



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## Bachelor i sykepleie

<b>Kurskode:</b>	<b>SY 180H</b>
<b>Dato:</b>	<b>22.04.2013</b>
<b>Kandidatnummer:</b>	<b>38</b>
<b>Tittel:</b>	<b>Hvordan kan sykepleier hjelpe barn og unge som lider av sosial angst slik at de bedre kan mestre den sosiale arena?</b>

## Ja visst gör det ont

Ja visst gör det ont när knoppar brister.

Varför skulle annars våren tveka?

Varför skulle all vår heta längtan

bindas i det frusna bitterbleka?

Höljet var ju knoppen hela vintern.

Vad är det för nytt, som tär och spränger?

Ja visst gör det ont när knoppar brister,

ont för det som växer

och det som stänger.

Ja nog är det svårt när droppar faller.

Skälvande av ängslan tungt de hänger,  
klamrar sig vid kvisten, sväller, glider -

tyngden drar dem neråt, hur de klänger.

Svårt att vara oviss, rädd och delad,

svårt att känna djupet dra och kalla,

ändå sitta kvar och bara darra -

svårt att vilja stanna

och vilja falla.

Då, när det är värst och inget hjälper,

Brister som i jubel trädets knoppar.

Då, när ingen rädsla längre håller,

faller i ett glitter kvistens droppar

glömmer att de skrämdes av det nya

glömmer att de ängslades för färden -

känner en sekund sin största trygghet,

vilar i den tillit

som skapar världen

Dikt av Karin Boye

## Innholdsfortegnelse

.....	0
Ja visst gör det ont.....	i
Innholdsfortegnelse .....	ii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling med avgrensing.....	1
1.3 Hensikt .....	2
1.4 Kort begrepsavklaring .....	2
1.5 Oppgavens oppbygging.....	3
2.0 Metode.....	4
2.1 Valg av metode.....	4
2.2 Litteratursøk .....	5
2.3 Kildekritikk .....	7
2.3.1 Bøker .....	7
2.3.2 Fagartikler .....	8
2.3.3 Vitenskapelige artikler .....	9
2.4 Ethiske overveielser .....	10
4.0 Teori .....	11
4.1 Hva er angst?.....	11
4.2 Hva er sosial angst?.....	12
4.3 Psykoterapeutisk behandling av sosial angst .....	13
4.4.1 Eksponeringsterapi .....	13
4.4.2 Kognitiv terapi.....	14
4.4 Joyce Travelbees sykepleieteori .....	15
4.5 Psykiatrisk sykepleie .....	17
4.5.1 Sykepleier-pasient-fellesskapet .....	17
4.5.2 Psykiatrisk sykepleie gjennom kognitiv- og eksponeringsterapi .....	17
5.0 Drøfting .....	19
5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasient .....	19
5.2 Skolehelsetjenestens rolle ovenfor unge med sosial angst.....	21

5.3 Kognitiv- og eksponeringsterapi som behandling.....	22
5.4 utfordringer.....	26
6.0 Avslutning .....	29
Litteraturliste .....	30
Selvvalgt pensum .....	32
Vedlegg I.....	34

# **1.0 Innledning**

Antall ord i oppgaven er 9364.

## **1.1 Valg av tema**

Jeg har personlig erfaring med sosial angst innenfor min omgangskrets. Dette har vekket min interesse for temaet og er årsaken til at jeg har valgt det som fokus for oppgaven.

Sosial angst er ikke et lite problem. Sett fra individets perspektiv kan sosial angst være et stort problem, hvor en til slutt blir mer eller mindre sosialt isolert; Livskvaliteten forringes og etter det som føles som flere og flere sosiale nederlag, kan en til slutt trekke seg helt tilbake for å slippe unna angsten. Ifølge Folkehelseinstituttet (2011) er psykiske plager fortsatt et stort folkehelseproblem, hvor tallene har holdt seg stabile over flere år. I en nyere rapport oppgir 10 % å ha vært betydelig plaget av symptomer på angst og depresjon de siste 14 dagene.

Det er svært mange og komplekse årsaker til at folk utvikler angst, og mange former for behandling og terapi kan være aktuelle. Det er derfor viktig for sykepleier å tilegne seg kunnskaper om slike fenomener som hun kan møte i sin arbeidshverdag. Med økt kunnskap skaper vi en forståelse som har mye å si for hvordan vi møter pasienter og hvordan vi går fram med en behandlingsplan.

## **1.2 Problemstilling med avgrensing**

Jeg har valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier hjelpe barn og unge som lider av sosial angst slik at de bedre kan mestre den sosiale arena?»

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til sosial angst blant personer i aldersgruppen 12 til 18 år. Dette valget er gjort fordi grunnlaget for utvikling av sosial angst ofte oppstår i unge år (Aune, 2011). Jeg velger å se bort fra barn under 12 år da en her også må ta hensyn til

utviklingspsykologi, og forskningen jeg har sett på har ikke omfattet barn under 12 år. Unge mellom 12 og 18 år er innenfor skolehelsetjenesten, og berøres av helsesøstertjenesten. Helsesøster er viktig fordi hun har mulighet til å fange opp barn og unge med psykiske lidelser på et tidlig tidspunkt, samtidig som hun samarbeider med flere andre instanser. Jeg har avgrenset behandlingstiltakene ved sosial angst til eksponerings- og kognitiv terapi. Aune (2011) viser til flere empirisk validerte behandlingsopplegg som bygger på blant annet kognitiv- og eksponeringsterapi. Psykiatrisk sykepleier vil kunne være en viktig medhjelper på en institusjon hvor kognitiv- og eksponeringsterapi er en del av behandlingsregimet. Sosial angst er en svært kompleks lidelse, og det er flere aspekter som kan være viktige for behandlingen som jeg ikke har tatt med, deriblant både medikamentbruk, fysisk aktivitet og meditasjon. Allikevel håper jeg å få fram et bilde av hvordan barn og unge kan hjelp både av helsesøster og psykiatrisk sykepleier.

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å få fram at sosial angst er en alvorlig psykisk lidelse som begrenser livsutfoldelse, og beskrive hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe barn og unge med sosial angst; Både ut i fra helsesøsters perspektiv hvor hun fanger opp de som viser symptomer på utvikling av sosial angst, og fra den psykiatriske sykepleierens ståsted hvor fokuset ligger i behandlingen.

### **1.4 Kort begrepsavklaring**

Pasient: Jeg har i oppgaven ofte valgt å omtale personer med sosial angst som pasienter. Selv om mange av disse ikke er pasienter i den forstand at de er innlagt, har jeg gjort det for enkelthets skyld, slik at det ikke skal være tvil om hvem det er snakk om.

Barn og unge: Benyttes i oppgaven om de som går grunnskolen og opp til ferdig videregående skole. Disse kommer inn under helsesøster og skolehelsetjenesten.

Sosial angst: Når jeg i oppgaven skriver om de som sliter med sosial angst, tenker jeg både på de som er diagnostisert og de som viser symptomer, men ikke har en diagnose. Sosial angst blir nærmere beskrevet i kapittel 4.3.

Mestring: Med mestring mener jeg hvordan personer møter utfordringer og problemer.

Den sosiale arena: Jeg henviser her til alle situasjoner og områder hvor det foregår sosial interaksjon som kan framkalle frykt og angstsymptomer for personer med sosial angst.

## **1.5 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven starter med en innledning hvor valg av tema, problemstilling, hensikt og begreper avklares. Videre følger metoden med valg av metode, litteratursøk, kildekritikk av bøker og artikler og etiske overveielser. Teorikapittelet tar for seg Joyce Travelbee sin sykepleierteori, samt forklaring av hva angst og sosial angst er. I tillegg beskrives sykepleiers rolle innenfor behandling av angst. I drøftingsdelen settes forsknings- og faglitteratur opp mot problemstillingen, for å belyse både flere aspekter og utfordringer innenfor temaområdet. Til slutt følger avslutningen som oppsummerer funn vesentlig for problemstilling. Vedlegg ligger bakerst i oppgaven.

## 2.0 Metode

Metoden er det redskapet vi bruker når vi vil undersøke noe; Den hjelper oss å samle kunnskap, løse problemer og finne den informasjonen som er relevant til vår undersøkelse. Vi velger metode ut i fra hva vi mener vil gi oss relevant data, samt belyse problemstillingen vår på en faglig god måte. Avhengig av hva vi vil undersøke kreves forskjellige metoder, som kan fange opp ulike sider av helheten (Dalland, 2007).

### 2.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som utgangspunkt for denne oppgaven. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) skal en igjennom litteraturstudien søke systematisk, granske og vurdere, og ta sikte på å avkorte allerede eksisterende litteratur innenfor emnet. Gjennom en litteraturstudie samler en mengder av informasjon, og en får dermed en dybdeinnsikt i temaet og kan tilegne seg flere meninger (Dalland, 2007).

