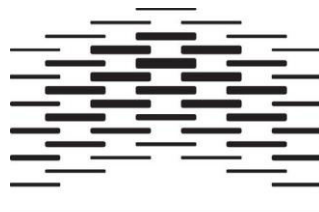


**MASTEROPPGAVE**  
**Læring i komplekse systemer**  
**Mai 2016**

**Forebygging av angst hos barn**

Ana Stavrola Plavoukos

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for atferdsvitenskap**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

## Takk

Jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til å gjøre dette prosjektet mulig. En spesiell takk til min veileder Børge Strømgren for samarbeidet og for god hjelp og råd underveis. Det har jeg virkelig satt pris på. En meget stor takk gis også til skolene som takket ja til å være en del av prosjektet, samt elevene og foreldrene som deltok. Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke mine foreldre og bror for deres kontinuerlig støtte og kjærlighet. Jeg hadde ikke klart dette uten dem.

**Innholdsfortegnelse**

Oversikt over tabeller og figurer.....	v
Artikkel 1	
Resymé.....	2
Innledning.....	3
Hva er angst?.....	3
Angst hos barn.....	5
Generalisert angstlidelse.....	6
Separasjonsangst.....	6
Sosial angst.....	7
Et atferdsanalytisk perspektiv på angst.....	7
Klassisk og operant betinging.....	9
En moderne analyse: Relational Frame Theory (RFT).....	10
Forekomst av angst hos barn.....	11
Kartlegging av angst.....	13
Behandling av angst.....	14
Forebyggende tiltak.....	16
Oppsummering.....	21
Referanser.....	22

## Artikkel 2

Resymé.....	2
Innledning.....	3
Metode.....	7
Deltakere.....	7
Kartleggingsinstrumenter.....	7
Kartlegging av angst.....	7
Kartlegging av sosial mestring.....	8
Setting og apparatur.....	9
Design.....	10
Prosedyre.....	10
Innsamling av data.....	10
Intervensjon.....	10
Datanalyse.....	11
Resultater.....	12
Diskusjon.....	13
Referanser.....	17
Appendiks.....	24

## Tabeller og figurer

**Artikkel 1**

Ingen tabeller eller figurer er inkludert

**Artikkel 2**

Tabell 1. Oversikt over endringer i gjennomsnittskåre av angst og sosial mestring for elever og foreldre i begge grupper på hvert tidspunkt.....	21
Figur 1. Oversikt over endringer i individuelle angstskårer for elever i gruppe 1 ved T1, T2 og T3.....	22
Figur 2. Oversikt over endringer i individuelle angstskårer for elever i gruppe 2 ved T1, T2 og T3.....	23

## **Artikkel 1**

# **En forståelse for angstutvikling hos barn og ulike behandlingstilnæringer**

### Resymé

Omtrent 15-20 % av barn og unge sliter med psykiske vansker hvorav angst er den mest vanligste lidelsen. Dersom ubehandlet kan angsten medføre en rekke negative konsekvenser i fremtiden. Angst har generelt vært lite studert innenfor atferdsanalysen, men et viktig bidrag for forståelse og behandling av angst er gjennom Relational Frame Theory (RFT). For å forhindre angst derimot, er den mest effektive og vanlige metoden universelle forebyggende tiltak med behandlingsprinsipper basert på kognitiv atferdsterapi. Det er ønskelig at atferdsanalysen kan bidra til mer forskning på området, spesielt hvordan en nyere forståelse for angst kan bidra i forebyggende behandling.

*Nøkkelord:* Angst, barn, forebygging, universelt nivå, kognitiv atferdsterapi, atferdsanalyse

Angst blir sett på som den største helse- og samfunnsutfordringen vi har i Norge (Major et al., 2011). Dette er en lidelse som rammer veldig mange mennesker og som har sitt utspring i barndommen. Lidelsen utvikler seg gjerne over tid dersom ubehandlet og fører til en rekke negative konsekvenser. Ikke bare fører angst til sterk personlig lidelse, men det har også en veldig stor kostnad for samfunnet (Farrell & Barrett, 2007). Selv om det finnes god behandling er det få som søker behandling og det er vanskelig å få den fordelt i befolkningen (Mathiesen, 2009). Man bør derfor forsøke å finne andre alternativer til redusering av angst hos barn (Farrell & Barrett, 2007).

Angst er definitivt et tema det bør rettes et større fokus mot og hensikten med denne artikkelen er å belyse angst som lidelse med fokus på forekomst og utvikling hos barn samt nyttige og effektive behandlingsmetoder. Det vil også bli redegjort for en atferdsanalytisk forståelse av angst og behandling.

### **Hva er angst?**

Angst er en veldig vanlig følelse som vi alle har opplevd og blir ofte uttrykt gjennom engstelse, frykt, uro eller panikk (Tamm, 2005). Det er en normal reaksjon til mange hendelser i livet og ingen er som regel helt fri fra den følelsen (Carlson, Miller, Heth, Donahoe & Martin, 2010). Faktisk er angst en naturlig del av menneskers utvikling og allerede fra de første levemånedene ser man angst i form av frykt for høyder, hurtige bevegelser eller for eksempel høye lyder. Dette advarer mot en fare og utløser en automatisk reaksjon hos mennesker og man kan derfor si at angst er kroppens måte å forutse og unngå farer på (Tamm, 2005). Hvis man for eksempel runder et gatehjørne og møter på en bil så vil man kjenne frykt og hoppe vekk fra veien. Angst har i den forstand en beskyttende faktor og er nyttig for oss (Flaten, 2011). Det er først når angsten blir for lett utløst og når faren virker mye større enn den egentlig er at det blir et problem. Det kan sammenlignes med en



røykvarsler som går hver gang man blåser ut et stearinlys (Flaten, 2010). Det finnes altså ulike grader av angst hvor noen symptomer påvirker daglig funksjon i liten grad, mens andre symptomer er så fremtredende at det klassifiseres som en angstlidelse.

Angst er en av de vanligste psykiske lidelsene i Norge (Mathiesen, 2009). Med psykiske lidelser menes psykiske vansker i en slik grad at det kvalifiserer til en diagnose (Mathiesen, 2009). Angstlidelser er da en samlebetegnelse for tilstander der hovedsymptomet er angst og det finnes mange ulike varianter. Angsten kan være forbundet med bestemte objekter eller situasjoner, men det trenger ikke nødvendigvis å være relatert til noe spesielt (Mathiesen, 2009). Felles for variantene er at angsten er så sterk at det går utover daglig funksjon som er et grunnleggende kjennetegn på en angstdiagnose (Mathiesen, 2009). For at angst skal defineres som en diagnose må den ha et helt klart innhold og to viktige håndbøker for klassifisering av angstlidelser er Diagnostic Manual of Mental Disorders (DSM), som består av diagnosekriterier for psykiske lidelser utarbeidet av helsesystemet i USA (American Psychiatric Association, 2016), og International Classification of Diseases som er en verdensomfattende klassifikasjon utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) (World Health Organization [WHO], 2016). Begge håndbøkene reflekterer nåværende vitenskapelig forståelse av angstlidelser og pr dags dato finnes DSM i utgave 5 og ICD 10.

Angst er et veldig omfattende begrep og grunnelementene kan aller best forstås ved å se på angst som bestående av tre komponenter; fysiologiske responser, verbale responser og motoriske responser (Lang, 1968). Fysiologiske responser refererer kroppslige reaksjoner som høy puls, svette, blekhet og for eksempel pustevansker. Disse responsene forbereder individet til å reagere i de angstutløsende situasjonene (Albano & Kendall, 2002). Verbale responser, som også omtales som kognitive eller subjektive responser, er karakterisert av bekymringer, negative tanker og en persepsjon om at man ikke kan kontrollere situasjonen (Fonseca & Perrin, 2011). Som oftest innebærer det å rette all sitt fokus på trusselen og dannelsen av

katastrofetanker i hodet (Albano & Kendall, 2002). Typiske tanker kan for eksempel være « dette kommer aldri til å gå» eller « jeg kommer til å dø». Motoriske responser refererer til observerbar atferd knyttet til angsten. Dette innebærer som oftest flukt eller unngåelse fra den angstutløsende stimulusen eller situasjonen (Fonseca & Perrin, 2011).

### **Angst hos barn**

Angst er en av de er de hyppigste lidelsene i barne- og ungdomsårene (Mathiesen, 2009). Selv om barndommen inkluderer forbigående angst vil en del barn utvikle angstlidelser som vil ha stor påvirkning for videre utvikling (Dadds, Spence, Holland, Barrett & Laurens, 1997). Angst vil med stor sannsynlighet fortsette inn i voksenlivet dersom det blir ubehandlet og blir til en kronisk lidelse som går utover personlig helse samt sosiale og faglige prestasjoner (Cobham, 2012). Angst hos barn kjennetegnes ved at barnet viser engstelse som er atypisk for alderen og som påvirker barnets funksjon på skolen, hjemme eller blant familie og venner (Mathiesen, 2009). For barn kan det være vanskelig å gjenkjenne de fysiologiske symptomene og vite hva de betyr, noe som kan føre til at det mistolkes som sykdom. I tillegg vil ikke angst hos barn være så åpenlyst fordi barna har en tendens til å være unnvikende som gjør at de ikke blir så godt lagt merke til, i motsetning til barn med for eksempel utagerende atferd som man lettere kan observere (Miller, Short, Garland & Clark, 2010). Å eventuelt innrømme egen angst kan også i seg selv være vanskelig (Aune, 2011). Siden angst har både private og offentlige symptomer kan det være en utfordring å sette en diagnose hos barn, spesielt fordi alderstypiske endringer i væremåte også må tas i betraktning (Helland & Mathiesen, 2009).

Hva som utløser angst hos barn er avhengig av hvilken type angst barnet har og blant barn og unge er de vanligste angstlidelsene generalisert angst, separasjonsangst og sosial angst (Flaten 2011).

### **Generalisert angstlidelse**

Generalisert angst er angst som er vedvarende, men som ikke er begrenset til noen situasjoner. Det kan typisk være uro og bekymringer for mye som skjer i hverdagen (Flatén, 2011). Bekymringene gjelder ofte noe man kan bli utsatt for og den som rammes fokuserer på hendelser som innebærer fare eller at noe kan gå galt (Flatén, 2010). Et eksempel kan være at barna blir redde for naturkatastrofer eller andre ulykker som vises i nyhetene og bekymre seg over at dette kan skje med dem selv. Denne typen angst er vanskelig å kontrollere og barnet vil ha store vansker med å klare å slutte å bekymre seg (Flatén, 2013). Kriteriet for diagnosen ifølge ICD10 er primære symptomer på angst nesten hver dag i flere uker i strekk og vanligvis i flere måneder med innslag av både verbale og motoriske symptomer (World Health Organization [WHO], 1992).

### **Separasjonsangst**

Separasjonsangst er ifølge ICD10 en sterk frykt for atskillelse fra personer som barnet er svært knyttet til, ofte da foreldre eller andre nærpå personer (WHO, 1992). Bekymringene er ofte knyttet til at foreldrene skal skades eller at de skal reise og ikke komme tilbake, eventuelt at noe annet truende skjer med dem. Det kan også være bekymringer om at barnet selv er den som forsvinner og for eksempel blir kidnappet eller syk. Barnet ønsker ikke å være alene, har ofte mareritt, ønsker ikke å dra på skolen og har i tillegg fysiske symptomer som kvalme og magesmerter ved forsøk på separasjon (WHO, 1992). Separasjonsangst har en veldig negativ innvirkning på et barns sosiale og emosjonelle funksjon fordi det fører til unngåelse av aktiviteter som er nødvendig for en sunn utvikling (Ehrenreich, Santucci & Weiner, 2008). Dette for eksempel som å dra på skolen, leke med andre eller dra på overnattinger. Andre kjennetegn som er assosiert med slik angst er unngåelsesatferd som å klamre seg til foreldre, gråting, raserianfall og nekte å legge seg til å sove (Ehrenreich et al, 2008).

## Sosial angst

Ifølge ICD10 er sosial angst en vedvarende frykt for og unngåelse av fremmede som medfører store problemer med sosial funksjon. Det kan være til voksne, jevnaldrende eller begge deler (WHO, 1998). Kjernen i sosial angst er frykt for at negativ evaluering fra andre kan oppstå (Society of Clinical Psychology, udatert). De bekymrer seg veldig om hva andre tenker om dem og de føler at de blir gransket og blir sett på som dum, kjedelig eller rar (Aune, 2011). Eksempler på situasjoner som kan utløse slik angst er klasseromsaktiviteter som å svare på spørsmål og jobbe i grupper, eller sosiale situasjoner som å møte nye mennesker, delta i samtaler, skoleklubber, idrettslag eller bursdagsselskaper (Ryan & Warner, 2012). Det kan også være redsel for å snakke generelt, snakke eller spise på offentlig restauranter eller for eksempel snakke i telefon (Aune, 2011). En grad av sosial usikkerhet er vanlig i tidlig barndom når man møter nye, fremmede eller sosialt truende situasjoner. Selv om det er vanlig å kunne være sjenert er angsten i en grad som ligger utenfor det normale i forhold til barnets alder og kriteriet for lidelsen er igjen at det oppstår så ofte og intenst at det påvirker daglig funksjon (WHO, 1992).

