnet en opplevelse av at han/hun forventer at barnet skal klare dette, og selvfølgelig rose barnet ekstra når fobien er avlært. For å klare å gjennomføre en slik behandling, er det viktig at barnet er motivert for dette (Haugen 2008).

En annen type eksponeringsterapi er utviklet av Shapiro (1989, gjengitt i Gøtestam & Hansen 2010) og går ut på å arbeide gjennom øyebevegelser (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR). Den ble først benyttet for pasienter med PTSD, men blir nå også benyttet på andre angstlidelser. Denne metoden har ifølge Gøtestam & Hansen gitt svært gode resultater i forhold til behandling av PTSD, men at metoden ikke er tilstrekkelig vitenskapelig dokumentert enda.

Eksponeringsterapi med responsprevensjon

Dette er en metode som blir brukt opp mot pasienter som har en tvangslidelse (Gøtestam & Hansen 2010). Denne behandlingsmetoden går ut på at personen skal utsettes for angstfremkallende situasjoner, samtidig som han/hun skal hindres i å utføre tvangshandlingen. Tvangstankene blir ofte også redusert samtidig med at tvangshandlingene reduseres (Kringlen 2010). Samme forfatter foreslår at det lages en oversikt over hva som er mest angstfremkallende før en starter treningen, og at personen velger ut hva som skal prioriteres. Videre hevder Kringlen at langvarig eksponering (over 10 – 15 minutter) er mest virkningsfullt, og at behandlingen gir best effekt dersom personen ikke bruker medikamenter. Han foreslår slik som Thingnæs mfl. (2008) at personen bør skrive ned graden av angst for hver dag i en dagbok.

Når man utfører eksponeringsterapi i forhold til barn, er det vanlig å knytte belønning til en slik type behandling (Grøholt mfl. 2001). Dette kan eksempelvis

administreres ved bruk av et tegnøkonomisystem. Etter at barnet har blitt utsatt for angstfremkallende situasjoner, tankemessig eller i virkeligheten, må behandleren trene barnet til ikke å reagere med tvang. Dette kan gjøres ved å lære barnet å bruke eksempelvis stopptanker (Grøholt mfl. 2001). Behandleren arbeider tett med barnet slik at man ser at ritualene ikke blir gjennomført. Når ritualene forhindres, påvirker dette barnets virkelighetsoppfatning. Barnet blir bevisst på at det ikke skjer noe farlig selv om ritualene ikke blir utført (Barlow & Durand 2002).

8. Drøfting - hva er effektiv behandling av angstlidelser?

I vårt forsøk på å finne svar på vår problemstilling, vil vi i denne delen av oppgaven rette søkelyset mot ulike faktorer som kan virke inn på behandlingsresultatet. Vi vil først diskutere hvilken betydning ulike rammebetingelser har for effekten av behandlingen. Disse betingelsene bør være tilstede uavhengig av hvilken metode som blir valgt. Deretter vil vi gå nærmere inn på hvilke behandlingsmetoder som regnes som effektive i forhold til de ulike angstlidelsene, og gi en forklaring på hva vi legger i begrepet effektiv. Ut fra teori har vi sett at det er mange som ikke får det behandlingstilbudet de har behov for, og at det er stor sannsynlighet for at det er barn og unge som rammes mest av dette. Enkelte råder folk til å ta saken mer i egne hender og drive med forebyggende virksomhet og benytte seg av ulike selvhjelpsstrategier (Martinsen 2000). I dette arbeidet, hvor det er snakk om ikke diagnosebaserte angstlidelser, er det mange profesjoner som kan bidra i både forebygging og behandling. Vi ønsker underveis i denne drøftingsdelen å trekke frem egne erfaringer fra vårt arbeid i skolen, og avslutningsvis se på hvilken rolle vi som lærere kan ha i forhold til barn og unge som har en angstlidelse, eller befinner seg i faresonen for å utvikle en slik type lidelse.

8.1 Hva påvirker behandlingseffekten?

Vi har tidligere i oppgaven sett på hvilke betingelser som vil kunne påvirke effekten av den behandlingen som gis. Vogt (2008b) peker på viktigheten av at den som skal hjelpe er kvalifisert for å gi den hjelpen som er nødvendig. Skårderud mfl. (2010)

mener at behandler bør ha kompetanse på flere ulike områder. Han/hun må ha kunnskap om årsaker til angstlidelser, symptomer, behandlingsmetoder og forskningsresultater. Vogt (2008b) mener at personer fra ulike profesjoner kan fungere som trenere, men at det bør være alvorlighetsgraden av barnets vansker som er avgjørende for hvem som skal ha hovedansvaret for behandlingstilbudet. Det er også vesentlig hvilke metoder som skal benyttes, og at behandleren er kvalifisert til å bruke disse. Enkelte metoder krever spesifikk utdanning, slik som eksempelvis psykoanalyse og gruppeterapi. Skårderud mfl. (2010) mener at behandleren må ha ferdigheter på ulike områder for å være i stand til å legge opp et godt behandlingstilbud. Den enkelte behandler bør ha kjennskap til hvilke metoder som er mest effektive i forhold til de ulike angstlidelsene. Dette vil vi komme mer inn på senere i drøftingsdelen (punkt 8.2).