Jeg vil karakterisere min oppgave som en kvalitativ litteraturstudie. En kvalitativ metode brukes for å samle data som karakteriserer et fenomen. Metoden tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland 2007). En slik litteraturstudie mener jeg kan belyse min problemstilling på en god måte. Min hensikt er å utforske litteratur innenfor emnet sosial angst, samt se på nyere studier som tar for seg kognitiv- og eksponeringsterapi. Gjennom å søke i ny forskning om emnet kan jeg finne fram til viktige elementer i behandlingen av sosial angst, og jeg kan finne ut mer om hva jeg som sykepleier kan gjøre for best mulig å hjelpe personer som lider.

I min oppgave har jeg søkt å forstå fenomenet sosial angst gjennom en hermeneutisk tilnærming til mitt utvalg av tekster. Aadland (2009) skriver at hermeneutikkens subjektive fortolkningsideal innebærer at kunnskap om menneskelig handling, sosialt liv og kultur, kun kan formidles etter at «jeg» har fått en egen forståelse for materialet. En tekst er ikke bare de intensjonene som forfatteren la inn i den. Den lever sitt eget liv og gir derfor leseren stadig nye budskap. Tekstfortolkning må derfor være mer enn bare innlevelse i forfatterens hensikter. Vi må også søke etter å forstå.



For at jeg skal få en forståelse av angst må jeg forholde meg åpen til hva utvalgte tekster sier om fenomenet angst, og tolke tekstene innenfor den rammen tekstene setter. Dette er et ideal som er svært vanskelig å utføre fullt og helt i praksis. Jeg har fra før en forståelse om hva sosial angst er, og jeg har også tro på at kognitiv terapi og eksponeringsterapi er en behandling som fungerer i svært mange tilfeller. Dette er et grunnlag som jeg ikke kan gjøre noe med. Det jeg kan gjøre noe med derimot, er hvordan jeg søker informasjon samt stille meg kritisk til de fakta jeg finner. Jeg har søkt å stille med et åpent sinn når jeg har lest om sosial angst og forskning på området, slik at jeg ikke lar min forståelse av fenomenet komme i veien for tolkningen av det jeg leser.

## **2.2 Litteratursøk**

Jeg har brukt pensumbøker som vi har hatt tidligere innenfor psykiatri og psykisk helsearbeid, for å finne generell fakta om angst og sosial angst. I tillegg har jeg gjennom biblioteket funnet andre bøker som ikke er pensum, som tar for seg angst og fobier, samt andre fagbøker innenfor sykepleie. Jeg har også benyttet meg av databasene vi har tilgang til gjennom universitetet. Fagartikkelen skrevet av Helmers og Dolonen fant jeg i et nummer av Sykepleien som jeg abonnerer på.

En oversikt over databaser og artikkelsøk følger her:

<b>Database:</b>	<b>Søkeord:</b>	<b>Undergruppe:</b>	<b>Treff:</b>	<b>Brukte:</b>	<b>Årstall:</b>
360 Search	«social phobia» AND treatment	Conceptualization and treatment	7	1 fagartikkel	2009
Scopus	«social phobia» AND treatment AND nursing	År: 2008-2013 <i>Nøkkelord:</i> Social phobia <i>Subjekt:</i> Nursing, psychology, social og nursing	30	1 vitenskapelig artikkel	2008
Scopus	“social phobia” AND young AND exposure therapy	År: 2008-2013 <i>Nøkkelord:</i> social phobia <i>Subjekt:</i> articles og reviews	100	0	
360 Search	“social phobia” AND “exposure therapy”		32	0	
360 Search	“Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized trial”		3	1 vitenskapelig artikkel	2009
Swemed+	Socialfobi		1	0	
Swemed+	“social anxiety” AND treatment		2	1 fagartikkel	2011
Swemed+	Psykoterapi	Psykotherapy og översikt	42	1	2009
Norart	Psykisk AND helsetjeneste		15	1 fagartikkel	2010

## **2.3 Kildekritikk**

Dalland (2007) definerer kildekritikk som metodene en bruker for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. En må derfor kontinuerlig være kritisk og vurdere kildene en benytter. «Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen» (Dalland, 2007, s. 66).

I første instans har jeg brukt de nye utgavene av mine tidligere pensumbøker innenfor psykiatri for å finne generell informasjon om sosial angst; Disse anser jeg for å være gode kilder fordi de ikke er eldre enn ti år, er skrevet av kunnskapsrike fagpersoner og er blitt revidert flere ganger.

Stadig ny forskning, gjør at en må stille seg kritisk til artikler som er av eldre dato. For å få en mest mulig oppdatert kunnskapsbasis, har jeg brukt fag- og forskningsartikler som er ikke er eldre enn 5 år. Artikkene er blitt evaluert og godkjent av anerkjente tidsskrifter, som gjør dem til gode kilder.

Pensumbøkene og fagartikkene jeg har benyttet er sekundærlitteratur. Der hvor disse er brukt, har jeg vært nøye med å henvise til forfatteren og ikke tolke litteraturen utover det som allerede er skrevet. Boken av Joyce Travelbee, samt forskningsartikkene er primærlitteratur. En presentasjon av mine hovedkilder følger her:

### **2.3.1 Bøker**

Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser: hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*.

Berge og Repål er begge psykologer. Jeg har valgt denne kilden fordi boken gir råd om hvordan en kan mestre angst, panikk og fobier, og hvor en kan henvende seg for å få hjelp. Deler av boken er pensum i psykiatrisk sykepleie, og jeg anser derfor også resten av boken som en god kilde.

Hummelvoll, J.K., Jensen, P., & Dahl, T. E. A. O. P. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*.

Hummelvoll er psykiatrisk sykepleier og boken tar for seg psykiatrisk sykepleie som eget fagområde og psykisk helsearbeid.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.

Boken er en innføring i Joyce Travelbee sin sykepleieteori og omhandler emner som blant annet menneskesyn, kommunikasjon og mestring. Dette vurderes til å være en god primærkilde fordi den er skrevet av Travelbee selv.

### **2.3.2 Fagartikler**

Helmers, A.-K. B., & Dolonen, K. A. (2013). Avviser gråtende barn i døra.

Artikkelen er bygd på en studie av helsesøstertjenesten i Norge. Studien viser at helsesøstre har for liten tid til å gjøre alle lovpålagte oppgaver, og barn og unge får ikke de tjenestene de har krav på.

Arnegård Cederkvist, G. (2010). Psykisk helsetjeneste i kommunen hjelper barn og unge på deres egen arena.

Cederkvist er helsesøster med erfaring fra psykisk helsearbeid for barn og unge. Artikkelen presenterer en tilnærming til å arbeide med barn og unge med psykiske vansker i kommunen. Helsesøster kan i samarbeid med skole jobbe for tidlig identifikasjon og rask vurdering som igjen sørger for hjelp før problemene blir for omfattende.

Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge.

Aune er psykolog og hans artikkel omhandler forekomsten og forståelsen av sosial angst blant barn og unge, behandlingsmanualer og forskning på området. Den konkluderer med at mange barn og ungdom lider i stillhet og videre forskning må undersøke om behandlingsregimer som er konstantert effektive for voksne også kan brukes hos barn og unge.

Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*.

Moscovitch er psykolog som fokuserer sin forskning på kognitiv atferdsterapi med hensyn til sosial angst.

Artikkelen tar utgangspunkt i at det er mye uklarhet rundt spørsmålet om hva mennesker med sosial angst egentlig frykter, og dette bidrar til at behandlingen ikke blir basert på individuelle forskjeller. Artikkelens hensikt er å gi en forklaring på hva den grunnleggende frykten for sosial fobi er, og hvordan dette kan brukes for å klassifisere individer ut i fra hva de frykter.

### **2.3.3 Vitenskapelige artikler**

Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial.

Alle forfatterne er psykologer, flere av dem med spesialitet innenfor psykososial behandling.

*Hensikt:* Å evaluere effekten av kognitiv atferdsterapi i gruppe sammenlignet med individuell terapi og psykoedukasjon for unge med sosial angst.

*Metode:* Barn og unge mellom 12 og 17 år med sosial angst ble delt opp i tre grupper og gjennomgikk enten kognitiv atferdsterapi i gruppe, individuelt eller fikk behandling gjennom psykoedukasjon, gjennom en periode på 12 uker. De ble deretter intervjuet, fylte ut spørreskjemaer og utførte atferdsmessige oppgaver på film.

