
Eksponeringsbehandling for angstlidelser i en psykiatrisk avdeling

KLINIKK OG FORSKNING

AUDUN IRGENS

Psykiatrisk avdeling
Aust-Agder Sentralsjukehus
4809 Arendal

Eksponeringsbehandling har vist seg som en effektiv behandling for flere typer angstlidelser. Den går ut på at pasienten skal utsette seg for det som gir angst og bli i situasjonen uten å flykte. Etter forfatterens erfaring blir denne behandlingsformen for lite benyttet.

Målet med artikkelen er å gi eksempler på tilstander hvor slik behandling kan være nyttig. Allmennpraktikere kan forholdsvis lett lære seg metoden, og benytte den overfor flere av de pasientgruppene som nevnes i artikkelen. Behandlingen av fem pasienter med fire forskjellige psykiatriske diagnoser, agorafobi, sosial fobi, tvangslidelse, posttraumatisk stressforstyrrelse, beskrives.

Eksponeringsbehandling er et sentralt element i kognitiv atferdsterapi. Den går ut på at pasienten skal utsette seg for det som gir angst, og bli i situasjonen uten å flykte. Det finnes en lang rekke forskjellige "fluktmetoder", i form av konkret å bli borte fra situasjonen, tenke på noe annet, utføre praktiske eller tankemessige ritualer, og søke støtte hos en annen person. Kjernen i eksponeringsbehandling er å utsette seg for det som gir angst eller ubehag, og unnlate det som er den vanlige unnvikelse eller fluktmetode, såkalt responsprevensjon. Noen behandlere vil rendyrke det atferdsmessige i tiltaket, og legge vekten ensidig på at pasienten forblir i den angstprovoserende situasjonen uten å flykte. Andre vil legge til kognitive intervensjoner, ved å forberede pasienten på ting hun kan si til seg selv forut for og under selve eksponeringen.

Eksponeringsbehandling er virksom når den utføres korrekt. En hindring for god effekt er for dårlig forberedelse. Det kreves nøye analyse av de angstprovoserende situasjoner og god planlegging av intervensjonen før man

setter i gang. Ved for dårlig planlegging kan selve eksponeringssituasjonen bli for ukontrollert, noe som fører til at pasienten trekker seg, og dermed forsterkes angstpulsene og unngåelsesatferden i stedet for det motsatte.

Eksponeringsbehandling er vanligvis en stor påkjenning for pasienten. Det er derfor viktig å forberede pasienten godt på de reaksjonene som kan oppstå, og gi tett oppfølging og støtte under selve behandlingen. Det er også nødvendig å etablere en god terapeutisk relasjon før behandlingen starter. På grunn av påkjenningen ved å utsette seg for angsten, velger en del pasienter å takke nei til denne behandlingsformen, eller å trekke seg underveis.

Det finnes flere former for eksponeringsbehandling. En type går ut på å utsette pasienten med en gang for maksimalt angstprovoserende stimulus. Oftest velges en mer gradvis tilnærming. I noen tilfeller kan dette gjøres i løpet av en enkelt dag, hvilket er rasjonelt når det er mulig å få det til. Vanligvis gjennomføres behandlingen over uker og måneder. Antall og hyppighet av samtaler vil variere ut fra alvorlighetsgrad, hvor mye støtte pasienten trenger, og hvor intensiv behandling hun tåler. Telefonkontakt mellom timene kan være en god støtte, likeledes om pårørende tas med i samtaler både for å få informasjon og for å gi støtte til behandlingen.

Eksponeringsbehandling kan være nyttig på flere områder innen psykiatrien, og jeg vil gi noen eksempler. Et felles trekk er at angst er et fremtredende symptom. Noen pasienter bruker andre ord, som oftest ubehag, i stedet for angst, om symptomer som likner angst. For enkelhets skyld bruker jeg bare ordet angst i artikkelen, selv om jeg i terapi er nøye med å bruke pasientens egne ord.

