



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

"Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for behandling av sosialfobi hos personer med fragilt X-syndrom"

"How can the social educator assist in treatment of persons with Fragile X syndrom and socialfobia"

Martin Magerøy

Totalt antall sider inkludert forside: 36

Molde, 27.05.09



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: " Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for behandling av sosialfobi hos personer med fragilt X-syndrom"

Tittel på engelsk: "How can the social educator assist in treatment of persons with Fragile X syndrom and socialfobia"

Forfatter(e): Martin Magerøy

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Hege Bakken

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: 27.05.2009

Antall ord: 11277

Innhold

1. INNLEDNING.....	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Hvorfor er temaet relevant for vernepleieren	2
1.4 Oppgavens disposisjon	2
2. PROBLEMSTILLING	3
2.1 Bakgrunnen for problemstillingen.....	3
3. METODE.....	4
3.1 Metodevalg på bakgrunn av problemstillingen	4
3.2 Begrunnelse for valgt metode.....	5
3.3 Beskrivelse av valgt metode.....	5
4. TEORIKAPITTEL	7
4.1 Presentasjon av Fragilt X Syndrom.....	7
4.2 Hva er sosialfobi?.....	10
4.3 Behandlingsmetoder for mestring av angst	11
4.3.1 Hva innebærer eksponeringstrening?.....	11
4.3.2 Et treningsprogram for personer med utviklingshemming og angst:.....	13
4.3.3 Medikamentell behandling av angstlidelser.....	16
4.3.4 Forutsigbarhet	19
4.3.5 Tillit.....	20
4.3.6 Kommunikasjonens betydning i den terapeutiske relasjonen	20
5. DRØFTING	22
5.1 Innledning	22
5.2 Betydningen av tillit i møte med personer med Fragilt X syndrom med sosialfobi 22	
5.3 Kommunikasjonens betydning i den terapeutiske relasjonen i møte med fragilt X syndrom og sosialfobi.	23
5.4 Forutsigbarhet i møte med personer med Fragilt X syndrom med sosialfobi	25
5.5 Eksponeringstrening som behandlingsmetode i møte med sosialfobi hos personer med Fragilt X syndrom.....	27
5.6 Medikamentell behandling i møte med sosialfobi hos personer med Fragilt X syndrom.	29
6. Avslutning.....	31
6.1 Oppsummering	31
Litteraturliste.....	32

1. INNLEDNING

1.1 *Presentasjon av tema*

Fragilt X- Syndrom og sosialangst

Jeg skal skrive om personer som har diagnosen Fragilt X- syndrom og sosialangst. I følge frambus informasjonsfolder (2007) er denne diagnosen veldig sjelden, og er kanskje den diagnosen som er den hyppigste arvelige formen for utviklingshemming. Personer som har Fragilt X-syndrom har som følge av sin utviklingshemming en medfødt sårbarhet for sensorisk påvirkning. I følge Hougaard (2004) kan angsten i sin mildeste form være hensiktsmessig for deg og meg ved at den får oss til å yte vårt ytterste og hjelper oss til bedre prestasjon. Men for personer med utviklingshemming som har angst kan disse symptomene medføre store utfordringer for vedkommende som er rammet. Da tenker jeg på viktigheten av det å være sammen med andre siden vi mennesker fra naturen av er sosiale vesener, og når vi lever så lever vi sammen med hverandre siden vi alle har våre roller. I følge Gundersen og Moynahan (2006) er alle født inn i en rolle som eksempel familien, mens andre roller lærer vi oss etter hvert som vi lever.

1.2 *Bakgrunn for valg av tema*

Det som gjorde at jeg fattet interesse for Fragilt X- syndrom og sosialangst er i hovedsak at jeg gjennom jobberfaring ved siden av studiet har fått bistått en person med sosialangst og Fragilt X – syndrom i hverdagen. Da har jeg fått sett hvor stor påvirkning sosialangst kan ha for personer som har dette syndromet. For eksempel hvordan det virker inn på dagliglivet til personen som har denne angsten. Nøkkelordene som jeg har med meg fra denne jobberfaringen er det å skape tillit, trygghet og viktigheten av god kommunikasjon og forutsigbarhet for at personen skal kunne mestre hverdagen på best mulig måte på tross av den sosiale angsten.

1.3 *Hvorfor er temaet relevant for vernepleieren*

Mennesker med utviklingshemming har i et historisk perspektiv vært de menneskene som vernepleieren har spesialkompetanse i å bistå. Herunder kommer personer med sjeldne diagnoser som blir omfattet av dette, eksempel personer med Fragilt X-syndrom med sosialangst. Moynahan (2006) sier at vi mennesker er født inn i en rolle, dette er også det jeg tenker om mennesker med utviklingshemming, at vi alle har en rolle i samspill med hverandre. Det å bistå et medmenneske som har Fragilt X-syndrom med sosialangst er en oppgave jeg som fremtidig vernepleier ser på som veldig viktig. For meg personlig vil kunnskapen jeg tilegner meg om denne sjeldne diagnosen og sosialangst også ha overføringsverdi til andre personer som ikke har fragilt X syndrom, men som kan ha sosialangst og hvordan jeg da kan bistå dem i å mestre sin situasjon. Som fremtidig vernepleier vil arbeidet med denne oppgaven gi meg innsikt i hvordan man møter både personer med og uten utviklingshemming med sosialangst.

1.4 *Oppgavens disposisjon*

I innledningen til min oppgave skriver jeg hvorfor jeg syntes at temaet Fragilt X-syndrom og sosialangst er aktuelt for meg som fremtidig vernepleier. Deretter kommer jeg med en problemstilling med avgrensinger som vil hjelpe meg og ”løse” oppgaven. Deretter vil jeg ta for meg hvilken metode jeg vil bruke for å fremskaffe den kunnskapen jeg trenger. I teoridelen vil jeg gjennom relevante teori om Fragilt X-syndrom og sosialangst prøve å belyse problemstillingen min. Jeg vil sette meg inn i diagnosen Fragilt X-syndrom og begrepet sosialangst. Hvordan vernepleieren gjennom god kommunikasjon, kan skape tillit og forutsigbarhet. I selve drøftingsdelen vil jeg knytte sammen teorien gjennom å diskutere hvordan man som vernepleier kan redusere sosialangst hos personer med Fragilt X – syndrom gjennom ulike behandlingsmetoder. Som avslutning vil jeg komme med en oppsummering hvor jeg vil reflektere over oppgaven.

2. PROBLEMSTILLING

2.1 Bakgrunnen for problemstillingen

Det er på bakgrunn av arbeidserfaring med 2 personer som har Fragilt X- syndrom at jeg har fått interesse for dette sjeldne syndromet, samt hvordan sosialangst påvirker hverdagen. Jeg husker en episode i jobbsammenheng der jeg og vedkommende som jeg skulle bistå var på butikken, hvor jeg hadde tatt mine forhåndsregler og sørget for at tidspunktet for vår handletur var da det var minimalt med personer tilstede. Men så skjedde noe uventet og det kom inn flere personer i butikken som medførte at brukeren som jeg var sammen med fikk et angstanfall og vi måtte avbryte handlingen. Jeg fulgte ham til bilen, han svettet var blek og viste et tydelig ubehag og sa han ville hjem. Det ble ikke mer handling den dagen. Denne episoden var en av mange som fikk meg til å reflektere rundt hvordan det er å ha Fragilt X Syndrom og sosialangst. Dette er noe av bakgrunnen for mitt valg av problemstilling som jeg håper vil være til hjelp for å tilegne meg kunnskap om disse to temaene.

Problemstilling:

”Hvordan kan vernepleieren tilrettelegge for behandling av sosialfobi hos personer med fragilt X- syndrom”

3. METODE

Med metode mener jeg hvordan jeg vil få den kunnskapen jeg trenger for å løse problemstillingen min. Dalland (2000) henviser til Tranøy som definerer begrepet metode slik:

”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sann, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.” (Dalland 2000:71)

3.1 Metodevalg på bakgrunn av problemstillingen

Med tanke på min problemstilling vil jeg i hovedsak benytte meg av en litterær metode, dette innebærer at jeg vil finne litteratur om emnene i min problemstilling gjennom internett, søk i databaser som BIBSYS, for å finne valid og anerkjent litteratur om Fragilt X Syndrom og sosialangstlidelse og hvordan vernepleieren kan være med på å redusere denne. Søkeordene jeg har brukt er *utviklingshemming, angst, angstmestring, sosialangst, sosialfobi, fragilt – x syndrom og kognitivterapi*. Gjennom dette har jeg funnet bøker som belyser emnet jeg har valgt om sosialfobi og angst og hvordan forskjellige behandlingsmetoder kan benyttes for å redusere denne for personer med utviklingshemming herunder kommer fragilt X- syndrom. Siden Fragilt X Syndrom er et sjeldent syndrom har jeg vært i kontakt med Frambu som er senter for sjeldne syndromer. På deres nettside har jeg funnet relevant litteratur. De bøkene og teoriene jeg har funnet er skrevet av andre enn meg selv og er derfor sekundær kilder. Når jeg skal studere disse teoriene blir det en kvalitativ metode. Aadland (2006) beskriver kvalitativ metode slik *” De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle”* (Aadland 2006:72). Når jeg skal tolke disse teoriene vil jeg benytte meg av den hermeneutiske sirkelen. Denne prosessen betyr i følge Aadland (2004) å veksle mellom det og se helheten samtidig som man studerer enkelte deler av denne for slik å sette dem sammen i en større sammenheng. Videre beskriver Aadland oppgaven å tolke slik: *” Men når oppgaven er å forstå, tolke, finne ut av mening og hensikt, er det naturlig å benytte den hermeneutiske sirkelen som metode”* (Aadland 2006:190). Dette vil si at jeg reflektere over det jeg leser for slik å forstå teorien jeg har funnet bedre.

