



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

Hvordan kan terapeuter i ambulante team, ved hjelp av kognitiv terapi, bidra til angstmestring for pasienter med panikklidelse?

Vibeke L.S. Høgseth

Totalt antall sider inkludert forsiden: 30

Molde, 22.04.14



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Kjell E. Tveten

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 22.04.14

Antall ord: 9054

*Det kommer alltid et øyeblikk
da du må handle,
på tross av din frykt
og hoppe ut i det ukjente.*

~ Helene Lerner-Robbins ~

Sammendrag

I denne oppgaven vil jeg skrive om hvordan terapeuter i ambulante team kan benytte kognitiv terapi i møtet med og behandlingen av pasienter med panikklidelse. Oppgaven er et resultat av at jeg, gjennom mitt møte med mennesker med panikklidelse, har fått vekket en ydmykhet for deres kamp, og samtidig en delt glede over deres fremgang når de har fått erfaring med kognitiv terapi.

Jeg vil gå igjennom teori rundt hva ambulante team er, og hvordan de jobber.

Jeg vil presentere aktuell teori rundt kognitiv terapi, angst, panikklidelse, og elementer fra kognitiv terapi som er nyttige i behandlingen av pasienten, samt hvordan disse kan benyttes som hjelp til selvhjelp. Kognitiv terapi har mange virksomme verktøy, men i mitt møte med Anne, var det naturlig å ta frem kartleggingen av negative automatiske tanker, bruken av eksponeringstrening, spørsmål og positive selvinstruksjoner. Jeg ser også på ulike faktorer i forhold til tilbakefall og tilbakefallsforebygging.

Jeg vil deretter presentere Anne, som er plaget av panikklidelse, og hvordan dette påvirker hennes hverdag og livskvalitet.

Ved hjelp av teorien jeg presenterer, vil jeg diskutere hvordan de kognitive verktøyene kan brukes av meg som behandler, men også hvordan Anne kan benytte dem undeveis og ved avsluttet oppfølging.

Deretter drøfter jeg fordeler og ulemper med denne tilnærmingen, og ser på hvilke andre tiltak som kunne ha vært prøvd ut.

Avslutningsvis vil jeg igjen se på hva som har kommet frem i drøftingen i forhold til min problemstilling, og deretter peke på hva jeg kunne ønske av nytenkning eller studier.

Det er mye forskning som viser effekten av kognitiv terapi ved angst og angstlidelser, og det er grunn til å tro at Anne vil oppleve bedre angstmestring og livskvalitet i fremtiden.

Dette kommer også frem i narrativet, som er hentet fra en reell pasientsituasjon i mitt arbeid ved Ambulant team.

Innhold

1.0	Introduksjon og problemstilling	1
1.1	Ambulante team.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema	1
2.0	Teori	4
2.1	Angst.....	4
2.2	Panikklidelse.....	5
2.3	Kognitiv terapi ved panikklidelse.....	7
2.3.1	Negative automatiske tanker	8
2.3.2	Eksponering.....	8
2.3.3	Motspørsmål.....	10
2.3.4	Positive selvinstruksjoner.....	10
2.4	Tilbakefallsforebygging	10
3.0	Annes vei fra lammende angst, mot gjenvunnet livsglede.....	11
4.0	Drøfting	15
4.1	Kontekst.....	16
4.2	Negative automatiske tanker	17
4.3	Eksponering.....	18
4.4	Motspørsmål	19
4.5	Positive selvinstruksjoner	19
4.6	Veien videre.....	20
5.0	Konklusjon.....	22
	Referanseliste.....	23

1.0 Introduksjon og problemstilling

1.1 Ambulante team

I Stortingsproposisjon nummer 1 (2004-2005), punkt 7.7. *Satsningsområder i 2005*, skriver Helse – og omsorgsdepartementet i underpunktet om sikring av tilbudet innen psykisk helsevern, at det vil være en nasjonal prioritet å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. I dette arbeidet vektlegger Helse – og omsorgsdepartementet betydning av ambulante team.

Seniorforskerne i SINTEF, Solveig Osberg Ose og Marian Ådnanes, skriver i et debattinnlegg i Dagbladet (01.03.13) at det ikke er ideelt eller verdig å satse på lange institusjonsopphold for psykiatriske pasienter, og at man oppnår større menneskeverd ved å tilby mer poliklinisk eller ambulante oppfølging.

Tidligere helseminister Jonas Gahr Støre snakket også varmt om ambulante team i en tv – debatt på NRK, under valgkampen i 19.08.13. Blant annet nevnte han Ålesund, som han mente hadde kommet langt i utviklingen av og arbeidet med ambulante team.

I artikkelen ”Ambulant og effektiv” (2013) skriver psykolog Jørgen Flor at en studie viser at behandling hjemme, kan gi økt mestrings- og trygghetsfølelse for pasientene. Det er mange årsaker til dette, men ved hjemmebehandling er det behandleren som er ydmyk gjest, og ikke omvendt.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Til daglig jobber jeg ved et ambulant team i voksenpsykiatrien, som ble opprettet høsten 2010. Vi er et tverrfaglig team, bestående av sykepleiere, fysioterapeut, sosionom, rus- og samhandlingskonsulent, og barnevernspedagog. Alle med relevante videreutdanninger. I tillegg har vi en psykiater tilknyttet teamet, og tidvis også psykolog.

Alle i teamet har status som behandlere (terapeuter), og eneste oppgave som kun faller på psykolog og psykiater er diagnosesetting og fastsetting av medisiner.

Teamet er en del av spesialisthelsetjenesten, og jobber med hjemmebehandling i åtte kommuner. I enkelte tilfeller har det hendt at vi har samarbeidet med en niende kommune, basert på hva som er geografisk naturlig reisevei for pasienten.

Pasientene har ulike diagnoser, men vi ser en overvekt av ulike typer schizofrenier, personlighetsforstyrrelser, angst, depresjon, og rus med dertilhørende tilleggsutfordringer og diagnoser. Pasienter som er på tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

følges også opp av det Ambulante teamet. Her følges pasientens psykiske status opp, det settes ofte injeksjoner i samarbeid med kommunene, og vurdering av effekt av medikamentell behandling vurderes. Dette gjelder spesielt i opp – og nedtrappingsfaser. Vi jobber også med kunnskapsutveksling, ved at vi reiser ut til ulike institusjoner i kommunene, og underviser, eller avholder fagdager for personalet om hvordan ulike diagnoser arter seg, og hvordan personalet på best mulig måte kan møte og hjelpe disse pasientene. Tidvis er det rene undervisningsopplegg for personalet, om hvordan de kan benytte for eksempel kognitiv terapi til seg selv, da det er nyttig å være bevisst handlinger, tanker og følelser i terapirelasjonen.

Å jobbe i et ambulant team oppleves både nyskapende, spennende, og lærerikt, og utfordringene er mange!

Kognitiv terapi har en sterk forankring på mitt arbeidssted. Jeg har fått erfare hvor effektiv denne terapiformen er, og hvor nyttig kognitiv terapi er som arbeidsredskap for meg som behandler, men også som hjelp til selvhjelp for pasientene.

Hver pasient blir fulgt opp av to behandlere. Dette er for å sikre kontinuitet, gode observasjoner, og god behandling. Tidsrommet hver pasient følges opp over varierer, men ligger oftest mellom tre til seks måneder. Vanligvis har vi konsultasjoner med pasientene én gang i uken, men ved behov (for eksempel under eksponeringstrening) økes dette til to ganger i uken for å oppnå beste effekt. Vi samarbeider tett med pasientens fastlege, og andre som måtte være aktuelle samarbeidspartnere i kretsen rundt pasienten. Dette kan være pårørende, psykiatritjenesten i kommunen, eller NAV. Denne alliansen er viktig fordi pasienten ofte blir videre fulgt opp av kommunen når vår behandling avsluttes, mens i andre tilfeller er de kognitive verktøyene så nyttige at pasienten selv håndterer sine utfordringer i løpet av kort tid.

