

# Sosial angstlidelse hos barn og unge

Mange barn og unge lider av sosial angstlidelse – og de vokser den ikke uten videre av seg. Nyere forskning på utvikling og opprettholdende faktorer gir håp om en mer optimistisk behandlingstilnærming.

## TEKST

**Tore Aune**

**PUBLISERT 5. januar 2011**

## ABSTRACT:

### **Social anxiety disorder in children and youth**

---

Social anxiety disorder is one of the most prevalent, chronic, impairing and persistent of all psychiatric disorders. In addition, the disorder is a precursor for the development of both depression and substance abuse, even among older children and young adolescents. The disorder peaks in adolescence, and is equally represented in females and males in clinical samples. However, epidemiological studies have consistently shown that a greater proportion of females meet the criteria for social anxiety disorder. Recognition of the clinical importance of social anxiety disorder among children has fostered the development of several cognitive-behavioral clinical-based treatments approaches. This article describes the etiology, clinical traits and sequelae of social anxiety disorder among children. In addition, empirically validated treatment packages are presented and discussed.

---

Keywords: social anxiety disorder, children, prevalence, etiology, treatment.

---

## EMNER

Sosial angstlidelse

barn

Prevalens

Etiologi

Behandling

---

Sosial angstlidelse er en vedvarende og overdreven redsel for å bli gjort til gjenstand for andres evaluering. Den som rammes, frykter å si eller gjøre noe pinlig eller ydmykende foran kjente og/eller ukjente personer (American Psychiatric Association, 1994). Denne frykten kan medføre redsel for å snakke, møte mennesker, spise eller skrive noe i offentlig sammenheng, snakke i telefonen eller i klassen, rekke opp hånda for å spørre læreren om hjelp, delta i bursdagsselskap og/eller være med i ulike lag og foreninger. Ofte henger frykten sammen med en redsel for å bli oppfattet som dum, rar eller kjedelig. Sosial angst kan i mange tilfeller føre til kraftig reduksjon av livskvalitet. Alle kan tenke seg hvordan det er for barn å ikke tørre gå i classeselskap.

I denne artikkelen vil jeg gi en oversikt over forekomst av sosial angstlidelse blant barn og unge. I tillegg vil jeg se nærmere på de diagnostiske kriteriene, ledsagevansker og de følger sosial angstlidelse hos barn og unge medfører. Ulike behandlingstilnærminger blir beskrevet, og til slutt skisserer jeg en mulig videre vei for forskningen innenfor dette feltet.

## **Forekomst**

Sosial angstlidelse blant voksne viser en prevalens på 7–14 % (Furmark, 2002). Det gjør sosial angstlidelse til den tredje mest vanlige mentale lidelsen blant voksne (Kessler et al., 2005). For barn og unge er det oppgitt svært varierende prevalenstall. Essau, Conradt og Peterman (1999) rapporterte om en prevalens på 1,6 % i et utvalg på 1035 tyske barn i alderen 12–17 år. Wittchen, Stein og Kessler (1999) fant en prevalensskåre på 7,3 % i et relativt stort utvalg av tyske ungdommer (n = 3021) i alderen 14–24 år. Begge studiene benyttet kliniske diagnostiske intervjuer. I en populasjonsbasert selvrappoteringsstudie blant 1748 barn og unge i alderen 10–15 år (gjennomsnittsalder = 12,6 år) fra Nord-Trøndelag fant Aune og Stiles (2009a) en punktprevalens på 13,2 % og en ettårsprevalens på 4,9 %. I et utvalg (n = 14 497) barn i alderen 8–13 år i Oslo-området, hvor en intervjuet foreldrene, rapporterte Van Roy, Kristensen, Grøholt og Clench-Aas (2008) en prevalens på 2,3 %. Barn i Bergen-studien, en poulasjonsbasert studie blant 7–9-åring, benyttet en kombinasjon av spørreskjema og intervju, og rapporterte en prevalens på bare 0,23 % (Heiervang, Stormark, Lundervold, Heimann, Goodman, Posserud, Ullebø, Plessen, Bjelland, Lie & Gilberg, 2007). I langt de fleste prevalensstudier er det rapportert signifikante kjønnsforskjeller (Furmark, 2002), der jenter mer enn gutter meldte om betydelige sosiale angstsymptomer (Aune & Stiles, 2009a). Metodiske variasjoner mellom de ulike studiene er sannsynligvis hovedårsak til den store variasjonen i prevalenstall. Furmark (2002) har vist at relativt små variasjoner i de diagnostiske kriteriene, særlig med hensyn til vurdering av funksjonsnedsettelse, har stor innvirkning på prevalensnivåene.

