

Deltakererfaringer fra angstmestringskurs

Veier til bedring - en kvalitativ studie

Participant experiences of training in anxiety coping

Paths of recovery - a qualitative study

Marianne Furuli



Høgskolen i **Hedmark**

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid

Master of Mental Health Care

Avdeling for folkehelsefag

HØGSKOLEN I HEDMARK

2012

Følgesvenn

For det er vel det som er det aller viktigste: Å ta seg tid til å sette seg ned hos personen, bli kjent og skape trygghet slik at vi sammen kan finne ut hvor akkurat denne personen har lyst til å dra. Det er ikke sikkert man alltid kommer helt frem, og det kan i alle fall ta tid, men det hjelper godt å ha mål. Så finner man kanskje veien etter hvert (Lauveng, 2005).

Forord

Denne masteroppgaven er en del av et større evalueringsprosjekt i en kommune på Østlandet. Med utgangspunkt i avholdte angstmestringskurs ønsker Avdeling psykisk helse en evaluering og kvalitetssikring av kurskonseptet. Evalueringen gjennomføres som et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Hedmark, Avdeling for folkehelsefag, ved prosjektleder professor Kari Kvaal og kommunen, Avdeling psykisk helse. Prosjektet er finansiert av midler fra helsedirektoratet i 2012, og en prosjektkoordinator har bistått prosjektet i det praktiske arbeidet. To mastergradsoppgaver med henholdsvis kvantitativ og kvalitativ tilnærming gjennomføres studieåret 2011/2012. Videre målsetting for prosjektet er å revurdere angstmestringskurset basert på resultatene fra evalueringene. På bakgrunn av dette vil Avdeling psykisk helse videreutvikle et standardisert og kvalitetssikret kurs for mestring av angst.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lang og spennende reise på mer enn 365 dager. Mange har vært med på forskningsferden og loset meg inn til målet. De fortjener alle en stor takk.

Jeg vil først takke alle kursdeltakerne som stilte opp på sin fritid og delte sine erfaringer og opplevelser, slik at ny kunnskap kunne vokse frem. Uten dere hadde det ikke vært mulig å skrive dette forskningsprosjektet.

Dernest vil jeg takke min hovedveileder professor ved Høgskolen i Hedmark, Kari Kvaal, som har trodd på meg og fulgt meg på veien. En stor takk går også til biveiledere; professor Jan Kåre Hummelvoll og professor Bengt Eriksson begge ved Høgskolen i Hedmark.

En stor takk til erfaringskonsulent Gro Beston, fagutviklerne Kari Nysveen og Tone Lise Bratterud, som gjennomførte intervjuene med stø kurs. Deres velvilje og profesjonelle bistand var avgjørende for mitt videre arbeid.

Takk til prosjektkoordinator Ellen Velema, som har bistått meg med den omfattende analysen med sine konstruktive innspill under hele prosessen. Dette har vært til stor hjelp. En takk også til Rådgiver i psykisk helsearbeid, Kårhild Husom Løken, som har bistått meg med gode faglige innspill.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver, virksomhetsleder helse og rehabilitering, Mari S. Seierstad og leder for Avdeling psykisk helse, Jonas Neiden som har gitt meg tid og rom for å gjennomføre masteroppgaven.

Det rettes også en takk til bibliotekjentesten ved Høgskolen i Hedmark, som har bistått i litteratursøk og EndNote.

Takk til medstudenter i kollokviegruppen som har fulgt meg helt frem. Dere har vært en god støtte. En spesiell takk til kollega og medstudent Reidar Thorsrud, uten deg hadde jeg ikke gått løs på denne oppgaven. Takk for alle støttende telefoner og SMS 'er.

Tilslutt en stor takk til min snille mann, som har lest korrektur og vært husfar i denne perioden. Jeg vil også takke Hanna og Simen, som har vært tålmodige og heiet på mamma.

Hamar, 21. november 2012

Marianne Furuli

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG.....	8
ABSTRACT.....	9
1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN	10
1.2 STUDIENS HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	11
1.3 AVGRENSNINGER OG BEGREPSAVKLARINGER	11
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	12
2. ANGSTMESTRINGSKURSET	13
2.1 REKRUTTERING TIL ANGSTMESTRINGSKURS	13
2.2 KURSINNHold	14
2.3 PSYKOEDUKASJON	15
3. TEORETISKE RAMMEVERK.....	17
3.1 TIDLIGERE FORSKNING.....	17
3.2 EN FORSTÅELSE AV PSYKISK HELSEARBEID OG HELSEFREMMEDE ARBEID	19
3.3 RECOVERY	20
3.4 SALUTOGENESE.....	23
3.5 ANGST SOM FENOMEN	25
3.5.1 <i>Kognitiv terapi ved angstlidelser</i>	26
3.6 LIKEMANNSARBEID.....	29
4. METODE	31
4.1 FORSKERENS FORFORSTÅELSE	33
4.2 DATAINNSAMLING	33
4.2.1 <i>Forskningsfeltet</i>	33
4.2.2 <i>Det kvalitative forskningsintervju</i>	34

4.2.3	<i>Gjennomføringen av datainnsamlingen</i>	35
4.2.4	<i>Intervjuene</i>	36
4.3	KVALITATIV INNHOLDSANALYSE	37
4.4	FORSKNINGSETIKK	39
4.4.1	<i>Etiske overveielser ved forskning på egen arbeidsplass</i>	40
5.	RESULTATPRESENTASJON	42
5.1	LIKEMANNSEFFEKT GIR HÅP OG STYRKE	44
5.1.1	<i>Å dele erfaringer</i>	44
5.1.2	<i>Åpenhet og gjensidig forståelse</i>	45
5.1.3	<i>Fellesskap og sosial støtte</i>	46
5.1.4	<i>Håpets betydning</i>	47
5.2	Å BLI AKTØR I EGET LIV	47
5.2.1	<i>Bedringserfaringer</i>	47
5.2.2	<i>Å få ulike mestringsstrategier</i>	49
5.2.3	<i>Økt selvinnsikt og forståelse gjennom ny kunnskap</i>	51
5.2.4	<i>Bøygen</i>	52
5.3	KURSELEMENTENES STYRKER OG FORBEDRINGSPOTENSIAL	53
5.3.1	<i>Å få nyttige verktøy</i>	53
5.3.2	<i>Gjensidige og likeverdige relasjoner</i>	54
5.3.3	<i>Forbedringspotensial</i>	55
6.	DISKUSJON	56
6.1	METODISKE REFLEKSJONER	56
6.2	DISKUSJON AV STUDIENS FUNN	60
6.2.1	<i>Betydningen av likemannseffekt</i>	60

6.2.2	<i>Betydningen av å være aktør i eget liv</i>	63
6.2.3	<i>Styrker og forbedringspotensial ved kurset</i>	66
7.	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	71
	LITTERATURLISTE	73

Oversikt over figur og tabell:

Figur 1:	ABC-modell - femkolonneskjema med et eksempel.....	28
Tabell 1:	Oversikt over erfaringer fra deltakerne i angstmestringskurset.....	43

Vedlegg:

Vedlegg 1:	Intervjuguide.
Vedlegg 2:	Informasjonsbrev.
Vedlegg 3:	Samtykkeerklæring.
Vedlegg 4:	E-post fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C, REK.
Vedlegg 5:	Trinn 1) Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer.
Vedlegg 6:	Trinn 2) Identifisering av meningsbærende enheter, s. 1, 2 og 3.
Vedlegg 7:	Trinn 2) Kodegrupper.
Vedlegg 8:	Trinn 3) Kondensat – kunstige sitater – noen eksempler.

Antall ord: 24 944

Sammendrag

Bakgrunn: Angstlidelser er blant de vanligste folkesykdommene. Folkehelseinstituttet rapporterer at ca. en fjerdedel av befolkningen vil utvikle en angstlidelse i løpet av livet, og en av syv i løpet av ett år.

Hensikt: Studien fokuserer på deltakererfaringer fra angstmestringskurset. Hensikten er å få en dypere forståelse for og kunnskap om hvilke faktorer deltakerne opplever som viktige i kurset, og om kurset medvirker til bedring av angst og økt mestring i hverdagslivet. I tillegg ønsker en å belyse hvilke forhold som kan være med å forbedre angstmestringskurset.

Metode: Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming med et deskriptivt design. Kvalitative forskningsintervju er anvendt som grunnlag for datainnsamlingen, i den hensikt å få tilgang til deltakernes subjektive opplevelse ved deltakelse på angstmestringskurs. Til sammen deltok 7 informanter i studien, og systematisk tekstkondensering ble benyttet som analysemetode.

Resultater: Funnene viser at likemannseffekten gir håp og styrke, ved at en møter andre i samme situasjon, deler erfaringer og opplever sosial støtte. Funnene beskriver ulike bedringsprosesser, ulike mestringsteknikker og vedvarende utfordringer informantene står ovenfor. De fleste deltakerne har et ønske om utvidelse av kurset.

Konklusjon: Angstmestringskurset bidrar til bedringsprosesser, der likemannseffekten er et viktig element. Å bli aktør i eget liv anses som en forutsetning for å oppnå bedre mestring av angst.

Nøkkelord: *angst, mestringskurs, kognitiv modell, recovery, opplevelse av sammenheng og likemannseffekt.*

Abstract

Background: Anxiety disorders are among the most widespread diseases. The Norwegian Institute of Public Health report that approximately one fourth of the population will develop an anxiety disorder during their lifetime, and one out of seven in one year.

Purpose: This study focuses on experiences of participants from the course. The goal is to obtain a deeper understanding and knowledge of which factors the participants experience as important in the course, and whether the course contributes to recovery from anxiety and increased coping with everyday life.

Method: The study has a hermeneutic-phenomenological approach with a descriptive design. Qualitative research interviews have been conducted, providing access to the participants subjective experience with the course. A total of 7 informants participated in the study, and systematic text condensation was used as method of analysis.

Results: The findings indicate that the peer support gives the participants hope and strength, as they meet others in the same situation, share experiences and experience of social support. The findings describe different recovery processes, different coping strategies and continuing challenges the informants are facing. There is described a need for extending the course.

Conclusion: The course contributes to recovery processes, where the peer support is an important element. Taking active part in life is regarded necessary to be able to better cope with anxiety.

<p>Keywords: anxiety, coping, management, cognitive model, recovery, sense of coherence, peer support.</p>

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Angstlidelser er blant de vanligste folkesykdommene. Folkehelseinstituttet beskriver at ca. en fjerdedel av befolkningen vil utvikle en angstlidelse i løpet av livet, og en av syv i løpet av ett år. Av de som får en angstlidelse i løpet av livet, har 50 % av dem symptomer allerede før de fyller 11 år (Folkehelseinstituttet, 2010). I følge Helse- og omsorgsdepartementet (Prop. 1S 2011–2012) antas depresjon, angst og rusmiddelproblemer å bli de store fremtidige samfunnsmessige utfordringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Nærmere 700 000 personer i yrkesaktiv alder står utenfor arbeidslivet der psykiske problemer er en vesentlig årsak. Psykiske lidelser er anslått til å koste det norske samfunn omkring 70 mrd. kroner per år i offentlige utgifter (ibid). Det er opplagt at det både er store summer å spare for samfunnet og stor gevinst i form av bedre livskvalitet for den enkelte, i å tilby de som sliter med angst og depresjon rask og effektiv behandling. En form for effektiv hjelp er å tilby lavterskeltilbud som gir folk redskap til selv å håndtere og mestre utfordringer og problemer i livet. Folkehelseinstituttet anbefaler i sin rapport ”Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger”, at grupper, kurs og programmer for mestring av angst og depresjon tilbys i alle landets kommuner (Major, 2011). Dette er ett av de ti tiltakene som anses som viktigst og som bygger på det mest solide evidensgrunnlaget for godt forebyggende arbeid på det psykiske helsefeltet.

Avdeling psykisk helse, i kommunen jeg arbeider i, har i flere år arbeidet aktivt og målrettet med tjenesteutvikling. Avdeling psykisk helse har vært opptatt av å utvikle et bredt spekter av differensierte tilbud der målsetting har vært å fremme selvstendighet og tilhørighet i tillegg til å styrke evnen til å mestre eget liv. En stor andel av henvisninger til Avdeling psykisk helse etterspør såkalt individuelle støttesamtaler, uten nærmere definisjon av varighet og innhold. Avdeling psykisk helse dreide tjenestetilbudet sitt i 2007 fra en mer tradisjonell støttesamtaljetjeneste til å tilrettelegge for mestringskurs og gruppeaktivitet. Denne endringen på tjenestetilbudet ble drøftet i møte med Mental Helse i aktuelle kommune, Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon, RIO og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, LPP. De ulike organisasjonene ønsket en mer mestringsorientert tilnærming med vekt på brukernes ressurser og behov.

De fleste brukere med psykiske lidelser som blir henvist til Avdeling psykisk helse, har betydelige symptomer på angst. Kommunen, som er en landkommune på Østlandet, har et innbyggertall på mellom 18.000-23.000. Statistisk sett vil kommunen ha ca. 2.500 innbyggere som vil utvikle en angstlidelse i løpet av livet i følge tall fra Folkehelseinstituttet (2010). Avdeling psykisk helse har i årene 2008-2011 arrangert seks angstmestringskurs med til sammen 36 deltakere. Kognitiv terapi og den kognitive modell er en rød tråd i kurset. En nærmere presentasjon av angstmestringskurset gis i kapittel 2.

1.2 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Studien har til hensikt å bidra til en dypere forståelse for og kunnskap om hvilke faktorer deltakerne opplever som viktige i angstmestringskurset, og om kurset medvirker til bedring av angst og økt mestring i hverdagslivet. Studien skal også belyse forhold som kan være med å forbedre angstmestringskurset. Dette har ledet meg frem til følgende problemstilling:

Hvilke opplevelser og erfaringer har tidligere deltakere med angstmestringskurset?

Problemstilling er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål:

1. *Hva beskriver kursdeltagerne som betydningsfullt ved deltakelse på angstmestringskurs?*
2. *Hvordan beskriver kursdeltakerne bedring av angst i hverdagen etter deltakelse på angstmestringskurs?*
3. *Hvordan kan angstmestringskurset forbedres?*

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer

Denne studien fokuserer på deltakernes erfaringer og opplevelser med angstmestringskurset. Som ergoterapeut har jeg lagt vekt på bedrings- og mestringsperspektivet som mitt teoretiske bakteppe for denne studien.

Norsk Ergoterapeutforbund (2011) definerer mestring som:

"Mestring er strategier for å imøtegå, unngå eller klare stressituasjoner. Stressituasjoner kan være ytre/materielle, sosial belastning, sykdom, funksjonstap og andre forhold. Hensikten med mestring er blant annet å opprettholde et positivt selvbilde, å bevare en følelsesmessig balanse og å bevare et tilfredsstillende forhold til andre mennesker".

I denne studien benevnes *bruker* og *deltaker* synonymt. Tidligere deltakere på angstmestringskurset er informanter. *Recovery* brukes tilnærmet synonymt med *bedring*.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp med en teori-, metode- og empiridel. I kapittel 2 presenteres angstmestringskurset, og i kapittel 3 beskrives tidligere forskning og studiens teoretiske rammeverk. I kapittel 4 redegjøres det for metode og datainnsamling med det kvalitative forskningsintervju. Kapittel 5 presenteres resultatene fra forskningsintervjuene. Innledningsvis i kapittel 6 beskrives metodiske refleksjoner og resultatene drøftes i lys av det teoretiske rammeverket, tidligere forskning og forskningsspørsmål. Kapittel 7 inneholder studiens konklusjon og videre anbefalinger.

2. Angstmestringskurset

Etter inspirasjon fra et Distriktpsikiatrisk senter, (DPS) starter utviklingen av angstmestringskurset i et samarbeid med en nabokommune og Avdeling for psykisk helse. "Mestringsbok ved angstlidelser" er kursboka vi har tatt utgangspunkt i (Thingnæs, Haslerud, & Thorsen, 2006). Angstmestringskurs er i dag et tilbud for mennesker med lette og moderate angstplager, innenfor diagnosene agorafobi, sosial fobi, panikklidelse og generalisert angstlidelse.

Kurset blir ledet av to psykiske helsearbeidere i Avdeling psykisk helse og en fysioterapeut på noen enkelttemaer. Jeg er en av de to psykiske helsearbeiderne som er med på utvikling av kurskonseptet, og i tillegg har jeg vært kursleder på de seks angstmestringskursene frem til sommer 2011.

Det første angstmestringskurset ble gjennomført i 2008, og pågikk over ti kursdager med en varighet på to og en halv time inkludert to pauser. Det blir tilbudt enkel servering med kaffe/te og litt kjeks. Etter hvert kurs gjennomføres en oppfølgingsdag etter to måneder. Kurset blir gjennomført som en lukket gruppe med i gjennomsnitt seks-åtte deltakere på hvert kurs.

2.1 Rekruttering til angstmestringskurs

Vurderingssamtale: Alle kursdeltakere blir innkalt til en vurderingssamtale for å kartlegge behov og avklare problematikk. I vurderingssamtalen får kursdeltakerne informasjon om kursets innhold. Det gjennomføres en screening ved hjelp av måleskala av angst og personens motivasjon for deltakelse kartlegges. Betydningen av stabilt oppmøte og den moralske taushetsplikt blir vektlagt. Alle deltakerne blir senere tilskrevet med dato for oppstart og med en svarfrist på om de takker ja til deltakelse.

Inklusjonskriterier for deltakelse i angstmestringskurs:

- henvist til Avdeling psykisk helse,
- bosatt i kommunen,
- lett til moderat angstlidelse,
- motivert for å delta på kurs,
- motivert for å skape endring i livsutfoldelse.

Ekklusjonskriterier:

- rusproblemer - når de dominerer angstproblemene,
- bruk av angstdempende medikamenter,
- lav skår ved screening av angst,
- problemstillinger hvor tvangstanker og tvangshandlinger dominerer,
- manglende motivasjon.

2.2 Kursinnhold

Angstmestringskuret går i korthet ut på å gi deltakerne en grunnlagsforståelse i kognitiv teori og kunnskap om angst. Videre skal deltakerne gradvis eksponere seg for angstvekkende situasjoner mellom kursdagene. Refleksjoner og drøftinger fra deltakerens aktuelle erfaringer blir tatt opp i plenum med utgangspunkt i ABC-modellen, som inneholder punktene situasjon, negative automatiske tanker, følelser og alternative tanker. Deltakernes erfaringer blir vektlagt. Hver kursdag har sin faste struktur med hovedsakelig seks punkter. Første punkt på agendaen er en sekvens hvor alle sier litt om hvordan de har hatt det siden forrige gang. Deretter bes det om tilbakemeldinger fra forrige kursdag og eventuelle ønsker om gjentakelse av hovedpunkter fra forrige time, etterfulgt av gjennomgang av hjemmeoppgave før dagens hovedtema blir introdusert. Hver kursdag avsluttes med ny hjemmeoppgave frem til neste møte. Nedenfor gis en mer detaljert beskrivelse av angstmestringskursets innhold.

Kursdag 1: Målet for denne kursdagen er at deltakerne skal bli litt kjent med hverandre og kurslederne. Struktur og innhold i kurset blir gjennomgått. Det blir utarbeidet felles grupperegler sammen med deltakerne. Alle deltakerne lager sine egne målsettinger for kurset. Tilslutt blir det gitt en kort innføring i den kognitive modell før gjennomgang av hjemmeoppgave.

Kursdag 2-3: Hovedtema er presentasjon av kunnskap om angst, ulike angstlidelser, årsak til angstlidelser med ulike forklaringsmodeller og angstens kroppslige reaksjoner. Alle deltakerne utarbeider sin egen angststige, en liste over situasjoner som utløser subjektivt ubehag og angst som grunnlag for eksponeringstrening.

Kursdag 4-5: Hovedtema er den kognitive modell, presentasjon av ABC-modellen med problemsituasjonen, negative automatiske tanker, følelser, handling og etter hvert alternative tanker, med gjennomgang av eksempler. Øvrig innhold: eksponeringstrening og erfaringsutveksling.

Kursdag 6-7: Fokus på panikksirkelen, sosial fobi og generalisert angst belyst ut fra kognitiv teori. Grubling/ bekymringstanker – tankens kraft ved kognitiv terapi. Gjennomgang av teknikker for å stoppe/ endre uhensiktsmessige tanker. Erfaringsutveksling.

Kursdag 8: Hovedtemaet er muskulatur og psykiske spenninger, pusteøvelser og grensesetting med fysioterapeut. Erfaringsutveksling.

Kursdag 9: Gjennomgang av ressursballongen/ energiballongen og energilekkasjer. Sosialt nettverk, sosial støtte, ressurser, glede og humør. Erfaringsutveksling.

Kursdag 10: Avslutningsvis en oppsummering av gode råd etterfulgt av en ønskereprise. Informasjon og etablering av overgang til selvhjelpsgruppe. Gjennomgang av kurset og en muntlig og skriftlig evaluering.

Oppfølgende møte: Målet er å høre hvordan det har gått med deltakerne og dele nye erfaringer med hverandre. Aktuelle problemstillinger og repetisjon av tidligere stoff. Avslutningsvis åpning for spørsmål og kommentarer.

Kurstilbudet som er beskrevet her, skiller seg fra tradisjonell gruppeterapi eller "samtaletterapi" gjennom å ha en pedagogisk/ psykoedukativ tilnærming. Den enkelte bruker har status som kursdeltaker, og ikke som pasient. Målet er bedre mestring av angst.

2.3 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon inngår som et element i kognitiv terapi og betegner en systematisk undervisning for bruker og/ eller pårørende i emner, relatert til en psykisk lidelse. Formålet er at bruker får økt forståelse av sykdomsutvikling, behandling og mestring av tilstanden. Rosenberg og Mørch (1995) beskriver at psykoedukasjon ofte foregår i diagnostiske homogene grupper à seks-tolv brukere med en eller to behandlere som underviser. Hovedfokuset er kunnskapsformidling og dialogen mellom underviser og deltakere. Psykoedukasjon legger vekt på informasjon og sosial støtte ved en anerkjennende dialog.

Dette gjøres ved oppmuntring og ved å anerkjenne brukers innsats (ibid). I tillegg bør den som underviser formidle håp om bedring og vise forståelse og empati for de ulike tilstander. Møtene har ofte en struktur med fast agenda og det legges vekt på hjemmeoppgaver mellom møtene (Morken, 2008). Hjemmeoppgavene bidrar til å gjøre bruker til en aktiv deltaker i prosessen.