3.2 Begrunnelse for valgt metode

På grunn av oppgavens omfang og tiden som står meg til rådighet har jeg valgt en litteraturstudie. Siden det å foreta en kvalitativ undersøkelse gjennom intervju ville vært for krevende med tanke på oppgavens størrelse og tiden som er meg til rådighet. Skolen anbefalte at om man skulle benytte seg av intervju så måtte dette starte tidlig som også er en årsak til at mitt valg falt naturlig på en litterærstudie.

3.3 Beskrivelse av valgt metode

- Litterærmetode

Etter å ha funnet teori som har blitt tilgjengelig for meg gjennom litteratursøkene mine vil en del av min tid gå med på å sette meg inn i stoffet. Og en del tid vil bli brukt til å sette meg inn i den teorien som omhandler min problemstilling. Det jeg da må være klar over er at jeg har min egen forforståelse av det jeg leser, og på bakgrunn av dette vil tolke og lese det ut ifra den forforståelsen jeg har. Aadland skriver at *"Det er de forutsetninger vi bringer med oss, selve forforståelsen, som avgjør om vi finner mening i en tekst eller en handling"* (Aadland 2006:184). Derfor er det viktig at jeg reflekterer over det jeg leser, slik at jeg får tolket teoriene som forfatterne skriver om for å få en bedre forståelse av hva de har tenkt når de har skrevet om dem.

- Tekstanalyse

I min drøftingsdel av oppgaven kommer jeg til å bruke den teorien jeg har funnet og lest om. Jeg vil anvende denne å sette den inn i en sammenheng slik at jeg får mulighet å besvare de spørsmål som jeg stilte meg i problemstillingen. Det er da viktig at jeg har et kritisk blikk på kildene jeg har brukt, når det gjelder deres pålitelighet. Det er viktig at jeg er sikker på at forfatterne som har skrevet teoriene jeg leser om, har sin bakgrunn som forskere og spesialister i det feltet de har beskrevet gjennom teori. Gjennom min kunnskap som jeg har om forfattere må jeg fastslå at deres pålitelighet er god, for å vurdere teoriens validitet. At en teori er "valid" betyr i følge Aadland at den er koherent, dette betyr samsvar. Aadland beskriver koherens slik, *"Når virkeligheten ikke likevel lar seg formulere, er det bedre å kreve av en teori at den er i samsvar med andre teorier. En god teori føyer seg inn i et system*

av trosfortellinger som bekrefter hverandre”(Aadland 2006:61). Videre skriver han at det som kjennetegner en god teori er det at den er ” i overensstemmelse med sunn fornuft, den er nyttig og fremmer det gode” (Aadland 2006:60)

4. TEORIKAPITTEL

4.1 Presentasjon av Fragilt X Syndrom

I følge Frambus reviderte brosjyre (1996) er det skrevet at Fragilt X Syndrom er den hyppigste arvelige årsaken til psykisk utviklingshemming. Selve betegnelsen fragilt X Syndrom kommer av kromosomfenomenet: X- kromosomet er skjørt eller (fragilt) og kan brette under visse dyrkningsbetingelser. Fragilt X Syndrom og den påfølgende psykiske utviklingshemmingen rammer i stor grad gutter og har en forekomst på ca.1/4000).

Fysiske trekk

Hos småbarn, i hovedsak, gutter er det viktigste tegnet utstående, lange, brede ører som er dårlig foldet. Når man når puberteten får de fleste store testikler, samt at ansiktet blir langt, men med en fremstående underkjeve. Mens jentene derimot har mindre uttalte funn og symptomer enn gutter.

Psykiske trekk

Menn/gutter med fragilt X syndrom viser en sterkt varierende grad av utviklingshemming, som fungerer fra det som blir sett på som normalt til dyp psykisk utviklingshemming med uttalte autistiske trekk. Det sies videre at halvparten har IQ fra 50 og til 70. Mens en fjerdedel ligger over dette og en annen fjerdedel under 50. De beskrives som ofte som engstelige, ukonsentrerte, hyperaktive, avledbare og med dårlig blikkontakt. Ofte er det sosiale samværet med andre beskrevet som vanskelig. Språkutviklingen sammenlignet med barn på samme alder blir beskrevet som sen og selve språkforståelsen er dårlig.

Arv

Menn/gutter med fragilt X syndrom har såkalt *fullmutasjon* det vil si mer enn 200 repeterende enheter av basene CGG. Men mødrene er *bærere*, men kan ha dette i form av moderat økning av baseantallet (*premutasjon*) som vil si 50-200 enheter eller *fullmutasjon*. Mens selve symptomene hos jenter er mindre sammenlignet med gutter/menn men med relaterte trekk. Gutter som er angrepet i familier med fragilt X syndrom, henger sammen gjennom kvinneledd, mens egenskapene også kan overføres fra menn med premutasjoner og til deres døtre. Dette mønstret i arvelighet er det samme som det man ser ved X-bundet arv, men også

her kan menn som er friske og har premutasjon fortsatt få etterkommere som er psykisk utviklingshemmet av døtre med tilstanden. Når man ser på den psykiske utviklingshemmingen, samt de andre symptomene som kommer av fragilt X syndrom så er årsaken til dette, mangelen på et bestemt protein. Et eggehvitestoff som blir kalt FMR – 1 (Familiær Mental Retardasjon type 1). I følge avdelingsoverlege Arvid Heiberg m.fl. (1996) i brosjyren om fragilt X syndrom står det skrevet at proteinet har en tenkt relevans for selve proteinsyntesen generelt, men om symptomene er av vesentlig grad fra selve nervesystemet er uvisst.

” Basene CGG koder for aminosyren glutamin og gjentas normalt på et bestemt sted på X- kromosomet færre enn 50 ganger (C står for cytosin og G for guanin). Ved arvebærertilstanden har man enten mellom 50 og 200 slike enheter CGG (i såfall en premutasjon) eller en fullmutasjon (flere enn 200 ganger). (Heiberg m.fl.1996:5)

Pubertet og voksenalder

I følge ”Fragilt X syndrom – en orientering” (1996) så vil puberteten komme til vanlig tid, hos guttene med fragilt X syndrom er testiklene forstørret hos 80 %. Denne forstørrelsen skyldes en økt mengde testikkelvev men har ingenting med hormon og sædcelleproduksjonen å gjøre.

Med økt alder kan halvparten av personer med fragilt X oppdage en bilyd fra selve hjertet noe som er beskrevet som mitralprolaps, dette betyr at det er en lekkasje i hjertekammeret. Lekkasjen i seg selv er betydningsløs men kan opereres. Videre står det i Fragilt X – syndrom folder (2007) at når personer med Fragil X-syndrom når ungdomsalderen blir konsentrasjonsvanskene de har mindre åpenbare, samt at de ferdigheter som språk og sosialfungering i liten grad endres. Det er også viktig med en psykiatrisk komorbiditet dette skyldes deres sensoriske sårbarhet.

Mental utvikling

Hos personer med fragilt X kan graden av utviklingshemming variere sterkt, også innen familie. Både gutter og jenter med premutasjon fungerer ofte som normalt. Den gruppen av gutter som har fullmutasjon har IQ under 70. Det vil si nedenfor normal området, men over 50. Mens en fjerdedel av guttene ligger under dette. Selve graden kan variere innen samme

familie men henger ikke sammen med antall repeterte baser, verken hos gutter eller kvinner som er fullmuterte. Barnet kan også bli målt ved sosiale kvosienter som er en annen måte og måle IQ på. Ved målt som IQ vil ofte det samme barnet ha fallende verdier etter hvert som årene går, eksempel 75-55. Dette fallet er ikke på grunn av at barnet utvikler langsommere men at IQ testene er konstruert slik at gapet mellom normalutvikling og personer med fragilt X syndrom øker med alderen. Et barn med fragilt X syndrom utvikler seg hele tiden, men fortsatt langsommere sett i forhold til normalutvikling. Funne gjelder for gruppen som helhet, men er ikke nødvendig representativ for alle som har diagnosen.

Sansing

I følge ”Fragilt X – syndrom – en orientering” er personer sky for berøring, liker ikke kroppskontakt eller å bli kost og klødd dette ser man allerede ved spedbarnsalder. Mange barn med fragilt X som er i barnealder liker ikke vann og lek i sandkasse sett i forhold til sine jammaldringer.

Barna har en redusert evne til og sortere ting som er viktige og verdt oppmerksomhet, dette igjen fører til at personer med fragilt X blir veldigfølsomme for lyder som eksempel trafikk eller støvsuger. Det som her skjer er at sanse inntrykkene flyter sammen ”ufiltrert” som gjør at barna blir ukonsentrert og urolige, eller distanserer seg til aktiviteter ved at de blir autistiske i sin atferd. De har også problemer med bratt leende og terreng som er ujevnt og det å ferdes i heiser og rulletrapper. Videre står det i Frambus folder om Fragilt X syndrom (2007) at personer med fragilt x syndrom er særskilt sårbare i forholdt til sansepåvirkning. De kan bli urolige og overstimulert i forhold til syns og lydinntrykk.