Kanskje vel så viktig som valg av behandlingsmetode er behandlerens evner til å skape en trygg og god relasjon til barnet eller den voksne. Det er bred enighet om at en terapeutisk allianse er viktig i alle former for psykoterapi (Haugsgjerd mfl. 2009; Skårderud mfl. 2010; Shirk & Karver 2003, Berge mfl. 2008 og Svendsen 2007 gjengitt i Bergan 2010). Det at behandlingen er psykodynamisk vil si at den baserer seg på samtale. Da er det viktig at behandler har kompetanse i forhold til det å få til en god samtale med den som søker hjelp.

Vi har tidligere i oppgaven beskrevet en rådgivingsmodell som Robert Charchuffs utarbeidet. Vi synes denne modellen bygger på viktige grunnholdninger, hentet fra Rogers teori, om hva som fremmer personlig vekst og selvrealisering hos et menneske. Holdninger som Rogers vektlegger er kongruens, ubetinget positiv aktelse og empati. Ifølge Lassen (2002) og Vogt (2008b) vil en rådgiver som lar slike holdninger prege rådgivningsarbeidet, være med å legge til rette for at det kan skje en positiv utvikling hos rådsøkeren. Siden det er så stor enighet om viktigheten av å etablere en god relasjon mellom behandler og barnet/voksne, ønsker vi å utdype nærmere hva som ligger i disse tre begrepene.

Det at hjelperen er seg selv og ikke setter opp en fasade overfor barnet er viktig. Kongruens vil si å opptre ekte og ærlig. At behandleren klarer å være spontan og ikke er for opphengt i å gjøre ting på riktig måte, slik at situasjonen oppleves kunstig. Dette med å være ærlig har Kringlen (2010) også påpekt som spesielt viktig

overfor ungdom. Han mener denne gruppen er ekstra på vakt for å avdekke om den voksne spiller en rolle, eller er seg selv. Ubetinget positiv aktelse er å vise ekte interesse overfor barnet/rådsøkeren og det som han/hun kommer frem med i behandlingssituasjonen (Lassen 2002; Vogt 2008b).

Vår egen erfaring med rådgivningsarbeid med yngre barn er at også denne gruppen er observante i forhold til om vi opptrer ærlig og virkelig er interessert i deres situasjon. De er kanskje ikke like flinke til å ordlegge seg eller like frimodige som enkelte ungdommer, slik at de får frem hva de mener om oss, men de er ofte vare for kroppsspråket og ansiktsuttrykkene våre.

Den som skal hjelpe skal også ha respekt for barnet/rådsøkeren og forsøke å sette seg inn i de problemområder vedkommende har. Vogt (2008b) peker videre på viktigheten av å se hele barnet og ikke kun fokusere på enkelte positive eller negative sider. På denne måten vil barnet kunne se seg selv i et annet lys, og kanskje oppdage nye sider ved seg selv som det ikke før var klar over. Dette kan videre gi barnet økt selvfølelse og motivasjon til å fortsette behandlingen.

Den siste holdningen som denne rådgivningsmodellen fokuserer på er empati. Lassen (2002) mener at dette går på rådgiverens evne til å sette seg inn i rådsøkerens situasjon, klare å kommunisere dette til vedkommende, og gjennom hans/hennes reaksjoner på dette, se om det har ført til en bevisstgjøring omkring sin egen situasjon.

Slike holdninger som vi har belyst her, ligger også ofte i bunn for våre yrkesetiske retningslinjer. Vi synes at det er viktig at alle som arbeider med andre mennesker, både barn og voksne, tilstreber å arbeide ut fra slike humanistiske holdninger. Det er til og med litteratur som påpeker at det vil kunne ha en behandlende effekt i seg selv å bli møtt med slike holdninger (Hubble mfl. 1999, gjengitt i Haugsgjerd mfl. 2009; Vogt 2008b).

Selv om dette vektlegges sterkt ut fra flere hold, er det ifølge Høglend (1999, gjengitt i Haugsgjerd mfl. 2009) lite forskning som sier noe om hvordan man kan utdanne gode psykoterapeuter. Kazdin & Weisz (2003, gjengitt i Hausgjerd 2009) hevder også at forskningen omkring hva som kan hjelpe behandleren til å etablere en varm og empatisk forbindelse i terapisammenheng er svak. Dette er kanskje et felt som det burde blitt forsket mer på all den tid det er så viktig i psykoterapeutisk behandling (Rønnestad & Skovholt 2003, gjengitt i Haugsgjerd mfl. 2009).

Haugsgjerd mfl. (2009) sier videre at det heller ikke er noe som tilsier at en psykolog/psykiater med lang utdanning og mange års yrkeserfaring, oppnår bedre resultater enn profesjoner som har kortere utdanning og mindre yrkeserfaring. Slutninger vi kanskje kan trekke av dette er at personlige egenskaper, verdi-grunnet og de holdninger behandleren representerer har stor betydning for om han/hun klarer å få til en god terapeutisk allianse med hjelpesøkeren.