Det er ingen tvil om at symptomer på disse lidelsene medfører store plager for barn i hverdagen og hindrer normal utvikling, uansett om det er kvalifisert som en diagnose eller ikke.

### Et atferdsanalytisk perspektiv på angst

Historisk sett har ikke angst vært et veldig betydelig tema innenfor atferdsanalysen (Friman, Hayes & Wilson, 1998). En grunn til dette kan være at angst blir sett på som et upresist begrep. Angst blir gjerne sett på som en kategori som består av mange forskjellige atferdstopografier som for eksempel det å svette, ha høy puls, bekymre seg og snakke negativt om seg selv (Dymond & Roche, 2009). På denne måten blir angst sett på som en

oppsummerende merkelapp ved at det oppsummerer forskjellige typer atferdsmønstre (Hove & Holden, 2006). Problemet er at angst i ofte lett brukes og snakkes om som en forklaring på disse atferdsmønstrene, som at man bruker angst som forklaring på at en person bekymrer seg eller ikke deltar i aktiviteter (Hove & Holden, 2006). For atferdsanalytikere blir dette mentalistisk.

Likevel så er ikke et upresist begrep en god nok grunn til å ikke studere fenomenet, spesielt siden det er så viktig i dagens samfunn (Friman et al., 1998). Holden (2006) mener at man ikke burde se på atferd og angst som to forskjellige ting. For atferdsanalytikere er både offentlig og privat atferd ett og samme fenomen. Privat atferd som inngår i angst er derfor samme type hendelser og består av samme typer egenskaper som all annen atferd og kan bli påvirket av grunnleggende atferdsprinsipper (Baum, 2005). Atferdsanalytikere er ikke flinke til å bruke diagnoser, men kan supplere med funksjonelle analyser av atferd som inngår i diagnosene (Holden, 2006). Atferdsanalysen har en egen tilnærming til DSM5 og ICD10 som kalles for en funksjonell-dimensjonell tilnærming. Denne tilnærmingen involverer å organisere diagnoser etter atferdsprosesser (Friman et al., 1998). Det vil si at lidelser kan bli kategorisert basert på forsterkere som opprettholder dem eller for eksempel i forhold til stimuluskontroll, og eksempelvis kan da angstlidelser bli klassifisert i henhold til unngåelse. Poenget er at man er opptatt av funksjonelle dimensjoner ved prosessene som er involvert (Wilson, Hayes, Gregg & Zettle, 2001).

### **Klassisk og operant betinging**

På en måte kan angst forstås gjennom klassisk og operant betinging. Ved klassisk betinging blir en ubetinget stimulus som utløser en ubetinget respons paret med en nøytral stimulus gjentatte ganger som fører til at den nøytrale stimulusen blir en betinget stimulus som utløser en betinget respons (Flaten, 2003). En nøytral stimulus kan for eksempel bli

skremmende etter den har blitt assosiert med en aversiv stimulus som til slutt gjør at angstresponser også blir utløst i nærvær av den tidligere nøytrale stimulusen. Dette kan forklares gjennom et forsøk utført av Watson & Rayner (1920/2000) som beskrev en prosedyre for å produsere betingete emosjonelle responser. I deres eksperiment ble en liten gutt kjent som «Lille Albert» utsatt for en høy lyd (ubetinget stimulus) som utløste gråting (ubetinget respons). Denne høye lyden, som ble produsert av å slå en hammer mot en jernstang, ble parett med en hvit rotte (nøytral stimulus) gjentatte ganger. Hver gang rotten ble tatt frem og gjort synlig for Albert slo de med hammeren og etter gjentatte paringer førte dette til at Albert også fikk en fryktreaksjon for rotten. Synet av rotten alene (nå betinget stimulus) utløste gråting (betinget respons). Ikke nok med det ble også frykten overført til andre hvite og hårete objekter, som kanin, hund og julenissemaske (Watson & Rayner, 1920/2000). Angst blir en betinget respons som oppstår uten nærvær av en direkte trussel (Flaten, 2003).

Hvordan angsten opprettholdes kan forklares gjennom operant betinging. Operant betinging er basert på at atferd formes av sine konsekvenser og som påvirker sannsynligheten for om atferden vil gjentas eller ikke i fremtiden (Svartdal & Holth, 2003). Man kan her skille mellom positiv forsterkning, negativ forsterkning, positiv straff og negativ straff. I forhold til angst er negativ forsterkning den prosedyren som kan forklare hvordan angsten opprettholdes. Negativ forsterkning refererer til når en atferd øker i frekvens fordi tidligere responser har ført til fjerning av en aversiv stimulus (Svartdal og Holth, 2003). Det finnes to former for negativ forsterkning, hvorav det ene er flukt og det andre er unngåelse. Flukt innebærer at man flukter fra en stimulus man allerede er utsatt for, og fluktresponsen som fører til at stimulusen forsvinner forsterkes. Ved unngåelse så unngår man den ubehagelige stimulusen (Svartdal og Holth, 2003). Eksempelvis så vil en med sosial angst unngå å dra på samlinger som fører til at man forhindrer eller utsetter kontakt med andre mennesker (aversiv stimulus), som på denne måten øker responsen og opprettholder angst.

**En moderne analyse: Relational Frame Theory (RFT)**

Angstlignende responser, som unngåelse, kan analyseres gjennom direkte kontingenser, men siden både privat og offentlig atferd er inkludert i angst og det i tillegg består av mange responser så vil ikke en forklaring gjennom direkte kontingenser være tilstrekkelig nok (Friman et al., 1998). Det må i tillegg legges vekt på kognisjon og verbale kontingenser for å kunne få en dypere forståelse for fenomenet (Holden, 2007). Det kognitive aspektet ved angst som hvordan vi kan snakke om fortid, planlegge vår fremtid, være redde eller glede oss til hendelser vi ikke har vært i kontakt med eller hvorfor man reagerer like emosjonelt på en beskrivelse av en hendelse som på en faktisk hendelse er ting man ønsker å kunne forklare (Holden, 2007).

Et moderne atferdsanalytisk bidrag til språk og kognisjon er Relational Frame Theory (RFT) (Arntzen, 2003). Som andre atferdsanalytiske teorier fokuserer RFT på grunnleggende atferdsmessige prinsipper og prøver å forklare egenskaper ved kognisjon gjennom deriverte stimulusrelasjoner. Med deriverte stimulusrelasjoner menes stimulusrelasjoner som fremkommer uten å være lært (Arntzen, 2003). Det vil si at hvis A står i relasjon til B, og dette er en lært relasjon, så vil det føre til en utledet relasjon om at B står i relasjon til A uten at dette er lært spesifikt. På samme måte hvis A og B er lært og B og C er lært så vil det utvikles en relasjon mellom B og A, C og B, A og C og C og A. Disse deriverte stimulusrelasjonene er ikke et resultat av tradisjonelle atferdsprinsipper som diskriminasjon og stimulusgeneralisering og A og C har ingen forsterkningshistorie til hverandre (Dymond & Roche, 2009).

Det mest interessante ved deriverte stimulusrelasjoner er transformasjon av funksjon. Gjennom transformasjon av stimulusfunksjon så omdannes funksjoner mellom stimuli som har deriverte relasjoner til hverandre (Holden, 2007). Man kan si at atferdsfunksjoner til en

klasse av stimuli overføres til andre klasser (Friman et al., 1998). Det vil si at hvis det er en relasjon mellom A og B, og A har noen stimulusfunksjoner, så vil B også få disse funksjonene. For eksempel har de med frykt for heis lært relasjonen mellom ordet heis og en virkelig heis. Når heis i seg selv skaper angst så kan ordet heis også fremkalle angsten (Holden, 2007). Ordet heis fungerer til slutt som en diskriminativ stimulus, men er produsert indirekte av transformasjonen gjennom deriverte relasjoner og ikke gjennom en historie med direkte kontingenser (Friman et al., 1998). Transformasjon av funksjoner kan på denne måten hjelpe å forklare hvordan man utvikler unngåelsesmønstre og angstresponser i fravær av en spesifikk læringshistorie ved at ulike stimuli kan tilegne seg diskriminativ kontroll. Derfor kan en heis, ordet heis, bilder av heis og tanker på heis tilegne seg samme funksjoner og utløse angst (Dymond & Roche, 2009).

Utlede relasjoner oppstår hele tiden og kan bli kompliserte. Hos de med angst vil den relasjonelle klassen vokse mer og mer og de vil naturlig nok reagere på en rekke ting. Utvidelse av funksjoner kan endre seg for hver angstepisode noe som bidrar til at klassen vokser (Friman et al., 1998). Resultatet av dette kan bli at atferd påvirkes mer av verbal fungering enn kontakten med omgivelsene (Holden, 2007).

### **Forekomst av angst hos barn**

Omtrent 7 % av barn og unge i Norge har en diagnostiserbar psykisk lidelse. Dette ble fremvist i den første store studien av psykiske lidelser i nordiske land og er nærmere kjent som «Barn i Bergen studien» (Heiervang et al., 2007). Barn i Bergen er en langvarig studie av barns psykiske helse og resultatene kommer fra den første delen av den omfattende undersøkelsen. Deltakerne var alle barn i Bergen som gikk på barneskolen fra 2-4 trinn høsten 2002 og dataene ble samlet inn gjennom spørreskjema til foreldre og lærere samt strukturerte intervju. Resultatet viste at forekomsten av hvilken som helst DSM lidelse er på 7 % for 8-10



åringer og angst var den hyppigste enkeltlidelsen. Selv om dette ikke er kjempehøyt er det uansett merkbart og hadde det for eksempel blitt brukt andre metoder, som intervju med barna selv eller observasjon, så skal man ikke se bort ifra en høyere skåre (Heiervang et al., 2007).

En annen norsk studie fra Trondheim viste at 13 % elever på 4-9 trinn opplevde sosial angst i den grad at de unngår sosiale situasjoner og 8% følte så sterkt ubehag at det kvalifiseres som en diagnose (Aune, 2006).

Studier som undersøker samme subjekter over tid er den beste kilden til informasjon om forekomst og kontinuitet av psykiske lidelser. I en studie gjort i USA undersøkte de hva forekomsten for forskjellige ulike DSM lidelser var i ulike aldre og om forekomsten økte eller minsket mens barna vokste (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003). Barna ble vurdert fra de var 9 år til de var 16 år og resultatene indikerte at 1/6 på et gitt tidspunkt har en psykisk lidelse og innen fylte 16 år så vil 36,7 % av barna ha møtt et kriterium for en eller flere lidelser. Et annet viktig funn med studien var at det finnes en sammenheng mellom angst og depresjon og i løpet av barns utvikling så er det derfor en stor sannsynlighet for at flere lidelser utvikles hvis man først viser tegn på angstsymptomer (Costello et al., 2003).

Hvis man generelt legger sammen resultater fra norske undersøkelser antar man at 15-20 % av barn og unge under 18 år har en nedsatt funksjon grunnet psykiske vansker (Grøholt, 2014). Gjennomgående finner man i internasjonale studier at det er mellom 10-16 % som har symptomer på en psykisk lidelse som angst (Helland & Mathiesen, 2009). Hos noen er symptomene forbigående, men mellom 25 -40 % av barn med diagnostiserbar psykisk lidelse har symptomer som varer i mange år (Mathiesen, 2009). Den faktiske forekomsten kan nok til og med være høyere fordi mange barn og unge er uidentifiserte og ubehandlet (Neil & Christensen, 2009).

## **Kartlegging av angst**

Det er viktig at barn med angst blir identifisert så tidlig som mulig slik at de kan få riktig behandling (Flaten & Heiervang, 2012). En måte å kartlegge angst på er gjennom strukturerte intervju, men det har en begrensning ved at man ikke kan undersøke flere samtidig (Spence, 1998). Spørreskjemaer tilpasset barn, foreldre eller lærere kan derfor være en mer effektiv metode, men for et optimalt resultat kan spørreskjemaer til barn være å foretrekke fordi barn ofte rapporterer mer angst enn det foreldrene tror (Flaten & Heiervang, 2012). Et kartleggingsskjema som har blitt brukt i en rekke studier for å indikere angst hos barn er Spence Childrens Anxiety Scale (SCAS). SCAS er en selvrappport for barn designet for å evaluere symptomer knyttet til spesifikke angstlidelser som separasjonsangst, sosial angst, generalisert angst, tvangslidelser, panikklidelse, agorafobi og frykt for å skade seg (Spence, 1998). Den er ikke ment til å brukes som et diagnoseinstrument alene, men gir en indikasjon på omfanget av angstsymptomer som kan bistå i en diagnoseprosess. Skjemaet brukes også til å identifisere barn som har en risk for å utvikle angstplager og brukes gjerne som en vurdering etter intervensjon for å forebygge utvikling av angst (Spence Children's Anxiety Scale, udatert). SCAS består av 44 utsagn, hvorav 38 av dem reflekterer spesifikke angstsymptomer, mens de gjenværende 6 er positive utsagn for å redusere negativ respons bias (Spence Children's Anxiety Scale, udatert). Barn blir bedt om å skåre seg selv på en firepunkts skala med kategoriene aldri (0), av og til (1), ofte (2) og alltid (3) for hvor hyppig de opplever hvert symptom. En total SCAS skåre regnes ut ved å summere alle de 38 utsagnene (Spence, 1998).