Språk

Videre står det at språket er forsinket og bærer preg av gjentakelser av ord og fraser samt faste utsagn. I følge frambu ”en orientering” (1996) er dette kjent som ”papegøyspråk” siden de kan være gode imitatorer.

Atferd

Spedbarn som har fragil X syndrom er oftere irritert og viser dårlig trivsel. De kan svare med stivhet ved fysisk kontakt og vil ofte ikke bli koset med. Når de gråter kan de virke klynkende og samt at de ikke liker blick kontakt. Viss de blir urolige/opphisset, kan de skade seg selv ved at de biter seg på hender og fingre, vifter med både hender/armene, hyperventilerer eller rugger i perioder. De er også sky og vanligvis engstelige.

Videre referer Eknes (2003) til Hurley 1996, der han forklarer om årsaker og sammenhenger at de nevrobiologiske forstyrrelsene som i noen tilfeller ligger til grunn for den mentale utviklingshemmingen, kan medføre emosjonelle forstyrrelser og atferdsproblemer. Videre sier Eknes at det bekreftes at man finner at mentale lidelser og atferdsforstyrrelser er overrepresenterte innenfor visse syndromer. Et eksempel er der personer med fragilt- X syndrom (ca.10 % av alle med mental retardasjon) har større risiko ved utviklingen av schizofreni. Personer med fragilt- X har også større risiko for å utvikle depresjon enn andre som ikke har utviklingshemming. Eknes (2003) henviser også til Vitello og Behar (1992) som sier at utviklingshemmede er de personene som er mer sårbare for å utvikle fobier enn andre angstlidelser.

4.2 Hva er sosialfobi?

Jeg vil først gi en definisjon av sosialfobi i følge ICD- 10 systemet, hentet fra Eknes (2003), som brukes av verdens helseorganisasjon, der defineres det slik:

F40. 1 Sosiale fobier

”Frykt for å bli kritisk gransket av andre mennesker, som fører til unnvikelse av sosiale situasjoner. Mer gjennomgripende sosialfobier er vanligvis forbundet med lav selvfølelse og frykt for kritikk. De kan komme til uttrykk som rødming, skjelving på hendene, kvalme, eller vannlatingstrang, og pasienten er av og til overbevist om at en av disse sekundære angstmanifestasjonene er det primære problemet. Symptomene kan gå videre til panikkanfall” (Eknes 2003:112)

Jeg vil også forklare hva en fobi er. Eknes (2003) forklarer fobi som en angst som er langt sterkere enn den objektive faren skulle tilsi, som også er forbundet med et sterkt ønske om å unngå eller flykte fra det man har frykt for.

Videre vil jeg forsøke å forklare hvordan sosialfobi utarter seg for den enkelte med utgangspunkt i WHO sin definisjon fra ICD-10 systemet.

Eknes (2003) sier at det som er fremtredene ved sosialfobi, er selve frykten for å bli vurdert negativt av andre personer. Selve angsten er svært sterk, og hindrer personer som har denne angsten i å gjøre viktige ting i livet. Eksempel det å gå inn i situasjoner hvor man da blir vurdert av andre, kan sammenlignes med det at en person som har vannskrekk blir kastet på

dypt vann. Mange personer som har denne angsten beskriver øyekontakt med andre som det vanskeligste. Videre sier Eknes (2003) at sosiale fobier utvikles ofte under tenårene og er en redsel for andres granskede blikk særlig i små grupper noe som medfører unnvikelse av sosiale situasjoner.

Personer med sosialfobi har generelt store problemer med selvtilliten, mens andre igjen har problemer med selvtillit i spesielle situasjoner. Selve fobien kan omfatte få og spesifikke situasjoner eller den kan omfatte alle situasjoner der de blir vurdert av andre. Selve angsten for andres vurderinger gjør at det blir vanskelig for disse personene å få tak i nyansen i samspillet mellom mennesker. Man vurderer andres blikk negativt, selv om blikkene er nøytrale eller til og med positive. Personer med fobi undervurderer ofte sine egne ressurser, og fremhever sine svake sider ved seg selv, slik at små feil blir sett på og opplevd som katastrofer. Selve tanken på en spesifikk situasjon som man frykter kan være langt sterkere enn selve angsten og frykten i selve situasjonen. Personer med sosialfobi er særlig følsomme for kroppslige fornemmelser, slik at symptomer som skjelvninger og rødming vil føre til katastrofetanker. I følge Holden (2008) presiserer han at det ikke er et krav til personene som har en fobi å forstå at angsten er overdrevet eller urimelig, siden personer med utviklingshemming ofte har svak forståelse av dette. I følge ICD-10 er dette kravet beskjedent.

4.3 Behandlingsmetoder for mestring av angst

Jeg skal her gi et innblikk i behandlingsmetoder som blir brukt for å mestre fobisk angst herunder sosialfobi. Torkil Berge og Arne Repål (1997) beskriver hvordan eksponeringstrening ved fobisk angst utarter seg.

4.3.1 Hva innebærer eksponeringstrening?

Jeg vil begynne med en definisjon av hva eksponeringstrening er, som er tatt fra Berge og Repål sin bok *”Trange rom og åpne plasser”* de beskriver det slik:

”All erfaring viser imidlertid at det mest effektive en kan gjøre for å få mindre angst, er å utsette seg for den på en planlagt og systematisk måte. Ved å være i situasjoner som er angstskapende, Kan vi over tid minske eller fjerne angsten helt. Det å utsette

*seg for slike situasjoner, og bli der til angsten har begynt å avta kalles
<eksponeringstrening>” (Berge og Repål 2004:121)*

Berge og Repål (2004) sier at det sentrale med denne treningen er å fokusere på det å venne seg til det kroppsreaksjonene man har lært seg å frykte fordi de som regel blir forbundet med panikk anfall. Videre rettes altså treningen mot det og ha angst for selve angsten og den kontekst den inngår i. Har man først fått utviklet angst for spesielle situasjoner og kroppsforfølelser, så hjelper det sjeldent med ren viljestyrke eller mot. Selve angsten kan øke når man går inn i situasjonen, man greier ikke å være i den og flykter. Det viktigste er å bli værende til angsten er blitt mindre. Dette fordi at viss man trekker seg unna situasjonen når angsten stiger eller er nådd toppen er dette med på å vedlikeholde angsten. Det er derfor viktig at eksponeringstreningen legger vekt på å være en planlagt og systematisk trening. For har man hatt angst eller en fobi over lengre tid blir man ekspert på å unngå det man frykter. Det som er det negative med denne unngåelsen er at den er med på å opprettholde problemet.

Berge og Repål (2004) sier at skal man prøve ut denne formen for angsttrening, må man finne frem til situasjoner man er engstelige for. Det kan dreie seg om situasjoner som å gå og handle i butikken, være i nærheten av hunder, kjøre buss, være i forsamlinger eller delta i selskap. Man må dele opp de situasjonene man er engstelig for opp i mindre enheter. For eksempel går man til butikken så er det en rekke ting man gjør, man går inn finner tak i varen, går til kassen, står i kø, betaler og går ut av butikken. Man kan gå til butikken, man trenger da ikke gå inn i selve butikklokalet, men da kan man starte treningen ved butikken. Selve eksponeringstreningen blir da å lage en liste over de aktiviteter eller situasjoner. Aktivitetene og situasjonene deles da inn etter hvor vanskelige de er. Det viktige er at man setter seg realistiske mål, med noe man har en mulighet for å klare, man må her ta et skritt av gangen.

Dette vil jeg belyse ved hjelp av et eksempel fra Berge og Repål (2004).

Når man lider av vannskrekk og har bestemt seg for å prøve ut eksponeringstrening. Så kan man begynne med å sitte femten meter unna vekke fra strandkanten. Da kan man sitte ved strandkanten til man føler seg rimelig trygg. Deretter beveger man seg gradvis ned mot strandkanten og sjøen. Da er det viktig at man bruker et tempo som passer den enkelte, dette kan man bruke en dag på, eller det kan gjøre hver dag i en uke. Når man da kan sitte like ved vannkanten uten å være redd, kan man prøve å stikke en fot nedi vannet deretter den andre. Når det har gått en stund, minutter, timer eller dager, alt etter hvor stor vannskrekken er vil

man venne seg til det at føttene er i vannet. Så beveger man seg utover i vannet til over kroppen er dekt av vann, der kan man øve på å svømme på relativt grunt vann. Etter hvert langsomt og forsiktig overvinner man vannskrekken. Man kunne gjort det mye fortere ved å kaste seg fra bryggekannten rett ut i selve sjøen. Dette kunne kanskje gått bra, men det kunne også ført til at man hadde fått en enda større angst for vannet. Man kunne følt at man holdt på å drukne og at man mistet kontroll over situasjonen. Den gradvise fremgangsmåten ved eksponeringstrening tar lengre tid, men man har en økt kontroll over hva som skjer og man blir sikrere på å vinne frem til slutt.

