

Eksponeringstrening

Eksponeringstrening for en person med autisme, paranoid schizofreni og generalisert angstlidelse. En case beskrivelse.

May Glad Lien, epost: May.Glad.Lien@ahus.no

Klinisk vernepleier ved voksenhabiliteringen, AHUS.

I denne artikkelen beskrives en reduksjon av opplevd angst i sosial setting hos en mann med diagnosene autisme, paranoid schizofreni og generalisert angstlidelse, hvor eksponering blir brukt som behandlingsmetode. Eksponeringsbehandling er ved flere randomiserte studier vist seg å være en effektiv miljøterapeutiske metoden i arbeid med angstproblematikk (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2013) (Statens helsetilsyn, 2000). I denne artikkelen vises hvordan eksponeringsbehandling kan tilrettelegges for person med kognitive utfordringer.



Illustrasjon: Steven Johnson, Flickr

Ordene eksponeringsbehandling og eksponeringstrening brukes om hverandre i litteraturen. Jeg velger her å bruke ordet eksponeringstrening.

Personen som omtales i artikkelen har skriftlig og muntlig gitt samtykke til artikkelen. Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring har godkjent

innsamling og behandling av personopplysninger i forbindelse med utarbeidelse av artikkelen.

Eksponeeringstrening er en anbefalt behandlingsmetode ved sosial angst (Statens helsetilsyn, 2000) (National Institut for Health and Care Excellence, 2013). Eksponeeringstrening med responsprevensjon (ERP) er den miljøterapeutiske behandlingsmetoden som har best dokumentert effekt ved behandling av sosial angst (IBID). Ved ERP utsettes personen for det han/hun sliter med å håndtere og må stå i situasjonen til angsten oppleves mindre. Personen får da erfaring med at angstnivået stiger til et visst punkt for så å synke igjen. Når man har trent ERP en tid vil angstnivået ikke stige så høyt som det gjorde ved første trening. Angsten vil da ikke oppleves som så hemmende som før oppstart. I to av tre tilfeller opplever personen betydelig bedring samt varig effekt av behandlingen ved bruk av ERP (Statens helsetilsyn, 2000).

Det er essensielt for gjennomføring av ERP at personen er motivert, godt informert om denne måten å jobbe på og har kjennskap til normale angstreaksjoner. Kjennskapen til normale angstreaksjoner gjør at de symptomer som kommer under trening er forståelige, personen blir klar over at de ikke predikerer fare og dermed tørr/orker å stå i det ubehaget det er å oppleve angst.

Diagnoser

I Norge brukes diagnoseverktøyet ICD-10 ved klassifisering av psykiske lidelser. Diagnosen F 41.1 Generalisert angstlidelse innebefatter angst som er generalisert og

vedvarende. Den er ikke begrenset til noen bestemt situasjon eller omstendighet. Angst omfatter alt fra en følelse av uro og anspenthet til panikk og frykt. Personen opplever ofte en kroppslig reaksjon som kan innebefatte en eller flere av følgende komponenter: vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svetting, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i epigastriet (Helsedirektoratet, 2017). Angst har en overlevelsesfunksjon og en helt normal reaksjon på blant annet store påkjenninger. Det er når denne tilstanden oppstår utenom disse påkjenningene, og i hvilken grad den oppstår, som sier noe om den er normal eller sykkelig (Statens helsetilsyn, 2000). Ubehandlet angst vil kunne medføre både somatiske og psykiske komplikasjoner som kan bli kroniske (Statens helsetilsyn, 2000). Det er derfor viktig å komme tidlig på banen med behandling av angst.

Et av kriteriene for diagnosen F 84 autismspekter lidelse, gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, er kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønster (helsedirektoratet, 2017). Kvalitativt avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønstre gir utfordringer med å forstå og tolke det som skjer i ens omgivelser. Det antas at dette er årsaken til at det er funnet økt sårbarhet for utvikling av angst hos personer med autismspekter lidelse (Kaland, 2009). Å hjelpe personer med autisme til å forstå og tolke omgivelsene slik normalbefolkningen gjør er derfor viktig. Eksponeeringstrening kan bistå i dette arbeidet. Utfordringene ligger i at eksponeeringstrening vil gi opplevelsen av å miste kontroll, noe personer med



Illustrasjon: Hans Griep, Flickr

autismespekterlidelse ofte allerede opplever i det daglige, og er med på å opprettholde angsten.