SCAS skiller seg fra tidligere kartleggingsskjemaer som antok at angstrekk hos barn og voksne er like samt at flere var utviklet med kliniske diagnostiserte barn og resultatene derfor ikke er generaliserbare (Spence, 1998). SCAS derimot er utviklet spesifikt for å dekke

symptomer på angst hos barn i den generelle populasjonen og indikerer grad av angst samt gir informasjon om spesifikke angsttyper (Spence, 1998).

### **Behandling av angst**

Behandlingsstrategiene for angst er konsistente med konseptualiseringen av angst som bestående av fysiologiske, kognitive og atferdsmessige trekk. Man ønsker å skape en endring i tanker, følelser og atferd og målet er ikke å fjerne angst for evig og alltid, men å lære å mestre det i fremtiden (Kendall, Aschenbrand & Hudson, 2003). Den vanligste behandlingen for angst er kognitiv atferdsterapi (KAT) som er en empirisk støttet intervensjon som hovedsakelig består av opplæring i angst, endring av angstfylte tanker, tilrettelegging for forsterkning og ferdighetstrening som problemløsning, mestring og avslapping, dette i tillegg til eksponering (Leblanc, Raetz & Felicano, 2011). KAT er altså en kombinasjon av en kognitiv og atferdsterapeutisk modell.

Historisk sett har det vært en trinnvis utvikling i forhold til atferdsorientert behandling av angstlidelser (Holden, 2007). De første metodene var basert på respondent og operant betingning hvor eksponering for angstvekkende situasjoner og forsterkning av atferd var grunnleggende prosesser. Endring av atferd gjennom direkte erfaringer stod i fokus, uten metoder som omfattet kognisjon (Holden, 2007). Et eksempel på slik behandling er eksponering med responsprevensjon hvor man systematisk blir utsatt for en rekke angstutløsende stimuli og blir instruert til å ikke respondere (da med unngåelsesatferd) for å redusere angst. Behandlingen består av en gradvis eksponering for lite angstutløsende situasjoner etterfulgt av større angstutfordringer, dette gjentatte ganger helt til angstsymptomer forsvinner (Barrett, Healy- Farrell, Piacentini & March, 2004). Selv om slike metoder er svært effektive så spiller språk og kognisjon en liten rolle, med unntak av tenkt eksponering og systematisk desensitivering (Holden, 2007). I kombinasjon med tidligere

metoder ble til slutt det verbale viktigere i behandling og kognitiv atferdsterapi ble utviklet. I KAT går den kognitive terapien ut på å få pasienten til å tenke mer rasjonelt slik at man lettere kan endre atferd (Holden, 2007). Atferdsanalytikere mener derimot at KAT ikke har en grundig nok forståelse for hvordan språk og kognisjoner påvirker atferd og mener modellen er for enkel siden den ikke forklarer prosesser som ligger til grunn for lidelsen og hvilken funksjon den har (Holden, 2007). Tanker og følelser er atferd som selv må forklares (Holden, 2007). En behandlingsmetode med dette som utgangspunkt og som er en mer moderne atferdsanalytisk tilnærming til psykiske lidelser er Acceptance and Commitment Therapy (ACT), en behandling utledet fra RFT. En grunnleggende teori i ACT er at forsøk på å kontrollere negative opplevelser kan forverre lidelsen, så i stedet for å kontrollere problemet så lærer klienten å akseptere det (Dahl & Wilson, 2003). Psykiske lidelser defineres ut ifra ubehagelige tanker og følelser og atferdsanalytikere er uenig i at alt er uønsket og ser derfor på lidelse som normalt. Et helt liv uten angst vil være umulig (Holden, 2007).

Fra et ACT perspektiv er det en rekke faktorer som er med på å skape angst. Kognitiv fusjon er en av de og innebærer at vi evaluerer våre private hendelser og at man oppfatter disse evalueringer som egenskaper ved oss selv, og ikke bare som evalueringer (Holden, 2007). Tanker og virkeligheten blir ett og dette er grunnlaget for det som kalles for opplevelsesunngåelse og begrunnelse (Holden, 2007). Forsøk på å redusere eller fjerne sannsynligheten for å oppleve negative private hendelser kalles for opplevelsesunngåelse (Holden, 2007). Når man prøver å ikke tenke på noe så tenker man gjerne mer på det og det gjør derfor problemet større. Det kan sammenlignes med hvis noen ber deg om å ikke tenke på en rosa elefant, men så er det akkurat det man gjør. Forsøk på å tenke seg vekk fra ubehag gjør det vanskeligere å unngå det og ved å prøve å unngå tankene så gir man dem en funksjon (Holden, 2007). Hvis man for eksempel er på det man i utgangspunktet beregner som et trygt sted og begynner å tenke at « her kan jeg ikke få angst» så kan nettopp det motsatte skje og

angsten kan bli forbundet med flere steder ( Holden, 2007). En annen ting som er med på å skape angst er begrunnelse og innebærer å forklare atferden vår med private hendelser som for eksempel « Jeg var for engstelig til å dra ut» (Holden, 2007). Hovedsakelig prøver man å kontrollere tankene for å kontrollere annen atferd og problemet er at de blir reelle. Man ser ikke at årsakene bare er verbale konstruksjoner og dermed får det en effekt på atferden. Dette fører igjen til opplevelsesunngåelse (Holden, 2007).

En viktig del av behandling i ACT er derfor aksept som innebærer å oppleve de ubehagelige private hendelsene i stedet for å fjerne dem (Holden, 2007). Tankene aksepteres og man må erkjenne følelsene man har. For å svekke de negative tankene er det funksjonen til tankene som må svekkes, og ikke tankene i seg selv (Holden, 2007). På grunnlag av dette kan man si at ACT har en litt motsatt effekt av KAT. Begge har sentrale elementer av eksponering, men mens KAT endrer tanker, så endrer ACT tankenes funksjon (Holden, 2007).

### **Forebyggende tiltak**

Begrenset tilgjengelighet og effektivitet av psykologiske behandlinger har ført til interesse for tidlig og forebyggende intervensjoner (Stallard, 2013). Med tidlig intervensjon menes det å gi behandling for et problem tidlig i utviklingen, potensielt før det møter kriteriet for en diagnose eller forårsaker personlige svekkelser (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). Feilen med å respondere til behandling oppstår ofte når behandling blir tilbudt for sent eller når andre uønskede effekter av lidelsen blir vanskelig å reversere (Neil & Christensen, 2009). Barn som trenger hjelp får ofte ikke behandling og derfor har forebygging blitt identifisert som den viktigste retningen å gå når det gjelder å redusere angstlidelser (Lowry- Webster, Barrett & Dadds, 2001). Forebyggende intervensjoner kan bli definert som enten universelle, selekterte eller indikerte (Barrett, Farrell, Ollendick & Dadds, 2006). Disse tre forskjellige

nivåene er basert på antagelsen om at de fleste former for psykiske lidelser involverer en gradvis utvikling (Lowry –Webster et al., 2001). Universelle intervensjoner gis til alle uavhengig av symptomer og er ofte designet for å fremme generell god psykisk helse. De dekker altså hele populasjonsgruppen uavhengig av risikostatus, som for eksempel alle 11 åringer, et helt klassetrinn eller en hel skole (Stallard, 2013). Selekterte intervensjoner gis til individer som har en risiko for å utvikle en lidelse som følge av spesifikke risikofaktorer (Neil & Christensen). Risikofaktorene er biologiske eller sosiale (Lowry- Webster et al., 2001) og kan eksempelvis være barn med deprimerte foreldre eller skilte foreldre (Neil & Christensen, 2009). Indikerte intervensjoner gis til individer som er identifisert i å ha milde til moderate symptomer på en lidelse, men som ikke har møtt kriteriet for en diagnose enda (Lock & Barrett, 2003). Det er snakk om økende tegn på symptomer og målet er å forhindre symptomene til å utvikle seg til lidelse (Stallard, 2013).

De fleste universelle, selekterte og indikerte intervensjoner er effektive for redusering av angst (Neil & Christensen, 2009). Selekterte og indikerte intervensjoner produserer større effekter enn universelle intervensjoner, men dette fordi det er større rom for endring i individer som har en lidelse eller som har en risiko for en lidelse siden symptomnivåene i disse gruppene ofte er høyere (Neil & Christensen, 2009). I tillegg er selekterte og indikerte intervensjoner avhengig av nøyaktig identifisering av barn med risiko for angst og intervensjonene krever derfor en screeningprosedyre. Selekterte og indikerte intervensjoner er derfor mer tidkrevende og kan være utfordrende å gi og ikke nok med det vil det ha mindre innvirkning på populasjonen som helhet (Stallard, 2013). Å behandle barn som allerede har angstproblemer er kanskje ikke den mest effektive metoden for å redusere forekomsten av angst i en generell populasjon (Barrett & Turner, 2001). Universelle intervensjoner har den fordel at de dekker alle barn, fra de med ingen symptomer til de med alvorlige symptomer, og er dermed lettere å gjennomføre (Miller et al., 2010). Det reduserer altså vansker med

rekruttering og minsker også sjansen for stigmatisering som ofte er forbundet med å få behandling i kliniske settinger. Universelle intervensjoner er generelt vurdert til å involvere større sosiale fordeler sammenlignet med selekterte eller indikerte intervensjoner (Lock & Barrett, 2003).

Skolen har blitt ansett som en ideell arena for å kunne implementere intervensjoner for forebygging av angst (Neil & Christensen, 2009). Dette fordi skolen gir mulighet for både identifisering av angst, behandling og generalisering av ferdigheter (Herzig- Anderson, Colognori, Fox, Stewart & Warner, 2012). Man kan for eksempel kanskje identifisere angst i akademiske eller sosiale settinger som man ikke ser hjemme og har mange muligheter for å eksponere barn for de angstutløsende situasjonene. Det kan for eksempel gjelde å fremføre noe eller snakke foran klassen som vil være en utfordring tilknyttet sosial angst (Herzig- Anderson et al., 2012). En annen fordel med tilgang til behandling i skolen er at man kan fremme positive holdninger og dermed bidra til å normalisere psykisk helse samt øke sannsynligheten for at elever som trenger det får behandling (Herzig- Anderson et al., 2012). Selv om skolen er en arena for faglig utdanning er det også en forventning om at de ivaretar elevers helse og det er derfor svært ønskelig å kunne ha muligheten til å levere intervensjonene som en del av skolens pensum eller som en aktivitet etter skoletid, og hvor skolepersonalet selv kan bli trent til å styre intervensjonen (Miller et al., 2010). En lærer har en unik posisjon til å hjelpe da han/hun ser elevene sine ofte og har en god oversikt over ferdigheter og teknikker som elevene lærer. Skolen er en del av barnets naturlige miljø og man kan oppleve støtte fra andre medelever og føle en tilhørighet ved å vite at angst er vanlig for alle. Ikke minst så sparer man tid og penger for samfunnet (Miller et al., 2010).

De fleste universelle intervensjonene som har blitt utført tidligere har brukt elementer av KAT og et eksempel på en universell intervensjon basert på KAT er FRIENDS som er utviklet fra en av de første indikerte angstbehandlingene for barn kjent som mestringskatten

(LeBlanc et al, 2011). Innholdet i programmet er i forhold til det fysiologiske aspektet ved angst å lære barn å bli oppmerksomme på fysiologiske symptomer som et varselsignal for at noe er galt. Med tanke på dette læres det i tillegg avslappingsteknikker som kan brukes for å slappe av i musklene når slike angstresponser oppstår (LeBlanc et al., 2011). Knyttet til det kognitive aspektet ved angst så lærer man å identifisere tanker, teknikker for å mestre negative tanker, selvsnakk og selvbelønning. Den atferdsmessige delen innebærer problemløsning, mulighet for eksponering, mestringsferdigheter og å støtte hverandre (LeBlanc et al, 2011.) FRIENDS er et akronym for å huske alle disse mestringsstegene i programmet. F står for « Feeling Worried?» og henviser til å identifisere symptomer på angst. R står for « Relax and Feel Good» som viser til avslappingsteknikkene. I står for « Inner Thoughts» og henviser til å kunne identifisere negative tanker og endre dem. E står for « Explore Plans» som viser til problemløsning. Problemløsning går ut på å definere et problem, se alle mulige løsninger og vurdere utfall for hver løsning før man til slutt velger den beste løsningen og planlegger hvordan den skal utføres. N står for «Nice Works so Reward Yourself» som viser til å huske å evaluere egen atferd og belønne seg selv for å prøve. D står for « Don't Forget to Practice» som viser til at ferdighetene må øves på, som for eksempel kan gjøres gjennom rollespill. Sist, men ikke minst, står S for « Stay Calm» som viser til at de nå kan de ta det rolig og ha det bra fordi de vet hvordan de kan mestre bekymringene sine (LeBlanc et al, 2011). Programmet består vanligvis av 10 økter og har også en familiekomponent hvor foreldrene er inkludert i behandlingen. FRIENDS er et veldig brukervennlig program fordi den er manualbasert bestående av en manual til gruppeleder som inneholder beskrivelser av aktivitetene med en plan for hver økt. I tillegg er det en arbeidsbok for barna slik at de kan jobbe seg igjennom temaene individuelt samtidig med opplæringen (LeBlanc et al., 2011). Grunnen til at det både er gruppeoppgaver og individuelle oppgaver er at for de skal lære fra erfaringer, og gruppetrening med jevnaldrende er effektivt fordi barn



lærer best ved å observere og hjelpe hverandre. Alt i alt gjør dette læringen mer morsom og skaper et trygt og hyggelig miljø som sørger for at barn ønsker å delta (LeBlanc et al., 2011).