Videre sier Berge og Repål (2004) at det som er viktig i forhold til eksponeringstrening er å kartlegge de forholdene som fører til mindre angst og økt angst slik at man kan benytte seg av dette i treningen. Eksponeringstreningen innebærer da at man må gå inn i de situasjonene som man har angst for. Målet blir da å bli værende i selve situasjonen til man føler at angsten blir mindre. Når man går systematisk til verks og oppsøker det man har angst for vil denne frykten bli stadig mindre. Selve kroppen har en fysiologisk lov som gjør at den lærer seg å reagere med alarm når man er i bestemte angstfylte situasjoner, men man kan også lære kroppen til ikke å slå alarm. Dette kalles for betinging og avbetinging. Når man da føler at angsten er blitt mindre, kan man i få frem andre følelser i situasjonene som hadde angst for. Kroppen blir vant til den angstfylte situasjonen og aktiviteten kan til og med virke som en belønning. For personen som har angst kan gjennom erfaring lære seg å håndtere som man frykter på en bedre måte, ved at man danner seg et nytt bilde der en selv der en mestrer ubehaget. Når man jobber med angsten på en måten vil man kunne få en varig bedring, dette er påvist gjennom vitenskapelige undersøkelser. Videre sier Berge og Repål at det kreves at man er motivert og at man har viljekraft og tilslutt men ikke minst det kreves mot.

4.3.2 Et treningsprogram for personer med utviklingshemming og angst:

Ved eksponeringstrening legges det vekt på å ha et grundig treningsprogram. Siden min oppgave omhandler personer med personer med fragilt X syndrom vil jeg vise til Eknes (2003), der han gir et eksempel på hvordan et treningsopplegg for personer med utviklingshemming som har sosialangst (fobi) kan se ut:

Sett av tid. Selve behandlingen kan være tidkrevende både for selve hovedpersonen men også for hjelperen. Føler man at man mangler tid og eventuelt energi så bør man ikke gå i gang

med treningen akkurat da. Da bør man heller vente til man har den energien og motivasjonen som er nødvendig.

Den som eier problemet må gjerne eie løsningen også. Vår rolle som hjelper skal sikre at framgangsmåten som man bruker er i overensstemmelse med faglig gode prinsipper. Men også her er det en rekke beslutninger som også utviklingshemmede kan ha forutsetninger for å ha fornuftige meninger om. Dette går på både hva det skal trenes på og hvordan dette skal foregå.

La hovedpersonen oppleve kontroll. Det er viktig å ikke manipulere personen å gå lengre enn det man har planlagt. Avtaler som man inngår kan endres spontant, men bare når det er hensiktsmessig og fornuftig. Her sier Eknes (2003) at man må utvise både fagvett og folkevett.

Tren i naturlige situasjoner. Selve behandlingen bør foregå i den konteksten eller situasjonen som er så lik det hovedpersonen har angst for.

Tenk pauser ikke tilbakefall. I slik behandling vil man oppleve at man gjerne tar to skritt fremover, men et skritt tilbake. Det viktige er å la vedkommende holde fokus på sin fremgang heller enn at han tok et skritt tilbake. Selv om treningen kan bære preg av pauser i fremgangen hos vedkommende så starter man ikke helt på nytt.

Forbered hovedpersonen. Her er det viktig at hovedpersonen og andre blir forberedt og at man underveis kan trenge noen pauser. Man kan si til hovedpersonen at treningen ikke trenger å lykkes hver eneste gang. Dette kan virke forebyggende slik at vedkommende ikke opplever det som et nederlag, eller overdramatiserer når ting ikke går som forventet.

Bli enige om konkrete mål. Det er viktig at man har mål med hva man vil oppnå med treningen, målene må være konkrete og ikke bli for generelle i sin utforming.

Lag en realistisk og konkret fremdriftsplan. Det å sette opp en fremdriftsplan kan være utfordrende. Man kan sammenligne det med å plassere steiner i en elv man vil komme over. Det som er selve kunsten er å plassere disse steinene riktig slik at avstanden mellom steinene slik at de sikrer oss i å krysse raskt og trygt. Ligger disse steinene for tett går det saktere en man trodde og er steinene for langt fra hverandre kommer man ikke videre i det hele tatt.

Tren regelmessing og systematisk. En del av selve fremdriftsplanen bør inneholde punkter på hvor ofte hjelperen skal yte bistand til hovedpersonen og varigheten på øktene for eksponeringstrening. Den erfaringen som er gjort viser at jo oftere man trente og jo lengre øktene varte jo bedre ble de resultatene man fikk. Det som er anbefalt er trening fra tre til fem dager i uken, med en lengde på en time hverdag. Men man må ta høyde for individuelle tilpasninger alt etter hva som er mest hensiktsmessig. Men man bør prøve å få til eksponeringstreningene slik at de bli så regelmessig som mulig. Dette vil gi størst gevinst på sikt med tanke på resultat.

Lag et hierarki over treningsoppgaver basert på stigende vanskelighetsgrad. Det som bør komme frem av fremdriftsplanen er at det man setter opp er realistisk og hovedpersonen er i stand til å greie uten å få for mye angst. Det som er beskrevet som en fordel er å ha en plan som er detaljert, og har mange ledd. Det at man har ledd med i fremdriftsplanen betyr ikke at fremgangen vil gå senere. Det kan medføre at man får gått gjennom fremdriftsplanen raskere.

Lag en oversikt over hva som er lettest og vanskeligst for hovedpersonen i angstsituasjoner. Her bør man forsøke å systematisere den informasjonen om angst og hvordan denne føles for hovedpersonen i de ulike situasjonene, samt de ulike fasene ved eksponeringstreningen.

Møt angsten. Det å benytte seg av beroligende medikamenter og alkohol under treningsøktene er i følge Eknes (2003) forbudt. Man skal være varsom med å ta i bruk musikk samt andre virkemidler som gjør at hovedpersonen distanserer seg fra det an/hun frykter. Det som er det viktigste ved selve eksponeringstreningen er å åpne for angsten, slik at tanker på andre ting ikke virker forstyrrende. Det at man kjenner etter hvilke følelser og reaksjoner man får under økten er den beste formen for trening. Man kan også komme med avslapningsøvelser og instruksjoner, dette gjøres samtidig som man fokuserer på angsten.

Vær ærlig og oppmuntrende. Man skal ikke drive med bagatellisering av de vansker hovedpersonen opplever. Man skal prøve å unngå uhensiktsmessige diskusjoner. Spesielt under selve treningsøktene, dette på grunn av at hovedpersonen er under press og dette kan lede til sinne. Det man her kan gjøre er å inngå avtaler på forhånd om ikke å krangle mens treningen pågår. Som hjelper skal man søke å forstå angsten ut i fra personens ståsted da kan den bli lettere og forstå.

Holde ut. Man må ikke avbryte treningen mens man ser at angsten stiger eller er kommet på topp. Derfor er det viktig at øktene er individuelt tilpasset, ros og skryt (støtte) slik at vedkommende klarer å stå i situasjonen til angsten er redusert og blitt mindre. Det som er det optimale er at hovedpersonen blir i situasjonen til angsten er blitt ubetydelig, men dette er selvsagt ikke et krav. Dette siden så lenge personen har vært i situasjonen til angsten har sunket litt og forlater den, vil det fortsatt være en positiv effekt av treningen.

Vis anerkjennelse for fremskritt. Man må vite at man har forståelse for de pausene som kan komme. Det er viktig at man har øye på de små fremskritt.

Gi støtte og oppmuntring. Som hjelper skal man ikke overta kontrollen, det som er viktig med denne treningen er at personen selv lærer seg å kontrollere angsten i slike situasjoner i form av egen hjelp. Som hjelper kan vi være med i en angst skapende situasjon, der vi etter hvert trekker oss gradvis ut av situasjonen.

4.3.3 Medikamentell behandling av angstlidelser

I følge Holden (2008) er atferdsanalyse den best metoden som er mest effektiv mot psykiske lidelser for personer med utviklingshemming. Men likevel har medikasjon en viktig rolle og spille med tanke på behandling. Da benyttes det medikamenter som blir benyttet som psykotrop medikasjon. Jeg skal nå gi en definisjon av psykotrop medikasjon:

”Medikamenter som påvirker tankeprosesser, bevissthet, oppmerksomhet, persepsjon stemning og ytre atferd kalles <psykoaktive>. Medikamenter som er ment å forbedre slike prosesser kalles <psykotrope> (egentlig sinnsvendende). Andre ord for dette er <atferdsaktiv> eller atferdsendrende medikasjon” (Holden 2008:179)

De vanligste formene for psykotrope medikamenter som blir brukt i forhold til angst er kalt anxiolytika. De vanligste medikamentene er Stesolid, Valium, Vival (diazepam), Alopam, Sobril (begge oxazepam), Atarax (hydroxizin), og Buspar (buspiron).

Jeg vil gi en redegjørelse for bruken av hvilke medisiner som er mest vanlig i forhold til angstlidelser herunder sosialfobi. De medisinerne som man ofte bruker er antidepressiva, benzodiazepiner, betablokkere og andre medikamenter.

