

Hopp over der gjerdet er høgst! Åtferdseksperiment som metode i behandling av sosial fobi

Ved systematisert erfaringsbasert læring i form av åtferdseksperiment dreg terapeutar handling aktivt inn i behandlinga. Vi viser at vi bryr oss om kva pasienten gjer, og vi er med for å observere og vegleie.

TEKST

Solfrid Raknes

PUBLISERT 31. januar 2007

ABSTRACT:

Behavioural experiments in the treatment of social phobia

According to Wells and Clark's (1995) model of social phobia, the behavioural experiment is a key component in the treatment of social phobia. The treatment of social phobia is based on individually tailored behavioural experiments designed to test the validity of patients' existing beliefs about themselves, about others, and about the world. Behavioural experiments are also used to construct and/or test newly acquired adaptable beliefs. This article presents clinical examples that demonstrate how behavioural experiments can explore cognitive processes. Through the comparison of subjective experience with actual reality, threatening stimuli can properly be evaluated. The use of behavioural experiments encourages therapists to follow patients from the therapist's office to the real world. This challenges the therapist's creativity and spontaneity.

Keywords: cognitive therapy, behavioural experiment, social phobia, homework

EMNER

Kognitiv terapi

Åtferdseksperiment

Sosial fobi

Introduksjon

Berre bok gjer ingen mann klok.

Ivar Aasen, Norske ordtak

Terapeutar er som handverkarar: Vi vel verktøy og arbeidsstil. I kognitiv terapi i vår tid står det meir på verktøylista enn samtale: Åtferdseksperiment, rollespel, eksponering in vitro og in vivo, psykoedukasjon og sokratisk utspørjing er noko av dette. Ulike metodar kan påverke pasienten sin endringsprosess med varierende effektivitet. God terapi

inneber at terapeuten gjer val av verktøy som er godt tilpassa det pasienten ynskjer hjelp til, og at verktøy vert brukt med kyndigheit. Det fordrar ulike ferdigheiter, eigenskapar og haldningar hos terapeuten.

Eit sentralt behandlingsrasjonale i kognitiv terapi er utfordring av negative automatiske tankar som ein reknar med er med på å oppretthalde pasienten sine problem. Pasient og behandlar samarbeider om å identifisere og evaluere slike tankar og utvikle rasjonelle alternative tankar.

Åtferdseksperiment er ein sentral metode i kognitiv terapi. Ifølgje Bennett-Levy og medarbeidarar (2004) er åtferdseksperiment planlagt eksperimentell aktivitet, basert på eksperimentering eller observasjon, som vert gjort av pasient under eller mellom kognitiv terapi-timar. Åtferdseksperimentet sin design er basert på ei kognitiv formulering av problemet, og primærhensikta er å skaffe ny informasjon som kan hjelpe ein å:

- teste validiteten av pasienten sine eksisterande tankar om seg sjølv, andre og verda
- konstruere og/eller teste ny, meir adaptiv åtferd
- bidra til utvikling og verifisering av den kognitive formuleringa

Innanfor eit kognitivt paradigme tenkjer ein at angst vert oppretthalde av negative automatiske tankar og dysfunksjonelle kognisjonsprosessar. Menneske med angst overvurderer typisk sannsynlegheita for at noko frykta kan skje, og kor ille det vil opplevast dersom det ein fryktar, faktisk skjer. Ved hjelp av åtferdseksperiment kan pasienten teste ut prediksjonane sine. Til dømes kan vi teste kor sterkt negative utfall uønska åtferd faktisk har. Vi får på denne måten undersøkt, og oftast falsifisert, pasienten sine prediksjonar. Når erfaringane pasienten gjer seg, bryt med hans eller hennar prediksjonar, oppstår ein diskrepans pasienten vil måtte ta stilling til.

Diskrepansen mellom spådommar og erfaringar, og refleksjon kring denne diskrepansen, kan danne utgangspunkt for endring av tenkjemåtar. I forhold til eit menneske med sosial fobi, betyr det vanlegvis å utfordre angsten for og overtydinga om at ein vil dumme seg ut. Åtferdseksperimentet kan også nyttast for at pasienten skal få testa ut korleis han eller ho gjennom å styre kognisjonsprosessen sin, til dømes ved å flytte fokus frå angstreaksjonane sine til det som skjer utanfor hans eller hennar eigen kropp, kan påverke angstnivået.

Eksponeeringsteknikkar er utvikla for å hjelpe pasientar til å møte situasjonar dei fryktar, og slik leggje til rette for at naturlege betingingsprosessar som involverer fryktreduksjon (ekstinksjon og habituering) kan førekomme. For åtferdsterapeuten vil eksponeering og åtferdsendring vere mål i seg sjølv. Dette utifrå eit rasjonale om at åtferd i seg sjølv vert rekna for å verke som oppretthaldande for lidning. Kognitiv terapi, gjennom Beck og andre sentrale kognitive teoretikarar sine bidrag, understrekar kva kognisjonen har å seie for psykososial og emosjonell fungering. I kognitiv terapi går ein ut frå at kognisjon påverkar kjensler, åtferd og fysiologiske reaksjonar på minst to måtar: gjennom kognisjonane sitt *innhald*, og gjennom kognisjons*prosessen*. Kognitive modellar spesifiserer kva type kognisjonar som er med på å oppretthalde ulike lidingar.

Målet for den kognitive terapeuten er som følge av det ovanstående resonnementet å endre sentrale dysfunksjonelle tankar og tankeprosessar i samarbeid med pasienten.

Litteraturen diskuterer kva som betyr mest for endring: eksponering eller kognitiv restrukturering (Foa & Rauch, 2004; Mulkens, Bogels, deJong & Louwers, 2001, Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004). Åtferdseksperiment vil ofte innebere både eksponeringselement og evaluering av tankar og haldningar.

Med begrepet «sikringsåtferd» («safety behaviors»), har ein fått sterkare fokus på eksponering også for meir subtil unnviking (Rodebaugh et al., 2004). Til dømes kan det å flytte merksemda innover, til dømes mot førebuing av kva ein skal seie, vere ein type unnviking. Dersom aktiv tilstadesvering i situasjonen er det pasienten fryktar, vil pasienten ha lite utbytte av eksponering der ho eller han held fram med å flykte mentalt frå den sosiale situasjonen. Å nytte åtferdseksperiment der instruksjonane er knytte til å undersøke tankar, vil truleg gjere at pasienten ikkje så lett nyttar «tankeflukt». Å tydeleggjere betydninga av både openbare og meir subtile former for unnviking, og arbeide med å redusere denne, ser ut til å gje betre terapi (Wells et al., 1995).