Det vil være av stor betydning at ulike utdanningsinstitusjoner, som utdanner folk til å arbeide med andre mennesker, vektlegger å formidle kunnskap om slike viktige emner. Men, som vi har beskrevet tidligere i oppgaven er det ikke automatikk i at kunnskap blir til omdannet til kompetanse (Skårderud mfl. 2010). I denne sammenheng vil det være viktig at de som skal kunne hjelpe andre får mulighet til å praktisere slik at han/hun får tilegnet seg praktiske ferdigheter. For nyutdannede kan det eksempelvis være nyttig å arbeide i team, slik at man kan lære av mer erfarne kolleger og samarbeide om behandlingstilbudet. Slike behandlingsteam kan man finne innen barne- og ungdomspsykiatrien.

Vi har nå sett at behandlerens kompetanse på ulike områder er viktige for behandlingsresultatet. Selv om mye avhenger av hans/hennes kompetanse, er det også forhold ved personen selv som vil kunne påvirke dette. Enkelte hevder at: "Det finnes ikke virksomt psykisk helsearbeid der pasienten passivt kan hengi seg til et behandlingsopplegg" (Skårderud mfl. 2010:121). I dette ligger det at personen, i samarbeid med sin behandler, må gjøre en egeninnsats for å bli frisk. Det kan være krevende behandlingsmetoder som må til for å bli kvitt angstlidelsen, noe som kan gi utfordringer for både den som er rammet og den som skal hjelpe. Kanskje er ikke vedkommende i stand til å gjennomføre den behandlingsmetoden som blir anbefalt, eller mangler motivasjon til å utføre treningen. Ungdommen kan ha gått for lenge uten behandling, slik at lidelsen har blitt forverret og vanskelig å behandle.

Vi har beskrevet ulike måter å gjennomføre eksponeringsterapi på, og vi ser at det må oppleves tøft for de som skal gjennom en slik type behandling. For en ungdom med angstlidelse vil det kunne oppleves svært krevende å utsette seg for det som fremkaller angst, og han/hun bør derfor være motivert for en slik type behandling (Haugen 2008). Det vil også kreve at behandleren, i samarbeid med ungdommen,

gjør vurderinger med hensyn til om eksponeringen bør skje in vivo eller in vitro. Haugen peker på viktigheten av å gi ros og oppmuntring underveis og formidle tro på at dette vil ungdommen klare bare han/hun anstrenger seg nok. Den som skal hjelpe ungdommen bør derfor være i stand til å arbeide både med behandlingsmotivasjon, relasjonstillit og konflikthåndtering på samme tid (Skårderud mfl. 2010).

Gjennom biografien til Beate Winther (2010) får vi et inntrykk av hvor mye arbeid det ligger bak det å bli frisk fra en angstlidelse. Hun var alvorlig rammet og hadde flere typer angstlidelser på samme tid. Hun hadde nesten gitt opp håpet om å bli frisk. Vi får innblikk i hennes kamp om å bli tatt på alvor og få et behandlingstilbud. Hun gav seg ikke før hun fikk en plass på Modum Bad. Hun var svært motivert for å bli frisk, men selv om hun var det, krevde det utrolig mye av henne å delta i eksponeringsterapien. Gjennom hennes skildringer av hvordan personalet var på dette behandlingsstedet, ser vi hvor viktig det er at behandleren viser ekte engasjement og tro på at dette vil vedkommende klare. To ord som hele tiden gikk igjen var ”møt opp”. Det ble hele tiden poengtert at det viktigste var å møte opp til eksponeringstreningen uansett hvor vanskelig det føltes. Selv om Beate Winther ikke klarte å gjennomføre alle oppgavene slik hun ønsket, fikk behandlerne henne alltid til å se det positive i at hun møtte opp og klarte å gjennomføre noe. Hovedfokuset var på det hun klarte, noe som gav henne mot til å fortsette. Dette behandlingsstedet gjorde et sterkt inntrykk på henne. Det at noen stilte opp for henne hundre prosent, var en ny opplevelse. Hun ble tatt på alvor og personalet gjorde alt de kunne for å hjelpe henne.

Selv om de rundt henne bidro med mye hjelp og veiledning, krevde behandlingen også svært mye av henne selv. Hun måtte legge planer for eksponeringstrening, gjennomføre øvelsene, skrive evalueringer, legge frem hvordan det hadde gått i gruppeterapien og fortsette eksponeringen i helger/ferier og etter avsluttet behandlingsopphold. Til sammen bidro dette til at hun etter hvert klarte å tenke annerledes, hun våget å utfordre gamle tankemønstre og forsøke seg på nye måter å opptre på.