Deler av lidelsestrykket ved F 20.0 paranoid schizofreni er å ikke forstå omgivelsene og stole på de sanseintrykk man får. Personen opplever ofte å ikke ha kontroll og opplever dermed økning i angst og stressnivå, noe som igjen fører til økt sannsynlighet for å utløse psykotiske episoder (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2013). Ved eksponeringstrening opplever man at litt av den kontrollen en

har over omgivelsen og seg selv forsvinner da en utsetter seg for det en frykter og skal lære kroppen å ikke bli aktivert (få angst-anfall). Eksponeringstrening kan av den grunn føre til at mennesker med paranoid schizofreni opplever en forverring av sykdommen.

Kombinasjonen av diagnosene beskrevet over kan vanskeliggjøre behandling av angst ut over medikamentell behandling. For å øke sannsynligheten for å lykkes med eksponeringstrening må følgende punkter være oppfylt:

- Personen ønsker behandling ut over det medikamentelle
- Personen får tett oppfølging av personal som personen stoler på
- Personen opplever å ha kontroll over treningen/behandlingen
- Personen får en grundig innføring i angst symptomer.

Artikkelen ønsker her å belyse hvordan behandling med eksponeringstrening kan tilrettelegges for personer med diagnosene F 84.0 autisme, F 20.0 paranoid schizofreni og F 41.1 generalisert angstlidelse, uten at det fører til økt symptomtrykk på F 20.0 paranoid schizofreni.

Hovedpersonen

Anders er en mann på 24 år som ble henvist Avdeling voksenhabilitering med ønske om vurdering av diagnose og optimalisering av medisiner. Under henvisningsperioden ble diagnosene paranoid schizofreni og autisme satt. Et fremtredende symptom ved begge diagnosene var angst. Hans angst omfattet blant annet å møte andre mennesker han ikke kjente, bakterier og mat. I en av sine dårligste perioder slet han med å ha klær på kroppen, spise mat og tørre å puste. Toleransen for forverring av schizofreni ved psykisk stress var lav. Tidligere miljøterapeutiske tiltak for å minske Anders sin angst hadde ikke lyktes. Behandling med medisiner ble startet og samarbeid med bolig opprettet for å sikre god ivaretagelse av Anders i en sårbar og dårlig periode. Etter en periode med regulering av medisiner opplevde Anders seg klar for å jobbe med sin angst ut over medikamentell behandling.

Normativ vurdering

Pasient- og brukerrettighetsloven (omsorgsdepartementet, 2001) gir pasienten rett til å medvirke i utforming av behandling og metoder. Etter noe tid med medikamentell behandling ønsket Anders ytterligere behandling. Han uttrykte et ønsket å «komme seg videre i livet» slik alle andre gjorde. Med det mente han å ta utdanning, være sosial og kunne stå i en jobb. I tråd med «Sjekkliste for målrettet tiltaksarbeid» (Løkke & Salthe, 2012) ble det gjennomført en vurdering av Anders, pårørende og personalet sine ønsker og verdier, samt en vurdering av mulige tiltak sett opp mot relevant teori. Pårørende og personalet som jobbet der Anders bodde var alle positive til Anders sitt initiativ om mer behandling. De var dog noe skeptiske til om det lot seg gjennomføre grunnet hans lave toleranse for stress. Anders var veldig motivert og åpen for at ytterligere behandling ville medføre psykisk stress. Ved gjennomgang av empiri ble eksponeringsterapi fremhevet som beste evidensbaserte og effektive metode for å bistå personer med angst. Ut fra sin erfaring med Anders sitt symptombilde og historie antok behandlende overlege og psykologspesialist ved Avdeling voksenhabilitering at Anders kunne prøve ut eksponeringstrening da hans ønske om ytterligere behandling var stort. Angsten Anders opplevde omfattet mange av hans daglige gjøremål og senket livskvaliteten hans. Et hvert lite steg mot å minske angstens omfang ville gi han bedre livskvalitet. Dette gav grunnlag for en normativ vurdering om iverksettelse av tiltak for å dempe angst.