Internasjonalt vert det oppfordra til forskning på sosialfobi i helsearbeids-kontekst med tanke på å etablere meir verksam og effektiv behandling (Bogels & Tarrier, 2004). Clark og Wells (1995) sin modell for forståing og behandling av sosial fobi verkar lovande i ny behandlingseffektforskning (Clark et al., 2003; Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark, 2003). Samstundes er modellen framleis ein relativt ny vegleiar for strukturering av behandling og val av behandlingsteknikkar. I ein slik utprøvningsfase er det truleg spesielt fruktbart å formidle erfaringar og refleksjonar frå klinikken. Vi ynskjer oss meir kunnskap om effekten av behandling etter Clark og Wells (1995) sine behandlingssprinsipp, også frå norske forhold (Borge, Hoffart, Myklebust & Nore, 2001).

I det vidare ynskjer eg å synleggjere åtferdseksperimentet og korleis det kan nyttast i behandling av sosial fobi. Erfaringar frå og døme på bruk av åtferdseksperiment frå klinisk kvardag vert skildra. Eg vil søkje å lyssetje sider ved terapeutrolla som funksjon av åtferdseksperimentet. Refleksjonar kring verktøyet kan forhåpentleg vere med på å gjere at vi kan nytte det både oftare, meir effektivt og betre tilpassa.

Bakgrunn: teori og definisjonar

Med utgangspunkt i diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 1999) kan sosial fobi definerast som frykt for merksemd, eller frykt for å oppføre seg på ein måte som vil vere pinleg. Frykta gjer at ein søker å unngå merksemd eller dei forventta pinlege situasjonane. Frykta kjem i lag med eitt eller fleire angstsymptom, i form av raudning, skjelving, sveitning, frykt for å kaste opp, vasslatings- eller avføringstrang eller frykt for dette. Angstsymptoma eller unngåingsåtferda fører til betydeleg emosjonelt stress. Personen har innsikt i at frykta er overdriven eller ugrunna.

Det er stor variasjon mellom personar med sosial fobi med omsyn til antal og type sosiale situasjonar dei fryktar (Hofmann, Heinrichs & Moscovitch, 2004). Dei hyppigast frykta prestasjonssituasjonane er å tale for publikum, ete, skrive og (for menn) å tisse på

offentleg toalett, medan dei hyppigast frykta sosiale situasjonane inkluderer å ta initiativ til eller delta i samtale, gå i selskap, gå på date og møte framande (Hofman et al., 2004).

Sosial fobi debuterer ofte midt i tenåra, men kan også kome tidleg i barndommen (Judd, 2001). Dersom fobien forblir ubehandla, vert han ofte kronisk og fører til betydelege hemningar i livskvalitet og sosial fungering (Alden & Taylor, 2004). Mange innleier ikkje parforhold, og mange klarer ikkje ta initiativ til å bli kjend med folk (Alden & Taylor, 2004; Wittchen, Fuetsich, Sonntag, Muller & Liebowitz, 1999). Somme droppar ut av skule eller arbeidsliv (Bruch, Fallon & Heimberg, 2003). Når fobien blomstrar, vert tanken om å unngå ubehag sterkare enn lysta til personleg utvikling. Mange vert underytarar i skule/jobbsamanheng på grunn av unngåing av situasjonar der dei kan trekkje til seg merksemd (Bruch et al., 2003). Yrkesval vert gjerne styrt av fobien framfor av evner og interesser (Van Ameringen, Mancini & Farvolden, 2003; Wittchen et al., 1999). Det er auka fare for utvikling av depresjon og rusavhengigheit (Van Ameringen, Mancini, Styan & Donison, 1991; Van Ameringen et al., 2003).

Mange vert ramma av sosial fobi. Livstidsprevalensen for sosial fobi i vestlege land varierer mellom studiar, med prevalenstal mellom 7% og 15% (Judd, 2001). I ei norsk undersøking kring prevalens i Oslo fann ein livstidsprevalens på 13,7% (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Den høge førekomsten gjer sosial fobi til ei av våre mest utbreidde psykiske lidingar.

Psykososiale behandlingsmodellar

I behandlingseffektforsking frå dei siste åra har det kome fram at kognitiv åtferdsterapi har god effekt i behandling av sosial fobi (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2005; Rodebaugh, Holaway & Heimberg, 2004). Innanfor det kognitive miljøet i Noreg har Clark og Wells (1995) sin kognitive modell for forståing av sosial fobi og Wells og Clark (1995) si behandling av sosial fobi vorte kjend og blitt møtt med entusiasme.

Av andre spesifikke psykososiale behandlingsmetodar som har vore nytta i behandling av sosial fobi, bør nemnast eksponeringsbehandling (Heimberg & Becker, 2002), avspenningstrening (Berstein, Borcovec & Hazlett, 2000) og sosial ferdigheitstrening (Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000). Samanlikna med desse nemnde formene for behandling retta mot sosial fobi skil kognitive behandlingsprinsipp seg tydeleg frå desse ved at ein nyttar ei anna forståing for kva som opprettheld sosial fobi. Tidlegare har ein gått ut frå at personar med sosial fobi var opptekne av korleis andre møtte dei. Ein tenkte at menneske med sosial fobi feilfortolka andre sine uttrykk i sosiale situasjonar. Ein tenkte at desse feilfortolkingane gav ei kjensle av å bli negativt vurdert av andre. I Clark og Wells (1995) sin empirisk validerte modell tek ein utgangspunkt i at menneske med sosial fobi hovudsakleg hentar informasjon frå indre styrt merksemd når dei kjem i situasjonar der dei fryktar å bli negativt vurdert. I dette indre styrte fokuset trer symptom og bilete av korleis dei ser ut for andre, fram som det mest betydningsfulle. Dei vert opptekne av korleis dei best kan takle situasjonen ved hjelp av sikringsstrategiar for å overvake, dempe eller skjule angstsymptoma. Sikringsåtferd er

med på å forsterke det indre styrte fokuset. Korleis dei vert møtt av andre, har ifølgje modellen liten innverknad på forløpet, fordi menneske med sosial fobi vanlegvis er lite merksame på andre si åtferd i sosiale situasjonar der dei er engstelege. Hypotesen om at menneske med sosial fobi har «innoverretta fokus» i større grad enn andre, er støtta av eksperimentelle studiar (Bogels & Mansell, 2004; Hirsch & Clark, 2004; Pineles & Mineka 2005; Spurr & Stopa, 2003).