Psykoedukasjon hadde sitt utspring på 1970-tallet og ble utviklet i forhold til personer med schizofreni. I dag anvendes psykoedukasjon også til andre psykiske lidelser som bl.a. angst og depresjon.

Psykoedukasjon kan foregå både individuelt eller i grupper, der grupper er mest vanlig. Yalom (1995) beskriver en rekke "terapeutiske faktorer" som kan ha betydning i grupper. I denne sammenheng trekkes frem foruten *læring* og *utvikling*, *installasjon av håp*, hvor det verdifulle kanskje har vært å høre på andres forbedringer. Yalom nevner videre *universalitet* og *altruisme*. Universalitet viser til betydningen av at personen ikke er alene med sine problemer, mens altruisme handler om opplevelsen å kunne være til nytte for andre mennesker. *Formidling av informasjon* ved nettopp *deling av informasjon* mellom brukerne utgjør også en viktig faktor sammen med *gruppesamholdet*.

3. Teoretiske rammeverk

Dette kapitlet presenterer tidligere forskning og ulike teoretiske perspektiver relatert til studiens forskningsspørsmål. Begrepene psykisk helsearbeid og helsefremmende arbeid beskrives, med hovedperspektivene innenfor recovery og salutogenese, som bringer inn kunnskap om bedring og mestring. Deretter beskrives angst som fenomen, kognitiv terapi ved angstlidelser og likemannsarbeid.

3.1 Tidligere forskning

Alt vitenskapelig arbeid krever at forsker skaffer seg oversikt over tidligere dokumentasjon som foreligger innen det aktuelle forskningsfelt. På bakgrunn av eksisterende kunnskap vil nye spørsmål stilles, der formålet er å vinne ny eller bedre kunnskap (Olsson & Sörensen, 2009).

Fag- og forskningslitteratur¹ viser at kognitiv gruppeterapi er godt dokumentert og har gode resultater ved ulike angstlidelser. Flere fagmiljøer i Norge har lang erfaring med angstgrupper og mange er evaluert gjennom naturalistiske oppfølgingsundersøkelser. Av sentrale norske forfattere vil jeg henvise til spesialist i klinisk psykologi Torkil Berge og spesialist i klinisk psykologi Arne Repål (2004, 2008, 2010), professor Ingvard Wilhelmsen (1997, 2000, 2004) og professor Egil M. Martinsen (2011). I Danmark har Mørch, Rosenberg og Elsass (1995), Mørch og Rosenberg (2005), Hougaard, Rosenberg og Nielsen (2002) og Arendt og Rosenborg (2012) vært sentrale bidragsyttere innen kognitiv terapi. Kognitiv terapi er utviklet av Aaron T. Beck (1976) og det har senere blitt utviklet flere supplerende former for kognitiv atferdsterapi, eksempelvis dialektisk atferdsterapi, skjematerapi, metakognitiv terapi, og "mindfulness"-basert kognitiv terapi (Berge & Repål, 2010).

¹ Litteratursøk er gjort systematisk i ulike databaser: SveMed+, EMBASE, PsycINFO og PubMed. Søkeordene er klargjort gjennom bruk av PICO-skjema. Kognitiv gruppebehandling innen spesialisthelsetjenesten ga flest treff. Mindre var det å finne av studier gjort i primærhelsetjenesten og innenfor kvalitativ forskning. Studiene jeg trekker frem har elementer, som jeg mener er overordnet og relevante i forhold til min studie. Søkeord som ble benyttet i ulike kombinasjoner på norsk og engelsk: Anxiety disorders, Community Health Services, Course, Reference Program, Cognitive Therapy group *, Peer Support.

Når det gjelder forskning vil jeg trekke frem en kvalitativ studie av Linnerud og Karlsson (2009) som undersøker pasienters opplevde utbytte av kognitiv gruppeterapi for polikliniske pasienter med diagnosene agorafobi med og uten panikklidelse, sosial fobi og panikklidelse. Seks tidligere deltakere blir intervjuet og forespurt om hvilke endringer i angstsymptomer og livssituasjon som er endret etter endt behandling og hva deltakerne opplever som nyttig i behandlingen. Studien viser at samtlige gruppedeltakere erfarer delvis eller fullstendig reduksjon av angstsymptomer etter endt behandling, og det samme gjelder angstens negative innflytelse på ulike områder i dagliglivet. Funnene viser også at de som har størst grad av motivasjon, erfarer de største endringene. Å få kunnskap om angst, oppnå forståelse av tankenes sentrale rolle ved angst og betydningen av eksponering blir fremhevet som nyttige ved behandling i gruppe.

Dalgard (2004) gjennomfører en randomisert, kontrollert studie rettet mot unipolar depresjon med psykoedukativ, gruppebasert behandlingsmetode. Til sammen 155 deprimerte personer blir rekruttert gjennom dagspressen, og randomisert til 82 i kursgruppen og 74 i kontrollgruppen. Dette er et behandlingstilbud (kurs i mestring av depresjon, KID-kurs) over åtte uker à 2,5 time, med tre oppfølgingsmøter. Kursprogrammet er egnet for primærhelsetjenesten. Studien viser en signifikant større bedring enn kontrollgruppen seks måneder etter kursets start. Blant gruppedeltakerne er 69 % klinisk sett bedre, tilsvarende er det 37 % i kontrollgruppen.

Hammarberg (2005) gjennomfører en studie i primærhelsetjenesten for pasienter med lettere angst eller depresjon, med fokus på tidlig intervensjon. Studien tar utgangspunkt i Karolinska Universitetssjukehuset sitt program for KBT²-behandling i gruppe for pasienter med angstlidelser. Vårdcentralen tilpasser metoden med KBT i forhold til primærhelsetjenesten sitt behov og åtte pasienter gjennomfører et ni ukers kurs. Resultatene viser at samtlige pasienter opplever forbedring av sine symptomer, mindre unnvikelse og i tillegg økt kunnskap og strategier for å håndtere sine problemer.

Statens helsetilsyn (1999) anbefaler også kognitiv terapi som behandlingsform ved angstlidelser. Sundhedsstyrelsen i Danmark har utarbeidet Referenceprogram for angstlidelser hos voksne, som inneholder sammenfattet og nyere viten/ evidens. Referenceprogrammet anbefaler også kognitiv atferdsterapi i forhold til ulike angstlidelser (Sundhedsstyrelsen,

² KBT står for kognitiv beteendeterapi på svensk.

2007). Av nyere dato viser metaanalysen til Hofmann og Smith (2008) at Cognitive-behavioral therapy (CBT) er en behandlingsform med gode resultater. De mener likevel at det er behov for videre forskning. Metaanalysen er brukt i BMJ – Best Practice, som del av den vitenskapelige begrunnelse.

3.2 En forståelse av psykisk helsearbeid og helsefremmende arbeid

Psykiske lidelser kan inntreffe i ulike grader, fra lette og forbigående problemer til vedvarende og invalidiserende sykdomstilstander. En del tilstander er "normale" reaksjoner på belastninger og overganger i livet, som mestres ved hjelp av egne ressurser og støtte fra omgivelsene. Psykiske lidelser preget av angst og depresjon sammen med rusrelaterte tilstander utgjør hoveddelen av den psykiske sykkeligheten i befolkningen hevder Mæland (2010).

I følge Verdens helseorganisasjons (WHO) definisjon fra (1948) er psykisk helse: "*en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra overfor andre og i samfunnet*". WHO vektlegger både de psykologiske og sosiale aspektene ved helse. Psykisk helse betegnes som et positivt begrep, der god psykisk helse anses å være en ressurs og noe mer enn fravær av sykdom. Denne definisjonen er blitt kritisert for å sette likhetstegn mellom psykisk helse og det å ha et godt liv. Samtidig setter den søkelyset både på den positive og negative dimensjonen av psykiske helse, som i større grad åpner for fokus både på sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, i tillegg til fokus på de bredere sosiale helsedeterminantene som medvirker til befolkningens psykiske helse (Nes & Clech-Aas, 2011).

Sosial- og helsedirektoratets (2005) veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene presenterer følgende definisjon av psykisk helsearbeid i kommunene:

Psykisk helsearbeid i kommunene er tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familie og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (s.7).

Videre beskriver veilederen at målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og å styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser.

Det helsefremmende arbeidet har sin forankring i Ottawa-charteret om Health Promotion fra 1986. Dette er en retning innenfor folkehelsearbeidet, der man ser helse som en prosess, som gjør mennesket i stand til å være et aktivt handlende subjekt i sitt eget liv (World Health Organization, 1986). Det helsefremmende arbeidet dreier seg primært om å styrke helsen blant folk, en tilnærming som først og fremst vektlegger positive ressurser for helse, mens det sykdomsforebyggende arbeid har fokus på å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død. Mæland (2010) hevder at begge tilnærminger er nødvendige og utfyller hverandre hvis den overordnede målsettingen for folkehelsen skal nås, nemlig – "helse for alle".

I følge Mæland er folkehelsearbeid definert som «*samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen*» (2010, s.18). Dette innebærer at folkehelsearbeid også omfatter behandling, rehabilitering og pleie/omsorg. Forebygging kan være primær, sekundær som ledd i sykdomsbehandling eller tertiær i form av rehabilitering. Det vises i denne sammenheng til Samhandlingsreformens intensjoner som legger vekt på økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig intervensjon ved lavterskeltilbud og mestringskurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Målet er økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten.

3.3 Recovery

Bedring er et allmennmenneskelig fenomen og noe alle har erfaring med. Innen psykisk helsearbeid søkes det nettopp etter en fruktbar grunn for den enkeltes vei mot å *komme seg og hente seg inn igjen*. Det gjennomgående budskapet i recovery-tenkningen er i følge Hummelvoll (2012) at det er gode grunner til å håpe på at man kommer tilbake til et meningsfullt liv på tross av psykisk lidelse.

Begrepet recovery kan brukes på forskjellig måter: som en *prosess*, en *innstilling*, en *visjon* eller som et *veiledende prinsipp*. Oversetter en recovery betyr det: bedring, gjenervervelse, gjenfinning, rekonvalesens, helbredelse, restitusjon eller tilfriskning (Henriksen & Haslerud,

2008) Hummelvoll (2012) mener det også betyr å få tilbake, vinne tilbake, komme seg, kommer over noe, tilfriskne og gjenvinne noe som er tapt.

Den medisinske definisjon av bedring har fokuset på reduksjon av symptomer og funksjonssvikt knyttet til lidelsen. Bedring blir her betraktet i forhold til normalfungering, der lidelsen ikke lenger hindrer daglig fungeringsevne og gjør det mulig for personen å gjenoppta personlig, sosial og arbeidsrelaterte aktiviteter (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005; Hummelvoll, 2012). Mens definisjonen som brukergrupper (The Mental Health Consumer) presenterer, betraktes ikke reduksjon av symptomer eller annen funksjonssvikt som avgjørende for bedring. I stedet oppfattes psykisk lidelse som ett aspekt ved personens totalitet. Bedring betraktes her som en prosess man er i, selv om en stadig har/ sliter med psykisk lidelse (Davidson, et al., 2005; Hummelvoll, 2012).

Topor (2006) hevder at begrepet bedring skiller seg fra både helbredelse og rehabilitering på tre avgjørende punkter. For det første kan bedring være en følge av *individets egeninnsats*, oftest med hjelp fra andre. For det andre handler bedringsprosesser om å se *hele individet* i sammenheng, ikke bare gjennom gjenerobring av funksjoner for funksjonenes skyld, men også som et ledd i et sosialt liv. Topor sier det handler om å bli herre over ulike funksjoner. Det tredje omhandler å ha *makt* over sitt eget liv. Dette innebærer å kunne påvirke måten livet arter seg på og forhandle om mål og om midlene som velges for og nå mål man selv har satt seg. Bedring er en prosess i individet, en utviklingsprosess og som ikke foregår rettlinjert. Det kan være perioder med fremgang som avbrytes av motgang. Håpløsheten kan vokse frem og det er i disse situasjonene at menneskene rundt individet kan spille en betydningsfull rolle for utviklingen ved å være en sosial støtte (Borg & Topor, 2007).

Grunnleggende antagelser i recovery er, i følge Anthony (1993) at bedring kan opptre uten profesjonell intervensjon og tilstedeværelse av folk som tror på og som er tilgjengelige for personen som prøver å komme seg. Anthonys definisjon av bedring er ofte benyttet og lyder:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/ or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (1993, s. 527).

Sentrale aspekter i bedringsprosessen er avhengig av individets behov, ønsker, dets særegne ressurser og grad av motstandskraft. Bedring skjer i en helhetlig veksling mellom den indre

reisen, den mellommenneskelige, den sosiale og den meningssøkende reisen (Hummelvoll, 2012). Davidson et al. (2005) fremhever elementer som går igjen når recovery-fenomenet undersøkes og presenterer ni elementer fra en omfattende litteraturgjennomgang. Disse ni elementene er fornyelse av håp og forpliktelse, redefinering av selvet, inkorporering av lidelsen, deltakelse i meningsfulle aktiviteter, å overkomme stigma, å gjenoppta/ vinne kontroll, å bli myndiggjort, å gjenoppta borgerlige plikter og rettigheter, å mestre symptomer og å få støtte fra andre.

I følge Deegan (1996) har alle en mulighet for bedring, der bedring kan best forstås som en personlig reise eller prosess. Disse prosessene er individuelle. Det utelukker ikke læring av andres erfaringer, snarere tvert i mot. Nettopp nytten av å dele erfaringer og selv være til hjelp for andre i en lignende situasjon beskrives som viktig. Som hjelper kreves det at du lytter til personenes behov og følger vedkommende i sin egen prosess. Lauveng (2005) beskriver det som en følgesvenn (se s.2). Hummelvoll (2012) hevder at å komme på sporet igjen av et livsprosjekt som foreløpig er avbrutt, forutsetter at det utvikles en relasjon til en hjelper som gir opplevelse av fellesskap og likeverd. I tillegg er det viktig at man enes om mål og metoder for å utvikle et friere rom for å skape og styre eget liv. Nettopp i vekselspillet mellom individet, de nære relasjoner og i forholdet til det omgivende samfunnet skjer bedring og personlig utvikling (ibid).

Recovery har aspekter av andre begreper som benyttes innen psykisk helsearbeid. I denne sammenheng trekkes frem empowerment (myndiggjøring), som handler om å få tilbake kontrollen på eget liv og evnen til å mestre vanskelige situasjoner (Askheim & Starrin, 2007). Dette begrepet er nærliggende i forhold til brukermedvirkning, som er sentralt i alt psykisk helsearbeid. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, der målet er god brukermedvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå. Brukermedvirkning har en egenverdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Det bidrar til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. Brukermedvirkning er et kjerneelement i psykisk helsearbeid. I tillegg vil brukermedvirkning og påvirkning av egne valg og ressurser, kunne styrke brukerens motivasjon og selvbilde (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006).

3.4 Salutogenese

Antonovskys (1996, 2000) forskning på 1970-tallet har hatt stor betydning for det helsefremmende arbeidet. Han har forsket på mennesker som har opplevd traumatiske hendelser, men som likevel har en ganske god helse. Antonovsky hevder at ved å fokusere ensidig på patologi og sykdom, vil man ikke se hva de helsefremmende faktorene og hva dette perspektivene kan åpne opp for. Antonovsky lanserer begrepet salutogenese som blir en motreaksjon mot patogenese innenfor helsetenkning. Salutogenese betyr "tilblivelse/ skapelse av helse" og er en teori som gir en grunnleggende forståelse for hvordan mestring kan skapes (Langeland, 2007, 2011). Dette mestringsperspektivet søker å vise nye muligheter og ubrukte sider hos mennesket og deres omgivelser, der målet er å aktivere ressurser og potensialer i helsefremmende arbeid. Tradisjonelt har helse blitt forstått innenfor en dikotomi der mennesker har blitt klassifisert som enten syk eller frisk. Antonovsky (1996, 2000) ser på helse som et kontinuum, eller grader av helse, fra uhelse til helse. Han er på søken etter faktorer som skaper en høyere grad av helse. I dette perspektivet er personens historie viktigere enn diagnosen, og mestringsopplevelser er vesentlig for bedringsprosessen. Antonovsky betrakter spenning og belastning eller utfordringer som potensielt helsefremmende. Det er hvordan vi forholder oss til disse stressorene som får betydning for vår helsetilstand. Idealet i behandling er aktiv adaptasjon (skreddersyng) etter personens evne til aktiv deltakelse. Å innta et salutogent perspektiv innebærer å ha et helhetlig helsebegrep, der helse forstås både som lavest mulig grad av symptomer på sykdom og høyest mulig grad av fysisk, psykisk og sosialt velvære (Langeland, 2011).

Salutogenese legger vekt på å øke en persons helse og velvære ved styrking av ressurser. Sentralt i dette ligger begrepene *opplevelse av sammenheng* eller *sense of coherence*, (ofte forkortet SOC) og *generelle motstandsressurser*. Opplevelse av sammenheng kan defineres som følger:

Opplevelsen av sammenheng er en global holdning som uttrykker i hvilken grad en har en gjennomgående, varig, men dynamisk følelse eller tillit til at 1) de stimuli som stammer fra en indre og ytre verden er strukturerte, forutsigbare og forståelige; 2) at det er tilstrekkelig ressurser til rådighet for å møte de kravene som disse stimuli stiller en ovenfor; og 3) at kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2000, s. 37).

Opplevelse av sammenheng defineres som en grunnleggende holdning og består av tre komponenter; *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet* (Antonovsky, 1996, 2000).

Begripelighet er kjernen i den opprinnelige definisjonen. Begripelighet handler om den måten en oppfatter indre og ytre stimuli på, og som er kognitivt meningsfulle dersom de fremstår som ordnede, strukturerte og klare. Dette i stedet for støy, kaos, tilfeldig og uforklarlig. Personer som har en høy grad av begripelighet vil ha en generell forventning om at fremtidige stimuli er forutsigbare og forståelige.

Håndterbarhet handler om i hvilken grad personen har kognitiv evne til å vurdere de indre og ytre ressursene vedkommende har til rådighet og om de er tilstrekkelige for å klare de krav en blir stilt ovenfor. Personer som har en høy grad av håndterbarhet føler seg ikke urettferdig behandlet og føler seg ikke som et offer for omstendighetene. Dette omtales ofte som handlingskomponenten.

Meningsfullhet er den tredje komponenten og omhandler følelses- og motivasjonskomponenten. Dette henviser til i hvilken grad personen føler at situasjonen i livet og livet selv gir mening, og om personen opplever at det er verdt å investere energi og engasjement.

Forholdet mellom disse tre komponentene er uløselig forbundet, men meningsfullhet er den viktigste komponenten. Dette er drivkraften i livet og meningsfaktoren har en tilbøyelighet til å skape struktur og til å søke etter ressurser. Hvis en person har høy grad av meningsfullhet i en situasjon vil begripelighet og håndterbarhet lettere fremstå. Antonovsky (2000) hevder at den nest viktigste komponenten er begripelighet, ettersom høy håndterbarhet avhenger av forståelse. Når personen opplever situasjonen som begripelig, håndterbar og meningsfull, vil helse kunne bevege seg mot den positive enden på linjen fra uhelse mot helse. Teorien vektlegger fire avgjørende områder i menneskers liv som en må investere i for å opprettholde og skape mening og ressurser over tid. Disse områdene er følelser, sosiale relasjoner, hovedaktiviteter og eksistensielle spørsmål.

Det andre begrepet omhandler *generelle motstandsressurser* eller mestringsressurser som kan fremme effektiv mestring av spenning i krevende situasjoner. Jo høyere grad av motstandsressurser en person opplever å ha tilgjengelig, desto bedre opplevelse av sammenheng og høyere grad av helse oppnås (Antonovsky, 2000). Generelle motstandsressurser kan være indre og ytre faktorer som fysiske, biokjemiske, psykologiske, åndelige, kulturelle, økonomiske, sosial støtte og egoidentitet. De mest avgjørende mestringsressursene defineres ved egoidentitet og sosial støtte, der kvaliteten på sosiale

relasjoner er viktig. Mæland (2010) hevder at den viktigste funksjonen for det sosiale nettverket er sannsynligvis å gi mennesker følelsesmessig kontakt og støtte. Det å vite at andre bryr seg, å få trøst og oppmuntring eller å ha noen å dele sorger med, er avgjørende for personenes evne til å mestre motgang og tap.

3.5 Angst som fenomen

Moxnes (2009) mener roten til ordet "angst" er *angh*, som i trang. Den opprinnelige betydningen av ordet har vært "gjøre trang", bli snever eller "smal". Filosofen Kierkegaard var den som først gjorde angsten til et tema i boken *Begrepet Angest*, fra 1844. Frykten beskrives av Kierkegaard der man alltid er redd for noe bestemt, til forskjell fra angsten som beskrives som "intet", ingen gjenstand (jf. Grelland, 2012). Berge og Repål (2004) befester denne distinksjonen ved å beskrive frykt som noe konkret og håndfast, som et objekt, mens angst er av mer diffus karakter med forventninger om en uforutsigbar og ukontrollerbar fare.

Et viktig utgangspunkt å ha med seg er at ethvert menneske har angst på sin måte, der det alltid vil være forskjeller fra person til person på hvordan angsten fremtrer og hvordan den oppleves. Det er også en glidende overgang fra normalangst til uhensiktsmessig angst eller en irrasjonell angst. Det dreier seg om gradforskjeller og ikke vesensforskjeller (Berge & Repål, 2010). Alle vil til en viss grad kunne gjenkjenne angstopplevelsen. Graden av angst kan bygge seg opp fra spenning, gå over til uro, fortsetter til angst og til full panikk.