Illustrasjon: Juan Carlos Pachón, Flickr

Tilpassing av eksponeringstrening til Anders

Anders hadde ved flere tilfeller fått en forverring av sin paranoide schizofreni ved psykisk stress. Tiltaket ble derfor diskutert med behandlende psykolog og psykiater ved Avdeling Voksenhabilitering før igangsetting. Mennesker med autisme og schizofreni opplever som nevnt over ofte at de ikke har kontroll. Mangel på kontroll kan være den utløsende faktoren til stress og ytterligere dårligere psykisk helse. I samarbeid med psykolog og psykiater ble det besluttet å anbefale eksponerings-

trening i avgrensede tidsperioder, i korte intervaller. Fastsatte intervaller gav ham mer oversikt over hvor lenge stresset og ubehaget varte, og gav ham større mulighet til å erfare at han klarte å stå i sin angst.

For å minske Anders sin opplevelse av stress ytterligere fikk Anders mye tilpasset informasjon før, under og etter at tiltaket var igangsatt. I tillegg ble han minnet på at han hadde kontrollen over om tiltaket skulle gjennomføres eller ikke. Det transparente tiltaksarbeidet gjorde ham trygg på at vi ikke ville presse han lenger enn han selv opplevde at han orket.

Mange med autismspekterlidelse har et behov for klar struktur og klare rammer for å fungere optimalt. For å møte dette behovet hos Anders ble det opprettet et treningsteam og utarbeidet samhandlingsregler. Dette minsket stresset hos Anders da han kunne være sikker på at han ble møtt på lik måte hver gang det var trening og at treningene forgikk til de tider som ble avtalt.

Angst hierarki

Det er krevende å utsettes for det man frykter og vente på at angsten skal synke i intensitet. Av samme grunn er det lett å gi etter og ikke bli i situasjonen lenge nok til at en får erfaring med at angstsymptomene ikke er farlige. For å minske risiko for forverring av psykisk lidelse bør personen

gradvis utsettes for mer og mer krevende angst belastinger. For å møte disse utfordringene ble det utarbeidet et angsthierarki. Et angsthierarki er en rangert oversikt over hva personen er redd for. Ved å lage et angsthierarki og utsettes for det oppleves som minst angstfullt først, er sannsynligheten for å fullføre treningsløpet i sin helhet større (Kendal, Mrtinsen, & Neumer, Mestringskatten (Coping cat), 2006) og øker muligheten for opplevd mestring (Eknes, et al., 2001). Dette ved at man gradvis endrer ens læringshistorie og hvordan vi forholder oss til de stimuli som trigger angst atferd (Horne & Øyen, 2005). Angsthierarki brukt som her beskrevet øker sannsynligheten for at Anders opplever kontroll over treningen. Treningen oppleves da oftere som mer



Illustrasjon: Frédéric Glorieux, Flickr

håndterbar og forutsigbar noe som er viktig i all behandling av mennesker med denne lidelsen (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2013).

Mål

Anders sin angst hemmet ham sosialt og stresset ham mye i det daglige. Han uttrykte ved flere anledninger at han ønsket å kunne klare å være mer sammen med andre. Anders valgte følgende hovedmål:

Deltakelse på boligens fellesmiddag i fellesstua uten følge av personalet.

Dette var ikke det som utløste minst angst hos Anders, men det var det han hadde mest lyst til å mestre av de handlingene som lå nederst i angsthierarkiet. For å mestre eksponerings-

trening er det viktig å være veldig motivert. Av den grunn var det riktig å følge hans ønske om mål selv om det ikke var det som lå helt nederst i angsthierarkiet hans.

Rammer

Anders bor i en omsorgsbolig med personalbase. Boligen rommet flere leiligheter med felles utgangsdør og et fellesrom med kjøkken. På fellesrommet blir det servert middag to ganger i uken. Ansvaret for å tilberede middag går på rundgang blant beboerne. Treningene ble gjennomført i fellesrommet to ganger i uken under fellesmåltid. To fra trenings-teamet deltok i treningen. En hadde ansvaret for å følge opp Anders (hovedtrener) og få hans angstskåre under treningen. En hadde ansvaret for å legge



til rette omgivelsene i fellesrommet (hjelpetrener) for at Anders skulle klare å gjennomføre treningen.