Studiar har vist at når personar med sosial fobi har innoverretta fokus, opplever dei ofte negative bilete av seg sjølve (Hirsch & Clark, 2004). Pasienten har typisk ei overdriven oppfatning av kor tydeleg angsten visest (Mulken, deJong, Dobbelaar & Bogels, 1999). Desse negative sjølvbileta er knytte til angstopplevingar (Hackman, Clark & McManus, 2000; Hirsch, Mathews, Clark, Williams & Morrison, 2003). Når menneske med sosial fobi får instruksjon om å flytte merksemda til noko utanfor dei sjølve, rapporterer dei mindre angst og færre negative tankar (Wells & Papageorgiou, 1999).

Gitt Clark og Wells (1995) sin forståingsmodell av sosial fobi, og eit kognitivt rasjonale der ein har som utgangspunkt å sjekke negative tenkjemåtar, er ein logisk konsekvens i behandling å utforme og gjennomføre åtferdseksperiment som kan teste tankane. Nettopp åtferdseksperiment er ein sentral metode i Wells og Clark (1995) sine behandlingsprinsipp for sosial fobi. Bruk av åtferdseksperimentet blir vektlagt og føreslått nytta i kvar sesjon der ein forventar endring.

Clark og Wells sin sosial fobi-modell

Ifølgje Wells og Clark (1995) sine behandlingsprinsipp skal fokus for forståing og behandling av sosial fobi vere på pasienten sine dysfunksjonelle antakingar om seg sjølv, og på pasienten sine merksemdsprosessar og tryggleiksstrategiar. I starten av behandlinga arbeider ein saman med pasienten ut ei kognitiv kasusformulering. Kasusformuleringa gir oversikt over tankar om kva pasienten fryktar skal skje med seg («Eg vert nervøs og kjem til å raudne»), og kva andre då vil tenkje («Dei vil tenkje at eg er rar») dersom ho/han kjem i dei frykta situasjonane. Vidare vert det kartlagt korleis pasienten sikrar seg til dømes mot at andre skal tenkje at ho/han er rar (skjule ansiktet dersom eg raudnar), og korleis dette verkar inn på grad av sjølvfokus. Samanhengen mellom bilete av korleis han/ho ser ut for andre, angstsymptom, tankar og tryggleiksåtferd vert utforska. Øvingar der grad av sjølvfokus og tryggleiksåtferd systematisk vert variert, vert gjennomførte for å endre pasienten sitt syn på kva som opprettheld angsten i triggersituasjonar. Videotilbakemelding vert brukt for å skape meir realistiske bilete av korleis ein ser ut for andre. Modellen er meir utførleg skildra, også på norsk (Borge et al., 2001; Gråwe & Nordahl, 2000; Wells, 1997, 2001)

Sentrale omgrep

Beck (1976) sin kognitive teori dannar det teoretiske rammeverket som Clark og Wells si forståing av sosial fobi byggjer på. Kognitiv teori skil mellom ulike typar kognisjon. Automatiske tankar representerer det mest tilgjengelege nivået for tenkjing. Dette er

tankar som typisk rasar gjennom hovudet automatisk og utan at ein ynskjer det (til dømes: Eg er teit! Eg er så keisam! Eg er rar!).

På neste nivå er det utvikla underliggjande antakingar som fungerer som prinsipp eller reglar som er generaliserte til ei mengd situasjonar. Antakingar representerer samanhengar mellom hendingar og vurderingar av ein sjølv. Underliggjande antakingar vil kunne styre kva konklusjonar personen trekkjer frå situasjonar («Viss eg seier noko feil, trur dei eg er dum»), og korleis ein oppfører seg («Viss eg ikkje seier noko no, oppdagar dei ikkje kor dum eg er»).

Underliggjande antakingar kan bli gitt kraft av grunnleggjande levereglar, som er vedvarande, globale vurderingar om ein sjølv, andre eller verda. Desse kan vere funksjonelle eller dysfunksjonelle. *Dysfunksjonelle* tankar, skjema og antakingar, refererer til ein kognisjon terapeuten går ut frå er med på å oppretthalde pasienten si liding.

Åtferdseksperiment er systematisert erfaringsbasert læring

Det vi må lære før vi kan gjere det, det lærer vi ved at vi gjer det.

Aristoteles

Åtferdseksperiment er systematisert erfaringsbasert læring, og elementa er dei same som i Kolb (1984) sin læringssirkel. Arbeidet til Kolb er ei samantenkjing av dei to psykologane Piaget og Lewin og pedagogen Dewey sine teoriar, som alle kan definerast innanfor ein sosialkonstruktivistisk tradisjon (Del-Syd, 2004). Kolb nyttar teoriane til å argumentere for at læring er ein sirkulær prosess som omfattar fire læringsstadium. Åtferdseksperiment for menneske med sosial fobi, oppsett i Kolb sin læringssirkel, er presentert på figur 1.

*Figur 1.
Åtferdseksperiment
oppsett etter
modell frå Kolb
(1984) sin
læringssirkel*

Åtferdseksperiment tenkt som ein læringssirkel på denne måten synleggjer korleis det legg til rette for at pasienten skal kunne tileigne seg ny kunnskap og nye ferdigheiter gjennom ein kombinasjon av erfaring og refleksjon. Med sirkelgangen mellom styrte observasjonar, refleksjonar og innhenting av informasjon, søker terapeut og pasient i samarbeid å få til ei endring av negative automatiske tankar. Automatiske tankar vert danna med utgangspunkt i erfaringar og tolkingar av erfaringar (Beck, 1976). Når vi ynskjer å arbeide med å erstatte automatiske tankar, treng vi erfaringar å byggje dei korrigererte tankane på. Ved å ta kontroll over innhenting av relevante data slik vi gjer i

åtfærdseksperiment, aukar vi sannsynlegheita for at pasienten får positive erfaringar og gjer fruktbare tolkingar av desse.