I tillegg til de faktorer som har med behandleren eller personen selv å gjøre, har vi de ytre rammefaktorer, som eksempelvis økonomi og utbygging av psykiske helsetjenester. Dette er også faktorer som vil ha stor betydning for om folk med

angstlidelser får et godt behandlingstilbud. Vi har tidligere i oppgaven tatt opp at tilbudet til barn og unge er dårligere utbygd enn behandlingstilbudet til voksne (Haugsgjerd mfl. 2009). De samme forfatterne viser også til store variasjoner i behandlingstilbudet alt etter hvilken kommune eller helseregion man tilhører. Det tilføres ulike økonomiske og personmessige ressurser. Dette kan føre til at barn og unge må vente lenge før de får behandling, eller at de i verste fall ikke får den behandlingen de har behov for. Dette har også Statens helsetilsyn (2000) påpekt i sine retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser. Det kommer frem her at sen behandling kan få alvorlige følger for denne gruppen. Lidelsen kan bli kronisk og barnet eller ungdommen kan få ulike tilleggslidelser. De psykiske helsetjenestene til denne gruppen bør derfor bygges ytterligere ut rundt omkring i kommunene.

Man får stadig høre at det er viktig at det finnes kompetanse hos de profesjoner som skal arbeide nærmest den hjelpetrequende. Det er ikke bare psykologer/psykiatere som bør ha kompetanse i forhold til angstlidelser, men også eksempelvis helsesøster, førskolelærere, lærere og miljøterapeuter. Mangel på fagpersoner og behandlingsplasser gjør at det blir viktig for også andre profesjoner å bidra til både å forebygge og behandle ulike angstlidelser. Samtidig må man være klar over hvilke begrensinger som finnes innen egen profesjon, slik at man ikke går inn i behandlingsopplegg som ligger utenfor eget kompetanseområde.

8.2 Hva regnes som effektive behandlingsmetoder?

Problemstillingen vår stiller spørsmål om hva som er effektiv behandling av angstlidelser. Vi har sett på ulike rammefaktorer som bør ligge til grunn for behandlingstilbudet. Men, hva legger vi egentlig i begrepet effektiv? Det første vi tenker på når man snakker om effektiv, er at det er noe som virker. Man får jobben gjort. I bokmålsordboka (UIO & Språkrådet 2010) dukker ordene hensiktsmessig, praktisk, rasjonell opp som en forklaring på effektiv. Effekt forklares samme sted med ordet virkning. Faglitteraturen ved Malt mfl. (2003) og Kringlen (2010) viser til at effekten tradisjonelt defineres som 50 % eller mer reduksjon på en graderingsskala for de symptomene vedkommende sliter med. I tilfeller hvor det er snakk om lidelser

som er vanskelig å behandle går man lavere. Det er blitt mer vanlig å kalle det bedring dersom det er over 50 % forbedring av symptomene.

Gjennom litteratur og retningslinjer fra Statens helsetilsyn (2000) får man inntrykk av at det er stor enighet om hvilken type behandling som bør gis til personer som har en angstlidelse. Det at personen utsetter seg for den angstfremkallende situasjonen eller objektet, tankemessig eller in vivo, ser ut til å være avgjørende i forbindelse med behandling til denne gruppen. Men også medisinerer blir i noen tilfeller anbefalt, noe som vil bli ytterligere belyst senere i drøftingsdelen.

Den gjeldende veilederen fra Statens helsetilsyn, "Angstlidelser - Kliniske retningslinjer for behandling og utredning", ble publisert i 2000. I den hevdes det at angstlidelser er noen av de vanligste sykdommene vi har i befolkningen. Statens helsetilsyn (2000) hevder videre at de som søker hjelp og får behandling er i mindretall. Som vi tidligere har pekt på er det to alvorlige mangler i behandlingen av angstlidelser som Staten helsetilsyn tar opp. For det første går det for lang tid mellom angstlidelsens debut og behandling. For det andre er ikke de behandlingsmetodene som er vitenskapelig dokumenterte alltid de som tilbys de som er rammet. Statens helsetilsyn sier videre at angstlidelser også rammer ungdom, som er i en sårbar alder, og at det derfor er alvorlig hvis behandlingen blir forsinket. Det hevdes at uten den rette behandlingen kan angstlidelsene bli kroniske, og risikoen for somatiske og psykiske komplikasjoner øker. Lederen for kvalitetsvalget i Norsk psykiatriforening, Hans Løvdahl, skriver i forordet (Staten helsetilsyn 2000) at behandlingsveiledere er et viktig hjelpemiddel, at de er evidensbaserte og i samsvar med de mest anerkjente forskningsresultater. .."De bidrar til å sikre en mest mulig lik og ajourført behandlingspraksis uavhengig av pasienters bosted. De skal videre gjøre det lettere for fagpersonalet å holde seg oppdatert" (Statens helsetilsyn 2000:4).