Treningsteam

Bruk av treningsteam gjorde sannsynligheten større for lik praksis og dermed også høy behandlingintegritet (Eknes, 2004). Et treningsteam på fire personer ble etablert. Dette er personer Anders har tillitt til. Treningsteamet jobbet alltid to og to sammen, og hadde jevnlig evalueringsmøter med fagkonsulent fra Avdeling voksenhabilitering. Etter treningene og under evalueringsmøtene ble treningene gjennomgått for å sikre lik praksis.

Selv om det var kun et lite team som skulle gjennomføre treningen måtte hele personalgruppen få informasjon om treningen. Anders har behov for støtte av hele personalgruppen for å mestre denne type trening. Det må tilrettelegges for at han opplever kontroll over treninger og hverdagen for å fungere optimalt og ha nytte av trening. Det var av den grunn viktig at personalgruppen ikke oppmuntret eller presset Anders til å trene utenom avtalte treninger med trenings-temaet. Han har da klare grenser for når det skal trenes og ikke, samt trenger ikke å snakke med alle om treningen. Slik kontroll senker stressnivået hans i det daglige da treninger er gjort så forutsigbare som mulig for ham.

Forsterkerkartlegging

Anders var veldig motivert for behandling. Til tross for dette trenger man å finne potente forsterkere for å holde motivasjonen oppe under hele treningsperioden

(Horne & Øyen, 1994). Det ble foretatt en forsterkerkartlegging som personalet ble oppfordret til å evaluere fortløpende. Dette da man fant få forsterkere som var potente før oppstart.

I løpet av første trinn i fase 1 fant man at ros var en veldig potent forsterker. Denne holdt seg potent gjennom alle av tiltakets tre faser.

Behandlingsintegritet

Det er viktig for eksponeringstrening at den er godt forberedt og sikrer at pasienten opplever å ha eksponeringssituasjonen er under kontroll (Irgens, 2000) (Eknes, et al., 2001). En behandlingsplan ble av den grunn utarbeidet. Behandlingsplanen beskrev hvilke utfordringer Anders hadde, hvorfor man igangsatte tiltaket, rammebetingelser og en grundig beskrivelse av selve tiltaket. For å sikre god progresjon og jevnlig evaluering av tiltak ble progresjonsplan utarbeidet og denne igjen delt opp i faser med flere trinn under hver fase (Eknes, 2004).

Progresjonsplan ble gjort kjent for og godkjent av Anders før oppstart av tiltak. Dette gav Anders stor grad av kontroll over eksponeringssituasjonen. Opplevelse av kontroll var en viktig faktor for å senke stressnivået og holde motivasjon oppe hos Anders under hele tiltaket.

Samhandlingsregler er viktig for å sikre gyldiggjøring og validering av pasientens selvfølelse, egenart og individualitet. Slik gyldiggjøring og validering er viktig for å sikre en god miljøterapeutisk tilnærming til pasienten (Hovden & Bakken, 2015). Samhandlingsreglene ble utarbeidet i samarbeid med Anders og gjort kjent for

hele personalgruppen. Behandlingsplan, progresjonsplan og samhandlingsregler sikret god behandlingsintegritet.

Materiell

For å måle effekt av eksponeringstreningen ble det brukt et «angst termometer». Dette er en subjektiv målemetode som kun sier noe om personens egen opplevelse av angst. Metoden gjør at personen blir mer bevisst sitt eget angstnivå og dermed er bedre i stand til å jobbe med å senke angstnivået (Kendal, et al., 2011). I tillegg muliggjør metoden at personalet lettere kan monitorere pasienten sin angst slik at de kan tilrettelegging for mestring og bistå til å holde motivasjonen oppe. Anders prøvde ut metoden før oppstart av tiltaket og opplevde en større bevissthet rundt egen angst.

Psykoedukasjon

Anders hadde lite kunnskap om angstsymptomer ved oppstart av tiltaket. Før oppstart fikk han sammen med primærkontakt i boligen psykoedukasjon hvor angst var tema. I tillegg ble det avholdt en workshop i boligen for hele personalgruppen hvor angst var en av temaene som ble tatt opp. Ved å gi både Anders og personalgruppen bedre kunnskap om angst sikret man at Anders kunne gjenkjenne angstsymptomer når de meldte seg og få bistand av personalet til å gjenkjenne de når han var veldig angstfull.