Jeg blir både fascinert og imponert over hvor mange ”løver” det er blant disse pasientene jeg får lov til å arbeide sammen med! Jeg møter dem i deres kriser, blir invitert inn i deres hverdag og liv, får se hvordan de tappert kjemper seg gjennom oppturer og nedturer, før de til slutt kan gå videre, med mål om å føle seg mentalt sterkere enn før de kom inn i psykiatrien.

De mest konkrete tilfellene ser jeg blant dem som har angst og panikk lidelse. På grunn av angstens natur, kan pasientenes lidelser enkelt observeres, samtidig med at de har sterke

ord for å uttrykke hvordan den oppleves. Av samme grunn er det observerbart og målbart å se fremgangen underveis i behandlingsforløpet.

Mine møter med disse pasientene er årsaken til at jeg ønsker å fordype meg i emnet ”panikklidelse”, ved å skrive denne oppgaven.

Basert på min arbeidshverdag, og at opprettelsen og benyttelsen av ambulante team er et satsningsområde i moderne psykiatri (Helse – og omsorgsdepartementet 2004), blir derfor problemstillingen: ”Hvordan kan terapeuter i ambulante team, ved hjelp av kognitiv terapi, bidra til angstmestring for pasienter med panikklidelse?”

I min søken etter teoretisk grunnlag for denne oppgaven valgte jeg først å gå inn på www.helsebiblioteket.no. Dette var etter anbefaling fra lærere og veiledere ved høgskolen. Der søkte jeg først opp ordet ”panikklidelse” i nettstedets søkefelt. Jeg fikk opp et stort antall treff, og valgte meg ut de søketreffene som gikk direkte på definisjoner av panikklidelse.

Jeg benyttet meg også av databasene i Helsebiblioteket. Eksempelvis søkte jeg på ”cbt panic disorder” i Cochrane. Jeg fikk 138 treff, og valgte bort de artiklene som vurderte effekten av kognitiv terapi opp mot eller sammen med medikamentell behandling, da dette ikke er fokus i min oppgave.

Jeg benyttet også Google og Google scholar til enkelte søk, da jeg ikke fant fulltekstartikler tilgjengelig i databasene på Helsebiblioteket, eller da jeg søkte på for eksempel ”ambulante team”, da dette er såpass nytt innen psykiatrien, at det per i dag ikke foreligger grundige analyser eller data tilgjengelig i databasene. Jeg benyttet også ”humor” og ”mental helse” som søkeord.

Utover dette har jeg benyttet meg av pensumlitteratur, sett på forelesningsmateriale fra studiet i psykisk helsearbeid, fulgt referanser i bøker og artiklers litteraturliste, samt forhørt meg muntlig blant kollegaer og andre om tips til relevant litteratur innen angst, panikklidelse, og kognitiv terapi. Et eksempel på dette er et muntlig tips om ”Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi” av Ingvard Wilhelmsen.

Jeg vil komme inn på definisjonen av panikklidelse, generell angst, og kognitiv terapi teoridelen. Jeg vil også presentere mitt møte med en kvinne jeg har valgt å kalle Anne, og etterpå drøfte mulige tilnærminger i mitt møte med henne, hvilke spørsmål som kunne eller burde vært stilt, hvilke muligheter og begrensninger jeg har som behandler i et ambulant team med tanke på bruken av kognitiv terapi i møtet med Anne, samt se på

mulige alternativer til veien videre. Jeg kommer så til å drøfte dette opp mot teorien, og etter hvert konkludere ut i fra de funn som er gjort og den erfaringen jeg har fra terapien og behandlingen.

2.0 Teori

I forhold til problemstillingen ”Hvordan kan terapeuter i ambulante team, ved hjelp av kognitiv terapi, bidra til angstmestring for pasienter med panikklidelse?” er mitt ønske å belyse elementer i kognitiv terapi som er nyttige å trekke frem i forhold til hvordan pasienter med panikkangst kan takle denne lidelsen på en god måte som bidrar til økt livskvalitet.

2.1 Angst

”F41.1 Generalisert angstlidelse

Angst som er generalisert og vedvarende, men ikke begrenset til noen bestemte situasjoner eller omstendigheter, dvs at den er frittflytende. De sentrale symptomene veksler, men omfatter klager over vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i epigastriet. Det uttrykkes ofte frykt for at pasienten selv eller en slektning av vedkommende snart vil bli syk eller utsatt for en ulykke.”

(ICD – 10, 2014)

Angst er en viktig følelse, med tanke på menneskers evne til å overleve i farlige situasjoner. Dette støttes av Fletcher og Langley (2010), som sier at angst er noe som så og si alle opplever fra tid til annen. Det er en normal og naturlig følelse, når man står i en situasjon som er uvant, utfordrende, eller risikabel. Foreman og Pollard (2011) sier at det faktisk burde være grunn til bekymring om man *aldri* følte angst eller engstelighet! Enkelte mennesker søker opp situasjoner der de føler på frykt eller angst, som ren underholdning. Eksempler er når man ser skrekkfilm, kjører berg – og dalbane, eller driver med ekstrem sport. Felles for disse aktivitetene er at man selv har valgt situasjon og hendelse, og derfor har en kontroll på forløpet. Berge og Repål (2010) sier at når angsten derimot dukker opp uten noen åpenbar årsak, kan den oppleves svært skremmende. Haugsgjerd m.fl. (2009) forteller at angstlidelsene deles inn i generalisert angstlidelse, panikklidelse, depressiv lidelse, fobisk angstlidelse, sosial fobi, tvangslidelse, og blandet angstlidelse. Berge og Repål (2003) påpeker at det ofte er glidende overganger mellom

angstlidelsene, og at det er langt flere likhetstrekk enn hva som skiller dem, og det er heller ikke uvanlig å ha flere former for angst samtidig.

Generalisert angstlidelse kjennetegnes ved at menneskene som har denne lidelsen, er rastløse, engstelige og urolige nesten hele tiden. De er stadig bekymret for at noe negativt skal skje. Foreman og Pollard (2011) sier at bekymringene kan ofte oppfattes av andre som ubetydelige. I følge Fletcher og Langley (2010) kan mennesker med denne lidelsen også være konstant bekymret for at noe skal skje med mennesker de bryr seg om, og at bekymringene er årsak til at disse menneskene er trygge. Berge og Repål (2010) sier at den konstante bekymringen er en stor påkjenning, og fører til tanker om at de med angst etter hvert vil miste fatningen og bli ”gal”. Dette skiller seg fra panikklidelse, der det er katastrofetanker i bestemte situasjoner som er utslagsgivende.

Det er ennå ikke klart hvilke årsaker som er grunn til at disse lidelsene oppstår. Haugsgjerd et al. (2009) sier at man antar at det er samspill mellom arv og miljø. Fletcher og Langley (2010) peker på at mange som har angst, kan når de ser bakover, se at det har vært perioder med stress i livet deres, og at dette har vært en trigger.

Berge og Repål (2010) påpeker at vi mennesker har lett for å assosiere en situasjon eller et sted med noe negativt, dersom vi har opplevd noe skremmende i forbindelse med det. Det oppstår katastrofetanker, og veien er kort til å ty til trygghetssøkende strategier. Dette kan være å unngå det man frykter, gjøre bestemte handlinger, eller rett og slett flykte ut av situasjonen. Dette kan bidra til at angsten øker i styrke.

2.2 Panikklidelse

”F41.0 Panikklidelse (episodisk paroksysmal angst)

Hovedtrekket er tilbakevendende anfall av alvorlig angst (panikk), som ikke er begrenset til spesielle situasjoner eller omstendigheter, og som derfor er uforutsigbar. Som ved andre angstlidelser omfatter de sentrale symptomene plutselig innsettende hjertebank, brystmerter, kvelningsfølelse, svimmelhet og opplevelse av uvirkelighet (depersonalisasjon eller derealisasjon). Det oppstår også ofte en sekundær frykt for å dø, miste kontrollen eller bli gal”.