En studie utført av Barrett og Turner (2001) viser til at FRIENDS er effektiv i å redusere angst samt at det kan implementeres i skolen. I deres studie ble barn fra 10-12 år fordelt i tre ulike grupper. I gruppe 1 ble forebyggende intervensjon ledet av en psykolog, i gruppe 2 ble intervensjonen ledet av en lærer, mens elever i gruppe 3 bare fulgte vanlig undervisning. Pretest ble utført før intervensjon så for å vurdere effekten av programmet var det en sammenligning av pretest med posttest etter intervensjon. Resultatene viste at barn som mottok intervensjon viste forbedringer, uavhengig av hvem som ledet den, mens det var ingen forskjeller for deltakerne i gruppe 3. Studien viser med dette høy generaliserbarhet og støtter at programmet lett kan bli levert på skolen og integrert i pensum. Den viser også at programmet i seg selv har en stor effekt og kan redusere angst i den generelle populasjonen for skolebarn (Barrett & Turner, 2001). I studien sjekket man også spesifikt utviklingen til de som på pretest hadde en skåre som tilsa høy risiko for angst (over klinisk nivå) og skårene på posttest definerte de som friske. Dette viser til en svært positiv trend (Barrett & Turner, 2001). Resultatene har også blitt funnet av Lowry- Webster et. al. (2001) som undersøkte det samme hos barn i alderen 10-13 år. Av deltakere fordelt i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe var det deltakerne i intervensjonsgruppen som rapporterte mest reduksjon i angst.

I en annen studie undersøkte Lock og Barrett (2003) effekten av FRIENDS for barn i to ulike aldersgrupper, 9 -10 år og 14-16 år. Deltakere i alderen 9-10 år var mer responsive til programmet noe som indikerer at barn er mer påvirkbare i den alderen. Dette gir støtte for at forebyggende programmer bør innføres i barneskolealder.

I Norge har det blitt gjort et forsøk på å undersøke effekten av et universelt program med samme grunnleggende elementer fra KAT. Prosjektet ble utført av Flaten og Heiervang

(2012) som gjennomførte et undervisningsprogram for barn på 5 klasse trinn. Studien ble gjennomført med barn og deres foreldre hvor angstskårer ble avdekket gjennom bruk av SCAS før og etter intervensjon. Elevene skåret seg selv og foreldrene skåret sine barn. Intervensjonen bestod av 5 økter og ble gjennomført over en 5 ukers periode. Resultatet fra forsøket viste at barnas angstnivå ble noe redusert etter angst, men ikke på et signifikant nivå. Et annet funn var at barn rapporterte mer angst enn foreldrene (Flaten & Heiervang, 2012). Dette antyder at et kort og intensivt universelt program ikke bare kan redusere og forebygge angst, men det er også kanskje et større behov for programmet enn hva man kanskje antar basert på barns selvrappport.

### Oppsummering

Det er ingen tvil om at atferdsanalyse tar for seg kompleks menneskelig atferd og en atferdsanalytisk forståelse for angst er ikke bare mulig, men viktig for å forstå og behandle angstlidelser. Dette kan gjøres gjennom analyser av både direkte og verbale kontingenser (Friman et al., 1998). Atferdsanalytikere har tidligere unngått studie av angst og emosjoner fordi angst er et vagt begrep for responsutvalget det inkluderer og atferdsanalytikere har ikke vært modne for analyser grunnet et manglende begrepsapparat (Eikeseth & Svartdal, 2003). Selv om slike begreper ikke passer inn for undersøkelse i laboratoriet, har det likevel verdi i kliniske settinger slik som anvendelsen av atferdsprinsippene knyttet til språk og kognisjon som gjennomgått (Wilson et al., 2001). Disse begrepene og prinsippene gjør det lettere å inkludere kognisjoner uten å referere til mentale hendelser (Eikseth & Svartdal, 2003). Begrepet angst er noe alle er kjent med og for at atferdsanalytikere skal kunne påvirke forskningen videre er det i hvert fall viktig å forstå hva man snakker om og at man kan finne en måte å studere fenomenet på samme reduksjonsnivå. Begrepet burde ikke være noen hindring for videre forskning og dessuten er et atferdsanalytisk syn på angst viktig for å kunne se på funksjonelle relasjoner mellom miljø og atferd. Å involvere oss mer i temaet er viktig

for at atferdsanalysen skal fortsette å være en sterk faglig retning (Hove & Holden, 2006).

Selv om det finnes individrettet atferdsanalytisk behandling for angst så håper jeg at atferdsanalysen kan bidra med mer forskning på området og spesielt da i forhold til forebygging. Det er ingen tvil om at ulike psykologiske tilnærminger beriker hverandre at og flere prinsipper basert på atferdsanalyse kan bidra, som for eksempel elementer fra ACT.

Pr dags dato er det KAT som er den mest vanlige behandlingsingrediensen for angst og som er grunnleggende i universell forebyggende behandling. Universell forebyggende behandling har vist seg å være effektiv i å forhindre utvikling av angst og fordi det er en måte å nå alle barn på så er den veldig nyttig. Fordelen er at universelle programmer har gode effekter for alle uansett risikostatus. De med forhøyet angstskåre kan bli kategorisert som friske, men til og med barn som er umerket på grunn av lav angstskåre kan tilegne seg nødvendige ferdigheter og dermed forhindre utvikling av angst.

Som nevnt kan forekomsten av angst i Norge være høyere enn man tror og SCAS vil da kunne være et ypperlig verktøy for å avdekke generell angst eller spesifikke angstlidelser. Undersøkelser på universelle forebyggende programmer burde gjentas i Norge nettopp fordi angst utgjør et så stort helseproblem. Ved å gjøre flere forsøk kan man få en større oversikt over programmets effekt og generaliserbarhet. Skolen er en arena som kan bidra til gjennomføringen og ikke minst da med en redusert kostnad for samfunnet.

#### Referanser

Albano, A. M. & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with anxiety disorders: clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14, 129-134. doi: 10.1080/09540260220132644

American Psychiatric Association. (2016). *DSM*. Hentet 13. April 2016 fra <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

- Arntzen, E. (2003). Stimulusekvivalens. I E. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis* (s. 104- 132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aune, T. (2006). Sosial angstlidelse blant elever på ungdomstrinnet. *Spesialpedagogikk*, 8(6), 52-62.
- Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 52-56. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=132521&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=132521&a=3)
- Barrett, P. M., Healy- Farrell, L., Piacentini, J. & March, J. (2004). Obsessive- Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence: Description and Treatment. I P. M. Barrett & T. H. Ollendick (Red.), *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment* (s.187- 216). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H. & Dadds, M. (2006). Long- Term Outcomes of an Australian Universal Prevention Trial of Anxiety and Depression Symptoms in Children and Youth: An Evaluation of the Friends Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(3), 403-411. doi: 10.1207/s15374424jccp3503\_5
- Barrett, P. & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school- based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 399-410. doi:10.1348/014466501163887
- Baum, W. M. (2005). *Understanding Behaviorism: Behavior, Culture, and Evolution* (2. utg.). Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.
- Carlson, N. R., Miller, H., Heth, C. D., Donahue, J. W. & Martin, G. N. (2010). *Psychology: The Science of Behavior* (7. utg.). Boston: Pearson Education.

- Cobham V. E. (2012). Do Anxiety- Disordered Children Need to Come Into the Clinic for Efficacious Treatment?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(3), 465-476. doi: 10.1037/a0028205.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry, 60*(8), 837-844. doi:10.1001/archpsyc.60.8.837
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M. & Laurens K.R. (1997). Prevention and Early Intervention for Anxiety Disorders: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 627-635. doi: 10.1037/0022-006x.65.4.627
- Dahl, J. & Wilson, K. G. (2003). Anvendelse av atferdsmedisin ved kronisk sykdom. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis* (s. 358- 387). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dymond, S. & Roche, B. (2009). A Contemporary Behavior Analysis of Anxiety and Avoidance. *The Behavior Analyst, 32*(1), 7-27. Hentet fra [https://www.researchgate.net/publication/223960319\\_A\\_Contemporary\\_Behavior\\_Analysis\\_of\\_Anxiety\\_and\\_Avoidance](https://www.researchgate.net/publication/223960319_A_Contemporary_Behavior_Analysis_of_Anxiety_and_Avoidance)
- Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C. & Weiner, C. L. (2008). Separation Anxiety Disorder in Youth: Phenomenology, Assessment and Treatment. *Psicología Conductual, 16*(3), 389-412. Hentet fra [http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id\\_product=449](http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=449)
- Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2003). Atferdsanalysen, hvor går vi?. I S. Eikeseth og F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis* (s. 448- 460). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Farrell, L. J. & Barrett, P. M. (2007). Prevention of Childhood Emotional Disorders: Reducing the Burden of Suffering Associated with Anxiety and Depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(2), 58-65. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x
- Flaten, K. (2010). *Barn med sosial angst og sjenanse* (1.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS
- Flaten, K. (2011). Angst hos barnehagebarn. *Første steg*, 4, 22- 24. Hentet fra <http://www.utdanningsforbundet.no/Fagtidsskrift/Forste-steg/Arkiv/201111/>
- Flaten, K. (2013). *Barnehagebarn og angst* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Flaten, K. & Heiervang, E. (2012). Program for forebygging av angst: Et pilotprosjekt gjennomført på 5. klassesertrinn. *Spesialpedagogikk*, 10, 43- 49. Hentet fra <http://www.utdanningsforbundet.no/Fagtidsskrift/Spesialpedagogikk/Arkiv/201021/05200913316/>
- Flaten, M. (2003). Grunnleggende begreper: Klassisk betinging. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt Atferdsanalyse: Teori og praksis* (s. 44-62). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fonseca, A. C. & Perrin, S. (2011). The clinical phenomenology and classification of child and adolescent anxiety. I W. K. Silverman & A. P. Field (Red.), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (s. 25-55). New York: Cambridge University Press.
- Friman, P. C., Hayes S. C. & Wilson, K. G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: the example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31(1), 137-156. doi: 10.1901/jaba.1998.31-137
- Grøholt, E. K. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 4/2014). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246)

0:25,5498&MainContent\_6246=6503:0:25,5508&Content\_6503=6259:113662:25,5508:0:6250:1:::0:0

Heiervang E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B.,... Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10- Year- Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447. doi: 10.1097/chi.0b013e31803062bf

Helland, M. J. & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge - hverdagsliv og psykisk helse* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 1/2009). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6496:0:25,6348&Content\\_6496=6259:73517:::0:6184:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6259:73517:::0:6184:1:::0:0)

Herzig- Anderson, K., Colognori, D., Fox, J. K., Stewart, C. E. & Warner, C. M. (2012). School- Based Anxiety Treatments for Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 21 (3), 655-668. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.006

Holden, B. (2006). Psykiske lidelser er atferd. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33(2), 57-70. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no/journalissue.aspx?IdDocument=204>

Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en atferdsanalytisk psykoterapi. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 34(1), 29-52. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no/journalissue.aspx?IdDocument=199>

Hove, O. & Holden, B. (2006). Hvor mye har atferdsanalytikere forsket på psykiske lidelser? En publikasjonssøk-studie. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33(1), 1-13. Hentet fra <http://www.nta.atferd.no/journalissue.aspx?IdDocument=203>

- Kendall, P., Aschenbrand, S. G. & Hudson, J. L. (2003). Child- Focused Treatment of Anxiety. I A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Red.), *Evidence- Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (s. 81- 100). New York: The Guilford Press.
- Lang, P. J. (1968). Fear Reduction and Fear Behavior: Problems in Treating a Construct. I J. M. Shlien (Red.), *Research in Psychotherapy* (s. 90- 102). doi: 10.1037/10546-004
- Laywer, S. R & Smitherman T. A. (2004). Trends in Anxiety Assessment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(4), 101- 106. doi: 10.1023/B:JOBA.0000013657.06067.1f
- LeBlanc, L. A., Raetz, P. B. & Felicano, L. (2011). Behavioral Gerontology. I W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Red.), *Handbook of Applied Behavior Analysis* (s. 472- 486). New York: The Guilford Press.
- Lock, S. & Barrett, P.M. (2003). A Longitudinal Study of Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Behavior Change*, 20(4), 183- 199. doi: 10.1375/bech.20.4.183.29383
- Lowry- Webster, H. M., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2001). A Universal Prevention Trial of Anxiety and Depressive Symptomatology in Childhood: Preliminary Data from an Australian Study. *Behavior Change*, 18(1), 36-50. doi: 10.1375/bech.18.1.36
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var- Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 1/2011). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5508&Content\\_6503=6259:87775:25,5508:0:6250:128:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:87775:25,5508:0:6250:128:::0:0)



- Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 8/2009). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5508&Content\\_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:80180:25,5508:0:6250:92:::0:0)
- Miller, L.D., Short, C., Garland, E. J. & Clark, S. (2010). The ABC og CBT (Cognitive Behavior Therapy): *Evidence- Based Approaches to Child Anxiety in Public School Settings*, 88(4), 432-439. doi: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00043.x
- Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school- based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215. doi: doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. & Hudson J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Ryan, J. L & Warner, C. M. (2012). Treating Adolescents with Social Anxiety Disorder in Schools. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(1), 105-118. doi: 10.1016/j.chc.2011.08.011
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 35(5), 545-566. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Spence Children's Anxiety Scale. (udatert). *Overview*. Hentet 14. April 2016 fra [http://www.scaswebsite.com/index.php?p=1\\_12](http://www.scaswebsite.com/index.php?p=1_12)

Society of Clinical Psychology. (udatert). *Social Anxiety Disorder and Public Speaking*

*Anxiety*. Hentet 15 mai 2016 fra <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/social-phobia-and-public-speaking-anxiety/>

Stallard, P. (2013). School- based interventions for depression and anxiety in children and adolescents. *Evidence- Based Mental Health*, 16(3), 60-61. doi: 10.1136/eb-2013-101242

Svartdal, F. & Holth, P. (2003). Grunnleggende begreper: Operant betinging. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse: Teori og praksis* (s. 21-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tamm, M. (2005). *Børn og Angst* (1.utg.). Systime Academic.

