



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

ACT - Acceptance and Commitment Therapy-

**Kan denne mindfulness-baserte kognitive metoden
være et alternativ til medikamentell behandling av
angstlidelser?**

**Is this mindfulness-based cognitive intervention an
alternative to medical treatment of anxiety disorders?**

Randi Brevik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 23. mai, 2012



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Norsk tittel:

**ACT – Acceptance and Commitment Therapy-
Kan denne mindfulness-basert kognitive metoden være et alternativ til
medikamentell behandling av angstlidelser?**

Engelsk tittel:

**Is this mindfulness-based cognitive intervention an alternative to medical treatment
of anxiety disorders?**

Forfatter(e): Randi Brevik

Fagkode: VPL05

Årstall: 2012

Studiepoeng: 15

Veileder: Nils Bekkevold

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: 23. mai 2012

11 996 ord

Forord

Life is suffering.

The Buddha

Er det lite realistisk å tro at et menneskeliv er uberørt av smerter og lidelser? Mennesker lider med de psykologiske smertene som påføres seg selv og som blir påført av andre. Vi sliter med minner, uønskete lyster og følelser. Vi tenker på dem, vi bekymrer oss om dem, vi forventer de skal dukke opp, og i flere tilfeller har vi en tendens til å nekte dem. Vi er uvillig til å akseptere, og forsøker å distansere oss fra dem. Vi lever i en ubevisst tilstand.

Samtidig er vi engasjert i livet. Vi elsker hverandre velvitende om at det kan føre til smerte. Vi reiser oss opp fra flammene og kjemper videre i de mest vanskelige tider. Selv når vi vet at livet har døden som følge, planlegger vi og legger tilrette for fremtiden. Vi er tilstedeværende og oppmerksom. Mennesket er et kompleks vesen som besitter mange motstridende egenskaper, og enkelte av våres liv kan sammenlignes med det å leve i kvikksand. Mennesker er i utgangspunktet problemløsere. Det som påvirker essensen av utfallet ligger i hvordan vi løser problemene. Da undres det, skjer dette med unngåelse eller aksept?

(utdrag fra ACT Made Simple: Harris 2009)

"Some changes look negative on the surface but you will soon realize that space is being created in your life for something new to emerge."

- Eckhart Tolle - The Power of Now



Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	1
1.2	Oppgavens formål	2
1.3	Relevans for vernepleieryrket	2
1.3.1	Måltrettet miljøarbeid	3
1.3.2	Samhandlingsperspektiv – Relasjonelle og kommunikative egenskaper	4
1.3.3	Vitenskapsteori – et humanistisk og hermeneutisk perspektiv	5
1.3.4	Empowerment	5
1.3.5	Verdier	6
1.3.6	Livskvalitet	6
1.3.7	Funksjonell analyse / Anvendt atferdsanalyse	7
1.3.8	Etikk	7
2.0	Tema og Problemstilling	8
2.1	Avgrensning ACT og angstlidelser	8
2.2	Begrepsavklaringer / definisjoner	8
2.2.1	ACT- Acceptance and Commitment Therapy	8
2.2.2	Angstlidelser	8
2.2.3	Kognitiv	9
2.2.4	Medikamentell behandling	9
2.2.5	Mindfulness	9
2.2.6	Mindfulness basert kognitiv terapi	9
2.3	For-forståelse	10
3.0	Metode	12
3.1	Litteraturstudie	12
3.2	Kildekritikk- Inklusjonskriterier/ utvelgelse/relevans	12
3.3	Analysemetode	13
4.0	Teori, funn og drøfting	14
4.1	Angst	14
4.2	Hva er angstlidelser?	14
4.3	Angst og experiential avoidance	15
4.4	Perspektiver innenfor behandling av angstlidelser	16
4.4.1	Medisinsk psykiatrisk perspektiv- Nevrobiologisk teori	16
4.4.2	Behavioristisk perspektiv	17
4.4.3	Psykodynamisk perspektiv	17
4.4.4	Humanistisk perspektiv	18
4.4.5	Medikalisering av psykiske lidelser –sosiologisk perspektiv	19
4.5	Medikamentell behandling av angst som metode	20
4.5.1	Vanedannede legemidler	21
4.5.2	Vanedannende medikamenter i forbindelse med angstlidelser	21

4.6	Hva er Acceptance Commitment Therapy?	22
4.6.1	ACTs syn på lidelse og helse	22
4.6.2	ACTs historie, filosofi og teori	22
4.6.3	Relational Frame Theory (RFT).....	23
4.6.4	Hvordan tankepråket påvirker oss	24
4.6.5	Metaforer - Hva er de og hva er dens funksjon?.....	25
4.6.6	Mindfulness i ACT.....	25
4.7	ACT i behandling av angst som metode	26
4.7.1	Mindfulness - basert kognitiv atferdsterapi (MBKT)	26
4.7.2	Gjennomføring av ACT	27
4.8	De seks grunnprosesser i ACT	27
4.9	Den Psykologisk Fleksibilitets Diamanten.....	29
4.9.1	Kan ACT behandlingen evalueres?.....	30
4.9.2	Studier og meta analyser av ACT	30
5.0	Sammenstilling	31
5.1	Medikamentell behandling av angstlidelser	31
5.2	Et skråblikk på medikamentell behandling av angstlidelser	31
5.3	ACT i behandling av angstlidelser	32
5.4	Et skråblikk på ACT i behandling av angstlidelser	33
5.5	Livskvalitet	34
6.0	Avslutning	35
6.1	Oppsummering	35
6.2	Konklusjon	35
6.3	Refleksjon.....	36
7.0	Referanser	37

Vedlegg 1 – Helhetlig arbeidsmodell

Vedlegg 2 – GAP modellen

Vedlegg 3 – sammendrag fra utvalgte meta analyser og undersøkelser

1.0 Innledning

Vi har alle utfordringer i vårt liv, men hva kan gjøres når man lider av angst? Angstlidelser er ifølge Helsetilsynet (1999) blant de vanligste sykdommene i befolkningen. Den kan dukke opp i mange settinger, hos mange utsatte grupper og til forskjellige perioder i vårt liv. Angst kan oppleves hos funksjonshemmede, innvandrere, den lokale kjøpmannen, deg selv eller noen nær og kjær i familien. Jeg ønsker å ta deg med på en reise der jeg vil utforske ACT metoden og anvendelse av den i behandling av angstlidelser. Hvordan ligger det an med medikamentell behandling? Intensjonen min er å skape et helhetsbilde for deg som leser. Forhåpentligvis klarer jeg å tilfredsstille min egen nyssgjerrighet underveis.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg er faglig interessert i mental balanse og psykisk helse. Etter noen år innenfor psykisk helsevern har jeg opplevd hvordan angstlidelser har vært en gjennomgående trekk. Jeg har fulgt med i debatten om medikamentell behandling av angstlidelser sett i forhold til psykodynamiske og anvendte atferdsanalytiske tilnærminger. Det har vært en del dekning de senere år i media der Helsetilsynet har tatt affære der leger har ukritisk levert et overskridende og urimelig antall resepter til enkelte pasienter. I et tilfelle i min egen kommune var det utskrevet opptil 77000 tabletter av varierende slag til en enkelt pasient av en og samme lege. Jeg har gjennom årene observert uenighetene mellom profesjonene om hvem som har den rette måten å tilnærme både psykiske og somatiske problematikk.

Tankene mine har ofte gått til hvor jeg står i forhold til dette. Jeg reflekterer over hvorvidt det foregår en stigende bevissthet rundt hvilke patologiske (sykeliggjørende) holdninger helsesektoren har i behandling av enkelte diagnoser. Jeg er realist med hensyn til at en del medisiner er nødvendig, forhåpentligvis i parallell samspill med annen terapi. Fagmessig har jeg erfart at atferdsanalytiske tilnærminger kan være et effektivt alternativ til medikamentell behandling av diverse lidelser. Jeg ble presentert for metoden Acceptance and Commitment Therapy (ACT) i mitt arbeid innenfor psykisk helsevern. Det er en forholdsvis ny behandlingsmetode i Norge. I det store utland har den i årevis vært benyttet overfor en rekke tilstander og lidelser med god effekt. Terapeuter og klinikker i Sverige har anvendt metoden i over et tiår.

Jeg har tanker om at det kan være hensiktsmessig som en profesjonell yrkesutøver å oppdatere meg på nyere teori og metoder som er relevant for vernepleieryrket. Dette for å styrke den teoretiske delen av det som Skau(2006) illustrerer som kompetansetrekanten. Det vil si teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Det som jeg synes er spennende med ACT metoden er at den gir rom for å være bevisst sine tanker, være observatør av aktiviteten som foregår innvendig. Dette kan etter min mening gi rom for å være mer delaktig i sitt eget liv og ikke leve et liv som tilskuer. Det finnes muligheter for et menneske å oppnå empowerment og makt til å skape sin egen psykologisk fleksibilitet.

1.2 Oppgavens formål

Hensikten med valg av tema er å få mer kunnskap om ACT metoden og om medikamentell behandling av angstlidelser. Resultatet håper jeg vil gi innsikt og dermed skape interesse for denne metoden som kan være et supplement for målrettet miljøterapi. I tillegg til dette, er det min hensikt å skape en bevissthetsendring rundt det å være delaktig og selvbestemmende over sitt eget liv. Studiene innenfor vernepleie har ført til at jeg arbeider ut ifra en humanistisk og helhetlig perspektiv til mine medmennesker som har behov for å oppnå endringer i sitt liv. Jeg forholder meg positiv til ideen om at alle vi har ressurser og nøkkelen til løsningen av sine utfordringer og å delta aktivt i å finne løsningen. Selvsagt innebærer det også å ha styrke til å be andre om bistand hvor det er behov. Muligheten for å finne mening eller læringspotensialet av sine utfordringer er også etter min mening en virkelighet. Jeg stiller meg undrende til om ACT metoden kan være et funksjonelt verktøy som gjør det mulig for de som lider av angst å oppnå dette?

1.3 Relevans for vernepleieryrket

Vernepleieutdannelsen har åpenbart for meg et bredere helhetsperspektiv. Metodene og menneskesynet som reflekterer vernepleiekompetansen promoterer egenskapen til å se etter alternative løsninger som kan sette fart i mestring og læring. Forhåpentligvis fører det til endring av miljø (målrettet miljøarbeid) og grad av selvbestemmelse(empowerment). Det er fordelaktig for meg som vernepleier å se for meg mulighetene.

”Verden er full av muligheter. Når man bekjemper utfordringer er det viktig å se mulighetene og se forbi hindringer som hemmer”. (Randi Brevik - 2012)

Jeg skal som vernepleier jobbe med mange type mennesker, sette meg inn i deres livsverden og miljø og ha innsikt i hvordan de opplever sitt liv. Jeg må ha gode kommunikasjons- og relasjonskunnskaper, egenskaper som vil gjøre det mulig for meg å bidra til økt selvbestemmelse. Dette er å ha et brukerperspektiv, som jeg mener er en av de grunnleggende egenskapene som gjør det mulig for meg å kunne utøve mitt arbeid. Hvordan anvendelse av ACT metoden innenfor vernepleieryrket kan ha sin relevans mener jeg kan være flerdelt. Jeg velger relevante fellesområder som jeg har erfart overlapper hverandre.

1.3.1 Målrettet miljøarbeid

Miljøterapi jobber ut ifra en relasjonsorientert og systematisk målrette metode som hjelper å skape situasjoner som kan føre til endring av tankemønstre og adferd. Nøkkelord her er mestring, følelser og samhandling. (Snoek og Engedal: 2008:53) Noen begrep som sees i sammenheng med vernepleieryrket er kartlegging av ressurser, endring av miljø, atferdsanalytiske metoder, brukermedvirkning, læring, sosialisering, tilrettelegging, livskvalitet, verdighet og omsorg. Vernepleieren jobber etter den helhetlige arbeidsmodellen (*vedlegg 1*), et verktøy som muliggjør kartlegging, analyse, målvalg, tiltak og evaluering på flere nivå samtidig. Den synliggjør miljøarbeid, som kan beskrives som: ”forståelsen og begrunnelsen for og gjennomføringen av en systematisk planlagt handling sammen med eller for en tjenestemottaker” ifølge Linde og Norlund (2003:22). Miljøarbeidet utføres ved å se systematisk, det vil si planmessig og gjennomtenkt, på hvilke ressurser som er i personens liv, til og med samfunnet hvor de bor. Dette mener jeg er å sette ting i sammenheng, det vil si kontekst.

Ideologien i Helse Norge har utviklet seg til en mer humanistisk tankegang de siste 20 årene. Med dette menes den medisinske forståelsen har tradisjonelt sett på ”funksjonshemming” som en egenskap ved individet, men den synes ikke å ta hensyn til faktorer og samfunnet som omgir denne personen. Jeg viser til St.meld. nr. 40 (2002-2003) og GAP modellen (*vedlegg 2*) som illustrerer nedbygging av funksjonshemmede barrierer. Helsetilsynet (1999) påpeker hvordan et av diagnosekriteriene for generell angstlidelse(GAD) knyttes til hvordan pasienten kan bli hemmet i arbeidslivet og på fritiden på grunn av sitt store trykksbehov og sin følsomhet for stress. De med angstlidelser opplever etter min oppfatning en viss grad av funksjonsvansker, da de til tider hindres både fysisk og mentalt til å fungere optimalt i hverdagen.