Dette var for elleve år siden. Det vi kanskje kan spørre oss nå, er om det har blitt større samsvar mellom de vitenskapelig dokumenterte behandlingsmetoder og det tilbudet som gis i praksis. Norges forskningsråd (2009) sier i sin evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse at: "Et sentralt problem er at vi vet lite om innholdet i tjenestetilbudene som gis. Vi vet derfor ingen ting om kvaliteten på disse tilbudene" (Norges forskningsråd 2009:133). Norsk forskningsråd anbefaler videre at utarbeiding av veiledere og faglige standarder for god evaluering og behandling, er

noe det bør satses videre på. Dette bør skje både innen spesialisthelsetjenesten og i det psykiske helsearbeidet rundt omkring i kommunene.

Det er flere som har ytret seg om behandlingen som blir gitt i forhold til angstlidelser. Psykolog Bjarne Hansen (Hanger 2008) etterlyser bedre behandling av tvangslidelser. Han er opprørt over at ikke flere pasienter får eksponeringsbehandling. Dette er også noe vi er forundret over. Når det viser seg at eksponering er en vel dokumentert behandlingsmetode, bør ikke personer tilbys det man vet fungerer? Det foreligger en veileder for hvordan man bør forholde seg til angstlidelser, og den bør være tilgjengelig for personer som arbeider med dette. Så hvor stopper det opp? Kan en årsak være utfordringer knyttet til behandlerens kompetanse? Bjarne Hansen (Hanger 2008) uttaler at man ikke kan bruke unnskyldninger om at det er vanskelig å lære, for ikke å tilby eksponeringsterapi. Han stiller videre spørsmål om hva vi skulle gjort dersom dette også ble vanlig praksis innen eksempelvis kirurgi.

Hansen sier også at det virker ut til å være en tendens innen psykiatrien at ingen blir ansvarliggjort for den behandlingen de gir, eller lar være å gi (Hanger 2008). Videre hevder han at det ikke stilles krav til at den enkelte behandler dokumenterer behandlingsresultatene. En annen psykolog, Per Holth (2009) sier i en kronikk at behandlingsapparatet opplagt kan klandres for ikke å ha fulgt opp de veiledningene som Statens helsetilsyn gav ut i 2000. På stortinget er også dette temaet blitt belyst. Helse- og omsorgsminister Anne - Grete Strøm – Erichsen, uttrykte den gang at hun syntes det var bekymringsfullt at ikke alle får effektiv behandling for sin psykiske lidelse. Hun påpekte videre at retningslinjene fra Statens helsetilsyn fortsatt gjelder og at det er viktig at helsetjenesten tar disse i bruk (stortinget.no 2009).

Vi kan konkludere med at det er viktig at man benytter seg av anbefalte metoder i behandling av ulike angstlidelser, slik at personen får det behandlingstilbud han/hun har krav på. Dette kommer inn under de forpliktelser som Haugsgjerd mfl. (2009) mener at det psykiske helsevern har overfor de som er rammet av slike lidelser. De samme forfatterne mener også at behandleren bør holde seg oppdatert i forhold til hvilke behandlingsmåter som finnes og bør benyttes. De hevder videre at behandlingen helst bør vise til dokumentert effekt. Dersom metoden ikke er forsket

nok på, men det er stor sannsynlighet for god effekt, mener Haugsgjerd mfl. at man kan benytte seg av denne type behandling.

Winther (2010) skrev i sin bok at hun ble skuffet over den behandling, eller mangel på behandling, hun hadde fått før oppholdet på Modum bad. Etter et panikkanfall ble hun henvist til psykolog. Hun fikk medikamentell behandling for angst som eneste behandling. Kanskje viser dette eksempelet at det kan være mangelfull kompetanse i det psykiatriske helsevesen, og ikke klarhet i hvilken type behandling som skal gis i forhold til angstlidelser.

Selv om det foreligger godt dokumenterte og klare retningslinjer fra Statens helsetilsyn (2000), virker det fortsatt ut til å være opp til hver enkelt behandler hvilken behandling han/hun vil tilby den som er rammet av en angstlidelse. Dette er en praksis vi stiller oss spørrende til. Sammenligner man med somatiske lidelser, så ville det nok blitt høylytte protester hvis enkelte leger så bort fra de best dokumenterte behandlingsmetodene og valgte langt mindre anerkjente metoder å tilby sine pasienter. Men det er kanskje enklere å forholde seg til somatiske vansker? Er blindtarmen sprukket, så kan den fjernes og problemet er løst. En angstlidelse er det ikke lett å skjære vekk. Vi mener det bør kunne forlanges at det tilbys en tilrettelagt behandling for den enkelte med utgangspunkt i de ”verktøy” man har tilgjengelig. ”Godt verktøy er halve jobben” er en uttalelse vi har hørt ofte i forbindelse med oppussingsprosjekt. Dette uttrykket syntes vi kanskje kan være en god rettesnor for det behandlingstilbudet som skal gis til mennesker med angstlidelser også.

Vi har tidligere belyst metoder som kognitiv atferdsterapi og eksponeringsterapi som ut fra teori regnes som effektive i forhold til angstlidelser. Medikamentell behandling blir også anbefalt, men ofte i en kombinasjon med annen type behandling. Medisinering kan dempe ubehagelige symptomer, og i noen tilfeller kan medisinering være en forutsetning for å kunne komme i posisjon til å gjøre nytte av andre tiltak (Thingnæs mfl. 2008). Thingnæs mfl. hevder det ofte vil være hensiktsmessig å kombinere samtaletrening, angsttrening og medikamentell behandling.