Anders sine aktive mestringsstrategier for å håndtere angst var før oppstart å spille høy musikk, rope og synge høyt. Etter å ha prøvd ut pusteteknikk som ny mestringsstrategi fant Anders at det å bli

bevisst angstens symptomtrykk, og ikke la det få plass, var mest effektivt. Når Anders kjente symptomtrykk på angst dreide han fokuset bort fra symptomene og over på den handlingen/situasjonen han var i.

Design og prosedyre

De ble benyttet et AB- design hvor tiltaksfasen bestod av tre forskjellige faser.

Treningen i sin helhet ble utarbeidet sammen med Anders. Følgende mål ble satt for de forskjellige fasene i progresjonsplanen:

FASE 1; Økt tilstedeværelse i fellestua

uten å oppleve lammende angst

Trinn 1: 10 min tilstedeværelse i fellestua

Trinn 2: 15 min tilstedeværelse i fellestua

Trinn 3: 20 min tilstedeværelse i fellestua

FASE 2; Økt tilstedeværelse i fellestua uten å oppleve lammende angst, samt drikke og spise det som taes med av mat og drikke

Trinn 1: 20 min tilstedeværelse i fellestua. Velder selv om mat og drikke skal taes med, men må ikke spises/drikkes opp.

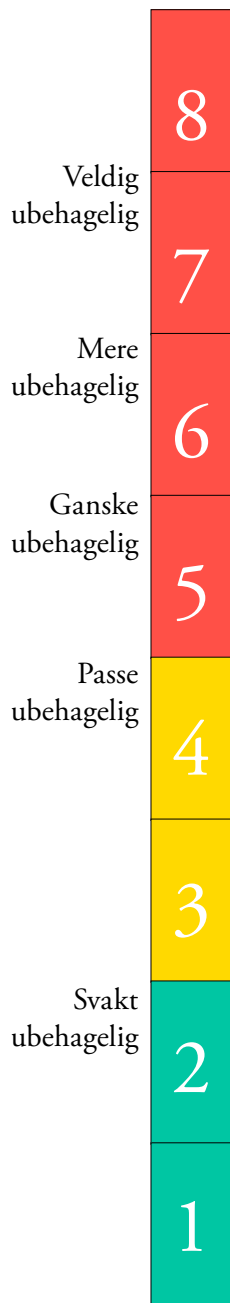
Trinn 2: 20 min tilstedeværelse i fellestua. Må ta med mat og drikke, med ikke spises/drikkes opp.

Trinn 3: 25 min tilstedeværelse i fellestua. Mat og drikke skal taes med og må spises/drikkes opp.

Trinn 3: 25 min tilstedeværelse i fellestua. Mat og drikke skal taes med og må spises/drikkes opp.

FASE 3: Spise i fellestua to ganger i uken uten å oppleve lammende angst

Anders kunne bli i fellestua lengere enn treningen og oppsøke fellestua utenom treningstidene om han ønsket dette. Angstnivået ble målt når Anders gikk til



trening, to ganger underveis i treningen og rett etter at trening var avsluttet. Når gjennomsnittlig opplevd angst lå på 4 eller mindre gikk man videre til neste trinn i fasen.

Samhandlingsregler for hvordan skulle møte Anders før, under og etter trening ble utarbeidet før oppstart av tiltaket i samarbeid med ham. Det ble lagt vekt på å finne hva som fremmet og hemmet mestring hos ham i eksponeringssituasjoner.

Avbrytelseskriterier

Det ble på forhånd avklart med Anders at han når som helst kunne avbryte treningen. Ved tre påfølgende ikke-gjennomførte treninger ble det avtalt at man avholdt et møte hvor treningsteamet, Anders og fagkonsulent fra Avdeling voksenhabilitering deltok. I møtet skulle Anders gi beskjed om tiltakene skulle opphøre eller om det var behov for endringer slik at han kunne gjennomføre treninger ved nye forsøk.

Resultater

Anders turte i liten grad å oppholde seg i fellesrommet før oppstart av tiltak. Han hadde et par ganger oppholdt seg på fellesrommet sammen med personalet. Angstnivå var ikke blitt skåret ved de anledningene, da han ikke var introdusert for denne måten å forholde seg til angsten på. Ved gjennomgang av journal fra disse anledningene kan vi anta at han ville ha hatt en gjennomsnittlig skår mellom 5-8.