Antidepressiva

Eknes (2003) sier at dette medikamentet i hovedsak ble laget for å behandle depresjoner, men man har funnet ut at det også har effekt på mot angstlidelser, herunder kommer agorafobi, panikklidelser og tvangslidelser. Det som er positivt med denne typen medisiner er at den ikke fører til samme grad av avhengighet sett i forhold til benzodiazepin medikamenter. Denne type medisiner fungerer ikke med det samme på angsten, men tar gjerne et par uker, av og til kanskje lengre. Dette sier Eknes(2003) er personavhengig. Disse medikamentene tas regelmessig over et tidsrom på 6-9 måneder, da etter en opptrappingsfase. Viss man i tillegg til å ha angst har en depresjon vil antidepressiva som medisin fungere godt da det vil kunne gjøre personen tilgjengelig og mer motivert for å ta i bruk annen type behandling. Eknes (2003) sier at viss man velger å bruke antidepressive medikamenter for å bekjempe angst bør dette kombineres med eksponeringstrening og lignende. Han sier videre at bruken av denne type medisiner ikke hemmer selve eksponeringstreningen. Viss man velger å bruke av antidepressiva, og det får en god effekt og det fungerer angstdempende, kan angsten dukke opp igjen når man slutter med det. Dette i motsetning viss man kombinerer psykotrop medikasjon med eksponeringstrening/kognitivterapi.

Bruken av denne type medisin har også bivirkninger, dette er spesielt synlig i selve oppstartsfasen, man kan for eksempel føle seg mer urolig for en periode ved at man får økt angst. Andre typer bivirkninger som kan finne sted er, kvalme, svimmelhet, munntørrehet, treg mage eller man kan få diaré, problemer med å urinere, seksuelle problemer, samt problemer med nærsynthet, skjelving, svetting, nervøsitet og uro. De ulike typene antidepressiva har ulike bivirkninger, ved at man bytter fra en type til en annen kan være med på å få bukt med bivirkninger i noen tilfeller. Men etter hvert vil disse bivirkningene bli mindre som tiden går. Videre sier Eknes (2003) at effekten av medikamentene kan i noen tilfeller være større enn bivirkningene. Da er det viktig at man veier både for og imot med tanke på effekten legemiddelet har i forhold til bivirkningene som kan oppstå. Videre sier Eknes at viss man slutter brått med antidepressiva kan man få bivirkninger i som søvnevansker, man fryser, mangler matlyst, og kan oppleve kvalme. Når det gjelder personer med psykisk utviklingshemmede eller personer med hjerneskade kan de reagere forskjellig på medisinen ved å få atypiske reaksjoner på medikamenter som antidepressiva. Derfor er det viktig at ved bruken av denne type medikasjon så må personene følges nøye opp.

Benzodiazepiner

I følge Eknes (2003) har disse medikamentene en angstdempende effekt. Tiden det tar for virkningen av medisinen å inntreffe er fra en halvtime til en time etter man har tatt benzodiazepin - tablett. Skal man oppnå en jevn senking av angstnivået må dosen bli tatt flere ganger daglig. Bivirkningene man kan oppleve er at reaksjonsevnen og selve korttidshukommelsen blir dårligere ved denne type medisiner. Ved doser som er moderate kan man også oppleve å få angst som en del av bivirkningene. Det som kjenner typer denne typen angst er at den kalles "kjemisk angst" siden den er forårsaket av medikamentet som er gitt. Denne typen angst forsvinner ikke ved angstrening som er også kalt (eksponeringstrening). Det som eneste som vil hjelpe for å bli kvitt den kjemiske angsten er å slutte med medikamentet. Andre bivirkninger som kan forekomme ved denne type psykotrope medisiner er, man blir trøtt, føler man mangler initiativ og lyst, man kan bli deprimert, føle seg svimmel, man kan få muskelsvakhet, en sjelden bivirkning er oppstemthet, selvkontrollen kan være svingende, man går opp i vekt og får økt appetitt, seksuallysten blir nedsatt, man blir kvalm, får hodepine, kan bli uklar i talen og ha vansker med å styre (koordinere - bevegelser) kjent som ataksi og allergiske reaksjoner i selve huden.

Videre forklarer Eknes (2003) at bruken av denne type angstdempende medisiner kan hemme angstreningen (eksponeringstreningen). Derfor kan angstrening være uaktuelt til man har greid å slutte med medisinen. Et alternativ kan være at man unngår å innta medisin de dagene man skal ha treningsøkter med eksponeringstrening, når man skal gå i situasjoner der man møter angsten. Eller man kan la det gå fire timer fra man tar medisinen til man igangsetter angstreningen. En annen bivirkning ved denne type psykotrope medikamenter er det at man kan risikere å bli fysisk avhengig viss man går på dem for lenge da over et tidsrom på uker eller måneder. Dette har sin årsak i at kroppen utvikler en toleranse for medikamentet, dette fører til at man må øke dosen for å få den originale angstdempende effekten. Ulempen ved dette er når man skal slutte med medisinen (betyr det samme som å seponere) så har kroppen blitt vant dosen med medisin. Da kan personen oppleve store symptomer på abstinens. Dette igjen fører også til bivirkninger som angst, man blir rastløs, kan få hjerteklapp, man blir svimmel, man kan få skjelvninger, kan få hodepine, humøret blir ustabil, appetitten blir redusert, man får tåkesyn, problemer med søvn, ved at man ikke får sove. På grunn av bivirkningene og at man kan bli avhengig er bruken av dette medikamentet anbefalt i korte perioder når angst problemene er av akutt art og om man sliter med søvnvansker. Men det sies at i de fleste tilfeller vil man ikke være tjent med å benytte seg av denne type

psykotrop medikament i behandlingen av angstsyndrom, sett i forhold til alternativene som er aktuelle.

Betablokkere

I følge Eknes (2003) er medikamentet Betablokkere den medisinen som er mest brukt i forhold til behandling av hjerte og blodtrykk. Dette medikamentet blir også brukt ved angstlidelser, typene som blir brukt er da Indreral, Aprenolol samt Tenormin disse kan bli brukt i behandlingen av angstlidelser som har kropps symptomer som er sterke og fører til skjelvinger, hurtige og eller uregelmessige hjerteslag samt sterk svette. Skal man eventuelt bruke denne type medikamenter alene, blir de forskrevet til bruk i situasjoner der man skal yte sitt maksimale under påsyn av andre mennesker. For eksempel ved jobbintervju eller ved eksamen og det å stå på en scene. Denne type angstdempende medisiner fungerer slik at man ikke får en fysisk avhengighet, den er ikke vanedannende, men man kan få en psykisk avhengighet ved regelmessig bruk. Dette kan føre til at man i situasjoner man da føler angst ikke greier seg uten medisinen. Denne type medisin kan også ha bivirkninger, ved at man kan få lavt blodtrykk, dette er betablokkerens egentlig ønskede effekt men det kan medføre at man blir svimmel. Andre bivirkninger som kan oppstå ved bruk av dette medikamentet er at man kan føle seg trøtt, eller bli deprimert.

4.3.4 Forutsigbarhet

Forutsigbarhet i forhold til personer med utviklingshemming er et begrep som er veldig viktig da en forutsigbar hverdag skaper trygghet for den det gjelder da man får informasjon på forhånd og blir bedre forberedt på de situasjonene man skal imøtekomme. Eknes (2003) beskriver forutsigbarhet og tilrettlegging slik:

”Mange har et sterkt behov for å få en strukturert oversikt over dagen. Selv om de kjenner aktivitetene og kan redegjøre for dem muntlig, kan de ha stor glede av en visuell fremstilling, med ord, konkrete, piktogrammer, eller bilder. Aktuelle virkemidler for de som har utbytte av stor grad av oversikt og forutsigbarhet i et perspektiv på flere dager eller timer kan være bruk av ukeplaner eller dagsplaner”
(Eknes 2003:232-233)

Eknes (2003) sier at det at man gjør hverdagen mer forutsigbar hjelper vedkommende å få kontroll over egen hverdag. Videre kan personer med utviklingshemming reagere med usikkerhet og uro når de må vente dette gjelder personer er rastløse av seg eller er hyperaktive. Videre skriver Eknes (2003) at når man benytter seg av ukeplaner/ dagsplaner kan det være med på å skape trygghet og ro for den det gjelder. Håkonsen (1999) sier også at når pasienter kan forutsi stressbelastningene, så blir man forberedt på de sanseintrykkene som man forbinder med stressopplevelsen, det kan redusere ubehaget og den aktiveringen som skjer rent følelsesmessig i forbindelse med stresset i situasjonen man skal møte.

4.3.5 Tillit

Det å ha skape tillit i relasjonen mellom hjelper og bruker er etter min mening avgjørende for å skape en god ramme for samhandling og forståelse. Lorentzen (2003) beskriver tillit slik: ” *Tillit er noe som er der, og som er tilstede i våre liv, for eksempel i måten vi slår an tonen i våre samtaler med hverandre på*” (Lorentzen 2003:209). Jeg mener at tillit i en relasjon må ligge til grunn viss man skal kunne bistå den man skal hjelpe på en så god måte så mulig. Vil her trekke inn Eide og Eide (2007) sin definisjon av *situasjonsbetinget tillit*. De forklarer det slik: ” *Erik. H. Erikson (1950) kaller grunnleggende tillit (basic trust). Begrepet innebærer en tillit til at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være, og at noen tilbyr hjelp viss man trenger det.*” (Eide og Eide 2007:57-58). Med dette mener Eide og Eide (2007) at hjelperen kan gjøre dette ved å skape en relasjon hvor man som pasient får opplevelsen av det å ha en situasjonsbetinget tillit, da dette kan føre til at den man hjelper opplever en økt opplevelse av styrke og håp. Videre forklarer de at man som hjelper kan gjøre dette ved å gi personen det gjelder god omsorg, hjelper personen med å holde avtaler, samt å være med på å skape et sosialt nettverk der dette er en mulighet, evnen til å være tilstede for den som trenger bistand lytte til vedkommende å gi den hjelpen som personen trenger.