Ved samtidig depresjon kan eksponeringsbehandling bli for stor belastning. Det bør da startes medikamentell antidepressiv behandling, og man må avvente effekt av denne før eksponeringsbehandling startes. Dette er enda viktigere ved selvmordsfare. Ved psykose må pasienten først behandles medikamentelt, og man må være varsom med eksponeringsbehandling selv når de psykotiske symptomene er borte.

Metoden er tidligere beskrevet av blant annet Marks (1) og Foa og medarbeidere (2). Nyere fremstillinger finnes hos Salkovskis (3, 4) samt hos Clark & Fairburn (5). I Norge er metoden omtalt blant annet av Bergem og medarbeidere (6), og av Martinsen (7).

Agorafobi

Agorafobi defineres i ICD-10 som fobisk angst for å ferdes alene utenfor hjemmet. I andre sammenhenger er tilstanden blitt definert som angst for å være i situasjoner der man ikke kan komme unna. Som regel dreier det seg om butikker, køer, kino, buss, forsamlinger, eller andre offentlige steder. Det er karakteristisk ved agorafobi at pasientene har svær angst når de er i slike situasjoner, at de prøver å redusere ubehaget ved å ha med seg noen, eller at de

unngår situasjonene. Agorafobi er ofte oppstått etter at man først har hatt panikkanfall eller fullt utviklet panikk lidelse. Det forekommer også ofte samsykelighet med andre angstlidelser, og med depresjon.

Pasientens tanke er at angsten vil bli så stor at den er helt ukontrollerbar, hun blir ofte redd for å besvime eller endog dø. Angsten er ofte sammenkoblet med skamfølelse over å skulle bli lagt merke til på grunn av angstsymptomene.

Første ledd i behandlingen er en grundig analyse av i hvilke situasjoner angsten oppstår, hva pasienten unngår og hvilke tanker pasienten har om hva som kan skje hvis hun utsetter seg for de angstprovoserende situasjonene. Etter diskusjon velger så pasienten ut en type situasjon hun vil starte med, fortrinnsvis en situasjon som ikke gir mer enn 50 – 60 % av maksimal angst. Terapeuten hjelper pasienten med forberedelse og etterarbeid, og er i noen tilfeller med helt i starten av eksponeringen. Tilstrekkelig effekt ansees oppnådd når pasientens angst i situasjonen er merkbart redusert (til det halve eller lavere) uten at noen fluktmekanismer har vært tatt i bruk. Det er da tid for å gå videre til en ny angstprovoserende situasjon. Slik fortsetter behandlingen, og vanligvis vil effekten bre seg også til områder som pasienten ikke tar direkte fatt i med eksponering.

Ved siden av selve eksponeringen anvender man som regel kognitiv terapi ved denne typen lidelse. Det er også vist at psykodynamisk orientert psykoterapi har god virkning (8).

Pasient 1. Mann, 38 år gammel. Han hadde tidligere hatt en lang misbrukerkarriere, ved behandlingsstart brukte han karisoprodol mot rygg smerter, samt nitrazepam mot søvnvansker. Han var nylig skilt, og hadde vært vant til at ektefellen ordnet opp i det meste, han var ved innleggelsen ganske hjelpeløs. De siste årene hadde han utviklet betydelig angst for å ta buss, denne bussangsten ble et sterkt hinder i forsøk på yrkesrettet attføring. Han ble innlagt etter å ha gått helt i stå etter separasjonen, da ektefellen krevde at han skulle flytte ut.

Pasienten ble behandlet med psykoterapi individuelt (vesentlig kognitiv terapi) og i grupper under innleggelsen. Medikamentelt ble han behandlet med serotonin reopptakshemmer og buspiron.

Pasienten ønsket selv å arbeide med eksponeringsbehandling for sin bussangst. På de første bussturene av fem minutters varighet var han helt utav seg, svettet kraftig på grunn av angsten, og greide så vidt å kontrollere seg. Han gjennomførte likevel, og økte gradvis strekningen hvor han tok buss. Han hadde liknende reaksjoner, men av mindre styrkegrad, hver gang tiden i buss ble utvidet. Han fikk støtte av en sykepleier de første gangene han forlenget busstiden, inntil han alene utvidet tiden utover 45 minutter. Etter hvert greide han å dra alene til Kristiansand (halvannen time), og til slutt tur-retur Oslo på samme dag, ca. fem timer hver vei.