Ein har funne i studiar at videofeedback har vist seg å vere eit effektivt verkemiddel for å korrigere negativ og forstyrta sjølvpersepsjon, spesielt der ein har vore igjennom kognitiv førebuing i perioden før ein ser på filmen (Bogels & Mansell, 2004; Harvey, Clark, Ehlers & Rapee, 2000).

Å sjå og høyre på video av seg sjølv, og samstundes vere oppteken av oppgåver knytte til det ein ser og høyrer, kan hjelpe pasienten til faktisk å observere. Menneske er energiøkonomiske ved å vere utveljande i forhold til kva informasjon som vert bearbeidd (Nørretranders, 1992). Vanlegvis vel vi ut informasjon utifrå korleis vi trur verda er, og overser lett element som bryt med forventningane våre (Baldwin, 1992; Fiske, Kenny & Taylor, 1982). Når vi ser på videoen saman med pasienten, kan vi spole fram og tilbake og stoppe opp ved detaljar. Då kan vi gjere presise observasjonar. Under ei slik øving vert pasienten med eitt nesten tvinga til å observere seg sjølv utanifrå. Slik vil ho eller han lettare kunne oppdage at oppfatningane av seg sjølv, til dømes kor raud ho/han såg ut, var overdrivne.

Åtfærdseksperiment i klinikken

Anne (26) kom til poliklinikk innanfor psykisk helsevern for behandling av sosial fobi. Ved innkomst til poliklinikken fylte ho også kriteria for unnvikande personlegdomsførstyring. Ho fortalde at ho alltid hadde vore ei smålåten og engsteleg jente. Ho fekk sterk angst når ho møtte menneske ho skulle forhalde seg til utan å kjenne dei over år. Ho hadde likevel tru på seg sjølv i forhold til å få ting til når det galdt skularbeid og musikk. Dei første terapitimane nytta vi til å lage ei kognitiv kasusformulering (sjå figur 2) etter Clark og Wells (1995) sin modell. Kasusformuleringa danna grunnlaget for vidare behandlingsintervensjonar i tråd med Wells og Clark (1995).

Figur 2. Kognitiv
kasusformulering
av Anne sin
sosiale fobi.
Modellen er
basert på Clark
og Wells (1995)
sin modell for
forståing av
sosial fobi.

For å redusere angsten i møte med nye folk hadde Anne for vane å unngå augekontakt og å seie så lite som mogeleg. Åtferda ho nytta for å redusere angst, kalla vi hennar sikringsstrategiar. Etter å ha laga og diskutert kasusformuleringa laga vi eit

åtferdseksperiment for å sjekke kva nytte ho hadde av sikringsstrategiane sine. Vi vart samde om å lage ein situasjon der ho skulle nytte, og gjerne overdrive, sikringsstrategiane sine (seie lite og unngå augekontakt), og ein situasjon der ho ikkje skulle nytte sikringsstrategiane. Fordi ho om kort tid skulle ha munnleg eksamen i kristendom, lét vi åtferdseksperimentet ha form av ein eksamenssituasjon, der ho fekk i oppgåve å fortelje om 1) Dei to skapingsforteljingane i Bibelen og 2) Jobs bok. Heile åtferdseksperimentet vart teke opp på video. «Eksaminator» var ein av mine kollegaer på poliklinikken, som Anne ikkje hadde møtt før.

I åtferdseksperimentet vårt opplevde Anne situasjonane der ho nytta og ikkje nytta sikringsstrategiar like skremmande; ho rata begge til SUD 5 («subjective units of distress», viser til ubehagsskala frå 0 til 10 der SUD 0 er nøytralt, og SUD 10 er det verste ein kan tenkje seg av ubehag). For meg og for «eksaminator» var situasjonen der ho la vekk sikringsstrategiane, monaleg meir trivsam å vere i. Når ho heldt blikket og starta med å snakke mykje, fekk ho meir flyt i forteljingane, ho vart livlegare, og det vart lettare å leve seg inn i kva ho fortalde om. Vi gav henne straks tilbakemelding i forhold til dette.

Planen min som terapeut var at eg saman med pasienten skulle sjå på videofilmingane slik at ho sjølv fekk sjå og høyre korleis ho fungerte i situasjonane. Vi såg filmingane, men Anne ville ikkje høyre seg sjølv snakke på videoen. Ho heldt fast ved at ho ikkje ville lytte, trass i mine oppfordringar. Det vart til at vi såg på videoopptaka utan lyd. Anne vart overraska over at ho såg vesentleg meir livleg ut når ho ikkje nytta sikringsstrategiar.

Anne tenkte sjølv at ho i begge situasjonane snakka «hakkete» – at fleire ting kom mange gonger, i feil rekkjefølgje og med ufullstendige setningar. Dette var eit kjerneproblem for henne. Det at ho trudde ho snakka så «hakkete», var hovudgrunnen til at ho grudde seg til munnleg eksamen, og også ofte ein grunn i vanlege sosiale samanhengar til å teie stille.

Eg begynte å stille spørsmål kring det med «hakkete» framstilling. Ved hjelp av sokratisk dialog vart det klart for Anne at hennar bevis for at ho snakka «hakkete», var kjensla hennar av det. Ho meinte at dersom ho kunne tru på at ho snakka like lite eller mykje «hakkete» som folk flest, så ville det ikkje vere så stort problem for henne å snakke med ukjende. Vi vart samde om at det vart viktig å finne ut om ho snakka meir eller mindre «hakkete» enn folk flest. Eg føreslo at vi laga oss samanlikningsgrunnlag ved å gjere lydopptak av andre som vi bad om å halde ei spontan miniførelsesing for oss. Vi vart samde om at ho i heimeoppgåve til neste time skulle gjere intervju med lydopptak. Ho valde å intervjuje to personar ho kjende frå kormiljøet sitt. Til neste time stilte ho med to intervju. Saman lytta vi på desse og skåra dei med omsyn til innhald og form. Etter gjennomgang av intervjuet med vennene sine godtok Anne å lytte til opptaket av sine «eksamenar», og vi skåra henne likeins som vi hadde skåra dei andre. Anne oppdaga sjølv at ho faktisk hadde vesentleg færre oppattakingar, feilord og ufullstendige setningar enn det eine lydopptaket vi samanlikna med, og nokså likt som det andre. Ho vart positivt overraska over resultatet.