Vernepleiere bruker faglige tilnærminger for å minske misforholdet mellom individets forutsetninger og krav fra omgivelsene. Retten til likeverd, selvbestemmelse, aktiv deltakelse både personlig og sosialt er alle likeverdige mål innenfor målrettet miljøarbeid (FO 2008). ACT metoden ansees også som miljøterapi/arbeid. Det oppstår en felles og systemisk tilnærming i behandlingen og dette gjør alle involverte til miljøterapeuter. Dette kan observeres i klinikker som har implementert ACT, blant annet i Vestre Viken HF (Klinikk for psykisk helse og rus).

1.3.2 Samhandlingsperspektiv – Relasjonelle og kommunikative egenskaper

Innenfor sosialpsykologiske teorier (symbolsk interaksjonsteori), står samhandling, symbolikken og selvpplevelsen sentralt (Snoek og Engedal 2008:39). Fra et relasjonelt perspektiv er en vesentlig del av samarbeidsgrunnlaget innenfor målrettet miljøarbeid å oppnå gode relasjoner. Det hjelper å ha en bevissthet rundt samhandlingsperspektiv, det vil si det å forstå prosessen og relasjonen mellom mennesker. Ifølge Røkenes og Hanssen (2006) undergår samhandlingsperspektivet den ”fire – perspektiv” modellen for kommunikasjon og er forankret i intersubjektiv tenkning, fenomenologi, hermeneutikk og systemisk relasjonstenkning. Den består av egenperspektiv (min verden), andreperspektiv (din verden), intersubjektive opplevelsesfellesskapet (vår verden) og samhandlingsperspektiv (et metaperspektiv om samhandlingen oss imellom) (Røkenes og Hanssen 2006:36).

Generelt er ACT terapeuten passiv når det gjelder løsninger, men aktiv når det gjelder å få fram forståelsen av metoden (Holden 2007). ACT terapeuter oppfordres til å bruke metoden på seg selv slik at man forstår prosessen. Skulle terapeuten ikke klare å stå i sine egne ”ting”, kan det være vanskelig å relatere til prosessen i behandlingen. Og dette kan føre til vansker med å skape en relasjon til klienten. Hayes (2012) forklarer at ekte terapeutiske ferdigheter blir ikke til av å lese seg til det, men læres gjennom øving og erfaringer i samspill med klienten. Videre er muligheten for at den trygge og terapeutiske prosessen som kan forekomme under behandling er sannsynliggjort av det oppstår en god relasjon mellom klient og terapeut (Hayes 2012:142ff). Når vernepleieren og ACT terapeuten skal engasjere seg i terapeutiske prosessene, hjelper det at de har utviklet essensielle humanistiske kvaliteter. Medlidenhet, aksept, empati, respekt, og evnen til fortsatt å være psykologisk tilstede selv midt oppi sterke følelser. Dette gjenspeiler et humanistisk perspektiv.

1.3.3 Vitenskapsteori – et humanistisk og hermeneutisk perspektiv

Fra et vitenskapsteoretisk- og sosiologisk perspektiv lærer vernepleiere om hvor viktig det er å kunne sette seg in i den andres livsverden. Det vil si å ha bevissthet rundt andres meninger, intensjoner og følelser (Aadland 2010:180). Slike egenskaper kan forenkle tolkningsprosessen og hjelpe til å fange en hermeneutisk helhetsforståelse av andre med åpenhet og nyssgjerrighet. Vi lytter, vi erfarer, vi tolker, vi kommuniser, vi løser. Det er etter min oppfatning avgjørende å besitte gode kommunikasjons- og persepsjonsferdigheter (innsikt) i terapeutiske settinger. Ved nærmere undersøkelse kan man lett se koblingen mellom en ACT terapeuts og en vernepleiers tilnærming. Jeg opplever at begge har røtter i det eksistensielle og humanistiske. Haugsgjerd et. al(2004)setter lys på hvordan den humanistiske terapeuten jobber ut fra et helhetsperspektiv, der klientens tidligere historie fra barndom er av mindre betydning. Terapien fokuserer på følelser og tanker fra her og nå, og møter klienten i sin egen verden. Dette er i tråd med en ACT terapeuts verdibaserte retningslinjer.

Et humanistisk perspektiv kan også beskrives som å inneha fenomenologiske karakteristikk, det vil si den har hensikt i det ”å forstå”. (Haugsgjerd et. al 2004:218). Jeg undrer om muligheten for hvordan man kommer til forståelse gjør det lettere å bli bevisst på løsningen og faktisk handle deretter. For å kunne oppnå en eklektisk reflektert utøving av vernepleieryrket, belyser Garsjø (2001) viktigheten av å være bevisst på hvilke deler av våre kunnskapskilder, det vil si dybden og bredden av egne erfaringer, og hvilke teoretiske perspektiver som taes med i løsningen. Videre, det å ha forståelse for at andre mennesker har andre syn og kunnskapen i å vite hvordan man forholder seg til dette i samhandling Når jeg bevisst tar med meg innsikt i andres livsverden, og er samtidig bevisst på min egen forståelse(for-forståelse) for verden gir det ifølge Eide og Eide (2011) større sannsynlighet at situasjon blir løst på en helhetlig måte. Dette synes jeg beskriver en vernepleiers overordnet funksjon. Dette er også i tråd med de holdninger og prinsipper en ACT terapeut har i forhold til sine klienter.

1.3.4 Empowerment

Empowerment handler om å overføre makt fra mennesker som har innflytelse til andre som opplever å mangle kontroll over sentrale deler av sitt liv. Man søker å gi den svakeste part i en relasjon økt innflytelse, myndighet og verdighet.(Førland 2006:13). Jeg velger å beskrive det som å ta tilbake sin makt, eller det å myndiggjøre seg selv. Innenfor

psykologien refererer Bunkholdt (2008: 163) til hvordan systematisk myndiggjøring (empowerment) påvirker selvbildet ved å utvikle brukerens engasjement og egeninnsats som hjelper på veien til mestring og kompetanse. Ifølge FO's Yrkesetisk Grunnlagsdokument (2003) er det overordnede målet for en vernepleier å hjelpe et menneske oppnå livskvalitet. Der hvor klienten deltar aktivt og dermed oppnår selvbestemmelse og verdighet (empowerment) i hverdagen. En nøkkelfunksjon for den som er under ACT behandling er en forventningen om forpliktende og aktiv deltagelse.

1.3.5 Verdier

Helse og sosialfaglig arbeid er verdibasert, vokst ut av humanitære og demokratiske idealer. Som det kommer frem i FO's etisk grunnlagsdokument (1999), et yrkesetisk utgangspunkt for vernepleieren, er prinsippene av etikk og verdier grunnlagt i blant annet å identifisere og utvikle styrker hos hvert enkelt individ, gruppe eller nærmiljø og dermed fremme myndiggjøring av dem (Grønningsæter 2007:18). Opdahl (1999) beskriver verdier som subjektiv og fungerer som en mental relasjon til verden. Felles for en vernepleiers og ACT verdiprinsipper, er målet å hjelpe til utføre effektive og målrettede handlinger inspirert av og i tråd med valg av livsverdier og leve et funksjonelt liv.

1.3.6 Livskvalitet

Et av prinsippene som ACT metoden bygger på handler om å utføre effektive og målrettede handlinger inspirert av og i tråd med valg av livsverdier og leve et funksjonelt liv. Det å leve med sin lidelse, og dermed øke sin livskvalitet. Livskvalitet er vanskelig å definere. Jeg kom for øvrig over en interessant artikkel i av Siri Næss (2001) hvor hun refererer til et menneskes subjektive opplevelser og fremmer begrepet livskvalitet som psykisk velvære:

En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative.”

Siri Næss (2001)

Hun viser til at livskvalitet blir en tilstand hos den enkelte, ved følelsen eller opplevelsen av å ha det godt. Definisjonen ifølge Næss(2001), omfatter både det kognitive (det vil si tanker og vurderinger) og affektive opplevelser (følelsesmessige tilstander) der vi spør oss om vi er fornøyd med livet, om vi er glade og engasjerte eller engstelige og nedstemte? Hensikten i det å hjelpe andre oppnå livskvalitet og balanse står sentralt i en vernepleiers verden.

1.3.7 Funksjonell analyse / Anvendt atferdsanalyse

Et av vernepleierens mange verktøy er å ha kunnskap og kompetanse innenfor anvendt atferdsanalyse. Atferdsanalysens mål er å etablere behandlingsmetoder som bygger på grunnprinsipper for hva som påvirker atferd (Holden 2007) noe som vernepleieren tar hensyn til i sitt pedagogiske arbeid (læring og mestring). ACT metoden har ei bevisst kognitiv tilnærming der hvor terapeuten og hans viten om funksjonell analyse står også meget sentralt. Funksjonell kontekstualisme er ifølge Harris (2009) et begrep som betegner hvilken funksjon atferd har i en hvis setting, eller kontekst. Målet med funksjonell analyse er kunnskapen til å antyde og påvirke atferd. Man observerer en atferd og som resultat skal man kunne sannsynliggjøre konsekvensene av atferden. Det er viktig for terapeuten eller miljøarbeideren å være kjent med grunnprinsipper for hva som påvirker atferd. ACT metoden grunnlegger seg i teorien om å akseptere sine tanker og følelser. For å kunne lage rom for de, har man mulighet med spesielle teknikker og øvelser føre til endringer i sin relasjon til disse. Teorien er at tankene vil da endre sin funksjon(Harris 2009).

1.3.8 Etikk

Etiske prinsipper og teorier kan bidra til at vi blir mer bevisst på vår egen rolle i forhold til andre mennesker:

Å arbeide med yrkesetikk er også nær knyttet til det å bli oss bevisst på hva som ligger under i vårt møte med mennesker i slike situasjoner, og bearbeide livssyn, verdier og reaksjonsmønstre på en slik måte at vi møter dem slik vi selv ville satt pris på å bli møtt hvis vi var i deres sted.

Henriksen og Vetlesen (2008: 72)

Det å ikke pådrive egne meninger til klienten kan stride mot den til tider automatiske rollen eller funksjonen man påtar seg som ”hjelper”. Når man skal ordne opp og kler seg i ”problemløser” drakten kan det virke krenkende og mot sin hensikt. Røkenes og Hansen(2002:149) påpeker hvordan man kan ivareta klientens autonomi og egenvilje ved ikke å frata dem opplevelsen av å ha kontroll over egne opplevelser og forståelse av situasjon. Likeledes skal en vernepleiers bevissthet rundt etikk i kommunikasjon og relasjon stå sentralt. Det som er essensielt å huske er at maktbalansen mellom hjelper og klient er allerede i ubalanse. Hvis terapeuten tar på seg en ” jeg vet bedre” innstilling er det etter min oppfatning fare for at man har gått over den andres dørstokk med begge øynene lukket.

2.0 Tema og Problemstilling

På bakgrunn av min intensjon om å innhente mer kunnskap om ACT metoden og hvordan den anvendes i behandling av angstlidelser har jeg valgt følgende problemstilling:

Kan den mindfulness – baserte ACT metoden være et alternativ til medikamentell behandling av angstlidelser?

2.1 Avgrensing ACT og angstlidelser

Det er forskjellige former for praksis men det virker som om den medikamentelle behandlingen dominerer (Haugsgjerd et. al 2004:63), mens psykiatri og psykoanalyse er omtalt som den eldste formen innenfor psykisk helsearbeid. Psykologiske teorier søker etter forklaringer på adferd utover det biologiske og det finnes flere perspektiver og innfallsvinkel på behandlingsmetoder. Blant alle disse er jeg mer nyssgjerrig på den nyere utviklet ACT metoden. Det finnes en del andre alternative former av terapi blant annet gestalt terapi, treningsterapi, selvhjelpsgrupper og tradisjonell kognitiv adferdsterapi. Tanker om at det foregår fortsatt mye medisinerer gjør meg nyssgjerrig og leder meg på søken etter alternativer til det. Det påstås at det er en mengde lidelser som ACT metoden kan anvendes til. Ifølge Hayes (2012) inkluderer dette blant annet depresjon, stress, kronisk smerte og sinne. For å unngå at emnet blir for vid velger jeg å avgrense oppgaven til temaet rundt ACT metoden i behandling av angstlidelser.

2.2 Begrepsavklaringer / definisjoner

2.2.1 ACT- Acceptance and Commitment Therapy

ACT metoden bruker aksept- og mindfulness strategier, sammen med forpliktelse - og atferdsendringsstrategier, for å fremme psykologisk fleksibilitet. Med psykologisk fleksibilitet menes; å kontakte det nåværende øyeblikk, fullt og helt som et bevisst menneske, og avhengig av hva situasjonen bringer å endre eller opprettholde atferd i tråd med valgte verdier. (Jacobsen 2009 b).

2.2.2 Angstlidelser

Generell definisjon av angstdiagnoser beskriver det som består av angstpregede kognitive - (tanker), kroppslige - (fysiologiske) eller atferdssymptomer (unngåelse, tvangshandlinger). Ifølge ICD10 deles angstlidelsene slik:

- F40. Fobiske lidelser (agorafobi, sosial fobi, spesifikke fobier)
- F41. Andre angstlidelser (panikk lidelse, generell angstlidelse (GAD), angst/depresjon)
- F42. Tvangslidelse (tvangstanker, tvangshandlinger)

Götestam(2003:342)

2.2.3 Kognitiv

Et begrep som viser til vårt indre språk som innebærer det blant annet å tenke, planlegge, bekymre seg, fantasere, analysere eller dømme. I ACT sammenheng refereres den samlede definisjon til å gjelde både tanker og følelsene (Harris 2009).