Sosial fobi

Sosial fobi er en annen av angstlidelsene, også denne har samsykelighet med andre angstlidelser og med depresjon. Sosial fobi innebærer frykt for å bli kritisk vurdert av andre mennesker, og er som regel ledsaget av lav selvfølelse. Også ved sosial fobi er unngåelsesatferd fremtredende.

Behandlingen av sosial fobi, i alle fall for pasienter som kommer til annenlinjetjenesten, er som regel sammensatt. Den psykoterapeutiske behandlingen bør både omfatte psykodynamisk og kognitiv tilnærming. Disse pasientene har ofte betydelige selvfølelsesproblemer (narsissistiske problemer), hvor psykodynamisk psykoterapi er en egnet behandlingsform. I tillegg ser man gjerne effekt av kognitiv tilnærming til hvordan pasientene tror at andre oppfatter dem og tenker om dem i konkrete situasjoner. Man må gå gjennom situasjonene i detalj, slik man vanligvis gjør i kognitiv terapi.

Vår avdeling har hovedvekt av gruppepsykoterapeutisk behandling, 3 – 5 strukturerte gruppesesjoner per uke, samt en rekke sammenhenger hvor pasientene gruppevis snakker om seg selv (planlegging av dagen, egenrapport fra dagen, ukeavslutning med omtale av den enkeltes behandlingsmål).

Denne strukturen innebærer kontinuerlig eksponeringsbehandling for pasienter med sosial fobi. En rekke av våre pasienter, også pasienter som ikke i utgangspunktet fyller kriteriene for diagnosen sosial fobi, har rapportert god effekt av gruppebehandlingen for sine problemer med lav selvfølelse og sin engstelse for kritikk fra andre mennesker. Et hovedpoeng i behandlingen er for øvrig å ta med seg erfaringene fra avdelingen tilbake til sin vanlige omgangskrets. Dette blir naturlig under oppholdet idet posten er stengt i helgene slik at pasientene må være hjemme da.

Pasient 2. 44 år gammel kvinne. Hun har i mange år hatt sosial fobi samt spesifikk fobi blant annet for torden, de senere år har hun også hatt generalisert angstlidelse og depresjon. Forut for innleggelsen hadde hun vært poliklinisk behandlet i ca. et år uten særlig effekt. Hun greide ikke lenger å være i arbeid, og ble søkt innlagt for om mulig å forhindre uførepensjonering, gjennom behandling i avdelingen. Før innleggelsen ble hun behandlet med sertralin (serotonin reopptakshemmer). Under oppholdet ble hun forsøkt behandlet med moklobemid (reversibel monoaminooksidasehemmer) opptil 1 200 mg daglig uten effekt, hun forsøkte også buspiron uten særlig effekt. Hun deltok i postens gruppeterapeutiske program som vi håpet skulle ha effekt på hennes sosiale fobi. I individualsamtaler arbeidet vi med angstsymptomene, men også med senvirkninger av betydelige traumer fra tidligere ekteskap samt fra to dødfødsler. Eksponeringsbehandlingen for traumene ble utført med Traumatic Incident Reduction (TIR), og hadde noe men ikke fullgod effekt. Metoden beskrives senere i artikkelen. Gruppebehandlingen i avdelingen ble vurdert til å være adekvat eksponeringsbehandling i forhold til hennes sosiale fobi. Denne ble kombinert med kognitiv tilnærming i individualsamtaler, men gav kun middels effekt på hennes sosiale fobi. Etter utskrivning økte hun gradvis sin deltakelse i lønnet arbeid, og var tilbake i fullt arbeid etter et halvt år.

