

NT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 4 • ÅRGANG 11 • DESEMBER 2010 –



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

Tidsskrift for Kognitiv Terapi 4/2010

4
Redaksjonelt

7
Livsstilsendring og
vektreduksjon med kognitiv
terapi og oppmerksomhetstrening

14
Tar språket mitt tilbake
Válddán giellan ruovttoluotta

21
Forsiktighetsregler ved anvendelse
av oppmerksom tilstedeværelse

27
Kognitive sidesprang

29
Lederen har ordet

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2011 sendes**

Redaktør Arne Repål

Psykiatrien i Vestfold HF

P.B. 2267, 3103 Tønsberg

Tlf. 91883339

E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.

Manusstopp: februar, mai,

september, november.

• **NFKTS leder**

Torkil Berge

Norsk forening for kognitiv terapi,

Forskningsinstitutter

Modum Bad, 3370 Vikersund

Tlf. foreningen: 32 74 98 62

eller 32 74 97 00

E-post: post@kognitiv.no

Bankgiro nr. 2270 14 46686

FOTO: M.E. L.C. REPÅL



Juletreet i Alta

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Dette året har jeg hatt noen måneders permisjon fra mitt daglige virke. De har vært brukt til skriving og en del kursvirksomhet. Det siste opplever jeg som oftest både stimulerende og spennende. Det gir meg muligheter til å treffe fagfolk fra mange kanter av landet. I år har kursene vært langt mer geografisk spredt er det som er vanlig. Jeg har således vært på kognitiv terapiturné både i Alta, Bodø, Karasjok, Vadsø, Bodø, Arendal, Stjørdal og Oslo. I tillegg til den geografiske spredningen har det også vært varierende grupper av tilhørere. Den har omfattet ansatte i psykisk helsevern, pasientorganisasjoner, ansatte innen psykisk helsevern i kommunene, barnevernsinstitusjoner og Norsk Selskap for Filosofisk Praksis for å nevne noen av dem. Flere steder har kontakt med tilhørere ført til artikler her i tidsskriftet. Turene har, ved siden av stille kvelder på diverse hoteller, også inneholdt uforutsette hendelser som fly som måtte returnere på grunn av frost i haleroret, til det å bli innelåst på hotellrommet i syvende etasje en time før forelesning. I sistnevnte tilfelle fikk jeg valget mellom å klatre ned på utsiden i full snøstorm eller å vente på låsesmed. Hendelsene karakteriseres ved tre ting: jeg hadde ikke forstilt meg dem på forhånd, de er sjeldne og de fikk ingen alvorlige konsekvenser.

UNNTAK OG ANNERLEDESHET

Det er noe ved unntakene som tiltrekker oss. De stikker seg ut fra mengden, de fremstår som noe annerledes, noe som avviker fra det normale. Som terapeuter møter vi ofte pasienter som fokuserer på unntakene, men da med negative fortegn, de som varsler fare på en eller annen måte. Tiden går med til å bekymre seg over fryktelige ting som rent statistisk kan skje i stedet for å tenke på det som etter all sannsynlighet vil skje. Slikt har sin pris; i noen tilfeller fører det til angst og depresjon.

På samme måte legger vi letter merke til det som skiller seg fra mengden. Vi har lett for å bli redd for det og ta avstand fra det. Samtidig vil de fleste av oss gjerne bli lagt merke til. Det er en fin balansegang mellom det å skille seg ut på en positiv måte og det å bli sett på som noe skremmende eller uønsket. For noen faller ballen ned på riktig side av nettet og det man står for blir sett på som positivt, kreativt og i noen tilfeller endog banebrytende innenfor

kunst og musikk. For andre kan utfallet bli svært negativt.

Juletreet i Alta er et eksempel på det siste. Det stakkars treet har i mange år stått et sted på Finnmarksvidda og ant fred og ingen fare, før det en dag i slutten av november blir meid ned og plassert midt i sentrum av Alta. Her blir det raskt på grunn av sitt utseende utsatt for spott og spe både lokalt, nasjonalt og etter hvert også internasjonalt. Bilder av det stakkars treet er publisert i en rekke aviser. Resultatet ble at treet raskt ble fjernet og erstattet av et nytt og, for det store flertall av befolkningen, mer estetisk tiltrekkende juletre. Hadde dette juletreet blitt satt opp fra starten av hadde ingen utenom altaværingene selv hørt om juletreet i Alta. Det ville vært en del av de tusen anonyme juletrærne som pynter opp i gater og på torg rundt omkring i landet. Hva som ble skjebnen til det første juletreet vet jeg ikke, men jeg antar det ligger henslengt ett eller annet sted ute av syne for de som lot seg forarge av hvordan det så ut.

Jeg tror mange av oss frykter samme skjebne som juletreet i Alta. Vi kjenner av og til på angsten for å bli lagt merke til som noe avvikende, for så å bli forkastet. Det hender også at slike ting skjer. Enkeltpersoner blir noen ganger hengt ut for sin annerledeshet eller for noe de ikke har gjort. Når pasienter med sosial angst forteller om frykten for omgivelsenes reaksjoner hender det at den kan være reell. Vi skal være forsiktig med å bagatellisere den.

LIVSMESTRING

Det hender vi bruker vår kunnskap innenfor kognitiv terapi i møtet med dem som føler seg som juletreet i Alta. Det kunne vært spennende om vi også kunne anvende vår kunnskap i forhold til de som av ulike grunner blir provosert eller skremt av annerledeshet og gjennom sin atferd sårer andre. Større forståelse for egne reaksjoner kunne kanskje bidra til å forebygge utstøtningsmekanismer. Da må vi i større grad nå ut til befolkningen på andre arenaer enn i terapirommet. Barnehager, skoler, idrettslag og andre fora der mennesker samles og utvikles burde inneholde elementer av læring om hvordan ivareta andres psykiske helse så vel som sin egen. Et annet eksempel på alternativ anvendelse av psykologisk kunnskap er *The School of Life* i London (www.theschooloflife.com) Her tilbys man en rekke tilbud

«Jeg tror mange av oss frykter samme skjebne som juletreet i Alta.»

rettet mot livsmestring. Jeg kan ikke gå god for innholdet i opplegget, men konseptet ser svært spennende ut. Kursformatet fremfor den tradisjonelle terapi-pasient relasjonen er noe som tiltaler meg.

MINE TANKER GÅR TIL

I dette nummeret av tidsskriftet kan du lese om kurset Tar språket mitt tilbake som har til formål å hjelpe samiskspråklige som av ulike grunner ikke helt tør å anvende sitt eget språk. Kurset, som nå også omfatter en egen bok, bygger på elementer fra kognitiv terapi. Overvekt er knyttet til selvbilde og kroppsidealer, men er for mange også et alvorlig helseproblem. En annen artikkel beskriver og evaluerer effekten av Beckprogrammet, et nytt seks ukers kurs som tar i bruk teknikker fra kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening for å oppnå livsstilsendring og vektreduksjon. Begge disse artiklene har kursformatet som ramme om tilbudet.

Når julen er her kan det være godt å roe ned ved hjelp av mindfulness teknikker. Noen gode råd om anvendelse av slike teknikker i kognitiv terapi har det også blitt plass til ved siden av de faste spaltene. Jeg ønsker alle bladets lesere en god jul og et godt nytt år. Mine tanker går til juletreet i Alta. Jeg skulle ønske det hadde fått lov til å stå. Det hadde virkelig vært noe å legge merke til! ■



Livsstilsendring og vektreduksjon med kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening

AV VIGGO JOHANSEN OG RUNE ANDREASSEN

Sammendrag

Bakgrunn: Artikkelen beskriver og evaluerer effekten av Beckprogrammet, et nytt seks ukers program som tar i bruk teknikker fra kognitiv atferdsterapi og oppmerksomhetstrening (mindfulness) for å oppnå livsstilsendring og vektreduksjon.

Materiale og metode: 60 personer; en gruppe på 20 personer i Oslo, en gruppe på 20 personer i Tønsberg, og 20 personer i kontrollgruppe, ble inkludert i studien. Av 140 søknader ble 40 valgt ut etter følgende utvelgelseskriterier: geografisk beliggenhet (deltakerne måtte bo i eller nær Oslo eller Tønsberg); alder (20 % under 30 år; 60 % mellom 30 og 50; 20 % over 50); ønsket vektreduksjon (20 % 0–5 kg; 60 % 5–20 kg; 20 % over 20 kg); utdanning (20 % ingen høyere utdanning; 60 % 1–3 år høyskoleutdanning; 20 % 3–5 år høyskoleutdanning). Behandlingsgruppen møttes en gang ukentlig i seks uker, til sammen 7 ganger (14 timer). Alle deltakerne, både i behandlingsgruppene og kontrollgruppen, svarte på et spørreskjema før kurset startet, midtveis, ved slutten av kurset og seks måneder etter avsluttet kurs.