## **Diagnostisering, kliniske trekk og følgetilstander**

Ifølge DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) må barn og unge oppfylle de samme diagnostiske kriteriene som voksne for at en sosial angstlidellesdiagnose kan stilles. I tillegg må symptomene ha vedvart i minst seks måneder. I langt de fleste selvrapportskjemaer er ikke dette kriteriet aktualisert, noe som ofte medfører at en egentlig rapporterer punktprevalens og ikke forekomst i henhold til diagnosekriteriene slik de er beskrevet i for eksempel DSM-IV. Samtidig vet en at pubertale utfordringer i ungdomstiden ofte fører med seg en negativ forbigående bevissthet omkring eget utseende og fremtoning og derav en overdreven frykt for å bli negativt evaluert. Å kunne bedømme om den sosiale angsten er forbigående, eller er mer av vedvarende karakter, er selvsagt avgjørende.

Videre må den unge vise evne til aldersadekvate sosiale ferdigheter. Dette punktet er særlig avgjørende med hensyn til differensialdiagnoser, og da spesielt vurdert opp mot diagnoser som ligger innenfor autisme og utviklingsforstyrrelsesspektret. Dette

innebærer at barn må kunne vise adekvate sosiale ferdigheter i lek med for eksempel søsken eller andre barn i nær familie. Videre må angstsymptomene være til stede under samhandling med jevnaldrende, og ikke bare med voksne eller autoritetspersoner. Funksjonsnedsettelse er ett av kjernekriteriene for å gi barn en sosial angstlidelsesdiagnose. Dette metodiske kriteriet kan være den viktigste årsaken til at prevalensnivåene i stor grad varierer mellom ulike undersøkelser (Furmark, 2002). Ofte ser en at barn oppfyller alle kriteriene om symptomuttrykk, men når det kommer til vurdering av funksjonsnedsettelse, er ikke «handikappet» like fremtredende. Foreldre til yngre barn avtaler som oftest sosiale aktiviteter på vegne av barna sine, eller de følger barna til og fra aktiviteter. Det vil si at barna på en måte ikke har noe valg om å delta. I enkelte familier deltar barn sjelden i utenomfamiliære aktiviteter før de er langt opp i skolealder. Unngåelsesatferden blir derfor ikke aktivert, og funksjonsnedsettelsen trer ikke frem, fordi barnet ikke kommer inn i sosiale evalueringssituasjoner.

Gjennom ungdomstiden er sosial angstlidelse ofte assosiert med lavere akademiske prestasjoner, begrensede sosiale relasjoner, sårbarhet for depressive episoder, samt alkohol- og stoffmisbruk (Aune & Stiles, 2009a). Generelt er sosial angstlidelse hos barn komorbid med andre psykiatriske diagnoser som separasjonsangst, generalisert angst og depresjon (Essau et al., 1999). Blant ungdom opptrer sosial angstlidelse gjerne sammen med somatoforme lidelser, agorafobi og panikklidelse (Wittchen et al., 1999). Livstidsrisikoen for utvikling av alvorlig depressiv lidelse er så høy som 70 % for pasienter med sosial angstlidelse (Coyle, 2001). Når sosial angstlidelse opptrer sammen med depresjon, tredobles risikoen for selvmordforsøk (Kessler et al., 1994). Aune og Stiles (2009a) har gjennom en prospektiv studie av barn i alderen 11–14 år vist at sosial angstlidelse øker risikoen for utvikling av senere depresjon, mens depresjon ikke øker risikoen for utvikling av senere sosial angstlidelse.