En grunn til hennes vanskeligheter med å nyttiggjøre seg behandlingen kan være at hun oppfyller kriteriene for unnvikende personlighetsforstyrrelse. Kombinasjonen sosial fobi og unnvikende personlighetsforstyrrelse er ganske hyppig forekommende, og gjør behandlingen vanskeligere. Et halvt år senere ble behandlingen gjenopptatt poliklinisk fordi hun ikke lenger greide å være i full jobb, og det ser foreløpig ut til at hun har god effekt av løsningsfokustert tilnærming (9, 10).

Tvangslidelse

Tvangslidelse likner angstlidelsene ved at angst eller ubehag er et fremtredende element i sykdommen. Det spesielle ved tvangslidelse er at pasienten i tillegg til unngåelsesatferd også utvikler ritualer for å dempe angsten.

Eksponeringsbehandlingen må derfor suppleres med responsprevensjon. Like viktig som at pasienten utsetter seg for det som gjør henne redd eller gir henne ubehag er at hun også lar være å utføre rituelle handlinger for å dempe ubehaget, enten det dreier seg om ytre handlinger eller rituelle tanker.

Pasient 3. Kvinne, ca. 50 år gammel. Hun hadde enkelte tvangssymptomer som barn og utviklet tvangslidelse i løpet av studietiden. Hennes hovedsymptom var angst for å gjøre feil under arbeidet, hvilket har ført til nærmest utmattende kontrolltiltak (sjekketvang). Hun utviklet også kontrolltvang i hjemmet samt i andre situasjoner, blant annet måtte hun snu og kjøre tilbake hvis bilen hadde passert en liten hump, idet hun kunne få tanker om at hun kunne ha kjørt over et menneske. Hun hadde også betydelige selvfølelsesproblemer, blant annet angst for å ta telefonen eller for å utføre oppdrag på familiens vegne av frykt for ikke å mestre dette tilfredsstillende.

Pasienten fikk først poliklinisk samtalebehandling hos psykolog i et halvt år med vekt på selvfølelsesproblemer, og ble så overført til poliklinisk behandling hos meg fordi hun fortalte om symptomer på tvangslidelse da psykologen skulle slutte. De to første samtalene brukte vi til kartlegging som hun delvis gjorde hjemme, samt fellessamtale med ektefelle for å forklare symptomene og behandlingen og få dennes støtte. Pasienten eksponerte seg gradvis for forskjellige områder av sitt private liv i ca. år, og opplevde god symptomlindring samt betydelig bedring av selvfølelse. Hun begynte deretter eksponeringsbehandling i forhold til arbeidet. Hun har hatt betydelig fremgang i løpet av trekvart år, og er fremdeles i poliklinisk behandling. I løpet av behandlingen har hun fått innvilget 50 % uføretrygd, men hun har nå søkt om forhøyet uføregrad fordi hun på grunn av tvangssymptomene ikke greier å holde forventet tempo i arbeidet. Hun har ikke ønsket medikamentell behandling. Ved siden av eksponeringsbehandlingen er det anvendt kognitiv tilnærming til hennes tanker omkring symptomene, samt psykodynamisk tilnærming av mer relasjonell karakter. Hennes fremgang vedrørende selvfølelsesproblemet har fortsatt, og hun gleder seg over å kunne være selvstendig og til dels selvhevdende i en rekke situasjoner hvor hun før ikke maktet det.

Posttraumatisk stressforstyrrelse

Posttraumatisk stressforstyrrelse kan ramme mennesker som har vært utsatt for svært alvorlige påkjenninger, enten i forbindelse med ulykker, katastrofer eller krig, eller utløst av overgrep, voldtekt eller langvarig mishandling av annen type. Noen av hovedsymptomene ved slike tilstander er gjenopplevelser av traumene i mareritt eller i våken tilstand, skvettenhet, unngåelse av alt som kan minne om de traumatiske situasjonene, og opplevelse av innskrenket følelsesliv, spesielt nedsatt evne til glede, samt nedsatt vitalitet.

Ett av elementene ved posttraumatisk stressforstyrrelse kan være at pasientene i sin ytre atferd unngår mest mulig av det som minner om traumene, og tilværelsen kan for noen bli ganske innskrenket. De aller fleste bruker mental unngåelse, det vil si at pasienten gjør mye for å unngå å tenke på det vonde som har hendt dem. Også overfor disse forholdene ser eksponeringsbehandling ut til å ha effekt.