Resultater: Det var en signifikant forskjell i vektendring mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppen ved slutten av kurset. Denne forskjellen er mer uttalt etter 6 måneder, da behandlingsgruppen i snitt har gått ned litt over 5 kg. Forskjellen i vekt hos kontrollgruppen er tilnærmet lik null. I tillegg viser undersøkelsen en signifikant endring i følelsen av lykke, selvfornyelse, positiv innstilling til seg selv og generell selvmestring, samt at negative tanker er avtagende. Undersøkelsen viser en signifikant endring når det gjelder selvpålevd helse. Behandlingsgruppen løfter seg på helse fra 2,13 til 3,00 (avsluttet kurs) til 3,15 (6 måneder). Etter 6 måneder mener deltakerne at de har bedre helse enn noen gang.

Fortolkning: Beckprogrammet viser en signifikant effekt på vektreduksjon, helse, høyere aktivitetsnivå, bedre selvtillit, økt grad av oppmerksomhet (mindfulness), mestringsfølelse og lykke. Dette forsterkes og er klart signifikant 6 måneder etter behandling, noe som viser at effekten holder seg over tid.

INNLEDNING

Overvekt og fedme er blitt et så stort problem at det omtales som et av de viktigste helseproblemene i verden av Verdens helseorganisasjon (WHO). Økningen i livsstilssykdommer verden over dannet grunnlaget for at WHO i 2004 vedtok en global strategi angående kosthold, fysisk aktivitet og helse. Bekymringene blir ikke mindre av den klare forbindelsen mellom kraftig overvekt og fedme og kroniske lidelser som hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, diabetes (særlig type 2), ulike former for kreft og særlig tykktarmskreft hos menn samt belastningsskader som slitasjegikt i knær og hofter. I tillegg står lidelser forbundet med overvekt og fedme for 2–6 prosent av

helseutgiftene i i-land.

Ifølge Folkehelseinstituttet viser en rapport at per 2005 var 937 millioner voksne mennesker overvektige og rundt 400 millioner led av fedme. Trenden er den samme over hele verden, både i i-land og u-land. Spesielt bekymringsverdig er økningen i antall overvektige barn. Det antas at 17,6 millioner barn under fem år lider av overvekt.

I Norge viser tallene for 40- til 45-åringer at forekomsten av fedme har vært sterkt økende fra 1984 og frem til i dag. Tall fra 2000–2003 viser en forekomst av fedme på 19 prosent for menn og 16 prosent for kvinner. For samme aldersgruppe i 1984 viser statistikken en forekomst på 8 prosent for menn og 9 prosent for kvinner. Ifølge Folkehelse rapport 2010 har det i de siste årene vært få undersøkelser i denne aldersgruppen, så det er vanskelig å si med nøyaktighet hvordan utviklingen har vært i denne perioden.

Det har vært en jevn vektøkning i de siste 30 årene blant barn og unge mellom 4 og 15 år. Blant norske 8–12-åringer er forekomsten av fedme på 15–20 prosent, og blant 15–16-åringer ligger det på 13–14 prosent. For øvrig ser det ut til at vektøkningen blant norske barn ligger på samme nivå som i de andre landene i Norden og Vest-Europa, bortsett fra Storbritannia, som skiller seg ut i en enda mer negativ retning. Det er også en tendens til at de tyngste barna blir tyngre.

Kjønnsmessig er det en ubalanse i forhold til alder. Blant niåringer ser vi at det er flest jenter som sliter med overvekt, mens det blant 15-åringer er flere gutter enn jenter som sliter med overvektspromblematikk. Imidlertid viser tall fra senere undersøkelser at økningen av overvekt og fedme blant norske barn kan være på vei til å stabilisere seg. Den samme tendensen viser seg internasjonalt, der forekomsten av overvekt og fedme blant barn og unge ser ut til å holde seg på omtrent på nåværende nivå.

Med disse tallene i bakhodet virker det klart at verdens befolkning som helhet har et sterkt behov for perspektiver og metoder som kan ta opp kampen mot denne fedmeepidemien på en effektiv og vedvarende måte. Forskningsen så langt er imidlertid langt fra oppmuntrende. De fleste studier viser at majoriteten av de som går ned i vekt, er tilbake ved utgangspunktet eller verre i løpet av ett år.

Det er en vanlig antakelse at så å si ingen lykkes med å opprettholde resultatene i etterkant av en slankekur. Den første kjente studien som støtter opp under denne antakelsen, er Stunkard og McLaren-Humes undersøkelse fra 1959, som fortsatt blir brukt som evidens for at opptil 95 prosent av de som går ned i vekt som følge av en slankekur, vil veie like mye eller mer to år etter. En kjent undersøkelse av nyere dato (Kassirer & Angell, 1998) deler den samme nedstemmende konklusjonen. I en annen studie (Dansinger et al., 2005) ble fire kjente dietter: Atkins, Ornish, Weight Watchers og Zone prøvd ut og

sammenlignet for effekt over ett år. Undersøkelsen viste at majoriteten av deltakerne ikke klarte å holde seg til dietten over dette tidsrommet, men at hver av diettene førte til moderat vektreduksjon og redusert risiko for hjerte- og karsykdommer. Det ble ikke undersøkt om deltakerne klarte å holde vektreduksjonen over tid.

Mer lovende er studiet til Wing og Phelan (2005), som viser at opptil 20 prosent av de som går ned i vekt, klarer å opprettholde en langtidseffekt, her definert som en vektreduksjon på minimum 10 prosent av opprinnelig kroppsvekt opprettholdt over minst ett år. De hevder også at vektreduksjonen er lettere å opprettholde over tid når man først kommer seg gjennom de første to årene. Det kan derfor se ut til at det tross alt har vært en progresjon i langtidseffekt fra 1959 og frem til i dag, men vi står likevel igjen med tall som viser at ca. 80 prosent av de som slanker seg, faller tilbake i løpet av kort tid.

I lys av dette er funnene som er gjort i forbindelse med bruk av kognitiv terapi for å gå ned i vekt, svært interessante. To studier viser at kognitiv terapi er effektivt ikke bare for å hjelpe til med å gå ned i vekt, men også for å opprettholde effekten over tid (Fossati et al., 2004; Stahre & Hällström, 2005). Særlig Stahre og Hällströms undersøkelse er lovende. Av de 92 prosentene som fullførte programmet (30 timer kognitiv terapi), fortsatte majoriteten (67 prosent) å gå ned i vekt 18 måneder etter avsluttet kurs. Kun 6 prosent av de som fikk behandling, veide mer etter 18 måneder enn ved oppstart sammenlignet med 71 prosent i kontrollgruppen. Dette får støtte i en Cochrane-studie (Shaw et al., 2005) som viser at de som lider av fedme og overvekt, har nytte av psykologiske intervensjoner for å oppnå vektreduksjon. Det er spesielt atferdsmessig intervensjon og kognitiv atferdsterapi som peker seg ut som virkningsfulle, og særlig i kombinasjon med kostholds- og treningsplan.

MATERIALE OG METODE

Kurset bygger på boken *The Beck Diet Solution*, skrevet av Judith Beck og utgitt i USA i 2007. Boken er et selvhjelpsprogram for å gå ned i vekt, med daglige oppgaver i seks uker, og baserer seg på metoder fra kognitiv atferdsterapi. Den er utgitt på norsk i 2009 som Beckprogrammet.no. Beckprogrammet inneholder blant annet følgende elementer:

1. *Fordelskort og svarkort.* Å skrive ned alle fordelene ved å gå ned i vekt er den første oppgaven i Beckprogrammet. Svarkort følger den samme malen: kort passe store til å være med i vesker og lommer, med på forhånd skrevne kloke svar på dagligdagse utfordringer. For eksempel en påminner om hvordan en god og sunn lunsj ser ut, eller hva man kan si til kolleger som frister med noe godt og usunt.