*Resultat:* Alle tre terapiformene var effektive i å redusere symptomer og forbedret psykososial funksjon. Allikevel viste kognitiv atferdsterapi bedre effekt enn psykoedukasjon, uavhengig av om det var i gruppe eller individuelt.

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008). Interventions that are helpful for depression and anxiety in young people: A comparison of clinicians' beliefs with those of youth and their parents.

Forfatterne er alle tre psykologer med fokus på mental helse og ungdom.

*Hensikt:* Å vurdere samstemtheten mellom terapeuter om hva som er passende behandling for unge med depresjon og angst. I tillegg til å oppdage store forskjeller mellom terapeutenes, de unges og deres foreldres synspunkter.

*Metode:* Undersøkelse via brev ble sendt ut til psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere om hva som er passende behandling for depresjon og sosial angst hos en 15- og

en 21-åring. Dette ble sammenlignet med en tidligere undersøkelse av unge i alderen 12-25 år og deres foreldre.

*Resultat:* Helsepersonellet viste substansiell enighet om rett behandling. Det er allikevel en stor forskjell i oppfatningen mellom helsepersonell og unge mennesker, som kan være en barriere for optimal behandling.

De fleste artiklene jeg har funnet er skrevet av psykologer, deriblant de vitenskapelige. Ideelt sett skulle jeg hatt studier utført av sykepleiere, men jeg fant dessverre ikke dette. Vinklingen til psykologene er sannsynligvis annerledes enn det ville vært om studiene var utført av sykepleiere. Jeg mener allikevel at artiklene er gyldige og temaene de beskriver er gyldige med hensyn til min oppgave.

## **2.4 Ethiske overveielser**

Ettersom denne oppgaven er en litteraturstudie stilles det andre krav til etikk enn det ville gjort dersom oppgaven var basert på for eksempel spørreundersøkelser eller intervju. Ethiske overveielser som anonymisering og taushetsplikt er blitt gjort av de som har utført studiene jeg har tatt utgangspunkt i. Mitt ansvar i litteraturstudiet er å gjengi informasjon og sitater korrekt, og henviser til kildene informasjonen er hentet fra. Jeg har gjennom hele oppgaven vært nøye med å referere til forfatterne som jeg henter informasjon fra, og sitatene er henvist til med sidetall og sitert nøyaktig.

## 4.0 Teori

### 4.1 Hva er angst?

Angst er en negativ grunnfølelse som har til formål å sikre vår eksistens. Dersom mennesket merker fare er angst et viktig varselsignal, uansett om vi ønsker å flykte fra faren eller kjempe mot den. Angsten er hensiktsmessig i den forstand den sørger for vår fysiske overlevelse, men den er også viktig når det gjelder vår «sosiale» overlevelse. Mennesket er et sosialt vesen, og for ikke å bli utstøtt må vi kunne fange opp andres signaler og reagere relevant på disse. Derfor er det å reagere med angst i truende eller potensielt truende situasjoner helt normalt. Men angsten kan også bli invalidiserende for en person, altså hemmende for livsutfoldelsen. Grensen mellom hensiktsmessig angst og uhensiktsmessig angst kan være flytende, men vi kan si at når angsten hemmer personen i å nå personlige mål eller få dekket behov eller ønsker, kan det være snakk om en alvorlig angsttilstand som krever behandling (Kragerup & Sletterød, 2011).

Hummelvoll, J.K., Jensen, P., & Dahl (2004) skriver at det fins mange former for angst, og den har forskjellige grader og mange former. Angst dreier seg om en trussel. Desto større trussel, jo sterkere er angsten, uansett om den er reell eller ikke.

Angsten har vært en del av menneskets hverdag i alle tider når det har følt seg truet. I dag har vi massemedia som konstant fører oss tett inn på trusselen mot vår eksistens gjennom bilder av krig, trusselen om krig, hungersnød og naturkatastrofer for å nevne noen. Dette kan for mange føles overveldende og lammende. Videre beskrives angst og frykt som to begreper som ofte brukes synonymt, men likevel er to ulike fenomener. Frykt eller realangst er svaret vårt på trusler utenfra, når vi opplever noe som farlig som også er utenfor oss selv og truer vår eksistens. Angst derimot er ikke rettet mot et bestemt ytre objekt, men kjennetegnes av en diffus, indre uro. Personen kan føle seg engstelig og redd uten og hvite hvorfor, og det fornuftsmessig sett heller ikke er noe å være redd for. Angsten er noe personen er redd for i seg selv, og som truer dens trykghetsfølelse (Hummelvoll et al., 2004).

## **4.2 Hva er sosial angst?**

Sosial angst kan også kalles sosial fobi. Det begynner som regel i tenårene og er da en frykt for negativ vurdering og oppmerksomhet fra andre som igjen fører til at en unngår sosialt samvær. Ved sosial angst kan det dreie seg om enten angst for å si noe galt, gå på offentlige toaletter eller holde en tale for en forsamling, eller det kan være snakk om en diffus redsel for alle sosiale situasjoner utenfor familien (Kringlen, 2011).

Øyenkontakt er noe som kan oppleves spesielt vanskelig for en med sosialt angst; Andres blick er ikke hyggelig, men heller granskende og truende, og en føler raskt at en blir nedvurdert og kritisert. I helt ekstreme situasjoner kan nesten ethvert møte med andre bli problematisk, fordi en har en konstant frykt for å si noe dumt eller ikke være i stand til å svare på helt vanlige spørsmål. I slike tilfeller kan den sosiale angsten føre til at en unngår alt sosialt samvær, fordi frykten for å bli latterliggjort, kritisert, nedvurdert og ydmyket tar fullstendig overhånd. Sosial fobi er ofte assosiert med lav selvfølelse og frykt for kritikk (Kringlen, 2011).

Helt sentralt for de med sosial angst, står frykten for å bli negativt vurdert av andre mennesker. Den angstrammede er redd for å bli vurdert som dum eller nervøs, og diagnosen stilles når frykten er så stor at den fører til unngåelse av sosialt samvær med andre. Dersom personen utsettes for en fryktet situasjon, for eksempel å holde en tale eller være på fest med flere fremmede mennesker, vil dette alltid framprovosere en angstreaksjon. Personen vil i en slik situasjon føle seg engstelig, svette, ha vanskelig for å puste og få rask puls (Kringlen, 2011).

Trygghetsstrategier er bestemte ting personen med angst gjør for å føle seg noe sikrere. Eksempler på dette er å unngå øyenkontakt med den en snakker med, ikke håndhilse i redsler for at hånden er klam eller ikke ta ordet i forsamlinger. Ofte kan det bli problemer ved at trygghetsstrategien blir så omfattende at den bidrar til å rette oppmerksomheten mot det personen vil ha fokuset bort fra. I selve situasjonen kan strategien føre til en følelse av kontroll, men neste gang situasjonen oppsøkes vil angsten være like stor, om ikke større. Kartleggingen av trygghetsstrategier vil være viktige i behandlingen av sosial angst da



personen må gjøres oppmerksom på hvilke strategier han eller hun bruker (Berge & Repål, 2004).

### **4.3 Psykoterapeutisk behandling av sosial angst**

Psykoterapi er bruken av psykologiske metoder og prosedyrer for å lindre eller kurere mentale lidelser. Støtte og hjelp fra familie anses ikke som psykoterapi, da definisjonen er bundet av profesjonell faglighet. Medikamenter anses heller ikke som under psykoterapien, selv om den i mange tilfeller kan være essensiell (Andersson & Cuijpers, 2009).

Hummelvoll et al. (2004) hevder også at den psykiatriske sykepleien har en psykoterapeutisk funksjon. Dette betyr at sykepleier påvirker pasienten ved hjelp av psykologiske virkemidler, samt benytter seg blant annet av psykoterapeutisk kunnskap.

Psykiatrisk sykepleie til den som lider av angst følger prinsippene i sykepleieprosessen: vurdering, planlegging, utførelse og evaluering. Sykepleien som utøves bygger på en relasjon preget av omsorg for pasienten og hans særegne situasjon. Empati og anerkjennelse av pasienten som person er grunnleggende verdier i relasjonen. Sykepleier må kunne kjenne igjen både angsten og de kroppslige symptomene, og begge parter må samarbeide og ha tro på at behandlingen vil lykkes (Kragerup & Sletterød, 2011).

#### **4.4.1 Eksponeringsterapi**

Har vi først har utviklet angst for visse situasjoner eller kroppsformennelser, skal det mer til enn ren viljestyrke og mot for å overvinne den. Dersom vi går inn i situasjonen og flykter mens angsten fortsatt er på topp, kan dette igjen øke angsten og gjøre det verre neste gang vi er i samme situasjon. Det er viktig å holde ut situasjonen til angsten blir mindre. Derfor er eksponeringsterapi bygget opp på planlegging og systematisk trening (Berge & Repål, 2004).