Angst kan vise seg i ulike former og det er vanlig å dele den inn i tre like viktige komponenter: *Kroppsreaksjoner*, *Handlinger* og *Opplevelser*. *Kroppslig* kan angst forbindes med raske hjerteslag, blekhet, skjelving, utvidelse av pupillene, tørrhet i munnen, svetting, hete- eller kuldetokter. *Handlingsmessig* preges angst av unngåelse, flukt eller at alle kroppsbevegelser "fryses". *Opplevelsen* av angst kjennetegnes av en følelse av overhengende fare eller katastrofe. Et panikkanfall kan oppleves som svært dramatisk og intenst. De tankene en får, kan ha stor betydning for hvordan en opplever situasjonen (Berge & Repål, 2004). Berge og Repål (2004) hevder at å kjenne til angstens fysiologi kan bidra til at en føler seg tryggere og det er ofte en lettelse å vite at symptomene ikke er farlige. Kroppsreaksjonene er rettet mot å beskytte en mot fare og gjør en raskere og sterkere når en må flykte eller skal forsvare seg.

Søren Kierkegaard har sagt at: "Angsten er frihetenes mulighet" og han tar utgangspunkt i angstens tvetydighet. Angsten oppstår i tilfeller der et mulig valg kan være både forlokkende og skremmende (jf. Grelland, 2012). Angst er ikke noe som må fjernes for enhver pris. En mild form for angst kan være nyttig og få oss skjerpet. Først når angsten er så intens og vedvarende at den hindrer oss i å løse våre problemer, eller fungere i hverdagen, snakker vi i følge Berge og Repål (2004) om en angstlidelse. I denne sammenheng vil de mest aktuelle angstlidelsene bli kort beskrevet ved agorafobi, sosiale fobi, panikklidelse og generalisert angstlidelse. Malt og Malt (2012) skriver:

- *Agorafobi*: Kjennetegnes hvor personen er redd for å oppholde seg blant mange mennesker der det oppleves som vanskelig å komme unna. Typiske situasjoner som unngås, er butikker, kjøpesentre, og reise med tog eller buss hvis det er mange mennesker til stede (s. 292).
- *Sosial fobi*: Kjennetegnet ved angst for sosiale situasjoner hvor vedkommende blir utsatt for andres blikk og oppmerksomhet (s. 294).
- *Panikklidelse*: Kjennetegnes ved stadig tilbakevendende panikkanfall og stadig bekymring for nye anfall og hvilke konsekvenser disse kan få, f.eks. redsel for å miste kontrollen over seg selv, at man skal bli "gal" eller få hjerteinfarkt (s. 285).
- *Generalisert angstlidelse*: Kjennetegnes ved diffus ikke-fobisk angst og uttalt bekymring for at mye kan gå galt i fremtiden. Bekymring for bekymringstendensen kan forekomme og bli et sekundært problem (s. 302).

Årsakene til angst kan være mange og sammensatte og det er fremsatt flere teorier for å forklare utviklingen av angstlidelsene. Malt og Malt (2012) hevder at noen vektlegger intrapsyriske forhold; andre mer evolusjonsmessige, sosiale (læringsmessige) eller relasjonsmessige (tilknytning) forhold, og noen mer nevrobiologisk funderte angstteorier. Det kognitive perspektivet vil bli vektlagt videre i denne studien.

3.5.1 Kognitiv terapi ved angstlidelser

Kognitiv terapi har i dag mange retninger og fagfeltet er utviklet av terapeuter med ulike ståsted (Beck, 2006). Kognitiv terapi kan også kalles kognitiv atferdsterapi, som er et paraplybegrep. Kognitiv atferdsterapi dekker en rekke ulike terapeutiske metoder (Berge & Repål, 2010). Den mest innflytelsesrike bidragsyter til kognitiv terapi og som av mange blir regnet som den kognitive terapier far er psykiater Beck. Han utviklet og la fundamentet for denne nye psykoterapeutiske tilnærmingen i begynnelsen av 1960 årene i USA. I tillegg til Beck omtales også psykolog Ellis, som en av grunnleggerne og foregangsmennene innen

moderne psykologi og kognitiv adferdsterapi (Wilhelmsen, 1997). Den videre fremstillingen av kognitiv terapi bygger på Becks forståelse av samspillet mellom tanker, følelser og adferd.

Beck var opprinnelig psykoanalytiker og behandlet sine pasienter med klassisk psykoanalyse. Han startet sine observasjoner og forskning innen psykoanalysefeltet, etter at han oppdaget at pasientene ved siden av å assosiere fritt også hadde en parallell indre dialog. En av hans første oppdagelser var i behandling av deprimerte pasienter, som tenkte svært likt og der de hovedsakelig konsentrerte seg om negative temaer med de samme *feiltolkningene/ kognitive forvrengninger* (Wilhelmsen, 1997; Hougaard, et al., 2002). Denne parallelle tankestrømmen eller *indre dialogen* består av devaluerende tanker om seg selv, noe Beck kaller for *automatiske tanker*. I sin forskning registrerer han at pasientene har et bakteppe av tanker under terapien, og han kommer frem til at deprimerte pasienter har et negativt syn på seg selv, på verden og fremtiden. Innen kognitiv terapi kalles dette den *kognitive triade* (Dramsdaahl, 2006). Beck hevder at disse kognitive trekk har en betydning for utvikling av depresjon og han utvikler *en kognitiv grunnmodell*, som beskriver hvordan negative oppfattelser og tolkning påvirker deres følelser (Mørch & Elsass, 1995; Hougaard, et al., 2002). Den kognitive grunnmodell tar i tillegg for seg begrepet *skjema* som inneholder *grunnantakelse* og *leveregler*. Grunnantakelser eller kjerneantakelser er antakelser vi har om oss selv og andre og som er fundamentale og ligger dypt i oss. De er stabile tankemønstre som har utviklet seg fra våre medfødte egenskaper gjennom påvirkning av omgivelsene. Når disse antakelsene er uhensiktsmessige, vil de skape problemer for oss (Beck, 2006). De mest vanlige uhensiktsmessige antakelsene ved angstlidelser er: "Jeg er hjelpeløs", "Verden er ikke til å stole på" og "Fremtiden er usikker og truende". Leveregler bygger på grunnantakelser og kan ha et negativt eller et positivt innhold. Disse blir aktivisert i spesielle situasjoner som virker inn på de uhensiktsmessige grunnantakelsene og kan være "hvis verden er utrygg, så kan noe fryktelig skje".

Sentralt i kognitiv terapi er bruk av *sokratiske spørsmål*, det vil si spørsmål som åpner opp for refleksjon (Berge & Repål, 2010). Beck understreker også andre viktige elementer i terapien som agenda, tilbakemelding og hjemmearbeid. Dette blir utgangspunktet for Becks videre forskning og dokumentasjon for sine teoretiske antagelser og som preger utviklingen av kognitiv terapi (Dramsdaahl, 2006).

Kognitiv terapi er en strukturert, tidsbegrenset og her og nå orientert terapiform. Ordet kognitiv er latinsk og har med aktiv erkjennelse, forståelse og undersøkelse å gjøre. Berge og

Repål (2010) skriver at kognisjon er betegnelsen på menneskets kontinuerlige bearbeidelse av informasjon, for eksempel hvordan vi tenker på, forestiller oss eller minnes en bestemt hendelse. Dette foregår gjennom en stadig pågående indre samtale. Måten vi tenker omkring en hendelse på vil påvirke hvilke følelser som blir knyttet til hendelsen. Hvordan vi tenker om en spesiell hendelse, vil ha med vårt personlige tankemønster eller vår personlige stil å gjøre (Berge & Repål, 2010). Hos mennesker som sliter med psykiske vansker, som angst, aktiveres negative skjema og dysfunksjonelle antakelser. Dette kjennetegnes som en strøm av ubehagelige tanker og forestillingsbilder om fortid, nåtid og fremtid Disse negative antakelsene virker troverdige, men er ofte overdrevne eller direkte ugyldige. Dette forklarer hvorfor mennesker kan reagere helt forskjellig på samme hendelse (Berge & Repål, 2008).

ABC-modellen er det mest brukte skjema innen kognitiv terapi, og som prøver å hjelpe personen med å avgrense de negative automatiske tankene fra den utløsende situasjonen, og fra følelsene. Det er nødvendig å kunne stille seg spørsmål og se kritisk på tankene og se dem som hypoteser i stedet for "absolutte" sannheter. Analyseoppsettet bygger på Ellis ABC-modell der A står for utløsende hendelse (Activating events"), B for tanke (Belief) og C for de følelses- og atferdsmessige, kroppslige og kognitive konsekvenser (Consequences) (Berge & Repål, 2010) Dette kalles ofte et trekoloneskjema. Alternativt kan en legge til en fjerde og D: alternative tanker, forklaringsmåter eller realistiske tanker, som erstatning for de negative automatiske tankene og vurdere resultatet av den endrede oppfattelsen, i en femte kolonne. Et slikt registreringsskjema kan ha følgende utforming:

Figur 1: ABC-modell - femkoloneskjema med et eksempel.

A	B	C	D	E
Situasjon	Automatiske tanker	Følelser *	Alternative tanker	Resultat
Si noe i en gruppe	"Dette kommer jeg ikke til å klare" "Jeg kommer til å si noe dumt"	Angst (80) * ↓ Hjertebank, svetting og rødming	"Det gikk bra å snakke i gruppen". "De forsto hva jeg sa". "Jeg kan mye om angst".	Angsten avtar (20)* Slapper av Det er lettere å si noe i gruppen nå

*Tallet angir styrken på følelsen fra 0 til 100, hvor 0 er ingen angst og 100 er maks styrke.

Terapiformen innehar ulike kognitive teknikker for å håndtere symptomer som angst. Bruk av tankens kraft, avspenningsteknikker, bevissthets- og oppmerksomhetstrening, fantasireiser og positivt selvsnakk kan være eksempler på mestringsteknikker (Berge & Repål, 2004; Wilhelmsen, 2004). *Adferdseksperimenter* og *eksponeringstrening* er vanlige fremgangsmåter i kognitiv terapi for å undersøke og realitetsteste negative tanker, som er med på å opprettholde ubehagelige følelser og problematferd.

Et *atferdseksperiment* handler om at personen oppsøker en ubehagelig eller fryktet situasjon for å teste hva som skjer, gjerne ut fra en ABC-modell: Hva skjedde? Skjedde det du trodde ville skje? Hva tenkte du da? Og hva følte du? Dette er en planmessig måte for å undersøke holdbarheten i sine katastrofeforestillinger på og som gir grunnlag for erfaringsbasert læring. Det gjør arbeidsformen mer aktiv, fokusert og strukturert (Berge & Repål, 2010).

Eksponeringstrening går ut på å utsette seg for angst for bestemte situasjoner eller hendelser en har lært å frykte fordi de antas å varsle et kommende panikkanfall. Ved å være i ubehaget eller de angstskapende situasjonene over tid vil dette bidra til å minske eller fjerne problemene (ibid).

3.6 Likemannsarbeid

I følge Sosialdepartementet er likemannsarbeid: "*en samhandling mellom personer som opplever å være i samme båt, eller i noenlunde den samme livssituasjon, og hvor selve samhandlingen har som mål å være en hjelp, støtte eller veiledning partene imellom*" (Olsen & Grefberg, 2006, s. 12). Likemannsarbeid karakteriseres ofte ved at hjelpen går fra en med funksjonsnedsettelse til en annen, i møter eller over telefon. En aktiv og målrettet bruk av egenbasert erfaring er det bærende prinsippet i likemannsarbeidet. Som oftest vil én av dem som inngår i samhandlingen ha en lengre og mer bearbeidet erfaring enn de øvrige, og det er denne personen som gjerne blir kalt *likemannen*.

Funksjonsnedsettelse er et samlebegrep med en stor og uensartet gruppe mennesker. Det som er felles er at en trenger noen å lene seg mot, og som støtter en når man opplever motgang i hverdagen. Å møte andre i samme båt, der livssituasjon likner ens egen, oppleves da ofte som en trøst. Likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner dreier seg mye om å gi støtte og hjelp, og bidra til sosial tilhørighet. Sosialdepartementet skriver at: "*ofte vil en savne en å snakke med som har erfart det samme som en selv*" (Olsen & Grefberg, 2006). Videre hevder

de at likemannsarbeid kan bidra til mestring gjennom samtaler med andre i samme situasjon. En får anledning til å snakke ut om det som er problematisk. Dette vil igjen bidra til øket innsikt i problematikken, og også en mulighet til å tenke alternativt, noe som er viktig for å komme videre. I følge en oppsummering av forskningen viser denne at likemannsarbeid forbedrer symptomer, fremmer større sosiale nettverk, og økt livskvalitet (Davidson, et al., 1999). Olsen (2011) referer også til ulike studier av likemannsarbeid og dens betydning av å få støtte fra sine egne.

4. Metode

I dette kapitlet beskriver jeg først begrunnelsen for mitt metodevalg og vitenskapelig forankring. Deretter redegjør jeg for min forforståelse. Videre beskrives datainnsamlingen fra forskningsfeltet, det kvalitative forskningsintervju, gjennomføringen av datainnsamlingen og intervjuene. I analysen benyttes Malterud (2011) sin metode; systematisk tekstkondensering. Avslutningsvis i dette kapitlet beskrives forskningsetikk og etiske overveielser ved forskning på egen arbeidsplass.

Innen forskning snakker vi om to hovedretninger, kvalitativ respektive kvantitativ metode. Denne todelingen eller dikotomien er to grunnlagsbegreper og de ligger som et bakteppe i valg av metode og analyse. Metodene kan også benyttes i kombinasjon med hverandre, en såkalt metodetriangulering. Ved bruk av ulike tilnærminger vil ulike data bli løftet frem, som dermed kan belyse bredden og dybden av et fenomen (Olsson & Sörensen, 2009).

I min tilnærming til forskningsspørsmålene er jeg opptatt av å søke kunnskap ved å gå i dybden og utforske deltakernes *subjektive opplevelser og erfaringer* ved deltakelse på angstmestringskurs. Ved hjelp av en kvalitativ tilnærming med en deskriptiv design ønsker jeg å få frem en *dypere* forståelse av fenomener og deltakernes livsverden for å kunne fortolke betydningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har derfor valgt kvalitative forskningsintervju som metode, og jeg har benyttet en hermeneutisk-fenomenologisk forståelsesramme som beskrives i neste avsnitt (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Den kvalitative tilnærmingen henter sitt vitenskapsteoretiske ståsted fra hermeneutikken og fenomenologien. Hermeneutikken oppstår som en motreaksjon til naturvitenskapen som sikter inn på årsaksforklaringer, det generelle og lovmessigheter (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Hermeneutikken omtales som fortolkningslære og hermeneutikken er opptatt av spørsmål knyttet til forståelse, fortolkning og dens oppnåelse. Med andre ord - hermeneutikken prøver å hjelpe oss til å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening.

Det refereres ofte til to hovedtradisjoner innen hermeneutikken. Den *tradisjonelle hermeneutikken* som har som mål å komme frem til den mest korrekte fortolkning og den *filosofiske hermeneutikken* som hovedsakelig er opptatt av ontologiske spørsmål (Thornquist, 2003). Sentrale begreper innen den hermeneutiske tradisjon er forståelseshorisont/

forforståelse, fordom og den hermeneutiske sirkel/ spiral. For all hermeneutisk forståelse og tolkning forekommer en forforståelse og fordom. Vi møter ikke verden forutsetningsløst. Vi har med oss en tankemessig og erfaringsmessig "bagasje" som bestemmer det vi forstår og tolker. Som forsker har vi med oss kunnskaper, forventninger og forutinntatte meninger (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Den hermeneutiske sirkel/ spiral representerer et viktig fortolkningsprinsipp som beveger seg fra helhet til del og vica versa. Thornquist (2003) beskriver den hermeneutiske sirkel som en dynamisk erkjennelsesprosess eller en vedvarende fordykning for *økt* meningsforståelse. Dette legger grunnlaget for ny forståelse og dypere innsikt.

Fenomenologi er først og fremst en kunnskapsteoretisk retning, men også en metode. Innen kvalitativ forskning anvendes fenomenologien som en deskriptiv metode for å beskrive *opplevelser* og *erfaringer*. Innen det fenomenologiske perspektivet snakker en om et innsideperspektiv der en lytter nøye til personen, og forsøker å forstå vedkommende slik personen forstår seg selv (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996; Thornquist, 2003). Fenomenologien kalles også en *bevissthetsfilosofi* eller *konstitusjonsfilosofi*, fordi den analyserer og klarlegger hvordan verden konstitueres ved hjelp av vår bevissthet. Innen fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet og subjektet ses på som en forutsetning for forståelse. Filosofen Husserl, som var grunnleggeren av fenomenologien, benevner fenomenologi til *det som åpenbarer seg for vår bevissthet*. Husserl var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår (Thornquist, 2003). Sentralt i fenomenologien er begrepet *livsverden*, som henviser til den verden vi lever i, sammen med andre mennesker i et kommunikativt forhold. Livsverden ses på som en sosial og en historisk verden. Husserl introduserte også begrepet *epoché*, som betyr "å sette i parentes", på engelsk brukes ordet "bracketing" (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996; Thornquist, 2003). Fenomenologien ønsker å forstå menneskelige handlinger og begivenheter så forutsetningsløst som mulig. Forskerens utfordring er å sette sine egne fordommer og forutinntatte meninger til side. Ut fra denne synsvinkel tilstreber fenomenologien å opptre forutsetningsløs, der en møter fenomenet åpent, naivt og undrende for å beskrive dens fulle bredde og dybde (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Hermeneutikken og fenomenologien er to tradisjoner som står hverandre nær. Begge tradisjoner har en dialektisk tilnærming som er viktige filosofiske posisjoner ved kvalitativ forskningsintervju. Den hermeneutiske innlevelsessevne er en forutsetning for forforståelse som resultat (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996; Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg vil

videre redegjøre for min forforståelse som forsker før jeg beskriver datainnsamling ved det kvalitative forskningsintervju.

4.1 Forskerens forforståelse

Jeg er utdannet ergoterapeut med spesialistgodkjenning innen psykisk helse og videreutdanning i kognitiv terapi. De siste 20 årene har jeg arbeidet innen psykisk helse både i spesialisthelsetjenesten og innen kommunehelsetjenesten. Kjernekompetansen i ergoterapi er å fremme deltakelse og inkludering i hverdagslivet. For å nå dette målet arbeider ergoterapeuter etter tre kompetanseområder; *utvikling av menneskets mestring, tilrettelegging av aktivitet og endring av omgivelser*. Min forforståelse er preget av dette perspektivet. I tillegg har jeg vært med på utarbeidelsen av angstmestringskurset og er en av kurslederne. Det er arbeidet med deltakernes beskrivelser av eksponering, vansker de har møtt og gjennomgang av ABC- modellen i plenum, som også setter preg på min forforståelse. Tidligere evaluering viser også at mestringskurset har en positiv virkning, som bidrar til mestring av hverdagslivet. I tillegg er kognitiv terapi godt dokumentert som behandlingsmetode i forhold til angstlidelser. En av intensjonene har vært å gi deltakerne noen verktøy og teknikker for å håndtere hverdagen. Utfordringen vil være og utforske kursdeltakernes egne beskrivelser ut fra intervjuene og parentessette min forforståelse.

4.2 Datainnsamling

I det etterfølgende redegjøres det for forskningsfeltet og rammene for studien. Deretter beskrives det kvalitative forskningsintervju, gjennomføringen av datainnsamlingen og intervjuene.

4.2.1 Forskningsfeltet

Studien gjennomføres som nevnt ved Avdeling psykisk helse, i en landkommune på Østlandet, og med bistand fra en FoU-enhet i spesialisthelsetjenesten til de kvalitative forskningsintervjuene. Avdeling psykisk helse består av et tverrfaglig team med 12 årsverk. De fleste brukere med psykiske lidelser som henvises til Avdeling psykisk helse har betydelige symptomer på angst. Målgruppen for denne studien er tidligere deltakere som har fullført angstmestringskurs i regi av Avdeling psykisk helse.

4.2.2 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervju forsøker som metode å forstå verden sett fra deltakerens dagligliv. Målet er å få frem betydningen av deltakernes erfaringer og å avdekke deres opplevelser av verden (Kvale & Brinkmann, 2009). Den fenomenologiske og hermeneutiske forståelsesmåte ligger til grunn for metoden, ved en varsom spørre-lytte-orientering. Malterud (2011) skriver at enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser. Med andre ord går beskrivelser og tolkning hånd i hånd. I intervjuene vektlegges det fenomenologiske perspektivet, som vil være utgangspunktet for en hermeneutisk analyse og fortolkning.

Det kvalitative forskningsintervju ligger nær opp til en samtale i dagliglivet, men er en profesjonell samtale med et formål. Forskningsintervjuet kan ligne på det kliniske intervjuet, men skiller seg fra dette ved at intervjuet ikke skal identifisere et bestemt pasientproblem, som så skal løses (Friis & Vaglum, 1999). Kvale og Brinkmann (2009) beskriver intervjuet i bokstavelig forstand som *inter view*, der det foregår en utveksling av synspunkter mellom to personer i samtale. Utgangspunktet for samtalen, som har en viss struktur og hensikt, omhandler et tema som opptar dem begge. Kvalitativt intervju forutsetter at forskeren har innlevelsesevne og kunnskap om emnet. Den kunnskapen som kommer frem er avhengig av den sosiale relasjonen mellom forsker og deltaker. I intervjusituasjonen skal forsker skape et rom der deltakeren kan snakke fritt og trygt, og i tillegg skal det dannes grobunn for en autentisk dialog (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996; Kvale & Brinkmann, 2009).

I denne studien benyttes et semistrukturert intervju der målet er å hente inn beskrivelser om deltakernes livsverden, og kunne fortolke meningen med fenomenene som blir beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er utarbeidet en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer og forslag til spørsmål. Det er derfor rom for å variere rekkefølgen og stille nye spørsmål, og følge opp uventede temaer som eventuelt deltaker kommer med (Friis & Vaglum, 1999). Intervjuguiden er utformet på bakgrunn av studiens hensikt og forskningsspørsmål (vedlegg 1).