2.2.4 Medikamentell behandling

Historisk sett har medikamentell behandling av angstlidelser basert seg på to ulike typer av sovemidler og beroligende medisiner; barbiturater og benzodiazepiner. Benzodiazepiner kan være aktuelle ved kroniske angstlidelser som generalisert angstlidelse, generalisert sosial fobi og panikkangstlidelse med eller uten agorafobi (Sandvik 2008).

2.2.5 Mindfulness

Mindfulness er et viktig element innenfor ACT metoden. Den er også kjent som oppmerksom nærvær og baserer seg på evnen til å bevisstgjøre seg de mange automatiske tanker og følelser et menneske opplever. Det å anvende mindfulness teknikken innebærer å se ting slik de er i et bestemt øyeblikk uten å ønske at de var annerledes enn de er på en ikke-dømmende måte.(Williams et. al 2010:55)

Mindfulness handler ikke om å legge bedre merke til ting, men å være oppmerksom på en annen og klokere måte, med hele sin sjel og sitt hjerte, og bruke alle kroppens og sansenes ressurser.

Williams et. al (2010:61)

2.2.6 Mindfulness basert kognitiv terapi

Essensen av denne intervensjonsmetoden (MBKT)er bevisstgjøring. Det at man ikke påtar seg oppgaven å endre innholdet av sine tanker og følelser tanker men det å endre det forholdet man har til disse (Hayes et. al 2004). Bevisstgjøringselementet forgår via ”her og nå” øvelser som baseres på mindfulness, det vil si oppmerksom nærvær.

2.3 For-forståelse

”Din egen måte å tenke på er med å skape det du oppfatter som virkeligheten”.

Røkenes og Hansen (2002:137)

Jeg er bevisst på hvordan mine holdninger, erfaringer, intensjoner og kunnskap kan påvirke utvelgelse av litteratur samt min tolkning av disse. I arbeid med denne oppgaven var det om å gjøre for meg å være bevisst på min egen ”for-forståelse”. Prosessen som starter med ” *en selvkritisk klargjøring av egne verdier og holdninger*” betegnes ifølge Aadland (2004:183) som det å ta en hermeneutisk innfallsvinkel. Det vil si at man tolker og forstår ut ifra egne forestillinger. Videre forteller han at forforståelse kan være både bevisst og ubevisst, og at enkelte av våre holdninger og forhåndsforestillinger er egentlig betegnet som fordommer i hermeneutisk forstand(Aadland 2004:189). Valg av emne, litteratur og tilnæringsmetode kan være påvirket av mitt forhold til den teoretiske forståelsen jeg har på forhånd innhentet om ACT metoden og fra vernepleierutdanningen.

Nysgjerrigheten min ble vekket av positive uttalelser om ACT metoden fra andre fagpersoner og klienter og kan ha blitt påvirket av opplevelser og erfaringer jeg har gjort i samhandling med engasjerte behandlere. Jeg deltok på workshop og har erfart hvordan metoden blir praktisert. Jeg har undersøkt tidligere forskning om virkningen av ACT metoden. Jeg har hatt diskusjoner med ulike leger, sykepleiere og psykologer om medikamentell behandling av angstlidelser. Jeg har observert forskjellige utfall av hvordan behandling av angstlidelser foregår der noen institusjoner forholder seg kun til medikamentelle løsninger med minimalt eller ingen form for miljøterapi/ atferdsanalytisk behandling. Jeg har erfart klinikker der behandling foregår parallelt, det vil si både medikamentelt og psykodynamisk.

Jeg har observert hvordan lang medikamentell behandling kan føre til en problematisk avhengighet og hvordan bivirkninger som kan oppstå skaper flere problemer enn angsten. Angsten har i enkelte tilfeller blitt forverret av medisinen, og i enkelte situasjoner har medisinen hindret effektiv utbytte av en psykodynamisk eller kognitive behandlingen.

Før og under utdanningen var jeg tiltrukket av anvendte atferdsanalytiske metoder og humanistisk psykologi og kan antakelig ha gjort opp noen meninger om slike metoder i sammenlignet med medikamentell behandling. Derfor kan mitt syn være påvirket av det jeg i forkant har av egne preferanser og holdninger til behandlingsmetodene. Mitt syn på dette feltet er tydelig påvirket av den teoretiske retningen innenfor vernepleiestudiene, nærmere bestemt den helhetlige arbeidsmodellen.

Jeg er bevisst på å sette alt i perspektiv, se det store bildet og få oversikt. Min personlige egenskap består av at jeg er nyssgjerrig på hva påvirker en situasjon fra alle kanter. Mitt syn er at det finnes mange veier til Rom og at det finnes ingen ren sannhet ei heller den ene og alene korrekte behandlingen i seg selv. Målet mitt er i prinsipp å finne ei synergisk og humanistisk løsning på utfordringer generelt og i dette tilfellet omhandler det rammene rundt behandling av angstlidelser.

Innenfor vernepleierutdanningen består det målrettede miljøarbeidet i stor grad av læringsprosesser og mestring. Mitt syn her handler i prinsipp om egen deltagelse og mestring i en så utbredt og omfattende lidelse, noe som jeg knytter til empowerment og selvbestemmelse over eget liv. Blir man avhengig av at det ene og alene er eksterne faktorer som kan fikse angsten(symptoms-reduserende tiltak som medisiner, avhengighet av systemet/ samfunnet) føler jeg blir et ensidig perspektiv. Det finnes etter min mening ingen fast oppskrift. Likevel reflekterer jeg over at hvilken som helst oppskrift inneholder mange ingredienser og det er sammensetningen av disse som gjør helheten (resultatet) større enn den ene enkelte ingrediensen gjør alene.

3.0 Metode

Metoden oppgaven er basert på er litteraturstudie. En del faglitteratur har jeg tatt i fra pensumlisten til Bachelor utdanningen innefor vernepleie. Videre har jeg tatt utgangspunkt i faglitterære bøker, fagartikler og meta-analyser som jeg har funnet i min søken etter relevant og pålitelig kilder.

3.1 Litteraturstudie

Min søken etter litteratur og informasjon for denne oppgaven startet allerede i 2011. Noen av disse skaffet jeg gjennom referanselisten til "*Omfavn dine demoner*" (Harris og Nordstrand 2009) som ble min inngangsport til ACT verdenen. Det var utfordrende å finne nok relevant teori om metoden i pensumlitteraturen. Anvendt Atferdsanalyse av Eikeseth og Svartdal (red.) (2003) viste seg likevel å være en god norsk språklig kilde. Jeg forholdt meg til litteratursøk gjennom Bibsys og databasen ProQuest.

Jeg har videre skaffet faglitteratur ut ifra referanselisten i Børge Holdens artikler og bøker samt av Steven Hayes (Professor: Department of Psychology, University of Nevada). Som medlem av Association for Contextual Behavioral Science (ACBS) har jeg fått ytterligere informasjon og tilgang til fagartikler. Søk etter ACT og behandling av angstlidelser ledet meg til forfatterne George H. Eifert Ph. D. (Professor: Chapman University, CA.) og Forsyth, Ph. D (Director of Anxiety Disorders Research Program, State University New York) som har skrevet anerkjente artikler og faglitteratur om tema. Jeg har for øvrig oppdaget en del informasjon om angstlidelser gjennom pensumlitteraturen i vernepleierutdanningen, gjennom mitt arbeid i akuttpsykiatrien samt en del søk på nettsidene til Helsetilsynet og Helsebiblioteket. Jeg henviste meg til Felleskatalogen og Norsk Legemiddelhåndbok for et oppdatert innsyn om relevante medikamenter/ bivirkninger i behandling av angst.

3.2 Kildekritikk- Inklusjonskriterier/ utvelgelse/relevans

Mesteparten av litteraturen er engelskspråklig. Dette har ikke vært til hinder for meg siden engelsk er mitt morsmål. Jeg foretrekker engelskspråklig litteratur fordi jeg opplever at den funksjonelle informasjonen blir ikke bort i oversettelsen. Jeg ønsket en bredere innsikt i teorien om mindfulness og i biblioteket ved Høgskolen i Molde fant jeg relevant faglitteratur etter et systematisk søk gjennom bibliotekets reoler. Forfatterne av den ene

boken ” *Mindfulness- en vei ut av depresjon og nedstemthet*”(2010) er grunnleggerne av mindfulness-basert kognitiv terapi(MBKT). ”Mindfulness and Acceptance” (Hayes et. al (red.) 2004) er en samling av flere anerkjente forfattere innenfor psykologi og psykiatri som utforsker den evige utviklingen og omfattende verden av tradisjoner innenfor kognitiv terapi. Disse er oversatt til norsk. Dette mener jeg kan gjøre opp balansen med hensyn til valg av språk som jeg bruker i denne oppgaven. Ved søk på empiriske undersøkelser/meta analyser var inklusjonskriteriene basert på nyere undersøkelser relevant for denne oppgaven, det vil si om ACT, angst, mindfulness basert terapi. Jeg forholdt meg til data innenfor de siste 5 årene.

Jeg har med et bevisst og kritisk blikk søkt etter anerkjente forfattere og bidragsytere for å få et helhetlig overblikk av teoretiske og praktiske elementer i ACT. Storparten av faglitteraturen er primærkilder og er forfattet av grunnleggeren, Steven Hayes eller andre som enten har videreutviklet metoden eller som har skrevet fagbøker/guide. Dette i tråd med å velge ut ifra validitet med hensyn til det teoretiske perspektivet og praktisk forståelse i anvendelsen av metoden. Likeledes har jeg bevisst valgt opplysninger som kunne gi et metaperspektiv i effekten av ACT metoden i forhold til angstlidelser.

3.3 Analysemetode

Jeg har lest og anvendt litteratur om angstlidelser ut ifra ulike perspektiver for å få innblikk og forståelse for symptomer, perspektiver og behandlingsmetoder. Jeg viser til medikamentell behandling av angstlidelser, og anvendelsen og effekten av disse. Deretter har jeg sett på elementene i ACT metoden for å forstå den ved å se på hvordan den virker. Jeg har studert effekten av ACT metoden med hensyn til hva som er virksomt i forhold til angstlidelser. Tilslutt sammenstiller jeg effekten av ACT metoden og medikamentell behandling av angstlidelser.

4.0 Teori, funn og drøfting

4.1 Angst

Jeg velger å se på fellesegenskaper innenfor denne kategorien, da jeg ikke har valgt en spesifikk type for denne oppgaven.

4.2 Hva er angstlidelser?

Tidligere kjent som nevroser, er diagnosen kjent som angstlidelser i det nye klassifikasjons- diagnosesystemet ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) utgitt av Verdens Helseorganisasjon (WHO).

Angst er et utbredt symptom og kan knyttes til spesielle situasjoner som i seg selv ikke burde være skremmende. Haugsgjerd et. al (2004) beskriver hvordan angstlidelser kan deles i tre ulike typer avhengig av hvordan angsten utarter seg og hva den er knyttet til. Panikklidelse beskrives som når angsten kommer uventet og brått og går over etter en viss tid. Generalisert angstlidelse oppleves som det stadig er tilstedeværende uten nødvendigvis å bli utløst av bestemte situasjoner. Blandet angst/depressiv lidelse består av angst og depresjon, der hvor depresjon ikke er sterk nok til å bli klassifisert som en stemningslidelse. Dersom personen er bevisst sin angst som foreligger i bestemte utløste settinger, og det fører til unngåelse av opplevelse, beskrives som fobier eller fobiske angstlidelser. Dette kan være sosial fobi, agorafobi, angst for høyder, flyskrekk og lignende. En egen angstlidelse, kjent som tvangslidelse (obsessiv-kompulsiv lidelse) handler om tvangsforestillinger som kan anta en større grad av hindringer(Haugsgjerd et. al 2004:90ff). ICD-10 kan være litt upresis og i praksis kan angstlidelser være komorbide med andre psykiske lidelser(depresjon, rusmisbrukslidelser og personlighetsforstyrrelser) (Sandvik 2008).

Helsetilsynet (1999) påpeker at det er lidelser og ikke individer som diagnostiseres i disse systemene og at pasienten må sees i lys som et menneske med en personlig bakgrunn og opplevelser som gis uttrykk i sin lidelse.

