

# Sosial angstlidelse

Clark/Wells<sup>1</sup>

## Kunnskap

Terapeuten skal ha kunnskap om den kognitive modellen for sosial angstlidelse (sosial fobi), inklusive opprettholdende faktorer som selvfokusert oppmerksomhet, opplevelse av selvet som sosialt objekt og sikkerhetsatferd.

## Arbeidsallianse

Terapeuten fanger opp problemer knyttet til sosial angst som svekker den terapeutiske relasjonen. Terapeuten tilpasser sin terapeutiske stil til pasientens sosiale vansker og overdrevne selvbevissthet, for eksempel ved å redusere øyekontakt, avpasse sosial avstand, osv.

## Utredning

Terapeuten bør kunne:

- avgjøre om sosial angstlidelse er det primære problemet, og lage en behandlingsplan i forhold til samtidige (komorbide) psykiske lidelser
- få overblikk over utviklingen av problemet, forløpet og all behandling som er gitt tidligere
- få detaljert informasjon om pasientens sosiale nettverk
- kartlegge pasientens bruk av medikamenter og rusmidler, og eventuelt hvordan dette påvirker den sosiale angsten
- bruke standardiserte spørreskjemaer i forhold til sosial angst og evaluering av resultater

---

1

Clark, D. M. (2005). A cognitive perspective on social phobia. I: W. R. Crozier & L. E. Alden (red.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (s. 193–218). Chichester: John Wiley & Sons.

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, United Kingdom: Wiley.

Borge, F.-M. & Hoffart, A. (2008). Sosial angstlidelse. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 178–201). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- integrere informasjon fra disse spørreskjemaene i utredningsintervjuet, og ved behov stille spørsmål på bakgrunn av pasientens svar fra spørreskjemaene
- samle inn detaljert informasjon om situasjoner der angsten oppstår, og om hvilke situasjoner pasienten unngår
- avdekke hvilke negative automatiske tanker og angstpregede forventninger pasienten har om sosial samhandling
- kartlegge angstsymptomene som utløses av negative automatiske tanker
- finne ut hvordan økt selvfokusert oppmerksomhet fremtrer i fryktede situasjoner
- få avdekket forestillingsbildene og kroppsformemmelsene som bidrar til å forme pasientens bilde av hvordan han/hun fremstår i andres øyne i de fryktede situasjonene
- kartlegge eventuelle pinlige eller traumatiske sosiale opplevelser knyttet til utviklingen av pasientens negative selvilde
- identifisere sikkerhetsatferden som kommer til uttrykk i forbindelse med negative automatiske tanker
- kartlegge negative tanker og forestillingsbilder pasienten opplever før en fryktet sosial situasjon
- kartlegge negative tanker og bilder som oppstår etterpå, og som pasienten i etterkant bruker til å evaluere og vurdere sosiale opplevelser
- avdekke problematiske sosiale antakelser, for eksempel overdrevent høye standarder ("Jeg må ...), betingede antakelser ("Hvis jeg..., så vil de ...) og kjerneoppfatninger ("Jeg er ....)
- kartlegge pasientens antakelser om hva det er mulig å endre på

### **Kasusformulering**

Terapeuten bør kunne lage en individuelt tilpasset kognitiv modell for sosial angstlidelse. Denne modellen viser sammenhengen mellom de viktigste negative automatiske tankene, sikkerhetsatferd, angstsymptomer og innholdet i selvfokusert oppmerksomhet. Terapeuten bruker modellen til å veilede og styre behandlingen, og samarbeider med pasienten om å videreutvikle modellen.

### **Behandlingsferdigheter**

Terapeuten skal sammen med pasienten undersøke om den kognitive modellen for sosial angstlidelse er relevant i forhold til pasientens problemer. Dette gjøres gjennom veiledet

opdagelse snarere enn ren undervisning. Sammen med pasienten avklares konkrete og realistiske mål som de begge er enige om.

### **Selvfokusert oppmerksomhet og sikkerhetsatferd**

Terapeuten bør kunne gjennomføre en opplevelsesbasert øvelse med pasienten, der han/hun varierer selvfokusert oppmerksomhet og trygghetssøkende strategier. Dette gjøres ved hjelp av rollespill av en fryktet interaksjon, der pasienten først spiller ut samhandlingen med oppmerksomheten rettet mot seg selv, og bruker sikkerhetsatferd (for eksempel unngår blikkontakt). Etterpå spilles samhandlingen ut igjen, men denne gangen avstår pasienten fra sikkerhetsatferd og fokuserer på den andre personen.

Terapeuten bruker øvelsen til å bevisstgjøre pasienten om hvordan selvfokusert oppmerksomhet og sikkerhetsatferd øker, snarere enn minsker, den sosiale angsten. Den selvfokuserte oppmerksomheten og sikkerhetsatferden øker pasientens negative vurdering av sine prestasjoner, og påvirker den sosiale interaksjonen på en uheldig måte.