(ICD – 10, 2014)

I følge Statens helsetilsyn (1999) rammer panikklidelse 3,5 % av alle mennesker i Norge. Anfallene kommer ofte brått og uventet, og symptomene kan være hjertebank og brystmerter, svimmelhet og følelse av å skulle besvime, kvelningsfølelser og

uvirkelighetsfølelse. De fysiske symptomene fører ofte til en frykt for å dø, andre tenker at de er i ferd med å bli ”gal”.

I Norsk legemiddelhåndbok (2013) beskrives det at behandlingen som gis kan være medikamentell og ikke – medikamentell, men det kan se ut til at kognitiv terapi gir best resultater, og bør derfor være førstevalg i forhold til behandlingsmetode.

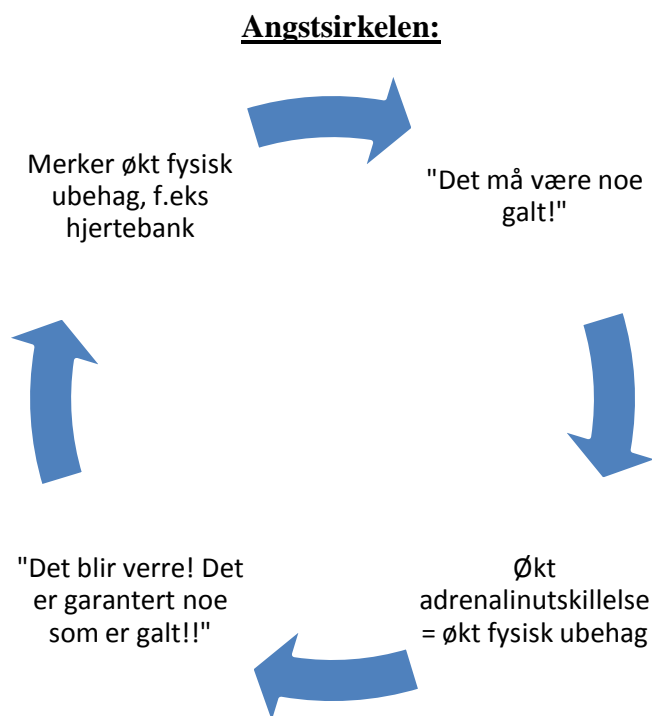
Dette støttes av Pollack et al. (2003), som sier at panikkangst er en av de mest vanlige angstlidelser, og at pasienter med denne lidelsen har økt risiko for kardiovaskulære lidelser, og muligens også selvmord. Medikamentell behandling i form av selektive serotonin reopptakshemmere har lenge vært den foretrukne behandlingen, men at flere randomiserte kontrollerte studier viser at kognitiv terapi har svært god effekt, og da spesielt ved oppfølging og behandling over lengre tid. Her er det nevnt fra tolv til tjuefire måneder.

Haugsgjerd et al. (2009) sier at panikkanfall har vanligvis sterke kroppslige utslag sammen med selve angsten; hjertebank, svette, trykk for brystet, pustebesvær, magesmerter, visshetsfølelse i armer og bein. Anfallet begynner brått og uventet, og går over etter en viss tid. I følge Foreman og Pollard (2011) dreier det seg om fem til ti minutter, men at anfallene kan komme i bølger opp mot to timer.

Statens helsetilsyn (1999) skriver i ”Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling” at de kroppslige symptomene gjør at pasientene ofte oppsøker den somatiske delen av helsevesenet. Under angstanfallene er pasientene ofte redde for å besvime, dø, bli gal eller miste selvkontrollen. I kognitiv teori framholdes den katastrofale fortolkningen av kroppslige symptomer som det sentrale i opplevelsen av panikkanfall.

Diagnosen panikkklidelse baseres på at pasienten har tilbakevendende, uventede, panikkanfall med karakteristiske somatiske symptomer. Dette støttes av Wilhelmsen (2006), som også sier at dette kan være noe av det mest ubehagelige man kan oppleve. Det er ikke kartlagt hva som utløser anfall, men på samme måte som ved andre typer angst, kan noen være genetisk disponert for det, eller man kommer i situasjoner der man fra før er mindre robust. For eksempel når man er syk, trett, utslitt, eller usikker. Fletcher og Langley (2010) beskriver panikkanfall som kortvarige, men intense. De skaper kroppslige reaksjoner trigget av angsten, og ytterligere forsterket av utskillelsen av adrenalin. Når anfallet er over, sitter ofte pasienten igjen med en følelse av utslitthet. Summen av det ekstreme ubehaget som følger et panikkanfall, fører oftest til at de som har panikkklidelse, gjør alt for å unngå at det oppstår igjen. Dette støttes av Foreman og Pollard (2011), som sier at panikkanfallenes natur skaper så mye ubehag og frykt hos den som har

panikklidelse, at dette naturlig nok fører til en angst for angsten. Dette håndteres ved å unngå enhver situasjon der det kan tenkes at et panikkanfall oppstår, eller der de tror at de ikke vil være i stand til å flykte. Ofte fører dette i sin tur til agorafobi. Til slutt blir det store begrensninger i livet til den som har panikklidelse, og en forringelse av livskvaliteten.



2.3 Kognitiv terapi ved panikklidelse

Berge og Repål (2010) forteller at virkningen av kognitiv terapi har blitt mye forsket på, og den gode effekten på spesielt angstlidelse er vel dokumentert. Dette støttes av Nielsen og von der Lippe (1993), som sier at kognitiv terapi er en effektiv behandlingsform ved ulike typer angstlidelse, og da spesielt panikklidelse. Studier viser at nesten alle pasientene (80 – 100 %) blir kvitt panikkanfallene etter bare ti til tolv timer med kognitiv terapi. Disse er fortsatt symptomfrie ved oppfølging etter to år. Med tanke på at medikamentell behandling ofte mister sin effekt når medikamentet seponeres, er dette spesielt lovende.

Berge og Repål (2010) viser til at kognitiv terapi er kjent for sitt ABC – skjema, der A står for en hendelse, B for tanker omkring hendelsen, og C er følelser knyttet til tolkningen av hendelsen. Dette illustrerer at ulike hendelser og opplevelser trigger tanker hos oss, positive eller negative, og at disse tankene gir en følelsesmessig respons eller konsekvens.

Eksempel på ABC – skjema:

A (hendelse)	B (tanke)	C (følelse)
Naboen hilser ikke på meg	Har jeg gjort noe galt?	Usikker.

I følge Norsk legemiddelhåndbok (2013), er følelsesresponsen i C årsaken til at pasienter søker hjelp. Thingnæs (2011) sier at det er i det punktet vi møter pasienten på, mens det er i B, tankene, at det store endringspotensialet ligger. Dette støttes av Berge og Repål (2010), som sier at i kognitiv terapi rettes fokuset mot de negative tankene som kan bidra til eller utløse angsten. Det er derfor nyttig å kartlegge hvilke negative automatiske tanker som dukker opp i forkant av eller i mellom anfallene.

2.3.1 Negative automatiske tanker

Nielsen og von der Lippe (1993) sier at negative automatiske tanker har et kort, men konkret innhold, og at de består av visuelle bilder eller ufrivillige verbale tanker. Fordi vi ikke er vant til å legge merke til disse bevisst, tar vi dem som sannhet når de dukker opp. Dette støttes av Berge og Repål (2010), som forteller oss at det kan være vanskelig å legge merke til hvilke tanker vi har. Det er flere årsaker til dette. Ofte er vi ikke bevisste hva vi tenker i enhver situasjon eller til enhver tid, det kan være at vi ubevisst unngår enkelte tanker, fordi de er ubehagelige. Det kan også være at enkelte tanker bare dukker opp i bestemte situasjoner, og er vanskelige å hente frem igjen i ettertid. De kan også være så kortvarige at man ikke en gang enser at man har tenkt en tanke. Det kan være tanker som: ”Dette går aldri bra!” ”Typisk meg å dumme meg ut!” ”Det har hendt før. Det kommer garantert til å skje igjen!”

Typisk for de negative automatiske tankene er at de overvurderer fare, undervurderer evnen til egen mestring, eller tilliten til andre menneskers muligheter til å forstå og hjelpe. Kognitiv terapi tar tak i disse tankene, og prosessen går ut på å finne alternativer til de negative automatiske tankene som dukker opp i pasientens indre dialog.