## **Etiologi**

Hos barn i alderen fra seks måneder til tre år er det å oppleve frykt og redsel vanlig og aldersadekvat. Ofte kommer dette til uttrykk som angst for fremmede og som separasjonsangst. Ifølge Buss, Iscoe og Buss (1979) utvikles barns evne til å se seg selv som et sosialt objekt i 4–5-årsalderen. Barn opplever nå i sterkere grad å være en del av en større enhet, og at ens egen atferd påvirker andre. Det innebærer at barnets evne til å oppleve forlegenhet og skam forsterkes i takt med empatiutviklingen. Videre hevder Bennet & Gillingham (1991) at evnen til å ta andres perspektiv, og dermed også å kunne forutsi og bekymre seg for negativ evaluering fra andre, utvikles først rundt 8-årsalderen. Dette danner igjen grunnlaget for forventningsangst, og derav unngåelsesatferd som en reaksjon på at en har tanker, ideer om å ikke strekke til, samt bekymring rundt det å bli negativt vurdert. Som tidligere beskrevet opplever barn en forventning fra foreldre/forsatte og samfunn om større evne til selvstendighet rundt skolealder. Kravene til å gjøre avtaler selv, følge opp fritidsaktiviteter og vennerelasjoner i kombinasjon med utvikling av evnen til perspektivtaking og selvbevissthet danner grunnlaget for utvikling av sosial angst. Dette er krav alle barn må forholde seg til, men ikke alle barn utvikler en sosial angstlidelse!

Barnets medfødte temperament er en mulig risikofaktor for utvikling av sosial angstlidelse. Kagan et al. (1984) og Neal, Edelman og Glachman (2002) har vist at små barn med en overdrevent atferdsmessig tilbaketrukket temperamentsstil (behavior inhibition) har økt risiko for å utvikle sosial angstlidelse på et senere tidspunkt. Dette genetiske grunnlaget, i takt med modellering og foreldre/foresatte sin oppdragelsesstil, er med på å dempe, eventuelt å forsterke, utviklingen mot en fullblomstrende sosial angstlidelse. Selv om forskningen på dette området er relativt begrenset, så ser det ut til at foreldre til barn med sosial angstlidelse viser en oppdragelsesstil basert på mer kontroll, sterkere bastantheit, økt vektlegging av andres oppfatninger og mer fokus på skam (Rapee & Spence, 2004). Spesielt ser det ut til at negativt fokus på det å være i sentrum for oppmerksomhet er en oppdragelsesstil som fremmer utviklingen. Det vil si at en får beskjed om at en ikke må dumme seg ut foran andre. I tillegg ser det ut til at foreldre til barn med sosial angstlidelse i sterkere grad selv benytter unngåelse og tilbaketrekning som sosial mestringsstil i situasjoner der barnet opplever for eksempel konflikter med andre barn. Foreldrene har da en tendens til å ta barnet bort fra situasjoner, og til ikke selv å involvere seg i det å løse opp konflikten sammen med barnet.

### **En teoretisk forståelse med behandlingsmessige implikasjoner**

Clark og Wells (1995) har utviklet en modell for å beskrive hvordan sosial angstlidelse opprettholdes hos voksne. Modellen blir også brukt i arbeid med ungdom. Den er evidensbasert i den forstand at den bygger på eksperimentelle undersøkelser som underbygger modellens grunnleggende teoretiske antagelser (Clark, 2005). Nedenfor følger en kort beskrivelse av de viktigste elementene som inngår i modellen, og som ifølge Clark (2005) er med på å opprettholde en sosial angstlidelse.

- *Skifte av fokus:* I truende sosiale situasjoner har sosialfobikere et indre oppmerksomhetsfokus. Egne kroppslige fornemmelser og de tankene som er knyttet til hva som skjer i kroppen, danner så grunnlaget for hvordan de tror andre opplever dem.
- *Trygghetsstrategier:* Sosialfobikere tar i bruk uhensiktmessige strategier for å dempe angsten i sosiale situasjoner. De trygghetsstrategiene sosialfobikere benytter, som å repetere inne i seg det en har tenkt å si høyt, eller knytte nevene tett sammen for å unngå å vise at en skjelver, har en tendens til å forsterke angstsymptomene framfor å dempe dem.
- *Unnvikelsesatferd:* Dersom barn unngår eller flykter fra alle situasjoner som er skremmende, får de ikke mulighet til å oppleve korrigerende erfaringer. De negative erfaringene de har gjort tidligere i livet, vil da danne grunnlaget for hvordan de tror de vil bli møtt i nye situasjoner. Unnvikelsesatferd hindrer derfor ny læring og etablering av ny erfaringskunnskap.
- *Forventningsangst og etterbearbeiding:* I forkant av sosiale situasjoner har sosialfobikere en tendens til å fokusere på følelser og konstruerte bilder av seg selv, og til en selektiv gjenhenting av tidligere negative erfaringer i etterkant av

presentasjonssituasjoner har de en tendens til å vurdere nøytrale, eller til og med positive tilbakemeldinger som negative.