2. *Spise sittende, sakte og oppmerksomt.* Det legges stor vekt på å spise sakte og med oppmerksomhet. Dette innebærer å unngå andre aktiviteter mens man spiser, som å lese eller se TV, og å oppleve maten gjennom alle sansene mens man spiser den. Disse ferdighetene setter et skarpt skille mellom stress og spising.
3. *Gi ros til seg selv.* Dette er en svært viktig ferdighet ettersom selvkritiske tankemønstre er en så stor del av problembildet rundt mat og spising.
4. *Treningsplan.* Alle undersøkelser viser at skal man lykkes med å gå ned i vekt, må man trene regelmessig. Det er også særdeles viktig at treningen er individuelt tilpasset, variert og lystbetont.
5. *Realistiske mål.* Det er viktig å sette seg mål i en endringsprosess, og enda viktigere å sette seg gode mål. I Beckprogrammet skilles det mellom prosessmål og resultatmål.
6. *Skille mellom, og tolerere, sug, lyst og sult.*
7. *Planlegging.* Å planlegge måltidene dagen i forveien er en viktig ferdighet som blant annet innebærer å tenke igjennom hvordan man skal skaffe til veie og tilberede maten, når man skal spise, og hva man skal spise. Det hindrer spontan spising og småspising og gjør det mye lettere å tolerere lyst og sug.
8. *Kostholdsplan.* Den som ønsker å gå ned i vekt og å holde vekten nede, trenger informasjon for å kunne velge et næringsrikt kosthold som i tillegg er så fleksibelt at det gir rom for små og kanskje planlagte utskielser. I forhold til kosthold og ernæring viser en interessant undersøkelse (Sbrocco et al., 1999) at programmer som legger vekt på individuell frihet med hensyn til inntak av mat, samt et kritisk forhold til egne valg, oppnår høyere vektreduksjon 12 måneder etter behandling enn programmer som legger vekt på å følge restriktive dietter. Beckprogrammet kan i prinsippet tilpasses enhver diett eller kostholdsplan, men det legges vekt på at den enkelte selv, på et kvalifisert og kunnskapsbasert grunnlag, må finne ut av hva han eller hun kan leve godt med i det lange løp.
9. *Identifisering og omstrukturering av automatiske negative tanker.* Felles for de som gjentatte ganger har prøvd å gå ned i vekt, men som ikke har lyktes i lengden, er en tankegang som saboterer deres innsats. De har for

eksempel ofte tanker som: Jeg vet jeg ikke burde spise dette, men jeg gir blaffen.

- Det er i orden hvis jeg spiser litt ekstra kun denne ene gangen.
- Jeg har hatt slik en tøff dag. Jeg fortjener å spise dette.
- Jeg klarer ikke motstå denne maten.
- Jeg er opprørt. Jeg må spise.
- Jeg spiste noe jeg ikke burde. Jeg kan like godt legge dietten til side resten av dagen.
- Det er tøft. Jeg vil ikke slanke meg mer.
- Jeg kommer aldri til å gå ned i vekt.

Med ferdigheter fra den kognitive tradisjonen lærer man å bekjempe sine saboterende tanker på en effektiv måte. Når stemmen i hodet sier: «Bare spis det, det gjør ingenting,» lærer man å imøtegå det med noe som dette: «Jo, det gjør noe. Jeg vil være slank. Hver gang jeg spiser noe jeg ikke burde, er det mer sannsynlig at jeg gir etter i fremtiden. Det gjør noe hver eneste gang. Jeg prøver bare å lure meg selv. Hvis jeg spiser dette, får jeg noen sekunders nytelse, men så vil jeg føle meg miserabel. Jeg kan motstå dette. Jeg vil mye heller gå ned i vekt enn å ha noen sekunders nytelse.»

10. *Problemløsning.* Beckprogrammet beskriver hvordan man unngår bekymring, skiller mellom det vi kan gjøre noe med, og det vi ikke kan gjøre noe med, og så handle konkret i forhold til de tingene som faktisk lar seg løse. De utfordringene vi ikke kan gjøre noe med, som at sult og sug er en del av det å være menneske, må vi lære oss å akseptere.
11. *Redusere negativt stress.* Forskjellige avspenningsteknikker og pusteteknikker er svært virkningsfulle for å senke skuldrene og roe ned tempoet i kropp og sinn. I Beckprogrammet har vi utviklet et eget 14 dagers program, samt CD, i oppmerksomhetstrening, med daglige øvelser. Ferdighetene fra oppmerksomhetstreningen er viktige for å redusere stresset og å bygge en sunn og vital motstandskraft basert på glede, takknemlighet og fornøydhet. For å oppnå dette vektlegges det i oppmerksomhetstreningen å være bevisst til stede her og nå, med en åpen og aksepterende holdning.

UNDERSØKELSEN

Undersøkelsen ble lansert i samarbeid med bladet «Bedre Helse,» Norges største helseblad med ca. 170 000 lesere per måned. Gjennom en artikkel i bladet ble leserne invitert til å delta på et pilotprosjekt for å oppnå livsstils-

REFERANSER

■ Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125–143.

■ Beck, J. S. (2007a) *The Beck Diet Solution*. Birmingham: Oxmoor House.

■ Beck, J. S. (2007b) Cognitive therapy and weight control. *The National Psychologist*, January.

■ Cayoun, B. A. (2003) Advances in mindfulness training integration: Towards a non-dualistic Cognitive Behaviour Therapy. *Newsletter of the Australian Psychological Society, Tasmanian Branch*, Vol 2, 6–10.

■ Dansinger, M., Augustin, J., Griffith, J., Selker, H. & Schaefer, E. (2005). Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers, and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction. *Journal of the American Medical Association*. (293)1, 43–53.

■ Dansinger, M., Tatsioni, A., Wong, J. B., Chung, M. & Balk, E. M. (2007). Meta-analysis: The Effect of Dietary Counseling for Weight Loss. *Annals of Internal Medicine*, (147)1, 41–50.

■ Folkehelse rapport 2010, <http://www.fhi.no/dokumenter/0161795966.pdf>

■ Fossati, M., Amanti, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C. & Golay, A. (2004) Cognitive-Behavioral Therapy with Simultaneous Nutritional and Physical Activity Education in Obese Patients with Binge Eating Disorder. *Division of Therapeutic Education for Chronic Diseases, University Hospital, Geneva, Switzerland*; Vol. 9, 134–138.

■ Kassirer, J. P. & Angell, M. (1998) Losing Weight – An Ill-Fated New Year's Resolution. *New England Journal of Medicine*. 338(1), 52–54.

■ Kåver, A. & Nilsson, Å. (2005) *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

endring og vektreduksjon ved å sende en henvendelse til Beckprogrammet per e-post. På dette grunnlaget kom det 140 søknader.

Ettersom behandlingsgruppene skulle avholdes i Oslo og Tønsberg, var bosted i nærheten av et av disse stedene et viktig utvalgsriterium. I tillegg ønsket vi en så balansert gruppe som mulig med hensyn til alder (20 % under 30 år; 60 % mellom 30 og 50; 20 % over 50); ønsket vektreduksjon (20 % 0–5 kg; 60 % 5–20 kg; 20 % over 20 kg); og utdanning (20 % ingen høyere utdanning; 60 % 1–3 år høyskoleutdanning; 20 % 3–5 år høyskoleutdanning). På dette grunnlaget endte vi opp med 40 personer, 20 personer knyttet til gruppen i Oslo og 20 personer i Tønsberg.

Deltakerne i kontrollgruppen ble vervet på samme grunnlag, bortsett fra geografisk beliggenhet i nærheten av Oslo eller Tønsberg, som da ikke lenger var aktuelt. Alle deltakerne, både i behandlingsgruppene og kontrollgruppen, svarte på et spørreskjema før kurset startet, midtveis, ved slutten av kurset og seks måneder etter avsluttet kurs. I tillegg til vekt spurte vi etter endringer i selvpålevd glede, mestring, helse, takknemlighet, fornøydhet og oppmerksomhet.

Behandlingsgruppene ble gjennomført med kurskvelder en gang i uken i 7 uker (7 ganger). Hver kurskveld var på 2 timer. Strukturen på møtene var:

- Hvordan har det gått siden sist? Dette gjorde vi ved å intervju kort hver enkelt deltaker om deres erfaringer, oppdagelser, mestring og motgang i uken som gikk.
- Forberedelse til uken som kommer. Kurslederne gikk igjennom noen utvalgte punkter med hensyn til neste ukens program
- Oppmerksomhetstrening

Dette siste punktet, oppmerksomhetstrening, valgte vi som et tillegg til de opprinnelige oppgavene i The Beck Diet Solution. Det er noen ferdigheter i The Beck Diet Solution som vektlegger økt oppmerksomhet, særlig å spise sakte og å spise med oppmerksomhet. Vi gikk utover dette og brukte de siste 20 minuttene av hver kurskveld til oppmerksomhet på pust og oppmerksomhet på kroppsfornemmelser.