2.3.2 Eksponering

Vil en forfølge angsten og ikke la den herske, får en gå til de stedene hvor den bor.

Aksel Sandemose

Statens helsetilsyn (1999) beskriver at kognitiv terapi fokuserer først og fremst på pasientenes tendenser til å fortolke kroppslige signaler på en katastrofal måte. Disse hjelpes til å finne alternative tolkninger, og for å teste ut de nye forklaringene må pasientene eksponere seg for situasjoner de ellers unngår. Det har blitt dokumentert i flere sammenlignende studier at behandling i form av kognitiv terapi, og da gjerne eksponeringsterapi, er virksomt og leder til varig bedring. Ofte har pasienten eksponeringen som hjemmelekse, men det kan også være nyttig at terapeuten er med pasienten i en situasjon hvor det med sannsynlighet vil oppstå panikkanfall. Panikkanfallet kan så behandles direkte mens det pågår.

Berge og Repål (2010) sier at i motsetning til deprimerte, der de negative tankene er til stede det meste av tiden, kan det være mer vanskelig for pasienten å få tak i sine negative tanker når han eller hun er hos sin terapeut. Da må terapeuten, sammen med pasienten, finne måter å fremkalle angstfremmende situasjoner eller fornemmelser på. De trekker også frem at pasienter ofte har sammensatte problemstillinger, og at det da er mest effektivt å starte med å behandle panikk lidelsen, før man tar tak i eventuelle andre problemstillinger. Angst for angsten bidrar til å forsterke og opprettholde angstproblemer. For eksempel kan mennesker med panikkangst bli svært vaksom overfor fysiske symptomer som kan ligne på dem de kjenner under panikkanfall. Denne vaksomheten kan i seg selv bidra til kroppslig uro, og kan i enkelte tilfeller utløse anfall. Wilhelmsen (2006) forklarer at man automatisk vil forsøke å unngå et anfall, om man har opplevd det tidligere. Det er derfor svært viktig med god muntlig eller skriftlig informasjon om angsts fysiologi, forholdet mellom tanker og angst, og prinsipper for angstmestring.

Informasjonen i seg selv demper ikke katastrofetankene, men pasienten kan føle seg tryggere når han vet hvorfor kroppen har den aktiveringen den har, og at symptomene ikke er farlige. Hvis man ser på angsten som en kurve, vil man se at den stiger raskt, når en topp, holder seg på topp som et platå, før den etter en tid synker. Det kan være nyttig for pasienten å legge merke til hvor lang tid de enkelte fasene bruker å ta, slik at han eller hun under et senere anfall kan minne seg selv på at denne kurven er forutsigbar, og at angsten kommer til å avta, selv om det i situasjonen virker som om den bare vil øke og øke. Det kan være nyttig å lære pasienten om skåring av angst, for på denne måten å få en mer objektiv vurdering av pasientens subjektive opplevelse av angstanfallets intensitet. Det vil også være motiverende for pasienten å se at skåren blir lavere etter hvert som han eller hun oppnår kontroll.

2.3.3 Motsspørsmål

Bruk av motsspørsmål er også en nyttig teknikk. Motsspørsmål er en effektiv måte å avdekke underliggende katastrofetanker. Når disse tankene kommer frem, og når pasienten hører seg selv si dem, mister de noe av sin kraft. Spørsmålene kan være av typen:

”Hva er det verste som kan skje, og hva vil hende etter det?”

”Er det andre måter å forstå denne situasjonen på?”

”Hvordan ville en annen tenke om det som skjer nå?”

(Berge og Repål 2010, 128)

2.3.4 Positive selvinstruksjoner

Berge og Repål (2010) trekker også fram nytten av positive selvinstruksjoner. Disse kan skrives ned på lapper, eller lages som små kort pasienten kan ha med seg når han eller hun er i en situasjon som fryktes. Berge og Repål sier at selvinstruksjonene skal være realistiske, konkrete og praktiske. I en situasjon der man er lammet av sterk angst, kan det være vanskelig å tenke klart. Da kan disse lappene eller kortene fungere som huskelapper i de krevende situasjonene.

Disse selvinstruksjonene kan formes som en bruksanvisning i en situasjon der panikkanfallet er fryktet å komme. For eksempel kan den si noe om at denne opplevelsen kommer til å bli ubehagelig, men at pasienten kan regne med å håndtere den, at de fysiske symptomene på angsten vil merkes, men at dette ikke vil føre til at den planlagt gjennomførte oppgaven avbrytes. Til slutt kan den positive selvinstruksjonen si noe om hva pasienten skal gjøre mens anfallet pågår, og samtidig minne han eller henne på at oppgaven skal gjennomføres og fullføres etterpå.

Fletcher og Langley (2010) viser også til verdien av latter, og at humor med fordel kan benyttes i forhold til seg selv. Dette støttes av Svebak (2005) som i sin artikkel om humor, skriver at mennesker med sans for humor har lavere risiko for enkelte helseplager under stress, og at det mest trolig er den kognitive komponenten som har størst betydning. Mennesker med sans for humor mestrer stress og smerter bedre, og er mindre utsatt for utbrenthet.

2.4 Tilbakefallsforebygging

Berge og Repål (2010) sier at det er viktig å informere pasienten om at tilbakefall kan forekomme. På denne måten vil pasienten være mer forberedt på symptomene når de oppstår. Har man opplevd, og gjennomlevd, angst, er det naturlig å bli engstelig og få

katastrofetanker dersom man merker at angsten er på vei tilbake. Det i seg selv forsterker angsten. Det er derfor av stor betydning at pasient og terapeut har tenk i gjennom ulike scenarier der dette kan skje, hvor og hvordan, og ikke minst hva pasienten skal gjøre da for å håndtere situasjonen. Berge og Repål skiller også mellom ordet *tilbakefall* og *tilbakeskritt*. De definerer tilbakefall som å ende opp der man startet, mens tilbakeskritt kan sies å være en midlertidig angstepisode.

Foreman og Pollard (2011) støtter dette når de sier at det alltid vil være tilbakeskritt og dager der den med angstlidelse føler de har ”rykket tilbake til start”. Da er det viktig å minne seg selv på at man aldri vil komme dit, fordi utgangspunktet er et helt annet.

Pasienten har lært mye underveis, og har man kommet seg i gjennom angsten én gang, kan man klare det igjen. Foreman og Pollard oppfordrer faktisk pasienten til å se på det som en måte å lære mer om seg selv og angsten natur, hvilke forvarsler man får, og hva som kan utløse dem.

Berge og Repål (2003) mener at man faktisk kan bli kvitt angsten for godt. Spesielt er det grunn til optimisme dersom pasienten har støtte fra venner og familie, samtidig med terapeutisk behandling.

3.0 Annes vei fra lammende angst, mot gjenvunnet livsglede

Narrativet er basert på pasientmøter i mitt arbeid ved Ambulant team.

Pasienten er ikke informert om at vedkommende er min kilde, så vedkommende er anonymisert ifht kjønn, navn og bosted. Jeg har valgt å kalle henne Anne. Jeg fulgte henne opp over en periode på tre måneder.

Anne er en kvinne i femtiårene, og har ingen tidligere kjennskap med psykiatrien. Hun kommer i kontakt med meg på grunn av panikklidelse. Denne hadde oppstått helt uventet en dag hun skulle kjøre noen mil til nærmeste handelssted. Dette er en strekning og et sted hun er godt kjent med, og som hun aldri har hatt noen problemer med å kjøre tidligere. Hun forteller at hun hadde kjørt noen kilometer, da hun brått får kraftig hjertebank, kaldsvette, skjelvinger og en sterk uro. Resultatet ble at hun måtte svinge bilen ut på en busslomme, og klarte ikke å kjøre videre. Etter det hun selv beskriver som ”en evighet”, klarer hun å ringe til sin mann og fortelle hvor hun var, men at hun ikke klarer å komme seg derfra. Han drar fra jobb og finner henne i bilen. Anfallet er da over, men både Anne og hennes ektemann er redd for at hun har hatt et hjerteinfarkt, og får derfor en hastetime

hos hennes fastlege. Der er det ingen funn som tyder på infarkt, eller annen somatisk sykdom knyttet til dette. Når legen spør henne ut om det har vært spesielle hendelser den dagen som hun har opplevd som en påkjenning eller stress, kommer hun ikke umiddelbart på noe.