Kvale og Brinkmann (2009, s.47-48) nevner tolv ulike aspekter ved det kvalitative forskningsintervjuet, deriblant det *deskriptive*. Det kvalitative forskningsintervju søker å samle inn åpne og nyanserte beskrivelser av ulike sider ved deltakerens livsverden. I tillegg hevder Kvale og Brinkmann (2009) at det er *spesifikt* i betydning av at det beskriver

spesifikke situasjoner og hendelsesforløp, og ikke generelle meninger. Ut fra det deskriptive aspektet, er mitt formål og få frem deltakernes subjektive perspektiv og å få tak i et rikholdig datamateriale, innhentet gjennom åpne, nyanserte beskrivelser ved et bestemt tema i deltakernes livsverden. Formålet med intervjuet er spesifikt å fokusere på deltakernes opplevelser og erfaringer med angstmestringskurset og deres bedringsprosesser. Et relativt åpent intervju, der det er verken for stramt strukturert eller standardisert, men med bestemte temaer, vil gi en åpning for forståelse av deltakernes opplevelser og erfaringer. Det fenomenologiske perspektivet vektlegger nettopp bevisst naivitet og åpenhet overfor fenomenene. Kvale og Brinkmann (2009) nevner videre et annet aspekt ved det kvalitative forskningsintervju der ny innsikt og bevissthet hos deltakerne kan forekomme i intervjuprosessen, men forskningsintervjuet kan også bli en verdifull og berikende opplevelse for begge parter. Kunnskapen som kommer frem skjer gjennom en interpersonlig interaksjon i intervjusituasjonen.

Kvale og Brinkmann (2009) nevner også seks kvalitetskrav for et intervju som er avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet. Det første omhandler i hvilken grad en får spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra deltakeren. Det andre punktet beskriver at jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre deltakerens svar er, desto bedre. Det tredje tar opp i hvilken grad spørsmålene følges opp fra intervjuerens side, og hvordan en klargjør betydningen av de relevante delene i svaret. De tre neste kvalitetskriteriene henviser til det ideelle intervjuet. Ut fra disse kriteriene bør meningen som kommer frem i intervjuet tolkes, verifiseres og kommuniseres mens det pågår og før lydopptakeren slås av (ibid). Idealet kan synes uoppnåelig, men kan fungere som en retningslinje for god intervju praksis.

4.2.3 Gjennomføringen av datainnsamlingen

Informantene i denne studien er tidligere deltakere ved angstmestringskurs, som ble gjennomført i Avdeling psykisk helse i perioden 2008 ut 2011. Til sammen har 36 deltakere fullført angstmestringskurset i sin helhet, fordelt på seks kurs. To av de 36 lot seg ikke kontakte ved intervjutidspunktet. Informasjonsbrevet og forespørsel om deltakelse ble utarbeidet felles sammen med min kollega og medstudent. Deretter ble informasjonsbrevet godkjent og signert av prosjektkoordinator og leder for Avdeling psykisk helse. Alle informantene fikk tilsendt informasjonsbrev og forespørsel om deltakelse i undersøkelsen (vedlegg 2). Informasjonsbrevet inneholdt både informasjon og hensikt for den kvalitative og

den kvantitative metodetilnærming i undersøkelsen. Prosjektkoordinator tok telefonisk kontakt med informantene en uke etter for å avklare hvem som kunne tenke seg å stille til intervju. Deltakerne fra siste kurs i 2011 ble oppringt først og deretter bakover i tid. Dette fordi det siste kurset fra 2011 var ansett for å være mest ferdigutviklet i form og innhold. Av de 34 informanter prosjektkoordinator klarte å komme i kontakt med på dette tidspunktet svarte 11 at de var positive til å stille til intervju. Informantene fikk informasjon om når intervjuene skulle foregå og at studien planla seks-åtte intervjuer. Deretter ble datoer for intervjuene tilpasset så godt det lot seg gjøre. Det viste seg å være vanskelig å samkjøre tidspunkter som passet for både intervjuer og informanter. Det ble gjennomført syv intervjuer. De andre fire som hadde sagt seg villige til å delta ble tilskrevet og takket for deres respons. Intervjuene ble foretatt i tidsperioden 28.mars-25.april 2012. Undersøkelsesgruppen består av fire kvinner og tre menn i alderen fra 25-64 år. I informasjonsbrevet ble informantene forespeilet at intervjuene ville ha en varighet på ca. 1 time og informantene kunne velge et sted for intervjuet selv eller på kommunens helsesenter.

4.2.4 Intervjuene

På grunn av min tidligere kurslederrolle overfor informantene, valgte jeg og forespørre en FoU-enhet i spesialisthelsetjenesten om hjelp til å gjennomføre intervjuene. Begrunnelse for dette valget vil bli nærmere beskrevet. FoU-enheten påtok seg oppgaven og kunne bidra med to fagutviklere og en erfaringskonsulent. De to fagutviklerne delte på de syv intervjuene, mens erfaringskonsulenten var med på alle. Det var to intervjuere på hvert intervju, hvor fagutvikler ledet intervjuet og erfaringskonsulenten bisto som medforsker. Beston (2009) beskriver erfaringskonsulentrollen i retning av å være en *ekstern-intern medforsker*. Det innebærer å ha rollen som både kjenner det akademiske miljøet og som samtidig beholder den spørrende innstillingen som springer ut av det radikale brukerperspektivet.

Forut for intervjuene hadde jeg to møter med fagutviklere, erfaringskonsulent og prosjektkoordinator, der jeg gikk igjennom studiens hensikt og målsetting. I tillegg gikk jeg igjennom intervjuguiden med spørsmålene. Det ble presisert at intervjuene skulle foregå som en samtale, et åpent og fleksibelt intervju i henhold til intervjuguiden. Intervjuene skulle ta utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv der informantens livsverden var i fokus. Det ble servert kaffe og kake under alle intervjuene for å legge til rette for mest mulig avslappet og god atmosfære. Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuet startet (vedlegg 3). I tillegg ble det presisert hensikt og mål for intervjuet og studiens etiske retningslinjer.

Intervjuene ble tatt opp på en lydopptaker og deretter transkribert av undertegnede. Etter inspirasjon fra Kvale og Brinkmann (2009) valgte jeg å transkribere ordrett (verbatim) ord for ord der jeg registrerte alle pauser, ord med høy betoning i kursiv, likhetstegn ved slutten av en linje og ved begynnelse av neste, som viser at det ikke er noe «hull» mellom to linjer. Kvale og Brinkmann (2009, s.187) beskriver at å transkribere betyr å transformere, skifte en form til en annen, her fra muntlig til skriftlig form. Hensikten med transkribering er å strukturere materialet til tekst slik at det blir tilgjengelig og håndterbart for analyse.

Det ble foretatt en informantsjekk der alle informantene fikk tilsendt et tre-fire siders referat fra intervjuet. Dette for å styrke validiteten med mulighet for korrektiv og godkjenning. Da undertegnede ikke var med på intervjuene var det viktig å få presisert mulige uklarheter, deriblant feilaktige gjengitte dialektuttrykk (Malterud, 2011).

4.3 Kvalitativ innholdsanalyse

Malterud (2011) beskriver at analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Videre skriver hun at analysen innebærer abstraksjon og generalisering, dette ved å løfte frem fenomener fra en enkelt deltaker og vinne kunnskap som gjelder for flere. All vitenskapelig analyse krever en form for filtrering og reduksjon, også innenfor kvalitative metoder som representerer store mengder informasjon. Dette gir en utfordring til forskeren ved å tilstrebe en helhetstenkning og at man viser lojalitet til deltakernes opprinnelig utsagn og meninger. Kvalitativ analyse bygger på prinsippene om dekontekstualisering og rekontekstualisering (Malterud, 2011).

Jeg har sett på ulike analysemetoder, men har valgt å bruke Malterud (2011) sin metode, systematisk tekstkondensering³ (STC), fordi den egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener der hensikt er utvikling av nye beskrivelser og begreper. Jeg vurderer at denne metoden passer til min studie med syv deltakere til intervju, hvor målet er å utvikle beskrivelser omkring deres opplevelser og erfaringer med angstmestringskurset. Dette er i samsvarer med det Giorgi hevder, at formålet med en fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et felt (Malterud, 2011). Å analysere kvalitative data handler om å lete etter essenser, eller de vesentlige kjennetegn ved

³ Metoden har mange likhetstrekk med prosedyrene fra Giorgi sin fenomenologiske analyse og Grounded Theory, men er modifisert av Malterud (2011).

de fenomenene en studerer. Samtidig forsøker man å sette sin egen forforståelse i parentes i møte med data (bracketing), slik at deltakernes erfaringer og meningsinnhold ivaretas. Deretter åpnes parentesen når resultatene skal tolkes hermeneutisk ved å se på helheten og enkeltdelen og vice versa. Men først beskrives her den systematiske tekstkondensering (ibid).

Malterud (2011) presenterer systematisk tekstkondensering i fire analysetrinn:

Trinn 1: Helhetsinntrykk - fra villnis til temaer

Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder

Trinn 3: Kondensering – fra kode til mening

Trinn 4: Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelse og begreper.

Innledningsvis ble valg av metode og gjennomgang av intervjuene drøftet med veileder, prosjektkoordinator og undertegnede på et gruppemøte. Første trinn i analysen var å lese og lytte igjennom alle intervjuene flere ganger for å bli kjent med materialet. Dette for å danne oss et helhetsinntrykk. Deretter drøftet og oppsummerte vi våre inntrykk i foreløpige temaer som representerte angstmestringskurset. Systematisk tekstkondensering er en detaljert og tidkrevende prosedyre, derfor ble det videre analysearbeidet gjennomført av prosjektkoordinator og undertegnede. Vi prøvde på nytt ulike sorteringsprinsipper før vi kom frem til en enighet om felles temaer (vedlegg 5). I samsvar med det fenomenologiske perspektivet jobbet vi her aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes. Malterud (2011) hevder dette er en forutsetning for å stille seg åpen for de inntrykk materialet kan formidle.

I andre trinn begynte vi å organisere de delene av teksten som skulle studeres nærmere (Malterud, 2011). Relevant tekst skulle sorteres fra irrelevant i lys av forskningsspørsmålene. På dette trinnet bestemte vi at tema knyttet til selvhjelpsgrupper skulle unnlates, da dette ikke var relevant i forhold til forskningsspørsmålene. Vi startet så en systematisk gjennomgang av teksten linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter, det vil si tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn. Teknisk sett markerte vi den meningsbærende enheten med en fargekode, kopiert ut av teksten og plassert under tilhørende tema fra trinn en i et nytt dokument. De meningsbærende enhetene ble også merket med informant nummer, sidetall og skriflinje de ble hentet ut fra (vedlegg 6). Deretter fortsatte dekontekstualiseringen ved at vi klippet ut alle meningsbærende enheter for koding. En komplett versjon av intervjuene ble beholdt, som var verken kodet eller dekontekstualisert,

dette med tanke på den senere rekontekstualisering. Hver tekstbit ble lest på nytt og den ble tildelt kodenavn. Etter gjennomgang av alle tekstbiter endte vi opp med 35 koder. Vi foretok ytterligere en justering for å ta stilling hvorvidt de kodene med svært få meningsbærende enheter hørte hjemme under andre koder. Deretter sorterte og organiserte vi materialet i fire kodegrupper etter tematisk og kodestyrt gruppering av de meningsbærende enhetene i materialet (vedlegg 7).

Trinn tre i analysen handler om å abstrahere den kunnskapen vi har etablert fra andre analysetrinn. Malterud (2011) beskriver dette ved at en systematisk henter ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enheter, som er kodet sammen og sortert i kodegrupper. Fra de kodede meningsbærende enhetene, som nå var sortert i kodegrupper, tok vi tak i hver enkelt kodegruppe som analyseenhet. Før vi gikk videre i kondenseringsprosessen, sorterte vi materialet i tilsvarende subgrupper, som heretter dannet analyseenheten. Deretter kondenserte vi innholdet i hver av subgruppene innfor hver kodegruppe gjennom å lage et kondensat – et kunstig sitat (Malterud, 2011). Vi tilstrebet å gjenfortelle og sammenfatte innholdet i subgruppene, fortrinnsvis med bruk av informantenes egne ord og begreper fra de meningsbærende enhetene (vedlegg 8). Trinn fire i analysen går ut på å sette sammen bitene igjen – rekontekstualisere. Malterud beskriver at dette handler om å sammenfatte det vi har funnet i form av gjenfortellinger, som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper, som kan deles med andre (2011, s. 107). Resultatene presenteres i kapittel 5, innledningsvis med en oversiktstabell, som inneholder tre kategorier med tilhørende subkategorier og meningsbærende utsagn.

4.4 Forskningsetikk

For medisinsk og helsefaglig forskning gjelder Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2008), som veiviser for gjennomføringen av forskningen på en etisk akseptabel måte. Deklarasjonen inneholder internasjonale grunnleggende prinsipper for forskning på mennesker. Det er fire sentrale etiske prinsipper i alle relasjoner mellom mennesker; autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, ikke-skade-prinsippet og rettferdighetsprinsippet (Olsson & Sörensen, 2009). Informert samtykke er grunnlaget i all forskning og hviler på autonomiprinsippet. Dette innebærer respekt for deltakerens selvbestemmelse, integritet og verdier. Informasjonen som gis til deltakerne skal være forståelig og tilstrekkelig slik at deltakerne selvstendig kan ta stilling til handlingsalternativene, og at deltakelsen skjer på det

grunnlag som er beskrevet i informasjonsbrevet (vedlegg 2). Spesielt er det viktig og vurdere mulige risikoer studien kan skape, særlig ovenfor sårbare grupper.

Informasjon om undersøkelsens formål og gjennomføring er utsendt skriftlig av prosjektkoordinator og leder for Avdeling psykisk helse i et informasjonsbrev. I tillegg ble det gitt muntlig informasjon telefonisk ved prosjektkoordinator. Skriftlig samtykke ble innhentet samtidig med intervjuene. Alle data ble behandlet konfidensielt og har blitt lagret på et sikkert datasystem. De vil bli slettet når studien er ferdig. Anonymitet og aidentifisering av materialet er ivaretatt ved at ingen enkeltpersoner eller andre gjenkjennende opplysninger er gjengitt. En kode ble knyttet til en navneliste som kun prosjektkoordinator har hatt tilgang til.

Enhver datainnsamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne for en prosess og aktivere psykisk uro. Dette avhenger av hvor følsomt og vanskelig temaet er for informanten og er derfor vanskelig å forutsi. Men som forsker krevers det en moralsk praksis preget av oppmerksomhet og ansvarlighet (Hummelvoll, 2010). Malterud (2011) hevder på en annen side at forsker ikke bør ha en overdreven frykt for alvorlige konsekvenser og unødvendige sikkerhetstiltak, og stole på at de fleste klarer å ivareta sin selvforståelse og indre balanse. I denne studien fikk informantene tilbud om å ta kontakt med en person i Avdeling psykisk helse ved behov. Dette ble ikke benyttet av informantene.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at folk flest opplever det som positivt å bli intervjuet, ved at deres kunnskaper og erfaringer verdsettes. Informantenes medvirkning er viktig i det videre arbeidet innen kvalitetssikring og tjenesteutvikling. Studien kan sies å bidra til økt brukermedvirkning og inneha en nytteverdi både på individnivå og systemnivå.

I forkant av undersøkelsen ble det utarbeidet en fremleggingssøknad til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C, (REK). REK vurderte at prosjektet ikke var fremleggelsespliktig (vedlegg 4).

4.4.1 Ethiske overveielser ved forskning på egen arbeidsplass

Denne studien har tatt utgangspunkt på min egen arbeidsplass noe som gir ekstra etiske utfordringer. Her kjenner jeg kurskonseptet og alle tidligere kursdeltagere godt og samtidig har jeg vært ansvarlig kursleder. Utfordringen som forsker vil være å ta rollen som naivt søkende, nøytral og “upartisk”. Tilbakemeldinger og resultater må derfor fremstilles så korrekt og nøyaktig som mulig, for å lede til pålitelig og gyldig kunnskap. På grunn av min

tidligere kurslederrolle og gode kjennskap til informantene fra angstmestringskurset har jeg valgt og å få hjelp til gjennomføring av intervjuene. Jeg ønsker her å belyse hvilke refleksjoner jeg har gjort meg omkring dette valget.

Malterud (2011) hevder at moderne vitenskapsteori avviser forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke er påvirket kunnskapsutviklingen. Faktorer som forskerens ståsted, faglig interesser og motiver avgjør hvilken problemstilling som er mest aktuell, hvilke perspektiver som skal vektes, hvilke metoder og utvalg som gjøres, hvilke resultater som besvares og hvordan konklusjonen formidles. Det handler ikke om *hvorvidt* forskeren påvirker prosessen men *hvordan* (Malterud, 2011). Uansett hvilken forskningsmetode jeg ville valgt, ville jeg på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater.

Ved bruk av kvalitativ forskningsmetode er det et mål at de empiriske data best mulig skal reflektere deltakernes erfaringer og meninger. Dette innebærer at forskningsintervjuene ikke er fylt med ledende spørsmål. Det er viktig å erkjenne spørsmålets virkning og forsøke å gjøre dem tydelige, jamfør den hermeneutiske understrekning av fordommens rolle (Kvale & Brinkmann, 2009). En fare kan være at deltakerne velger å holde tilbake informasjon av negativ karakter, som kunne oppfattes som ufordelaktig for deltakeren. Det er viktig at deltakerne kjenner seg trygg uten å føle seg presset eller invadert. Den sosiale relasjonen mellom intervjuer og informant er avgjørende for den kunnskap som kommer frem i intervjuet (ibid).

For å få et mest mulig *objektivt* og *uavhengig* datamateriale er dette et av argumentene for å benytte eksterne intervjuere. Slik jeg vurderte min rolle ville det vært krevende å opprettholde avstand til deltakerne, og faren for å søke bekræftelse etter data jeg allerede satt inne med ville være stor. Dette på grunn av det nære interpersonlige samspill med kjennskap til deltakeren fra tidligere og i fremtiden. Denne tilknytningen vanskeliggjør oppgaven med å få en fullstendig, nøytral og uavhengig undersøkelse av fenomenet (Friis & Vaglum, 1999). Dermed vil kunnskapens gyldighet og pålitelighet bli betydelig innsnevret (Malterud, 2011).

5. Resultatpresentasjon

Dette kapitlet presenterer funn som er forankret i syv intervjuer og informantenes utsagn. Materialet fremstilles opp mot Kvale og Brinkmanns (2009, s.221) fortolkningskontekst og *selvforståelse*, og inneholder en omskrevet fortetting av informantenes egne synspunkter, slik jeg har oppfattet dem.

Analysen har ledet frem til tre kategorier som belyses gjennom subkategorier med tilhørende meningsbærende utsagn. Fremstillingen understøttes av sitater, som er direkte fundert i det informantene selv har sagt. Jeg har forsøkt å holde fast i deres selvforståelse og ivareta det opprinnelige materialet så lojalt som mulig. Sitatene er markert med kursiv skrift. Resultatene presenteres først i en tabell.

Tabell 1: Oversikt over erfaringer fra deltakerne i angstmestringskurset.

Kategorier	Subkategorier	Meningsbærende utsagn
Likemannseffekt gir håp og styrke	Å dele erfaringer	"En fikk liksom tømt seg og de andre tok i mot", "Teori[undervisningen] var ikke det aller største, det var veldig mye med de felles erfaringene og det å dele"
	Åpenhet og gjensidig forståelse	"Lettere å prate med de som har opplevd noe av det samme selv", "Det var veldig godt at vi kunne snakke rett ut om problemene våre – det går ikke an noe annet sted "
	Fellesskap og sosial støtte	"Vi var en slags familie", "Vi løftet oss i fellesskap", "Så viste det seg at vi var i samme båt alle sammen"
	Håpets betydning	"Gruppen ga håp – det er forskjellen fra å være alene", " Det å gå på kurs ga en flott energi"
Å bli aktør i eget liv	Bedringserfaringer	"Jeg har fått en helsemessig bedring i løpet av kurset", "Det har gått bare en vei etter kurset, ikke noe tilbakeslag. Jeg tror kurset gjorde utslaget.
	Å få ulike mestringsstrategier	"Jeg klarte å jage angsten vekk", "ABC-modellen fungerte veldig bra"
	Økt selvinnsikt og forståelse gjennom ny kunnskap	"Det er viktig for meg å forstå hvorfor ting er som de er og hvordan de fungerer", "Jeg har mere ressurser, flere redskaper for å behandle meg selv. Vi snakket om angst, men mye av det går på at det eneste som får hjulpet deg er jo deg selv"
	Bøygen	"Jeg har alltid <i>tenkt</i> å utfordre meg, hatt <i>ønske</i> om å gjøre det, <i>lysten</i> er der ... men å <i>ta sjansen...</i> ", "Jeg var livredd første dagen på kurset, men det gikk overraskende bra. Det gir motivasjon når du kommer over den første bøygen"
Kurselementenes styrker og forbedringspotensial	Å få nyttige verktøy	"Boka er jeg imponert over", "Jeg fikk et verktøy"
	Gjensidige og likeverdige relasjoner	"[Kurslederne var]så troverdige... de er bare folk de som alle andre, de er ikke verdensmestre", "De var liksom på vårt nivå", "Fint at det var begge kjønn"
	Forbedringspotensial	"Ting tar tid", "Kurset kunne vært lengre"

5.1 Likemannseffekt gir håp og styrke

Likemannsarbeid er noe som skjer mellom mennesker i samme livssituasjon, folk i "samme båt", der samtalen er det sentrale elementet (Olsen & Grefberg, 2006). Den første kategorien består av subkategoriene: *Å dele erfaringer, Åpenhet og gjensidig forståelse, Fellesskap og sosial støtte* og *Håpets betydning*.

5.1.1 Å dele erfaringer

Det å samhandle i gruppe der en kunne dele erfaringer med andre i tilsvarende situasjon, var et positivt og gjennomgående tema som kom frem i analysen. Å oppleve gjenkjennelse ble vektlagt som viktig. Med kursdeltakernes ulike typer angst, som bakgrunn gjennom samhandlingen i gruppen, ga dette den enkelte deltaker et bredere bilde av angstens mange uttrykksformer. Å bli introdusert for nye innfallsvinkler på et problem var ny opplevelse for deltakerne. Dette ga dem mulighet til å dele egne erfaringer og høste av andres. Begrepet "idémyldring" ble nevnt som et nytt virkemiddel der en kunne lære om hverandres metoder i forsøk på å mestre angsten. I denne prosessen kunne det oppstå gjensidig provokasjon i forhold til hverandres måte å tenke. Men ved nærmere ettertanke dro flere ny lærdom av andres måte å tilnærme seg et problem. Dette ble sett på som en positiv overraskelse fra deltakerne. Gjennom erfaringsutvekslingen fikk informantene tilbakemelding på seg selv, noe som førte til refleksjon og nye tankesett. En av informantene undret seg over hvorfor panikkanfallene oppsto, og hadde fått til svar: *"Du har ikke kontroll på situasjonen"*. Det hadde ikke informanten tenkt på, men ved nærmere ettertanke hadde vedkommende en erkjennelse av at det var viktig å ha kontroll på ulike situasjoner. Flere ga uttrykk for at det var godt å få prate, og å møte andre i samme situasjon opplevdes som det viktigste og mest betydningsfulle ved kurset.