4.3 Angst og experiential avoidance

I stedet for å fokusere på forskjellene mellom angstlidelsene, viser jeg til fenomenologiske likheter. Eifert og Forsyth (2005:25) forklarer at tendensen til flukt og/eller unngåelse fra frykten/angsten er felles for alle. Denne funksjon stammer fra en kognitiv kjerneprosess som man må kunne forstå i behandling av angstlidelser. Eifert og Forsyth (2005) viser til en patologisk teori om at den selvmotsigende virkingen av å unngå negative hendelser er drivkraften bak alle angstlidelser. For å forstå generell angstlidelse (GAD) for eksempel viser Borkovec et. al (2004) til hvordan ”bekymring” fungerer som en kognitiv unngåelses respons. Dette hjelper terapeuten å forstå hvilken atferd som skal sees på i sammenheng med behandlingen. Eifert og Forsyth (2005:27) viser til Barlow (2002) sin teori at ”engstelig forutinntatthet” er også en felles plattform for alle angstlidelser. Når det oppstår feileoppfatninger i tankeverdenen(” jeg må være elsket ellers er jeg ikke verdt noe”)eller såkalte dogmatiske forestillinger (”gjør jeg slik, vil en katastrofe skje”) setter det i gang en prosess som fremhever en slags ”sikkerhets atferd” for å redusere angsten. Med dette menes at det for sikkerhets skyld gjøres overdrevne tiltak for å unngå at det skal skje(experiential avoidance = unnvikende atferd) ifølge Harris (2009). Slik unnvikende atferd speiler seg i en paradoksal prosess som skjer når man blir bedt om å unngå å tenke på eksempelvis en rosa elefant. Så er det faktisk det man gjør. Sosialpsykolog Daniel Wegner (1999) ved Harvard University og opphavsmann bak ”Ironic Process Theory”, forklarer den automatiske prosessen slik:

The attempt to suppress a thought seems to conjure up an ironic psychological process that then works against the very intention that set it in motion. The suppressed thought is brought to mind in sporadic intrusions because of this sensitivity. The attempt to concentrate on a thought, in turn, seems to introduce an ironic psychological process that works against *the intention to concentrate*, and that therefore enhances the accessibility of everything other than the concentration target.

Videre beskriver Wegner (1999) studier av prosessen innenfor psykopatologi:

...The most obvious explanation of these associations is that people who experience unwanted mental states attempt to control them... But the more subtle and important possibility, as yet untested in large-scale studies, is that the attempt to control unwanted mental states plays a role in perpetuating them.

Jeg har selv opplevd at jo mer jeg vil ha *mindre* av noe, forsøker ikke å tenke på eller fjerne, desto mer får jeg av det. Jeg skaper motstand, og lever ikke i en tilstand av aksept. Denne spennende teorien kan det leses mer om i Wegners bok ”White Bears and other unwanted thoughts” (1989).

4.4 Perspektiver innenfor behandling av angstlidelser

Det er mange teoretiske retninger og forklaringsmodeller på ulike angstlidelser og hvordan de kan behandles. Ofte må vi se på behandling i sammenheng med disse forklaringsmodellene. For å sette lys på de forskjellige former av hvordan man forholder seg til angstlidelser innenfor psykisk helsevern legger jeg frem perspektiver som jeg synes kan være opplysende.

4.4.1 Medisinsk psykiatrisk perspektiv- Nevrobiologisk teori

Dette medisinske perspektivet baserer seg på det naturvitenskapelige. Det vil si at den ser etter forklaringer i det biologiske, genetiske eller biokjemiske. Med dette menes at den forholder seg til det som kan observeres. (Haugsgjerd et. al 2004:42). Man forsøker å kartlegge hvilke nevrobiologiske og biologiske prosesser som påvirker tanker og atferd. Ifølge Skårderud et. al(2010) og Haugsgjerd et. al (2004:108 ff) skjer dette i den menneskelige hjernen blant nevrotransmittere og hormoner. Nerveceller (nevroner) påvirker/kontrollerer tanker og handlinger og de frakter informasjon gjennom nervesystemet. Nevrotransmittere er de kjemiske stoffene som formidler informasjon mellom nervecellene. Transmittorer er signalstoffer (acetylkolin, serotonin, noradrenalin, dopamin, glutamat og histamin) som formidler og påvirker aktivitet. Disse kan påvirkes av medikamenter. Medikamentell behandling (farmakologi)erstattet hjernekirurgiske inngrep (lobotomi) som skulle dempe symptomer av kronisk psykotiske pasienter. De første medisinene som var tatt i bruk var nevroleptika (antipsykotiske medisiner), antidepressive og angstdemnende midler (anxiolytika). Benzodiazepiner har eksistert siden 1950 tallet(Haugsgjerd et. al 2004:107ff).

Medikamentell behandling av angst kan også foregå tosidig i samspill med psykososial behandling eller andre form for terapi(medisinsk psykiatrisk). Det kartlegges med forskjellige vurderingsskalaer for å kunne gi pekepinn på alvorlighetsgrad, og andre faktorer som kan bidra til pasientens lidelse Det kan være av så alvorlig karakter at antidepressive eller serotonin-reopptakshemmere taes i bruk i starten av behandlingen. (Haugsgjerd et. al (2004:309 ff).

4.4.2 Behavioristisk perspektiv

Dette synet, som er inspirert av medisinsk psykiatri, forholder seg til psykiske lidelser der atferden er det sentrale, og konsekvensene av atferden er den vesentlige årsaken til at atferd gjentas eller læres. (Haugsgjerd et. al 2004:13). Atferd, følge Haugsgjerd et. al (2004:120) inkluderer motoriske responser, fysiologiske eller følelsesmessige responser, og verbale responser sånn som tenkning (det kognitive), språk eller skriving. Konsekvensene av atferden er det som former et menneskes væremåte. Dette gjelder like godt normal atferd som avvikende atferd. Uti fra dette perspektivet legger man vekt på å finne uheldige relasjoner og omgivelser som kan forsterke problematisk atferd. Dette betegnes som atferdsanalyse som kan benyttes i kartlegging av psykiske lidelser(Haugsgjerd et. al 2004:113).

Angst er et følelsespreget begrep, der det brukes metaforiske forklaringer, sammenligninger, på tilstanden.” Det føles som om jeg skal dø”. Det vil si at angsten i seg selv ikke nødvendigvis lar seg observere men derimot det fysiologiske som manifesterer seg som eksempel hjertebank, svette eller økt blodtrykk. Behandlingsprosessen varierer fra klient til klient, selv om det skulle være lignende diagnose eller symptomer. Data innsamles før, under og etter behandlingen foregår for å kunne stadig evalueres om behandlingen er tilstrekkelig eller bør endres. Behaviorisme ser på atferdens (angsten) funksjon. (Haugsgjerd et. al 2004:140). Dette knyttes til hva som kjennes som funksjonell analyse, en sentral faktor i terapisammenheng i ACT metoden.

4.4.3 Psykodynamisk perspektiv

Man møter den psykodynamiske måten i flere områder innefor psykisk helsevern, den er gjerne blandet med forskjellige tenkemåter som har grunnlag i medisinske eller biologiske perspektiver. Miljøterapi er ifølge Haugsgjerd et. al (2004) bygget på psykodynamiske prinsipper. Den psykodynamiske ser etter det fellesmenneskelig i det individuelle. Med dette menes interessen av å forstå hva som foregår i et annet menneskets sinn i akkurat det mennesket man møter. Grunnsynet baseres på at atferd er forutbestemt og påvirket av konflikt og at mennesker er født usosiale og driftstyrte. Jeg forstår denne teorien slik at når våre erfaringer er bevisste, forstår vi disse og handler deretter. Det er de ubevisste erfaringer som kan gi utslag i handlinger og atferd som vi ikke forstår, og her tar man i bruk psykoanalyse for å forstå symbolikken og meningen bak konflikten (*Id, superego, ego*). Utvikling menes å skje når menneskets behov og atferd kreves endring eller

undertrykkelser, som fører til spenninger. I disse spenninger (*ego og jeg utvikling*) finner mennesket en måte å dekke sine egne behov og samtidig finne egen godkjenning og aksept fra omgivelsene (Bunkholdt 2000:26 ff) Psykodynamisk terapi kan ifølge Bunkholdt (2002) være krevende og langtidsrettet, den grunnlegger seg i taps opplevelser, relasjoner og selvfølelse og tar ofte utgangspunkt i kriser fra tidlig barndom. Essensen av psykoanalysen i forhold til angst er som jeg forstår det av Haugsgjerd et. al (2004) at svarene ligger i pasientens eget sinn og gjennom selvforståelse. Det innebærer at pasienten har en virkelighetsforståelse der:

”... pasienten for det meste er i stand til å utrykke seg om sine tanker og følelser på en måte som gjør det mulig for behandleren å leve seg inn i den, og at han for det meste kan forstå det behandleren sier, omtrent slik det er ment”.

Haugsgjerd et. al (2004-175)

4.4.4 Humanistisk perspektiv

Utviklingen av denne tilnærmingen startet som en protest fra fenomenologisk- og eksistensialistiskorienterte terapeuter innenfor det psykodynamiske miljøet på 1960 tallet. Disse var opptatt av livssyns- og verdispørsmål. Den betegnes som en tredje alternativ (tredje bølge) til de behavioristiske og psykodynamiske perspektivene. De grunnleggende antagelser i humanistisk psykologi ligger en plass mellom filosofi og psykologi.

Eksistensialismen hevder at mennesker har valgfrihet som ikke oppnås ved passivitet til tilværelsen. Det er gjennom aktive handlinger at mennesker skaper rom for ens egen frihet som igjen skaper valgmuligheter (Haugsgjerd et. al 2004:203).

Det humanistiske fremholder en helhetsforståelse av mennesket og fokuserer på menneskets daglig liv og livsverden, situasjonen her og nå. Retten til å velge fritt står sentralt og klienten ansees som selvbestemmende og har muligheter til å ta valg. I behandlingsforløpet handler det om klientens ønske om å leve et mer ekte liv og sitt søken etter livsmening(Haugsgjerd et. al 2004:209). Dette skjer gjennom bevisstgjøring ved å innta en observerende stilling til hva som skjer i hodet eller kroppen og villighet til å kjenne på det og skape et forhold til de følelsesmessige opplevelsene. Det kan tenkes at en terapeut vil la være å anvende medisiner i en slik behandling, da disse vil kunne tilsløre klientens egenskap til å beskrive, oppleve eller det å stå i sin angst, både fysisk og følelsesmessige(Haugsgjerd et. al 2004:320).

4.4.5 Medikalisering av psykiske lidelser –sosiologisk perspektiv

Fra et sosiologisk perspektiv er definisjon av sykdom noe som varierer fra kultur til kultur, og som kan ha sin opprinnelse i samfunnskonstruerte tilstander, det vil si medikalisering. Tilstander som før ikke var medisinske, har nå blitt det. Medikalisering reflekterer samfunnets tankesett fordi medisinsk perspektiv har fått en større rolle i våre liv. Noen trenger å sette navn på hva som feiler oss for å kunne takle det. Noen føler seg hjelpeløse og blir avhengige av at ekspertene skal fortelle dem hva de skal gjøre og hvordan de skal gjøre det. De risikerer å bli overmedisinert, overbehandlet og kanskje til og med overtalt et det er noe feil med dem. De blir avhengige av medisinske diagnoser for å få sosiale goder, behandlingstilbud og bekreftelse på sine lidelser. Noen av disse lidelser kan godt mulig være samfunnsskapte, en effekt av de liv vi lever. Det synes å være mer stress og jag etter status, følelser av utilhørighet, håpløshet, avmakt, depressivitet og angst, følelsen av å komme til kort.

Sosiologisk sett fremhever det medisinske perspektivet det som feiler selve individet. Norvoll (2001:113) viser til Foucault(1967/98) som hevder at for å forstå medisinenes makt i samfunnet står den medisinske vitenskap og kunnskapsgrunnlaget sentralt. I dagens samfunn er det legenes vitenskapelig kunnskap og språk om kropp og sinn som har gitt medisinen stor makt til å definere hva som er sosiale avvik, forstyrrelser eller sykdom (Norvoll 2006:113). WHO (2012) beskriver mental helse:

"...a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease".

Helsebegrepet er etter min forståelse knyttet til det medisinske perspektivet, der forståelsen er at personen enten er frisk eller syk, og at det å være frisk er fravær av skade eller lyte. Jeg tror at det vokser frem en alternativ oppfatning av helse som Aaron Antonovsky beskriver med følgende:

We are coming to understand health not as the absence of disease, but rather as the process by which individuals maintain their sense that life is comprehensible, manageable and meaningful, and their ability to function in the face of changes in themselves and their relationships with their environment.

Eifert & Forsyth (2005:95)

4.5 Medikamentell behandling av angst som metode

Hovedhensikten med medikamentell behandling er å redusere angsten og forbedre livskvaliteten, og gjenvinne eller opprettholde funksjoner i dagliglivet. Valget står mellom medikamentell behandling, samtale terapi eller en blanding av begge. Her er noen eksempler på anvendte angstdempende medisiner:

Benzodiazepiner (BZD) anvendes som oftest i behandling av angstlidelser. Delt i to grupper: angstdempende midler og sovemidler. Virker på spesifikke reseptorer og øker inhiberende virkning av GABA (gamma-aminosmørsyre) i sentralnervesystemet. Virker angstdempende, og muskelavslappende. Det anbefales som kortvarig behandling/avlastning i påvente av annen terapieffekt ved alvorlig angstlidelser (Norsk Legemiddelhandbok 2012).

Pregabalin er i utgangspunktet et virkestoff i anti-epileptika, men kan brukes i behandling av generalisert angstlidelse hos voksne. Den har effekt på linje med benzodiazepiner og venlafaxin, virker både på psykiske og kroppslige angstssymptomer. Den angstdempende effekten synes å inntre etter ca. en ukes behandling, og preparatet. En metaanalyse av *antiepileptika* har vist en liten økning i risiko for selvmordstanker og selvmordsrelatert atferd. Bivirkningene er ellers milde til moderate, noen som kan nevnes er forvirring, irritabilitet, redusert libido, desorientering, søvnløshet. (Felleskatalogen 2012).