De nærmeste ukene er Anne til kontroll flere ganger for de samme symptomene. Etter det første anfallet i bilen, har noe lignende også hendt på jobben, og også da hun skulle på et kursarrangement i nabobyen. Annes livskvalitet forringes i takt med hennes stadig økende angst for at disse anfallene skal dukke opp. Fastlegen finner fortsatt ingen tegn til somatisk sykdom som kan forklare hennes intense anfall, og hun får diagnosen panikk lidelse. Det er på dette grunnlaget han henviser Anne til Ambulant team.

Jeg møter Anne hjemme hos henne. Hun bor i en stor enebolig sammen med sin ektemann og deres hund. På veggene er det bilder av deres tre voksne barn, som har flyttet ut. Hus og hage bærer preg av å være velstelt og ryddig. På spørsmål om hvor hennes mann er i dag, svarer Anne at han er på butikken for å handle ”for jeg orker ikke å dra dit selv lenger. Jeg er redd jeg skal få et anfall i butikken, og hva vil folk si da? De må jo tro at jeg har blitt gal, eller noe”. Det er tydelig at hun synes dette er pinlig, for hun viker unna med blikket når hun forteller dette, og jeg kan se at hun blir svakt rød i kinnene.

Jeg sier til henne at slike symptomer er vanlige ved angst, og spør henne hvor lenge hun har hatt det slik? Anne svarer at det har vært slik siden det første anfallet i bilen, og at angsten for å få nye panikkanfall gjør at hun holder seg unna andre mennesker og sosiale situasjoner i mest mulig grad. Dette gjør at hun føler hun er til hinder for mye hun kunne ha gjort på sammen med sin familie, og at hun ofte blir liggende våken om nettene og tenke over hvorfor ting har blitt som de har blitt, og om hun noen gang vil bli seg selv igjen. Anne sier hun savner å føle seg fri til å gjøre det hun har lyst til. Hun har tidligere vært svært sosial, og hadde stor glede av å arrangere familieselskaper, være med på sosiale aktiviteter i lokalsamfunnet, eller dra på storbyferie sammen med sin mann. På jobb var det oftest hun som tok initiativ til sosiale aktiviteter og til å motivere de andre til økt innsats. Riktignok hadde dette endret seg noe etter at de hadde fått ny sjef. Denne nye hadde en helt annen lederstil enn sin forgjenger, satte krav til effektivitet, og viste lite smidighet ved spørsmål om avspasering eller tilpassede fridager. Det hele hadde toppet seg da Anne en dag ble, etter hva hun selv beskriver, skjelt ut foran sine kollegaer. Anne følte seg ydmyket, og ble etter hvert usikker på sine egne prestasjoner. Hun følte også at

arbeidsmiljøet ble dårligere etter dette. Til slutt endte det med at Anne tok ut delvis sykemelding.

Jeg snakker med Anne om det som kalles negative automatiske tanker. Jeg forteller henne om hvordan disse arter seg, at vi ofte ikke er oppmerksomme på dem. Hun får vite om hvorfor det er nyttig å bli bevisst hvilke tanker disse er og i hvilke situasjoner de dukker opp.

Anne forsøker å sette ord på tankene sine, men synes det er vanskelig å få tak på dem nå som hun sitter trygt hjemme. Hun får derfor i hjemmelekse til neste gang, å skrive ned hvilke tanker hun har etter hvert som de dukker opp eller hun kommer på dem.

Vi møtes en uke senere, og jeg starter med å spørre henne om hvordan hun har hatt det siden sist, og hvordan det har gått med hjemmeleksen. Anne forteller at hun ikke har hatt noen anfall denne uken, og at det derfor har vært vanskelig for henne å komme på hvilke tanker hun har i forkant av disse situasjonene. Jeg ber henne derfor lukke øynene og se for seg og forsøke å gjenoppleve en angstfylt situasjon. Anne beskriver da, fortsatt med øynene lukket, steg for steg det som skjedde den dagen hun hadde sitt første anfall. Hun kan fortelle om redselen hun følte da halsen snørte seg sammen, hjertet banket hardt og fort, og hun trodde hun var i ferd med å besvime eller dø. Jeg spør henne om hun har noen tanker rundt hva som kan ha utløst anfallet?

Anne tenker seg om, og sier hun tror det startet da hun hadde vært sykemeldt fra jobben en stund. Det som først startet ut som en lav sykemelding på grunn av muskelplager, endte opp med en ubehagelig situasjon med lederen. Dette gjorde at hun følte høyt stress og frustrasjon. Det hele hadde toppet seg en dag da lederen hadde ringt henne, og Anne opplevde samtalen som svært ubehagelig. Hun hadde bare et ærend for å handle, og så skulle hun etterpå til legen sin for utvidet sykemelding, da hun opplevde sitt første panikkanfall.

Jeg spør henne om hun har lagt merke til om hun har lett for å ta deg nær av kritikk?

Anne kan fortelle at hun alltid har vært opptatt av å bli likt, å være god nok. Det har ført til at hun strekker seg langt for at andre skal være fornøyd med henne og det hun gjør.

Egentlig tror hun at det er derfor hun ble sykmeldt.

Utover dette klarer hun ikke å se hvilke foranliggende tanker det er som har dukket opp i forkant av de andre tilfellene. Det eneste hun vet, er at hun nå har blitt redd for å dumme seg ut foran andre, og at dette har ført til at hun oftere og oftere unngår sosiale settinger.

Vi avtaler derfor at neste gang skal vi sammen dra til lokalbutikken, der jeg vil veilede henne i gjennom en eksponering for det hun frykter.

Anne er tydelig nervøs når jeg møter henne neste gang, men er bestemt på å skulle gjennomføre eksponeringen. På en skala fra null til ti, sier hun at hun trolig er på nivå rundt åtte. Jeg spør henne om hun vil at jeg skal bli med henne inn, men hun svarer at sammenlignet med et panikkanfall, er denne nervøsiteten liten i forhold, så det skal hun klare så lenge hun vet at jeg venter utenfor butikken og at dette er behandling som nytter. Når Anne kommer ut av butikken, kan hun fortelle at hun var redd det skulle være mange mennesker som sto i kø der, at de skulle se hvor nervøs hun var, eller at hun skulle dumme seg ut ved at et angstanfall skulle komme ”som kastet på henne”. Angstanfallene gir seg uttrykk i så fysiske symptomer, sier Anne. Alle ville se det på meg om jeg begynte å svette, skjelve på hendene, eller i verste fall; besvime.