Man ser ut fra grafen at Anders sin opplevelse av egen angst sank veldig på slutten av trinn 3 i fase 1. I fase 2 ser man at trinn 1 kun har tre treninger før en går

videre til neste trinn. På trinn 2 i samme fase ser man nok en nedgang før det igjen går opp. Ved avslutning fase to var opplevd angst på 1,5. Målinger av opplevd angst ble avsluttet i samråd med Anders da Anders etter fase to oppsøkte fellesrommet utenom treningene og sa han nå ikke hadde problemer med å spise sammen med de andre beboerne.

Etter treningsperioden deltok Anders i alle fellesmiddager i boligen og oppsøker fellesrommet utenom disse tidene.

Diskusjon

Når Anders blir veldig angstfull opplever han mange symptomer på angst som setter ham ut av spill. Han blir redd, får ofte en «frys» refleks og vil ut av situasjonen så fort som mulig. I disse situasjonene har det vært vanskelig for hjelpere å få grep på hvor angstfull han er og i hvilken grad han opplever å ha kontroll over handlinger/situasjonen. Før oppstart av tiltak var det utfordrende for Anders å kjenne etter hvor på en angstsкала han befant seg. Tidvis kunne han kun si om han opplevde angst eller ikke. Under utprøving av «angst termometeret» fikk han mer tak på gradene av angst.

Et «angsttermometer» gir kun subjektive data på angst. Det ble ikke foretatt noen andre målinger av angst slik som synlig svette, høy puls, nervøsitet osv. En grunn for denne avgjørelsen var at det var vanskelig for hjelperne til Anders å få grep om hvor angstfull han var. Hjelperne ville av den grunn hatt store utfordringer med å objektivt kunne måle Anders sin angst. En subjektiv registreringsform tar Anders sitt ønske på alvor da hans mål var å

oppleve mindre angst i gitte situasjoner, og ikke at symptomene på angst som vises var mindre. I ettertid ser vi at ved å utelate mer objektive data er det vanskeligere å etterprøve validiteten av treningen Anders gjennomgikk, noe som er en svakhet.

I behandling av angst er det viktig å ikke gå for fort frem. Dette for å sikre generalisering av læring. Kunnskap om angst, behandling og progresjonsplaner skal sike at dette skjer. På tross av denne kunnskapen og utarbeidelse av progresjonsplaner valgte Anders og treningsteamet å avvike fra disse. I progresjonsplanen ble det klargjort at overgang til neste trinn først skulle skje når gjennomsnittlig skår

er 4 eller mindre på to påfølgende treninger. Kriteriene for overgang til neste trinn viste seg å være noe vanskelig å følge av to grunner:

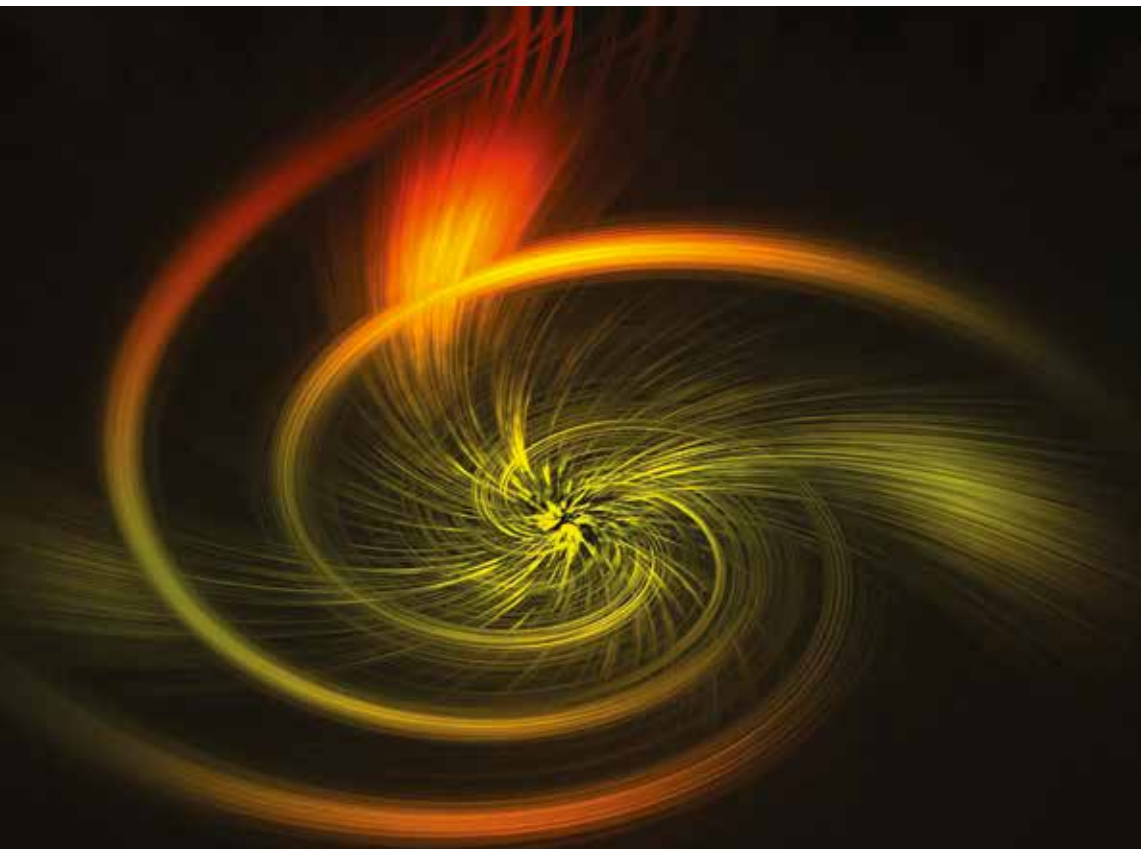
1. Anders syntes det var givende å trene og var ivrig etter å komme videre.