"En fikk tømt seg for det en gikk og bar på inni seg. Du følte liksom du ble kvitt noe av det for de andre tok i mot".

Kursdeltakerne ble ansett som like betydningsfulle som kurslederne, med bakgrunn i den brede erfaringskompetansen deltakerne satt inne med.

"Teori[undervisningen] var ikke det aller største, det var veldig mye med de felles erfaringene og det å dele".

Det ble hevdet at nettopp kombinasjonen mellom teori og erfaringsdeling gjorde det lettere å sette ord på tanker og følelser. Det å bli satt i stand til å utveksle erfaringer, hadde bidratt til en bedre forståelse av andre i tilsvarende situasjon. Verdien av å dele erfaringer, og verdien av å kunne medvirke og hjelpe andre, ble opplevd som svært betydningsfullt. Erfaringsdelingen ble opplevd som et vesentlig moment i bedringsprosess i forhold til angsten.

"Dette har gjort at jeg har fått hjelpemidler opp igjennom, som kanskje har fått meg til å ta det ekstra skrittet videre i forhold til å gjøre noe med ting".

Flere informanter kunne fortelle om positive oppdagelser og opplevelser gjennom sin deltakelse på kurset. Dette kunne dreie seg om takknemlighet for å få et tilbud i tidlig alder, eller erkjennelse av det å samhandle i en slik gruppe likevel ikke var så skremmende. Den sosiale angsten kunne helt eller delvis forsvinne i denne settingen.

5.1.2 Åpenhet og gjensidig forståelse

Analysen viste at det bød på store utfordringer for mange og ta steget og bestemme seg for å starte på angstmestringskurs. Frykten for å møte andre var stor. Redselen for at informasjon om egen utilstrekkelighet og angstplagene skulle lekke ut var også til stede. Det å formidle egne problemer overfor andre enn seg selv var uvant og problematisk. Imidlertid var tanken på at de andre også slet med de samme tankene og antagelig grudde seg, en utløsende drivkraft. Dette gjorde det lettere å ta beslutningen om å melde seg på kurset og tilslutt også våge å møte opp første kursdag. Skepsisen til å begynne i gruppe, og redselen for å si noe om seg selv, eller frykten for ikke å bli forstått var fremtredende. Etter noe tid på kurset der deltakerne fikk anledning til å bli litt bedre kjent, viste det seg at de fleste erfarte at det ble lettere å dele erfaringer og tanker. Det å møte andre i samme situasjon, og oppleve andre med sammenlignbare plager, var en forløsende faktor som gjorde det lettere å åpne seg:

"Det er ikke så lett å fortelle til sånne som ikke har greie på det".

Funn i analysen viste at noen opplevde å bli hemmet i å snakke om det de ønsket i gruppen, mens andre følte de kunne snakke åpent om alt: *"Det var veldig godt at vi kunne snakke rett ut om problemene våre – det går ikke an noe annet sted "*. Analysen viste også at enkelte også var i stand til å formidle noe av sine angstproblemer også før sin deltagelse på kurset, mens andre opplyste at de prøvde å skjule sin angst ved å ta på seg en maske for å opprettholde fasaden. Det var særdeles viktig at omgivelsene ikke fikk innblikk i det følelsesmessige

opprør som foregikk på innsiden. Utover i kursets forløp fikk flere en opplevelse av større trygghet og økt følelse av åpenhet hos seg selv og de øvrige deltakerne. Mot slutten av kurset opplevde sågar gruppen seg som en humoristisk forsamling.

5.1.3 Fellesskap og sosial støtte

Fellesskapsfølelsen og det spesielle samholdet angstmestringskurset bidro til ble fremhevet som meget betydningsfullt. Opplevelsen av å bli forstått av andre ble beskrevet som avgjørende, og informantene beskrev dette som en viktig sosial støtte. Kurset ga anledning til å være sammen, og utveksle egne erfaringer og situasjoner fra sitt eget liv. Dette sammenholdt med at de sammen medvirket til å finne løsninger for seg selv og andre med tanke på bedre mestring av angsten. Samarbeidet og samspillet på kurset førte til at informantene opplevde at de løftet hverandre i fellesskap.

"Vi var en slags familie synes jeg, som hadde det vondt alle sammen. Jeg tror vi greide å hjelpe hverandre fremover".

"En tror at ingen i verden har det så vondt som jeg har det, så viste det seg at vi var i samme båten alle sammen".

Som innledning på hver kursdag, ble kursdeltakerne gitt mulighet til å formidle sine egne opplevelser og følelser siste uke: Hvordan hadde kursdeltakeren hatt det? Dette kunne dreie seg om situasjoner som opplevdes som problematiske, eller på den annen side om oppløftende og positive hendelser. Informantene meddelte at de erfarte å motta oppmuntring og sosial støtte ved motgang og anerkjennelse og ros i medgang. Analysen viste at fellesskapet åpnet for trygghet, tillit og sosial støtte. Å lese teori ga ikke den samme virkningen:

"Det blir ikke det samme å lese litt i boka og så virker det. Det blir ikke det samme hvordan du får det til – det blir en annen energi i en gruppe".

Det var viktig at de nærmeste i familien fikk en bedre forståelse for angstplagene slik at de kunne gi bedre støtte. Viktigheten av kaffepausene og den uformelle praten ble også trukket frem.

"Vi sto ute i pausen og prata om det [fellesskapet] til og med, det var godt. Ja, bare det samholdet vi hadde og vi fikk høre om erfaringer andre hadde gjort. Det var liksom så godt å høre at andre hadde vært borte i det samme".

Dårlig oppmøte på kurset ble bemerket og dette kunne bidra til bekymring og negative tanker, fordi det var en viktig støtte at alle var til stede. Møtet og nærværet med den andre skapte lyst og behov for å ta hånd om og hjelpe de andre på kurset. Dette ga en utfordring i balansen mellom å ivareta sine egne behov og omsorgen også for andre kursdeltakere.

5.1.4 Håpets betydning

Flere ga uttrykk for at de trodde de var alene om sin angst og at ingen andre hadde tilsvarende plager og hanskes med. Tanker om å være helt alene om å ha en spesiell sykdom var fremtredende. Det ga håp å bli kjent med andre mennesker som hadde lignende plager der en kunne kjenne seg igjen i deres historier. Det å erfare at en ikke var alene, ble av samtlige beskrevet som meget verdifullt. Blant likesinnede opplevde de å bli forstått:

"Det å komme inn i en slik setting gir håp, og det ga håp. Det er forskjellen fra og bare være alene".

Gjennom deltakelse på kurset syntes det som om deltakerne fikk den lille ekstra energi som skulle til for å gi dem et håp. Denne dagen var god. Kanskje kommer det flere gode dager. Skjebnefellesskapet ga håp og tro på bedring.

5.2 Å bli aktør i eget liv

Felles for alle informantene var et ønske om bedre mestring av angsten og samtlige hadde i løpet av kurset mobilisert egne krefter og ressurser for å mestre hverdagen bedre. Utvikling av kompetanse til å bli aktør i eget liv, kan i særlig grad fremmes ved å gi mennesker mestringsopplevelser. Ny kunnskap og forståelse, nye erfaringer og ferdigheter hadde bidratt til å bli bedre rustet til å innta aktørrollen. Den andre kategorien inneholder subkategoriene: *Bedringserfaringer, Å få ulike mestringsstrategier, Økt selvinnsikt og forståelse gjennom ny kunnskap og Bøygen.*

5.2.1 Bedringserfaringer

Informantene uttrykte at de opplevde bedring i løpet av kurset, eller at fremgangen kom i perioden etter at kurset var avsluttet. Analysen viste en bedringsprosess blant flere av deltakerne. Der de før kurset var overveldet av angst, hadde de frem til intervju tidspunktet

utviklet en mer offensiv rolle og beskrev at de selv i stor grad styrte angsten. En informant sa det slik:

"Jeg hadde mye angst, men prøvde å få litt skikk på den, så angsten ikke skulle styre meg. Jeg skulle styre den. Jeg beholdt energien selv, i stedet for angsten skulle reise med den. Nå kan jeg drive på hele dagen".

Flere av uttalte at de etter kurset hadde fått redusert angst. Den kunne komme og gå, men de var i stand til å håndtere den på en annen måte. De godtok angsten og levde greit med den. En deltaker hadde blitt kvitt angsten helt etter å ha levd med disse plagene i over 40 år. Bedringen kom gradvis etter at kurset var avsluttet, og vedkommende hadde nå fått kontroll over angsten. Langsamt kom alternative og positive tanker, noe som bidro til å redusere angstplagene. Dette ble beskrevet slik:

"Det har gått bare en vei etter kurset, ikke noe tilbakeslag. Jeg tror kurset gjorde utslaget. Jeg merket ikke så mye endringer mens vi drev på med kurset, det kom sånn gradvis etterpå. Det kunne ikke bare være tilfeldig det, skulle en tro. Så jeg tror jeg har kommet opp av hullet jeg altså, det tror jeg. Jeg har aldri vært så bra som nå. Det har vært så godt".

En annen beskrev at angsten i dag var mer avdempet og at den ikke var så lammende for livsutfoldelsen som tidligere. Før kurset var hverdagen preget av passivitet. Det var tryggest å holde seg for det meste hjemme, men var nå var på vei tilbake i arbeidslivet. Vedkommende uttalte at:

"Jeg har absolutt hatt en helsemessig bedring i forhold til angsten i løpet av kurset".

En informant hadde i perioden etter kurset vært fri for panikkanfall. Kurset hadde gitt en økt forståelse og innsikt. Dette gjorde det lettere å håndtere ulike situasjoner når disse oppsto. Det hersket imidlertid tvil om hvorvidt oppstart med bruk av nye medisiner var helt eller delvis årsak til forbedringen, eller om det var ny innsikt hos vedkommende selv som bidro til endringen, kanskje begge deler. En opplevde seg selv som en sterkere person i relasjon til andre mennesker og følte seg ikke lenger så underdanig i samkvem med andre.

Resultater fra analysen viste også eksempler på at angsten ikke hadde blitt mindre, men at den var lettere å håndtere. Andre funn indikerte at symptomene ble redusert i løpet av kurset, men at de kom tilbake senere etter at kurset var avsluttet. Bedringen ble beskrevet som to skritt frem og ett tilbake. Ytre faktorer og uforutsette hendelser kunne forrykke en allerede

vanskelig situasjon. Noen dager gikk det bra, andre dager ikke, men opplevelsen av å være i en positiv prosess var tilstede.

Endring i tankemønsteret ble fremhevet som et element i bedringsprosessen. Det å betrakte situasjonen fra andre synsvinkler og reflektere over dette, var en viktig faktor til bedring. Dette ga en positiv opplevelse. En kunne akseptere situasjonen og den medfølgende angsten på en bedre måte. Hverdagen hadde blitt enklere å håndtere. Målsettingen for kurset har heller ikke vært å bli kvitt angsten, men bedre å kunne mestre den. Det ble uttrykt en realisme og bevissthet i forhold til angsten slik at en kunne godta og leve med plagene på en lettere måte. Kurset ga dem god hjelp på veien videre, og alle hadde hatt en form for utbytte. Dette kom til uttrykk f.eks. gjennom følgende sitat:

"Jeg synes det var veldig spennende, interessant og givende. Jeg har kommet lengre og kurset var nyttig for meg".

Noen fortalte at de var underveis i sin bedringsprosess. De gjenga situasjoner som tidligere var uoverkommelig, men som de mestret i dag. For enkelte gjensto det fortsatt utfordringer og oppgaver.

5.2.2 Å få ulike mestringsstrategier

Analysen viste at alle fikk nyttige verktøy, og at de alle tilegnet seg hensiktsmessige teknikker i sitt arbeid med å mestre angsten. Flere beskrev at de tidligere flyktet fra angsten, men at de i dag kunne ta sjansen på å la seg konfrontere med den, ved å kjenne på den og vurdere den bedre. Kognitiv terapi med tilhørende teknikker ble fremhevet som funksjonelle hjelpemidler, der spesielt ABC-modellen ble trukket frem. Metoden ble opplevd som fruktbar og spennende fordi de hadde evnet å snu negativ tankegang over til mer hensiktsmessige tanker. Dette hadde bidratt til å se verden på en annen måte. Sokratiske spørreteknikk var til stor hjelp. Det å kunne stille spørsmål ved om angsten var rasjonell, eller om det handlet om urasjonell frykt, føltes hensiktsmessig – f.eks. spørsmål som: *"Hvor rimelig er det jeg tenker"*? Modellen ble brukt regelmessig av enkelte, mens andre brukte den mer sporadisk. Det hadde også blitt en vane for noen av informantene. Det førte til redusert angst i hverdagen.

"ABC-modellen fungerte veldig bra. Det var veldig motiverende å kjenne at jeg klarte å bruke den, ikke bare at jeg visste hvordan jeg skal bruke det, men jeg fikk faktisk brukt den. Jeg vet at jeg kan dette".

Ulike mestringsteknikker hadde blitt lært på kurset. Flere hadde fått hjelpemidler og nyttige verktøy som kunne brukes til å håndtere angsten. Dersom angsten skulle komme tilbake, hadde de et nytt og annet utgangspunkt. Å ha tilgang til angstdempende medisiner, som de kunne benytte hvis situasjonen ble for vanskelig ble opplevd som en trygghet.

Foruten ABC-modellen, var opplevelsen av å kjenne igjen angstsymptomene på et tidlig stadium før de eskalerte, en vesentlig faktor i det å kunne mestre angsten. Et av hjelpemidlene som gjengis, var bruk av den indre dialogen. En kunne snakke til seg selv og gi seg selv støtte og oppmuntring. En informant sa f.eks. til seg selv:

"Dette er ikke farlig – jeg dør ikke av dette. Men det er fryktelig ubehagelig. Så prøver jeg å få tankene over på noe annet. Jeg har litt flere verktøy å rutte med for å takle det nå. Det er en fordel".

Evnen til å kunne se seg selv utenfra ble fremhevet som et viktig moment. Å ha distanse til seg selv var en teknikk som gjorde det lettere å forbli i situasjonen. Samtidig ble det fortalt at det var vanskelig å benytte verktøyene når en befant seg i en dårlig fase med betydelig angst. I en slik situasjon hadde det vært en lettelse og hatt noen å rådføre seg med.

For noen var det å "hente opp" sinne en metode som hadde hjulpet dem til å dempe angsten. Aktiv bruk av indre dialog sammen med en form for sinne, ble påpekt som en hjelp til å kontrollere angsten. En annen brukte samme teknikk for å regulere forventningsangsten i ulike situasjoner. En mobilisering av sinne når angsten inntraff gjorde at en klarte å takle den bedre:

"Når angsten kom, så ble jeg sint på den, og tenkte at nei men om den skulle få lov til å bli. Jeg hadde en følelse at den kom mot meg og skulle ta meg på en måte. Men så fikk jeg jaget den pokker i vold. Det var en god følelse at jeg klarte å jage den vekk. Ja, det var rart, men slik opplevde jeg det".

Flere beskrev en endret holdning til angsten, ved at de tok dagene mer som de kom. Andre bekymret seg ikke så mye som før. Noen klarte å stoppe seg selv slik at de ikke havnet inn i bekymringsspiralen. Det handlet om å møte de dårlige dagene selv om en hadde angst. De dagene skulle også være der, og at dagene varierer for alle mennesker.

"Ja, kommer det så kommer det. Jeg kan kjenne på det, også blir det borte".

I tillegg viste materialet at noen anvendte humor og selvironi i forhold til sine angstplager. De så det irrasjonelle og det komiske i situasjonene. Humor kunne bidra til å mestre hverdagen bedre og hadde ofte en støtdempende kraft. En beskrev hvor ubehagelig det var å gå til postkassa når nabokona satt på terrassen, og sa videre og brøt ut i latter: "*Men hva er dette for noe tull? Det er jo så dumt så det (latter)*". En annen fortalte hvor fint det var å ha ulike teknikker:

"Vel, noe er unngåelsesteknikker, men vi har ikke finpusa de, da!".

Analysen gjenga eksempler på økt mestring på flere områder. Flere våget mere, ble ikke så redde i sosiale settinger, og de oppsøkte og tok flere utfordringer. En opplevde at bilturen gikk mye bedre. Nå kunne vedkommende sitte og kose seg og tenke på andre ting enn angsten knyttet til selve bilkjøringen. Dette ga en mestringsopplevelse og tro på at endring var mulig. Mestring ga motivasjon til å komme seg videre:

"Når jeg mestrer, så føler jeg den gleden og lykken kan du si over at – du verden det går jo an dette her".

5.2.3 Økt selvinnsikt og forståelse gjennom ny kunnskap

Mange erfarte at kurset inneholdt mye ny kunnskap og for enkelte var alt nytt. De ga uttrykk for at de hadde ervervet økt kunnskap og forståelse. Gjennom øvelse og refleksjon i gruppen viste materialet at hver og en hadde blitt mer kjent med seg selv og sine egne grenser. Dette ga ny erkjennelse og selvinnsikt. Å få kunnskap om angst og å forstå angstens mekanismer var viktig. Identifisering av negative tanker og gjenkjennelse av angsten ble beskrevet som vesentlig for kunne mestre den bedre.

En informant hadde oppdaget at flere av sine tilstander og opplevelser egentlig handlet om angst, noe vedkommende ikke hadde vært klar over tidligere. Kurset ble en vekker der ny kunnskap ga økt forståelse:

"Når du begynner å forstå litt mer utviklingen av angsten, så var det lettere å forstå hvorfor du gjør det og det. Det er veldig viktig for meg å forstå hvorfor ting er som de er og hvordan de fungerer. Jeg trenger den forståelsen for å ta tilbake kontrollen på livet og følelsene".

Etter kurset kunne det fortsatt for enkelte være vanskelig å skille mellom angst og depresjon. Tilsvarende var det vrient å finne ut om fysiske smerter handlet om angst eller noe helt annet.

I tillegg ble det beskrevet at det fortsatt kunne være situasjoner som var vanskelig å tolke og forstå. Imidlertid hadde økt bevissthet gjort det lettere å håndtere de krevende dagene. Det var nyttig å vite at angst ikke var farlig og at det ikke var f.eks. "hjerneslag". Kurset ga en bekreftelse på at det en selv hadde arbeidet med var riktig, en form for selvterapi. Kurset løftet frem en erkjennelse:

"Jeg har mere ressurser, flere redskaper for å behandle meg selv. Vi snakket om angst, men mye av det går på at det eneste som får hjulpet deg er jo deg selv. På et slikt kurs får du innspill på hvordan du kan behandle deg selv".

Betydningen av å kjenne sine egne signaler i forhold til egen tålegrense ble beskrevet. Tidligere var det helt avgjørende at alle gjøremål ble gjort ferdig med en gang. Nå kunne en gå fra tingene halvferdig uten økt stress eller ubehag som resultat. Flere omtalte betydningen av å kjenne egne grenser og lære seg å si nei.

Angst som et allmennmenneskelig fenomen ble vektlagt, i erkjennelse av at de fleste kommer i kontakt med angst en eller annen gang i livet. Det var viktig å kunne kjenne til angstens vesen, få en pekepinn på hvordan en selv kunne agere, og hvordan en skulle forholde seg til andre som sliter når grunnen svikter.

5.2.4 Bøygen

Angsten hadde vært en del av hverdagen for informantene. For mange hadde den virket invalidiserende og hemmende for livsutfoldelsen. De beskrev angsten som krevende og energitappende. Flere hadde *tenkt, villet og ønsket* å gjøre noe med det. De hadde en drøm om å bli kvitt angsten, samtidig som de visste at dette ville koste anstrengelser. Den første bøygen for mange var å møte opp på kurset:

"Jeg var livredd første dagen på kurset, men det gikk overraskende bra. Det gir motivasjon når du kommer over den første bøygen".

Kurset ble opplevd som slitsomt, intenst og mentalt krevende. Det var lagt opp til hjemmearbeid og etter hvert også eksponeringstrening. Dagene gikk i ett, med mye grubling og refleksjon på temaer som hadde blitt gjennomgått på kurset. De fikk verktøy som kunne hjelpe dem i gang med å gjennomføre eksponeringstreningen, som opplevdes som krevende. Det var ikke alltid like lett. Noen syntes det var enklere å anvende ABC-modellen på selve kursdagen sammen med deltakerne, enn å sitte hjemme å prøve seg på egenhånd. Flere

opplevde det som anstrengende å endre på tankemønstre etter å ha vært i samme spor og system i årevis.

En beskrev at angsten hadde hindret vedkommende fra deltakelse i hverdagslivet. Tanken og ønsket om å utfordre seg selv hadde vært der hele tiden, men at det skulle mer til enn et lite puff for å våge å ta sjansen:

"Jeg har lyst til bare å stå der i angsten og virkelig kjenne. De sa at hvis du står i angsten så forsvinner den... det tror jeg ikke noe på. Men jeg burde egentlig prøve det selv har jeg funnet ut. Har jeg med en som vet og kan ta tak i meg hvis situasjonen skulle oppstå så ville det egentlig bli for trygt. Da ville ikke utfordringen ha vært der, men samtidig er det for farlig å gjøre det selv, så jeg vet ikke hva en skal gjøre...? Det aller verste har jeg ikke turt å tenke på en gang".

Andre overvant bøygen ved å presse seg til å ta sjansen på å utfordre angsten. Det å slippe seg løs, bli "venn" med angsten og ikke kjempe i mot ble beskrevet som en funksjonell metode. Tilsvarende hadde en annen informant alltid strittet imot angsten, men hadde etter hvert akseptert å prøve å slippe den mer innpå. Når en klarte å ta sjansen, ble en form for glede og mestring oppnådd. Dette gjorde det lettere å komme videre i positiv retning.