Jeg forteller henne om at det hun forteller er en normal reaksjon på fare, men at det oppleves skremmende siden det er ”feil situasjon”. Hun vil heller ikke risikere å bli ”gal” eller syk. Disse og lignende selvinstruksjoner kan være nyttige hjelpetanker for henne i de tilfellene hun får angstanfall. Anne sier hun vil forsøke å trene på situasjoner hun er redd for, i tiden fremover. Vi kartlegger også sammen noen tanker hun hadde i situasjonen:

A	B	C
Jeg står i butikken. Det er mange mennesker der. Jeg merker at jeg begynner å bli svimmel.	Jeg må ikke få anfall nå! Jeg kan jo ikke kontrollere det! Det er jeg nesten helt sikker på. Andre mennesker må tenke at det er noe rart med meg.	Angst

I den perioden jeg følger Anne opp, har hun etter hvert god kontroll på de situasjonene der hun er redd for at panikkanfall skal oppstå, men erfarer likevel at hun får disse fra tid til annen. Ved et tilfelle våknet hun om natten av et panikkanfall. Hun ble svært overrumplet, og trodde et øyeblikk at hun ville miste fatningen. Hun var i ferd med å hyperventilere, da hun kom på at vi ved en tidligere samtale hadde gått igjennom angstkurven, og at hun

skulle minne seg på at anfallet ville gå over. Hun hadde kartlagt dette tidligere, og visste at selv om anfallet følte å vare ”i en evighet”, tok det egentlig ikke mer enn fem til femten minutter fra begynnelse til slutt. Dette fikk henne til å puste roligere og mer kontrollert, og faktisk gikk anfallet over på under ti minutter. Dette fortalte hun til meg, ga henne håp om å på sikt kunne vinne over angsten. Hun følte også at intensiteten på anfallene etter hvert ble svakere. Der hun tidligere hadde skåret anfallene til ni og ti på skalaen, kunne hun nå si at de var på fire og fem, for så å synke raskt. På spørsmål om hva hun gjorde for å få kontroll over anfallene, eller for å redusere angsten for angsten, svarte Anne at hun tenkte på samtalene vi hadde hatt, der jeg stilte henne motspørsmål. I et tilfelle, der hun var redd for å få anfall under et jobbseminar, tok hun frem disse, og sa til seg selv: ”Hva er det verste som kan skje?” Hennes første tanke var at det ville bli utrolig pinlig om noen av de andre ville merke det, samtidig visste hun at hun tidligere hadde hørt flere av kollegaene fortelle at de kunne skjelve på hendene og få tynn ”pipestemme” når det var deres tur til å ta ordet i forsamlingen. Det neste hun husket at jeg hadde spurt henne om, var: ”Hva om de merket at du var mer enn vanlig nervøs, hva ville skje da?” Hun var jo redd for at de ville tro hun var ”gal, eller noe”. Det også ville være svært pinlig, siden det var flere ansatte fra andre avdelinger der, og det var ikke et slikt førsteinntrykk av seg selv hun ville gi. Hun kunne også huske andre spørsmål, som: ”Kan det tenkes at de ville tolke situasjonen annerledes enn deg?” Når hun tenkte etter, så hadde hun blitt møtt med mye forståelse fra sine kollegaer da hun nevnte det til noen av dem at hun hadde hatt panikkanfall. Faktisk mye mer omtanke i forhold til det hun hadde trodd, og hvorfor skulle ikke de hun ikke kjente fra før være på samme måte?

Anne hadde også tatt i mot mitt råd om å lage små lapper med positive selvinstruksjoner. Disse hadde hun liggende i lommeboken, i filofaksen, på kontoret, i bilen, og på nattbordet sitt. Disse tok hun frem og fant god nytte av i situasjoner der hun var i ferd med å lammes av angst.

4.0 Drøfting

Anne viste seg å være en ressurssterk pasient som raskt tok til seg de verktøyene hun lærte gjennom kognitiv terapi. Hun hadde mot til å teste dem ut, og til å møte frykten sin igjen og igjen. Hun hadde også god støtte i sin mann, og nettverket ellers. Bortsett fra hennes sjef, opplevde Anne etter hvert stor forståelse for de utfordringene hun hadde med angsten.

Hun hadde heller ingen tilleggsdiagnoser som vanskeliggjorde terapien. Hun hadde også en kort historikk når det gjaldt panikkelidelse, og hadde fått raskt hjelp.

Hvordan hadde det vært om noen av disse elementene ikke var til stede for Anne? Hadde det da vært tilstrekkelig med informasjon om angsten og panikkelidelsens natur, negative automatiske tanker, og eksponeringsterapi? Burde behandlingen hatt en annen struktur, og i så tilfelle hva? Hadde hun hatt mer nytte av intensivt behandling gjennom en innleggelse ved en distriktpsikiatrisk klinikk? Anne valgte å klare seg uten involvering fra psykiatritjenesten i kommunen. Hvordan stiller det henne i forhold til eventuelle tilbakefall? Styrker og svakheter? Jeg vil se nærmere på dette i den videre drøftingen.

4.1 Kontekst

I innledningen til drøftingen tok jeg opp spørsmålet om det ville ha vært bedre for Anne å ha vært innlagt enn å få oppfølging ambulant. Dette er det per i dag ingen data på, da opprettelsen av ambulante team i Norge fortsatt er i startgroppen, og at det derfor ikke er noe stort datamateriale å ta av. Det vi derimot ser, er at hos enkelte av pasientene tilhørende i vårt team, har de hatt en positiv utvikling etter at vi begynte å følge dem opp ambulant. Et eksempel er en kvinne med angst og diverse tilleggsdiagnoser. Hun har vært i psykiatrien i over 30 år, med hyppige og langvarige innleggelser ved det distriktpsikiatriske senteret som vårt ambulante team tilhører. Etter at hun fikk tilbud om oppfølging hjemme, har innleggelsene blitt redusert drastisk, både i forhold til lengde og hyppighet. Enkelte pasienter har først fått tilbud ved poliklinikken, men spesielt de med angst kan ha problemer med å møte i opp fordi de frykter å få for eksempel panikkanfall på veien til sykehuset. Enkelte klarer heller ikke å nyttiggjøre seg tilbudet der, av ulike årsaker som ofte er knyttet til angstens natur.

Anne ble fulgt opp ambulant over noen måneder. Dersom hun var innlagt ved vårt distriktpsikiatriske senter, ville hun trolig først bli tilbudt et to uker langt opphold, og deretter utvidelse med gruppetilbud i to uker til. Det kan da ved første øyekast virke som mer effektivt med én måneds innleggelse, heller enn nærmere tre måneder ambulant oppfølging hjemme. Det vi derimot ser, er at i de tilfellene der eksponeringstrening er nødvendig, er ikke behandling under innleggelse tilstrekkelig. Pasienten får trene på å for eksempel gå i butikken i nærheten av behandlingsstedet, men opplever ofte å være like nervøs eller redd for å gå i nærbutikken på hjemstedet. Vi ser at eksponeringstrening akkurat der frykten er størst, gir svært gode resultater, og at disse varer på sikt.

Anne ble forespeilet begge alternativer, og valgte selv, til tross for økt påkjenning, å bli fulgt opp med behandling i sitt nærmiljø.

4.2 Negative automatiske tanker

For å kunne gjøre en effektiv eksponeringstrening på Annes hjemsted, var det nødvendig å først kartlegge hvilke negative automatiske tanker hun hadde før, under og etter sine angstsituasjoner. I samtalen med henne hadde hun først problemer med å identifisere disse, men hun var klar på at hun først og fremst var redd for å dumme seg ut offentlig. Hun fortalte også at hun var sårbar for kritikk. Ut i fra det vi vet om negative automatiske tanker, kan dette være en årsak til at Anne var redd for å få angstanfall, eller at andre skulle se det når hun fikk et. Selv om panikkanfallene kunne komme uten noe som helst forvarsel, førte Annes angst for angsten og redslene for hva andre ville si til at hun etter hvert unngikk situasjoner der mange andre mennesker var til stede. Først gjaldt det de sosiale tilstelningene i bygda, senere det å gå på butikken, og i enkelte tilfeller også familieselskapene. Mye av det som før ga Anne glede, ble nå en kilde til negativitet og utmattende selvkontrollbehov. Hun forteller også om en episode da hun ved et tilfelle hadde møtt sin nye sjef på postkontoret. Anne var da 50 % sykemeldt. De ble stående i kø, og sjefen benyttet anledningen til å slå av en prat med henne. Anne synes dette var svært ubehagelig, da hun følte at sjefen spurte henne ut. Dette medførte at hun unngikk å dra alene på postkontoret etter dette.

Denne episoden dannet et godt grunnlag for å snakke om negative automatiske tanker. Jeg spurte henne: ”Hva var det som fikk deg til å føle at sjefen spurte deg ut?” I samtalen kom vi fram til at det hun oppfattet som direkte og invaderende spørsmål, var et utslag av lite finfølelse hos hennes sjef, heller enn et ønske fra denne om å gjøre Anne forlegen og ydmyket foran andre. Vi ble enige om at dette var et godt eksempel på negative automatiske tanker, og hva disse leder til.