Anne ga uttrykk for at ho fekk auka sjølvtilitt med tanke på evne til munnleg framstilling etter eksperimenta. Allereie neste terapitime var ho vesentleg meir livleg i kroppshaldning og mimikk, og var i gang med å leggje frå seg sikringsåtferd utanfor timane.

Nokre døme på bruk av åtferdseksperiment i klinikk

Typisk for personar med sosialfobi er å overestimere sannsynlegheita for at noko katastrofalt kjem til å hende, og kor belastande det ville vere dersom uønskt (frykta) åtferd oppstår.

Overestimering av kor belastande den frykta situasjonen er

Under handling på butikken er mange til dømes redde for kva som kan skje dersom dei skal betale med betalingskort, og kortet ikkje verkar. Vi kan tenkje oss at slike vanskar vert haldne oppe ved unngåing og sikringsåtferd i form av å unngå mykje handling, unngå butikkar med kø, handle på tidspunkt da få andre handlar, betale kontant, unngå augekontakt og samtale med ekspeditør, forsikre seg om at det er pengar på kortet og at koden er lett tilgjengeleg dersom ein gløymer han.

Eit eksperiment som kan nyttast for å korrigere dysfunksjonelle tankar kring kor belastande det er å oppleve at kortet ikkje verkar, kan vere å slå feil kode eller nytte eit øydelagt kredittkort. Terapeuten kan gjere handlinga med pasienten bak i køen så han eller ho får sett godt kva som skjer, eller pasienten kan handle sjølv. Oppgåva bør inkludere å lage nøyaktige spådommar på førehand kring korleis ekspeditrisen og køen bak kjem til å reagere, samt å gjere seg observasjonar kring faktiske reaksjonar under utprøvinga.

Personar med sosial fobi har ofte overdriven frykt for kva som vil skje dersom dei seier noko feil eller begynner å stotre litt. Typisk tryggleiksåtferd vil vere å seie lite, svare kort, å førebu seg svært godt, og å halde seg strengt til manus dersom situasjonen tillèt at ein nyttar det. Eit åtferdseksperiment som kan vere potent for å svekkje frykta for å dumme seg ut ved å snakke feil, er saman med pasienten å klarleggje kva forventningar ho har for kva tilhøyrarane vil tenkje/gjere/seie dersom ho gjer feil, og korleis ein kan finne ut om dette er tilfellet. Miniundersøkingar er ein fin metode for å undersøkje kva folk har tenkt. Terapeut og pasient kan saman velje ein situasjon for utsjekking og planleggje kva ein skal seie feil, kor mykje feil og kor mykje stotring, kartleggje forventa reaksjonar, og så sjekke ut sine hypotesar ved å spørje munnleg eller med kort spørjeskjema etter «talefeilane».

Overestimering av sannsynlegheita for at det ein fryktar, inntreffer

Mange raudnarar har feil oppfatning av hudfargen sin når dei raudnar. Dei trur dei «er så raude som dei føler seg». Sikringsåtferd som bidreg til å halde ved like raudne-problemet er typisk å unngå lyse rom, nytte hudkrem med grøntone, unngå raude og rosa klede, bruke høghalsa genser, samle til hårsveis som kan dekkje delar av ansiktet og halde seg kjølig ved til dømes å drikke kaldt vatn. I eit åtferdseksperiment kan ein

bruke fargekart, og la pasienten plukke ut raudfargen som samsvarer med det ho trur er hennar eigen farge. Vi kan så ha denne fargen framme i ansiktshøgde under videofilming av pasienten der raudning førekjem, og slik få sjekka ut antakinga om raudfarge. Dette verkar ofte korrigerande på dysfunksjonelle antakingar kring kor synleg raudninga er.

Personar med sosial fobi som skjelv på hendene, har ofte ei feilaktig førestilling knytt til kor mange som vil merke det. Typisk sikringsåtferd vil vere å late vere å drikke kaffi saman med andre, gøyme hendene, velje grove krus framfor tynne krus, vente med å drikke til dei andre omtrent er ferdige, og fylle lite i koppen. For å undersøkje realitetane av kor synleg skjelving og småsøling er, kan ein å gå på kafé saman med pasienten, skjelve og søle (dette kan gjerast av terapeut og/eller pasient), og deretter undersøkje ved hjelp av mini-intervjuing ved naboborda om dei registrerte sølinga.

Likeins tenkjer menneske med sosial fobi som har sveitning som kardinalsymptom, typisk at sveitte er mykje meir påfallande og oppsiktsvekkjande enn det er. Vanlege sikringsstrategiar vil vere å halde seg kald eller kle på seg så mykje at sveitte ikkje visest, nytte spesielle plagg og fargar der sveitte visest lite, og stadig tørke bort sveitte. Enkelte private klinikkar tilbyr også botox og operative inngrep for å dempe sveitning. Kor påfallande sveitte faktisk er, kan sjekkast ved at pasienten og/eller terapeuten gjer seg «sveittevåte» ved hjelp av vatn, oppsøker ei menneskemengd til dømes på café, og gjer miniintervju der ein får fram om personane i nærleiken har observert at du/dei er sveitt.

Praksis og teori

Berre når røynda lærer oss noko, kan vi endre ho.

Berthold Brecht

For utvikling og skreddarsying av åtferdseksperiment er det berre fantasien som set grenser. Poenget er å kartleggje sikringsåtferd og skjema som held pasienten sin sosiale fobi ved like, og utvikle eksperiment der ein får sjekka ut skjemaet på ein måte som kan gje pasienten nye erfaringar å byggje korrigererte skjema kring. Dette må gjerast på ein måte som pasienten kan godta og nytte, og dermed lære av.

Levereglar er erfaringsbaserte

Eg høyrer og eg gløymer

Eg ser og eg hugsar

Eg gjer og eg forstår.