RESULTATER

Undersøkelsen viser en signifikant forskjell i vektendring mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppen ved siste måling etter 6 måneder. Fra start via midtveis til post behandling er det liten vektendring hos kontrollgruppen, i gjennomsnitt har de gått ned 380 gram per deltaker.

Behandlingsgruppen har i snitt gått ned 2,35 kg ved slutten av behandlin-

gen etter 7 uker. Denne forskjellen fortsetter å øke frem til 6 måneder, hvor vektnedgangen i gjennomsnitt er litt over 5 kg. Dette er i tråd med tankegangen i Beckprogrammet, som vektlegger en rolig og stabil vektnedgang.

Undersøkelsen viser en signifikant endring når det gjelder selvpålevd helse. Dette er svært interessante tall ettersom behandlingsgruppen i forkant av behandlingen har liten tro på at helsetilstanden deres kan bli noe særlig bedre i fremtiden. Etter endt kurs løfter de seg på helse fra 2,13 til 3,00 (7 uker) og videre til 3,15 (6 måneder). Det vil si at de etter 6 måneder mener at de har bedre helse enn noen gang.

Undersøkelsen viser en signifikant endring ($p < 0.001$) i følelsen av lykke fra pre til oppfølging 6 måneder. Angående økt oppmerksomhet (mindfulness) viser undersøkelsen signifikant endring. Særlig på spørsmålet som dreier seg om å spise med oppmerksomhet, er det stor positiv forandring.

På de spørsmålene som dreier seg om selvillit, ser vi klare endringer på selvfornøydhet fra pre til oppfølging ved 6 måneder. Denne endringen er signifikant ($p < 0.001$). Likeledes er det en signifikant endring når det gjelder positiv innstilling til seg selv ($p < 0.009$). Tabellen viser også at negative tanker er avtagende fra pre til post. På dette grunnlaget ser det ut til at Beckprogrammet fører til bedre selvillit.

Med hensyn til generell selvmestring, i form av at det er lettere å nå målene sine, er det en signifikant positiv endring etter 6 måneder. Andre elementer innenfor selvmestring, som å løse problemer, takle uventede situasjoner og forholde seg rolig i vanskelige situasjoner, er endret i positiv retning, men ikke signifikant.

Det er ingen signifikant forskjell mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppen når det gjelder trening. Men ved avslutning av kurset bruker behandlingsgruppen ca. to timer på trening i uken, og etter 6 måneder ligger de på litt i underkant av tre timer.

I forhold til livsstilsendring har behandlingsgruppen tidligere (før kurset) forsøkt å endre matvaner gjennomsnittlig 7 ganger. Ca. halvparten har ikke forsøkt å begynne å trene igjen, mens resten har forsøkt 1–2 ganger. Det samme gjelder røyking, med 1–2 forsøk på røykekutt i snitt for de som røyker. Vi ser en økt tendens til å gjenoppta trening og til å slutte å røyke ved 6 måneders oppfølging.

KONKLUSJON

Sammenlignet med en kontrollgruppe viser Beckprogrammet en signifikant positiv effekt på vektreduksjon, helse, aktivitetsnivå, selvillit, mestringsfølelse og opplevelse av lykke. Denne trenden forsterkes og er klart signifikant ved 6 måneder etter behandling, noe som viser at effekten holder seg over tid. ■

■ Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walsler, R. D. (2007). Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training *Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

■ Sbrocco T., Nedegaard R. C., Stone J. M. & Lewis E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: preliminary results of cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 260–266.

■ Shade, E. D., Ulrich, C. M., Wener, M. H., Wood, B., Yasui, Y., Lacroix, K., et al. (2004). Frequent intentional weight loss is associated with lower natural killer cell cytotoxicity in postmenopausal women: possible long-term immune effects. *Journal of the American Dietetic Association*, (104)6, 903–912.

■ Shaw, K. A., O'Rourke, P., Del Mar, C. & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Art. No.: CD003818. DOI: 10.1002/14651858.CD003818.pub2

■ Stahre, L. & Hällström, T. (2005). A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eating and Weight Disorders*, (10)1, 51–58.

■ Stunkard, A. J. & McLaren-Hume, M. (1959) The results of treatment for obesity. *Archives of Internal Medicine*, 103, 79–85.

■ Ulset, E.; Undheim, R. & Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. Nr. 1

■ Wing, Rena R. & Phelan, Suzanne (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*. (82)1, Supplement: 222S–225S.



Tar språket mitt tilbake Válddán giellan ruovttoluotta

JANE JUUSO

Artikkelen beskriver språkkurs rettet mot revitalisering av samisk språk. Kurset bygger på elementer fra kognitiv terapi. I 2009 ga jeg ut boken *Tar språket mitt tilbake* (Juuso, 2009). Den beskriver teori og metode bak en kognitiv tilnærming til språkvitalisering. Boken gir også en praktisk innføring i hvordan man kan overvinne angst og usikkerhet knyttet til det å anvende samisk språk.

En stor del av den samiske befolkningen har et passivt samisk språk; de kan samisk, men tør ikke snakke det offentlig. Noen praktiserer det bare sammen med barn og eldre. Hvilke hindre er det som er skapt? Hvorfor har de slik redsel for å snakke et språk de til en viss grad behersker? Mange har gått på nybegynnerkurs, som er et kurs for personer som ikke kan samisk i det hele tatt. Min erfaring er at få eller ingen som har gått på disse kursene, har begynt å bruke samisk aktivt. For gruppen av mennesker som er reseptivt tospråklige, vil Sámas, språkkurset for de som kan samisk, men ønsker å lære å lese og skrive, være for vanskelig. De vil lett få en opplevelse av at de ikke mestrer det å snakke samisk.

Identitet, tilhørighet og lokale aktiviteter er grunnleggende for folks trivsel og trygghet. Å kunne snakke begge språk som brukes i lokalmiljøet, er med på å styrke menneskers identitet og tilhørighet. At de som forstår samisk, eller kan litt, ikke begynner å bruke språket i det daglige, kan ifølge Todal (1998) også henge sammen med at samer som ikke kan samisk, opplever et krav om at de må beherske språket før de kan begynne å snakke det. Norske kommer og lærer samisk på et blunk. Hva gjør dette med de som ikke tør å snakke?

HVORFOR ER DET SÅ VANSKELIG?

Mange sier at det bare er å begynne å snakke, du kan jo språket: «Ta deg sammen, nå er det på tide å vise at du kan dette.» Men det er flere som gir uttrykk for at det å tørre å begynne å snakke er et vanskelig steg å ta. Det kan være for smertelig å forsøke, så man tenker at: «Jeg gjør det siden, akkurat nå har jeg ikke tid.» Dette blir godt beskrevet av Ellen Berit Dalbakk (2003) i boka *Riimiin rámiin*, der hun sier at hun bruker uttrykket jeg har ikke tid som en strategi for å unngå å snakke samisk. Ved å finne strategier som fører til at man unngår å prøve å snakke samisk, unngår man å slippe smerten til, eller å måtte ta den frem og kjenne på den. Det gjør vondt, fordi språk er så nær knyttet til følelser. En annen barriere er opplevelsen av at det er det

samiske skriftspråket som er «riktig samisk», og det er ikke dette de kan.

Mange tror andre forventer at man skal beherske samisk perfekt før man kan begynne å snakke det. Men hvem behersker noe som helst perfekt? For å bli god må man begynne der man er, og håpe at språkpolitiet ikke er i nærheten. Her kaller vi de menneskene som stadig påpeker dine feil og mangler, for språkpoliti. Språkpolitiet retter stadig på andres feil i forhold til samisk, og ser på seg selv som «de som kan samisk perfekt». Men samtidig sier disse menneskene: «Det er jo på tide at du snakker, du kan jo samisk.» Sannheten om språkpolitiet er vel at de bare finnes i våre hoder når vi er redde for å gjøre feil. Andre ganger bruker vi kanskje språkpolitiet som en unngåelsesstrategi for at vi skal slippe å snakke samisk.

Fordi vi er redde og engstelige, har vi fullt fokus på hvordan vi sier ting, og mister fokus på innholdet. Dette gjør det vanskeligere å snakke i begynnelsen. Det er sårt å ikke tørre å snakke et språk man egentlig kan. Man kan føle sorg, savn og skam fordi man fremdeles ikke har ytret et ord samisk i offentlig sammenheng, og fordi man ikke tør gjøre noe man så inderlig ønsker. Enhver sliter med dette på sin egen måte, og andre må ha respekt for at man ikke tar dette vanskelige steget.