5.3 Kurselementenes styrker og forbedringspotensial

Den siste kategorien kurselementenes styrker og forbedringspotensialet inneholder subkategoriene: *Å få nyttige verktøy, Gjensidige og likeverdige relasjoner og Forbedringspotensial.*

5.3.1 Å få nyttige verktøy

Flere trakk frem innledningen på hver kursdag, der de meddelte sine egne erfaringer siden sist, som et virksomt element i kurset. De opplevde rom for å kunne ta opp både gode og dårlige erfaringer i tillegg til at de fikk støtte og konstruktive tilbakemeldinger fra kurslederne og de øvrige kursdeltakerne. Andre fortalte at de tok med seg råd og tips videre og at de hadde stor nytte av dette. Selve samtalene i gruppen ble av en opplevd som mest betydningsfullt:

"Jeg synes det beste var det vi prata om. All den lesinga og skrivinga den hadde jeg ingen utbytte av i det hele tatt".

Alle som deltok på angstmestringskurset fikk utdelt kursboka "Mestringsbok ved angstlidelser" (Thingnæs, et al., 2006). Flere hevdet at de syntes kursboka var nyttig og god. Lesing av teori og gjennomføring av hjemmeoppgaver var lærerikt: "*Øvelsene var med på å rydde og plassere ting. Når en opplever angst, blir det ofte kaos og en følelse av virvelvind effekt*". I tillegg hadde kursboka blitt brukt som oppslagsverk i ettertid. Vekslingen mellom teoriundervisning og erfaringsdeling utfylte hverandre og bant det hele sammen, det vil si kunnskap ble til brukskunnskap.

Det å utfordre seg selv ble betegnet som en viktig metode til å komme seg mer ovenpå. Ved hjelp av verktøyene de hadde ervervet på kurset, ble det lettere å eksponere seg. Gjennomgang og bruk av ABC-modellen ble fremhevet som mer fruktbart. En var overrasket over at kognitive metoder virket. Det hadde gitt inspirasjon til å lære mer om teorien, og gjennom sin deltakelse på kurset hadde de fått tilgang til mange nye hjelpemidler og teknikker som de hadde stor nytte av. Enkelte opplevde at det var vanskelig å formidle hva som hadde hjulpet dem til å oppnå en bedre tilværelse.

5.3.2 Gjensidige og likeverdige relasjoner

Gode kursledere ble av flere informanter trukket frem som betydningsfullt i tillegg til at begge kjønn var representert. En uttalte at: "*Kanskje vi gutta turte åpne oss mer når det var en mann som leder*"? Det ble hevdet at menn var mer direkte i språket og sa ting mer rett frem. Fravær av menn blant kursledere ville trolig ikke vært like greit for de mannlige kursdeltakere. En annen hadde i utgangspunktet problemer med å prate åpent med menn, men dette hadde gått greit på kurset. Noen bemerket at det var fint at menn sto frem og kunne tilkjennegi at de også slet med angst. Det ble uttrykt ønske om flere menn i enkelte kursgrupper, og at sammensetningen av kursdeltakere burde være av begge kjønn.

Det ble satt pris på at kurslederne fremsto på en rolig måte, og at de hadde en engasjerende presentasjonsform der teorien ble formidlet på en forståelig måte uten bruk av vanskelige fremmedord. De brukte seg selv som eksempler i møte med angsten. På denne måten oppnådde de god kontakt og tillit. Dette ble påpekt som en stor styrke, og kurslederne ble opplevd som profesjonelle og troverdige. De var bare mennesker som alle andre. Enkelte hevdet at nettopp dette var til stor hjelp. Det følte godt. Man ble møtt på samme nivå, noe som bidro til en mer gjensidig og likeverdig relasjon: "*De visste hvordan vi hadde det. En ble liksom veiledet på en måte til å hjelpe seg selv*". Dette ble forklart slik:

"Det hjalp at de som holdt kurset delte noe av sine ting. De var liksom på vårt nivå. Det hjelper veldig. De blir ikke så autoritære på den måten. De er ikke noen verdensmestre selv om de står og prater. De er der og vi er her på en måte, det har blitt mer flata ut".

Det at kurslederne ga noe av seg selv, handlet også om at kurslederne samtidig håndterte balansen mellom det personlige og det private. Det ble satt pris på at kurslederne ikke satte strenge krav. Det var opp til hver enkelt hvor mye arbeid en ville legge ned i blant annet praktiske og teoretiske hjemmeoppgaver. Noen ga uttrykk for at de ønsket og å bli mer utfordret enn det de ble.

5.3.3 Forbedringspotensial

Analysen viste at de fleste ønsket at kurset skulle ha inneholdt flere kursdager, men ikke lengre kursdager. Kun en var fornøyd med de avsatte ti kursdagene og var mentalt innstilt på dette. Flere ga uttrykk for at det er tidkrevende å bli kjent og å utvikle trygghet i gruppen og at det ble for kort tid til å gå enda mer i dybden på enkelte temaer. Det tar tid å endre gamle innarbeidede mønstre og rutiner, og ti kursdager ble for knapt for enkelte. Det var behov for noe påfyll etter hvert slik at angsten ble mer håndterlig. Noen hadde forslag om utvidelse til 20 kursdager og andre foreslo et oppfølgingsmøte en gang i måneden over ett til to år. En felles oppfatning var at de ønsket et oppfølgende/ videregående tilbud etter at selve kurset var avsluttet.

Noen av informantene trakk frem betydningen av forståelse og kunnskap om angst som et viktig element. Angst ble betegnet som et allmennmenneskelig fenomen, noe alle burde kunne noe om. De påpekte at angstmestringskurset burde holdes på skoler og arbeidsplasser. Dette kunne bidra til økt forståelse og en bedre håndtering av arbeidstakere som sliter med angstplager.

Av de syv informantene hadde to begynt i behandling på DPS, henholdsvis ett og to år etter avsluttet angstmestringskurs. De to hevdet at henvisning til DPS hadde sin årsak i andre tilleggsplager. De andre hadde ikke vært i noen form for behandling i etterkant. Alle informantene syntes at angstmestringskurset var befordrende for sine behov og ville anbefale det til andre. De påpekte at det var viktig å oppsøke hjelp og ikke sitte alene med problemene sine.

6. Diskusjon

Dette kapitlet tar for seg metodiske refleksjoner knyttet til studiens validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Deretter drøftes studiens funn mot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Stoffet knyttes her opp mot Kvale og Brinkmanns (2009) fortolkningskontekst og teoretisk forståelse. Det innebærer en fortolkning som overskrider informantenes selvforståelse ved at ulike teoretiske perspektiver trekkes inn. Drøftingen organiseres i henhold til forskningsspørsmålene som følger materialet gjennom de tre kategoriene, i forhold til analysen.

6.1 Metodiske refleksjoner

Vitenskapelig kunnskap skal være en frukt av systematisk, kritisk refleksjon og ikke tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander (Malterud, 2011). Innen forskning reiser det seg noen epistemologiske spørsmål om kunnskapens objektivitet og intervjuforskningens karakter. Kvale og Brinkmann (2009) presenterer og vurderer datamaterialet ut fra begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet for å sikre god kvalitet på studien. Dette beskrives nærmere her.

Validitet dreier seg om *styrken* og *gyldigheten* i vitenskapelig kunnskap og om metoden faktisk undersøker det den sier den skal undersøke. Validering omhandler hele forskningsprosessen og sier noe om kvaliteten på forskningshåndverket (Kvale & Brinkmann, 2009). Målet er å samle inn mest mulig relevante data for å kunne få svar på problemstillingen og samtidig inkludere alle de data som er av betydning. Validiteten styrkes ved å kontrollere, stille spørsmål og teoretisere funnene under hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). Kvale og Brinkmann (2009) viser til syv stadier i valideringen, som er forsøkt tilstrebet gjennom denne studien; studiens teoretiske forutantakelse, planlegging og metodevalg, avklare forventninger, hensikt og gjennomgang av intervjuguide med intervjuerne, god kvalitet på transkriberingen, analyseringens gyldighet, validering og hvorvidt rapporteringen gir valid beskrivelse av studiens funn. Gyldigheten i kvalitative forskningsintervjuer hviler på intersubjektiv validering, det vil si at forsker, her intervjuerne, og informantene søker frem mot felles forståelse av det som undersøkes (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Denne studien har benyttet kvalitative forskningsintervju. Fokusgruppeintervju ble også vurdert, men for ikke å påføre brukerne ekstra belastning ble enkeltintervjuer ansett å være den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling. Begge kjønn og i ulike alder er representert, med deltakere fra de fire siste gjennomførte kursene. Det ble gjennomført syv intervjuer og det kan diskuteres om ytterligere intervjuer ville ha tilført ny kunnskap. På en annen side kan et for stort antall informanter lede til store tekstmasser, som kan bli u håndterlig og uoversiktlig. Malterud (2011) hevder som en tommelfingerregel at utvalget skal være passe stort til å belyse problemstillingen.

Bruk av eksterne intervjuere anses å ha både styrker og svakheter. Intervjuerne hadde erfaring med kvalitativ intervjuing. En svakhet var at informantene ikke kjente intervjuerne på forhånd og en ekstra utfordring for intervjuerne ble å skape nok tillit og trygghet i forkant og underveis i intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført på et kjent sted for informantene. Servering av kaffe og noe å bite i skulle være med på å skape et hyggelig klima og senke stressnivået for begge parter. Eksterne intervjuere ble foretrukket, dette med tanke på å få frem mest mulig riktig og gyldig datamateriale. Materialet viser styrker og svakheter, og en bredde i erfaringsgrunnet. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver en rekke kvalitetskriterier for intervjuer i et fenomenologisk livsverdenintervju som kunnskapsrik, strukturert, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og tolkende.

På forhånd ble det utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden skulle være et hjelpemiddel i samtalen. For noen av intervjuerne kunne denne bli for stram, og for lite kjennskap til angstmestringskurset kunne vanskeliggjøre og gå i dybden av spørsmål. Intervjuerne har gitt tilbakemelding på at nettopp lite kunnskap til angstmestringskurs ga dem unik mulighet å gå kurset etter i sømmene. Andre tilbakemeldinger fra intervjuerne har vært opplevelsen av intervjuene som spennende og berikende. Intervjuguiden var ikke utdelt på forhånd til informantene, slik at de fikk muligheten til å reflektere over tema i forkant. På en annen siden ville det kanskje dempet noe av den spontane refleksjon. Dette kunne ha vært vurdert ytterligere i forhold til gjennomføringen.

Det kan være en svakhet at intervjuene ble foretatt av tre personer som fordelte intervjuene seg i mellom og muligheten for å bygge intervjuene på hverandre ble vanskeliggjort som følge av dette. Samtidig var erfaringskonsulenten med på alle intervjuene og sikret den røde tråden.

Intervjuene ga et datagrunnlag på 245 tettekrevne sider. All transkribering ble gjort av undertegnede selv. Dette anses som en styrke, der jeg fikk følge materialet fra lyd til tekst. Jeg kunne kjenne igjen stemmene på lydfilene, noe som gjorde det lettere å forstå beskrivelsen. På en annen side ga dette en utfordring å være bevisst min egen forforståelse og å parentessette denne. Jeg har prøvd å være den bevisst, og satt den til side i den grad det har vært mulig. En annen svakhet var at jeg ikke hadde noe erfaring med transkribering fra tidligere. Som nybegynner tok dette forholdsvis lang tid selv med god lyd kvalitet og tydelig tale på informantene og intervjuerne. Siden jeg ikke var til stede under intervjuene, var det viktig å anvende tid og lytte på intervjuene for å prøve å ivareta meningsinnholdet på en mest mulig pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2011). Dette og tidligere bekjentskap med informantene gjorde det lettere å håndtere materialet. Malterud (2011) skriver videre at uansett hvor nøyaktig transkripsjonen gjøres vil det aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det vi studerer og at det alltid skjer en form for filtrering der mening går tapt. I min studie har den nonverbale kommunikasjonen og opplevelsen av det mellommenneskelige samspillet gått tapt fra konteksten intervjuet ble foretatt i. Dette vurderes som en svakhet ved studien.

Hummelvoll og Barbosa de Silva (1996) hevder at *intersubjektiv valideringer* foregår når forsker og informant søker frem mot felles forståelse ved at forsker presenterer sin forforståelse for informanten. Dette innebærer at forsker følger opp med spørsmål for å nyansere saksforholdet og ved korte oppsummeringer underveis i intervjuet. En intersubjektiv validering har blitt etterstrebet, noe som fremkommer i lydopptakene. Her kan jeg høre intervjupersonene spørre: "Forstår jeg deg riktig...?" og korte oppsummeringer underveis i intervjuet. En annen styrke jeg vil trekke frem er den rollen erfaringskonsulenten hadde ved sin erfaringskunnskap og ivaretagelse av brukerperspektivet. Erfaringskonsulentens rolle styrker validiteten, ved at vedkommende kunne beskrive opplevelsen og gjenkjennelsen hos informantene. Valget av å benytte eksterne intervjuere har i tillegg gitt meg ny kunnskap og forståelse, ved at de kunne stille nye spørsmål og stille spørsmål på en annen måte. Dette har fremskaffet ny viten.

Videre validering med sikte på *kommunikativ validering*, ble foretatt gjennom en informantsjekk, hvor alle informantene fikk tilsendt et skriftlig sammendrag av intervjuet. Sammendraget var meningsfortsettende, men ble skrevet så tekstnært som mulig ut fra den transkriberte teksten. Informantene ble oppfordret muntlig etter intervjuet til å komme med korrigeringer og innspill til sammendraget. Tre informanter ga tilbakemelding, der av en feil ble rettet opp mens de to andre godkjente sammendraget. Kvale og Brinkmann beskriver at

kommunikativ validering innebærer å overprøve kunnskapskrav i en dialog og gyldig kunnskap oppstår når motstridende påstander blir diskutert (2009, s. 258).

Analysearbeidet var en stor og krevende oppgave, som tok mye tid for å gjøre analysen så nøyaktig som mulig. Innledningsvis ble analysen drøftet med fire personer, inklusiv veileder. Deretter ble analysearbeidet gjennomført av to personer. Sluttanalysen ble i tillegg drøftet og lagt frem for biveileder, som kjente analysemetoden godt. I tillegg er funnene forevist og drøftet med en av intervjuerne. Dette for å øke validiteten i denne studien.

Denne studien er en del av et større evalueringsprosjekt knyttet til angstmestringskurset. På denne måten vil den *pragmatiske valideringen* ivaretas ved at studiens funn er tenkt brukt til å forbedre angstmestringskurset.

Valg av forskningsdesign ble drøftet med prosjektgruppen i forkant og underveis i forskningsprosessen. Studien er også lagt frem for medstudenter og lærere. Hele forskningsprosessen har blitt fulgt opp av veileder og biveileder, noe som anses å bedre studiens validitet og reliabilitet.

Reliabilitet angår forskningsrapportens *konsistens* og *pålitelighet*. Reliabilitet refererer ofte til hvorvidt et resultat kan gjentas på andre tidspunkter og av andre forskere ved hjelp av den samme metoden (Kvale & Brinkmann, 2009). En kan stille spørsmål i forhold til reliabilitet under intervjuet, i transkriberingen og analysen. Det er ønskelig med høy reliabilitet av intervjufunnene for å motvirke en vilkårlig subjektivitet. Samtidig kan en for sterk fokusering på reliabilitet motvirke kreativitet og variasjon. Intervjupersonen fulgte sin egen intervjustil, transkriberingen ble *kun* gjort av en person og analyseprosessen ble gjennomført av to personer. Analysen ble så lagt frem for to vitenskapelig skolerte personer.

Generaliserbarhet stiller spørsmålet om resultatene er kun av lokal interesse, eller om det kan overføres til andre relevante situasjoner og intervjupersoner. Ut fra et humanistisk syn hevder Kvale og Brinkmann (2009, s.265) at hver enkelt situasjon er unik og hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk. En analytisk generalisering hviler på forskerens rikholdige kontekstuelle beskrivelser og argumentasjoner for at intervjuresultatene kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner, og i hvilken grad funnene fra studien kan være rettledning for andre situasjoner og personer. I denne studien er overførbarheten forsøkt ivarettatt ved å fremstille forskningsprosessen så konkret og transparent som mulig.

6.2 Diskusjon av studiens funn

Hovedfunnene viser at likemannseffekten, ved å møte andre i samme situasjon, dele erfaringer og oppleve sosial støtte, er betydningsfullt for alle. Informantene beskriver ulike bedringsprosesser, ulike mestringsteknikker og vedvarende utfordringer de står ovenfor. Det fremkommer også styrker og svakheter ved kurskonseptet, og et behov for videre oppfølging/påfyll hos de fleste.

6.2.1 Betydningen av likemannseffekt

Studiens funn viser at likemannseffekt bidrar til håp og styrke, ved å kunne møte andre i samme situasjon, oppleve fellesskapet og den sosial støtten. Angstmestringskurs er ikke likemannsarbeid, siden det er fagpersoner til stede, men mange av de samme effektene i gruppen mener jeg er sammenlignbare. Aarre (2010) skriver at mennesker som har egne erfaringer med psykiske lidelser, kan være ressurs for hverandre på ulike måter. Det kan dreie seg om støtte eller praktisk hjelp, men like mye hjelp gjennom å dele erfaringer om hva som hjelper og hva som kan være viktig i bedringsprosesser. Dette bekreftes gjennom forskning som viser at støtte fra andre med samme erfaring, er et viktig element i recoveryprosesser, og at det er en sentral generell motstandsressurs for bedre opplevelse av sammenheng og høyere grad av helse (Antonovsky, 2000; Borg & Topor, 2007; Mæland, 2010). Dette er i tråd med forskningen til Davidson et al. (1999) og Olsen (2011) om likemannsarbeid blant personer med alvorlig psykisk sykdom, som viser at deltakelse i likemannsarbeid og selvhjelpsgrupper gir en positiv sosial identitet, større håp og opplevelse av autonomi og en opplevelse av personlig ansvar.

Funnene viser også at likemannseffekten ved kursdeltakernes erfaringskompetanse er like betydningsfull som kursledernes faglige kompetanse. Erfaringsutvekslingen med de andre deltakerne betyr like mye som teori og metodedelen. I tillegg blir det hevdet at nettopp denne kombinasjonen gjør det lettere å sette ord på tanker og følelser. En kan undre seg over om teoriundervisningen gjør det lettere å komme frem med sine egne erfaringer. Ligger kunnskap og forståelse under som en forutsetning for å skape åpenhet og refleksjon? Eller er det fellesskapet og den sosiale støtten sammen med kunnskap som er vesentlige faktorer for endring?

Studiens funn fremhever at det er viktig å møte andre som forstår dem (brukerne) på "ordentlig". De har behov for en møtearena hvor det er rom for følelser og reaksjoner, og hvor emosjonene får plass i relasjonen. Filosofen Skjervheim (1996) beskriver og tydeliggjør dette behovet i sitt essay "Deltakar og tilskodar". Han snakker om den tre-ledda relasjonen: den andre, meg selv og saken som vi deler mellom oss. Subjektene er de som inngår i relasjonen, og saken deler de mellom seg. Dette er noe alle er interessert i og lar seg engasjere av, de andres fortelling og forståelse av sakens beskaffenhet (ibid). Bakgrunnen for et slikt møte vil være en felles interesse, og et nærvær som bygger på likeverd. Likemannsarbeid vil kunne stå for en slik tre-ledda relasjon. Likevel skal en ikke idyllisere dette. Erfaringer fra tidligere kurs viser at ikke alle er like taleføre i grupper, og at enkeltpersoner kan ta over samtalen og omskape møtet. Dette kan skape konflikter. Livet i gruppen er komplisert og omskiftelig, og som kursleder er det viktig å være sitt ansvar bevisst. Kursleder har blant annet ansvar for at alle blir sett og hørt. Funnene viser også at informantene kjenner på et behov for å ta hånd om de andre deltakerne. Dette er et sentralt tema som bør avklares tidlig i kurset, hvem som har ansvar for hvem. Erfaringer fra andre kurs er at deltakerne sammenlikner seg med hverandre og kan ta for mye ansvar for hverandre, og at de stiller store krav til seg selv (jf. Berge & Repål, 2010).

Funnene viser at opplevelsen av å bli forstått og gjenkjennelse hos de andre er viktige elementer i den sosiale støtten. En informant uttrykker det så sterkt at de er som en slags familie som klarer å hjelpe hverandre fremover. Mæland, Elstad, Næss og Westin (2009) beskriver at sosial støtte intuitivt oppfattes som hjelp fra andre mennesker i en vanskelig situasjon. Mæland et al. (s. 98) referer til Cobbs definisjon av sosial støtte som lyder: "[Sosial støtte er] individets opplevelse av at noen bryr seg om en og er glad i en, at en er verdsatt og tilhører et nettverk av samhandling og gjensidige forpliktelser". En kan skille mellom en direkte og en indirekte buffer-effekt av sosial støtte i forhold til helse. Den direkte effekt innebærer at sosial støtte vil kunne ha en positiv effekt på helsen, uavhengig av belastninger og sosiale forhold. Mens den indirekte effekten vil kunne styrke individets mestringsevne og bidra til reduksjon i stressnivå (ibid). Videre peker Mæland et al. på undersøkelser som trekker frem at sosial støtte har en dobbelt positiv effekt for helsen (2009, s. 103). Undersøkelsene viser at de som drar nytte av et støttende sosialt nettverk, og som har mindre risiko for å utvikle psykiske problemer, i større grad benytter seg av samfunnets hjelpetilbud når problemer oppstår. Dette er i tråd med Antonovskys (2000) studier om betydningen av sosial støtte som en av de mest avgjørende mestringsressursene for bedring av helse. Siden

fellesskapet og den sosiale støtten er så fremtredende undrer jeg meg over hvordan likemannsgrupper vil stå seg alene uten kursledere, men ledet av en eller to likemenn? Eller ligger det noen forutsetninger i bunnen, som er tilrettelagt gjennom strukturen og det faglige innholdet?