Watson, J. B. & Rayner, R. (2000). Conditioned emotinoal reactions. I *American psychologist*, 55(3), 313- 317. doi: 10.1037/0003-066X.55.3.313 ( 1. utgave 1920 fra *Journal of Expermimental Psychology*, 3(1), 1-14).

Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J. & Zettle, R. D. (2001). Psychopathology and Psychotherapy. I S. C. Hayes, D. Barnes- Holmes & B. Roche (Red.), *Relational Frame Theory: A Post- Skinnerian account of human language and cognition* (s. 211-237). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Hentet fra <http://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>

World Health Organization. (2016). *International Classification of Diseases (ICD)*. Hentet 13. April 2016 fra <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

## **Artikkel 2**

# **Effekten av et undervisningsprogram for å redusere angst hos barn**

### Resymé

En undersøkelse ble gjennomført for å vurdere effekten av et undervisningsprogram for redusering av angst hos barn. Studien var en systematisk replikasjon av en studie utført av Flaten og Heiervang (2012) og ble gjennomført med barn fra 5-7 trinn og deres foreldre. Deltakerne var elever fra to forskjellige skoler som utgjorde to intervensjonsgrupper, hvorav en gruppe var i ventelistekontroll. Intervensjonen ble gitt over en 5 ukers periode og ble evaluert med pre- og posttester. Angstnivåer ble avdekket og evaluert med bruk av Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). I tillegg til angstnivåer undersøkte studien også nivå av sosial mestringstro som ble avdekket med The Children's Self Efficacy for Sosial Interactions With Peers Scale (CSPI). Resultatene viste at foreldrene rapporterte mindre angst enn barna samt mindre mestringstro. Det ble ikke gjort store funn knyttet til mestringstro, men angst hos barn ble redusert i begge gruppene. Funnene støtter resultatene til Flaten og Heiervang (2012).

*Nøkkelord:* Angst, sosial mestring, barn, forebyggende behandling, universelt nivå

Psykiske lidelser er en av de største helseutfordringene vi har i Norge hvorav angst er en av de mest vanlige og som starter i barndommen (Major et al., 2011). Man antar at 15-20 % av barn og unge har en nedsatt funksjon på grunn av angst (Grøholt, 2014) og dersom ubehandlet vil det videreføres inn i voksenlivet. Hos voksne står registrert angst for en tredjedel av uførepensjoner og det er tydelig hvor alvorlig tilstanden kan bli og hvordan det påvirker samfunnet (Major et al., 2011). I tillegg kan angst føre til utvikling av andre psykiske lidelser, som for eksempel depresjon (Rapee, Schniering & Hudson, 2009). På grunn av den høye forekomsten og de negative og uønskede konsekvensene angst medbringer så vil det være viktig å sette inn tiltak tidlig. Da veldig få søker og mottar klinisk behandling har man begynt å rette fokuset mot forebyggende tiltak (Farrell & Barrett, 2007). Forebyggende tiltak er tiltak man setter i gang før symptomnivået er blitt altfor høyt eller man kan sette en diagnose, og et tiltak virker forebyggende dersom det over tid bidrar til å redusere symptomene. Det må derfor legges inn en innsats der hvor helseproblemene starter, som er hos barn og unge (Major et al., 2011).

Fordi man ønsker å nå alle barn har mange forebyggende intervensjoner vært universelle, det vil si at de blir gitt til alle uavhengig av risikostatus (Major et al., 2011). Mange barn og unge med angstsymptomer er uidentifiserte fordi man ofte ikke legger merke til angsten og universelle programmer er verdifulle fordi de kan nå ut til de barna som faktisk trenger hjelp (Barrett & Turner, 2001). Universelle programmer har også den fordelen ved at det vises å inneholde nok eksponering for de som eventuelt har en høy risiko eller mange symptomer på en lidelse (Barrett & Turner, 2001). Tilegnelse av ferdigheter for å mestre angst vil således være nyttige for alle barn og det er en ferdighet som kan bli brukt i alle hverdagslige situasjoner (Farrell & Barrett, 2007). Den beste måten å gjennomføre dette på vil være å implementere slike programmer i skolen. Skolen er den arenaen hvor alle barn ferdes

og dermed gis det en mulighet for å nå alle barn samt at det bidrar til å fremme god psykisk helse i barnets naturlige miljø (Helland & Mathiesen, 2009).

Flere studier på universelle programmer har blitt utført hvor man har brukt elementer fra atferdsterapi for å forhindre utviklingen av angst. For eksempel undersøkte Lowry-Webster, Barrett og Dadds (2001) effekten av et universelt program implementert av lærere og som integrert i skolepensum hos barn i alderen 10-13 år. Barn ble enten fordelt i en 10 ukers intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe med pretest og posttestmålinger, og resultatet viste at barn i intervensjonsgruppen rapporterte mest reduksjon i angst, uavhengig av risikostatus. Basert på pretestene kunne man også konkludere med at de som hadde skårer som ble kategorisert som høy risiko for angst før intervensjon ble skåret som friske etter intervensjon. Resultatene deres er støttet av Barrett og Turner (2001) som utførte en studie hvor barn i alderen 10-12 år ble delt inn i tre grupper med ulike betingelser. Det var en intervensjonsgruppe ledet av psykolog, en intervensjonsgruppe ledet av lærer og en gruppe med normal klasseundervisning. Barn i begge intervensjonsgruppene rapporterte bedring fra pretest til posttest, mens den siste gruppen med normal klasseundervisning ikke viste noen endring. Også her hadde barn som var blitt identifisert innenfor høy risiko på pretest blitt kategorisert som friske på posttest (Barrett & Turner, 2001). Faktisk viser studier at de som har en moderat til høy risiko for en angstlidelse er mer responsive til intervensjonene. Dette har blitt påvist av Barrett, Lock og Farrell (2005) som i sin studie delte sine deltakere inn i lav, moderat og høy risikogrupper etter kartlegging av angst, og hvor det viste seg at de med moderat til høy risiko hadde størst reduksjon av angst etter intervensjon.

Gjennom studier for å forebygge angst har man funnet ut at det lønner seg å implementere tiltak i sen barndom, før ungdomstiden. Barrett et al. (2005) sammenlignet reduksjon av angst hos to ulike aldersgrupper som var 9-10 år og 14-16 år og resultatet viste at barn i alderen 9-10 år viste større endringer enn barn i alderen 14-16 år. At universelle

programmer dermed er best å gjennomføre på barneskolen har også blitt støttet av Lock og Barrett (2003) som også sammenlignet intervensjonseffekter for de samme aldersgruppene. Barna ble tilfeldig delt i intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe og effekten av intervensjonen ble evaluert basert på posttest og 12 måneder follow up. Barn i intervensjonsgruppen hadde mer reduksjon i angst både på posttest og ved follow up og i tillegg viste det seg at barn i alderen 9- 10 år rapporterte mer angst både før og etter intervensjon, men hadde større reduksjon av angst generelt ved follow up sammenlignet med aldersgruppen 14-16 år. Barrett, Farrell, Ollendick og Dadds (2006) fulgte opp Lock og Barretts (2003) resultater etter både 24 måneder og 36 måneder. Generelt var det færre som hadde høy risiko etter 36 måneder sammenlignet med kontrollgruppen og i tillegg viste det seg at barn i alderen 9-10 år var de som hadde hatt mest nytte av intervensjonen. Barn i alderen 9-10 år i intervensjonsgruppen viste lavere skåre over tid sammenlignet med kontrollgruppen mot at det var ingen gruppeforskjeller blant deltakerne i alderen 14-16 år.

Disse studiene viser at angst hos barn effektivt kan bli behandlet ved bruk av korte psykososiale intervensjoner (Lowry-Webster et al., 2001). De viser til at universelle programmer er verdifulle uansett om man har en risiko eller ikke, at det lett kan innføres på skolen og viktigst av alt at den kan ha en langvarig effekt og dermed forhindre utvikling av angst senere i livet.

Her i Norge er den største forebyggende undersøkelsen som har blitt gjort utført av Aune & Stiles (2009) som ønsket å redusere og forebygge utvikling av sosial angst. De evaluerte et tiltak kalt Norwegian Universal Preventive Program for Social Anxiety (NUPP-SA) som ble gjennomført blant elever i alderen 11-14 år. Intervensjonen var basert på psykodedukasjon, men de lærte spesifikt om sosial angst. Det var elever fra to forskjellige kommuner som deltok i studien, hvorav intervensjon ble gitt til alle i den ene kommune og den andre kommunen fungerte som kontrollgruppe. Intervensjonen bestod av 3 økter à 45 min

og ble evaluert gjennom pretest og posttest og 12 måneder follow up. Resultatene viste at også NUPP-SA hadde en forebyggende og en behandlende effekt. Angst ble redusert hos alle elever i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen og subjekter i intervensjonsgruppen som var kategorisert til å ha sosial angst fikk færre symptomer etter intervensjon. I tillegg var det også færre av de som allerede viste symptomer som utviklet diagnose i løpet av intervensjonsperioden (Aune & Stiles, 2009).

En mindre, men mer nyligere studie ble gjennomført av Flaten & Heiervang (2012) som gjennomførte et undervisningsprogram for å forebygge og redusere angst hos barn på 5. klassetrinn. Totalt 18 barn og deres foreldre deltok i undersøkelsen som gikk over en 5 ukers periode. Intervensjonen ble evaluert med pre- og posttester og kartleggingskjemaet som ble brukt var Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). Resultatet fra studien viste at barn rapporterte høyere angstnivå enn foreldrene både før og etter intervensjon og barnas angstnivå ble noe redusert, men ikke på et signifikant nivå.

Selv om universelle intervensjoner har lovende resultater har effektstørrelsen ved tidligere studier ofte generelt vært ganske små (Neil & Christensen, 2009). Likevel etter sammenligning av studier hentet fra databaser på samme emne så har det vist seg at 11 av 16 universelle programmer har vist signifikante forskjeller før og etter intervensjon (Neil & Christensen, 2009). Det er interessant å se om Flaten og Heiervang (2012) sin studie kan replikeres i en ny studie med samme behandlingsprogram et annet sted i Norge. Denne studien er derfor en systematisk replikasjon hvor man har innført ventelistekontroll for å få en bedre oversikt over effekten av intervensjonen. I tillegg til angstnivåer undersøker denne studien også nivå av sosial mestringstro gjennom bruk av kartleggingskjemaet Children's Self Efficacy in Peer Interactions (CSEPI), dette fordi mestringstro og angst ofte er relatert til hverandre (Muris, 2002). Hovedmålet med undersøkelsen er likevel i likhet med Flaten &



Heiervang (2012) å undersøke om en kortvarig intervensjon reduserer angst hos barn og bidrar til angstmestring.

## Metode

### Deltakere

Deltakerne var elever i grunnskolen fra 5- 7 trinn samt deres foreldre. Elevene var fra to forskjellige skoler, en i Romerike og en i Vestfold. Det ble etterlyst deltakere til programmet over sosiale medier og elevene ble rekruttert ved at rektor på hver skole ønsket programmet på sin skole. Elevenes deltakelse var frivillig og foreldrene samtykket skriftlig etter tilsendt informasjonsskriv.

I gruppe 1 fra Romerike var det totalt 37 elever som deltok hvorav 21 var jenter og 16 var gutter. Av det totale antallet gikk 21 stykker i 5 klasse og 16 stykker i 6 klasse. I gruppe 2 fra Vestfold var det totalt 24 elever som deltok hvorav 12 var jenter og 12 var gutter. Av det totale antallet gikk 6 stykker i 5 klasse, 7 stykker i 6 klasse og 11 stykker i 7 klasse. Begge gruppene bestod av helt vanlige skoleklasser på et universelt nivå. Gruppe 2 var en skole som har vært en del av programmet « Smart Oppvekst» og hadde derfor noe erfaring med styrking av sosiale ferdigheter.