Kinesisk ordtak

Åtferdseksperiment gir høve til å lære ved å erfare. Dei fleste av oss lærer meir ved å erfare enn berre av samtale (Kolb, 1984). Om vi går tilbake til kasuset om Anne, veit vi at

ho hadde ei feilaktig oppfatning av sin eigen prestasjon. Anne si oppfatning av sin prestasjon vart fokus for vårt åtferdseksperiment. Å gjere dysfunksjonelle sjølvvurderingar er kjent som ein vedlikehaldande faktor for menneske med sosial fobi (Beck, Emery & Greenberg, 1985). Ein har funne at personar med sosial fobi typisk fortolkar seg sjølve meir kritisk enn dei som ikkje har sosial fobi (Hirsch & Clark, 2004). Personar med sosial fobi synest å underestimere betydninga av eiga positiv åtferd og overestimere betydninga av negativ åtferd (Stopa & Clark, 1993). Anne var lik dei fleste med sosial fobi i så måte. Hennar sjølvvurdering initialt var basert på kjensla ho hadde i kroppen under åtferdseksperimentet. Kjensla var så sterk og ubehageleg at det eg og min kollega sa, gjorde minimalt inntrykk. Først når ho såg og lytta til opptak av seg sjølv, og slik oppdaga at hennar førestilling av seg sjølv var feilaktig, korrigererte ho biletet ho hadde av prestasjonane sine. Mi oppgåve som terapeut vart dermed å skape situasjonar som kunne gje henne *erfaringar* som braut med hennar dysfunksjonelle skjema.

«Seminaturalistiske» sosiale situasjonar

Det å kunne planleggje eksperiment saman med pasienten gjer det muleg for oss – i det laboratoriet terapirommet kan vere – å ha kontroll på fleire variablar enn vi har elles i verda. Ein kan planleggje og gjennomføre eksperiment som har passeleg store utfordringar saman med pasienten. I åtferdseksperimentet kan vi sjølv sagt ha fokus på enkeltelement, konkrete dysfunksjonelle antakingar – og sjekke desse ut, og om ønskjeleg gjenta øvinga som om det skulle ha vore eit «filmkutt». Åtferdseksperiment i «kunstig miljø» kan slik gjere læringsprosessen tryggare og dermed fasilitere rask utvikling for sosialfobikaren. Åtferdseksperiment kan og bør sjølv sagt *også* utførast i sosiale situasjonar som ikkje er spesielt tiltenkte for det føremålet å endre ein pasient sine dysfunksjonelle eigenskapar. Alt er muleg – men fantasien kan setje stengslar både for pasient og terapeut.

Bruksområde

Gud, gje meg sjelefred til å godta dei tinga eg ikkje kan forandre, mot til å forandre dei tinga eg kan endre, og visdom til å sjå forskjellen.

Gamalt ordtak

Folk er ulike og lærer ulikt. Skulen har «tilpassa opplæring» som hovudprinsipp. Metodar, tempo og innhald skal tilpassast den enkelte elev sine ferdigheiter og interesser, heiter det. I terapi har vi tradisjon for å vurdere om «pasienten er eigna». I audmjukskap snur vi problemstillinga til å omhandle kva metoden (ikkje pasienten) er eigna for. Åtferdseksperiment føreset at terapeuten kan danne arbeidsallianse med pasienten. At pasienten vil samarbeide og har evne til samarbeid er ein føresetnad. Å kunne halde fokus på det vi arbeider med i timen, utan å stadig ville snakke om eller tenkje på andre ting, er ein føresetnad. Når menneske til dømes er djupt depressive og

som del av depresjonen har invalidiserande konsentrasjonsvanskar, er ikkje metoden eigna.

Åtferdseksperiment er eigna berre når pasienten har mot og vilje til å investere krefter i terapi. Det kostar noko å skulle utfordre dysfunksjonelle antakingar. Rammevilkåra treng å liggje til rette for at vi skal prioritere å endre noko ved oss sjølve.

Investeringslyst for betring av sosialfobiske symptom vert ein føresetnad for at metoden skal vere eigna.

Menneske har ulike læringsstilar (Have, 1999). Aktivisten, reflektanten, teoretikaren og pragmatikaren er ulike med omsyn til kva læringsmetode dei føretrekkjer og får best utbytte av. Dette vil gjenspeglast i kvar i læringssirkelen vi får best utbytte. For terapeuten vil det vere nyttig å vere klar over pasienten sin læringsstil og sin eigen læringsstil, og gjere tilpassingar av åtferdseksperiment deretter (McMillan & Dwyer, 1990)

Utfordringar

Åtferdseksperiment kan vere effektivt, kjekt, stimulere til læring på fleire plan og kan brukast i ei mengd situasjonar – om eg var verktøyseljar, så ser eg for meg kundane springe til butikken. Nokre kundar ville vel kome på å spørje: Korleis er det å bruke verktøyet? Og kva kostar det?

Marknadsføring, sal og smerte

Ja visst gör det ont när knoppar brister

Karin Boye

Avgjerande for god bruk av åtferdseksperiment er å skape ei stemning der pasienten vert med på å prøve. Å få med pasienten på å prøve seg med og utan sikringsåtferd, og frivillig å gjere handlingar som kallar fram angst, usikkerheit og stundom også skam, kan vere vanskeleg på fleire plan. Stundom er det vanskeleg å få med pasienten på det. I kausdømet med Anne fekk eg henne til dømes initialt ikkje til å vere med på å lytte til si eiga stemme. Vi måtte innom runden med å lytte til andre si stemme av opptak i liknande situasjon *før* ho torde å lytte til si eiga. Stundom kan eg kjenne eit etisk dilemma i forhold til kor hardt eg skal «presse på». Det å så aktivt invitere til, og stundom insistere på, at vi skal sjekke ut ting, fordrar at eg som terapeut tek meir styring enn eg gjer på dei fleste andre tidspunkt i terapi. Eg har lagt merke til at eg skruv på sjarmen og vert skjerpa i forhold til å kome med gode argument. I slike situasjonar har eg stundom også vore takksam for det autoritative pasientar ofte legg i terapeutrolla. Eg opplever at pasientane før og under åtferdseksperiment ofte treng at terapeuten er fast, styrande og støttande og torer å utfordre. Under observasjon av andre kognitive terapeutar, som har invitert til åtferdseksperiment både «under trening» på kurs og i terapi, har eg lagt merke til at terapeutar er ulike med omsyn til kor vellykka dei «sel inn» åtferdseksperiment. Medan somme ser ut til å vere

naturtalent, ser andre ut til å trenge trening nettopp i dette. For å kunne selje inn åtferdseksperiment med overtydning treng vel dei fleste av oss å vere overtydde sjølve.