En hypotese når det gjelder den tankemessige unngåelse av traumet er at nettopp denne unngåelsen kan være med på å innskrenke følelseslivet og innskrenke vitalitet. Mental unngåelse er heller ikke effektivt hos alle, hvilket viser seg i mareritt og i gjenopplevelser i våken tilstand, såkalte flashbacks.

En metode for eksponeringsbehandling for mental unngåelse ved posttraumatisk stressforstyrrelse kalles Traumatic Incident Reduction (11). Den er utviklet av Gerbode og brukes i Norge blant annet ved Psykososialt Senter for Trøndelag. I denne, som også ved andre metoder, må man gå gjennom konkrete episoder en og en. Pasienten skal, uforstyrret av terapeuten, fortelle om den traumatiske hendelsen fra begynnelse til slutt, og best mulig få med seg både det konkrete hendelsesforløp og sine egne følelsesmessige reaksjoner. Så fort som mulig etter at beretningen er over skal pasienten starte på nytt og gjøre det samme om igjen. Denne prosessen gjentar seg inntil innholdet forandres. Forandringen vil ofte bestå i at pasienten kan omtale hendelsen på en mer distansert og rolig måte, selv om hun de første gangene gjerne har svære følelsesmessige reaksjoner ved gjennomgangen. Effekten av metoden synes å være at pasienten lettere kan leve med det hun har gjennomgått, og derved frigjøre personlige ressurser i sitt eget liv.

Pasient 4. Kvinne, 52 år gammel. Hun har vært yrkesaktiv i mange år, og har vært sykmeldt i to år forut for innleggelsen. Hun er blitt behandlet med paroxetin (serotonin reopptakshemmer) for depresjon uten særlig effekt. Hun ble henvist til innleggelse fordi hennes reaksjoner ble umulig å håndtere uten innleggelse da hun begynte å snakke om seksuelle overgrep i samtaler med psykiatrisk hjemmesykepleier.

De første fire månedene av innleggelsen var pasienten preget av svær fortvilelse og depresjon, hun vegret seg mot å snakke om de traumatiske situasjonene, og var til dels alvorlig selvmordstruet. Hun bestemte seg så for å bearbeide noen av sine traumatiske opplevelser. Hun gikk gjennom disse ved bruk av Traumatic Incident Reduction, både overgrepshendelser fra nærstående slektning da pasienten var i barneårene, samt enkeltstående traumatiske

hendelser både i oppveksten og senere i livet. Underveis i denne del av behandlingen hadde pasienten fortsatt sterke selvmordstanker og gav uttrykk for svær lidelse. Et par uker etter avslutning av eksponeringsbehandlingen leverte hun inn en insulinsprøyte som hun hadde planlagt å bruke ved et eventuelt selvmord.

Ved samtale fem måneder etter eksponeringsbehandling gav pasienten uttrykk for at den hadde reddet livet hennes. Hun meddelte dessuten at hun hadde fått en betydelig bedre måte å forholde seg til seg selv og andre på, og at hun opplevde å kunne gjenvinne noe av sin gamle vitalitet.

Foruten eksponeringen ble pasienten behandlet med paroxetin som hun hadde fått før innleggelsen. Hun deltok i gruppebehandlingen, og individualsamtalene utenom eksponeringsbehandlingen var preget av eksistensiell tilnærming. Under oppholdet søkte hun og fikk innvilget full uførepensjon.