Studien ble meldt til personvernombudet med prosjektnr 36100.

### Kartleggingsinstrumenter

Det ble brukt pretest og posttest målinger av angstnivåer og sosial mestring. Elevene skåret seg selv og foreldrene skåret sine barn.

**Kartlegging av angst.** Spence Children's Anxiety Scale (Spence, 1998) var måleskalaen som ble brukt for angst. SCAS er en selvrappert som består av 44 utsagn, hvorav 38 av de er knyttet til angstsymptomer og 6 er utsagn betraktet som positive for å redusere negativ respons bias. Av de 38 utsagnene er 6 tilknyttet separasjonsangst, 6 tilknyttet sosial

angst, 6 tilknyttet tvangslidelser, 6 tilknyttet panikkidelser, 3 tilknyttet agorafobi, 6 tilknyttet generalisert angst og 5 tilknyttet frykt for fysisk skade (Spence, 1998). Hvor hyppig hvert utsagn oppleves vurderes på en firepunkts skala med kategoriene aldri (0), av og til (1), ofte (2) og alltid (3). Eksempel på utsagn er «Jeg er redd for å være alene hjemme». Barna lagde en ring rundt det alternativet de mener passet best. Et siste utsagn, nr 45, lar barna selv skrive ned hva de virkelig er redd for, men på grunn av stor variasjon i svarene så er ikke dette med i skåringen. En total SCAS skåre, som gir en samlet måling på angst, regnes ut ved å summere de 38 utsagnene og som gir en maks skåre på 114. Skalaen har demonstrert høy intern konsistens som er oppgitt til å være .93 og en test- retest reliabilitet for et utvalg barn i alderen 8-12 år på .60. Normene for SCAS er basert på en undersøkelse i Australia hvor total snittskåre for begge kjønn i alder 8-11 år ligger på gjennomsnittlig 30.35 (SD= 17.07) (Spence, 1998).

Spence Children's Anxiety Scale- Parent Version (SCAS- P) er foreldreutgaven av SCAS og består av totalt 39 utsagn hvorav 38 er relatert til angstspørsmål og det siste er et åpent spørsmål som ikke skåres. Total skåre utregnes på samme måte som SCAS og gir da også en maks skåre på 114. Utsagnene er helt like som i SCAS og er formulert så likt som mulig, men utsagn som refererer til en indre tilstand som å «føle seg redd» er omformulert til atferd som er observerbar for foreldrene, som for eksempel «Barnet mitt klager over å føle seg redd». I tillegg er ord som «jeg» byttet ut med «barnet mitt» (Nauta et al., 2004). I forhold til reliabilitet er det oppgitt en intern konsistens på .89. Normer for SCAS- P er på 31,4 (SD 12, 9) for gutter og 33 (SD= 13,5) for jenter (Nauta et al., 2004).

**Kartlegging av sosial mestring.** The Children's Self Efficacy for Social Interactions With Peers Scale (CSPI) (Wheeler & Ladd, 1982) var måleskalaen som ble brukt for sosial mestring. Dette er en selvrappport som består av 22 utsagn knyttet til sosiale situasjoner og som måler barns mestringstro i samhandlingssituasjoner med andre barn. 12 av utsagnene

skildrer konfliktsituasjoner, mens 10 av de skildrer nonkonflikt situasjoner. Elevene skulle vurdere i hvilken grad det er vanskelig eller lett å utføre en respons ut ifra en firepunkts skala med kategoriene VANSKELIG (1), vanskelig (2), lett (3) og LETT (4). Eksempel på et utsagn er « Noen elever erter en av dine beste venner. Er det \_\_\_ for deg å be dem slutte? » De ringet rundt det alternativet de mener passet best. Svar på hvert utsagn summeres for å få en total skåre hvor lavest mulig skåre er 22 og høyest mulig skåre er 88. Jo høyere skåre, jo høyere mestringsstro (Wheeler & Ladd, 1982). I forhold til reliabilitet oppgir Wheeler & Ladd (1982) en indre konsistens på 0.85 og en test-retest reliabilitet på .90 for gutter og .80 for jenter. I forhold til validitet nevner Wheeler & Ladd (1982) at snittskårene kan variere med ulike utvalg, men oppgir en total snittskåre på 63.7 (SD= 11.3).

Foreldreversjonen for denne studien (CSPI- P) ble laget med utgangspunkt i en lærerversjon utviklet av Wheeler & Ladd (1982). Den består av 11 tilfeldig valgte utsagn fra elevskjemaet og med samme formuleringer, med unntak av at «dine» ble byttet ut med « ditt barns» og « deg» ble byttet ut med « ditt barn». Eksempel på utsagn er « Noen elever erter en av ditt barns venner. Er det \_\_\_ for ditt barn å be dem slutte? ». Total skåre regnes ut ved å summere svar på hvert utsagn og gir en minimum skåre på 11 og maksimum skåre på 44. Skalaen har en indre konsistens på .73 og en test-retest reliabilitet på .95 for 5 trinn (Wheeler & Ladd, 1982).

### **Setting og apparatur**

Settingen for utfylling av skjemaer var for barna i klasserommet med kontaktlærer tilstede, mens foreldrene fylte ut skjema hjemme. Intervensjonen ble utført i klasserom med kontaktlærer tilstede hvor det for gruppe 1 var separat undervisning for 5 og 6 trinn, mens deltakerne i gruppe 2 var samlet i en klasse.

Som en del av intervensjonen ble det brukt PC for å holde Powerpoint presentasjon som var basert på behandlingsmanualen til Flaten og Heiervang (2012). I tillegg ble det laget en arbeidsbok som ble utgitt til hver enkelt elev til bruk under øktene.

## **Design**

Det ble gjort en gruppedesign med to grupper hvorav den ene gruppen var i ventelistekontroll. Det vil si at deltakere i både gruppe 1 og gruppe 2 fikk intervensjon, men deltakere i gruppe 2 fikk det på det senere tidspunkt, etter at intervensjon var gjennomført i gruppe 1. Fordelingen til gruppene var ikke randomisert.

## **Prosedyre**

**Innsamling av data.** Gruppe 1 fylte ut pretest i forkant av intervensjon (T1) deretter posttest (T2) etter intervensjon samt en follow up 1 måned senere (T3). Fordi gruppe 2 var i ventelistekontroll fylte de ut 2 pretester før intervensjon (T1 og T2) og en posttest etter intervensjon (T3). Tester til elevene ble gitt på skolen og samlet inn av lærer rett etter utfylling. Dersom noen elever var borte ble skjemaene fylt ut så snart barna var tilbake på skolen. Tester til foreldrene ble levert hjem i en konvolutt som barna tok med seg. Foreldrene fylte ut hjemme og sendte tilbake til skolen via barna.

**Intervensjon.** Programmet ble gjennomført over en 5 ukers periode og bestod av 5 økter à 60 minutter som ble gitt en gang i uken på en fast dag og tidspunkt. Kontaktlærer var tilstede under alle øktene, men var ikke aktiv i selve undervisningen. Gruppe 1 hadde intervensjon fra uke 3-7 i 2014, mens gruppe 2 hadde intervensjon fra uke 10-14 i 2014. Programmet inneholdt i likhet med Flaten og Heiervang (2012) opplæring om angst og hvordan det kan mestres. Hver økt hadde et eget tema og prosjektmedarbeider holdt foredraget hovedsakelig med powerpoint (se appendiks). Undervisningen var lagt opp til at elevene selv skulle komme med innspill og hver økt bestod av eksponering i form av

gruppeoppgaver og lek samt individuelle oppgaver i arbeidsbok. Alle oppgavene var tilpasset tema for den dagen.

*Økt 1.* I økt 1 var hovedtemaet å gjenkjenne følelser. Barna lærte at det finnes forskjellige typer følelser og at følelser er individuelle.

*Økt 2.* Økt 2 handlet om kroppens reaksjoner og fysiologiske symptomer på angst. Dette for å kunne lære å identifisere angst. Det var også opplæring i hvordan tankene våre påvirker oss og at negative tanker gjør oss mer redd.

*Økt 3.* I økt 3 var det en opplæring i hvordan man kan endre tankene, som vil si å bytte ut negative tanker med positive og nyttige tanker. Det var også undervisning om fremsnakk og om hvordan man kan være støttende for hverandre.

*Økt 4.* I økt 4 var hovedtemaet problemløsning. De lærte at det finnes alternative løsninger for å mestre en vanskelig situasjon i stedet for unngåelse.

*Økt 5.* Økt 5 bestod av repetisjon fra de tidligere øktene.

### **Datanalyse**

Det vil bli brukt deskriptiv statistikk for å analysere gruppeeffekter for SCAS og SCAS- P samt CSEPI og CSEPI- P på samme måte som gjort i Flaten og Heiervang (2012). Total gjennomsnittskåre for hver gruppe på hvert tidspunkt (T1, T2 og T3) vil bli beregnet og sammenlignet og det vil bli gjort en analyse av endringer for T1 til T2 og fra T2 til T3. Dette med en dependent t-test og ut ifra det videre beregne effektstørrelse (Cohen's d) for forskjeller som er signifikante. Cohen's d sier noe om størrelsen på forskjellen og en  $d = .2$  tilsier en liten effekt,  $d = .05$  tilsier en medium effekt og  $d = .8$  tilsier en stor effekt (Yockey, 2011).

Videre vil det også bli gjort en visuell inspeksjon av data for individuelle skårer på SCAS ved å se på den enkeltes elev totale T- skåre ved T1, T2 og T3. Elever fra Gruppe 1 og gruppe 2 vil bli presentert hver for seg. SCAS gir T- skårer basert på elevenes råskåre der normalskåren er 50 og et standardavvik på 10. T- skåre på 60 indikerer et forhøyet nivå av angst (Spence Children's Anxiety Scale, udatert).

### Resultater

Resultatene er basert på elever og foreldre som har levert inn alle pre- og posttester da det viste seg at noen ikke fylte ut og leverte alle skjemaene. 31 elever og 27 foreldre representerer gruppe 1 og 19 elever og 14 foreldre representerer gruppe 2. Data fra barn og foreldre på SCAS og CSEPI for begge grupper er presentert i tabell 1. Som det fremgår i tabellen ligger gjennomsnittskåren i SCAS for elever og foreldre i begge grupper under normen. Elever i gruppe 1 viser en lavere gjennomsnittskåre for hvert tidspunkt, med en endring på -0.3 fra T1 til T2 og en endring på -6.0 fra T2-T3 som er en signifikant forskjell og med effektstørrelse på  $d= 0.58$ . Elever i gruppe 2 viser også lavere gjennomsnittskåre for hvert tidspunkt med en endring på -3.5 fra T1 til T2 som er en signifikant forskjell og som viser til en effektstørrelse på .33 samt en endring på -3.0 fra T2-T3 som også er en signifikant forskjell med en effektstørrelse på .30. Foreldre i gruppe 1 viser en signifikant endring fra T1 til T2 med en endring på 3.2 og effektstørrelse  $d= .30$ . I T3 er skåren redusert, men ingen signifikant endring. Foreldrene i gruppe 2 har en redusert skåre for hvert tidspunkt, men ingen signifikante forskjeller. Foreldrene i begge grupper rapporterte mindre angst enn barna.

Når det gjelder CSEPI lå elevenes snittskåre noe over normen. Elever i gruppe 1 viser en økning i mestringstro for hvert tidspunkt, men ingen signifikante forskjeller. Gruppe 2 viser økning fra hvert tidspunkt, med en signifikant endring fra T2 til T3 med en effektstørrelse  $d= .40$ . Foreldre i både gruppe 1 og 2 viser liten økning for hvert tidspunkt, men ingen signifikante forskjeller. Foreldrene rapporterte mindre mestringstro enn barna.

Data på individuelle skårer for elever på SCAS i gruppe 1 og gruppe 2 er presentert hver for seg (se figur 1 og figur 2). Som det fremgår av figurene har de fleste i gruppe 1 og gruppe 2 T- skårer innenfor normalen, men noen deltakere har forhøyet angstnivå ved T1. Skårer i gruppe 1 og 2 viser stor individuell variasjon på angstnivåer over de ulike tidspunktene.

### Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke om et kort program kunne redusere og forebygge angst hos barn. Generelt er resultatene for angstskårene lovende i og med at signifikante effekter ble funnet og som dermed gir en indikasjon på at programmet har stort potensiale i å redusere angst. Elevene i gruppe 1 rapporterte mindre angst for hvert tidspunkt, men hadde en større endring fra T2 til T3 enn fra T1 til T2 som var rett før og etter intervensjon. Dette kan antyde at elevene i gruppe 1 ikke responderte veldig raskt til intervensjonen, men at den heller kan ha hatt en forsinket effekt. Dette er i så fall ikke ulikt funn fra andre studier hvor det for eksempel hos Barrett et al., (2005) ble påvist en større effekt ved 12 måneder follow up enn på posttest (som ikke viste en signifikant endring i det hele tatt) dette uavhengig av om det var snakk om lav, medium eller høy angstskåre. Selv om T3 bare var 1 måned etter intervensjon kan det likevel tyde på at det har hatt samme virkning og at effekten ikke merkes før mye senere. Faktisk har Barrett et al (2006) dokumentert at effekten blir bedre jo lenger tid det går. På en annen side kan man ved å se på de individuelle skårene for gruppe 1 se at enkelte hadde en større reduksjon ved T2 som ikke kommer tydelig frem i grupperesultatene. For eksempel viste elev med forhøyet angstskåre, da T- skåre på over 60, en reduksjon umiddelbart etter intervensjon, og havnet i tillegg under kategorien «normal» etter dette tidspunktet. Basert på dette samt en signifikant endring fra T2 til T3 med en effektstørrelse på  $d = .58$ , som tilsvarer en medium effekt, kan man tolke at behandlingen alt i alt har hatt en betydning for elevene i gruppe 1.

Når det gjelder gruppe 2 var funnene noe annerledes. Resultatene viste en signifikant endring fra T1 til T2, selv om intervensjonen på dette tidspunktet ikke hadde blitt gjennomført. Hvorfor denne endringen oppstod er vanskelig å svare på, men man kan anta at for eksempel ulemper med selvrapporing og andre trusler mot indre validitet er av betydning. Da prosjektets varighet var relativt kort er det vanskelig å tro at angst ble naturlig redusert i perioden, men det kan heller ikke utelukkes. I tillegg hadde denne gruppen bakgrunn i mestring fra tidligere noe som generelt kan ha påvirket studien. En viktig merknad derimot er at hvis man igjen ser på de individuelle skårene så kan man se at det hos noen elever ikke er store endringer i angstskåre fra T1 til T2, men heller en større endring fra T2 til T3. Dette gjaldt både elever med forhøyet angstskåre og innenfor normalen. Sett på den måten kan man anta at det er intervensjonen som har ført til denne endringen.

Generelt når det gjelder snittskårene for SCAS så ligger skårene fra denne undersøkelsen noe under normen, som er en forskjell fra Flaten og Heiervang (2012) som rapporterte snittskårer noe over normen. Normeringen er basert på en undersøkelse i Australia og man vet ikke helt sikkert om normene i SCAS gjelder for norske barn. Generaliteten til SCAS derimot har blant annet blitt undersøkt gjennom opprettelsen av en gresk versjon av skalaen og selv om det var noe variasjon i angstskåre fra Australia og Hellas, var den generelle konklusjonen at skjemaet kunne brukes klinisk (Mellon & Moutavelis, 2007). Selv om det ikke er spesifikt sjekket, kan man anta at dette også vil gjelde for den norske versjonen.

I forhold til sosial mestringstro så viser det seg at elevene i utgangspunktet har normalt nivå av mestringstro da de faktisk ligger noe over normen og funnene viser ikke noe spesielt i dette tilfellet. Et unntak er at mestringstroen øker noe for hvert tidspunkt og man kan argumentere for at dette samsvarer med den lave angstskåren og reduksjon i angstskåre for hvert tidspunkt. Studier viser nemlig at jo lavere angstnivå man har, jo høyere mestringstro



(Muris, 2002). På grunn av denne relasjonen kan man derfor anta at skårene nettopp er som de er. På en annen side derimot så er CSEPI rettet mot sosial mestringstro og denne studien var ikke tilstrekkelig nok for å kunne evaluere det og det ville dessuten vært mer relevant å sammenligne det med sosial angst alene. I denne studien har man tatt utgangspunkt i en generell total SCAS skåre og ikke hver deleskåre til hver enkelt angstlidelse som SCAS avdekker.

Det argumenteres for at forebyggende programmer kan være et fint alternativ til behandling generelt fordi at de med høyest risiko for angst er de som rapporterer mest redusert angst, men at dette da vil gå utover de som ikke viser angst i det hele tatt (Farrell & Barrett, 2007). Hvis man ser på enkeltskårer i denne studien så kan man se at de med forhøyet skåre har kommet under normalen etter intervensjon, men det viser også store reduksjoner hos de som allerede er innfor normalen. Dessuten tilsier ikke en forhøyet skåre nødvendigvis klinisk angst eller nok til en angstdiagnose. Resultatene her viser en reduksjon uansett risikostatus som styrker at programmet virker forebyggende. At de få med forhøyet skåre er mer responsive til intervensjonen og viser størst reduksjon av angst er et vanlig funn og er bare en bonus og gir støtte for at programmet er verdifullt for alle. Grunnen til at det generelt ikke er så store reduksjoner er fordi de fleste skårer innenfor normalen. Det er viktig å legge merke til at slike befolkningsrettete tiltak gjerne har små effekter på den enkelte, men siden det når mange mennesker så er effekten stor for samfunnet (Mathiesen, 2009). Selv små effekter er verdifulle og det er faktisk vanlig med små til moderate effektstørrelser fra  $-.24$  til  $.7$  ved bruk av universelle tiltak (Neil & Christensen, 2009). Denne studien har rapportert slike effektstørrelser og har derfor i likhet med Flaten og Heiervang (2012) rapportert redusert angst. Den eneste forskjellen, og en viktig merknad, er at det i denne studien har blitt påvist signifikante forskjeller. På grunnlag av dette kan det være rimelig å konkludere at

programmet har hatt en effekt, og om ikke annet en psykoedukativ effekt som er nyttig i seg selv.

Fordeler med programmet er at det er enkelt å implementere og at det enkelt kan innføres i skolen. Med bruk av selvrappporter blir prosessen lettvis fordi man slipper å sette opp møter med foreldre for strukturerte intervju eller lignende. I denne undersøkelsen, i likhet med Flaten og Heiervang (2012), rapportere foreldrene mindre angst enn barna og i tillegg mye lavere mestringstro. Dette indikerer at angst kan være vanskelig å avdekke og det bør derfor nettopp på grunn av dette tilbys i skolen uavhengig av behov.

Begrensninger ved studien er blant annet knyttet til barn og foreldres selvrappotering og hvor troverdige målingene deres er. En ulempe med pretest er at det gir en indikasjon på hva forsøket går ut på og at barna derfor selv indirekte kan ha påvirket resultatet. Utfordringer som sykdom og skoleferier kan ha forstyrret utfylling av skjema, og det var også slik at noen i det hele tatt ikke leverte inn alle skjemaene. Skulle man derimot brukt intervju som kartlegging ville det vært mer kostbart og tidkrevende. En annen mulig begrensning er modning og at naturlige endringer over tid kan ha blitt ansett som en behandlingseffekt (Shadish, Cook & Campell, 2002). Videre studier burde undersøke det samme på enda flere deltakere, for eksempel på et lokalt nivå, og med flere målinger over tid etter intervensjon, dette også for kontrollgruppen. Med hyppige målinger vil man kunne få en enda bedre oversikt over effekten og en eventuell varighet av den. Fordelingen til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe burde også være randomisert.

Med tanke på funn så kan man alt i alt oppsummere med at studien har en ytre validitet og at et kort og intensivt universelt program basert på KAT er effektivt i å redusere angst hos barn. Programmet gir en generell nytte for å kunne mestre nåværende og eventuell fremtidig angst.

## Referanser

- Aune, T. & Stiles, T.C. (2009). Universal-Based Prevention of Syndromal and Subsyndromal Social Anxiety: A Randomized Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 867-879. doi: 10.1037/a0015813
- Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H. & Dadds, M. (2006). Long- Term Outcomes of an Australian Universal Prevention Trial of Anxiety and Depression Symptoms in Children and Youth: An Evaluation of the Friends Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(3), 403-411. doi: 10.1207/s15374424jccp3503\_5
- Barrett, P. M., Lock, S. & Farrell, L. J. (2005). Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Clinical Child Psychology Psychiatry, 10*(4), 539-555. doi: 10.1177/135910450505056317
- Barrett, P. & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school- based trial. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(4), 399-410. doi: 10.1348/014466501163887
- Farrell, L. J. & Barrett, P. M. ( 2007). Prevention of Childhood Emotional Disorders: Reducing the Burden of Suffering Associated with Anxiety and Depression. *Child and Adolescent Mental Health, 12*(2), 58-65. doi: 10.1111/j.1475-3588.2006.00430.x
- Flaten, K. & Heiervang, E. (2012). Program for forebygging av angst: Et pilotprosjekt gjennomført på 5. klassetrinn. *Spesialpedagogikk, 10*, (s 43- 49). Hentet fra <http://www.spesialpedagogikk.no/Fagtidskrift/Spesialpedagogikk/Arkiv/201021/05200913316/>
- Grøholt, E. K. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 4/2014). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:)

0:25,5498&MainContent\_6246=6503:0:25,5508&Content\_6503=6259:113662:25,5508:0:6250:1:::0:0

Helland, M. J & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15 åringer fra vanlige familier i Norge- hverdagsliv og psykisk helse* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 1/2009). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6496&Main\\_6157=6263:0:25,6336&MainContent\\_6263=6496:0:25,6348&Content\\_6496=6259:73517:::0:6184:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6496:0:25,6348&Content_6496=6259:73517:::0:6184:1:::0:0)

Lock, S. & Barrett, P.M. (2003). A Longitudinal Study of Developmental Differences in Universal Preventive Intervention for Child Anxiety. *Behavior Change*, 20(4), 183-199. doi: 10.1375/bech.20.4.183.29383

Lowry- Webster, H. M., Barrett, P. M. & Dadds, M. R. (2001). A Universal Prevention Trial of Anxiety and Depressive Symptomatology in Childhood: Preliminary Data from an Australian Study. *Behavior Change*, 18(1), 36-50. doi: 10.1375/bech.18.1.36

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var- Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Nasjonalt folkehelseinstitutt rapport 1/2011). Hentet fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_6503&Main\\_6157=6246:0:25,5498&MainContent\\_6246=6503:0:25,5508&Content\\_6503=6259:87775:25,5508:0:6250:128:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498&MainContent_6246=6503:0:25,5508&Content_6503=6259:87775:25,5508:0:6250:128:::0:0)

Mellon, R. C. & Moutavelis, A. G. (2007). Structure, developmental course, and correlates of children's disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 1-21. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.008

- Muris, P. (2002). Relationships between self- efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in a normal adolescent sample. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 337- 348. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00027-7
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H. & Waters, A. (2004). A parent- report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child- report in a clinic and normal sample. *Behavior Research and Therapy*, 42(7), 813-839. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00200-6
- Neil, A. L. & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school- based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 208-215. doi: doi:10.1016/j.cpr.2009.01.002
- Rapee, R. M., Schniering, C. A. & Hudson J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153628
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. USA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behavior Research and Therapy*, 35(5), 545-566. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Spence Children's Anxiety Scale. (udatert). *Overview*. Hentet 14. April 2016 fra [http://www.scaswebsite.com/index.php?p=1\\_12](http://www.scaswebsite.com/index.php?p=1_12)
- Yockey, R. D. (2011). *SPSS demystified. A step-by-step guide to successfull data analysis* (2. utg.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education , Inc.

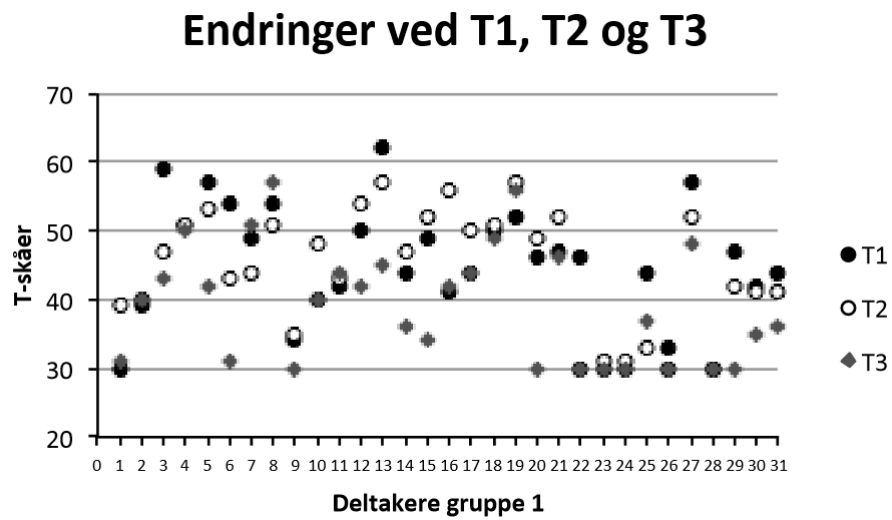
Wheeler, V. A. & Ladd, G. W. (1982). Assessment of Children's Self-Efficacy for Social Interactions With Peers. *Developmental Psychology*, 18(6), 795-805.  
doi:10.1037/0012-1649.18.6.795

Tabell 1.

Oversikt over endringer i gjennomsnittskåre av angst og sosial mestring for elever og foreldre i begge grupper på hvert tidspunkt.