Eksponeringsterapi innebærer at en finner fram til de situasjonene som framprovoserer angsten, og konfronterer disse på en systematisk måte. Som eksempel kan vi ta angst for å handle på matbutikken. Å handle på butikken involverer både å gå inn i butikken, finne fram

det du skal handle, stiller deg i kø i kassen, legger varene på båndet, betale og gå ut av butikken og hjem. Dersom en skulle gjort alt dette på en gang kunne det blitt for mye og en ville endt opp med å flykte. Angsten ville vedlikeholdes og muligens øke. Eksponeringsterapi innebærer at en lager en liste med alle elementene situasjonen inneholder og rangerer disse etter hvor vanskelige de er. En begynner med det en føler er minst utfordrende og beveger seg skritt for skritt framover (Berge & Repål, 2004).

Eksponeringsterapi går ut på å oppsøke de situasjonene en har angst for, og bli der til angsten reduseres. Dersom en systematisk og kontinuerlig blir i den angstfylte situasjonen og ikke flykter, vil angsten stadig reduseres. Dette kalles «habituerings», og betyr at kroppen etter hvert venner seg til angsten. Etter hvert som angsten blir mindre, erstattes den av andre følelser. En kan for eksempel oppleve glede i samvær med andre istedenfor angst for å dumme seg ut. Selv om en gjennom eksponeringsterapi lærer seg å mestre angsten, er en ikke garantert aldri å oppleve tilbakefall. Slike tilbakefall betyr ikke at en igjen står på startstreken, men at en igjen må benytte seg av de angstreduserende teknikkene en har lært (Berge og Repål, 2004).

Formålet med eksponeringstrening er at pasienten skal oppdage at angsten avtar og at katastrofen ikke inntreffer. Før eksponeringen skal pasienten være introdusert med formålet, ha gode kunnskaper om angst, og han skal ha arbeidet med alternative tanker til katastrofetankene (Kragerup & Sletterød, 2011).

#### **4.4.2 Kognitiv terapi**

«En kognitiv tilnærming bygger på et prinsipp om at en hendelse ikke automatisk fører til en følelse. Mellom hendelsen og følelsen er vår tolkning av hendelsen, eller våre tanker omkring den» (Berge & Repål, 2004, s. 141). Endrer vi tankene våre kan dette føre til endring i følelsene også. Et mål innenfor kognitiv terapi blir derfor å oppnå kunnskap om hvilke tanker som hemmer eller fremmer mestring, tilpasning eller endring (Berge & Repål, 2004).

Problemer med angst kan altså motarbeides ved at en først og fremst gjenkjenner hvilke tanker som oppstår og gjør en engstelig. Deretter ser en i hvilke situasjoner disse tankene oppstår, og til slutt kan en utfordre dem. For at dette skal være mulig må en bli bevisst ens

egne negative tanker og forestillingsbilder, og hvordan en påvirkes av dem. Angstfremkallende tanker kan være så kortvarige og ureflekterte at en rett og slett ikke er dem bevisst. Et godt hjelpemiddel er derfor å legge merke til hvilke tanker som oppstår når de angstfylte følelsene melder seg. Tankene bør deretter skrives ned ord for ord, og forestillingsbilder beskrives slik en ser de for sitt indre øye (Berge & Repål, 2004).

Et annet viktig element ved kognitiv terapi er positive selvinstruksjoner. Det er sjelden mulig å snakke seg ut av sterk angst, men ved hjelp av positive selvinstruksjoner kan en få bukt med den verste panikken. Dette er ikke det samme som å tenke positivt, for tanker som for eksempel «jeg klarer helt fint å være sosial bare jeg tar meg sammen» kan være med på å øke angsten. Gode positive selvinstruksjoner er derfor realistiske, konkrete og praktiske. Et eksempel kan være «selv når jeg ønsker å flykte vil jeg velge å bli. Jeg vil se hva som skjer når jeg blir i den skremmende situasjonen». Denne selvinstruksjonen er realistisk fordi den forutsetter at situasjonen kan bli ubehagelig. Den er konkret fordi den er knyttet til situasjonen en faktisk er i. Og til slutt er den praktisk ettersom den inneholder et konkret råd om hva en bør gjøre (Berge & Repål, 2004).

Dersom en klarer å finne måter å endre tankene omkring ens angst på, har en stor mulighet til å redusere angsten. Slike metoder i samspill med å utsette seg for de angstfylte situasjonene, kan være til stor hjelp for å mestre angsten og gjenvinne kontrollen over sitt liv (Berge & Repål, 2004).

#### **4.4 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Som en sykepleieteoretisk forankring i oppgaven har jeg valgt Joyce Travelbee. Jeg mener hennes syn på sykepleie er i tråd med oppbygningen av et godt behandlingstilbud for de med psykiske lidelser. Joyce Travelbee sin definisjon av sykepleie er som følger:

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).*

En av Joyce Travelbee (2001) sine grunntanker er at sykepleiers oppgave er å etablere et menneske-til-menneske-forhold. I et slikt forhold oppfatter både sykepleier og den syke hverandre som unike individer, og ikke innenfor roller som «sykepleier» og «syk». Det blir viktig at sykepleier gjennom ethvert møte går inn for å lære den syke å kjenne bedre, og finne ut hva som ivaretar hans/hennes behov. Et slikt forhold kommer ikke av seg selv, men må bygges opp kontinuerlig. Dette innebærer at sykepleieren må vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer. Etableringen av menneske-til-menneske-forholdet og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt, bør være det overordnede målet for all sykepleie. Hvorfor er det viktig for sykepleier å kjenne den hun har omsorg for? Hver enkelt takler påkjenninger og vanskeligheter på forskjellig måte, og sykepleier må kjenne personen for både å oppdage forverring i pasientens tilstand, samt å kunne gi meningsfylt hjelp

Når det gjelder kommunikasjon skriver Joyce Travelbee at dette er en prosess som er viktig for at sykepleier skal kunne etablere et menneske-til-menneske forhold. På denne måten oppfylles også sykepleiers mål og hensikt, som er å hjelpe enkeltindivider med å forebygge og mestre sykdom og lidelse. Kommunikasjon skjer i ethvert møte mellom sykepleier og pasient, og foregår både når de samtaler og når de er tause. Pasienten kommuniserer gjennom atferd, holdninger, ansiktsuttrykk og manerer, og sykepleier gjør det samme (Travelbee, 2001).

Mennesket er definert som et unikt og uerstattelig vesen. Det er både likt og ulikt alle andre mennesker i verden. I tillegg har det evner til å kjenne andre mennesker, men ikke fullt ut forstå de. Å være menneske innebærer å stå ansvarlig for sine valg og valgets konsekvenser, som kan ha innvirkning på ens eget så vel som andres liv. Mennesket som et sosialt vesen har evne til å knytte bånd til andre, men kan tidvis drives inn i usosial eller asosial atferd (Travelbee, 2001).

En profesjonell sykepleier er av Travelbee (2001) definert som en person med sykepleierutdanning som har som mål at studentene skal oppnå en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientens problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk. En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte innebærer evnen til å omsette det en har lært, i både kreativ og intelligent handling, med mål om å ivareta sykepleiebehov hos individet, familien eller samfunnet. Vedkommende med denne evnen kan analysere og sammenfatte, og er derfor bedre rustet til å identifisere enkeltpersoners og familiers behov. Å bruke seg selv terapeutisk

innebærer at sykepleier har evnen til bevisst å bruke sin egen personlighet og kunnskap for å skape forandring hos den syke. Forandringen anses å være terapeutisk dersom den lindrer vedkommende sine plager. Å bruke seg selv terapeutisk handler om å etablere et forhold til pasienten og strukturere en god og effektiv behandling. I praksis anvender den profesjonelle sykepleieren en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte kombinert med å bruke seg selv terapeutisk. Dette er to sider ved sykepleierens evner som er like viktige og uatskillelige (Travelbee, 2001).

## **4.5 Psykiatrisk sykepleie**

«Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet» (Hummelvoll et al., 2004, s. 46). Målet er å styrke pasientens egenomsorg og igjennom dette redusere helseproblemer. Samarbeid og forpliktende fellesskap er viktig for å hjelpe pasienten til selvrespekt og for å finne hans eller hennes holdbare livsverdier. Sykepleieren har også medansvar for at pasienten utarbeider et liv i tilfredsstillende fellesskap (Hummelvoll et al., 2004).