Mervin Smucker fra Medical College of Wisconsin beskriver i en artikkel sammen med J. Niederee en annen behandlingsmetode for posttraumatisk stressforstyrrelse, imaginær eksponering og kognitiv restrukturering (12). Metoden likner Traumatic Incident Reduction ved at pasienten eksponerer seg selv gjennom å tenke på og fortelle om traumet, men den atskiller seg ved at terapeuten er betydelig mer aktiv. Metoden går ut på at pasienten gjenforteller den traumatiske hendelsen mest mulig i detalj, og det legges stor vekt på at pasienten skal fortelle om hendelsen i presens, som om den foregår her og nå. Under første gjennomgang forholder terapeuten seg rolig bortsett fra å påpeke hvis pasienten unnlater å bruke presens, og dessuten å oppfordre (hvis nødvendig) pasienten til å fullføre eksponeringen. Underveis noterer terapeuten seg hvor den følelsesmessige påkjenning synes å være størst. Pasienten oppfordres så til å gå gjennom hendelsen en gang til på samme måte. På det punkt hvor den følelsesmessige intensitet synes å være størst, stopper terapeuten fortellingen. Pasienten instrueres i å se for seg at hun som den personen hun er i dag kommer inn i situasjonen, og terapeuten spør pasienten hva hun selv vil gjøre. Prosessen går videre ved at terapeuten spør pasienten hva overgriper/overgriper gjør, og hvordan pasienten av i dag svarer på det. Denne typen spørsmål fortsetter inntil pasienten har fått satt overgriper på plass eller fått overgriper til å fjerne seg.

Den andre hoveddelen av metoden er at pasienten av i dag (igjen i fantasien) henvender seg til pasienten fra den gang, og utspiller en dialog på samme måte. Hensikten er at pasienten skal se for seg at hun trøster og tar vare på seg selv fra den gang traumet skjedde. Behandlingssesjonen tas opp på kassett som pasienten får med seg, med instruksjon om å lytte på kassetten daglig frem til neste sesjon.

Pasient 5. Kvinne, 53 år gammel. Hun hadde svær angstlidelse, og har fått diagnostisert både agorafobi, sosial fobi og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD). Siste halvåret før innleggelsen var hun stort sett sengeliggende hjemme på grunn av angst når ektefelle og barn var ute av huset. Hun ble behandlet med serotonin reopptakshemmer både før og under innleggelsen, uten særlig effekt.

Pasienten deltok i gruppebehandling under hele innleggelsen. I den første tiden dreide individuell psykoterapi seg mest om hennes problem med barna og med ektefelle, samt psykodynamisk orientert gjennomgang av forholdet til foreldrene. Innledningsvis fortalte hun at hun hadde vært utsatt for mye vondt i første ekteskap, men ville ikke snakke om dette. Etter lang tid i avdelingen besluttet hun å ville forsøke å bearbeide disse hendelsene samt en voldtekt hun var utsatt for 14 år gammel. Vi gikk så gjennom tre overgrepshendelser fra første ekteskap, samt voldtekten, ved bruk av imaginær eksponering og kognitiv restrukturering som beskrevet ovenfor. Under selve eksponeringen opplevde hun nærmest u håndterbar angst med svære skjelvninger, men ved hjelp av betydelig oppmuntring samt tilpasning av den kognitive restrukturering greide hun å gjennomføre behandlingssesjonene. En tilpasning bestod i å instruere henne om å ta med seg ytterligere en person inn i situasjonen når hun så for seg at hun selv av i dag kom inn, en person hun selvsagt selv valgte ut. Eksponeringsbehandlingen ble tatt opp på kassett, hun hadde kassetten med seg og gjennomgikk opptakene i enerom nesten hver dag. Nå et par måneder senere bruker pasienten fremdeles kassettgjennomgang av den ene episoden. Hun er ellers meget godt fornøyd med behandlingen, og sier at den har hjulpet henne til å legge bak seg særlig skamfølelsen over det hun har vært utsatt for. Det har foregått en del endringer med henne i denne siste del av behandlingen, hun synes å ha blitt flinkere til å ivareta seg selv og sine egne ønsker og behov, i situasjoner hvor hun tidligere var nærmest altoppgivende. Det er selvsagt ennå for tidlig å si om effekten vil vare.