Efexor En antidepressiv, serotonin- og noradrenalinreopptakshemmer. Dette er et vanlig medikament innenfor psykisk helsevern og er ifølge Felleskatalogen brukt ved generalisert angstlidelse (GAD), sosial angstlidelse (SAD) og panikklidelse med eller uten agorafobi. Bivirkningene av dette middelet har en del felles men har større omfang. De jeg nevner her er de mest betenkningsfulle etter min mening: økt aggresjon, selvskading, suicidal ideasjon (intensjon), selvskading, atferdsforstyrrelser og manisk reaksjoner (Felleskatalogen 2012).

Buspiron Et anxiolytikum uten kjemisk eller farmakologisk slektskap med benzodiazepiner eller andre kjente anxiolytika. Den brukes i behandling av sterk generell angst av nevrotisk type som kjennetegnes ved ansenhet, autonom overaktivitet, angstpreget forventning, hjerteklapp, skjelvninger og eventuell depresjon. Noen bivirkninger er munntørrhet, diaré, kvalme, obstipasjon, nummenhet, tremor, svimmelhet, nervøsitet, nedsatt konsentrasjonsevne, forvirring, unormale drømmer, hodepine, økt svettendens, tretthet/asteni (Felleskatalogen 2012).

4.5.1 Vanedannede legemidler

Helsetilsynet (2001) viser til at bruk av vanedannende legemidler er utbredt innenfor medisinsk behandling. Det omfatter blant annet sentralt virkende smertestillende midler, beroligende midler og sovemidler, dernest visse muskelavslappende, antiepileptiske og sentralstimulerende midler. Beroligende midler og sovemidler omfatter gruppen benzodiazepiner. De har alle angstdempende, beroligende, sløvende og søvndyssende egenskaper. Disse kan svekke hukommelse, innlæringsevne og konsentrasjonsevne og gi rusvirkning. Alle legemidlene tilhører reseptgruppe B, og alle påvirker kjøreferdigheten. Kan gi tilvenning og avhengighet. Brå seponering (avvenning) gir hos en tredjedel et ubehag som minner om et angstsyndrom (Helsetilsynet 2001-vedlegg a).

Vanedannende legemidler, som for eksempel benzodiazepiner og sterke smertestillende midler, brukes i behandlingen av pasienter både med somatiske og psykiske lidelser. Brukt på forsvarlig måte kan de være til stor nytte. På den annen side er det godt dokumentert at de kan føre til avhengighet og at de også til dels misbrukes i rusøyemed, ikke minst i kombinasjon med alkohol og illegale rusmidler.

(Helsetilsynet 2001)

4.5.2 Vanedannende medikamenter i forbindelse med angstlidelser

Helsetilsynet (2001) påpeker hvordan den angstdempende effekten av benzodiazepiner (BZD) er nyttig i korttidsbehandling av angst og spenningstilstander og kan være indisert som tilleggsmedisin i startfasen i behandlingen. Daglig bruk av BZD bør ikke vare lengre enn 4 uker og deriblant forståelse for seponeringsproblem som oppstår ved bruk utover 2-4 uker. Ulempen med disse beroligende legemidlene er uønsket tretthet og reduserte psykomotoriske og kognitive funksjoner og ved bruk i mer enn 3 måneder vil det foreligge toleranseutvikling og usikker klinisk effekt. På grunn av toleranseutviklingen vil symptomer, for eksempel angst, komme tilbake under behandling. Det foreligger spørsmål om langtids BZD- bruk virkelig kontrollerer angst og det finnes holdepunkter for at BZD over tid kan forverre angstsymptomer (Helsetilsynet 2001). Sandvik(2008) viser til en oppfølgingsstudie over 12 år der Vasile et. al (2005)at nærmere halvparten av pasienter med generalisert angstlidelse eller sosialfobi fortsatt brukte benzodiazepiner. Dette provoserer tanker hos meg om at i praksis er BZT anvendt i altfor lange perioder.

4.6 Hva er Acceptance Commitment Therapy?

ACT metoden er på flere planer det stikk motsatte av symptomreduksjons metoder som baserer seg på å undertrykke, endre eller unngå sine tanker og heller lage rom for disse. ACT har to hovedmål: (1) aksept av uønskete tanker og følelser som klienten ikke kan kontrollere, og (2) forpliktende handlinger som samsvarer med ens verdier og mål. Det å akseptere ubehagelige opplevelser er ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå egne verdier. Det som også kan hindre oss i å leve et funksjonelt liv, er teorien om hvordan vi blir uadskillelig med vårt språk og våre tanker. Vi tenker hele tiden og vi identifiserer oss med hva vi tenker. Vi lever i fortiden og i fremtiden. Det kan skape hindring til å leve her og nå i et bevisst liv der aksept kan gi utgangspunkt for å lage rom for de utfordringer man har og dermed leve et verdifullt liv (Harris 2009).

4.6.1 ACTs syn på lidelse og helse

Sentralt for ACT er antagelsen om at menneskelig lidelse er universelt, og oftest et resultat av normale psykologiske prosesser. ACT er basert på generelle empiriske prinsipper om menneskelig atferd, tanker og følelser. Det som har gått igjen i de forskjellige behandlingsmetodene gjennom årene ifølge Harris (2009) og Harris og Nordstrand (2006), stammer fra et utgangspunkt der negative følelser som angst, depresjon eller andre interne konflikter er noe som bør ryddes av veien. Våre uønskete opplevelser, tanker og følelser får merkelapp symptom. Så snart disse indre opplevelser blir gitt denne merkelappen, legges det direkte opp til en kamp mot den. Symptomene endres per definisjon til å bli noe sykkelig, altså noe som ikke bør være der og noe vi bør bli kvitt. Tar man utgangspunkt i østlig filosofi, påstås det at et meningsfullt liv skapes når vi handler med oppmerksomhet og tilstedeværelse. Det å skape rom for og akseptere hva som er (Harris 2009).

4.6.2 ACTs historie, filosofi og teori

Det som forklarer litt om hvor ACT står teoretisk er å vise til hvordan adferdsterapien har utviklet seg i tre generasjoner. Førstegenerasjons adferdsterapi på 1950-tallet la vekt på å analysere adferd og å endre adferden gjennom direkte erfaringer. Andre generasjons adferdsterapi på 1970-tallet som inkluderte kognitiv terapi, hadde mer fokus på pasientens språk og kognisjon. Ifølge Holden (2007) var det på denne tiden at det oppsto forskjell

mellom adferdsanalyse og kognitiv adferdsterapi. I tredje generasjon adferdsorientert behandling er adferdsanalyse på ny blitt viktig. Denne generasjonen består av flere retninger, men ACT metoden er sannsynligvis den mest omfattende (Holden 2007).

Filosofien bak ACT metoden handler om å endre forholdet mennesker har til sine tanker og følelser, slik at de ikke lenger oppfattes som symptomer. ACT metoden har utviklet seg til en sammenhengende vitenskap mer i samsvar med den menneskelige tilstanden. Filosofien omhandler blant annet funksjonell kontekstualisme (functional contextualism). Nordstrand (2009) forklarer hvordan den analytiske målsettingen for funksjonell kontekstualistisk psykologi er å kunne forutsi og påvirke atferd/psykologiske hendelser ved å forstå den pågående handling i en kontekst.

”For å avgjøre hvorvidt en gitt analyse er ”sann” eller ”korrekt” brukes det pragmatiske sannhetskriteriet: virkbarhet (workability) i forhold til en gitt målsetting”

Nordstrand (2009)

Det vitenskapelige ”verktøyet” man bruker innen funksjonell kontekstualistisk psykologi er atferdsanalyse. Atferdsanalyse er en naturvitenskapelig tilnærming til atferd, og atferdsanalysens mål er å etablere behandlingsmetoder som bygger på grunnprinsipper for hva som påvirker atferd (Holden 2007).

4.6.3 Relational Frame Theory (RFT)

Denne teorien er et av de grunnleggende perspektivene i ACT. Den er kompleks og meget omfattende derfor velger jeg å vise til en lettere versjon. Dette begrepet omhandler kontekstuelle prinsipper om språk og kognitive egenskaper, altså læren om og forståelse av hvordan vi relaterer til lært atferd som innebærer tanker. Steven Hayes (2012:44) beskriver gjensidig forhold i rammer, slik at atferd lært i en retning innebærer også den samme forhold i en annen retning. Her er et enkelt eksempel: Hvis en person i en kontekst(setting) forholder seg til at A består i en spesifikk relasjon til B, vil det også føre til en relasjon i motsatt retning. Når en person lærer at fuktig er det samme som våt, vil hun konkludere med at våt er det samme som fuktig. RFT perspektivet baserer seg i at det er ikke nødvendig å endre innholdet av sine tanker for å kunne endre tankenes funksjon i vart liv (Luoma et. al 2007:18).

4.6.4 **Hvordan tankeprøvet påvirker oss**

Hayes (2005:17ff) forklarer hvordan mennesker vilkårlig tenker relasjonelt, det vil si i forhold til det som er i vårt miljø. Med dette menneskets måten mennesker forholder seg til andre ting som ”bedre enn”, ”slik som”, ”motsatt av”, ”på grunn av”, ”hvis jeg gjør det så-” og så videre. Med slike evaluerende egenskaper har vi lett for å sammenligne oss med idealistiske oppfatninger av virkeligheten og som følge føler vi oss mindre enn det vi egentlig er. Hayes (2005) forklarer videre at på grunn av denne kognitive måten som mennesker tenker på klarer vi å lære uten å oppleve direkte erfaringer. Dette knyttes opp mot at mennesker er løsningsorientert av natur og hvordan vi er kondisjonert til å fjerne, fikse eller komme oss unna under problemløsningsprosessen (fight or flight prinsippet). Dette er flott når vi skal løse praktiske oppgaver som å bygge hus eller rydde miner, men det skaper problemer når mennesket anvender de samme prinsippene til å regulere sitt indre. Idet vi unngår å tenke på ubehagelige ting er det noe som heter tankefellen. Atferdsmessige egenskaper (behavioral predispositions) gjør at det som vi ikke vil tenke på eller gjøre er faktisk det vi gjør.

”... behavioral predispositions... behaviors that are programmed to the degree that the mere thought of them sets off a chain of bodily and psychological events that predispose us to behave in the programmed way”

Hayes (2005:27)

De som lider av angst kan kjenne seg igjen i dette. Tankene starter der man prøver å unngå settinger som de mener vil gi dem angst, eller unngå tanker om angsten i seg selv. De forventer hva angstanfallet vil innebære (miste kontroll, svette, panikk, hjertebank, død) som fører til en endeløs sirkel og som igjen fører til forverring av angsten. Dette fordi mennesket har egenskapen til å ”se for seg” hva som kommer og trekker fortiden (opplevde erfaringer) og fremtiden (ikke skjedd, men like virkelig) inn i hva som skjer her og nå. Tolle (2004) forklarer at følelser oppstår der hvor tanker og kroppen møter. Jo mer man identifiserer seg med sine tanker, evalueringer og preferanser dess mindre bevisst er man på her og nå. Dette fører til en økning av emosjonell energi som kan manifestere seg i kroppslige ubehageligheter (Tolle 2004:25).

4.6.5 Metaforer - Hva er de og hva er dens funksjon?

Metaforer beskrives som billedlige lignelser eller analogier som kan gi snarlig forståelse for en situasjon uten å måtte ty til lange, intellektuelle og bokstavelige beskrivelser. Disse kan gjerne ha sin opprinnelse i hverdagslige tema (Luoma et. al 2007 og Hayes et. al 2012). Det å bruke metaforer i ACT har som hensikt i å minske sammensmeltingen (fusjon) mellom klienten og sitt tankepråk, erfaringer og atferd. Eifert og Forsyth (2005) viser til studier av Hayes & Wilson (1994) og Samilov & Goldfried (2000) som viser at det terapeutiske aspektet ved å anvende metaforer sannsynligvis påvirker indre atferd bedre enn ved bruk av rasjonell logikk. Metaforene kan være korte, men også i form av en historie. I ACT knyttes metaforer til det som er temaet til enhver tid, og velges ut og tilpasses den enkelte etter fortløpende vurdering. De med angst kan ifølge Eifert & Forsyth (2005) ha utbytte av denne måten å utrykke seg, da det lar seg gjøre å nærme seg ubehagelige opplevelser på en indirekte måte.

4.6.6 Mindfulness i ACT

Oppmerksomt nærvær – et alternativ til grubling, nedstemthet og angst. Det er slik Williams et. al (2010) legger frem funksjonen av mindfulness teknikker. RFT teorien forklarer hvordan mennesker tenker og hvordan språk påvirker oss. Vi har en tendens til å mislike det ubehagelig og har vansker med å skille mellom hva som ”er” og hvordan vi oppfatter ting. Williams et. al (2010) hevder at vi gjør oss ikke bare opp tanker om ting men vi kan oppleve disse gjennom våre sanser også. Evnen å være oppmerksomt nærværende er noe man bevisst bestemmer seg for og som muliggjør å bli oppmerksom på øyeblikkets virkelighet og hvilke valg vi har (Williams et. al 2010:53).