Dersom vi skulle ha gått dypere inn på Annes uro for å ”dumme seg ut” foran andre, ville jeg ha snakket med henne om kroppsspråk, og hvor enkelt eller vanskelig det er å se hvordan et menneske føler seg. Er det mulig å se en annen persons angst? Hvor mange er det egentlig som studerer andre i for eksempel en travel handlesituasjon på butikken? Hva om noen faktisk så at Anne hadde angst, hvilken betydning ville det ha? Hvem frykter hun mest skal oppdage det? Nærmeste familie og venner, eller fremmede hun møter tilfeldig? Å tro at andre kan se på en at en har angst, er en vanlig mistolking i følge kognitiv teori. Mye tydet på at det var slike tanker Anne slet med.

Dersom Anne ikke selv hadde tatt initiativ til å starte raskt opp med eksponeringstrening, ville det være naturlig å kartlegge hennes ressurser og hva hun har klart tidligere. Selv om panikkanfallene var av nyere dato, var hennes sårbarhet for kritikk og lav selvfølelse noe hun hadde slitt med hele livet. Likevel hadde hun evnet å være en ressurs for andre, både sine nærmeste, men også lokalsamfunnet. Det å vise til mestring og ressurser, kan være til hjelp når man skal finne alternativer til negative automatiske tanker.

4.3 Eksponering

Eksponeringstreningen ble det viktigste og mest konkrete elementet i Annes behandling. Det var i disse situasjonene vi fikk testet ut de negative automatiske tankene, og hvilke alternative tanker hun kunne finne. Da jeg første gang nevnte denne terapiformen for Anne, så jeg at hun ble blek og urolig. Jeg spurte henne derfor: ”Hva gikk gjennom hodet ditt akkurat nå?” Anne forteller at hun med én gang jeg sa hva jeg ville hun skulle gjøre, så økte pulsen, og hun klarte bare å tenke på hvor redd hun hadde vært da hun fikk panikkanfall i bilen. Jeg spør henne da: ”Hva er det verste som kan skje?” Anne svarer da at hun er redd for å besvime, at det skal bli mye oppstuss rundt henne, og at folk i bygda vil snakke om det etterpå. Vi samtaler om ulike mestringsstrategier, og Anne velger å likevel gjennomføre en eksponeringstrening på nærbutikken. Denne gangen vil hun at jeg skal være med henne. Jeg følger Anne inn i butikken, ser at hun vaksomt ser på om andre mennesker ser på henne. Hun hadde som mål å handle inn til middag, men virker litt ukonsentret og målløs i sitt valg av matvarer. Jeg lar henne være i denne tilstanden, uten å bryte inn. Etter en stund hører jeg henne mumle noen ord for seg selv, og så plukker hun med seg det hun på forhånd hadde sagt at hun hadde tenkt å handle. På vei til kassen spør jeg henne diskret: ”Er situasjonen så ille som du tror?” Anne ser nervøst på meg, men trekker litt på smilebåndet og sier at i dag ser det ut til å gå greit, takket være at hun klarte å argumentere mot sine egne negative automatiske tanker.

Dersom Anne derimot hadde mistet fatningen, og valgt å flykte fra situasjonen, ville det være naturlig å spørre henne: ”Hva så du for deg da det skjedde?” Hvis hun da sier at hun var helt sikker på at hun var i ferd med å besvime av skrekk, kunne neste spørsmål være: ”Hva er beviset for at det er 100 % sant?” eller ”Hvorfor tror du at det er slik?” På denne måten ville Anne få en mulighet til å tenke i gjennom sine katastrofetanker, og med det en mulighet til alternative tanker. Ofte mister katastrofetankene sin effekt når de blir sagt høyt, fordi de faller på sin egen urimelighet. Hvis ikke gir de et godt grunnlag for en terapeutisk samtale.

4.4 Motspørsmål

Berge og Repål (2010) oppgir noen eksempler på motspørsmål. Andre effektive spørsmål jeg kunne ha stilt Anne, var for eksempel: ”Hvilke holdepunkter har du for at det er riktig?”, ”Hvordan vil en annen person oppfatte situasjonen?” eller ”Har du tidligere opplevd noe som viser at dette ikke stemmer helt?” Når Anne må forsøke å svare på eller forklare sine katastrofetanker, er det ofte at disse faller på sin egen urimelighet. Det hendte noen ganger at Anne begynte å le når hun hørte sine egne forsøk på gode argumenter for katastrofetankene.

4.5 Positive selvinstruksjoner

Forskning viser at latter er godt for oss mennesker (Fletcher og Langley 2010), både fysisk og mentalt, ved at hormoner frigjøres og får oss til å føle oss mer glade, og muskelspenninger løses opp.

Anne hadde evnen til å le av seg selv og sin situasjon, og viste ved flere tilfeller at hun hadde en stor porsjon galgenhumor. Ved et tilfelle, der vi sammen gikk igjennom forløpet i en eksponeringssituasjon, satte hun i å le, da hun innså hvor lite sannsynlig katastrofetankene hennes var. Samtidig er det viktig for en terapeut å være svært bevisst ved bruken av humor, da det kan oppleves som latterliggjøring dersom pasienten og terapeuten ikke er samstemte.

Anne hadde alltid klart seg gjennom utfordringer i livet ved å se det komiske i selv de mest krevende situasjoner. Derfor gikk vi sammen i gjennom hvilke positive selvinstruksjoner med humoristisk vri hun kunne skrive til seg selv, og ta frem når hun for eksempel kjente at pulsen begynte å stige, og katastrofetankene trengte seg på. Annes ektemann delte hennes sans for humor, og det hadde reddet dem ut av flere ekteskapelige konflikter. Da Anne skulle, som hjemmelekse, lage noen forslag til positive selvinstruksjoner, inviterte hun sin mann med på utformingen av dem. Hun kunne etterpå fortelle at de begge hadde startet med alvor, men at de etterpå hadde kommet opp med så mange ”fjollete og tøysete” forslag, at kvelden hadde blitt en av de beste på lenge. Når hun senere skulle teste ut de positive selvinstruksjonene i reelle angstsituasjoner, følte hun at hun hadde god hjelp i å tenke tilbake på denne kvelden.

Da jeg møtte henne ved en tilfeldighet, et år etter avsluttet behandling, kunne hun fortelle meg at hun fortsatt hadde disse lappene, men at de nå lå i en eske hjemme. Hun hadde ikke lenger bruk for dem, men hadde tatt vare på dem som et minne om den kampen hun hadde

vært gjennom. For henne var dette et tegn på at hun hadde blitt sterkere, og at hun hadde vokst som menneske.

4.6 Veien videre

Det kom ikke frem i narrativet, var at selv om Annes mann var svært støttende i hele prosessen, var det ikke til å komme fra at hennes angst til tider tæret på ekteskapet. De var ikke lenger med på noe sosialt, og invitasjoner til venners selskaper ble færre og færre, siden Anne og ektemannen ofte sa at de ikke kunne komme. Selv Annes barn hadde etter hvert gitt opp å invitere dem til større tilstelninger og selskaper.

Det kan tenkes at man burde jobbe parallelt med dette i et familie – og nettverksperspektiv. Annes angst var ikke bare hennes problem lenger, men hele familiens. I Ambulant team er det ikke uvanlig at for eksempel psykiater i teamet følger opp med pårørendesamtaler, mens pasientens behandlere følger opp denne. Det er underveis tett dialog mellom psykiater og behandlere, slik at oppfølgingen av alle parter går i samme retning. Dette er også nyttig med tanke på et eventuelt tilbakefall. Vi ser at pasienten står mye sterkere, om nettverket også har fått kunnskap om forebyggende og styrkende tiltak, eventuelle symptomer på tilbakefall, og hva som bør gjøres om tilbakefall har skjedd. I enkelte tilfeller kan dette også følges opp av psykiatrisk team eller tilsvarende i pasientens hjemkommune.