Men det er også betenkeligheter med medisinering. Thingnæs mfl. hevder at benzodiazepiner vil kunne svekke behandling med kognitiv terapi og eksponering.

De hevder videre at det i tillegg er stor fare for tilvenning. Mouland (2001) viser også til bivirkninger, og at det ikke er samsvar mellom den utstrakte bruken av langtidsbehandling med benzodiazepiner og den manglede vitenskapelige dokumentasjonen av virkningen. En grunn til dette kan være at dersom man bruker dette preparatet i noen uker kan man få en abstinensliknende reaksjon. Dette blir ofte tolket som angst av både personen selv og legen, slik at man fortsetter å bruke medikamentet.

Kringlen (2010) stiller spørsmål ved medikamentenes effekt. Han viser til undersøkelser som viser at det er liten forskjell på medikamenter og placebo. Spesielt i de undersøkelsene der placebo har et aktivt stoff som gir de samme bivirkningene som medikamentet. Dette er et interessant tema med tanke på de økonomiske interessene som ligger i legemiddelindustrien. Kringlen hevder videre at mange medikamentforsøk som legemiddelindustrien står bak, ikke blir publisert hvis resultatet ikke er positivt. "Medisinindustrien har i sannhet tjent godt på sine narrepiller" (Kringlen 2010:508). En vågal påstand, men blir vi noe særlig overasket hvis det viser seg at dette er nær den hele og fulle sannhet? Kringlen viser videre til at mange farmasøytiske firmaer bruker mer penger på å reklamere for sine produkter, spesielt rettet mot legestanden, enn til forskning. Resultatet er at legens uavhengige vurdering i forhold til om personen skal få psykoterapi eller medisiner blir satt på prøve. I sør - Europa og i USA er psykiatrien sterkt påvirket av den farmasøytiske industrien. Norden blir også mer og mer influert (Kringlen 2010:597). Pengene rår, det er det ingen tvil om, men hvis legemiddelindustrien "kjøper" seg kunder på bekostning av andre veldokumenterte behandlingsalternativ, så er dette svært alvorlig. Thingnæs (2005) hevder at medikamenter ikke kan fjerne årsakene til lidelsen, men kan lindre symptomene man får. Selv om medisiner blir anbefalt i noen tilfeller, så bør man kanskje oppfordre til måtehold?

8.3 Hva kan vi som lærere bidra med?

Det kan enkelte ganger være vanskelig å vite når man bør trekke inn andre instanser i forhold til kartlegging og behandling. Det kommer frem i oppgaven at barn og unge ofte får hjelp alt for sent, eller ikke kommer inn under et behandlingstilbud i det hele tatt (Statens helsetilsyn 2000). Vi har pekt på årsaker til dette som kan skyldes dårlig

utbygging av helsetilbudet til denne gruppen, og at de er avhengige av at andre ser deres behov for hjelp.

Det er foreldrene som har hovedansvaret for barna sine, men dersom de ikke ser barnets vansker eller ivaretar barnets behov for hjelp, er det andre som bør bistå. Barn og unge tilbringer mye av sin tid på skolen. Lærerne ser hvordan elevene samhandler med hverandre og kan oppdage barn som har emosjonelle vansker. Vogt (2008b) peker på at spesialpedagoger, lærere, PPT rådgivere og andre ikke må være alene om et behandlingsopplegg i tilfeller hvor barnet har en alvorlig psykisk lidelse. Da er det viktig at barnet blir fulgt opp av et behandlingsapparat. Dersom barnet har vansker som ikke er diagnosebaserte, mener han at andre fagfolk uten spesialisering innen slike felt vil kunne bistå barnet. Dette med å avklare ansvarsområder er viktig, og noe vi synes det kanskje burde være mer fokus på i skolen. Dersom barn og unge har en alvorlig lidelse, er det andre fagfolk enn læreren som skal bistå disse. Da er det viktig at de blir henvist raskt til videre utredning, slik at de kan få det behandlingstilbudet de har behov for. "Vente og se" holdning om barnet vokser av seg vanskene, kan resultere i at problemet blir mer omfattende og lidelsen kan bli mer eller mindre kronisk (Statens helsetilsyn 2000; Kringlen 2010).

Det er også viktig at læreren er klar over begrensinger i forhold til egen kompetanse, og ikke vegrer seg for å søke veiledning ved behov. Med dette mener vi ikke at barn og unge skal henvises til videre utredning uten god grunn, men at skolen er preget av en kultur hvor det er positivt å søke veiledning fra egne kolleger eller eksempelvis fra PPT eller andre linjetjenesten.