### **Bruk av tilbakemeldinger**

Terapeuten bør kunne:

- gi tilbakemeldinger slik at pasientene får realistisk informasjon om hvordan de fremstår i sosiale situasjoner. Tilbakemeldingene kan være basert på videoopptak, lydopptak eller fotografier, eller man kan bruke tilbakemeldinger fra andre mennesker i interaksjonen
- la pasientene forberede seg tankemessig før de skal se på eller lytte til opptak av seg selv. Dette innebærer å be pasientene beskrive og operasjonalisere hvordan de tror de vil fremstå på opptakene. Etterpå kan en se på kontrasten mellom disse beskrivelsene og hvordan pasientene faktisk oppførte seg

Dersom pasienten fortsatt er misfornøyd med sin sosiale prestasjon etter å ha gått igjennom opptakene, er det viktig at terapeuten evner å diskutere dette med pasienten, og oppdage når sikkerhetsatferd bidrar til å skape nettopp den atferden pasienten er misfornøyd med.

## Oppmerksomhetstrening

Terapeuten bør kunne:

- forklare begrunnelsen for at pasienten trener på ikke-evaluerende, ytre fokusert oppmerksomhet
- bruke et systematisk øvelsesprogram som bidrar til at pasienten i større grad blir i stand til å ha et ytre og ikke-evaluerende fokus i sosiale situasjoner. I øvelsene trener man på ferdighetene både i sosiale og ikke-sosiale situasjoner (en huskeregel er ”Aksept innover, fokus utover”)
- gi pasienten hjemmeoppgaver i oppmerksomhetstrening, og gjennomgå dem med pasienten når de er utført

## Atferdseksperimenter

Terapeuten bør kunne:

- samarbeide med pasientene om å utforme atferdseksperimenter rettet mot å teste ut negative antakelser om hvordan de fremstår for andre mennesker, og om hva som kommer til å skje dersom de går inn i fryktede sosiale situasjoner
- samarbeide med pasientene om å utforme atferdseksperimenter som tar for seg en rekke forskjellige situasjoner, oppgaver både i og utenfor terapeutens kontor, sammen med terapeuten og som hjemmeoppgaver
- utforme atferdseksperimenter som kan korrigere overvurdering av sannsynligheten for fryktede utfall, og overvurdering av kostnadene dersom det en frykter, skulle inntreffe
- hjelpe pasienter med å få tilgang til så mye korrigerende informasjon som mulig gjennom atferdseksperimentene, ved at de avstår fra sikkerhetsatferd og justerer oppmerksomheten sin på en hensiktsmessig måte
- strukturere atferdseksperimentene ved å bruke et rapporteringsskjema som viser pasientens forventninger om den sosiale hendelsen, eksperimentet som ble brukt for å teste ut antakelsen, det faktiske utfallet og hva pasienten har lært
- utforme atferdseksperimenter rettet mot å teste ut gyldigheten av pasientens strenge regler i forhold til akseptabel og uakseptabel sosial atferd, og mot økt sosial fleksibilitet
- undersøke andre menneskers oppfatninger, og bruke disse til å hjelpe pasienten med å endre sine negative antakelser

- gjennom diskusjon og atferdseksperimenter, inkludert positiv datalogg, utfordre pasientens ubetingede antakelser om sitt sosiale selv, for eksempel: Jeg er umulig å like

### **Forventninger og analyser i etterkant**

Terapeuten bør kunne:

- hjelpe pasienten med å utforske hvordan han/hun tenker og oppfører seg i forkant av sosiale situasjoner
- hjelpe pasienten med å undersøke fordeler og særlig ulemper ved tanker og atferd basert på negative forventninger
- bruke atferdseksperimenter for å teste ut nytteverdien av forventningsbasert atferd og tenkning, slik at pasienten får hjelp til å begrense denne typen tanker og atferd
- hjelpe pasienten med å avstå fra analyser i etterkant av sosiale hendelser

### **Negative automatiske tanker**

Terapeuten hjelper pasienten med å revurdere overdrevent høye eller strenge standarder for sosial atferd, gjerne ved å bruke atferdseksperimenter for å teste ut hvor realistiske disse standardene er. Dersom pasienten har spesielt sterke negative antakelser om seg selv, er det viktig at terapeuten hjelper ham/henne med å konkretisere (operasjonalisere) og evaluere disse antakelsene.

Noen pasienter har en tendens til å avskrive informasjon som strir imot negative antakelser om dem selv. Da er det viktig at terapeuten lærer pasienten å bruke positiv datalogg (regelmessig notere ned positive erfaringer).

Terapeuten samarbeider med pasienten om å utfordre negative automatiske tanker ved å undersøke deres gyldighet, sette dem inn i et realistisk rammeverk, og drøfte strategier for evaluering av dem. Terapeuten hjelper pasienten med å tilbakevise selvfokuserte negative automatiske tanker, blant annet ved at pasienten lærer å bruke positive utsagn om seg selv (støttetanker, positive selvinstruksjoner).

## Påtrengende og negative selvbilder

Terapeuten bør kunne:

- hjelpe pasienten med å se sammenhengen mellom minner om pinlige eller sosialt traumatiske hendelser og de negative, påtrengende selvbildene han/hun har i sosiale situasjoner nå
- lage et utsagn som oppsummerer betydningen av både det tidlige minnet og det påtrengende selvbildet
- bruke kognitiv restrukturering for å hjelpe pasienten til å revurdere antakelsen og danne et alternativt og mer realistisk og konstruktivt perspektiv
- inkorporere det nye perspektivet i det pinlige eller sosialt traumatiske minnet, gjennom

en prosedyre i tre stadier for nytolkning av bilder, og ved å bruke følelsesmessige endringer, som redusert angst eller skamfølelse, som en indikator for endring i riktig retning.