Kanskje hadde det også vært nyttig om noen av Annes venner fikk vite om hennes panikklidelse? En større åpenhet om Annes utfordringer, kan være med på å redusere virkningen av angsten. Hvis flere av hennes venner og bekjente visste at hun slet med panikklidelse, ville hun kanskje ikke være så redd for å ”dumme seg ut”, som hun selv sa. Anne har brukt mye energi på å skjule sine vansker, og det å fortelle til omverdenen at hun sliter med panikklidelse, ville trolig være en stor barriere å overkomme for henne. Det er derfor jeg tenker at det er best å starte med de nærmeste, og etter hvert utvide sirkelen etter hvert som hun føler seg tryggere og mer komfortabel. Det kan også tenkes at mennesker i hennes nærmiljø allerede har oppdaget og forstått hva hun strever med, og at det ikke vil være nødvendig eller nyttig at flere får vite om det. Som nevnt tidligere, så var det ikke klare tegn på angstanfall å observere på henne i eksponeringssituasjonene.

Kunne det vært andre ting som hadde vært nyttige i samarbeidet med Anne, for eksempel en kartlegging av hennes ressurser? Dette kunne være nyttig i forhold til å vise hva hun har mestret og fått til tidligere. Ved å påpeke dette kan hun få økt tro på hva hun kan utrette for seg selv i mestringen av sin panikklidelse. Det kunne være blant annet eksempler på situasjoner

hun finner vanskelige, der hun kan spørre seg selv hva som skal til får at hun skal klare å mestre dem, og på den måten også avklare eventuelle negative automatiske tanker.

Ved slike negative automatiske tanker er det essensielt at Anne lærer seg å stille seg selv motspørsmål av typen: ”Hva begrunner du det du tenker med?”, ”Kan du se det på en annen måte?”, ”Hva skjer om du tenker på en annen måte?”, ”Hva vil du tape ved å tenke annerledes?”. Slike spørsmål får henne til å reflektere over sine egne holdninger og tanker, noe som kan hjelpe henne videre i en fastlåst situasjon eller en situasjon hun forsøker å unngå.

Anne kan også ha stor nytte av å bruke ABC – skjemaet fra kognitiv terapi, der hun også fører inn alternative tanker.

A	B	C	D (Alternative tanker)
Jeg står i butikken. Det er mange mennesker der. Jeg merker at jeg begynner å bli svimmel.	Jeg må ikke få anfall nå! Jeg kan jo ikke kontrollere det! Det er jeg nesten helt sikker på. Andre mennesker må tenke at det er noe rart med meg.	Angst	Det er jo ingen som ser det på meg, og om noen skulle gjøre det likevel, så vet de hvorfor. Jeg har jo vært åpen om det etter oppfølgingen fra Ambulant team.

Det kunne også være nyttig å sette av tid sammen med Anne, der vi diskuterte om det er ting vi har oversett? Noe som burde vært tatt tak i i forhold til hennes fysiske og psykiske helse? Kanskje hadde det vært nyttig å gå inn på hvorfor hun ble sykemeldt, og hvordan hun på best mulig måte kunne komme tilbake i full jobb igjen. Kan det være at Anne faktisk har en underliggende sykdom, der det vil være høyst relevant at hun var observant på symptomer som økt puls, hjertebank og åndenød? I oppfølgingen av Anne var ikke dette et tema som ble tatt opp av meg som terapeut. Årsaken til dette var at vi hadde tett dialog med hennes fastlege, som hun gikk jevnlig til kontroll hos. Samtidig kunne det, dersom Anne hadde en vedvarende frykt for de fysiske symptomene, vært nyttig å diskutere hvilke tanker hun hadde omkring dette, og hvordan det påvirket henne. Det kan

tenkes at hun kunne ha nytte av at samtalene ble foretatt ute i naturen, der hun kunne få føle på lignende symptomer mens hun gikk i rask gange i motbakke. Jeg ville da ha kunnet observere hennes fysiske status, samtidig med at jeg kunne gi henne direkte tilbakemelding og eventuell tankekorrigerings.

5.0 Konklusjon

Jeg har vist hvordan jeg som terapeut i et ambulant team, kan benytte kognitiv terapi for å bidra til angstmestring ved Annes panikklidelse. Videre har jeg sett på ulike elementer i kognitiv terapi, som kan være nyttige i denne prosessen. Disse elementene vil med stor sannsynlighet være gode som hjelp til selvhjelp for Anne, når oppfølgingen er avsluttet og hun skal mestre eventuelle angstanfall på egenhånd. Forskningen støtter dette, ved at det er mye tallmateriale som viser at pasienter med ulike angstlidelser har god effekt av kognitiv terapi. Anne var svært bundet av sin angst for angsten, men de verktøyene hun nå har lært og fått innsikt i, er det grunn til å tro at hun vil klare å mestre sin panikklidelse og får bedret livskvalitet. Som nevnt under drøftingen, kan det også være et styrkende alternativ å gå videre med familie – og nettverksterapi. På denne måten vil hennes ektemann og nære familie få større forståelse for Annes utfordringer og handlingsmønster, og også hva de rundt henne kan bidra med i det forbyggende arbeidet.

Jeg tenker også at det blir spennende å se hvordan liggedøgnstatistikken ved de distriktskykiatriske klinikkene og psykiatriske avdelingene utvikler seg etter hvert som de ambulante teamene blir flere, og stadig flere av pasientene i voksenpsykiatrien følges opp av disse. De ambulante teamene jobber noe ulikt seg i mellom i forhold til valg av terapeutisk metode, men kognitiv terapi er på fremmarsj flere steder. Det vil derfor være interessant om det ble forsket på om dette er veien å gå, eller om andre terapiretninger eller behandlingsmetoder er mer eller mindre effektive enn kognitiv terapi i hjemmebehandling. Det kunne også være interessant å få vite mer om hvilke pasienter som klarer å nyttiggjøre seg ambulant oppfølging best, hvem som eventuelt faller ut og hvorfor de i så fall gjør det. Helse – og omsorgsdepartementets stortingsproposisjon for 2004 – 2005 viser også til dette behovet for og ønsket om videre forskning i, ved at de har med et eget punkt: *Viktigheten av forskning som en forutsetning for en god og fremtidsrettet tjeneste.* Jeg håper og tror at det vil bli publisert statistikker på dette, og at det vil komme forskningsrapporter på sikt.

Referanseliste

- Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. En kognitiv tilnærming til psykiske lidelser. I *Den indre samtalen: kognitiv terapi i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2003. *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. 2. Utg. Oslo: Aschehoug & Co.
- Fletcher, Emma og Martha Langley. 2010. *Free your self from anxiety: A self – help guide to overcoming anxiety disorders*. 3. utg. Devon: How to Books.
- Flor, Jørgen. 2013. *Ambulant og effektiv*. Norsk Psykologforening, studentblogg.
- Foreman, Elaine Iljon og Dr. Clair Pollard. 2011. *CBT. Cognitive behavioural therapy. A practical guide*. London: Icon Books Ltd.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3.utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. 2014. *ICD – 10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse – og omsorgsdepartementet. 2004. *Stortingsproposisjon nr 1 (2004 – 2005)*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Nielsen, Geir Høstmark og Anne Louise von der Lippe (red). 1993. *Psykoterapi med voksne – fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo. Tano.
- Norsk legemiddelhandbok. 2013. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ose, Solveig Osborg og Marian Ådnanes. 2013. *Hva er ønsket retning innen psykisk helse?* Oslo: Dagbladet.

Pollack, M. H., Allgulander, C., Bandelow, B., Cassano, G. B., Greist, J. H., Hollander, E., Nutt, D. J., Okasha, A., Swinson, R. P. *World Council of Anxiety. WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder.* CNS Spectrums 2003;8 (8 suppl): 17-30.

Statens helsetilsyn. 1999. *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling.* Oslo: Statens helsetilsyn.

Svebak, Sven. 2005. *Er sans for humor bra for helsa?* Tidsskrift for norsk psykologforening. Vol 42, nr 10, 909 - 912

Thingnæs, Bjørn. 2011. *En kort presentasjon av kognitiv behandling.* Stavanger.

Wilhelmsen, Ingvard. 2006. *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi.* 5.utg. Stavanger. Hertervig forlag.