Personleg opplever eg at det å «selje inn» åtferdseksperiment har blitt lettare etter kvart som eg har gjort det mange gonger. Delvis kanskje fordi eg tenkjer på dette som ein viktig salsjobb i forhold til pasientar med sosialfobi? Delvis kanskje fordi eg med erfaring med metoden utstrålar meir tryggleik enn tidlegare? Delvis kanskje fordi eg har reflektert kring det etiske dilemmaet vi står i både om vi vel å presse på litt for å setje prosessar i gang, og om vi vel å late vere å utfordre. Det gjer vondt å gå til tannlegen òg. Folk flest finn seg i meiningsfylt smerte.

Ein kan også tenkje at ein terapeut som utfordrar pasienten til å gjennomføre ei oppgåve, sender signal om at vedkomande har sjanse til å gjennomføre oppgåva. Slik kan forventningane i utfordringa bidra til at pasienten vert oppmuntra til å tore, og gjennomfører oppgåva med større tru på eigne ferdigheiter enn han/ho elles hadde hatt. Denne terapeutiske haldninga kan dermed tolkast som behandlingsoptimisme.

Terapeutferdigheiter som vert utfordra

Å lage åtferdseksperiment kan vere utfordrande for terapeuten. Det krev oppfinnsamheit og evne til analytisk tenking: Å setje opp eit åtferdseksperiment er som å designe eit anna forsinkingseksperiment. Vi treng å tenkje klart kring kva hypotese vi skal sjekke ut, og å finne eigna måtar å søkje å falsifisere eller bekrefte hypotesen på. Når eksperimentet er gjennomført, må det oppsummerast og konkluderast. Så langt kan ein tenkje at det er «forskaren» i terapeuten som vert mest utfordra.

Åtferdseksperimentet kan få eit anna utfall enn det du som behandlar og pasient hadde rekna med. Ein er ikkje garantert suksess. Men vanlegvis vil det verste som kan skje, vere at pasienten sit att og har fått bekrefte at folk var som ho eller han trudde. Under utføring av eksperiment vil det vere naudsynt at terapeuten er fleksibel, torer å prøve ut seg sjølv, torer å bevege seg utanfor kontoret, kan tilkalle hjelp der det er behov for fleire, med meir. Dermed vert pragmatiske og sosiale sider ved terapeuten utfordra.

Stundom kan terapeuten sine eigne negative automatiske tankar vere til hinder for eit vellykka åtferdseksperiment (Wells, 1997). Forstyrrande tankar kan til dømes vere: «Eg kan gjere pasienten verre», «Eg kan bli årsak til at pasienten droppar ut av terapi», eller «Å gjennomføre åtferdseksperimentet kan føre til den frykta katastrofen». For å løyse dette problemet kan det vere naudsynt at terapeuten arbeider med sine eigne negative automatiske tankar. Om bekymringa er at pasienten kan bli stressa av åtferdseksperimentet, kan det hjelpe å leggje eksperimentet til starten av timen.

Det å skulle planleggje åtferdseksperiment er for terapeuten å innta ei aktiv rolle, der ein set agenda for handling. Ein må aktivt vere med å styre korleis terapitida skal brukast. I aktiv samhandling med pasienten skal det planleggjast gjennomførbare, nyttige intervensjonar. Terapeuten sjekkar typisk ut om pasienten har forstått meininga med intervensjonen, om han/ho har innvendingar eller forslag som kan forbetre

terapeuten sitt innspel. Her kan vi tenkje at det er terapeuten som «regissør», «medspelar» og «seljar» som vert utfordra.

Som ved bruk av andre verktøy i psykoterapi: Empati er naudsynt. Ein må kunne fange opp kvar pasienten er kjenslemessig, og reagere adekvat i forhold til det. For at åtferdseksperiment skal kunne fungere, må terapeuten ha etablert ein arbeidsallianse med pasienten, og klare å halde alliansen ved like under og etter eksperimentet. Under utforming av eksperiment vil det å utfordre pasienten passeleg mykje fordre terapeuten si evne til å ta pasienten sitt perspektiv.

Å gå inn i ei rolle som «forskar», «regissør», «medspelar» og «seljar», og i tillegg vere pragmatisk, sosial og empatisk, krev ein terapeut med nok sjølvtrillit, energi og openheit for nye arbeidsformer til å prøve.

Avslutning

We choose to go to the moon in this decade and do the other things, not because they are easy, but because they are hard.

Kennedy, 1962

Åtferdseksperiment skaper ei arbeidsform som bind saman aktivitet, observasjonar, refleksjonar og planlegging av aktivitet i terapi. Ved å nyttiggjere systematisert erfaringsbasert læring slik bruk av åtferdseksperiment fordrar, dreg vi dermed handling aktivt inn i behandlinga. Vi viser tydeleg at vi bryr oss om kva pasienten gjer og korleis ho eller han gjer det, og vi er med for å observere, støtte og vegleie.

Klinisk praksis, spesielt frå Oxford-miljøet, tyder på at åtferdseksperiment kan vere særst effektivt for å endre dysfunksjonell tenking (Bennett-Levy et al., 2004). Mitt bidrag synleggjer at dette også kan gjelde for klinikkpraksis i norske forhold. Sjølv om åtferdseksperiment er ein integrert del av kognitiv terapi, finst det lite forskning som fokuserer spesielt på verdien av åtferdseksperiment per se. Likeins finst det lite forskning på andre terapeutiske strategiar isolert sett. Behandlingseffektsforskning har i hovudsak evaluert kognitiv terapi-pakker framfor spesifikke strategiar for endring.

Utifrå at åtferdseksperiment er ein sentral komponent i kognitiv terapi for angstlidingar som panikkiliding og sosial fobi (Clark, 1997), tvangsliding (Salkovskis, 1999) og posttraumatisk stress-liding (Ehlers & Clark, 2000), og at desse behandlingsformene har vist seg verksame, kan ein argumentere for at det er sannsynleg at åtferdseksperiment er verksame behandlingsstrategiar.

Åtferdseksperiment gitt som heimeoppgåver vil kunne gjere at pasienten tek meir aktivt del i si eiga behandling også mellom terapitimane. Å utføre heimeoppgåver, og at det vert brukt tid i terapitimane til å planleggje, støtte opp under og følgje opp heimeoppgåver, har vist seg nyttig (Rees, McEvoy, & Nathan, 2005; Tomkins, 2002).