Når en idrettsutøver blir verdensmester, er det ikke noe hun har klart alene. Hun har et stort støtteapparat rundt seg. Den som skal begynne å snakke samisk, trenger også et nettverk rundt seg for å bli god og for å få det til. Men det kan bli for mange som involverer seg, også mennesker man ikke har noe forhold til. Man kan bekymre seg for at det blir en «samfunnssak» hvis man begynner å snakke. Språkopplæring er ikke bare ord og grammatikk, men også tanker og følelser. Tankene styrer følelsene i forhold til det å bruke språket. Hvis man har mange negative tanker, føler man at man kan mindre enn det man egentlig kan, og terskelen for å begynne å snakke blir enda høyere. Vi har selvfølgelig alle tenkt: «Jeg er så lite flink, dette får jeg ikke til! Dette selv om jeg egentlig kan hvis jeg forsøker.»

Alle vanskeligheter som er ramset opp ovenfor, kan skremme de fleste fra å begynne å snakke samisk. Det er ikke meningen, tvert om. Denne opprampsingen er gjort for å vise at man ikke er alene om alle disse tankene og vonde følelsene. Å begynne å snakke samisk kan være vanskelig, men det er også spennende og utfordrende. Å begynne å snakke samisk er å få en tilleggsidentitet, man blir en av de samisktalende. Dette tar tid og er anstrengende, men

«Det er sårt å ikke tørre å snakke et språk man egentlig kan.»

dersom man ønsker noe hardt, er det verdt alle anstrengelser.

TEORETISK RAMMEVERK

I et forsøk på å tenke rundt spørsmålet om det å snakke samisk på nye måter, har jeg valgt å gjøre bruk av kognitive modeller som et utgangspunkt for språkrevitalisering. Jeg gjør også bruk av nettverksteori. Videre har jeg valgt å bruke kommunikative perspektiver i språktreningen.

Motivasjon

Å begynne å snakke samisk kan skape en følelse av tilhørighet, gi anerkjennelse og oppleves som nyttig. Eleven må få et eierforhold til språkprosjektet sitt, det må skapes et engasjement, som Emyr Davies (1996) påpeker i boka *Duostta hupmat*. For å oppnå mestring av et språk du ikke har turt å snakke «offentlig», er det nødvendig med hardt arbeid og mye øving.

Metodeutvikling

Berge og Repål (2002) gir i boka *Den indre samtalen* en praktisk innføring i kognitive modeller, som jeg har brukt som grunnlag for å tenke rundt det å tørre å snakke samisk.

Læring

Som medlemmer i et samfunn mottar vi store mengder av informasjon hver dag. Vi må lære å sortere denne informasjonen, slik at vi kan ha fokus på ting som er viktige for oss. Hvis vi ikke lærer oss å sortere informasjon, klarer vi ikke å ha fokus på det vi skal gjøre. Vi lager oss egne oppfatninger om saker og hendelser ut fra vår forståelse og bearbeiding. Vi sorterer ting i kategorier, og handler i forhold til kategoriene i stedet for i forhold til hendelsene. Når vi lager egne oppfatninger, skaper vi oss en personlig og symbolsk mening av det som skjer.

En viktig del av forandringsarbeidet er hvilke forventninger deltakeren har til forandringen, og hvilke forventninger læreren har til deltakeren. Det kan oppstå mye forvirring når forventningene ikke er tydelig uttalt, og de involverte har forskjellige forventninger til forandringsarbeidet. Dette kan gå utover relasjonene mellom lærer og elev.

Man bør derfor, før endringsarbeidet begynner, la deltakeren lage seg skriftlige, konkrete målsettinger som beskriver hva deltakeren forventer å oppnå.

Rollespill gjør det mulig for deltakeren å prøve seg ut i situasjoner som virker skremmende. Ved en slik tilnæringsmåte kan deltakerne finne ut hva som hindrer dem i å nå sine mål. Det de vet, virker ikke nødvendigvis på det de kan gjøre, men det har blitt en sammenheng mellom deltakerens tenkning

og deltakerens handling.

Forenkling

I kognitiv tenkning er det en gyllen regel at man prøver å forenkle; være opp-tatt av her-og-nå-situasjonen. Hva kan jeg gjøre her og nå i forhold til det å snakke samisk? Hva er det som vedlikeholder min tilbakeholdenhet i forhold til det å være samisktalende? Det vi gjør når vi bruker kognitiv metode, kan sammenfattes i åtte punkter:

- Deltakeren tar utgangspunkt i en situasjon der vedkommende pratet samisk, eller hadde et ønske om å gjøre det. Deltakeren blir klar over kroppsforfølelser og følelser som oppstod når man pratet samisk eller ikke klarte å gjennomføre det.
- Vi identifiserer hva det var som utløste disse følelsene (automatiske tanker).
- Vi kartlegger kroppsforfølelsene, følelsene og tankene som oppsto i denne situasjonen (selvfokus).
- Vi identifiserer katastrofetankene.
- Deltakeren graderer hvor sterkt man tror på at katastrofen blir virkelighet.
- Vi ser etter mulige alternative måter å forstå situasjonen på (alternative tanker).
- Vi jobber med bevisførsel for og imot katastrofetanken og alternative tanker.
- Deltakeren tester ut de alternative tankene i en situasjon som et eksperiment.

EKSEMPLER PÅ KOMPONENTER FRA KOGNITIV TEORI SOM BRUKES PÅ KURSET

Situasjon

En situasjon er noe en av deltakerne har opplevd i forhold til det å tørre eller ikke tørre å snakke samisk. Et eksempel på en situasjon kan være: «Jeg møtte Petter og Anne på butikken. De sto og snakket samisk. Jeg tenkte at nå får det briste eller bære, og spurte på samisk hvordan det går. Petter svarte på norsk og Anne på samisk. Jeg hadde ønsket å si noe mer på samisk, men plutselig kunne jeg ikke et ord mer.» På kurset presenterer deltakerne egne situasjoner som gruppa drøfter ut fra flere sider og i forhold til komponenter som unngåelsesstrategi, selvfokus og automatiske tanker.

Unngåelsesstrategier – trygghets handlinger

I en situasjon der det forventes at man snakker samisk, blir man svett (symptomer) når man tenker (tanker) på det man skal prestere. Man finner en unngåelsesstrategi, slik at man unngår katastrofen (det verste som kan skje). For å unngå å bli utrygg når man er i en situasjon der man egentlig hadde

ønsket å være samisktalende, finner man ut at det er tryggest å fortsatt være norsk-talende. Å velge bort det å være samisktalende i en situasjon kan man kalle en trygghetshandling eller unngåelsesstrategi. Andre strategier som kan brukes for å unngå å snakke samisk, kan være å unngå folk som snakker samisk til deg, eller bruke kroppsspråk. Det finnes et utall av strategier, og det er viktig å la deltakerne komme med sine egne.

Automatiske tanker

Automatiske tanker er ofte preget av overdrivelse av muligheten for en fryktet hendelse. Man kan ha et bilde av seg selv som utledd og utstøtt fordi man prater samisk feilfritt i et selskap. Tankene bærer ofte preg av en undervurdering av egne mestringsferdigheter og andres reaksjoner. Eksempler på vanlige negative automatiske tanker i forhold til språk er:

- Når jeg snakker samisk, høres det tåpelig ut.
- Jeg kommer til å dumme meg ut.
- Det jeg sa nå, er helt feil bøyning av ordet!

Feiltolkninger

Feiltolkninger beskriver uhensiktsmessige måter vi kan misoppfatte eller tolke informasjon på. Et eksempel er diskvalifisering av det positive. Dette innebærer at positive erfaringer og opplevelser blir bortforklart: Det at jeg kunne snakke samisk med denne eldre damen, betyr ikke at jeg kan samisk, for det kan jeg ikke.

Overgeneralisering er vanlig: «Jeg brukte feil ord/endelse en gang jeg snakket samisk» blir til «jeg bruker alltid feil ord/endelser når jeg snakker samisk.» Svart-hvitt-tenking i form av å tenke at enten kan jeg språket perfekt eller så kan jeg det ikke, er vanlig. Det samme gjelder tankelesing av typen «De tenker at jeg er dårlig til å uttale samiske ord». Negative spådommer av typen «Jeg kommer helt sikkert til å dumme meg ut hvis jeg snakker samisk», er svært vanlig.

Alternative tanker

Kurset prøver å hjelpe elevene til å undersøke hvilke alternative tanker man kan ha til de negative automatiske tankene. De lærer å avdekke uhensiktsmessige negative automatiske tanker og å styrke sin tro på og evne til å tenke annerledes om disse situasjonene.