4.3.6 Kommunikasjonens betydning i den terapeutiske relasjonen

Håkonsen (1999) beskriver hvor viktig kommunikasjonen er i samhandling med dem man skal bistå. Videre sier han at den profesjonelle yrkesutøvers kommunikative ferdigheter i kommunikasjon ikke er det som gjør at pasienten får hjelp, men det at pasienten blir i stand til å få økt mestring, og kan leve sitt liv på en bedre måte. Håkonsen (1997) beskriver disse

ferdighetene som den terapeutiske relasjonen mellom hjelper og pasient. Jeg vil beskrive de grunnleggende trekkene for kommunikasjon i den terapeutiske relasjonen:

Oppmerksomhet. Er hvordan man som tjenesteyter på en måte som er hensiktsmessig orienterer seg mot pasienten, samt at man tar seg den tiden som er nødvendig.

Lytting. Er den ferdigheten som viser vår evne til å fange opp det budskapet man som pasient sender ut, dette går på både den verbale og ikke verbale kommunikasjonen.

Empati. Er de ferdighetene der hjelperen viser sin evne til å formidle sin forståelse til pasienten, dette går ut på at hjelperen viser innlevelse i og forståelse for budskapet til pasienten, samt det å gi forståelse for budskapet til pasienten tilbake, slik pasienten på den måten får opplevelsen av å bli respektert og forstått.

Utforskning. Hvordan hjelperen klarer å utforske pasientens, tanker, opplevelser, følelser og atferd. Samtidig hvordan vi som hjelper benytter oss av dette videre i det terapeutiske arbeid. Denne utforskningen kan også av og til være med på å få hjelperen til å utvikle nye perspektiver som kan bidra til at pasienten er med på å forholde seg mer hensiktsmessig når det gjelder sine helseproblemer.

5. DRØFTING

5.1 Innledning

I denne delen av oppgaven min skal jeg prøve å gi svar på problemstillingen min. Dette vil jeg gjøre ved hjelp teorien som jeg har presentert foran i teoridelen. Samtidig vil jeg trekke inn mine egne refleksjoner og henviser til egne eksempler fra egen arbeidserfaring. Da jeg ved siden av vernepleiestudiet har jobbet i bolig for personer med psykisk utviklingshemming, der jeg har fått bistått to personer som har fragilt X syndrom og sosialfobi (sosialangst).

5.2 *Betydningen av tillit i møte med personer med Fragilt X syndrom med sosialfobi*

Når man som vernepleier skal bistå personer som har diagnosen fragilt X syndrom med sosialfobi, er betydningen av en god relasjon mellom hjelper og tjenestemottager av avgjørende betydning med tanke på den videre behandlingen av sosialfobi. Det jeg her tenker på er betydningen av tillit, god kommunikasjon og forutsigbarhet. Dette er noe som jeg mener må ligge til grunn for å oppnå en god terapeutisk relasjon til personer med fragilt X syndrom med sosialfobi. Det at personen man skal hjelpe har tillit til hjelperen er viktig i en hver situasjon der man som vernepleier skal yte bistand. Men kanskje enda mer betydningsfull når man som vernepleier tar sikte på å hjelpe til i behandlingen av en sosialfobi. Eide og Eide (2007) skriver om basic trust som betyr grunnleggende tillit der personen opplever trygghet i tilværelsen og i forhold til hjelperen. Dette er avgjørende når man skal bistå i for eksempel i angsttrening. For sosialfobi gjør at man i spesielle situasjoner kan få angstanfall, da tenker jeg at hjelperen kan fungere som en støtte, den personen som gjør vedkommende trygg ved å hjelpe han/henne ut av situasjonen. For at dette skal kunne oppnås er tilliten i relasjonen mellom hjelper og tjenestemottager en avgjørende faktor. For har man ikke tillit, men mistillit vil vedkommende ikke stole på hjelperen og følelsen av hjelpeløshet vil kunne virke overveldende. Her snakker Eide og Eide (2007) om *situasjonsbetinget tillit* der hjelperen gjennom sin tilstedeværelse er med på å skape trygghet, der man lytter og ser den andre, samtidig som man gir den hjelpen som er nødvendig. Dette er med på gi personen styrke og håp. Tillit er også viktig i forhold til de som har fragilt X syndrom siden de i følge frambus informasjon folder (2007) har en sensorisk sårbarhet. Også i følge frambus hefte ”en orientering” (1996) så mangler disse personene det naturlige filteret til å sortere sanseinntrykk

da de tar inn over seg veldig mye. Her er tenker jeg også at tillit er viktig hvis vernepleieren har god tillit så kan det bli lettere å hjelpe personen ut av situasjoner der de opplever for mange inntrykk og blir urolige.

5.3 Kommunikasjonens betydning i den terapeutiske relasjonen i møte med fragilt X syndrom og sosialfobi.

I alle hjelperelasjoner er kommunikasjonen mellom den som trenger hjelp og tjenesteyteren slik jeg ser det en sentral faktor for at man skal få gitt den hjelpen som trengs. Viktigheten av at vernepleieren har kjennskap til personer med fragilt X syndrom med sosialfobi sin måte å kommunisere på er avgjørende viss man skal kunne greie å bistå disse personene på en god måte. Dette tenker jeg i forhold i hverdagen, men også i forhold til angsttrening der vernepleieren må kunne tolke de signalene både verbale og nonverbale hos personen man skal hjelpe. Håkonsen (1999) snakker om de grunnleggende ferdigheter man som helsepersonell bør inneha i en terapeutisk relasjon. Disse går ut på oppmerksomhet, lytting, empati, og utforskning. Jeg vil først begynne med å forklare i korte trekk disse ferdighetene slik jeg ser dem i forhold til rollen man har som vernepleier i samhandling med personer med fragilt x syndrom med sosialfobi.

Man må, som nevnt i teoridelen, i den terapeutiske relasjonen til den som trenger hjelp ta seg tid til å gi personen *oppmerksomhet*, dette viser at man er tilstede for vedkommende og dette kan virke beroligende og kanskje til og med angstdempende forutsatt at jeg som vernepleier har tillit hos personen jeg skal bistå.

Evnen å lytte er også en ferdighet som er viktig den terapeutiske relasjonen. Dette er den evnen som Håkonsen (1999) sier går ut på det å fange opp budskapet til den andre personen dette går både på verbale og non verbale tegn. Dette er slik jeg ser det spesielt viktig når man er i en hjelpe-relasjon med personer med fragilt X og sosialfobi. Man må lære den andre å kjenne og tolke signalene på rett måte. Det er på ingen måte en enkel oppgave, men på bakgrunn av jobberfaring med personer som har dette syndromet med sosialfobi, har jeg selv erfart viktigheten av å kjenne den andre å tolke signalene/språket riktig slik at man kan gi riktig tilpasset hjelp til rett tid. Dette kan være en utfordring siden de har, i følge Frambus informasjons folder (2007), forsinket språkutvikling som gjør at de har repeterende ord og

uttrykk med faste fraser. Språket kan i følge frambu ”en orientering” også bære preg av et ”papegøyspråk.

Også ferdigheten som går på vernepleierens evne til *empati* er viktig i den terapeutiske relasjonen. Der sier Håkonsen (1999) at hjelperen viser pasienten at han har forstått budskapet som pasienten formidlet og gir bekræftelse på forståelsen tilbake til pasienten. Dette er også noe jeg mener er en viktig del av det å ha en god kommunikasjon mellom hjelper og pasient. Det handler om å ha respekt for den man skal hjelpe, ved å vise at man har forstått det de vil formidle.

Også vernepleieres ferdigheter som går på og *utforske* pasientens tanker, opplevelser, følelser og atferd er viktig. Dette er etter mitt syn en ferdighet som er med på å øke hjelperens forståelse for den man skal bistå, ved at man prøver å gripe fatt i ståstedet til den andre. Om dette skriver Håkonsen (1999) at denne utforskningen kan være til med å få hjelperen til å utvikle nye perspektiver som kan bidra til at pasienten kan forholde seg mer hensiktsmessig til sine helseproblemer. Min mening her er at vernepleieren gjennom denne utforskningen i møte med personer med sosialfobi og fragilt X syndrom kan bidra positivt ved man gjennom samtale om angsten kanskje til en viss grad vil være i stand til å ufarliggjøre det vedkommende er redd for. Dette kan støttes opp gjennom det Håkonsen (1999) skriver om forutsigbarhet ved å samtale og gi informasjon om ting som har eller skal skje. Det er ikke sikkert at man med denne ferdigheten alene vil kunne redusere den sosialefobien helt, men den er slik jeg ser det en bra plass å begynne sett i forhold til videre angsttrening.

Utfordringene for vernepleieren blir her å legge til rette for kommunikasjon som er i samsvar med personens språklige utviklingsnivå, sett i lys av frambus informasjonsfolder (2007) som sier at den språklige og mentale utviklingen er forsinket.

Alle disse ferdighetene innenfor kommunikasjon i den terapeutiske relasjonen kan være med på å skape en trygg atmosfære rundt pasienten sammen med hjelperen. Jeg mener at når det er tillit til stede sammen med disse ferdighetene i kommunikasjon så kan dette være med på å gi positive bidrag i videre mestring av angst herunder sosialfobi hos personer med fragilt X syndrom.