Mindfulness er et aksept- orientert psykologisk prosess som kan spores langt tilbake innenfor Østens filosofi og buddhismens opprinnelse. Den er empirisk i den forstand at man fokuserer direkte på det man opplever her og nå, i likhet med essensen av buddhismen som har som mål å bli bevisst på livets flytende virkelighet idet den åpenbarer seg (Eifert og Forsyth 2005). Mindfulness øvelser (meditasjon) er inspirert av den buddhistiske meditasjon ved navn Vipassana (som betyr innsikt). Den har lenge vært anvendt innenfor vestlige behandlingstradisjoner, og har vært beskrevet som et metakognitiv prosess.

En beskrivende fellesnevner for all typer angst er at den er preget av vaksomhet og forutinntatthet, det vil si at alt omhandler muligheten for hva som ”kan” skje. (Borkevec

og Sharpless(2004:211). Eifert og Forsyth(2005) påpeker hvordan angstlidende klienter bruker mye av sin tid til akkurat det å føle seg bedre gjennom å flykte (unngå) fra sine psykologiske og følelsesmessige ubehageligheter ved å tenke seg fremtiden (muligheten for nye anfall) eller være påvirket av fortiden (erfaringer av angstanfall). Derfor vil aksept- og mindfulness prosesser hjelpe disse å lære det å observere sine angstrelaterede responser her og nå, og dermed lære å differensiere mellom hva de har eller ikke har kontroll over. Den kan også hjelpe klienten å oppdage hvilken skjult funksjon angsten har i deres liv(Eifert og Forsyth 2005:97 ff).

4.7 ACT i behandling av angst som metode

4.7.1 Mindfulness - basert kognitiv atferdsterapi (MBKT)

CBT (kognitiv adferdsterapi) er en strukturert korttids terapi som har til hensikt å skape forandring av egne tanker og følelser. Negativ selvoppfatning og følelser om seg selv kan hindre og forstyrre en mer konstruktiv tenkning. (Eifert og Forsyth 2005) og Bunkholdt (2002). Når atferdsterapeutiske elementer trekkes inn kommer man frem til begrepet kognitiv atferdsterapi. Dette innebærer kartlegging av hva som oppsto før, under og etter situasjonen. Metoden kan med hell benyttes i behandling av angst(Kringlen et. al 2008). ACT kommer under en fellesbetegnelse kjent som mindfulness basert kognitiv atferdsterapi. Hovedforskjellen mellom CBT og MBKT er ifølge Hayes et. al (2002:54) at CBT arbeider ut ifra endring av tankenes innhold mens MBKT legger vekt på bevisstgjøring/aksept av innholdet i tanker og følelser ved å innlede et bevisst forhold til disse. Det vil si å ikke undertrykke, endre eller unngå sine tanker men heller lage rom for disse. Et av elementene for å oppnå dette er ifølge Hayes et. al (2002) som refererer til Kabat-Zinn(1994)som forklarer:

” Instead of continuously feeding the tension by participating in what their thoughts or feelings demand, patients can learn to stay close to this mental struggle by finding a calm place from which it can be observed.”

Hayes et. al (2002:55)

4.7.2 Gjennomføring av ACT

Følgende er en oversikt av den overordnede tilnærmingen:

1. Kreativ håpløshet: Utfordre den vanlige måten å prøve å oppnå endring på
2. Kontroll er problemet, ikke løsningen
3. Bygge aksept ved defusjonering av språket
4. Oppdage seg selv og løsrive selvet
5. Verdier
6. Villighet og forpliktelse: Omsette ACT i handling

4.8 De seks grunnprosesser i ACT

ACT anvender seks grunnprosesser for å hjelpe klienter med å utvikle psykologisk fleksibilitet. Det vil si ifølge Luoma et. al (2007:17) egenskapen til å koble inn i net som et bevisst vesen som leder til en atferd som er hensiktsmessig i å oppnå sine verdier. Hver prosess har sine egne metoder, øvelser, hjemmearbeid og metaforer. En behandlingsperiode varer vanligvis i 8 uker.

Aksept – Acceptance (Open up)

Aksept er lært som et alternativ til unnvikelse, det vil si unngåelse av opplevelse (experiential avoidance). Det å gjøre rom for ubehagelige følelser og andre indre opplevelser uten å gi de unødvendig mye tid og energi. Det er ikke det samme som å like dem eller å ville ha tankene, kun at man lager rom for dem (Harris 2009:10).

Kognitiv defusjonering – Defusion (watch your thinking)

Her tar man et steg til siden for å anerkjenne at tankene er mer eller mindre forbigående indre hendelser – en strøm av ord, lyder og bilder, i stadig endring. Når vi defusjonerer (separerer oss) fra tankene våre, har ordene mye mindre virkning og innflytelse på oss (Harris og Jacobsen 2006).

Kontakt med her og nå - The Present Moment

Her skal man anvende sin mentale oppmerksomhet og engasjere seg i det man holder på med åpenhet, interesse og mottakelighet. Ifølge Luoma et. al(2007) er mennesker mer fleksible, mottagelig og bevisst på valg og læringsmulighetene når vi er i kontakt med her og nå. Det å være i kontakt her og nå kan gi oss fleksibilitet til å bli bevisst på begge våre verdener - den fysiske verden rundt oss og den mentale indre, forhåpentligvis samtidig (Harris 2009).

Det observerende Selvet – Self as Context

I hverdagen er det ikke alltid vi gjenkjenner at hjernens funksjon er delt i to: det tenkende selvet og det observerende selvet. Gjennom livet endrer man tanker, kroppen og rollene endres. Men det som ikke endrer seg er «deg» som merker disse endringene.(Harris 2009:11). Målet er å få kontakt med en opplevelse av selvet; en kontinuitet ved bevisstheten som er uforanderlig og alltid til stede ifølge Harris og Jacobsen (2006). Her fører man oppmerksomheten mot forskjellen mellom tanker som dukker opp, og det ”selvet” som observerer disse tankene. Fra dette perspektivet er det mulig å oppleve direkte at man ikke er sine tanker eller følelser. Denne prosessen hjelper oss å bryte fra ordmaskineriet, hvor vi får erfaring i å bli bedre observatører (Luoma et. al 2007).

Verdier – Values (Know What Matters)

Denne prosessen omhandler hva som ligger innerst i hjertet. Hvilken type person du ønsker å være; hva som er meningsfullt for deg; og hva du ønsker å stå for i dette livet. Verdier beskriver hvordan vi vil oppføre oss til enhver tid. Det er en pågående atferd som kan sammenlignes med et kompass, ifølge Harris (2009) da det gir oss retning og veileder oss i vår reise. Målet er å komme fram til realistiske handlinger som samsvarer med egne mål, det vil si å bevege seg i retning egne verdier. (Harris 2009).

Forpliktende handlinger – Committed Action (Do what it takes)

Her handler det om å utføre effektive og målrettede handlinger inspirert av og i tråd med våre valgte livsverdier. Det å kjenne til sine verdier hjelper ikke hvis man ikke handler i tråd med disse. Man skal legge den ene foten foran den andre og bevege seg i den retningen man vil gå. Verdibaserte handlinger kan fremkalle en del utilpasshet, men det handler om å gjøre hva som skal til selv om det skaper smerte. Pasienten skal kunne lene seg framover og omfavne det han eller hun frykter (Harris 2009) og (Holden2007).

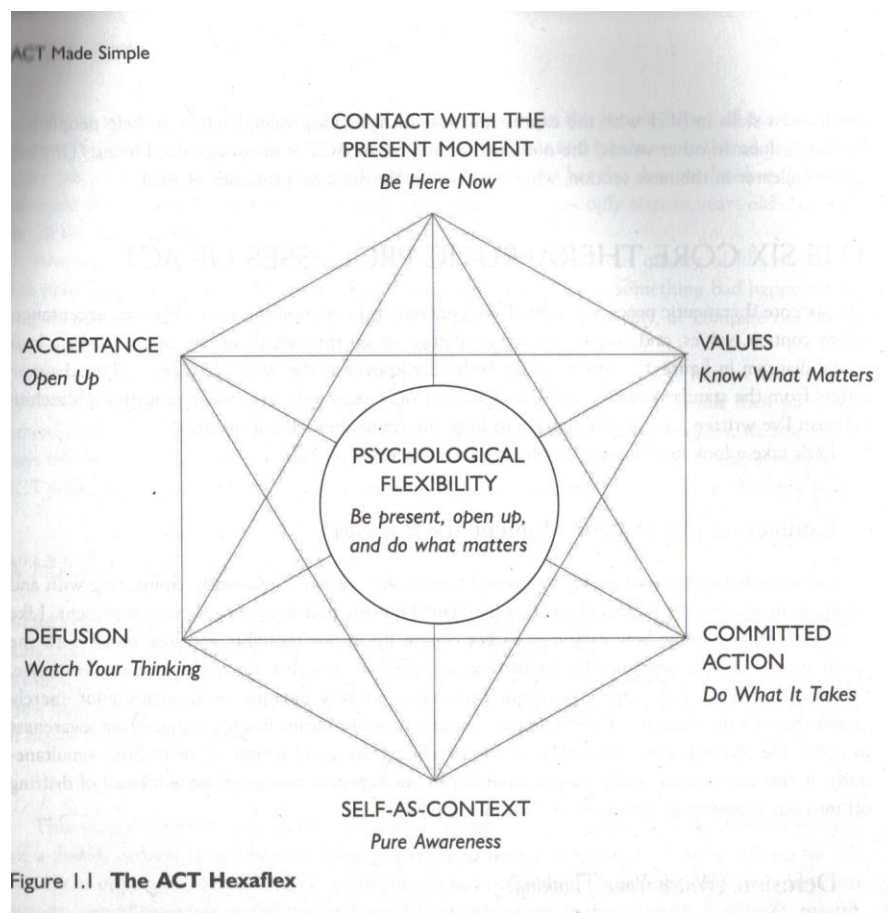
Holden (2007) minner om at ACT kan være konfronterende og medføre emosjonelle påkjenninger som ved annen terapi.

4.9 Den Psykologisk Flexibilitets Diamanten

De seks kjerneprosessene i ACT er ikke separate, men er interaktive deler som kan gå inn i hverandre. Jobber man for eksempel med defusjon og ikke helt kommer helt i mål, kan man gjerne ta en økt med aksept eller her og nå øvelser, eller omvendt. Videre kan man se av diagrammet under (hexaflex) at de seks prosessene kan bli samlet i tre funksjonelle enheter:

1. Aksept og defusjon handler om å skille tanker og følelser og se dem for hva de er, og det å åpne opp.
2. Det observerende selv og kontakt med her og nå handler begge om å komme i kontakt med verbale og nonverbale kontekst, altså å være tilstede.
3. Verdier og forpliktende handlinger involverer effektiv bruk av språk i sin ferd mot livsverdifulle handlinger. Å gjøre det som gir mening.

(Harris 2009:12)



(Illustrasjonen er fra ACT Made Simple - Harris 2009)

4.9.1 Kan ACT behandlingen evalueres?

Effekten av behandlingen handler mer eller mindre om klientens egne følelser og tanker om hvorvidt de opplever at de lever et økende funksjonelt liv. Som jeg har oppdaget har ACT ikke i utgangspunktet et symptoms-reduserende formål, men som et paradoks følger opplevelsen av dette med som en ekstra bonus ifølge Hayes (2012). ACT evalueres ved hjelp av selvrappport. Det vanligste skjemaet er AAQ (Acceptance and Action Questionnaire) (Eifert & Forsyth 2005). Dette innhenter informasjon om forekomst av symptomer, hvor ubehagelige symptomene er, og i hvilken grad pasienten tar hensyn til dem, det vil si i hvilken grad en person fusjonerer med tanker, unngår ubehagelige tanker og følelser, og er ute av stand til å handle i nærvær av dem (Holden 2007).

4.9.2 Studier og meta analyser av ACT

Det eksisterer en mengde empirisk data, kliniske undersøkelser og meta-analyser. Jeg har oppdaget noen av nyere dato som kan sette lys på effekten av ACT metoden og mindfulness baserte metoder i behandling av angstlidelser, derav en metaanalyse av ACT versus CBT (se vedlegg 3). Jeg har ikke på dette tidspunktet funnet meta analyser eller lignende som viser til ACT versus medikamentell behandling.

Det jeg tolker ut ifra dem jeg har oppdaget, samt andre kilder jeg har funnet i arbeid med denne oppgaven, er at det er ingen konkret konklusjon om at ACT metoden er bedre enn andre metoder. Derimot i snitt viser de til at ACT som metode er effektiv med hensyn til reduksjon symptomer samt økning av psykologisk fleksibilitet og høyere grad av livskvalitet.

Forfattere av undersøkelsene, sammendrag kan sees i vedlegg 3:

Arch et. al (2012)

Powers, Vörding & Emmelkamp (2009)

Vøllestad, Sivertsen & Nielsen (2011)

Vøllestad, Nielsen og Nielsen (2011)

5.0 Sammenstilling

5.1 Medikamentell behandling av angstlidelser

Som det kommer frem viser det seg at angstdempende legemidler anbefales å ha en kortsiktig funksjon i behandling av angst. Formålet er å redusere symptomer kjemisk ved å påvirke på de nevrobiologiske prosessene i hjernen som påvirker/kontrollerer tanker og handlinger. Effekten av medisinene er biologisk og har angstdempende, beroligende og avslappende egenskaper.