### **4.5.1 Sykepleier-pasient-fellesskapet**

Hummelvoll et al. (2004) beskriver sykepleier-pasient-fellesskapet som en allianse preget av et opplevelses- og arbeidsfellesskap med hensikt om å gi pasienten økt selvinnsett og situasjonsforståelse. Gjennom dette gir sykepleier pasienten mulighet til å bearbeide og løse sitt helseproblem, eller leve med det. I arbeidet med psykiatriske pasienter er dette fellesskapet en avgjørende faktor i bedringsprosessen. Dersom samarbeidet skal bli av betydning, må det utvikles på grunnlag av gjensidig tillit og åpenhet (Hummelvoll et al., 2004).

### **4.5.2 Psykiatrisk sykepleie gjennom kognitiv- og eksponeringsterapi**

Å hjelpe den som lider av angst med å endre tankemønster er en vanskelig oppgave, og krever at sykepleieren har etterutdanning og trening. Kognitiv terapi ivaretas av en utdannet terapeut,

men metodene som anvendes er også fullstendig integrert i miljøterapien<sup>1</sup>, gjennom både individuelle samtaler, gruppebehandling og øvrige aktiviteter. Under de mest grunnleggende kognitive prinsippene og metodene kommer blant annet også eksponeringstrening (Kragerup & Sletterød, 2011).

I vurderingsfasen samler sykepleier gjennom samtale inn data vedrørende pasientens tanker, følelser og atferd i forskjellige situasjoner. Data analyseres sammen med lege, andre faggrupper som terapeut, psykolog, og pasienten og pårørende. På dette møtet kan det utarbeides en kognitiv problemformulering og overordnede mål for den samlede behandlingen. Den kognitive problemformuleringen omhandler situasjonene hvor pasienten føler fysisk og følelsesmessig ubehag, tanker knyttet til dette og uhensiktsmessig atferd. På bakgrunn av formuleringen kan sykepleieren sammen med pasienten utarbeide flere pleieplaner som inneholder problemstilling, sykepleierintervensjoner og mål. Sykepleierintervensjonene vil inneholde samtale, hvor det arbeides med omstrukturering av tanker, eksponering og atferdstrening. Forløpet evalueres fortløpende sammen med pasienten, og data som samles inn brukes til justering av pleieplanen og den kognitive problemformuleringen (Kragerup & Sletterød, 2011).

Sykepleier har en viktig rolle i å avklare pasientens angstintensitet, før, under og etter eksponering. Målet med dette er å danne grunnlag for evaluering av intervensjonen. Sykepleie i forbindelse med selve eksponeringen er å støtte pasienten i situasjonen. Oppfattelseevnen til pasienten kan være redusert, noe som er vanlig ved moderat til sterk angst. Sykepleieren må derfor holde hodet kaldt, klargjøre oppgaven for pasienten og instruere han eller henne på en omsorgsfull og anerkjennende måte (Kragerup & Sletterød, 2011).

---

<sup>1</sup> En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i en institusjon (Hummelvoll et al. 2004, s. 430)

## 5.0 Drøfting

Jeg vil i drøftingskapitlet trekke fram de fag- og forskningsartiklene jeg har funnet og vurdere de i lys av problemstillingen min og Joyce Travelbee sin sykepleierteori. I første instans vil jeg ta opp betydningen av en god relasjon mellom sykepleier og pasient, og hvordan dette påvirker et behandlingsforløp. Jeg vil deretter se på hvilke funksjoner sykepleier har når det kommer til tiltak for å hjelpe unge med sosial angst. Her kommer jeg inn på både helsesøsters ansvar i møte med barn og unge i skolehelsetjenesten, og jeg drøfter hvordan sykepleier kan hjelpe en med sosial angst i form av kognitiv- og eksponeringsterapi.

### ***5.1 Relasjonen mellom sykepleier og pasient***

En forutsetning for at samarbeidet mellom sykepleier og pasient ikke kun skal være en intellektuell prosess, er at det utvikles en relasjon preget av samarbeid og fellesskap. I et slikt fellesskap søker sykepleieren å klarlegge pasientens problemområder og finne gode måter å møte disse på. Dette innebærer et ideal om å møtes som likeverdige personer, uten å gjøre forskjell ut ifra det faktum at den ene parten søker hjelp, og den andre parten skal gi et tilbud om hjelp (Hummelvoll et al., 2004). En viktig faktor for at relasjonen skal bære preg av samarbeid og fellesskap, er at pasienten får innsyn i de tiltakene som skal settes i verk. Pasienten trenger å bli gitt en forståelse for sitt eget behandlingsopplegg slik at han eller hun forstår nødvendigheten og meningen bak, og dermed blir motivert til å utføre de oppgavene som er nødvendige for at opplegget skal lykkes.

Joyce Travelbee (2001) fokuserer på viktigheten av å danne en relasjon som beskrevet i avsnitt 3.0. Ansvar for å bygge opp og opprettholde et menneske-til-menneske-forhold med pasienten ligger hos den profesjonelle sykepleieren. Et slikt forhold innebærer at sykepleier ikke kun oppfatter og stereotyper pasienten ut i fra andre pasienter hun har møtt tidligere.

Hummelvoll et al. (2004) skriver at i arbeidet med psykiatriske pasienter har forholdet mellom sykepleier og pasient en avgjørende rolle i helbredelsesprosessen. Han mener videre at et slikt forhold kan være med på å minske en del av den ensomheten, isolasjonen og hjelpeløsheten som mange pasienter kjenner på. En av sykepleiers hovedoppgaver i møte med

psykisk lidende vil være å skape en atmosfære hvor pasienten får større mot til å se på sin egen situasjon på en åpen måte, samt prøve ut nye mestrings- og problemløsningsstrategier.

Det er sykepleiers oppgave å opptre profesjonelt og ta ansvar for å skape en relasjon som bygger på tillit og forståelse. Dette kan være en utfordring da folk er forskjellige og enkelte er vanskeligere å få kontakt med enn andre. Grunnet i nettopp det faktum at relasjon er avgjørende for helbredelsesprosessen, må det å danne en relasjon bygd på likeverdighet og samarbeid være en prioritet for sykepleier. Spørsmålet om tid kan ha mye å si for i hvor stor grad sykepleier klarer å bygge en god relasjon med pasienten. Både det å bli kjent med pasienten og å skape et menneske-til-menneske-forhold krever at sykepleier har tid til å lytte, samtale og bli kjent med pasienten.

Moscovitch (2009) kritiserer behandlingen av sosial angst for ikke å ta hensyn til de individuelle forskjellene i symptombilde hver enkelt pasient har. Forfatteren skriver at en stor andel av de som fullfører anerkjent og godt dokumentert behandling, har fortsatt symptomer i etterkant fordi terapien ikke tar hensyn til individenes forskjeller i det som er kjernen i pasientens frykt. Som eksempel har vi to personer med sosial angst. Den ene er redd for å være kjedelig, og vil derfor være ekstra redd i situasjoner hvor det er sannsynlig han må oppgi informasjon om seg selv. Den andre har frykt for å vise fysiske symptomer på sin angst, sånn som svette og rødme, og har problemer i forsamlinger hvor han får oppmerksomhet rettet mot seg som for eksempel ved en tale han skal holde. Spørsmålet om et godt behandlingsopplegg vil derfor avhenge av terapeutens evne til å forstå hva pasienten frykter og hvilket symptombilde han eller hun innehar.

Ut i fra tanken om at behandling av sosial angst må tilrettelegges den enkelte, kan en se en fordel ved et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Et godt forhold legger til rette for at pasienten skal kunne dele sin angst og sin opplevelse med sykepleier. Han eller hun vil føle trygghet nok til å åpne opp for sin sårbarhet, slik at et best mulig samarbeid om behandlingen kan finne sted. Under eksponeringsterapi hvor sykepleier skal virke som en støttespiller for pasienten, kan et godt forhold bety at pasienten føler seg trygg nok til å utfordre seg selv. Han eller hun kan gå inn i situasjonen og stole på at sykepleieren står klar til å hjelpe dersom det kreves. For unge er det spesielt viktig at de føler seg forstått og respektert i møte med helsepersonell. En god første erfaring med det psykiske hjelpeapparatet kan bety at de i fremtiden ikke nøler med å ta kontakt.



En god relasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende både ved somatisk sykepleie og psykiatrisk sykepleie. Jeg er enig med Hummelvoll et al. (2004) at innenfor psykiatri er dette forholdet ekstra viktig. Et menneske som sliter psykisk vil etter min mening være mer sårbar ovenfor andre, enn et menneske med god psykisk helse. Han eller hun vil muligens ikke takle et tillitsbrudd på samme måte som en person uten en psykisk lidelse. Det blir ekstra viktig for sykepleier å opptre profesjonelt, samtidig som hun utvikler og holder fast ved alliansen til pasienten. Samtidig vil det for en person med sosial angst være nødvendig å fullt og helt gå inn i en fryktet situasjon uten å ty til unngåelse eller sikkerhetsatferd (Moscovitch, 2009). For at en slik konfrontasjon skal være mulig må det være en allianse mellom sykepleier og pasient, som bygger på trygghet og sikkerhet. Trygghet til at pasienten kan utfordre seg selv, og sikkerhet om at han eller hun ikke står alene.