For å komme over terskelen har jeg brukt Albert Ellis sin modell beskrevet i Berge og Repål 2002.

ANDRE KURSKOMPONENTER

Taushetsplikt

I et slikt språkkurs vil deltakerne ofte komme inn på episoder, tanker og følelser som de deler med andre. Det er viktig at deltakerne kan være trygge på at ting de tar opp i kurset, forblir i kursrommet. Alle elever har derfor gjensidig taushetsplikt. Dette tas opp på første treff.

Mål

Før kurset starter, er det viktig at eleven setter seg egne, konkrete mål i forhold til å snakke samisk. Når skal man snakke samisk, til hvem og på hvilke arenaer? Å sette egne mål fremmer bevisstheten om hvilke forventninger man har til kurset. Uttalte forventninger kan føre til frustrasjoner og forvirring både hos deltakeren og læreren. De skriftlige målformuleringene må være konkrete og gjennomførbare. Halvveis i kurset kan man gå igjennom målene, og eventuelt justere disse. Eksempler på mål kan være:

- Kunne svare på henvendelser på samisk, betjene folk på samisk
- Å tørre å snakke samisk med barnet når det er andre til stede

Hjemmelekser

Alle får individuell hjemmelektur. Formålet med hjemmelekse er at elevene får øve seg på det nivået de er på. Videre får de testet ut negative forventninger knyttet til hva som kan gå galt. Det er viktig at hjemmelekse er tilpasset det trygghetsnivået de er på til en hver tid. Vi drøfter hva som kan skje (katastrofering) på forhånd. På neste kurssamling forteller alle om sin hjemmelektur, og hvordan det gikk. Så knytter vi deres opplevelse til temaene på kurset. Eksempler på hjemmelektur:

- Se på samisk TV og vurdere om de som opptre snakker perfekt samisk
- Snakke samisk når man leverer barnet i barnehagen
- Besøke en som man tør å snakke samisk med
- Si buorre beaivi (god dag) eller snakke samisk i noen minutter når man svarer i telefonen på jobben

Giellafáttar – språkfadder

Alle får en språkfadder, som oftest på arbeidsplassen. De får som hjemmeoppgave å finne en person de stoler på og som jeg kontakter med en forespørsel om å være språkfadder. Språkfadder skal ta kontakt med eleven og snakke samisk med vedkommende ca. 3 ganger i uka i 5–10 minutter eller lenger. Samtalen skal være «hverdagslig». Målet med språkfadder er å gi

REFERANSER

- Berge, T. og Repål, A. (2002). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal.
- Dalbakk, E. B. (2003). *Mus ii leat dilli*. I Skåden, S. *Riimiin rámiin*. Skániid girjje.
- Davies, E. (1996). *Noen sider ved språkundervisning sett fra et walisisk perspektiv*. I Todal, Jon og Pope, Martin (red.), *Våg å snakke*. Samisk utdanningsråd.
- Fyrand, L. (1995). *Sosialt Nettverk – Teori og praksis*. Oslo: Tano. Aschehoug.
- Juuso, J. (2009). *Tar språket mitt tilbake*. Isak Saba-senteret.
- Todal, J. (1998). *Oppfølging i samisk som andrespråk*. SA- Raporta nr 7 1998. Sámi allaskuvla, Guovdageaidnu 1998.

eleven noen flere som tar ansvar for at vedkommende får praktisere samisk mellom kursene. De beste språkfadderne er faktisk de som ikke har gått på skoler, men som bare fører en dialog hvor innholdet er viktigst, ikke hvordan ord uttales. Det minst vellykkede var faktisk å ha en tidligere pedagog som språkfadder, han klarte ikke å fri seg fra lærerrollen sin.

Vanetenkning

Vi bruker ofte ett bestemt språk når vi snakker med en bestemt person. Språk er knyttet til person. Det er svært vanskelig å gjøre et totalt språkskifte i en personlig samhandling. Men det er ikke umulig. Man kan tenke seg at personen som gjør et språkskifte, har et sterkt ønske om å snakke samisk i alle sammenhenger. Motivasjonen kan være tilhørighet til en gruppe hvor det å snakke samisk står sterkt. I den daglige samhandlingen med mennesker man omgås, er det vanskelig å begynne å snakke et annet språk. Det er derfor ønskelig å finne en anledning for det første språkskiftet hvor man er borte fra det daglige. Men hvordan fortsette å være samisktalende når man kommer tilbake i hverdagen? Løsningen ligger i å klare å overføre de positive erfaringene fra det første språkskiftet til de daglige arenaer. Videre må man klare å skape seg en identitet som samisktalende, noe som er vanskelig og ofte tar tid.

Språknettverk

For at elevene skal få oversikt over sitt samiskspråklige nettverk, har jeg tatt utgangspunkt i Fyrand's (1995) nettverkskart og omformet det til et språkkart. Her merker elevene av hvem de snakker samisk med. Jo nærmere sentrum (jeg), desto mer snakker man samisk med vedkommende. For noen fører en slik opptegning til at de oppdager at de faktisk har noen å snakke samisk med. For andre blir det tydelig at de har et lite samiskspråklig nettverk.

AVSLUTNING

Det jeg har beskrevet, er et språkkurs, ikke terapi. Jeg startet opp med dette arbeidet i 2001 og holdt det første kurset i 2003. Til nå har det blitt åtte kurs. Kursene, som er på 30 timer, holdes en dag pr. uke, tre timer hver gang. Det har vært 6–8 deltakere på hvert kurs. Jeg har hatt en referansegruppe og veiledning i forhold til kognitiv metode fra to ansatte i Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Øst-Finnmark. I 2009 ga jeg ut boken *Tar språket mitt tilbake*. Boken er tospråklig og inneholder en norsk og en samisk del. Den bygger på modeller hentet fra kognitiv terapi og er ment som et supplement til kurset. Boka kan også leses som en selvhjelpsbok. ■



Forsiktighetsregler ved anvendelse av oppmerksom tilstedeværelse

OLE CHRISTER F. LUND

Lørdag 14. august 2010 ble det for andre året på rad arrangert utendørs fagseminar om oppmerksom tilstedeværelse på Hestsvehaugen ved Lund gård i Stange kommune. Årets fagseminar var viet to temaer: hvordan oppmerksom tilstedeværelse kan anvendes i psykoterapi, og om oppmerksom tilstedeværelse kan anvendes som felles plattform for dialog mellom vitenskapelig psykologi og kontemplative tradisjoner innenfor buddhisme og kristendom. Varm sensommersol, vakre naturomgivelser og spennende faglig påfyll bidro til å gjøre dagen til en lærerik og engasjerende opplevelse. Seminaret samlet totalt 27 fagfolk fra forskjellige deler av landet. Deltagerne var i hovedsak psykologer, samt representanter for fagfeltene sykepleie, medisin og teologi. Denne artikkelen tar utgangspunkt i mitt foredrag på fagseminaret, hvor jeg presenterte et sett prinsipper og forsiktighetsregler for anvendelse av oppmerksom tilstedeværelse i en integrativ psykoterapeutisk setting.

OPPMERKSOM TILSTEDEVÆRELSE ANVENDT I PSYKOTERAPI

Refleksjonene i artikkelen er dels basert på egne kliniske erfaringer ved DPS og i førstelinen med bruk av teknikker basert på oppmerksom tilstedeværelse i individualterapi og grupper, og dels hentet fra Christopher K. Germer sin artikkel «Teaching mindfulness in psychotherapy» (2005). Oppmerksom tilstedeværelse har sine røtter innenfor buddhisme og meditasjon. Internasjonalt regnes Jon Kabat-Zinn (se Kabat-Zinn, 1990; 1994) som pioneren når det gjelder å bringe oppmerksom tilstedeværelse i kontakt med forskningsbasert medisin og psykologi. Andries Kroese (se Kroese, 1999) har bidratt til å gjøre feltet tilgjengelig for norske klinikere. Oppmerksom tilstedeværelse (engelsk: «mindfulness») kan defineres som «en viljestyrt og aksepterende oppmerksomhet rettet mot ens opplevelser fra øyeblikk til øyeblikk». Oppmerksom tilstedeværelse har vært anvendt innenfor en rekke terapiretninger i de siste 20 årene, som MBSR (Kabat-Zinn, 1990), MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2002), ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003), DBT (Linehan et al., 1991) og innenfor psykodynamisk terapi (Epstein, 2007). For psykoterapeuten selv kan anvendelse av oppmerksom tilstedeværelse ha en rekke positive effekter, for eksempel at man blir mer tilstedeværende og mindre stresset i møtet med klienter, at man blir mer oppmerksom på hendelser i den terapeutiske relasjonen, og at man lettere oppdager tidlige varseltegn på

«Oppmerksom tilstedeværelse har vært anvendt innenfor en rekke terapiretninger»

utmattelse/utbrenthet hos seg selv. Se Binder og Vøllestad (2010) for en god drøfting på norsk av fagfeltet oppmerksom tilstedeværelse og anvendelsen av det i relasjonsorientert psykoterapi.