5.2 Et skråblikk på medikamentell behandling av angstlidelser

Medikamentell (biologisk) behandling ved angstlidelser kan med fordel muligens vise til lave kostnader, god effekt og rask lindring av symptomer. Angstlidelser, som ifølge Eifert & Forsyth (2005:15) står for over 31 % av den totale kostnaden innenfor psykisk helsevern (USA). Tar man i betraktning de norske psykososiale forhold, opplever jeg en holdning av hvor viktig det er å komme fort tilbake i jobb og en vegring fra folk flest å sykmelde seg i lengre perioder til tross for kroniske lidelser. Det er en forståelsesmodell på hvordan medikamentell behandling er fortsatt utbredt her til lands. Kortsiktig lindring.

Ulempene både på individ og samfunnsnivå kan være litt større. De fleste pasienter oppfatter sine angstplager som uttrykk for en kroppslig lidelse. Mange går altfor lenge i den somatiske del av helsevesenet til unødvendige utredninger, som ikke hjelper, men derimot bidrar til kronifisering (Helsetilsynet 1999). Medisinering av angstrelaterte somatiske plager som forveksles med den reelle diagnosen. Dette kan øke helsekostnadene betraktelig i det lange løp. Helsetilsynet (1999) minner om faren av bivirkninger og psykologiske og fysiologiske avhengighet av visse medikamenter, samt faren for tilbakefall ved seponering.

En annen bakdel jeg tenker på som Gøtestam (2003) legger frem, er hvis man skulle kunne overveie en blanding av både medikamentell behandling og kognitiv (eller psykodynamisk) terapi kan medisineringen rett og slett stå i veien og hindre effektiv utbytte av den. Medisiner tatt i riktig kontekst har en funksjon, selv om den er kortsiktig. Det er etter min forståelse at når klienten setter sin lit til at det er primært medisinene som kan fikse problemene og attpåtil blir avhengig av disse at det begynner å bli problematisk. Man kan dempe panikkanfall med antidepressive, men bare så lenge medisinen inntas.

(Götestam 2003:347). Det å ha i minne er at de fleste angstdempende midler reduserer frekvens, intensitet og lengde av angst relaterte ubehag. Tankene går til hvordan medisinene på den måten opprettholder en passiv forhold til sin lidelse. Kan det resultere i at problemene maskeres/døyves til det punktet at den angstlidende ikke deltar i sitt eget liv? Eifert & Forsyth (2005) påpeker at det krever ingen innsats fra den angstlidende i det å ta medisin, det vil si at man slipper å gå nærmere i seg selv og risikerer å fortsette med det et liv av unngåelse.

Vi har utviklet oss langt fra den bekymringsfulle delen av det medisinske perspektivet som førte til lobotomien som var normen på 40 og 50-tallet. Behandlingsmetoden skulle bekjempe blant annet schizofreni, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kan tidens nye versjon av "lobotomi" kanskje sees i sammenheng med medikaliseringen i dagens samfunn? Vi stiller nye samfunnskonstruerte diagnoser og propper mennesker full av anti-depressive, angstdempende, anti-maniske tabletter *en masse*. Jeg stiller meg nyssgjerrig til medisineren, og synes det kan være en noe for ensidig løsning. Hvordan blir valgmulighetene på individnivå påvirket av medikaliseringen for de som lider av angst? Det kan være en stor fordel å få bestemme og ta kontroll over eget liv. Nærmere beskrevet autonomi prinsippet, et begrep som brukes om enkeltmenneskets rett til å bestemme over seg selv, sin egen kropp og eget liv (Førland 2006:7). Vil ikke valgmulighetene være flere når man føler at man har fri vilje og at man faktisk kan ta et valg?

5.3 ACT i behandling av angstlidelser

Aksept teknikkene og filosofien bak ACT synes å føre til at den angstlidende tar mindre hensyn til symptomene ved å aksepterer dem mer og dermed oppleve positive atferdsendringer på kjøpet . Mindfulness aspektet (det vil si den aksepterende registreringen av opplevelsen) tjener som utgangspunkt for "adaptiv selvregulering og mer veloverveide handlingsvalg" ifølge Vøllestad(2007). Han viser til hvordan opplevelsesmessig unngåelse («experiential avoidance») det vil si kognitive eller atferdsmessige unnvikelsesstrategier, som er ifølge Hayes (2012) og Eifert & Forsyth (2005) et fellestrekk for dynamikken av angstlidelser og antas å være en faktor som opprettholder angsten. Bekymringen og grublingen har en funksjon som angstregulerende strategi. Vøllestad (2007) viser til Roemer & Orsillo, (2002) som hevder at oppmerksomhetstrening kan motvirke en slik defensiv unngåelse ved at personen blir i

stand til å forankre sin erfaring i øyeblikket. Det å utfordre gamle tankemønstre og ubevist atferd kan etter min oppfatning være formålstjenlig for de som har angst. Det å få innsikt og forståelse for hvordan og hvorfor ting skjer, å delta aktivt og oppnå autonomi. Det foreligger en tendens til at ved kognitiv atferdsterapi bedres resultatene/ effekten over tid selv etter behandling er avsluttet(Farsethås et. al 2003:346). Det finnes støttende kilder som viser at ACT oppnår dette i likhet med tradisjonell kognitiv terapi, det fremgår blant annet i meta analysen (full tekst)fra Arch et. al (2012).

5.4 Et skråblikk på ACT i behandling av angstlidelser

Holden (2007) påpeker at ACT kan synes å bryte med vår kultur der holdninger om å prøve å føle seg vel for enhver pris, det å gi seg over for ubehag når dette hindrer oss i å forfølge egne verdier. Dette kobler jeg med hvilket helsebegrep og holdninger vårt samfunn forholder seg til. Systematisering av diagnoser og medikaliseringen av ellers "livs" relaterte tilstander synes jeg har ført til en holdning der hvor det settes lit til at det meste kan og skal stabiliseres eller fjernes med bruk av tabletter eller andre selvmedisinerende kjemiske midler. Det være seg ulovlige eller godkjente legemidler.

Jeg viser til Farsethås et. al (2003:435 ff) som beskriver historikken av anvendt atferdsanalyse i Norge. De påpeker hvordan omfanget av adferdsanalytisk praksis generelt er ikke stort og fortsatt er begrenset på områder der det finnes veletablerte behandlingsteknologi ved angstlidelser og tvangslidelser. Tankene mine går til hvordan ACT teoretisk kan utfordre visse veletablerte behandlingsmetoder. Jeg kan forstå om det oppstår vansker å få implementert ACT filosofien som felles metode på etablerte klinikker. Dette på grunn av mangfoldet av forskjellige profesjonelle prinsipper og syn på tilnæringsmetoder som eksisterer innenfor psykisk helsevern. Som jeg nevnte før, foreligger det mange perspektiver på psykiske lidelser, muligens like mange som finnes av er av terapeuter i landet. Ulempen kan også være at det ikke er nok kjennskap til metodens siden den kun har vært praktisert i litt over 25 år og er stadig under utvikling etter 30 år.. Kan dette medføre at mennesker som lider av angst ikke får kjennskap til metoden, og dermed mister valgmuligheten?

5.5 Livskvalitet

Ved å ha sett nærmere på disse to vidt forskjellige tilnæringsmetoder til angstlidelser, har jeg oppdaget en felles hovedmål i begge. Medikamentell behandling har som mål å lindre symptomer og dermed øke livskvalitet. ACT har som filosofi å leve i tråd med sine verdier som et ledd i søken på livskvalitet. Medikamentell behandling i likhet med ACT metoden har som mål å sannsynliggjøre bedret livskvalitet på flere livs områder som eksempel fysiske evner, psykologisk velvære, og sosial samhandling.

Hva er ”riktig” livskvalitet? Det er et vidt spørsmål som etter min oppfatning er i utgangspunktet meget subjektiv både i form og funksjon. Med dette mener jeg at hva jeg opplever som bra for meg har ikke nødvendigvis samme resonans hos deg.

Siri Næss (2001) minner om når vi har livskvalitet som målsetting, skal man rette oppmerksomheten mot det at et menneske som opplever mye angst og depresjon likevel kan oppleve mye glede. Blant psykiatriske pasienter kan det virke utad som de har lavest livskvalitet grunnet stadig angst, bekymring eller tristhet. Likevel er det stor variasjon innenfor denne gruppen (Næss 2001:14). Hun minner videre om hvordan mangel på sannhet og innsikt i sitt liv, det å være ærlig med seg selv, resulterer at ”... vi lyver ofte for oss selv fordi vi ikke orker ta inn over oss at det livet vi lever noen ganger er forferdelig og meningsløst.” (Næss 2001:30).

Dette høres meget logisk ut for meg. Uansett hvilken metode et menneske med angstlidelser velger, synes jeg det er essensielt å ha et bevisst forhold til hvordan man oppnår og opprettholder sin egen versjon av livskvalitet.

6.0 Avslutning

6.1 Oppsummering

Så langt på reisen har jeg viderefremidlet informasjon om angstlidelser som har et felles mål: å unngå opplevelser. Medikamentell behandling har en funksjon i behandling men realistisk sett har jeg oppdaget at det skal taes forholdsregler i bruk av angstmedikamenter, grunnet fare for avhengighet og forverring av symptomer. Det viser seg at å lide er felles for alle mennesker, og at unngåelse av opplevelse kan ha motsatt effekt. Det finnes teoretisk forklaringer på hvordan våre følelser og tanker påvirker vår atferd. Jeg har undersøkt og gjengitt teorien om ACT metoden og dens funksjon. Jeg har vist til ACTs filosofiske perspektiv og dens praktiske anvendelse i behandling av angstlidelser. Det har vært vist til ACT metoden og relevansen for vernepleiefaget, hvor det synes å være flere felles prinsipper. Blant annet begrep som empowerment, samhandlingsperspektiv, deltagelse og sist men ikke minst ideen om livskvalitet. Perspektiver på hvordan man forholder seg til angstlidelser er mange, og det kan være like mange løsninger. Handler det til syvende og sist om oppnåelse av livskvalitet, noe som begge metodene har tilfelles?

6.2 Konklusjon

Oppdagelsene jeg har gjort om de teoretiske elementene i ACT har gitt meg en samlet og helhetlig forståelse av hvilken utbytte man kan ha av aksept og det å være nærværende. Analysene jeg har vist til viser snittlig at ACT som metode er effektiv med hensyn til reduksjon symptomer samt økning av psykologisk fleksibilitet og høyere grad av livskvalitet. Overalt tolker jeg disse undersøkelsene som positive til ACT metoden og at den har en forholdsvis høy grad av effektivitet i anvendt behandling av angstlidelser. Det som skiller, etter min mening er hvordan ACT metoden synes å være mer autonomi – og verdibasert. Klienten selv skal være delaktig i prosesser og forpliktende handlinger. Hvorvidt ACT er et alternativ til medikamentell behandling tror jeg vil tilslutt handle om preferansen klienten har til behandling og ikke minst hvilken ideologi som råder på behandlingsstedet. Fra et helhetlig og humanistisk perspektiv samt egne erfaringer innenfor psykisk helsearbeid, er jeg av den oppfatning at ACT metoden er en meget god alternativ til medikamentell behandling. Begrunnelsen ligger i ideen om at utfordringene rundt angsten blir satt lys på og som man tar stilling til der og da med åpne øyne. Medisinering kan sløve sansene og etter min oppfatning hindre den angstlidende i å se mulighetene.

6.3 Refleksjon

Som vernepleier og person ligger det i min natur å innta et helhetlig perspektiv. Jeg har gjort en del oppdageleser underveis med denne oppgaven som jeg vil gjerne utforske videre. Det første er hvordan å implementere ACT metoden i en lokal DPS klinikk, og det andre er videre refleksjoner om livskvalitet og hvordan man tar styring i sitt eget liv. Jeg synes også oppdagelsene rundt hvordan våre tanker virker (det kognitive) er spennende, så jeg vil utforske dette videre. Jeg antar at med de nye kunnskapene jeg har fått vil komme godt med videre i mitt arbeid innenfor psykisk helsevern. Mulighetene er mange.

Tankene mine går til hvordan følgende sitat gir meg et fornyet perspektiv av mer dybde nå:

“The secret of health for both mind and body is not to mourn for the past, worry about the future, or anticipate troubles, but to live in the present moment wisely and earnestly.”

Siddhartha Buddha

7.0 Referanser

Arch, Joanna J., Georg H. Eifert, Carolyn Davies, Jennifer C. Plumb Vilardaga, Raphael D. Rose, and Michelle G. Craske (2012) Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* DOI: 10.1037/a0028310.

Borkovec, T.D. og Brian Sharpless (2004). Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive - Behavioral Therapy into the Valued Present. I S. C. Hayes, V. M., Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition* (ss 209–242). New York: Guilford Press

*Brodtkorb, Elisabeth, Rugkåsa, Marianne (red.)(2001). *Mellom mennesker og Samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

*Bunkholdt, Vigdis (2000) *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Bunkholdt, Vigdis (2002) *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Eide, Hilde og Tom Eide (2011): *Kommunikasjon i relasjoner*. Samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

*Eikeseth, Svein og Frode Svartdal (red). (2003). *Anvendt Atferdsanalyse – Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Farsethås, Jon Arne, Willy – Tore Mørch og Børge Strømgren (2003). Anvendt Adferdsanalyse i Norge. I Eikeseth, Svein og Frode Svartdal (red), *Anvendt Atferdsanalyse – Teori og praksis* (ss 435-447). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*FO(2008): *Om Vernepleieryrket*. Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).