- *Høy standard og negativ selvoppfatning*: Ungdom med sosial angstlidelse stiller svært store krav til sin egen opptreden i sosiale situasjoner. Samtidig tror de at andre synes de er kjedelige, dumme eller rare.

Med bakgrunn i disse fem opprettholdelsesfaktorene har Clark og Wells (1995) utviklet en behandling som består av to hovedkomponenter:

(1) Fokus søkes flyttet fra indre stimuli til mer ekstern fokusering, for eksempel ved at ungdommen får i oppgave å registrere øyefargen til den han/hun snakker med, eller hvilke farger det er på klærne.

(2) Endring av trygghetsstrategier. Gjennom ulike øvelser eller eksperimenter skal pasienten erfare hvordan overdreven bruk av trygghetsstrategier øker angstopplevelsen i sosiale situasjoner og prestasjonssituasjoner. En ungdom som for eksempel knytter nevene hardt i redsel for å skjelve (statisk muskelarbeid), kan få i oppdrag å overdrive dette når han/hun skal snakke foran andre mennesker. I neste omgang får han/hun i oppdrag å gi slipp på denne atferden. Til slutt sammenligner en angstopplevelsen i de ulike situasjonene. Målet er at angstnivået skal reduseres når han/hun fokuserer eksternt og reduserer bruken av trygghetsstrategier.

Bruk av atferdseksperiment med videoopptak er et utbredt hjelpemiddel i behandling av sosiale angstlidelser. I forkant av et videoopptak er det viktig med en grundig gjennomgang av ungdommens antagelser om hvordan han/hun vil fremstå på skjermen. Denne gjennomgangen må være detaljert, og konkret beskrive hvordan ungdommen selv tror han/hun vil se ut og hva han/hun vil gjøre. Terapeuten må være nesten 100 % sikker på at ungdommen vil framstå «mye bedre» på videoopptaket enn ungdommen selv tror. En vil unngå at ungdommens negative antagelser om seg selv som sosialt objekt blir bekreftet. Bruk av video er et kraftig medium og kan virke mot sin hensikt dersom det ikke brukes riktig.

## **Behandling hjelper**

I de siste 15 årene er det utviklet ulike behandlingsmanualer for barn og unge med sosial angstlidelse som primærdiagnose. De aller fleste av disse manualene er gruppebasert og baserer seg på ulike terapikomponenter. Nedenfor gis en oversikt over behandlingsresultater så langt, og to ulike manualer for behandling blir beskrevet.

Det er gjennomført ni kontrollerte behandlingsstudier av barn og unge med sosial angstlidelse som primærdiagnose (Baer & Garland, 2005; Beidel, Turner & Brennan, 2006; Beidel et al., 2007; Garcia-Lopes et al., 2006; Hayward et al., 2000; Herbert et al., 2009; Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor & Klein, 2007; Masia-Warner et al., 2005; Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 2000).

Åtte av studiene er basert på en kognitiv-atferdsterapeutisk gruppeformattilnærming og har vist signifikant behandlingseffekt sammenlignet med både ventelistekontroll (Baer & Garland, 2005; Hayward et al., 2000; Masia Warner et al., 2005; Spence,

Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000), og ulike aktive kontrollbetingelser (Beidel et al., 2006; 2007; Garcia- Lopes et al., 2006; og Masia-Warner et al., 2007). Signifikant behandlingseffekt er rapportert etter seks måneder (Masia-Warner et al., 2007), etter ni måneder (Masia-Warner et al., 2005), etter ett år (Spence et al., 2000) og etter fem år fra avsluttet behandling (Beidel et al., 2006; Garcia-Lopez et al., 2006).

Herbert et al. (2009) sammenlignet en individuell kognitiv atferdsterapi med en kognitiv-atferdsterapeutisk gruppeterapi og en aktiv kontrollgruppe som arbeidet med psykoedukasjon og støtteterapi. Alle de tre betingelsene viste signifikant reduksjon i symptomuttrykk og bedring i sosial fungering. Så vidt jeg vet, er dette den eneste rapporterte studien der en ved behandling av sosial angstlidelse blant barn og ungdom sammenligner en individuell tilnærming med en gruppetilnærming.