Studiens materiale vektlegger opplevelsen av fellesskapet i gruppen som betydningsfullt. Det å kjenne seg igjen i andre fremheves som viktig av informantene. I en gruppe trenger en ikke alltid si så mye, men det gir en opplevelse av å høre til, å bli sett og forstått. Dette er grunnleggende menneskelige behov, og alle trenger å høre til i et fellesskap. Hva slags fellesskap som er viktig, kan variere gjennom livet og i dette tilfellet har informantene oppsøkt et brukerfellesskap. Antonovsky (2000) finner i sine studier at det som hjelper mennesker som har opplevd traumatiske hendelser i å komme videre, er at de makter å lage en sammenhengende historie ut fra opplevelsene de har hatt. De klarer å bygge en bro mellom livet før og nå, og samtidig bevare troen på fremtiden. Håpet om å finne veien videre og ta tilbake og gjenvinne økt kontroll over livet, kan ved fellesskapet i gruppen, i denne sammenheng, gi styrke for å komme videre (Borg & Topor, 2007). Kanskje er de som melder seg på, i dette tilfelle et angstmestringskurs, på jakt etter å finne en slik sammenheng i livet for å oppleve sin egen tilværelse som meningsfylt.

Funnene viser videre at det skal *mot* til å melde seg på et angstmestringskurs. Men tanken på at andre også sliter med angstplager, kan være en utløsende drivkraft til å ta sjansen. Denne drivkraften kan ses på som en viktig motivasjonskomponent som kan trekkes inn i vurderingssamtalen og formidles tilbake til nye deltakere. Kanskje kan det dempe forventningsangsten i forkant av kursoppstart? Antonovsky (2000) hevder at meningsfullhet er den viktigste komponenten med tanke på opplevelse av sammenheng. Den inneholder motivasjonskomponenten, som er avgjørende for om deltakerne opplever at det er verdt å investere energi og engasjement.

Materialet viser også betydning av håp og det å oppdage at de ikke er alene om sine problemer. Håp og tro er to bærebjelker i bedringsprosessen (Borg & Topor, 2007). Rustøen (2001) mener at de fleste definerer håp som en følelse. Håp kan ses på som en positiv ressurs, som følelsen av det mulige, og at dette gir energi (ibid). Funn viser at gruppen ga håp og energi. Sett fra et kognitivt perspektiv vil håp, som en følelse, være avhengig av hvordan en vurderer og tolker situasjonen. Brukers håp kan variere ut fra lidelsen, og det vil være en følelsesmessig og kognitiv prosess. Funnene viser at det å møte andre i samme situasjon, og

høre på andres erfaringer, gir håp. Slik sett vil håpet også dreie seg om et mulighetsperspektiv som kan skape optimisme på tross av tilsynelatende negative odds. Rustøen (2001) understreker at håp må være basert i virkeligheten. I forhold til materialets funn synes det som om likemannseffekten kan tre frem som et håp fra virkeligheten, der nettopp andres erfaringer kan gi håp om bedring og at det er mulig. Ved individuelle samtaler får en ikke utnyttet denne effekten. Håpets betydning finner vi igjen i Yalom (1995) sine faktorer ved gruppelivet som har terapeutisk effekt. Funnene viser også at universalitet, altruisme, deling av informasjon og gruppesamhold er viktig for informantene.

6.2.2 Betydningen av å være aktør i eget liv

Materialet viser at alle informantene forteller om en helt eller delvis bedring, og at noen fortsatt er underveis. Flere forskningsstudier kan dokumentere at kognitiv behandling hjelper og kan vise til gode resultater (Hofmann & Smits, 2008; Berge & Repål, 2010). Samtidig viser de samme studiene at det alltid er noen som ikke har utbytte av denne terapien, selv om de har fullført behandlingen. Det kan være forskjellige årsaker til dette. Det kan være vanskelig for helsepersonell å erkjenne at brukeren ikke opplever bedring, jf. bedring oppfattet som forventning og krav fra andre. Det kan være tendens til å ignorere stagnasjon og at en kun fokuserer på områder med noe bedring. Eller sitter bruker med en naturlig skepsis – og tror ikke på deg? Det kan også være at vi som fagpersoner selger metoden inn for hardt, som det eneste riktige, og kognitiv teori og metode er vel ikke riktig for alle.

Winther (2010) beskriver i sin bok "Fri for angsten!" om hvordan hun ble sin egen kognitive terapeut. Hun forteller her både veier inn i og veier ut av angsten. Hennes kamp og hennes bedringsprosess har ikke vært lineær, men frem og litt tilbake eller som hun skriver: "to skritt i grøfta og tre byks mot mål" (2010, s. 10). Funnene i min studie viser nettopp denne gradvise bedringsprosessen, der deltakerne er på vei og der angsten kanskje ikke er helt borte. Topor (2006) viser til forskningen der man ofte benytter en oppdeling i to nivåer når det gjelder bedring: *total bedring* og *sosial bedring*. En total bedring innebærer at personen ikke viser symptomer på sin tidligere diagnose, mens ved sosial bedring har personen riktignok visse symptomer, men disse er ikke til hinder. Brukerbevegelsens definisjon på recovery er ikke avhengig av at symptomer fjernes, men det handler mer om å overvinne virkningen av psykisk lidelse – ved å ta tilbake og gjenvinne kontroll over livet (Hummelvoll, 2012).

Studien viser gjennom ny kunnskap og ved hjelp av ulike mestringsteknikker at informantene beveger seg fra en passiv tilpasning til lidelsen, til å gjøre forsøk på en mer aktiv mestring av hverdagen. Moxnes (2009, s. 116) hevder at veien til angstmestring er å erkjenne og akseptere angsten, studere og reflektere over angsten og ikke minst være aktiv – ikke passiv – når man får den. Dette er i også tråd med recoveryprosesser der personen tar personlig ansvar for situasjonen, og beslutninger som kan føre til ubehag (Vatne, 2006; Borg & Topor, 2007). Deegan (2000) beskriver at bedring er en *holdning*, en måte å forholde seg til hverdagen på, og utfordringene som en møter. Å være i en bedringsprosess betyr at en vet hvilke begrensninger en har, men samtidig åpner dette opp for å se hvilke muligheter en også har for alt en kan gjøre. For Deegan handler bedring om å forsøke å forbli i førersetet i sitt liv. Hun lar ikke lidelsen styre henne. Dette er i tråd med mine funn, der informantene beskriver en mer offensiv rolle etter kurset, der de nå har mer kontroll på angsten.

Materialet viser også, at har en først utviklet angst for visse situasjoner, nytter det sjelden bare med ren viljestyrke eller mot. Angsten kan øke hvis en går inn i en situasjon og ikke makter å være i den og i stedet flykter unna. Berge og Repål (2004) hevder det er viktig å bli værende i angsten til angsten blir mindre. Trekker en seg når angsten er stigende eller på topp, vil dette i stedet kunne bidra til å vedlikeholde den. Mine funn viser også ambivalensen enkelte kan slite med. Noen må ha angstdempende medisiner i bakhånd. Informantene vil gjerne gjøre noe med problemene, men ser ikke alternativene og har motstridende følelser. Et bilde på dette er Bøygen i Ibsens symbolske drama Peer Gynt, skrevet i 1867. Bøygen er den indre fienden som alle bærer i seg og må kjempe mot, den stemmen som råder en til å "gå utenom", men som samtidig holder en fast. En tolkning kan være at bøygen blir den svakheten eller passiviteten som gjør at en velger minste motstands vei når en møter problemer, slik Peer aldri tar et ordentlig valg i livet, men stadig flykter fra avgjørelser og seg selv. "Ja, tenke det; ønske det; *vill*e det med; - men gjøre det! Nei; det skjønner jeg ikke" sa Ibsen i Peer Gynt (2005, s.57). I følge Berge og Repål (2010) tyder forskning på at bare et mindretall av pasienter som kommer til terapi er klar for atferdsendring og handlingsrettet terapi. Bøygen kan for mange være at ulempene med atferdsendring oppleves som større enn fordelene, at problemene ikke er erkjent, eller at en har liten tro på sin evne til å gjøre noe med situasjonen.

Funnene viser at informantene er opptatt av økt kunnskap og forståelse av sin livssituasjon for å håndtere angsten bedre. Fra et salutogent perspektiv vil opplevelsen av sammenheng være avgjørende for å mestre situasjonen, der motivasjonskomponenten er den viktigste (Antonovsky, 2000). Den omhandler områder i livet det er verdt å investere energi og

engasjement i, for ikke å tape mening og ressurser over tid. Begripelighet og forståelse er den nest viktigste faktoren i opplevelsen av sammenheng. Dette bidrar til økt trygghet. Innen kognitiv terapi legges det vekt på gradert eksponering og atferdsekspesimenter, der målet er å bygge opp personens mestringserfaring gjennom systematiske og målrettede oppgaver, som styrker troen på at det nytter. Hvordan tilrettelegge og støtte opp om flere mestringserfaringer i løpet av kurs og utnytte dette for å styrke motivasjonen hos deltakerne? Det tror jeg er særdeles viktig i en bedringsprosess.

Materialet viser historier der informantene har kommet seg helt, eller fortsatt arbeider med sin bedringsprosess. Alle informantene forteller spontant om konkrete situasjoner de har mestret i løpet av eller etter kurset. Hvordan den enkelte forholder seg til sine vanskeligheter, og betydningen av potensielle ressurser tilgjengelig for bedring, er sentrale områder å undre seg over. Nærvær eller fravær av betydningsfulle andre og betydningen av sosiale og kulturelle faktorer er viktige elementer for bedring (Antonovsky, 2000). Kan det forklare hvorfor noen har kommet seg og andre ikke? Og hvorfor følger ikke alle i samme bedringsprosess?

I følge Hummelvoll (2012) kan det av og til synes som om enkelte ikke makter eller ønsker å engasjere seg i sin bedringsprosess på grunn av symptomenes alvorlighetsgrad. Den enkelte kan oppleve å være i en tilstand preget av stillstand mer enn av bevegelse. Endring kan være en smertefull prosess. En kan undre seg på om bruker tilsynelatende er umotivert? Deegan (1996) foreslår, i stedet for å se på bruker som umotivert eller håpløs, at det heller kan forstås som at *personer venter*:

We never know for sure but perhaps, just perhaps, there is a new life within a person just waiting to take root if a secure and nurturing soil is provided... It's not up to us to decide if they can or can't. Just give everybody the chance to get better, and then let them go at their own pace (.8).

Deegan sier at recovery er en reise, ikke et mål eller en "kur". Det er vår jobb som hjelpere å tilrettelegge for fellesskap av håp rundt mennesker med psykiske helseplager. Hun sier videre at vi må skape rehabiliteringsmiljøer for selvutvikling og spørre hva bruker ønsker og trenger for å vokse. Deretter er det viktig å gi dem god jord hvor et nytt liv kan sikre sine røtter og vokse. Jeg undrer på om vi gir deltakerne nok tid og om de får vokse og gro i deres eget tempo? Funnene viser at ting tar tid og at informantene trenger noe mer, en *følgesvenn* videre på ferden, (jf. Lauveng, 2005). Er det rom for den subjektive opplevelsen og de langsomme prosessene og tiltakene, mer enn at de skal gi raske resultater? Hvem sin tid skal gjelde – virksomhetens eller brukerens? Hvem eigner angstmestringskurset seg best for og hvem skal

en prioritere? Funnene viser at selv om du har slitt i 40 år med angstplager, er det håp om bedring. Mens den yngste deltakeren uttrykt nettopp en takknemlighet ved å få et tilbud i tidlig alder. For å gjenta Deegan (1996) sine ord: "... Det er ikke opp til oss å avgjøre om bedring kan komme. Alle bør få sjansen til å bli bedre..."(8).

6.2.3 Styrker og forbedringspotensial ved kurset

Materialet viser at deltakerne har fått nyttige verktøy. Den kognitive verktøykassa som brukes i kurset inneholder ulike redskaper som alle kan ha nytte av i forhold til sine liv. Som regel finner man noe en kan bruke og det hender jeg har nytte av dem selv. Studien viser at bevisstheten om egne tanker og kognitive endringsteknikker er nyttige når det stormer som verst, og som kompassnålen kan teknikkene vise vei. Angstmestringskurset benytter en psykoedukativ tilnærming basert på kjente og etablerte metoder innen kognitiv teori, der hovedfokus er å oppmuntre deltakerne til å lære seg teknikkene ved å sette dem ut i praksis. Kognitiv behandling er anbefalt i forhold til angstlidelser og kan vise til gode resultater (Statens helsetilsyn, 1999; Sundhedsstyrelsen, 2007; Hofmann & Smits, 2008; Berge & Repål, 2010).

Det er nærliggende å sammenligne med Dalgard (2004) sin studie i forhold til Kurs i mestring av depresjon, KID-kurs, som viser en signifikant større bedring hos kursdeltakerne enn kontrollgruppen seks måneder etter kurset. Imidlertid stilles det spørsmålsteget i hans studie i hvor stor grad kursets effekt skyldes den psykoedukative påvirkningen av atferd og kognitive funksjoner, og hvor stor grad den henger sammen med en utvikling av støttende sosiale relasjoner i gruppen. Dette er det også betimelig å stille spørsmål om i forhold til denne studien, siden angstmestringskurset har elementer som understreker betydningen av sosialt nettverk og sosial støtte. Det er vanskelig å skille på om det er de psykoedukative eller nettverksrelaterte elementene i kurset som har gitt effekten.

Som tidligere beskrevet, har deltakere fra gjennomført kurs gitt evalueringer som viser at deltakerne har hatt en bedring og at kurset har gitt dem en økt mestring i hverdagen. Denne studien er gjennomført ett til tre år etter avsluttet angstmestringskurs. Funnene viser at bedringen har vedvart helt eller delvis. To av informantene har hatt behov for poliklinisk tilbud ved DPS, på grunn av andre psykiske helseplager og livsendringer. De resterende informantene har ikke hatt annen oppfølging etter kursslutt. Bedring av angst kan også være en følge av tiden som har gått.

Studiens funn viser at deltakerne har fått mestringsteknikker, som gir en økt opplevelse av kontroll over ringvirkninger av å leve med angstplager. Noen av informantene hevder at de har hatt nytte av ABC-modellen, men alle sier at de har lært å snu (endre) på tankene. Kognitiv teori benytter ofte ordet *endring* som mål for *bedring*. Endring av tanker påvirker følelsen, som kan bidra til bedring av angsten. Som tidligere beskrevet, der det finnes veier inn, finnes det som oftest veier ut. Kognitiv teori har fokus på å endre dysfunksjonelle tankemønstre, følelser og atferd som er med på og opprettholde angsten. Men kanskje skal man noen ganger velge å bli i følelsen, selv om all fornuft sier gå? Det kommer til å smerte! Repål (2012) skriver at en skal passe seg for å bruke kognitive teknikker i tide og utide, og at det kognitive verktøyskrinet må brukes med moderasjon. Han hevder at det bare er livet som er på besøk.

Studien trekker frem styrken ved gjensidige og likeverdige relasjoner mellom deltakerne og kurslederne. Kurslederne står frem som menneskelige med sine svakheter, noe som gjør dem mindre autoritære, men samtidig mer troverdige. I følge Vatne (2006) er kjernen i hjelpeforholdet mellom helper og bruker å oppnå gjensidighet og likeverdighet, ved en subjekt-subjekt relasjon. Dette kan forstås med utgangspunkt i den buberske relasjonsformen jeg-du forhold og det mellommenneskelige feltet (Buber, 1992). Det er gjennom samtalen og språket at en kan utforske og dele av hverandres indre verdener og derigjennom tolke den informasjonen som kommer frem. Brukers egen styrke, likeverdighet og gjensidighet er sentrale forhold i brukers bedringsprosesser (Vatne, 2006). Sentralt i Kogstad (2004) sin studie, om positive vendepunkter i møte med en helper eller hjelpeapparatet, er nettopp personlighet, likeverd og gjensidighet i relasjonen. Det å bidra til å mobilisere brukerens vilje, handlekraft og egenmotivasjon, synes ut fra brukerforskningen til Borg og Topor (2007), å endre på en profesjonalitet som trapper ned den klassiske ekspertrollen.

Materialet understreker nettopp betydningen av at kurslederne viser noe av sine svakheter, noe som bidrar til en mer likeverdig relasjon. Forhåpentligvis bidrar det også til å dempe forestillingen om at kurslederne er "ekspertene" og har alle svarene. Hummelvoll (2012) hevder at det er lettere å være åpen hvis den profesjonelle selv er åpen og oppriktig. Med andre ord åpenhet og gjensidighet hører sammen. Det er viktig og finne en balanse mellom det private og det personlige. Men ofte kan det være en fordel om den profesjonelle kan innrømme svakheter, frykt og usikkerhet, noe som kan gjøre det lettere for brukeren å erkjenne egen tilkortkommenhet (ibid). Hvis en lar forskjellene leve side om side, åpner en for flere synspunkter og et bredere spekter av perspektiver. Vatne (2006) bekrefter

gjensidighet som viktig i en virksom relasjon. Videre hevder hun at sentralt i gjensidig anerkjennelse ligger verdien likeverd, som innebærer respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte. For å oppnå gjensidighet i relasjonen må det være basert på at begge parter deler, og at det ikke bare er hjelper som gir og at bruker bare tar i mot. En kan spørre seg om en får til denne balansen like godt hele tiden? Og er brukerkunnskap og erfaringskunnskap likt verdsatt? På en annen side er det bra at en har avklarte roller. Kanskje er det med på å skape en mer avslappende stemning, at en vet hva vi forventer av hverandre? Angstmestringskurset er et kurs, og det er opp til deltaker selv å avgjøre hvor mye en vil meddele.

Funnene viser at deltakerne på angstmestringskurs opplever at de får støtte og oppmuntring og kanskje et stykke på vei hjelp til å finne sin "personlige medisin". Endringer i tankemønstre, økt selvinnsikt og kunnskap sammen med økt mestring og utvikling av mestringsstrategier er alle sentrale elementer i bedringsprosessen, og kan bidra til høyere grad av helse og velvære. Deegan hevder i et intervju (Karlsson, Deegan, & Borg, 2004) at vi som helsearbeider må bruke vår menneskelighet i arbeidssituasjonen og fjerne oppfatningen om en distansert helsearbeider som et ideal. Hun mener det er lov å åpne for følelser i arbeidssituasjonen, og bruke vår intuisjon samtidig som vi er profesjonelle. Videre mener Deegan at en av de viktigste oppgavene en helsearbeider har er å støtte bruker i å finne sin "personlige medisin". I det legger Deegan søken etter å forstå, utforske hva som gir livet mål og mening, og hvordan vi kan støtte vedkommende i sin bedringsprosess.

Studien viser at alle informantene er fornøyd med angstmestringskurset og vil anbefale det til andre som sliter med angstplager. De fleste ønsker imidlertid at angstmestringskurset skulle inneholdt flere kursdager. Her blir det foreslått å utvide kurset med ti kursdager eller oppfølgingsmøter en gang i måneden. Det er kun en som eksplisitt mener at kursets varighet har vært tilstrekkelig. Funnene viser også at enkelte ønsker å gå mer i dybden av problematikken og således trenger mer tid. Angstmestringskurset er lagt opp som et kurs og ikke som en terapi. Hovedfokuset har vært arbeid i forhold til her og nå situasjoner og i mindre grad på deltakernes leveregler og grunnantakelser. En kan undre seg om kartleggingen ved tildeling av plass på kurset har vært god nok og riktig? Det kan også handle om å avklare forventinger bedre på forhånd i vurderingssamtalen. I dag er angstmestringskurset lagt opp med ti kursdager, og som kanskje kan være til hjelp et lite stykke på veien. På den annen side kan en stille spørsmål om deltakerne trenger tilbud om annen behandling? Fremkommet informasjon tilsier at de har hatt utbytte, men at ting tar tid og at de trenger videre påfyll for å

fortsette sin bedringsprosess. Det blir derfor viktig å fange opp de som trenger og ønsker å gå dypere inn i sine opplevelser.

I forhold til forbedringspotensial mener jeg det viktig å fremheve og anerkjenne verdien av brukerkunnskap og likemannseffekt. Berge og Repål (2010) hevder at det å få positive tilbakemeldinger fra andre deltakere er en viktig endringskraft i alle former for gruppebehandling. Det er nettopp den følelsen av å bli møtt med varme og respekt som stimulerer deltakernes selvtillit, håp og innsatsvilje. Dette understøttes av Davidson et al. (1999) og Olsen (2011).

Et reisebrev:

Ergoterapi knytter helsefremmende arbeid til menneskers mestring, inkludering og deltakelse i aktivitet. Som ergoterapeut er jeg opptatt av å finne løsninger, slik at brukerne kan mestre eget hverdagsliv. Den kognitive verktøykassa ses på som funksjonelle hjelpemidler for å mestre hverdagen. Gjennom denne studien har mestringsperspektivet gitt meg en videre horisont. Like viktig som mestring av hverdagslivet er kanskje bedringsprosessen – å gå sammen med andre, være i samme båt! Jeg har funnet nye veier.

7. Konklusjon og anbefalinger

Med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål vil jeg trekke konklusjoner fra resultatene og avslutningsvis presentere konsekvenser for praksis og videre forskning.

Studien har til hensikt å bidra til en dypere forståelse for og kunnskap om hvilke faktorer deltakerne opplever som viktige i angstmestringskurset, og om kurset medvirker til bedring av angst og økt mestring i hverdagslivet. Studien skal også belyse forhold som kan være med å forbedre angstmestringskurset.

Studiens problemstilling er å innhente kunnskap om tidligere deltakeres opplevelser og erfaringer med angstmestringskurset. Syv personer som har fullført angstmestringskurs i perioden 2009-2011 deltar i denne studien. Problemstillingen er operasjonalisert i tre forskningsspørsmål som jeg ønsker å få belyst. Disse besvares her:

1. *Hva beskriver kursdeltagerne som betydningsfullt ved deltakelse på angstmestringskurs?*

Resultatene viser at likemannseffekten gir håp og styrke, ved å møte andre deltakere gjennom det fellesskapet som oppstår. Åpenhet, gjensidige og likeverdige relasjoner trekkes også frem som betydningsfullt ved kurset. Studien viser at deltakerne opplever sosial støtte under angstmestringskurset, og at de blir en ressurs for hverandre. Denne støtten kan være en avgjørende faktor for gjennomføringen og nytteverdien av kurset. Fellesskapet og samholdet i gruppene tyder på at dette har vært et godt reisefølge, i prosessen, som kan utgjøre en stor kvalitativ forskjell – sett opp mot å måtte gjennomføre reise alene. Kombinasjonen mellom teoriundervisning og erfaringsutveksling ser ut til å være en betydningsfull faktor.