## ***5.2 Skolehelsetjenestens rolle ovenfor unge med sosial angst***

Helsesøster har en viktig funksjon når det gjelder å gi hjelp til barn og unge med sosial angst. Hun kan være den første som blir kontaktet, enten av personen selv, foreldre eller lærere. Ansvarer hos helsesøster ligger oftest ikke i behandling, men i det å plukke opp de unge som sliter psykisk og henvise videre dersom det er nødvendig. Hvis vi tenker oss et eksempel med en elev på barneskolen med tendenser til sosial angst. Lærer vil sannsynligvis oppdage dette ved at eleven sjeldent rekker opp hånden i timen, rødmer lett ved tiltale i klasserommet, snakker lavt og kan hende stammer og har få venner i klassen. Første steg for læreren kan være å prate med eleven selv, for deretter å ta kontakt med foreldrene. Han kan henvise til samtale med helsesøster, både for den unge alene og sammen med foreldre. I andre tilfeller kan det tenke seg at foreldre tar kontakt med helsesøster, nettopp fordi hun er en støttespiller for barn og unge på skolen. Også her blir det viktig for helsesøster å opparbeide en god relasjon med den unge og foreldrene. En god relasjon fordrer til et godt samarbeid, som igjen vil være det beste for å finne ut hvilken hjelp den unge trenger.

Cederkvist (2010) skriver at helsesøster har best mulig grunnlag for å kunne hjelpe, dersom hun etablerer en allianse i forhold til den unge og dens foreldre. En slik allianse innebærer en felles målsetting, samt en felles forståelse av oppgavene en skal jobbe med. En god terapeutisk relasjon er den faktoren som har størst betydning når det gjelder behandlingsresultat. Dette er i tråd med Joyce Travelbee sitt syn på et menneske-til-

menneske-forhold som en viktig faktor for at sykepleier skal kunne yte meningsfull hjelp. En av helsesøsters oppgaver blir å lære den unge bedre å kjenne gjennom ethvert møte, for dermed å bygge en større forståelse for den unges problemer. For at helsesøster skal ha mulighet til å danne en allianse med den unge og foreldrene, må hun ha tid til møter og samtaler. På mange skoler er det kun én helsesøster som er innom et par dager i uken, og hun skal være tilgjengelig for alle elevene. Ifølge en undersøkelse av Helmers og Dolonen (2013) unngår ofte helsesøstre å stille spørsmål fordi de rett og slett ikke har tid til å følge opp svaret, og mange sier de mangler tid til å fullføre lovpålagte oppgaver. Undersøkelsen setter fokus på alvorlige mangler ved selve grunntanken med helsesøstertjeneste – å være tilgjengelig tilbud til alle barn. Ut i fra undersøkelsen mener jeg at dersom barn og unge som sliter psykisk skal bli fanget opp på et tidlig stadium, trenger vi en utbedring av helsesøstertjenesten.

Helsesøster har en forebyggende funksjon ved at hun kan fange opp barn og unge på et tidlig stadium av en psykisk lidelse. Ved å ta tak i problemene før de har fått rotfestet seg gjennom flere år, kan man redusere tiden på behandlingen og kanskje også øke sjansen for et vellykket behandlingsresultat. Vi som samfunn har et ansvar ovenfor barn og unge om å ta deres problemer på alvor. Å la psykiske lidelser få utvikle seg uten å gripe inn på et så tidlig tidspunkt som mulig er rett og slett ikke ansvarlig. Helsesøster er en unik ressurs i grunnskolen og videregående skole, med faglig kompetanse som strekker seg over flere felt. Denne kompetansen må utnyttes og tas vare på, slik at vi kan ha et velfungerende apparat som tar vare på psykisk helse blant barn og unge.

### ***5.3 Kognitiv- og eksponeringsterapi som behandling***

Herbert (2009) skriver at det i dag er begrenset forskning som tar for seg psykoterapeutisk behandling av barn og unge med sosial angst. Mange av undersøkelsene som er gjort, er utført på basis av alle former for angstlidelser. De fleste av disse undersøkelsene er tillegg basert på behandlingsformer som er designet voksne, og ikke barn. På tross av lite forskning på feltet, skriver Aune (2011) at det de siste 15 årene er utviklet flere behandlingsmanualer for barn og unge med sosial angst. De fleste av disse manualene er gruppebaserte og inneholder ulike terapikomponenter.

Jeg mener det er viktig at ulike behandlingstiltak bygger på evidensbasert forskning. Dersom behandlingsmanualene som er nevnt er utarbeidet uten tilstrekkelig forskning på området som basis, vil det være mindre sannsynlig at de er tilpasset pasientgruppen og diagnosen. Sannsynligvis vil dermed resultatene av behandlingen være dårligere enn de kunne ha vært med en bedre tilpasning. For at behandlingen av unge med sosial angst skal kunne være best mulig, må det forskes på hvilke behandlingsformer som gir størst reduksjon av symptomer.

En studie utført av Herbert et al. (2009) på sosial angst blant personer mellom 12 og 17 år, hadde til hensikt å evaluere effekten av kognitiv atferdsterapi i forhold til psykoedukasjon<sup>2</sup>. Den kognitive atferdsterapien gikk ut på psykoedukasjon, pusteteknikk, restrukturering av tankemønstre, eksponering av fryktet stimuli og trening av sosiale ferdigheter. Studien ble utført ved at deltakerne gjennomgikk henholdsvis psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi i gruppe eller kognitiv atferdsterapi individuelt. Resultatene viste at alle hadde hatt nytte av behandlingen de fikk. Kognitiv atferdsterapi hadde allikevel et bedre resultat enn psykoedukasjon, uavhengig av om det var gjort i gruppe eller individuelt. Til tross for bedring hos deltakerne med sosial angst, viste studien at selv etter behandlingen hadde de fleste fortsatt symptomer. En av de oppgitte årsakene kunne være at alle deltakerne hadde en svært sterk grad av sosial angst, med signifikant nedsatt funksjonsnivå.

Studien kan indikere at sosial angst er vanskelig å behandle. Selv med teknikker som er basert på evidensbasert forskning, og er dokumentert gir gode resultater, kan det være vanskelig for pasienten å bli symptomfri. Det faktum at de fleste deltakerne på studien nevnt ovenfor fortsatt hadde symptomer, kan indikere at behandling innenfor kognitiv- og eksponeringsterapi ikke er skreddersydd barn og unge. Flere studier som retter seg konkret mot barn og unge med sosial angst, kan resultere i nye metoder og endrede behandlingstiltak som igjen kan gjøre terapien mer effektiv. Jorm, Morgan og Wright (2008) påpeker at innenfor behandlingen av barn og unge, kan foreldre spille en viktig rolle. Selv om også disse kan ha lite kunnskap om sosial angst, er de spesielt viktige når den unge skal søke om hjelp. Foreldre er som oftest svært involvert i sine barns situasjon, og kan være en lite utforsket ressurs i forhold til et behandlingsforløp. Dette innebærer at sykepleier i tillegg til å skape en relasjon med den unge, også må samarbeide med foreldrene. Å få foreldrene med «på laget» tror jeg vil øke sannsynligheten for at et godt behandlingsresultat. Det er de som i de fleste

---

<sup>2</sup> Psykoedukasjon betyr at pasienten lærer om den psykiske lidelsen han eller hun har; Ideen er at økt forståelse skal gjøre det lettere å få kontroll over lidelsen (Herbert et al., 2009).

tilfeller kjenner den unge best, og kan supplere med informasjon, gi støtte og oppmuntring, og se i hverdagslivet om situasjonen bedrer seg.

Kognitiv- og eksponeringsterapi kan være med på å lindre plagene til barn og unge med sosial angst, selv om den ikke i alle tilfeller vil kunne gjøre personen helt symptomfri. «Hensikten med sykepleierens assistanse er at pasienten bedrer sine mestrings- og problemløsningsmåter i forhold til sin situasjon og psykiske plager» (Hummelvoll et al., 2004, s. 48). For noen pasienter er ikke full helbredelse forventet. I slike tilfeller er utfordringen å hjelpe pasienten til å finne handlingsmønstre som demper lidelser, og forståelse som gir pasienten mulighet til på best mulig måte leve med sin lidelse. Sykepleiers oppgaver omhandler blant annet i å skape et miljø som gir mulighet for pasienten til å oppleve fellesskap, sosial støtte og stimulere til trening av sosiale ferdigheter (Hummelvoll et al., 2004).