Som med andre psykoterapeutiske metoder er første prinsipp før anvendelse at psykoterapeuten sikrer seg tilstrekkelig kompetanse og øvelse i bruk av metoden gjennom utdanning og kurs. Videre samstemmer min oppfatning med ledende fagfolk på feltet om at oppmerksom tilstedeværelse bør være en integrert del av terapeutens eget liv ved at man etablerer en egen meditasjonspraksis. Det er for at psykoterapeuten selv skal kunne inn ta en holdning preget av ro, aksept og oppmerksom tilstedeværelse i terapisisituasjonen, men også for at man skal ha en integrert forståelse av fenomenet og ha erfaring med hva som kreves for å gjøre en slik praksis til en del av hverdagslivet.

Før man starter med anvendelsen av oppmerksom tilstedeværelse i et terapiforløp, er min erfaring at det er viktig å gi psykoedukativ innføring til klienten om hva oppmerksom tilstedeværelse dreier seg om, hva som er rasjonalt bak denne tilnærmingen, og hvordan det utføres i praksis. I møtet med den enkelte klient forsøker jeg som kliniker å utvikle atferdsekspirer basert på oppmerksom tilstedeværelse på en slik måte at de passer inn i klientens hverdagsliv og målsettingene for behandlingen. Man kan anvende teknikker hentet fra formell meditasjon (f.eks. sittende meditasjon, kroppsskanning, gående meditasjon, yoga, osv.) og uformell meditasjon (hvor man bringer oppmerksom tilstedeværelse til ulike aktiviteter i hverdagslivet, f.eks. pustebevegelsene i kroppen, å ta oppvasken, dusje, spise eller pusse tennene). Atferdsekspirer vil typisk legge til rette for at klienten øver sin evne til å være oppmerksomt til stede, får et mer bevisst forhold til ulike typer opplevelser, og gradvis blir i stand til å akseptere eller tolerere mer av selvtilstander som tidligere har vært avverget. En gjennomgang av konkrete eksempler på disse øvelsene/teknikkene ligger utenfor denne artikkelens ramme, men interesserte lesere henvises til de ovennevnte kildene for eksempler på konkrete øvelser.

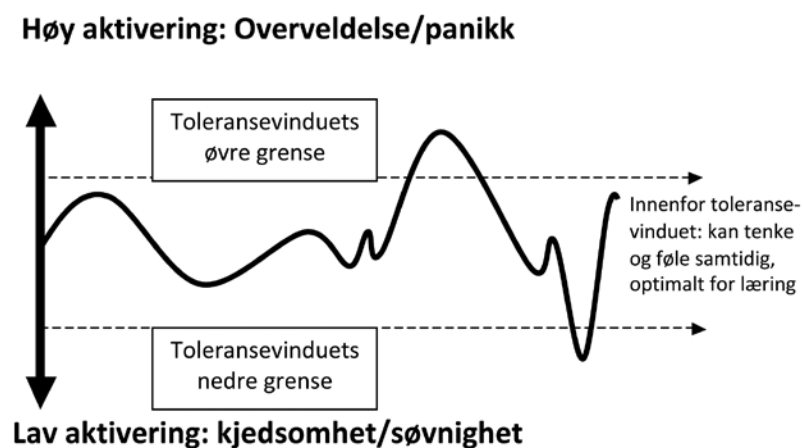
På samme måte som i andre prosessorienterte psykoterapiformer styrkes anvendelsen av oppmerksom tilstedeværelse i psykoterapi av kontinuerlig vedlikehold av en god terapeutisk allianse og at gjennomføring av øvelsene blir klientens eget prosjekt (se f.eks. Safran & Muran, 2000; Surrey, 2005). I likhet med andre terapimetoder som benytter seg av atferdsekspirer, må man også her utforske hvordan det har gått med hjemmeoppgavene, og sette av tid til å drøfte misforståelser og barrierer/hindringer som fører til at klienten ikke får benyttet øvelsene. Hos klienter som sliter med å konsentrere seg eller være til stede, kan det være fornuftig å starte med korte øvelsesintervaller (f.eks. 2–5 minutter), og utvide til f.eks. 10–15 minutter etter at man har øvd

opp en viss ferdighet. Det er viktig å poengtere for klienten at oppmerksom tilstedeværelse krever gjentatt øvelse for å bli så innøvd og «bærbart» at det blir en del av det repertoaret man har tilgjengelig i en gitt situasjon. En måte å tilrettelegge for dette på i individualterapi, er å sette av en viss tid i hver terapitime over f.eks. 4–8 uker for å øve i timene, og at klienten øver på egen hånd som hjemmeoppgave mellom timene.

TOLERANSEVINDU

Min erfaring tilsier at begrepet «toleransevinduet» (se en forenklet skisse på figur 1) er nyttig å ha med seg når man tester ut opplevelsesbaserte teknikker sammen med en klient (for en introduksjon til begrepet, se Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Som mennesker har vi ulike toleranse for ulike typer følelser i ulike situasjoner, og dette gjenspeiles i at toleransevinduet vil variere i bredde. Så lenge vi er innenfor toleransevinduet vårt, er vi i stand til å lære og å ha et reflektert forhold til våre følelser. Når en følelsetilstand aktiverer oss slik at vi kommer utenfor vår toleransegrense, kan vi bli overveldet av følelsen, og læring hemmes. Øvelser basert på oppmerksom tilstedeværelse forsøker å legge til rette for at klienter på sikt skal kunne være oppmerksomt til stede i, og «romme», både behagelige, ubehagelige og nøytrale opplevelser uten å bedømme eller unngå dem. Samtidig kan noen klienter etter min erfaring i oppstarten med slike øvelser komme i kontakt med intense, avstengte følelser som har kraft til å overvelde klienten. Dersom klienten føler overveldelse under gjennomføringen av en øvelse, kan dette føre til negative konsekvenser som angstanfall, gjenopplevelser, dissosiasjon eller at klienten trekker seg fra prosjektet. Av denne grunn mener jeg det er viktig som psykoterapeut å ta ansvar for en aktiv empatisk utforskning av klientens selvopplevelse før, under og etter slike øvelser. I psykoterapi har jeg opplevd det som hensiktsmessig, særlig ved første gangs forsøk, å hele tiden observere klientens ansikt og kroppsspråk og å sjekke ut flere ganger om klienten får en følelse av overveldelse, ved for eksempel å legge inn spørsmålet «Kjenner du noe økt uro eller ubehag nå?» noen ganger i løpet av instruksjonen. Skulle klienten oppleve vedvarende intenst ubehag, kan man som terapeut enten justere teknikken for å nedregulere angstnivået til klienten er innenfor toleransevinduet (f.eks. ved bruk av forankringsteknikker), eller eventuelt avbryte øvelsen. Jeg vil også knytte an en refleksjon til tilstander av søvnighet og kjedsomhet som man finner ved toleransevinduet nedre grense. En øvelse som kroppsskanning kan være en nyttig hjelper til å slappe av og slik gjøre det lettere for kroppen å gli over i søvn, noe som kan være en enorm lettelse og en nyttig mestringsteknikk for mennesker som sliter med søvnvansker.

Samtidig handler oppmerksom tilstedeværelse dypest sett om å våkne opp og bli oppmerksom. I situasjoner hvor søvnighet eller kjedsomhet blir hindringer for å få utført atferdsekspirer eller øvelser, er det derfor sentralt å oppfordre klienten til å gjøre nettopp disse tilstandene til fokus for oppmerksomheten, og observere sitt eget sinn og den automatiserte handlingsberedskapen som sinnet aktiverer idet man er i ferd med avbryte øvelsen med rastløshet eller søvn.