2. *Hvordan beskriver kursdeltakerne bedring av angst i hverdagen etter deltakelse på angstmestringskurs?*

Angstmestringskurset bidrar til bedringsprosesser, med en variasjon fra total til delvis bedring. Informantene beskriver en gradvis bedring, som bekrefter bedringens prosessuelle karakter, og at ting tar tid. Deltakerne får tilført kunnskap om angst, ulike mestringsstrategier og trening i å overkomme sine angstproblemer. Alle informantene kan fortelle om konkrete eksempler fra situasjoner de har klart å mestre underveis eller i etterkant av kurset som de ikke taklet før. Å bli aktør i eget liv anses som en forutsetning for bedre mestring av angst.

3. *Hvordan kan angstmestringskurset forbedres?*

Resultatene viser at tilrettelegging av angstmestringskurs er en viktig arena og møteplass for å treffe andre i en lignende situasjon. Likemannseffekten synes å ha en spesiell betydning som bør løftes enda mer frem i det videre arbeidet. Resultatene viser også at deltakerne i hovedsak er fornøyd med kurset, men de etterspør noe videre oppfølging eller påfyll. Hvilken form denne oppfølgingen skal ha bør drøftes videre. Kursledere blir opplevd som troverdige, og det blir sett på som viktig at begge kjønn er representert. Fokus på deltakernes erfaringer, og samtidig få nyttige verktøy på veien videre anses som en styrke ved kurset.

Med utgangspunkt i denne studien vil jeg presentere forslag for videre praksis. Et spennende prosjekt vil være å drøfte resultatene fra henholdsvis denne kvalitative studien opp mot den kvantitative studien til min kollega og medstudent. Ved hjelp av metodetriangulering vil det vært hensiktsmessig å samkjøre disse to studiene for å få en mer helhetlig og fullstendig forståelse av fenomenet, noe en kan oppnå fordi metodene utfyller hverandre (Olsson & Sörensen, 2009). Et annet aktuelt område vil være å se på materialet som foreligger i forbindelse med de kvalitative intervjuene og erfaringer og opplevelser knyttet til selvhjelpsgrupper, som er opprettet i etterkant av angstmestringskursene. På grunn av studien rammer er dette materialet ikke tatt med.

Angående videre forskning har erfaringer fra denne studien vekket interesse og aktualisert mange temaer å gå videre på. Jeg vil spesielt trekke frem brukerkunnskapen som et viktig element sett i forhold til det helsefremmende arbeidet. Videre forskning kunne for eksempel være:

- Hvordan kan likemannsarbeid bidra til bedringsprosesser?
- Hvordan tilrettelegge for likemannsarbeid innen psykisk helsearbeid?
- Hvilken betydning har sosial støtte for den psykiske helsen?
- Hvilken relevans har mestringskurs i forhold til psykisk helsearbeid?
- Hvordan forsterke og øke nytteverdien til sosiale støttesystemer og lokalsamfunnsressurser?

Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. Lokalisert på <http://www.bu.edu/cpr/resources/articles/1990-1995/anthony1993c.pdf>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Arendt, M., & Rosenberg, N. K. (2012). *Kognitiv terapi: Nyeste utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Askheim, O. P., & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive theory and emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi: Teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk forlag.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser: Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier* (3. utg.). Oslo: Aschehoug.
- Berge, T., & Repål, A. (Red.). (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beston, G. (2009). Forskning sammen med dem det gjelder. I M. Borg & K. Kristjana (Red.), *Medforskning: Å forske sammen for kunnskap om psykisk helse* (s. 69-82). Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2.utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Dalgard, O. S. (2004). Kurs i mestring av depresjon: En randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(23), 3043-3046.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187.

- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology; Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Deegan, P. E. (1996). *Recovery and the Conspiracy of Hope*. Lokalisert på <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>
- Deegan, P. E. (2000). Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose? *Dialog*, nr. 2-3, 96-103.
- Dramsahl, M. (2006). Aaron T. Beck og The Beck Institute. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 7(4), 6-9.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge* (Vol. 2010:2). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: En innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Grelland, H. H. (2012). Filosofer om angst: Kierkegaard, Heidegger og Sartre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(2), 100-110.
- Hammarberg, S. a. W. (2005). KBT-behandling i grupp vid vårdcentral. *AllmänMedicin*, 26(3), 9-13.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Regjeringen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2012*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-1-s-20112012.html?id=658206>.
- Henriksen, P., & Haslerud, V. C. D. (2008). *Engelsk-norsk stor ordbok* (2. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Hougaard, E., Rosenberg, R., & Nielsen, T. (Red.). (2002). *Angst og angstbehandling*. København: Hans Reizels Forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

-
- Hummelvoll, J. K., & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16(2), 25-32.
- Ibsen, H. (2005). *Peer Gynt* (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal.
- Karlsson, B., Deegan, P., & Borg, M. (2004). Vi må våge å bryte stillheten: Patricia Deegan (P.D.) i samtale med Marit Borg og Bengt Karlsson, Tidsskrift for psykisk helsearbeid (TPH). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1(4), 64-70.
- Kogstad, R. (2004). Vendepunkter: Byggesteiner i bedringsprosessen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(4), 41-49.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems. An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis* (Doktorgradsavhandling). Lokalisert på <https://bora.uib.no/handle/1956/2743>
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper: En arena for økt mestring og velvære. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Lauveng, A. (2005). Veibok for Ingenmannsland: Et reisebrev. I G. Beston, J. S. Holte, B. G. Eriksson & J. K. Hummelvoll (Red.), *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid* (s. 71-80). (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 8, 2005). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Linnerud, T. S., & Karlsson, B. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser: Pasienters opplevde utbytte. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(3), 204-214.
- Major, E. F. (Red.). (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Malt, U. F., & Malt, E. A. (2012). Angstlidelser. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (s. 257-312). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Morken, G. (2008). Bipolare lidelser. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 433-453). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Moxnes, P. (2009). *Hva er angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G., Elstad, J. I., Næss, Ø. & Westin, S. (Red.). (2009). *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mørch, M. M., & Elsass, P. (1995). Kognitiv terapi ved let og moderat depression. I M. M. Mørch, N. K. Rosenberg & P. Elsass (Red.), *Kognitive behandlingsformer: Kognitiv terapi, social ferdighetstræning, psykoedukation og kognitiv opptrening* (s. 27-47). København: Hans Reitzels Forlag.
- Mørch, M. M., & Rosenberg, N. K. (2005). *Kognitiv terapi: Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Mørch, M. M., Rosenberg, N. K., & Elsass, P. (Red.). (1995). *Kognitive behandlingsformer: Kognitiv terapi, social ferdighetstræning, psykoedukation og kognitiv opptrening*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2011:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2011). *Kompetanser i ergoterapi: Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Lokalisert på <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse>
- Olsen, B. C. R. (2011). Støtte fra sine egne: Likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner. *Fontene Forskning* (1), 69-80.
- Olsen, B. C. R., & Grefberg, M. O. (2006). *Å være i samme båt...: Likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner : En veileder*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Repål, A. (2012). Veier inn, veier ut. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 13(2), 4-5.
- Rosenberg, N. K., & Mørch, M. M. (1995). Kognitive behandlingsformer ved psykiske lidelser. I M. M. Mørch, N. K. Rosenberg & P. Elsass (Red.), *Kognitive behandlingsformer: Kognitiv terapi, social ferdighetstræning, psykoedukation og kognitiv opptrening* (s. 11-26). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: En utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk.

-
- Skjervheim, H. (1996). Deltakar og tilskodar. I H. Skjervheim (Red.), *Deltakar og tilskodar og andre essays* (s. 71-87). Oslo: Aschehoug.
- Sosial - og Helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: Beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*. (Veileder IS-1332). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statens helsetilsyn. (1999). *Angstlidelser kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. (Utredningsserie Statens helsetilsyn 4-99). Oslo: Helsetilsyn.
- Sundhedsstyrelsen. (2007). *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. Lokalisert på http://www.sst.dk/publ/Publ2007/PLAN/SfR/SST_Angstrapport_web.pdf
- Thingnæs, G., Haslerud, J., & Thorsen, G.-R. B. (2006). *Mestringsbok ved angstlidelser* (3. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilhelmsen, I. (1997). *Hypokondri og kognitiv terapi*. Oslo: Pax.
- Wilhelmsen, I. (2000). *Livet er et usikkert prosjekt*. Oslo: Pax.
- Wilhelmsen, I. (2004). *Sjef i eget liv: En bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Winther, B. (2010). *Fri fra angsten! Jeg ble min egen kognitive terapeut*. Trondheim: Tapir akademisk.
- World Health Organization. (1948). *Mental health*. Lokalisert på http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- World Health Organization. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Lokalisert på <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Lokalisert på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

VEDLEGG

Intervjuguide, undersøkelse av angstmestringskurset

Ønsker å få frem kursdeltakerens opplevelser og erfaringer med angstmestringskurset:

1. Hva var **grunnen** til at du meldte deg på angstmestringskurs?
 - Hvordan **opplevde** du deltakelse på angstmestringskurs?
 - Hvordan opplevde du **angsten før** angstmestringskurs?
 - Hvordan oppleves **angsten i dag**? Endring av angsten?
 - Beskriv - **Til det bedre? Til det verre?**

2. Opplever du at angstmestringskurset har **bidratt til endring** og økt **mestring** i hverdagslivet - i så fall på hvilken måte?
 - Endrede **mestringsstrategier**?
 - Har du fått noen **verktøy/ teknikker**?
 - Hvordan **mestrer/ håndterer** du angsten i dag?
 - Ser du noen **sammenheng** mellom deltakelse på angstmestringskurs og **mestring** i hverdagen i dag?

3. Hva opplevde du som **mest betydningsfullt** ved å gå på angstmestringskurs? Hva var **minst betydningsfullt**?
 - **Samholdet og fellesskapet** hvordan var det?
 - **Kontakt med andre deltakere** i ettertid?
 - Respektert, vennlighet, ble du **hørt og forstått**?

4. Er **kunnskap** du fikk på angstmestringskurset noe du i dag fortsatt benytter?
 - Lærte du noe **nytt**?
 - Hva var den **viktigste oppdagelsen**?
 - Er det ting du har **gjort etter angstmestringskurset**, som du tror du **ikke ville våget** om det ikke var for angstmestringskurset?
 - I så fall har det bidratt til **endring i din livssituasjon**?
 - **Aktivitet, skole, arbeid, fritid, sosialt – venner**

5. **Kursleders** betydning?
 - Væremåte
 - Kjønn

6. Har du vært i noen form for **behandling etter** angstmestringskurset?
 - Er du med i **selvhjelpsgruppe** i dag?
 - Vil du **anbefale** andre å ta kurset?

7. Er det noe du vil **legge til, savner** eller noe jeg har **glemt** å spørre om?

Vedlegg 2

Til deg som har deltatt på angstmestringskurs

Forespørsel om deltakelse i undersøkelse av angstmestringskurset

Psykisk helsearbeidere Marianne Furuli og Reidar Thorsrud er nå studenter ved Høgskolen i Hedmark, hvor de tar mastergrad i psykisk helsearbeid. I den forbindelse skal de gjøre en undersøkelse hvor angstmestringskurset er tema.

Hensikten med deres studie er å undersøke om angstmestringskurset har bidratt til bedre mestring av angst i hverdagen. Som tidligere deltaker på angstmestringskurs sitter du inne med viktige erfaringer og kunnskap om kurset. Vi er avhengige av din tilbakemelding. Opplysningene som kommer frem i deres undersøkelse vil bli brukt til å videreutvikle og kvalitetssikre kurskonseptet.

Hva innebærer undersøkelsen

Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen betyr det at du blir bedt om å fylle ut et spørreskjema om angstmestringskurset og angstscore skjema – det samme som du har besvart tidligere. Det er også ønskelig å komme i kontakt med kursdeltakere som kunne tenke seg å stille opp til et individuelt intervju der du vil bli stilt noen spørsmål om dine erfaringer med angstmestringskurset. Samtalen vil bli foretatt av erfaringskonsulent og/..... fra FoU enheten ved..... Den vil vare i ca. 1 time og finne sted påHelsesenter eller et sted du velger. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Det som kommer frem blir skrevet ned etterpå. Lydopptaket vil bli slettet etter at intervjuene er nedtegnet i skriftlig form.

Slik ivaretas ditt personvern

All informasjon som kommer inn vil bli behandlet konfidensielt og vil kun bli brukt i studiets hensikt. Det vil ikke bli referert navn, fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektkoordinator som har tilgang til denne navnelisten. Alle data som kommer inn vil bli lagret på et sikkert datasystem og vil bli slettet når studiet er ferdig, senest desember 2013. Ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i de endelige rapportene eller artiklene.

Frivillig deltakelse

Deltakelse i denne studien er frivillig. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å være med i studien uten å oppgi noen grunn til dette. Dette får ingen konsekvenser for nåværende eller eventuelle fremtidig behandling tjenester fra Avdeling psykisk helse.

Informasjon

Prosjektkoordinatorvil ta telefonisk kontakt med alle tidligere deltakere på angstmestringskurs i uke 13 og 14. Hvis du ønsker å delta i undersøkelsen vil du få tilsendt samtykkeerklæringsskjema og spørreskjema i posten. Hvis du ønsker å delta på intervju vil det bli avtalt tid og sted for dette. Det vil bli dekket reiseutgifter for de som kommer til intervju. Det er ønskelig at så mange som mulig svarer på spørsmålene og stiller til intervju. Ønsker du ytterligere informasjon om undersøkelsen kan du kontaktepå telefon/ sms: eller e-post:@..... [kommune.no](mailto:.....@.....)

.....12.02.2012

Vennlig hilsen

.....
Prosjektkoordinator

.....
Leder av Avdeling psykisk helse

Vedlegg 3

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg, _____ er villig til å delta i studien «Evaluering av angstmestringskurs» i regi avd. psykisk helse – kommune.

Jeg gir herved samtykke til at tidligere informasjon vedrørende angstscore og skriftlige evalueringer fra tidligere angstmestringskurs kan benyttes i denne studien.

Signatur: _____ Dato: _____
(sign. prosjektdeltaker) (datert av prosjektdeltaker)

Vedlegg 4

Fra: post@helseforskning.etikkom.no [post@helseforskning.etikkom.no]

Sendt: 13. mars 2012 14:42

To: Kari Kvaal

Emne: Sv: REK sør-øst 2012/481 Brukerundersøkelse av kurs i angstmestring

Hei.

Vi viser til fremleggelsesvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 09.032012.

Fremleggelsesvurderingen er nå vurdert av komitéleder i REK Sør-Øst C.

Etter henvendelse, med protokoll, fremstår prosjektet som kvalitetssikring av et etablert behandlingstilbud, og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens § 2. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. helseforskningslovens § 4 annet ledd.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet.

Mvh

--

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C

Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21

Besøksadresse: Gullhaug torg 4a, Nydalen, 0484 Oslo.

<http://helseforskning.etikkom.no><<http://helseforskning.etikkom.no/>>

Vedlegg 5

TRINN 1) Helhetsinntrykk – fra villnis til temaer

- 1) Fellesskap og samhold
- 2) Kunnskap og forståelse
- 3) Virksomme elementer
- 4) Endringer
- 5) Bøygen
- 6) Forbedringer av kurset

Vedlegg 6

TRINN 2) Identifisering av meningsbærende enheter

MATRISSE

Tema/ informanter	1	2	3	4	5	6	7
1 Fellesskap og samhold	3:17 4:6 15:9 16:27	10:8 11:26 12:21 15:18 18:12 26:27 27:5 27:17	2:15 8:14 13:10 15:28	3:26 4:7 4:24 5:7 9:21 10:2 11:22 18:23 29:19 31:9 32:17 34:30 35:14 35:21 36:14	9:21 10:21	16:21 17:11 17:20 18:26	6:13 7:23 21:12 22:14
2 Kunnskap og forståelse	5:13 6:1 8:25 9:13 9:28 11:4 14:7 14:21 15:9 18:27 19:24 24:3 26:16 28:4 28:18 29:1 29:12 31:10 31:23	1:28 2:18 4:1 4:12 7:10 12:21 13:3 14:14 21:1 23:6 24:25 28:6	3:9 5:14 6:9 6:24 7:2 8:24 8:27 9:4 14:31	2:15 3:6 5:7 6:15 6:20 10:2 12:11 18:13 20:21 21:11 33:13 44:28 46:22 48:14	1:7 1:25 4:25 5:11 5:18 5:26 6:20 7:21 9:7 9:21 10:3 11:8 16:22 19:3	2:11 2:20 14:2 14:14 16:21 18:4	2:1 3:3 3:29 4:22 8:6 15:6 18:19 19:20 23:17

3 Virksomme elementer	2:22 16:2 16:16 16:27 17:4 19:24 20:5 20:18 20:25 21:11 21:23 32:27 33:6 34:11 34:22 35:12 37:10	1:21 3:23 4:26 10:10 17:20 29:4 29:9	2:26 3:6 8:14 10:24 11:4 11:7 11:13 13:5 13:17	4:7 4:24 5:7 6:6 6:15 6:30 7:4 10:2 10:21 11:9 11:22 12:11 14:23 15:16 16:26 29:14 35:14	10:10 11:8 11:14 12:5 15:17	13:25 20:23 29:23	5:5 6:3 6:13 16:1 17:15 25:17 27:3 29:1 29:21 31:13 33:20
4 Endringer	7:9 8:12 10:13 10:21 14:27 24:8 25:10 30:21 32:6	6:12 9:22 13:3 13:18 21:28 33:14	1:16 6:9 7:19 9:13 9:24 10:19 14:31 15:23	1:29 2:6 5:18 5:22 8:17 9:2 10:19 13:1 13:6 13:26 19:32 20:6 21:4 21:26 22:12 22:30 23:6 23:23 23:30 34:30 37:19 38:7 38:13 38:30 40:19 45:16 48:6 48:16 48:23	8:28 19:10	1:7 3:23 4:20 5:19 11:5 12:21 25:4 26:10 29:9 35:22	3:11 3:23 4:6 19:18 24:4 24:29 25:9 27:2

5 Bøygen	1:12 1:19 2:5 2:9 2:11 3:4 3:22 4:9 4:17 5:1 14:7 25:2	5:23 8:18 9:31 26:2 31:9 32:7 32:13 32:24	1:9 2:29	1:12 38:13 38:25	2:5 3:21 4:9 6:24 7:24 8:1 8:19 16:22 18:20	3:5 4:1 4:13 6:5 6:18 7:7 7:14 7:17 7:31 11:8 20:23 21:6 22:10 22:22 27:23 29:1 34:1	2:8 2:29 9:19 10:18 11:8 20:13 32:4 32:14
6 Forbedringer av kurset	22:1 22:11 22:24 23:8 25:21 30:10 32:11 33:20 34:11 36:22 38:10 38:19	2:26 3:11 3:16 4:1 4:16 9:1 14:20 19:9 19:27 26:2 27:24 29:24 31:9 32:7	5:1 12:9 17:2	15:6 29:5 30:22	18:20	15:26 16:2 31:11 32:5 33:8 33:19 35:11 38:9	37:1

(I cellene: Sidenummer + skriftlinje)

Vedlegg 7

TRINN 2: Oversikt over kodegrupper

1)Angstens vesen	2)Endringer	3)Felleskapet	4)Kursets elementer
Angst som fenomen	Mestring	Felles erfaringer	Runden
Ambivalens	Nytte	Åpenhet	Kursboka
Kunnskap om angst	Mestringsglede	Gjenkjennelse	Øvelser
Indre dialog	Ny innsikt	Felles språk	Lengre kurs
Ta sjansen	Sterkere som person	Gruppesamspillet	Gå dypere
Energikrevende	Bedring	Dele erfaringer	Oppfølging
	Motivasjons	Støtte hverandre	Anbefalinger
	Humor	Kursledere	Kursledere
		Forståelse fra omgivelsene	Kognitiv teori
		Være i samme båt	Indre dialog
			Verktøy

Vedlegg 8

TRINN 3: Kondensat – kunstige sitater – noen eksempler

5.1.1 Å dele erfaringer

"Jeg synes det er veldig greit å dele erfaringer og jeg vet hvor mye det kan gjøre for andre å medvirke. Ikke minst har det gjort det for meg at andre har delt sine erfaringer med meg. Dette har gjort at jeg har fått hjelpemidler oppgjennom som kanskje har fått meg det ekstra skrittet videre i forhold til å gjøre noe med ting". (Informant 1).

"Det å få høre andres erfaringer, med veldig mange forskjellige typer angst, det var veldig bredt. Og når du får høre at andre opplever det sånn og sånn og gjør sånn og sånn, får du nye innfallsvinkler på hvordan kanskje et annet menneske har klart det, håndterer ting på. Dette kan gjøre at du får egne ideer selv også. Holdt på å si at dette blir en idemyldring i forhold til hva du har å dele av ditt eget. I tillegg det å kunne forstå litt hvordan andre bærer på ting. Teori biten var ikke det aller største, det var veldig mye med de felles erfaringene og det å dele ".(Informant 1).

5.1.2 Åpenhet og gjensidig forståelse

"Når du er kar så skal du ikke vise at du har angst – du er tross alt kar".

"Det var tøft i starten, men det var seks andre som grudde seg også. På slutten av kurset så vart vi mer åpne og mer ei samla gruppe der vi torde åpne litt mere alle".

"Fasaden utad den vet jeg mye om ja. Jeg har taklet angsten i mange år. Du driver en form for skuespill. Utad er de perfekt og nå er det ingen som ser at du har angst. Du tar på deg ei maske også er du på en måte helt ålreit utad, men inne i så er det opprør. Jeg vet at jeg ikke er alene om å ha angst – det er fryktelig mange som har det som ikke viser det". (Informant 7).

5.1.3 Fellesskap og sosial støtte

"Det var det som var så godt å få prate ved andre som hadde det samme problemet. Jeg fikk en følelse av at vi løftet oss i fellesskap – ut av møkka for å si det slik. Vi sto ute i pausen og prata om det tell og med, det var godt. Ja bare det samholdet vi hadde og vi fikk høre om erfaringer andre har gjort. Det var liksom så godt å høre at andre hadde vært borte i det samme. Jeg følte liksom at det var flere som hjalp hverandre for å bli kvitt dette." (Informant 4).