5.4 Forutsigbarhet i møte med personer med Fragilt X syndrom med sosialfobi

Forutsigbarhet er et tema jeg ser på som viktig i forhold til det å skape en trygg hverdag for personer med utviklingshemming, da tenker jeg spesielt på personer som har fragilt X syndrom med sosialfobi. I følge Eknes (2003) sier han at personer med utviklingshemming kan ha stor nytte av å få struktur i hverdagen gjennom virkemidler som ukeplaner eller dagsplaner og at dette kan lette deres hverdag ved å skape mindre frustrasjon for personer som er rastløse og hyperaktive av seg. Dette er noe jeg selv har erfart i jobbsammenheng da jeg jobber i bolig for personer med psykisk utviklingshemming. Der dagsplaner og ukeplaner blir mye brukt både av meg selv som personal og beboerne. Disse planene er med på å skape en trygghet for beboerne ved at de gjennom disse får informasjon på forhånd både hva de skal gjennom dagen og uken. Jeg nevnte innledningsvis i metodedelen at jeg har jobberfaring med personer med fragilt X syndrom med sosialfobi. Der er min erfaring at forutsigbarhet er viktig for dem i hverdagen og er et positivt bidrag der de opplever kontroll over egen hverdag og egne aktiviteter.

I følge frabus informasjonsfolder (2007) har personer med fragilt X syndrom en medfødt sensorisk sårbarhet og at det derfor er viktig med psykiatrisk komorbiditet. Videre sier Håkonsen (1999) at forutsigbarhet er med på å hjelpe pasienten med å redusere stressbelastninger ved at man kan forutsi dem. Dette gjør personen forberedt på de sanseinntrykkene man forbinder med stress opplevelsen og er med på å redusere den følelsesmessige aktiveringen i en stressfylt situasjon. Min tolkning her er at gjennom forutsigbarhet er man med på å gi informasjon om det som skal skje, og dagsplanene og ukeplanene kan være med på å redusere den følelsesmessige aktiveringen i situasjoner som fremkaller angst hos personer med sosialfobi.

Jeg vil vise til et eksempel tatt fra egen arbeidserfaring med en person med fragilt X syndrom med sosialfobi der forutsigbarhet var en viktig faktor for å mestre angsten. Jeg vil kalle personen for Per. Per er en voksen mann med fragilt X syndrom med sosialfobi, og han har også moderat utviklingshemming. Per har sosialfobi i situasjoner hvor han møter mange ukjente personer på engang spesielt da i forhold til å gå på butikken samt sosiale tilstelninger. Historien jeg vil fortelle handler om Per sin frykt for den årlige julefesten på den lokale restauranten. Her kan han få angstanfall når han har mange ukjente personer rundt seg. I en

periode på mange år har han deltatt på selve julefesten, men vært den som har dratt hjem tidligst av deltagerne da han drar en time etter at han er kommet. Han sitter heller ikke i samme rom som de andre personene, men kikker gjennom et vindu inn i det andre rommet der de andre sitter siden han føler seg trygg der. I fjor så ville personale prøve å hjelpe Per til å mestre sin angst slik at han kunne få oppleve mer av festen enn han ellers pleide. Måten personale gikk frem var at man tre måneder i forveien forberedte ham på hva som skulle skje på festen.

Først forklarte de ham hvilke personer han kjente som skulle dit og at de hadde et eget bord helt i hjørnet ved utgangen av festlokalet der også han kunne sitte. Deretter forklarte de ham aktivitetene som skulle skje steg for steg gjennom kvelden. En av aktivitetene var musikk innslaget av en sang som Per kjente fra før og var svært glad i, dette håpte personalet kunne virke positivt slik at han kunne glede seg. De laget en kalender der de skrev ned datoen for festen som Per hadde i sin leilighet.

Denne kalenderen ble brukt av Per hver dag på tidligvakt og seinvakt og han spurte personale om festen. Da forklarte personale ham hvem som kom som han kjente, at de skulle sitte sammen på et eget bord ved utgangen. Personale forklarte også de forskjellige aktivitetene som gikk ut på å spise god mat og om musikkinnslaget Per likte så godt. Denne forberedelsen der personale brukte ukeplanen og forklarte Per om festen pågikk i en tre måneders tid. Da festdagen var kommet var det særkontakten til Per som tok ham med, hun er en som kjenner ham godt og som han har tillit til. Han gikk inn på det anviste bordet for han så vennene sine der, han satt helt ved enden av bordet sammen med personal og de andre som han kjente. De spiste middag og så på musikk innspillet. Da dette var gjort ville han hjem da var det gått tre og en halv time. Denne dagen er slik jeg ser det en seier for Per. Han gikk fra å sitte i et helt annet rom å observere de andre til å delta på måltidet sammen med dem i det samme rommet. Samtidig dro han ikke før tre og en halv time etter festen var begynt og han fikk se musikkinnslaget.

Denne historien synes jeg er med på å vise hvor viktig forutsigbarhet og tillit til personale er for Per. Måten ukeplanen ble brukt på, var slik jeg ser det med på å forberede Per på de følelsesmessige reaksjonene han vanligvis forbinder med festsammenkomster med noe positivt i stedet for noe negativt og angstfylt. Dette var med på å hjelpe ham med en viss grad av mestring av sin egen angst. Jeg tenker at denne historien på en god måte viser det Eknes (2003) og Håkonsen (1999) snakker om i forhold til forutsigbarhet som går på det å skape

trygghet og ro, og hvordan forutsigbarhet er med på å forberede personen slik at den følelsemessige aktivering i en stresset/angstfylt situasjon bli mindre. Min tolkning er at ukeplaner og dagsplaner kan fungere som et av flere virkemidler i behandlingen av sosialfobi hos personer med fragilt X syndrom.

5.5 Eksponeringstrening som behandlingsmetode i møte med sosialfobi hos personer med Fragilt X syndrom

Her vil jeg drøfte hvordan atferdsterapi i form av eksponeringstrening kan være en behandlingsmetode for personer som har sosialfobi og fragilt X syndrom.

Eksponeringstrening er i følge Berge og Repål (2004) å utsette seg for angstskapende situasjoner på en planlagt og systematisk måte der man venner seg til kroppslige reaksjonene man har i situasjoner fylt med angst samtidig som en er i situasjonen til angsten begynner å avta.

Her tenker jeg at for personer med fragilt X syndrom med sosialfobi innebærer denne behandlingsmetoden at det er viktig å kartlegge hvilke situasjoner som fører til mye og lite angst, det er viktig å starte i det små. Man må sette seg realistiske mål og den treningen må være individuelt tilpasset den enkelte slik at man ikke setter for store mål i begynnelsen av treningen. Dette er også noe som Eknes (2003) og Berge og Repål (2004) beskriver om eksponeringstrening som metode. Som vernepleier kan man legge til rette for at eksponeringstreningen får en form og et innhold som er systematisk, målrettet og individuelt tilpasset. Forutsatt at vernepleieren har den tillit, kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om betydningen av forutsigbarhet for personen man skal bistå. Disse faktorene er etter min erfaring viktige momenter som må ligge til grunn i en hjelperelasjon, spesielt i forhold til personer med fragilt X syndrom med sosialfobi. Når tillit, kommunikasjonsferdigheter, samt kunnskapen om betydningen av forutsigbarhet er tilstede er det min mening at man har et godt fundament for videre behandling av sosialfobi gjennom angsttrening (eksponeringstrening). Når man lager et treningsprogram for personer med fragilt X syndrom med sosialfobi må man, slik jeg ser det, som vernepleier være oppmerksom på det brede spekteret i forhold til den mentale utviklingen hos denne gruppen. For i følge frambus orienterings hefte (1996) er graden av utviklingshemming fra normal til dyp . Her tenker jeg det er viktig at vernepleieren

legger til rette for angsttrening med et individuelt særpreg som er i samsvar med personens mentale utvikling.

Videre vil jeg vise et eksempel på hvordan et treningsprogram for angsttrening kan se ut for personer med fragilt X syndrom med sosialfobi. Jeg vil gjengi dette i korte trekk hvordan et tenkt eksempel av et program kan se ut. Her vil jeg bruke Per som eksempel, han liker å gå på butikken, men har samtidig fragilt X syndrom med sosialfobi. Dette gjør denne aktiviteten vanskelig for ham når det er mange mennesker i butikken. Jeg vil bruke Eknes (2003) sin mal for å belyse hvordan det kan gjøres.

Først må man sette av tid: denne type treningen kan være tidkrevende både for Per og hjelperen. Mangler man energi og motivasjon venter man til man er i bedre form.

Per er den som eier problemet: hjelperen skal sikre at treningen følger gode faglige prinsipper, men det er også viktig at Per for delta i utformingen der han har forutsetninger for dette.

Per må få oppleve kontroll: Per skal ikke gå lenger en det man har planlagt, avtaler han inngår kan endres spontant.

Tren i naturlige situasjoner: Her kan Per trene ved butikken, siden det er det han kanskje er mest redd for, det er viktig at treningen foregår i den konteksten Per har angst for.

Per må være forberedt: han kan trenge pauser dette må man godta.

Man må bli enige om konkrete mål: det er viktig at Per sine mål er oppnåelige i forhold til treningen.