Travelbee (2001) skriver at en av sykepleiers oppgaver er å lindre plagene til den syke. Studien ovenfor bekrefter at kognitiv- og eksponeringsterapi kan ha lindrende effekt på symptomer knyttet til sosial angst. Terapi som dette som er med på å gjøre personer med sosial angst mindre plaget av symptomer eller bedre i stand til å mestre sin angst, vil derfor ikke være bortkastet, og kan inkorporeres i et behandlingsregime.

Hovedmålene i behandlingene av sosial angst er 1) at pasienten får en større forståelse av sin angst og dens årsaker og virkninger, og 2) at pasienten lærer nye metoder for å møte og kontrollere angsten på (Hummelvoll et al., 2004).

Når det gjelder barn og unge med sosial angst, vil en av sykepleiers oppgaver være å hjelpe de unge og deres foreldre til å se meningen i de tiltakene som settes i verk. Travelbee (2001) skriver at dersom en ikke forstår meningen med ulike behandlingstiltak, vil det være sannsynlig at selv god opplæring i teknikker og metoder ikke vil føre til en endring i pasientens handlinger

I en situasjon hvor en ung person lider av sosial angst, er første steg samtale og undervisning. Pasienten bør her få forståelse av hva sosial angst er, hvordan han eller hun blir påvirket og hvilke situasjoner som er spesielt vanskelige. Dette samsvarer med Travelbee (2001) sin definisjon av helsefremmende undervisning, som handler om å hjelpe enkeltindivider og deres familie til både å forebygge og mestre sykdom og lidelse.

For det første kan det være viktig å hjelpe pasienten til å forstå at det er en angst han eller hun sliter med, og at dette er en dokumentert psykisk lidelse. Å forstå at en hverken er gal eller unormal, kan være en lettelse for en person som over lengre tid har hatt det vondt og følt seg hjelpeløs. Nå følger det å få innsikt i hva sosial angst er, hvordan pasienten selv blir påvirket og hvilke situasjoner som er spesielt vanskelig. Viktige spørsmål som må besvares kan være: Når får du angst? Hva gjør du når du får angst? Hva skulle du ønske du gjorde i de angstfylte situasjonene? Hvordan opplever du angsten? Hva tror du jeg kan hjelpe deg med? Slike spørsmål er med på å dekke noen av de områdene som skal bearbeides, og er med på å gi en økt selvinnsikt (Hummelvoll et al., 2004). Dette er eksempel på kognitiv terapi hvor pasienten får innsikt i sine negative tankemønstre og hvordan disse påvirker følelser og opplevelsen av situasjonen. Her blir det viktig at sykepleier kan gi råd om hvordan en kan utfordre de negative tankene, og gjennom realistiske positive selvinstruksjoner få hjelp til å møte sin angst.

Når det gjelder det å møte og kontrollere angsten skriver Hummelvoll et al. (2004) at pasientens konfrontasjon med angstprovoserende situasjoner må skje gradvis. Første trinn er å bearbeide situasjonene i fellesskap, enten med andre som har angst eller individuelt sammen med sykepleier. Andre trinn er å konfrontere angsten i realistiske situasjoner, med emosjonell og praktisk støtte fra en fagperson. Etter hver økt prater en igjennom hva som skjedde, både selve opplevelser, følelser og erfaringer er viktig. Sammen med sykepleier kan det utarbeides en konkret plan, hvor en beskriver oppgaver som skal utføres og lar vanskelighetsgraden økes etter hvert som angsten takles bedre og bedre.

Trinnvis eksponering for sosiale situasjoner må gjøres under kontrollerte og trygge omgivelser. Det er viktig med en god relasjon til sykepleier slik at pasienten føler han eller hun blir forstått og kan få støtte selv ved tilbakefall av angst. Sykepleier setter i samarbeid med pasienten opp både delmål og hovedmål. Et delmål kan være: «Jeg skal kunne rekke opp hånden i timen og svare på spørsmål fra læreren selv om jeg føler angst». Et hovedmål ved slutten av behandlingen kan være: «Jeg skal kunne framføre et prosjekt alene foran klassen uten å flykte, selv om jeg kan føle angst». Å ha som mål overhodet ikke å oppleve angst kan være et vanskelig mål å nå. Dette betyr ikke at det er utenfor rekkevidde, men å komme seg dit kan ta lang tid og pasienten kan bli motløs dersom han eller hun har vansker med å nå dit.

Målet med terapien bør derfor være at pasienten lærer seg teknikker som kan brukes for å mestre angsten og bedre sin psykiske helse.

Terapien bør også ta hensyn til hvilke situasjoner pasienten er redd. Er det som i eksempelet ovenfor det å prate høyt i timen, eller er det bursdagsselskaper eller fester hvor det er mange til stede? Moscovitch (2009) skriver at resultatet kan variere blant personer med samme diagnose (sosial angst) selv om de får identisk type behandling. Dette indikerer at behandlingstiltak må utvikles individuelt slik at pasienten får øvd seg i de situasjonene hvor frykten er verst.

Behandlingsplaner tar sikte på systematisk og gradvis å eksponere pasienten for sin frykt. Pasienten skal reflektere etter hver eksponering, og skrive ned stikkord om hva som skjedde, hvilke følelser og tanker som oppsto og annet som kan være relevant. Etter hvert som eksponeringen fungerer og målene nås, kan pasient og sykepleier samarbeide med å lage nye og mer krevende mål dersom pasienten ønsker det. For et eksempel på en behandlingsplan for sosial angst se vedlegg I.

## **5.4 utfordringer**

Cederkvist (2010) poengterer at helsestasjoner og skolehelsetjenesten har en helt unik mulighet med hensyn til å fange opp og forebygge psykiske plager. Allikevel kan en spørre seg om de rammene helsesøster har i skolehelsetjenesten, gir nødvendig rom til oppfølging til barn og unge som sliter psykisk. Hun skriver videre at ved mange skoler har helsesøster kun tre timer annenhver uke, og disse timene skal brukes til både vaksinerings, helseundersøkelser og helseopplysning. I tillegg til dette kommer da oppfølging av barn og unge med psykiske vansker. «Drop-in»-prinsippet kan også føre til avbrytelser og lite forutsigbarhet.

Kun 1 av 10 barn og unge med sosial angst får behandling. Helsesøster er en viktig aktør som kan fange opp disse barna som ofte kommer innom med vondt i mage og hode, kanskje særlig i forkant av prøver, framføringer eller ulike aktiviteter på skolen. En satsing kan være å gjøre helsesøster bedre til både å identifisere og gripe inn ovenfor barn og unge med stor sosial angst (Aune, 2011).

Dersom satsningen på helseforebygging i framtiden skal bli større, trenger helsesøster bedre rammevilkår for å kunne hjelpe barn og unge som sliter med psykisk helse. Jeg mener at tre timer annenhver uke ikke synes tilstrekkelig for at disse unge skal få en god nok oppfølging. «Drop-in»-prinsippet er et bra tiltak da det gir rom for at barn og unge kan ta kontakt uten å trenge en timeavtale; De vet de kan komme innom når behovet er der. Dersom tilbudet omkring psykisk helse skal bedres, tror jeg vi trenger en bedring av helsesøstertjenesten i grunnskolen. Flere helsesøsterstillinger og utvidet arbeidstid på skolene kan være veien å gå. Ved at det i tillegg fokuseres på kompetanseutvikling hos helsesøster innenfor psykisk helse og økt samarbeid med foreldre og lærere, kan forhåpentligvis flere unge få den behandlingen de trenger. På spørsmål om hva som må gjøres i forhold til bedringen av helsesøstertjenesten svarer leder av NSF's landsgruppe av helsesøstre: «Både helsestasjon og skolehelsetjeneste må styrkes dersom vi skal få gjort de oppgavene vi er pålagt å gjøre. Regjeringen må levere en økonomisk opptrappingsplan» (Helmers & Dolonen, 2013, s. 21).

I en studie utført av Jorm, Morgan og Wright (2008) av ungdom mellom 12 og 25 og deres foreldre, ble det undersøkt om det var store forskjeller mellom terapeutenes, de unges og deres foreldres overbevisninger om hva som var passende behandling for unge som led av depresjon eller angst. Terapeutene i undersøkelsen var jevnt over enige i at effektiv behandling besto av et minimum av medikamenter, kognitiv atferdsterapi, rådgivning og samtale med terapeut, fysisk aktivitet og (for sosial fobi) meditasjon. De unge og deres foreldre hadde liten tro på kognitiv atferdsterapi, men så mer positivt på den generelle terapien i form av samtale og rådgivning. I tillegg hadde denne gruppen en bedre innstilling enn terapeutene til grunnleggende selv-hjelp-teknikker, som for eksempel stå opp tidlig og få nok sollys, massasje og selvhjelps bøker. Forskjellene mellom de unges, deres foreldres og terapeutenes syn på effektiv behandling, kan være en barriere for å søke hjelp. Et eventuelt mål for helsepromotering vil her være å formidle mer kunnskap om evidensbasert behandling.