*FO (2003): *Yrkesetisk Grunnlagsdokument for Barnevernpedagoger, Sosionomer og Vernepleiere* Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).

Førland, Oddvar (2006). *Begrepsklargjøringen*. Bergen: Diakonissehjemmets Høgskole.

- *Garsjø, Olav (2001) *Sosiologisk Tenkemåte*. En innføring for helse og sosialarbeider.
- *Grønningssæter, Arne (2007). Rett eller galt – eller noe midt imellom? Et studiehefte om yrkesetikk fra Fellesorganisasjonen (FO). Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).
- *Götestam, Gunnar K. (2003). Angstlidelser: Diagnostikk og behandling. I Eikeseth, Svein og Frode Svartdal (red). (2003). *Anvendt Atferdsanalyse – Teori og praksis (ss339-357)* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Harris, Russel og Trym N. Jacobsen (2006) *Omfavn dine demoner og følg ditt hjerte – en introduksjon til aksept og forpliktelsesterapi*. ISSN Online: 1504-3010
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsen og Jon A. Løkke (1998 og 2004): *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Ad Notem Gyldendal.
- Hayes, S.C., Victoria M. Follete & Marsha M. Lineham (red.) (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. New York, NY: The Guildford Press.
- Hayes, S.C. & Smith, S. (2005). *Get out of your Mind and into your Life. The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA. New Harbinger.
- Hayes, S.C., K. D. Strosahl & K.G. Wilson (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Helsetilsynet (1999) *Angstlidelser- Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. IK2694-Utredningsserien 4-99.
- Helsetilsynet (2001) *Vanedannende Legemidler: Forskrivning og forsvarlighet.* (IK-2775).
- *Henriksen, Jan Olav og Arne Johan Vetlesen (2008). *Nærhet og Distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Holden, Børge. (2007) Aksept og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi, *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 34, nr 1-29-52

Jacobsen, Trym N. (2009a) Kort om filosofi og teori bak ACT: ACBS(2012) (Online) Tilgjengelig på URL: http://contextualpsychology.org/kort_om_filosofi_og_teori_bak_act (lest 18. mai, 2012)

Jacobsen, Trym N. (2009b) Kort om ACT:ACBS(2012) (Online) Tilgjengelig på URL: http://contextualpsychology.org/kort_om_act (lest 18. mai, 2012)

*Linde, Sølvi og Inger Norlund (2003): *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Luoma, Jason B, Steven C. Hayes & Robyn D. Walser (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Norsk Legemiddelhåndbok (2010): *Psykiske lidelser – Angst-* Publisert: 20.06.2010 (Online) Tilgjengelig på URL: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/7447> (lest 18. mai, 2012)

Norsk Legemiddelhåndbok (2010):*Legemidler ved psykiske lidelser*. Publisert: 20.06.2010 (Online) Tilgjengelig på URL: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/51335> (lest 18. mai 2012)

*Norvoll, Reidun (2001) Makt og avmakt. I Brodtkorb, Elisabeth, Rugkåsa, Marianne (red.), *Mellom mennesker og Samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (ss 89 -120). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Næss, Siri, A. Mastekaasa, T. Moum, T. Sørensen (2001) Livskvalitet som psykisk velvære. *NOVA-rapport 3/2001*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2001. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*.

*Opdahl, Kari (1999) Hva er en verdi? Embla nr 5/1999. I Grønningssæter, Arne (red.) (2007), *Rett eller galt? Eller noe midt imellom? Studiehefte om yrkesetikk*. fra Fellesorganisasjonen (FO) (ss18-20). Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).

Powers, Mark B., Maarten B Zum Vörde Sive Vörding and Paul M. G. Emmelkamp (2009) Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom* 2009; 78:73-80, DOI: 10.1159/000190790.

*Røkenes, Odd Harald og Per Halvard Hanssen (2006) *Bære eller Briste*. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Bergen: Fagbokforlaget.

Sandvik, Pål (2008) Finnes det fornuftig bruk av benzodiazepiner? *Utposten nr. 2, 2008*(s14-18).

*Skau, G. M. (2006): *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Snoek og Engedal (2008) *Psykiatri: Kunnskap – Forståelse - utfordringer*. Akribe Forlag.

St.meld. nr. 40 (2002-2003):Nedbygging av funksjonshemmende barrierer. *Arbeidsdepartementet* .

Tolle, Eckhart (2004) *The Power of Now*. Canada: Namaste Publishing. California: New World Library.

Vøllestad, Jon (2007) Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*: Volum 4-nummer 7 side 860-867.

Wegner, Daniel M. (1999) The Seed of Our Undoing. *Psychological Science Agenda*, January/February, 1999, 10-11

Wegner, Daniel M. (1989). *White Bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. New York: Viking/Penguin.

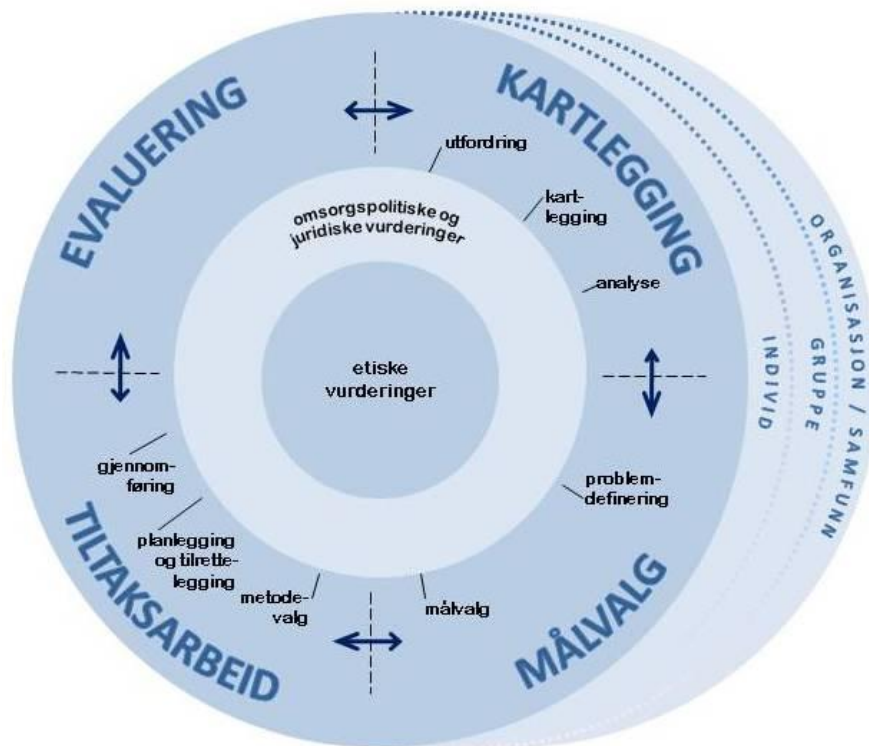
WHO (2012) World Health Organization (Online): Tilgjengelig fra URL:
http://www.who.int/topics/mental_health/en/ (lest 20. mai, 2012)

Williams, Mark, John Teasdale, Zindel Segal og Jon Kabat-Zinn (2010)*Mindfulness- en vei ut av depresjon og nedstemthet*. Arneberg Forlag.

*Aadland, Einar (2010) *Og eg ser på deg*. Oslo: Universitetsforlaget.

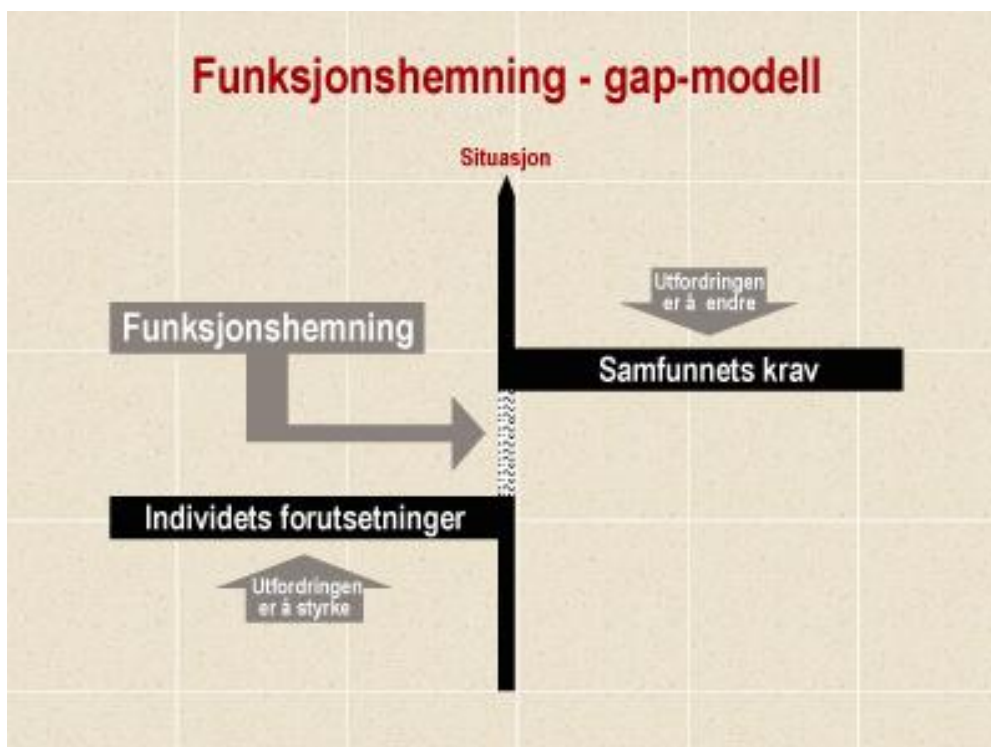
(* = pensumlitteratur Bachelor utdanning vernepleie)

Vedlegg 1 Helhetlig arbeidsmodell



Modellen illustrerer at vernepleieres arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleiere samarbeide med og være lydhøre overfor tjenestemottaker og pårørende. Etske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres det på i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for tjenestemottaker (fra FO's brosjyre "Om vernepleieryrket", s. 16). Høgskolen i Molde – Fagplan 2012

Vedlegg 2 GAP modellen



St.meld. nr. 40 (2002-2003): *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer:*

Funksjonshemming oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming eller krav til funksjon.

Vedlegg 3 Sammendrag fra utvalgte meta analyser og undersøkelser

(2009) Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review: Powers, Vörding & Emmelkamp (2009) publisert i *Psychother Psychosom* (2009):

A recent meta-analysis combining 18 RCTs found that, there was a clear overall advantage of ACT compared to control conditions (effect size = 0.42). But, ACT was not significantly more effective than established treatments (effect size = 0.18, $p = 0.13$). Overall, the effects of ACT are promising, particularly given this intervention is now only two decades old.

Powers, Vörding & Emmelkamp (2009)

(2011) Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial: Jon Vøllestad, Børge Sivertsen og Geir Høstmark Nielsen (2011) publisert i *Behavioral Research and Therapy* viser dette:

Målet med studiet var å undersøke effekten av mindfulness basert stress reduksjons teknikker (MBSR) for angstlidelser i en 8 ukers behandlingsperiode. De konkluderer med at til tross for en del begrensninger med hensyn til studiet, at: "...we conclude that MBSR is an effective treatment for anxiety disorders and related symptomatology".

Vøllestad, Sivertsen & Nielsen (2011)

(2011) Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis: Jon Vøllestad, Nielsen og Nielsen (2011) publisert i *British Journal of Clinical Psychology* viser dette resultatet:

Conclusions: MABIs are associated with robust and substantial reductions in symptoms of anxiety and comorbid depressive symptoms. More research is needed to determine the efficacy of MABIs relative to current treatments of choice, and to clarify the contribution of processes of mindfulness and acceptance to observed outcome.

Jon Vøllestad, Nielsen og Nielsen (2011)

Vedlegg 3(forts.)

(2012)Randomized Clinical Trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Mixed Anxiety Disorders publisert i *American Psychological Association* (2012):

Method: One hundred twenty-eight individuals (52% female, mean age 38, 33% minority) with 1 or more DSM–IV anxiety disorders began treatment following randomization to CBT or ACT; both treatments included behavioral exposure. Assessments at pre-treatment, post-treatment, and 6- and 12-month follow-up measured anxiety-specific (principal disorder Clinical Severity Ratings [CSRs], Anxiety Sensitivity Index, Penn State Worry Questionnaire, Fear Questionnaire avoidance) and non-anxiety-specific (Quality of Life Index [QOLI], Acceptance and Action Questionnaire–16 [AAQ]) outcomes.

Conclusions: Overall improvement was similar between ACT and CBT, indicating that ACT is a highly viable treatment for anxiety disorders. Some differences did emerge, in that CBT resulted in higher quality of life, whereas ACT resulted in greater psychological flexibility, and, among those who completed treatment, lower principal anxiety disorder severity, over the follow-up. Overall, our findings suggest that ACT is a highly viable treatment alternative to CBT, the current gold-standard psychosocial treatment for anxiety disorders. Further, they pave the way for future investigations of for whom each treatment approach is most effective and the shared versus unique mechanisms of therapeutic change.

(Arch et. al 2012)