Av den grunn ønsket han å gå videre til nest trinn før avtalt.

2. Personalet så fremgang hos Anders og hans måte å håndtere sin angst på. Dette førte til en veldig optimisme i personalgruppen som igjen genererte ett ønske om å gå videre før avtalt.

Dette kommer frem av dataene fra fase 1 i trinn 1 og fase 2 i trinn 2. I fase 1 trinn 1 valgt man sammen med Andres å gå videre

Illustrasjon: Vee, Flickr





Illustrasjon: Thomas Wallace Scherzer, Flickr

til neste trinn selv om Anders sin gjennomsnittlige angst var litt over 4. Under trening nr 25 i fase 2 ble en medbeboer veldig høylytt verbalt utagerende i fellesrommet. Denne type atferd hos andre øker angstnivået hos Anders og gjennomsnittsskåren på treningen ble da høy. Skåren skulle gjort at man ikke gikk videre til neste trinn før to påfølgende treninger med skår under 4. Treningsteamet og Anders valgte allikevel å gå videre. Avgjør-

elsen ble tatt på bakgrunn av en generell nedgang i opplevd angst hos Anders, samt at Anders var veldig ivrig etter å gå videre og det var viktig å holde treningsmotivasjonen oppe. Tidligere har motivasjon for trening og miljøterapeutisk behandling vært lav da han var veldig redd for alt som har kunnet kalles trening og tiltak. Det å følge hans ønsker om progresjon, økte hans selvfølelse samt hans opplevelse av mestring.

I arbeid med diagnoseproblematikk lik den Anders har er det viktig å jobbe systematisk og følge de prosedyrer som er avtalt på forhånd for å skape forutsigbarhet og struktur, men enhver behandling og trening må i tillegg være dynamisk. Med dynamisk menes her å være fleksibel og tilpasse seg det landskapet man jobber i. Anders var veldig klar på at han ønsket mer trening og å gå videre. Slik tilnærming til trening hadde Anders tidligere ikke fremvist. Anders hadde tidligere vist lav toleranse for stress og fått en forverring av sin paranoide schizofreni ved opplevd psykisk stress. Det å oppleve stress og tørre å stå i det slik treningen la opp til var av den grunn krevende for ham. For å lykkes med behandlingen var det viktig at Anders opplevde mestring så tidlig som mulig. Hver fase bestod av flere små trinn. Progresjonsplanen er viktig for å sikre at man ikke øker stresset for mye i hvert trinn, og samtidig sikrer at man kan tre tilbake om man ikke takler stresset og dermed minsker sjansen for at personen ikke opplever mestring av hele treningen.