Dersom de med psykiske lidelser får bedre kunnskap om evidensbasert behandling tror jeg antallet som søker hjelp vil øke. Mange som ikke søker hjelp gjør kanskje dette ut i fra en tanke om at terapien ikke fungerer. I dag sitter vi med forskning som beviser at symptomer kan reduseres med rett behandling. Mange kan bli bedre gjennom kognitiv- og eksponeringsterapi. Aune (2011) hevder årsaken til at mange unge ikke får behandling kan være at foreldre, lærere og helsepersonell undervurderer den unges behov for behandling, eller at den unge nekter behandling på grunn av redsel for negativ vurdering av andre eller

stigmatisering. Dermed mener jeg at også allmennheten trenger mer kunnskap om psykisk helse. Med økt kunnskap kommer også en økt forståelse, og dermed også forhåpentligvis mindre stigmatisering av de med psykiske lidelser. Mindre stigmatisering kan føre til at flere unge velger å søke hjelp. Min venn med sosial angst vet jeg har takket nei til behandling på grunn av frykt for å bli sett ned på av andre. Psykisk sykdom blir nærmest et tabu, i motsetning til de fleste somatiske sykdommer. Vi trenger at unge mennesker, foreldre, lærere, helsesøstre m.fl. samarbeider med hensyn til informasjonsformidling og oppfølging, slik at de unge som har et behov for behandling blir ivaretatt på best mulig måte.



## 6.0 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven forsøkt å finne svar på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier hjelpe barn og unge som lider av sosial angst slik at de bedre kan mestre den sosiale arena?»

Jeg har tatt utgangspunkt i helsesøster fordi jeg mener hun er viktig som et første ledd i hjelpetilbudet. Helsesøstre er de sykepleierne som ofte har mest kontakt med barn og unge, og har vekt på forebyggende arbeid. Jeg har også fokusert på psykiatriske sykepleiere da de er viktige i selve behandlingsprosessen hvor angsten skal reduseres. I drøftingen har jeg forsøkt å belyse ulike sider ved sykepleiers arbeid med unge som lider av sosial angst.

Gjennom oppgaven har jeg funnet at både helsesøster og psykiatrisk sykepleier er viktige på hvert sitt område. Helsesøster har mulighet til og ansvar for, å fange opp barn og unge som er plaget av sosial angst. Ved å være en aktør på barnas hjemmebane, har hun en unik mulighet til å forebygge psykiske lidelser. Psykiatrisk sykepleier har en mer direkte rolle hvor hun gjennom kognitiv- og eksponeringsterapi kan hjelpe pasienten med å redusere sine angstsymptomer. utfordringen i å hjelpe unge med sosial angst ligger i å bedre det norske helsesøstertilbudet, samtidig som behandlingstiltak må skreddersys den enkelte. I tillegg trenger vi flere studier som kan gi klare bevis for hvilke terapiformer som gir best resultater. Alt i alt har jeg funnet ut at sykepleier har mye å bidra med i behandlingstilbudet til unge med sosial angst, men det kreves også en økt kunnskap og at psykiske lidelser blir et politisk satsingsområde.

## Litteraturliste

- Aadland, E. (2009). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). "Psychological treatment" as an umbrella term for evidence-based psychotherapies? *Nordic Psychology*, *61*(2), 4-15. doi: 10.1027/1901-2276.61.2.4
- Arnegård Cederkvist, G. (2010). Psykisk helsetjeneste i kommunen hjelper barn og unge på deres egen arena. *Sykepleien*, *90*(2), 66-69. doi: 10.4220
- Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *48*(1), 52-56.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser : hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Aschehoug.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2011). Psykiske plager - et betydelig folkehelseproblem Hentet 15.01, 2013, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:89102::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:89102::1:5569:1:::0:0)
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Helmers, A.-K. B., & Dolonen, K. A. (2013). Avviser gråtende barn i døra. *Sykepleien*, *101*(2), 20.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety

disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, 23(2), 167-177. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.004

Hummelvoll, J. K., Jensen, P., & Dahl, T. E. A. O. P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008). Interventions that are helpful for depression and anxiety in young people: A comparison of clinicians' beliefs with those of youth and their parents. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 227-234. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.021

Kragerup, J., & Sletterød, H. (2011). *Psykiatrisk sygepleje : lærebog for sygeplejestuderende*. København: Munksgaard.

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 123-134.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

## Selvvalgt pensum

- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). "Psychological treatment" as an umbrella term for evidence-based psychotherapies? *Nordic Psychology*, *61*(2), 4-15. doi: 10.1027/1901-2276.61.2.4 – **12 sider**
- Arnegård Cederkvist, G. (2010). Psykisk helsetjeneste i kommunen hjelper barn og unge på deres egen arena. *Sykepleien*, *90*(2), 66-69. doi: 10.4220 – **4 sider**
- Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *48*(1), 52-56. – **5 sider**
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser : hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo: Aschehoug. - **Kap. 1, 2, 3, 4, 5, 12, 14 - 90 sider**
- Folkehelseinstituttet. (2011). Psykiske plager - et betydelig folkehelseproblem Hentet 15.01, 2013, fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:89102::1:5569:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2336:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:89102::1:5569:1:::0:0) – **2 sider**
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur. - **Kap. 4 – 20 sider**
- Helmers, A.-K. B., & Dolonen, K. A. (2013). Avviser gråtende barn i døra. *Sykepleien*, *101*(2), 20. – **2 sider**
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*, *23*(2), 167-177. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.06.004 – **11 sider**

- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008). Interventions that are helpful for depression and anxiety in young people: A comparison of clinicians' beliefs with those of youth and their parents. *Journal of Affective Disorders, 111*(2–3), 227-234. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.021 – **6 sider**
- Kragerup, J., & Sletterød, H. (2011). *Psykiatrisk sygepleje : lærebog for sygeplejestuderende*. København: Munksgaard. – **30 sider**
- Moscovitch, D. A. (2009). What Is the Core Fear in Social Phobia? A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 123-134. – **12 sider**
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. - **Kap. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 – 232 sider**

## Vedlegg I

Her følger et eksempel på en behandlingsplan med eksponeringsterapi for en pasient med sterk sosial angst, som frykter å si noe som andre vil oppfatte som dumt i sosiale situasjoner. Planen følger prinsippene fra Berge og Repål (2007) sin bok om angst og fobier.

1. Sette opp et konkret mål: Pasienten skal være på en sosial sammenkomst minst én gang i uken, han skal ta ordet flere ganger og ikke dra før sammenkomsten er over.

2. Framdriftsplan:

- a. Være sammen med andre i en halv time uten å ta ordet.
- b. Være sammen med andre i en time uten å ta ordet.
- c. Være sammen med andre i en time og ta ordet minst en gang.

.....

Framdriftsplanen fortsetter til pasienten skal være i en sosial setting helt til den er slutt og ta ordet minimum ti ganger..

3. Samle informasjon om angsten:

- a. Før start:

- i. Hvor sterk er forventingsangsten?
- ii. Hva tenker du på?
- iii. Hvilke følelser opplever du?
- iv. Hvilke kroppslige endringer legger du merke til?

- b. I situasjonen:

- i. Hva ønsket du å gjøre?
- ii. Hva gjorde de andre og hva tror du at de tenkte om deg?
- iii. Når bestemte du deg for å bli eller forlate situasjonen?
- iv. Hvilke forhold førte til at angsten steg og hvilke forhold førte til at den minket?

- c. Etterpå:

- i. Hva følte du utenom angsten?
- ii. Hva gjorde du etterpå?
- iii. Hva synes du om det du opplevde?

- d. Angstgradering: Pasienten graderer sin angst på en skala fra 0 til 100, hvor 0 er fravær av angst og 100 er full panikk. Slik får en forståelse av hvordan angsten endret seg gjennom situasjonen.

- e. Kartlegging av trygghetssøkende strategier: Overdreven bruk av slike strategier kan bidra med å opprettholde problemene. Første steg mot å slutte å bruke trygghetssøkende strategier, er å bli bevisst dem.
- i. Hva gjorde du helt konkret for å skjule angsten? Pasienten i dette eksempelet vil sannsynligvis være veldig stille, ikke ta ordet, og svare kort på tiltale.
  - ii. Hvis du ikke hadde brukt strategien, hva tror du ville skjedd?
  - iii. Hva er det aller verst som kunne skjedd?