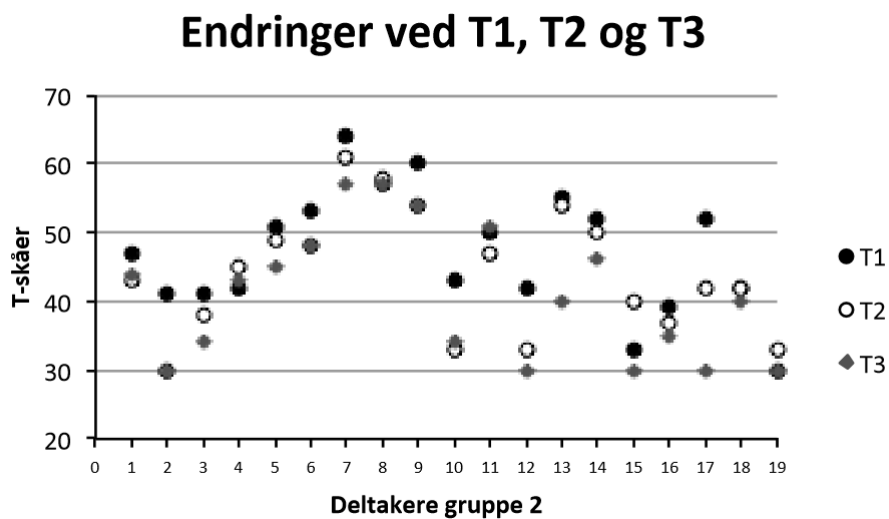
<b>Elever</b>	<b>N</b>	<b>SCAS T1</b> <i>M (SD)</i>	<b>SCAS T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>SCAS T3</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T1 –T2</b> <i>M (SD), d</i>	<b>Endring T2-T3</b> <i>M (SD)</i>
<b>Gruppe 1</b>	31	21.5 (12.6)	21.2 (11.0)	15.2 (9.9)	- 0.3 (8.6)	-6.0 (8.3)*, <i>d = .58</i>
<b>Gruppe 2</b>	19	20.8 (10.7)	17.4 (10.0)	14.4 (9.8)	-3.5 (5.3)*, <i>d = .33</i>	-3.0 (4.4)*, <i>d = .30</i>
<b>Elever</b>	<b>N</b>	<b>CSEPI T1</b> <i>M (SD)</i>	<b>CSEPI T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>CSEPI T3</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T1 –T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T2-T3</b> <i>M (SD)</i>
<b>Gruppe 1</b>	31	67.5 (11.8)	69.1 (11.8)	70.39 (13.8)	1.6 (10.4)	1.2 (8.6)
<b>Gruppe 2</b>	19	67.1 (14.7)	67.5 (14.0)	72.7 (11.4)	0.4 (14.9)	5.2 (10.3)*, <i>d = .40</i>
<b>Foreldre</b>	<b>N</b>	<b>SCAS T1</b> <i>M (SD)</i>	<b>SCAS T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>SCAS T3</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T1 –T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T2-T3</b> <i>M (SD)</i>
<b>Gruppe 1</b>	27	12.6 (10.6)	15.8 (10.6)	13.3 (9.1)	3.2 (6.2)*, <i>d = .30</i>	-2.4 (7.2)
<b>Gruppe 2</b>	14	14.7 (5.0)	14.4 (6.7)	10.9 (5.4)	0.3 (6.2)	3.6 (6.6)
<b>Foreldre</b>	<b>N</b>	<b>CSEPI T1</b> <i>M (SD)</i>	<b>CSEPI T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>CSEPI T3</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T1 –T2</b> <i>M (SD)</i>	<b>Endring T2-T3</b> <i>M (SD)</i>
<b>Gruppe 1</b>	27	29.9 (10.8)	32.0 (9.0)	33.4 (9.0)	2.4 (8.4)	1.4 (5.1)
<b>Gruppe 2</b>	14	32.4 (4.8)	32.8 (6.0)	34.4 (6.7)	0.4 (5.7)	1.6 (6.0)

Noter: \* er statistisk signifikant forskjell,  $p < .05$



Figur 1. Oversikt over endringer i individuelle angstskårer for elever i gruppe 1 ved T1, T2 og T3.

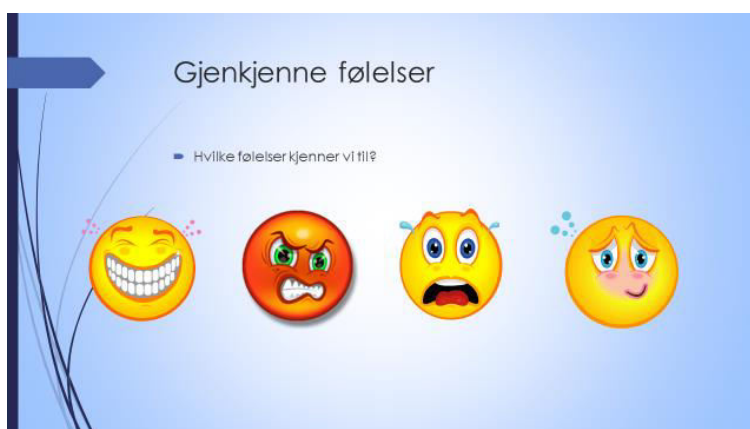
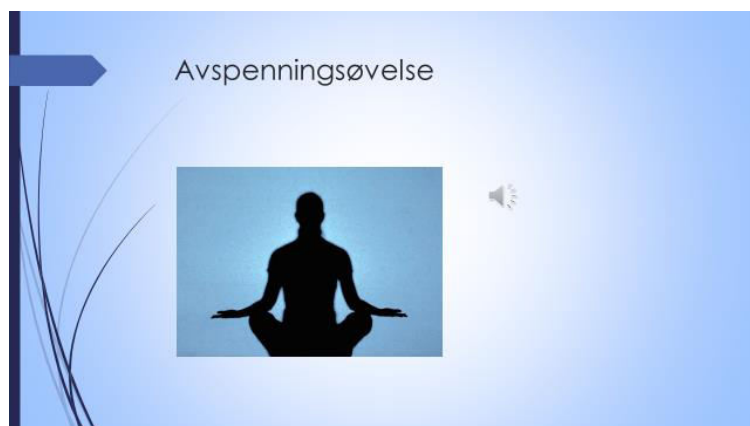
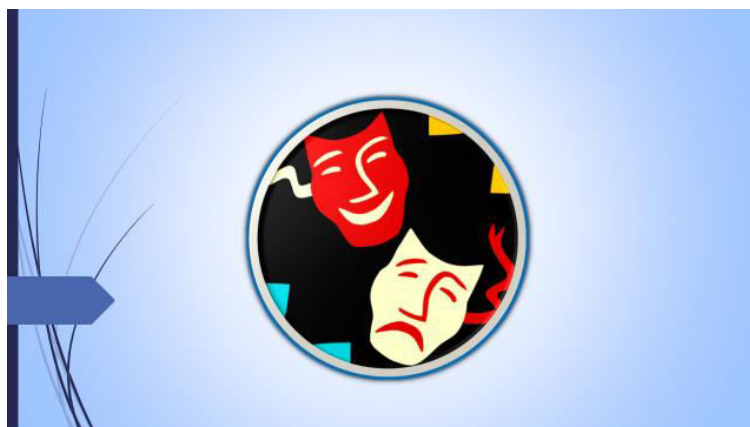




Figur 2. Oversikt over endringer i individuelle angstskårer for elever i gruppe 2 ved T1, T2 og T3.

Appendiks

Powerpointpresentasjonen som ble brukt



## Følelser er bra å ha

- Uten følelser kunne vi ikke gledet oss eller skjont hva som er farlig.
- Alle har både gode og vonde følelser



## Følelser er individuelle

- Ingen rett og gal følelse



## Vonde følelser



## Arbeid i boka



## Gruppeoppgave

Snakk med hverandre om egne følelser, både gode og vonde


Hva gleder du deg til? Når er du mest fornøyd? Hva syntes du er skummelt?

Mimeoppgave:  
Mimen følelse. Resten av gruppen gjetter.



## Oppsummering

- Hva har vi lært i dag?



## Neste gang...

- Vonde følelser
- Kroppen
- Tanker





## DAG 2

Oppsummering forrige time

- Hva lærte vi sist?



Avspenningsøvelse

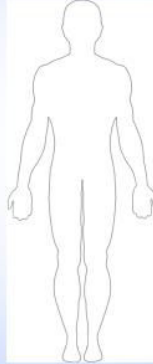


Fortell om noe hyggelig som har skjedd siden sist 

Kroppen og hodets reaksjoner



## Hvordan reagerer kroppen?



## Hvordan påvirker følelsene tankene våre?

- Når vi gruer oss til noe, hva skjer med tankene da?



## Arbeid i boka




## Gruppeoppgave

- Lag en felles kakemann
  - Forklar hvordan/hvor vi kjenner følelsene i kroppen.
  - Hvilke hendelser får frem disse reaksjonene?




Oppsummering

- Hva har vi lært i dag?

A black stick figure is shown in a dynamic, jumping pose. Above its head is a glowing yellow lightbulb with radiating lines, symbolizing a bright idea or a key takeaway from the day's session.

Neste gang...

- Hvordan grue oss mindre

A red heart with a simple black outline is depicted with a smiling face and two thin legs, giving it a personified, happy appearance.

DAG 3

## Oppsummering forrige time

- Hva lærte vi sist?



## Avspenningsøvelse



Hva har du vært glad for siden sist?



## Hvordan grue oss mindre - tankene våre

- For at vi skal grue oss mindre må vi begynne med tankene våre.
- Hvilke tanker kan hjelpe oss å ha det bra?
- Hvilke tanker kan vi ha som ikke er nyttige?
- Tankene kan kontrolleres





## Støttende tanker

- Når noe er skummelt henter vi frem tanker som er hjelpsomme
- Man må ha et lager av støttende tanker



## Arbeid i boka



## Fremsnakk

- Hvordan kan vi hjelpe hverandre å få det bedre?
  - Fremsnakk hverandre!

Oppgave:



YOU LOOK  
REALLY  
GOOD  
TODAY

## Gruppeoppgave

- Rollespill situasjoner hvor dere er støttende. En person trenger støtte, mens de andre spiller støttende. Alle må gjennom behov for støtte.



### Neste gang...

- ▀ Problemløsning- Hva kan vi gjøre når noe er vanskelig?





## DAG 4

### Oppsummering forrige time

- ▀ Hva lærte vi sist?



### Avspenningsøvelse



## Problemløsning

- Hva kan vi gjøre når noe er vanskelig?



## Problemløsning

- 1. Definer problemet. Hva er situasjonen?
- 2. Hvilke alternativer har du? Hva kan du gjøre for å endre situasjonen?
- 3. Evaluer alternativene. Hvilke løsninger er mulig å gjennomføre?
- 4. Velg et alternativ. Hva er det beste og enkleste å gjøre?



## Arbeid i boka



## Gruppeoppgave

- To og to/gruppe: Statue av hverandre/ bestem hva slags lyd den andre skal lage
- Hele klassen: sirkellek
- Vennskapsrunde: si en positiv ting til den som står til venstre.



Oppsummering

- Hva har vi lært i dag?

A black stick figure character is shown in a dynamic, jumping pose. Above its head is a glowing yellow lightbulb with radiating lines, symbolizing an idea or learning. The character has a thoughtful expression with a hand near its chin.

Neste gang...

- Repetisjon

A yellow cartoon character with large blue eyes and a smiling mouth is pointing its right index finger upwards. Above the character, the text "Don't FORGET!" is written in red, bold, capital letters.

DAG 5

Repetisjon


A yellow cartoon character with large blue eyes and a smiling mouth is pointing its right index finger upwards. Above the character, the text "Don't FORGET!" is written in red, bold, capital letters.

Avspenningsøvelse



A silhouette of a person in a meditative yoga pose (Padmasana) is centered on a light blue background. To the right of the silhouette is a small speaker icon with sound waves, indicating audio content.

Følelser



A collection of ten colorful emotion emojis arranged in two rows of five. The top row includes a yellow surprised face with a hand to its mouth, a yellow shocked face, a yellow laughing face with a tongue sticking out, a yellow crying face, and a green sad face. The bottom row includes a red angry face, a yellow face with a wide-open mouth, a yellow face with a neutral expression, a pink face with a surprised expression, and a yellow face with a sad expression.

Gode og vonde følelser



Four illustrations representing positive and negative feelings. Top left: A cartoon illustration of three children sitting in a red and orange sled, sliding down a hill. Top right: A small brown robot standing in front of a background of colorful bokeh lights. Bottom left: A cartoon character with a gear for a head holding up a certificate with an 'A+' grade. Bottom right: A cartoon girl sitting at a desk with a laptop, looking thoughtful, with a clock icon next to her.

Følelser er individuelle



Five illustrations showing individual experiences and preferences. Top left: A theater stage with an audience in the foreground. Top center: A person walking on a path towards a large sun. Top right: A brown horse. Bottom left: A film strip showing a white dog. Bottom right: A brown dog sitting on a bone.



## Problemløsning



1. Hva er den engstelige situasjonen?
2. Hvilke alternativer kan endre situasjonen?
3. Hvilke løsninger er mulige/best?
4. Velg!

## Arbeid i boka



- Lek
- Fylle ut skjema