Som eneste unntak sammenlignet Spence et al. (2000) to ulike kognitive gruppebehandlinger. De to gruppebehandlingene bestod henholdsvis av en kognitiv gruppebehandling rettet direkte mot barn, og en kognitiv gruppebehandling der også foreldrene ble involvert. Ingen signifikant forskjell i effekt ble funnet mellom de to aktive behandlingsbetingelsene. Silverman, Pina, & Viswesvaran (2008, s. 115) oppsummerte forskningen på effekt av foreldreinvolvering med å hevde at forskningsresultatene så langt, ikke støtter opp under en antakelse om at inkludering av foreldre/foresatte i et terapiforløp gir tilleggs effekt.

Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C) (Beidel, Turner & Morris, 2000) er det mest omtalte og gjennomarbeidede behandlingsprogrammet, og det som kan vise til best resultater. SET-C er hovedsakelig gruppebasert, men med enkelte individuelle sesjoner. Behandlingen har en langt mer atferdsterapeutisk tilnærming enn andre behandlingsprogrammer og består av følgende hovedkomponenter: Tolv ukentlige sesjoner (60 min) med fokus på psykoedukasjon og individuell gradert eksponering, tolv ukentlige sesjoner (90 min) i gruppe med fokus på sosial ferdighetstrening, og tolv ukentlige sesjoner (90 min) med «vennegruppe».

SET-C baserer seg på en tenkning om at barn som lider av sosial angstlidelse, mangler sosiale ferdigheter. Sosial ferdighetstrening er derfor en vesentlig komponent i behandlingen og foregår gjennom ulike lekaktiviteter og øvelser for å utvikle sosiale ferdigheter. Noe av det uvanlige med SET-C-programmet er at «normale barn»/«en vennegruppe» med gode sosiale ferdigheter blir invitert og betalt for å leke sammen med barna i behandlingsopplegget (for eksempel gjennom bowling og spille minigolf).

Det er også blitt utviklet en ungdomsversjon (adolescent program) av SET-C. Beidel med flere (2007) rapporterte en behandlingseffekt på 79 % for dette programmet sammenlignet med 36 % for en gruppe som fikk fluoxetine, og 6 % for en gruppe som fikk placebopiller.

«Å tørre å prøve» er en gruppebehandlingsmanual for ungdom i alderen 13–15 år som tilfredsstillere kriteriene til en sosial angstlidelse. Manualen med arbeidsbok er utarbeidet av Anja Mo Berge, Ragnhild Martinsen og Karoline Solheim (2005), og

bearbeidet av Alice Fjellving Bjerkvik, Ann-Karin Nielsen, Torgunn Reitlo, Mette Svenungsen og Tore Aune ved Psykologisk institutt, NTNU

«Å tørre å prøve» er inspirert av Coping Cat-manualen til Kendall et al. (1997). Programmet består av tolv gruppesesjoner av 90 minutters varighet. Det omfatter psykoedukasjon, eksponering, kognitiv restrukturering, rollespill, strukturerte hjemmeoppgaver og tilbakefallsforebygging. Formålet er å utvikle sosiale ferdigheter, ferdigheter i problemløsning og å lære mestringsstrategier for å øke ungdommenes toleranse for angst.

Foreldre og lærere blir invitert til 1–2 terapisesjoner. Her blir det gitt psykoedukasjon om lidelsen, hvor en spesielt vektlegger forståelse og normalisering av det å oppleve angst og redsel. I tillegg går en mer konkret inn på hvor en som forelder/foresatt og/eller lærer kan hjelpe barnet/den unge til å eksponere seg for de ulike krevende situasjonene.

I en pilotundersøkelse der 15 ungdommer i alderen 13–15 år (gjennomsnittsalder = 13,75 år) ble fordelt til tre grupper, fant Mo Berge, Martinsen, og Solheim (2005) en signifikant reduksjon av sosial angstsymptomer ved behandlingsslutt. Oppfølgingsdata viser en ytterligere signifikant reduksjon  $t(14) = 2,182, p < 0,05$  av sosial angst symptomer ett år etter endt behandling, målt med selvrapportskjemaet SPAI-C (Social Phobia and Anxiety Inventory for Children). Resultatene, så langt, er oppløftende. De indikerer at «å tørre å prøve manualen» kan hjelpe ungdom som lider av sosial angstlidelse, både på kort og på litt lengre sikt.