Man må lage en konkret fremdriftsplan: Det å sette opp denne planen kan være utfordrende men her må man tilpasse den i forhold til hvordan øktene med Per skal foregå slik at det er en gradvis fremgang.

Treningen med Per må være regelmessig og systematisk: Dette er en del av fremdriftsplanen til Per. Der man setter varigheten på øktene her ville jeg begynt i det små på en halv time til en time tre ganger i uken. Dette tilpasses individuelt i forhold til hva Per har forutsetninger til å mestre med tanke på hvor sterk angsten hans er.

Hierarkis oppbygning av treningsprogrammet til Per: I Per sitt tilfelle ville jeg begynt med trening i situasjoner han mestrer der det første steget er trening utenfor butikken, og når han mestrer dette går vi et steg videre trinn for trinn. Dette kan gi ham følelsen av mestring etter hvert som han takler angsten bedre.

Lag en oversikt over det som er lettest og vanskeligst for Per: For Per kan dette være i selve butikken der det er mange personer som kan være vanskeligst, mens det å stå utenfor butikken er lettest, med tanke på hva han hva han føler i de situasjonene.

Per må møte sin angst: Som hjelper må vi hjelpe Per å møte sin angst, dette kan man gjøre ved at man beroliger Per, med eksempel hjelp av avslapningsøvelser og instruksjoner.

Vær ærlig og oppmuntrende til Per: Det er viktig at man som hjelper forsøker å unngå diskusjoner med Per i treningsøkten ved butikken da han er i en presset situasjon, som hjelper er det viktig at vi prøver å forstå angsten slik Per forstår den uti ifra sitt ståsted.

Hjelp Per å holde ut: Her er det viktig å gi ros å støtte til Per under treningen slik at han greier å stå i treningssituasjonen til angsten har blitt mindre. Det er ikke et krav at angsten forsvinner helt, Per vil ha positiv effekt av treningen selv om angsten kun reduseres litt.

Vise anerkjennelse for fremskrittene Per gjør: Det er viktig at man roser Per for små fremskritt under økten selv om man har mange pauser.

Gi støtte og oppmuntring til Per: Her er det viktig at hjelperen i treningsøkten ved butikken ikke tar kontrollen over situasjonen, her er det viktig at Per gradvis greier å kontrollere sin egen angst ved egen hjelp. Som hjelper kan vi være med men gradvis trekke oss ut av situasjonen.

Dette eksemplet kan være med å vise hvordan en tenkt plan kunne sett ut for en person med fragilt X syndrom med sosialfobi.

5.6 Medikamentell behandling i møte med sosialfobi hos personer med Fragilt X syndrom.

Når det gjelder behandlingen av angstlidelser hos personer med utviklingshemming, herunder personer med fragilt X syndrom med sosialfobi, er atferdterapi blitt favorisert som den beste behandlingsmetoden sier Holden (2008). Men i følge Holden (2008) har medikasjon en viktig rolle å spille i behandlingen av angstlidelser hos personer med psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Min tanke angående dette er at medikasjon ikke er noe man bør ta lett på i forhold til denne gruppen da mennesker med psykisk utviklingshemming kanskje er en gruppe som får veldig mye medisin og gjerne også blir overmedisinert. Før man tar i bruk medikasjon som virkemiddel i angstbehandling er det viktig med en grundig utredning og oppfølging av lege. For med medikasjon kommer det også bivirkninger. Det er derfor min mening at man må se på hvilken positiv effekt personen har av medikasjon opp mot bivirkningene av den

aktuelle medisinen som blir gitt. Her tenker jeg at om bivirkningene er større enn de positive effektene av medisinen så er det vanskelig å forsvare bruken av medikasjon i angstbehandling.

Bruken av psykotrope medikasjon i behandlingen av sosialfobi hos personer med fragilt X syndrom kan være et alternativ viss man sammen med lege finner dette forsvarlig. Med forsvarlig mener jeg at den sosialefobien er av en så alvorlig art at den er så sterk at den hemmer hovedpersonen i veldig stor grad i dagliglivet. Slik jeg ser det er vernepleierens rolle veldig viktig når det kommer til å være oppmerksom på virkningen medikamentene man da velger å bruke har på personen. De mest brukte medikamentene som blir brukt er antidepressiva og benzodiazepiner. Antidepressiva har mindre bivirkninger i følge Eknes (2003) enn benzodiazepiner, da de kan virke avhengighets skapende. Disse medisinen sett i forhold til eksponeringstrening er at benzodiazepiner i følge Eknes (2003) ikke er anbefalt, på grunn av bivirkningene og bør kun brukes over et korttidsrom. Videre sier han at om man skal bruke dette sammen med eksponeringstrening så må kroppen være fri for medikamenter under treningsøktene for å ha best mulig effekt av eksponeringstreningen.

Antidepressiva er i følge Eknes (2003) godt egnet til behandling av angstlidelser herunder sosialfobi. Siden denne typen medisin ikke gjør personen avhengig på samme måte som benzodiazepiner. Han sier videre at denne antidepressiva bør kombineres med eksponeringstrening da den kan motivere personen til å prøve en annen type behandling. Samtidig som denne type medisiner ikke hemmer eksponeringstreningen i like stor grad som benzodiazepiner gjør. Min mening er at man må bruke den type medisin som er mest egner seg best sammen med eksponeringstrening. Slik at det kan ha en synergisk effekt når man bruker begge deler. Da er min tanke at man må gå varsomt frem, rådføre seg med lege for å finne ut hvor aktuelt det er med medikasjon for å hjelpe den man skal bistå.

6. Avslutning

6.1 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg nå presentert det sjeldne syndromet fragilt X syndrom og sosialfobi. Videre har jeg fått forklart om syndromet hvordan det utarter seg, det samme gjelder sosialfobi. Videre har jeg forsøkt å gi et innblikk i behandlingsmetoder av denne sosialfobien sett i lys av fragilt X syndrom og hvilke tilpasninger i behandlingen man må være seg bevisst når man skal bistå personer med utviklingshemming. Dette gjelder både angsttrening (eksponeringstrening) og bruken av medikasjon. Videre har jeg fått drøftet betydningen av hjelperelasjonen i et behandlingsperspektiv av sosialfobi hos personer med fragilt-X syndrom. Det å trekke en konklusjon som følge av problemstillingen blir vanskelig med tanke på hva som fungerer best i behandlingen av sosialfobi, men den har gitt meg en viss innsikt og kunnskap om hva som kan fungere. Teorien jeg har tilegnet meg tror jeg vil være et nyttig redskap jeg som vernepleier kan benytte meg av. Det er først gjennom praktisk erfaring at jeg vil kunne ta i bruk disse behandlingsmetodene som jeg har beskrevet. Jeg har tro på at jeg selv som vernepleier i fremtiden med denne kunnskapen jeg nå har, har innsikt i hvordan jeg kan gå frem for å bedre livssituasjonen til de som lever med sosialfobi og fragilt X syndrom. Mine tanker og refleksjoner rundt denne oppgaven har vært mange. Oppgaven min er slik jeg ser den veldig teoretisk da jeg selv ikke har fått praktisk erfaring i angsttrening (eksponeringstrening) utover det jeg har lest av teori. Men denne teorien har gitt meg et nytt perspektiv på hvor viktig hjelperelasjonen er for personer som lever med fragilt X syndrom med sosialfobi, og kan danne et godt grunnlag for videre behandling herunder eksponeringstrening og medikasjon som kan dempe symptomene i særskilte tilfeller, som kan hjelpe vedkommende å mestre sin angst.

Litteraturliste

- Berge, Torkil og Arne Repål (2004) *Trange rom og åpne plasser*. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier. Aschehoug & co
- Dalland, Olav (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Universitetsforlaget, Oslo
- Eide, Hilde og Tom Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eknes, Jarle (2003) *Utviklingshemming og psykisk helse*. Universitetsforlaget
- Frambu helsesenter (1996) *Fragilt X- syndrom. En orientering*
- Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger (2007) Folder informasjon om sjeldne tilstander: *Fragilt X-syndrom*.
- Gundersen, Knut og Luke Moynahan (2006) *Nettverk og sosial kompetanse*. Gyldendal Akademiske.
- Holden, Børge (2008) *Psykiske lidelser og utviklingshemming*. Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Gyldendal Norsk Forlag
- Hougaard, Esben (2004) *Angst*. Mestring av angst og panikk. Tell Forlag a.s
- Håkonsen, Kjell Magne (1999) *Mestring og relasjon*. Psykologi med eksempler fra sykepleie. Universitetsforlaget AS
- Lorentzen, Per (2003) *Fra tilskuer til deltager: Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Universitetsforlaget
- Aadland, Einar (2006) "Og eg ser på deg". Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Universitetsforlaget

Selvvalgt litteratur

- Berge, Torkil og Arne Repål (2004) *Trange rom og åpne plasser*, s.121-170. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier. Aschehoug & co
- Holden, Børge (2008) *Psykiske lidelser og utviklingshemming*, s.112-161. Atferdsanalytisk forståelse og behandling. Gyldendal Norsk Forlag
- Håkonsen, Kjell Magne (1999) *Mestring og relasjon*, s.94-143. Psykologi med eksempler fra sykepleie. Universitetsforlaget AS
- Hougaard, Esben (2004) *Angst*, s.15-64. Mestring av angst og panikk. Tell Forlag a.s