Som lærer kan vi være med å forebygge angstlidelser ved å bruke eksempelvis FRIENDS programmet og ha fokus på å lære barn om ulike følelser. For å oppdage at et barn har en angstlidelse eller en annen psykisk lidelse så tidlig som mulig, må vi som jobber i skolen vite hva man skal se etter. Dette krever kompetanse hos den enkelte, og at skolene har fokus på barns psykiske helse. Vi mener det vil være naturlig at angstlidelser og andre psykiske lidelser bør være et satsningsområde i for eksempel en sosial pedagogisk plan på de ulike skolene.

Vår egen erfaring er at det kommer mange tilbud om kurser som retter seg mot atferdsproblematikk, men ikke så mange som tar opp psykiske vansker hos barn og unge. Vår mening er ikke å sette disse to problemområdene opp mot hverandre, og prøve å fremstille noe som mer viktig enn noe annet, men peke på en tendens som

vi har merket oss. Kanskje bør lærerne kreve mer opplæring i forhold til psykiske lidelser, og benytte seg av materiell og kurser av den typen som den 2nasjonale skolesatsingen ”Psykisk helse i skolen” tilbyr?

For å sikre barn og unge med denne type lidelse et mest mulig helhetlig og koordinert behandlingstilbud, bør det satses på å få til et godt tverrfaglig samarbeid rundt eleven. I tilfeller hvor barnet mottar tjenester fra flere etater er det vanlig å opprette en ansvarsgruppe (Nilsen & Vogt 2008). Vi som lærere kan være med å bidra til at barnets behov blir ivaretatt på skolen. Dersom barnet har rett til spesialundervisning, skal det utarbeides en individuell opplæringsplan (IOP) for denne eleven. I denne planen kan det eksempelvis settes opp mål i forhold til å lære barnet ulike følelsesbegreper og trene på angstfremkallende situasjoner. Som deltaker i en slik ansvarsgruppe kan vi være med på å fremme et godt samarbeid ved å ha fokus på grunnleggende holdninger som vi har beskrevet tidligere i denne drøftingsdelen. Vi bør også tilstrebe å ha slike holdningene i bunn for vår samhandling med elevene og deres foresatte. I en travel skolehverdag kan det være vanskelig å alltid yte optimalt, men man bør prøve å gjøre sitt beste, og forsøke å la slike holdninger prege vårt arbeid i størst mulig grad.

9. Avslutning og konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi fått en dypere forståelse av selve angstbegrepet, og hva som kjennetegner den sykelige angsten. Vi har sett på hvordan ulike teorier forklarer hvorfor enkelte får en slik lidelse, og det virker ut til å være en viss enighet om at angstlidelser både må sees i lys av arvelige og miljømessige faktorer. ”Det er derfor vanlig å anta at symptomet delvis formes gjennom læring hos en disponert person” (Haugsgjerd mfl. 2009:111).

Behandlingen av angstlidelser retter seg også inn mot denne antagelsen om arvelig disposisjon og læring, og tar spesielt for seg den unngåelsesatferden som vedkommende har utviklet. Litteratur viser at det er bred enighet om at den som har en angstlidelse må utsette seg for det som angsten er rettet mot, i stedet for å unngå

² Psykisk helse i skolen er en nasjonal skolesatsing med opplæringsprogrammer for ungdomsskole og videregående opplæring. psykiskhelseiskolen.no

dette. I vår problemstilling stiller vi spørsmål om hva som er effektiv behandling av angstlidelser. Kognitiv atferdsterapi ser ut til å være en effektiv behandlingsmåte, som anbefales av mange. I denne terapiformen står eksponering sentralt, enten tankemessig eller i virkelige situasjoner. Det blir viktig å erstatte "feiltanker" med andre måter å tenke på, og lære seg ulike avslapnings- og pusteteknikker. Men det hjelper lite med gode behandlingsmetoder dersom man ikke klarer å skape en positiv og god relasjon med den som har lidelsen. Vi håper at vi har fått frem hvor avgjørende det er for behandlingseffekten at det er en positiv samhandling mellom den som søker hjelp og den som skal hjelpe. Konklusjonen vår blir derfor at effektiv behandling av angstlidelser er avhengig av at flere faktorer er tilstede samtidig. Behandleren må ha kompetanse til å bruke behandlingsmetoder som er påvist å ha effekt. Vedkommende som har lidelsen må være motivert og i stand til å klare denne type behandling, og til slutt men ikke minst må behandleren inneha personlige egenskaper, verdier og holdninger som kan fremme en god og positiv relasjon med den som trenger hjelp.