### **Kliniske implikasjoner og videre forskning**

Et sentralt spørsmål innenfor behandlingsforskningen er hvilken behandling som skal gis til hvilke pasienter. Selv om det i kontrollerte studier rapporteres positive signifikante behandlingsresultater, er ikke den generelle behandlingseffekten høyere enn 50–60 % (Cartwright-Hatton, McNicole & Doubleday, 2006). Det vil si at omtrent bare halvparten av de som mottar en kognitiv-atferdsterapeutisk behandling, fortsatt oppfyller kriteriene for en sosial angstlidelsesdiagnose ved avslutning av behandlingen.

SET-C programmets behandlingmessige overlegenhet (Fisher, Masia-Warner & Klein, 2004) sammenlignet med alternative intervensjoner indikerer at en bør ha sterkere fokus på sosial ferdighetstrening og eksponering i behandling av barn med sosial angstlidelse. I tillegg bør behandlingsperioden, eller antall sesjoner, økes betraktelig sammenlignet med hva som er beskrevet i de andre manualene.

I og med at det er rapportert bare en kontrollert studie der en har sammenlignet en individuell terapitilnærming med en gruppebasert tilnærming, må framtidig forskning undersøke hvilke barn som vil profitere på hvilken tilnærming. I tillegg må en undersøke om det er mulig å benytte behandlingsstrategiene i modellen til Clark og Wells (1995) også blant barn og unge.

Framtidig forskning må også kunne identifisere prediktorer og moderatorer for behandlingseffekt. Det vil si å kunne gi svar på hvilken type behandling som skal gis til hvem. For eksempel fant Kristensen og Torgersen (2008) at mange barn i alderen 11–12

år med en sosial angstlidelse har en mangelfull og/eller forsinket språklig og motorisk utvikling. I hvilken grad språk og motorisk utvikling modererer behandlingseffekt, vil det derfor være relevant å se nærmere på. Eng et al. (2001) har vist at grad av funksjonsnedsettelse hos barn med sosial angstlidelse henger sammen med tilknytningsstil. Barnets tilknytningsstil kan derfor også være en mulig moderator for behandlingsresultatet.

Et annet viktig og relevant forskningsmessig funn er at bare 1 av 10 barn/unge med sosial angstlidelse mottar behandling (Masia-Warner et al., 2005). Det impliserer at svært mange barn lider i stillhet over lang tid. Det kan ha sammenheng med at foreldre, lærere og helsepersonell undervurderer den unges behov for behandling (Wittchen et al., 1999), eller at den unge motsetter seg behandling på grunn av redsel for negativ evaluering (Masia-Warner et al., 2007) eller redsel for å bli stigmatisert (HoganBruen, Clauss-Ehlers, Nelson & Faenza, 2003). Uansett må en i framtiden finne metoder for å nå fram til disse barna. Ulike screeningsmetoder i barne- og ungdomsskolen kan være en vei å gå. Det er en kjensgjerning av mange av disse barna oppsøker helsesøstre med «vondter» i mage og hode, og da særlig i forkant av prøver eller ulike former for fremføringer eller aktiviteter. Å hjelpe helsesøstre til å bli bedre både til å identifisere, men også intervensjon overfor barn og unge med overdrevet sosial angst, kan være en riktig vei å gå.

Sosial angstlidelse blir omtalt som er primær diagnose (Kessler et al., 2005). Det vil si at den oppstår gjennom de to første tiår av de unges liv, samt at den blir betegnet som en forløper til andre vansker som depresjon og rusmisbruk (Aune & Stiles, 2009a). Kessler et al. (2005) hevder derfor at fokus bør rettes mot å forebygge utvikling av primærdiagnoselidelser, for eksempel sosial angstlidelse. Bakgrunnen for en slik strategi er begrensningene som ligger i en tradisjonell behandlingstilnærming, og de alvorlige individuelle og sosiale kostnadene denne spesifikke lidelsen representerer (Aune & Stiles, 2009b).