Diskusjon

Utgangspunktet for å skrive denne artikkelen var et ønske om å trekke frem eksponeringsbehandling som en virksom metode i behandlingen av enkelte psykiske lidelser. Dette er forsøkt belyst gjennom fem kasuistikker. Artikkelen refererer kasuistikker fra vanlig klinisk hverdag. Utenom forskning er det ofte slik at man anvender flere behandlingsmåter i det kliniske arbeid, også disse fem pasientene har fått behandling med mer enn en metode (13). Det kan derfor ikke sies med sikkerhet at eksponeringsbehandling har vært det viktigste element i behandlingen av pasientene. Artikkelen er ment å vise eksempler på tilstander hvor eksponerings-behandling kan være virksom, ikke å dokumentere at behandlingen har effekt. Det er ikke gjort systematisk litteratursøk forut for artikkelen. Pasientene har gitt tillatelse til bruk av kasuistikkene.

Avslutning

Psykiatrien er et fag hvor behandlingsmetoder bare delvis er forskbare med strengt vitenskapelig design. Det vil trolig også være slik at den enkelte terapeut bedre kan ta i bruk noen psykoterapeutiske metoder enn andre. En av mine tanker om behandling er at hva mennesker gjør, altså vår atferd, i stor grad

former oss, både hvordan vi har det med oss selv og hva vi tenker. For meg er derfor eksponeringsbehandling en naturlig del av mange behandlingsforløp. Jeg oppfatter også eksponeringsbehandling som velegnet fordi den gir pasienten selv et verktøy til å mestre både nåværende og kommende problemer, særlig når den kombineres med kognitiv tilnærming før, under og etter eksponeringen. Hensikten med artikkelen har vært å vise hvordan eksponeringsbehandling kan være til nytte i en rekke sammenhenger overfor psykiatriske pasienter. I tillegg til de beskrevne tilstander vil behandlingsformen også være virksom overfor spesifikke fobier.

Interesserte allmennpraktikere bør kunne lære seg å bruke eksponering når de behandler pasienter med agorafobi, sosial fobi eller tvangslidelse. For å kunne bruke eksponeringsbehandling kan det være nok å gjennomgå en lærebok. Det vil likevel være en fordel å ha deltatt på et praktisk kurs i slik behandling, slike kurs har vært arrangert blant annet ved Psykiatrisk Klinikk, Vinderen, og ved Modum Bads Nervesanatorium. Bruken av denne metoden ved posttraumatisk stressforstyrrelse er omdiskutert, og bør forbeholdes spesialister i psykiatri eller klinisk psykologi.

Jeg takker forskningsgruppen ved Psykiatrisk avdeling i Arendal for tilbakemeldinger og god støtte.

LITTERATUR

1. Marks IM. Å leve med angst. Oslo: Aventura, 1994.
2. Foa EB, Steketee GS, Ozarow BJ. Behavior therapy with obsessive-compulsives. I: Mavissakalian M, Turner SM, Michelson L, red. Obsessive compulsive disorder. NewYork: Plenum Press, 1995: 49 – 126.
3. Salkovskis PM. Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford Press, 1996.
4. Salkovskis PM. Trends in cognitive and behavioural therapies. Chichester: Wiley, 1996.
5. Clark DM, Fairburn CG. Science and practice of cognitive behavior therapy. Oxford: Oxford University Press, 1997.
6. Bergem M, Skarstein J, Kringlen E. Behandling av fobi og angstlidelse med eksponeringsterapi. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 953 – 6.
7. Martinsen EW. En poliklinisk modell for behandling av panikkangst og agorafobi. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 3757 – 60.
8. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 689 – 94.
9. Berg IK, Miller SD. Rusbehandling. En løsningsfokuset tilnærming. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.

10. Langslet GJ. LØFT. Løsningsfokuset tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1999.
 11. Bisbey S, Bisbey LB. Brief therapy for post-traumatic stress disorder. Traumatic incident reduction and related techniques. Chichester: Wiley, 1998.
 12. Smucker MR, Niederee J. Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. Cognitive and Behavioral Practice 1995; 2: 63 – 93.
 13. Bratlie S. Behandling av depresjon. Presentasjon av en integrert behandlingsmodell. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3963 – 5.
-

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.