Litteraturliste

- Barlow, D.H. & Durand, V.M. (2002). *Abnormal Psychology*. Canada: Thomson Learning.
- Barrett & May (2007). Tatt ut 09.03-2011. *Friends for life. Introduction to FRIENDS*. <http://www.friendsinfo.net/downloads/FRIENDSintrobooklet.pdf>
- Bergan, C. (2010). *Utfordringer i alliansebygging med ungdom i kognitiv atferdsterapi*. Tidsskrift for kognitiv terapi. Årgang 11, nr. 3: 6-19.
- Bratt, C. (2008). Tatt ut 09.03-2011. *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Mestringskatten (Coping Cat)*. <http://ungsinn.uit.no/ikbViewer/Content/169703/mestringskatten%20-%20oppdatering%20010210%20-%20pdf.pdf>
- Fasting, K. (2010). *Kognitiv terapi ved lettere psykisk utviklingshemning*. Tidsskrift for kognitiv terapi. Årgang 11, nr. 1: 7-16.
- Götestam, K. G. & Hansen, B. (2010). *Angstlidelser: Diagnostikk og behandling*. I Svein Eikeseth & Frode Svartdal (red.). *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grøholt, B, Sommerschild, H. & Garlov, I. (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hanger, M.R. (2008, 4. desember). Tatt ut 10.04-2011. *Etterlyser bedre behandling for tvangslidelse*.r. Dagens Medisin. Oslo. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/12/04/etterlyser-bedre-behandlin/index.xml>
- Haugen, R. (2006). *Barn og unges læringsmiljø 1. Grunnleggende prosesser i læring og utvikling*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Haugen, R. (red.) (2008). *Barn og unges læringsmiljø 3. Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Helsedirektoratet. (2004). Tatt ut 01.05 – 2011. *Tilrettelegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser*. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00286/IS-1202_286779a.pdf

- Helsedirektoratet. (2011) *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. (10. revisjon)
<http://finnkode.kith.no/2011/#licd10|ICD10SysDell-1|flow>
- Holth, P. (2009, 18. november). Tatt ut 14.04-2011. *Behandling basert på kunnskap?* Kronikk. Forskning.no. Oslo. <http://www.forskning.no/artikler/2009/november/234804>
- Kringlen, E. (2010). *Psykatri*. 10. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lassen, L. (2002). *Rådgivning. Kunsten å hjelpe*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Malt, F.U., Retterstøl, N., & Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, E. W. (2000). Tatt ut 01.05-2011. *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 25. http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=198276
- Mouland, G. (2001). Tatt ut 28.04-2011. Tidsskrift for Den norske lægeforening. *Praktiske råd om nedtrapping av benzodiazepiner*. Årgang 121, nr 20: 2394-2395. http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=381807
- Nathan, P. E. & Gorman, J.M. (2007). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.
- Nilsen, V. & Vogt, A. (2008). Samarbeid om behandling eller tiltak. I R. Haugen. (red.) *Barn og unges læringsmiljø 3. Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Norges forskningsråd (2009). Tatt ut 15.03-2011. *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo. <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&SSURlappotype=BlobServer&SSURlcontainer=Default&SSURlsession=false&blobkey=id&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3D9788212026780%2C0.pdf&SSURlsscontext=Satellite+Server&blobwhere=1274460427623&blobheadername1=Content-Disposition%3A&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf#satellitefragment>
- Rachman, S. (2004). *Anxiety*. Hove, UK: Psychology Press.
- Shortt, A. T., Barrett, P. M. & Fox, T. L. (2001). *Evaluating the FRIENDS Program: A Cognitive –Behavioral Group Treatment for Anxious Children and Their Parents*. Journal of Clinical Child Psychology. Nr. 4, s. 525 – 536.

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Statens helsetilsyn (2000). Tatt ut 21.11-2010. *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Helsetilsynets utredningsserie 4 – 1999. Oslo
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser_utredning_behandling_ik-2694.pdf
- Stortinget.no (2009). Tatt ut 10.04-2011. *Skriftlig spørsmål fra Bent Høie (H) til helse- og omsorgsministeren*. Stortinget. Oslo. <http://www.stortinget.no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=44718>
- Stubhaug, B. (2003). Tatt ut 01.05 – 2011. *Psykiske lidelser og fysisk aktivitet*.
http://norge.lundbeck.com/Norway/03_Pasienter_og_parorende/temahefter/Treringsdagbok.pdf
- Svardal F. & Flaten M. A. (1998) *Læringspsykologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Sållman, J.I. (2008). *Hvordan kan vi hjelpe barn og unge som har skolevegring?* Spesialpedagogikk. nr. 2: 12-15.
- Thingnæs, G. (2005). *Mestringsbok ved posttraumatisk stresslidelse*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Thingnæs, G., Haslerud, J. & Block Thorsen, G. R. (2008). *Mestringsbok ved angstlidelser*. 4. utgave. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- UIO & Språkrådet (2010) *Bokmålsordboka*. Oslo.
<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=&bokmaal=+&ordbok=bokmaal>
- Vogt, A. (2008a). Vurdering: Hvordan kartlegge når barn og unge antas å ha sosiale og emosjonelle vansker?. I R. Haugen. (red.) *Barn og unges læringsmiljø 3. Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Vogt, A. (2008b). Direkte rådgivning for barn og unge med sosiale og emosjonelle vansker. I R. Haugen. (red.) *Barn og unges læringsmiljø 3. Med vekt på sosiale og emosjonelle vansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Winther, B. (2010). *Fri fra angsten! Jeg ble min egen kognitive terapeut*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.