I anbefalinger ved eksponeringstrening anbefales det at man trener med responsprevensjon (ERP). Det vil si at man står i situasjonen til angstnivået synker. Dette medfører mye stress for personen. Anders hadde som nevnt vist liten toleranse for stress. Hans sosiale angst hemmet og stresset ham mye i det daglige. I samarbeid med psykolog og psykiater ble det besluttet å anbefale at man kun jobbet med eksponeringstrening i avgrensede tidsperioder. På den måten ville Anders ha en større mulighet til å erfare at han klarte å stå i sin angst uten å bli psykisk dårligere.

Konklusjon

Eksponeringstrening som behandling fungerte godt for Anders. Før oppstart av tiltak var Anders aldri i fellesstua og deltok aldri på fellesmiddager. Under treningene ble Anders oppmerksom på angsttriggere, mestringsstrategier og fikk en trygghet i å utfordre sin angst. Et år etter treningen ble avsluttet deltar han i alle fellesmiddager og oppsøker fellesstua utenom middagene.

Ved hjelp av behandlingsplan og progresjonsplaner sikret man at han fikk opplevelsen av kontroll på en utfordrende situasjon, samtidig som man sikret god forståelse i personalgruppen og lik praksis i treningsteamet. Ved å legge til rette for en strukturert og målrettet miljø-terapeutiskbehandling vil man selv ved kompleks diagnoseproblematikk kunne gi god behandling for angst ut over den ordinære medikamentelle behandlingen som ofte tilbys.

Litteratur

- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., & Möller Hans-Jürgen. (2012, februar 5). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, ss. 77-84.
- Eknes, J. (2004). *Tvangslidelse - forståelse, diagnostisering og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, J., Melgård, T., Stenhammer, T., Hagedal, K., Vildalen, S., Dahl, R., & Drabløs, J. (2001). *Utviklingshemming og psykisk helse* (Vol. 2). (J. Eknes, Red.) Oslo: Universitetsforlaget 2000.
- Helsedirektoratet. (2017). *Finnkode ICD-10*. Hentet 2017 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/2595808>
- Helsedirektoratet. (2017, mai 28). <https://finnkode>.

- ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1*. Hentet oktober 23, 2017 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/1/0/2595808>
- Horne, H., & Øyen, B. (1994). *Målrettet miljøarbeid. Atferdsanalytisk arbeid med psykisk utviklingshemmede. Del 2. Opplæringsteknikker*. Oslo: G.R.D. forlag.
- Horne, H., & Øyen, B. (2005). *Målrettet miljøarbeid. Anvendt atferdsanalyse. Del 1. Læringsteori og dagliglivets pedagogikk* (2. utg.). Lillestrøm: Hiak Publishing Senter.
- Hovden, T., & Bakken, T. L. (2015). utviklingshemming, autisme og schizofreni: En pasienthistorie om kommunale tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (volum 12), ss. 239-248.
- Irgens, A. (2000, 08 10). Eksponeringsbehandling for angstlidelser i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskriftet den norske legeförening*.
- Kaland, N. (2009, Vol 46, nummer 3). Angst og affektive lidelser ved autismespektertilstander. *Tidsskrift for Norsk psykologiförening*, ss. 252-259.
- Kendal, P. C., Bjørk, R. F., Arnberg, K., Neumer, S.-P. K., Hudson, J., & Webb, A. (2011). *Mestringskatten for ungdom: Kognitiv atferdsterapi for ungdom med angst*. Arbeidsbok. Oslo: Univeritetsforlaget.
- Kendal, P. C., Martinsen, K. D., & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping cat)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, G., & Hansen, B. (2016, juli 12). <https://psykologisk.no>. Hentet oktober 23, 2017 fra <https://psykologisk.no/2015/09/ti-rad-til-deg-som-har-angst/>
- Løkke, J. A., & Salthe, G. (2012). Sjekklister for målrettet tiltaksarbeid: fra normative og deskriptive premisser til tiltak og evaluering. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 39, ss. 17-32.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I., & Årslund, D. (2013). *Lærebok i psykiatri* (3.. utg.). (D. Årslund, Red.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2013, May). Hentet Juni 28, 2017 fra <https://www.nice.org/guidance/cg159>
- Omsorgsdepartementet, H. o. (2001, 07 01).

- Lovdata*. Hentet 12 22, 2017 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Statens helsetilsyn. (2000). *Angstlidelser- Kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyn.



Illustrasjon: Cyberien 94, Flickr