Den einaste forskinga underteikna kjenner til som direkte adresserer spørsmålet kring effekten av åtferdseksperiment, er eit eksperiment av Bennett-Levy frå 2003, gjengitt i

Bettett-Levy og medarbeidarar (2004). Der vert åtferdseksperiment samanlikna med ein annan terapeutisk strategi: registrering av negative automatiske tankar. Ein fann at åtferdseksperimentet var jamgodt med registrering av automatiske tankar i forhold til bevisstgjerjing av indre prosessar. Vidare fann ein at åtferdseksperiment bidrog til vesentleg meir endring av dysfunksjonelle antakingar og åtferd. Det vesle vi har av forskning på effekten av åtferdseksperiment så langt, støttar såleis viktigheita av å nytte seg av åtferdseksperiment i kognitiv terapi. Det vil vere spanande om vidare forskning kan lyssetje og evaluere åtferdseksperiment for å gje meir kunnskap om korleis og når åtferdseksperiment verkar.

Åtferdseksperiment oppfordrar oss som terapeutar til saman med pasienten å skape konkrete hendingar for å sjekke ut pasienten sine dysfunksjonelle antakingar på andre vis enn i rein dialog mellom pasient og terapeut. Slik vert vi med på å ta styring over pasienten sine erfaringar, og kan auke sannsynlegheita for at pasienten hentar inn andre erfaringar som kan gje positive opplevingar. Å arbeide så aktivt, strukturert og fokusert er vanskeleg og krevjande. Men når ein set seg høge mål og går etter dei, kan ein lære mykje på vegen. Og ein kan hauste uventa sidegevinstar (Nørretranders, 2005). Hopp over der gjerdet er høgst, så kan vi nå til månen!

Solfrid Raknes

Psykiatrisk Poliklinikk

Voss Sjukehus

Sjukehusvegen

5700 Voss

Tlf 56 53 38 30

E-post solfrid.raknes@helse-bergen.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 2, 2007, side 139-147

TEKST

Solfrid Raknes, psykologspesialist

+ Vis referanser

Referansar

Alden, L. E. & Talyor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.

Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.

Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Bennett-Levy J., Butler, G. Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (Eds.). (2004). Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Berstein, D. A., Borkovec, T. D. & Hazlett-Stevens, H. (2000). New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals. Westport, CT: Praeger.
- Bogels, S. M. & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24, 827-856.
- Bogels, S. M. & Tarrier, N. (2004). Unexplored issues and future directions in social phobia research. *Clinical Psychology Review*, 24, 731-736.
- Borge, F. M., Hoffart, A., Myklebust, S. & Nore, G. (2001). En kognitiv modell for behandling av sosial fobi: Kliniske erfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 1141-1148.
- Bruch, M. A., Fallon, M. & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 109-117.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2005). The empirical stature of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 5-27.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, Hackmann, A., Fennell, M, Campbell, H. et al. (2003). Cognitive therapy vs fluoxetine in generalised social phobia: A randomized placebo controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope & E. R. Scheier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (ss. 69-93). New York: Guilford Press.
- Dam-Baggen, R. & Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy av the clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437-451.
- DEL-Syd (2004). Erfaringsbaseret læring. Tilgjengelig på <http://www.delod.dk/ut/>
- Fiske, S. T., Kenny, D. A. & Taylor, S. E. (1982). Structural models for the mediating of salience effects on attribution. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 105-127.
- Foa, E. B. & Rauch, S. A. M. (2004). Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Gråwe, R. W. & Nordahl, H. M. (2000). Behandling og forståelse av sosial fobi hos voksne. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 214-224.
- Hackman, A., Clark, D. M. & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Harvey, A. G., Clark, D. M., Ehlers, A. & Rapee, R. M. (2000). Social anxiety and self-compression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1183-1192.
- Have, C. J. (1999). *Fleksibel læring*. Odense SØ: Erhvervsskolernes Forlag.
- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Hirsch, C. R. & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 799-825.
- Hirsch, C. R., Mathews, A., Clark, D. M., Williams, R. & Morrison, J. (2003). Negative self-imagery blocks inferences. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1383-1396.
- Hofmann, S. G., Heinrichs, N. & Moscovitch, D. A. (2004). The nature and expression of social phobia: Toward a new classification. *Clinical Psychology Review*, 24, 769-797.

- Judd, L. L. (2001). Prevalence, lifecourse and disability in social phobia. *European Neuropsychopharmacology*, 5, 224-225.
- Kennedy, J. F. (1962). Address at Rice University in the space effort. September 12, tilgjengeleg på <http://www.rice.edu/fondren/woodson/speech.html>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning*, Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- McMillan, M. & Dwyer, J. (1990). Facilitating a match between teaching and learning styles. *Nurse Education Today*, 10, 186-192.
- Mulkens, S., Bogels, S. M., deJong, P. J. & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task on concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorder*, 15, 413-432.
- Mulkens, S., deJong, P., Dobbelaar, A. & Bogels, S. (1999). Fear of blushing: Fearful preoccupation irrespective of facial coloratio 1119-1128.
- Mørch M., Rosenberg N. K. & Elsass, P. (1995). Kognitive behandlingsformer. Kognitiv terapi, sosial færdighetstrening, psykoedukation, kognitiv optræning. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nørretranders, T. (1992). *Merk verden. En beretning om bevissthet*. Oslo: Cappelen.
- Nørretranders, T. (2005). *Det generøse menneske - en naturhistorie om at umak gir make*. Oslo: Aschehoug.
- Pineles, S. L. & Mineka S. (2005). Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 314-318.
- Rees, C. S., McEvoy, P. & Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 242-247.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review* 24, 883-908.
- Salkovskis, P. (1999) Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Spurr, J. M. & Stopa, L. (2003). The observer perspective: Effects on social anxiety and performance. *Behavior Research Therapy*, 41, 1009-1028.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach W. & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Stopa, L. & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Tomkins, M. A. (2002). Guidelines for enhancing homework compliance. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 565-576.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 561-571.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Styan, G. & Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviours in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1999). The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Tyherapy*, 37, 653-658.

Wells, A. (2001). The maintenance and treatment of social phobia: A cognitive approach. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 717-724.

WHO/Verdens helseorganisasjon (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget/Statens helsetilsyn.

Wittchen, H. V., Fuetsich, M., Sonntag, H., Muller, N. & Liebowitz, M. (1999). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 14, 118-131.