## **Konklusjon**

Sosial angstlidelse er en av de mest vanlige psykiatriske lidelsene. Blant barn og ungdom er lidelsen med stor sannsynlighet underdiagnostisert. Barn og unge med sosial angstlidelse lider i stillhet, og kommer sannsynligvis ikke til behandling før de utvikler ledsagevansker som depresjon og rusproblematikk. Til tross for empirisk validerte behandlingsopplegg, er behandlingseffekten blant barn og unge relativt beskjeden. Nyere behandlingsforskning blant voksne, der en retter fokus mot opprettholdende faktorer som bruk av trygghetsstrategier og indre fokusering, ser ut til å øke behandlingseffekten. Videre forskning må undersøke om det samme behandlingsregimet kan overføres og tilpasses barn og unge.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 1, 2011, side 52-56*



### + Vis referanser

#### Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington DC: Forfatteren.
- Aune, T. & Stiles, T. C. (2009a). The Effects of Depression and Stressful Life Events on the Development and Maintenance of Syndromal Social Anxiety: Sex and Age Differences. *Journal of Clinical and Child and Adolescents Psychology*, 38, 501-512.
- Aune, T. & Stiles, T. C. (2009b). Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 867-879.
- Baer, S. & Garland, J. E. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 258-264.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammarman, R. T., Crosby, L. A. & Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1622-1632.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Brennan, J. Y. (2006). Social effectiveness therapy for children: Five years later. *Behavior Therapy*, 37, 416-425.
- Beidel, D. C., Turner, S. M. & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1072-1080.
- Bennett, M., Gillingham, K. (1991). The role of self-focused attention in children's attributions of social and emotions to the self. *Journal of Genetic Psychology*, 152, 303-309.
- Buss, A. H., Iscoe, I. & Buss, E. H. (1979). The development of embarrassment. *Journal of Psychology*, 103, 227-230.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K. & Doubleday, E. (2006). Anxiety in neglected population: Prevention of Anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26, 817-833.
- Clark, D. M. A cognitive perspective on social phobia. (2005). I W. R. Crozier & L. F. Alden (red.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (s. 193-218). New York: Willy.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (s. 69-93). New York: Guildford Press.
- Coyle, J. T. (2001). Drug Treatment of Anxiety Disorders in Children. *The New England Journal of Medicine*, 344, 1326-1327.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R. & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in Individuals with Social anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*, 1, 365-380.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Peterman F. (1999). Frequency of comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C. & Klein, R. G. (2004). Skills for Social and Academic Success: A School-Based Intervention for Social Anxiety Disorder in Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 241-249.
- Furmark, T. (2002) Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 105, 84-93.

- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatments protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L. & Schatzberg, A. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 721-726.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy & Adolescent Psychiatry*, 46, 438-447.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Meyers, V. H., Dalrymple & Brandsma, F. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized trial. *Journal of Anxiety Disorder*, 22, 167-177.
- HoganBruen, K., Clauss-Ehlers, C., Nelson, D. & Faenza, M. M. (2003). Effective advocacy for school-based mental health programs. I M. D. Weist (red.), *Handbook of school mental health: Advancing practice and research. Issues in clinical child psychology* (s. 45-59). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clark, C., Snidman, N. & Garcia, C. C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Grow, M., Henin, A. & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, M. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 18-19.
- Kristensen, H. & Torgersen, S. (2008). Is social anxiety disorder in childhood associated with developmental deficit/delay? *European child & adolescent psychiatry*, 17, 99-107.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K. & Lochman, J. E. (2009). Moving Beyond Efficacy and Effectiveness in Child and Adolescent Intervention Reserch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 373-382.
- Masia-Warner, C., Klein, R., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M. & Guardino, M. (2005). School-Based Intervention for Adolescents with Social Anxiety Disorders: Results of a Controlled Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 33, 707-722.
- Masia-Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S. & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 676-686.
- Mo Berge, A., Martinsen, R. & Solheim, K. Ø. (2005). Sosial fobi hos ungdom: Teoretisk fundament, opprettholdende faktorer, terapeutiske teknikker, endringsmekanismer og behandlingseffekt. Hovedoppgave, Profesjonsstudiet i psykologi, Trondheim, høst 2005.
- Neal, J. A., Edelman, R. J. & Glachman, M. (2002). Behavioral inhibition and symptoms of anxiety and depression: Is there a specific relationship with social phobia? *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 361-374.
- Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Silverman, W. K., Pina, A. A. & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-Based Psychological Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 105-130.

Spence, S. H., Donovan, C. & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.

Van Roy, B., Kristensen, H., Groholt, B. & Clench-Aas, J. (2008). Prevalence and characteristics of significant social anxiety in children aged 8-13 years. A Norwegian cross-sectional population study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 44, 407-415.

Wittchen, H., Stein, M. & Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309-332.