Figur 1: Toleransevinduet

Når man instruerer i oppmerksom tilstedeværelse i grupper, har man ikke anledning til å utforske reaksjonene til alle deltagerne på denne måten. Før oppstart i kliniske grupper er det derfor viktig å gjennomføre inntakssamtaler med deltagerne individuelt, for å gjøre seg kjent med deltagerens anamnese og danne seg et bilde av hvor egnet metoden er for den aktuelle klienten. Man kan med fordel teste ut hvordan klienten reagerer på øvelser basert på oppmerksom tilstedeværelse i en individualsamtale før oppstart, slik at man kjenner personens reaksjonsmåte før man bestemmer seg for å inkludere vedkommende i gruppen. En fremgangsmåte når man introduserer øvelser basert på oppmerksom tilstedeværelse i grupper, er å gi en innledende instruksjon av denne typen: «Mange som forsøker denne typen øvelser, opplever dem som behagelige eller rolige. Noen kan kjenne litt økt ubehag eller uro i starten fordi det er uvant,

noe som ofte gir seg når man blir mer vant til øvelsen. Og noen kan synes øvelsen blir såpass ubehagelig at det ikke oppleves som nyttig for dem akkurat nå. Hvis du oppdager at dette oppleves for ubehagelig eller unyttig for deg akkurat nå, er det mulig å løsrive seg fra mine instruksjoner, koble ut og sitte og tenke på noe annet en stund, og det er også greit å avbryte øvelsen og gå ut av rommet dersom man har behov for det.»

UTFORDRINGEN VARIERER VED ULIKE FOKUS

Basert på refleksjoner hos Germer (2005) og Epstein (2007) er det ofte relativt sett mindre utfordrende å forankre oppmerksomheten i ytre omgivelser eller å konsentrere seg om et mantra eller et bestemt bilde. Denne formen for konsentrasjon av oppmerksomheten anvendes bl.a. i forankringsøvelser («grounding»). Noe mer krevende vil det ofte være å rette fokus direkte mot tilstedeværelse i pustebevegelsene eller andre kroppsfølelser, mens mange vil oppleve det som relativt sett mest utfordrende å være oppmerksomt til stede i egne tanke- og følelsesprosesser som ved «innsiktsmeditasjon».

FORSIKTIGHETSREGLER

Med støtte i refleksjonene ovenfor og egne erfaringer fra klinisk praksis har jeg kommet frem til noen forsiktighetsregler ved utvalgte kliniske tilstander som jeg ønsker å dele her. Ved posttraumatiske stresstilstander og senvirkninger etter overgrep bør man være oppmerksom på faren for overveldelse og aktivering av flashbacks/gjenopplevelser ved for tidlig introduksjon av øvelser med fokus på kropp og indre opplevelser (tanker/følelser), og i starten fokusere på stabilisering, forankring og utvikling av mestrings- og regulerings teknikker (se blant andre Anstorp et al., 2006 og Germer, 2005). Ved angstlidelser knyttet til kroppslige symptomer (f.eks. panikkklidelse og hypokondri) bør man arbeide langsomt, gradvis og forsiktig dersom man anvender øvelser med fokus på kropp og pust, og gjøre en vurdering av om man bør skifte tilnærming ved tegn på økende helseangst, panikkangst eller hyperventilering. Ved tilstander preget av sterke forsvar/avverger eller høyt kontrollbehov bør man gå varsomt frem ved bruk av teknikker for avslapning/avspenning og tilstedeværelse i tanker/følelser, fordi det ofte kan føles truende å legge ned forsvaret og slippe til ulike impulser uten anledning til å stenge av eller kontrollere innholdet. Tilsvarende varsomhet bør vises ved bruk av meditasjonsteknikker overfor mennesker med realitetsbrist eller dissosiasjon, som kan være i risiko for psykose, fragmentering eller destabilisering (se Germer, 2005). Ved depressive tilstander kan ensidig fokus på tilstedeværelse i tanker/følelser medføre fare for å bli sittende fast i depressiv grub-

REFERANSER

- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.) (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Binder, P. & Vøllestad, J. (2010). Å være til stede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(2), 112–117.
- Epstein, M. (2007). *Psychotherapy without the self: A buddhist perspective*. London: Yale University Press.
- Germer, C. K. (2005). Teaching mindfulness in therapy. I Germer, Siegel & Fulton (red.), *Mindfulness and psychotherapy* (s.113–129). New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York: Guilford.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of the body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation for everyday life*. London: Piatkus.
- Kroese, A. (1999). *Stress. Meditasjon, yoga, avspenningsteknikker*. Oslo: Aschehoug.
- Linehan, M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically para-suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.

■ Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.

■ Surrey, J. L. (2005). Relational psychotherapy, relational mindfulness. I Germer, Siegel & Fulton (red.), *Mindfulness and psychotherapy* (s. 91–110). New York: Guilford.

ling, håpløshet eller bekymringstanker. Til sist vil jeg avrunde med en paradoksal hindring som kan oppstå når en klient har jobbet en stund med oppmerksom tilstedeværelse og oppnådd en viss reduksjon av sitt ubehag. Det handler om at den avslappede og salige tilstanden man kan oppnå gjennom meditasjon (engelsktalende kaller det «bliss»), kan bli en god følelse man knytter seg så sterkt til at man bare ønsker å fortsette med øvelser som gir denne tilstanden. Dette kan utgjøre en hindring dersom målet med terapien er en mer grunnleggende vekstprosess, fordi klienten kan miste motivasjonen for den noen ganger ubehagelige selvransakelsen som kreves for å bevisstgjøre seg og frigjøre seg fra mer avstengte og smertefulle sider ved seg selv (se Epstein, 2007).

Som behandler har man et ansvar for å tenke igjennom hvilke typer øvelser og hvilke former for oppmerksomhetsfokus som kan antas å være mest nyttige med tanke på den aktuelle klientens individuelle styrker, sårbarheter og mål for behandlingen. Personlig opplever jeg det som meningsfylt å utvikle en behandlingsplan sammen med klienten som evalueres fortløpende, hvor man velger den mest hensiktsmessige rekkefølgen, formen og varigheten på øvelser og hjemmeoppgaver, og venter med å introdusere neste øvelse til man har mestret forrige delmål. ■



House og sokratiske utspørring

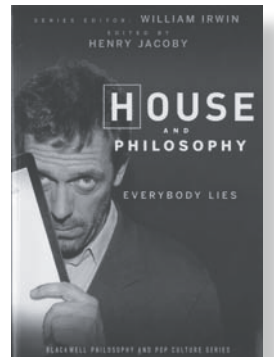
Kognitiv terapi har i de senere år vært inne i en omfattende utvikling på mange ulike områder. Tilnærmingen er tatt i bruk i forhold til nye diagnosegrupper og alternative metoder er utviklet som supplement til de mer tradisjonelle formene. I dag fremstår kognitiv terapi som en blanding av vestlig og østlig filosofisk tankegods kombinert med endringsfokusede teknikker. Sentralt i modellen står fortsatt tesen om tankens betydning for følelsene og nytten av å utforske våre antagelser og hvordan de påvirker vår atferd. Den sunne fornuft er et sentralt verktøy i terapirommet, og tankene ledes fort til skikkelser som Sherlock Holmes, Sokrates og Aristoteles. Særlig Sokrates har fått oppmerksomhet. Kognitive terapeuter oppfordres til å bedrive sokratiske utspørring overfor sine klienter.

Jeg ble derfor nysgjerrig da jeg kom over boken *House and Philosophy* som beskriver den geniale diagnostikeren Dr. Gregory House fra TV-serien House som en slags kryssning mellom Sherlock Holmes, Sokrates og en Zen-filosof, tilsatt en porsjon Nietzsche. For den som har fulgt med på serien virker det kanskje ikke helt betryggende at House fremstår som en representant for blant annet den sokratiske utspørring. Hans evne til å skape relasjoner er ikke den mest fremtredende egenskapen, for å si det pent. Han går heller ikke av veien for å bryte etiske, faglige og moralske regler.

Om det var noen de gamle grekerne mente var en pest og en plage så var det Sokrates, om vi skal tro Melanie Frappier som er en av de mange bidragsyterne til boken: «Like House, Socrates showed little empathy when engaging people in philosophical debates. While, unlike House, Socrates valued friendship, people were quick to point out that discussions with him were as «pleasant» as a stingray's electric discharge.»

Den sokratiske metoden bygger på antagelsen om at kunnskap ikke er noe du bare kan gi til en annen person. Vedkommende må finne den selv. Den eneste måten å hjelpe andre til å nå den på er gjennom å få dem til å stille spørsmål til seg selv som kan hjelpe dem på vegen til sannheten. Den gode terapeut skal stimulere til selvrefleksjon. Så langt alt vel, men jeg tror neppe Sokrates, personifisert gjennom House sin skikkelse, er den som bør være forbilde for den kognitive terapeut.

Boken er redigert av Henry Jacoby og består av bidrag fra en rekke filosofer. De synes enige om at Dr. House lever hva Sokrates kalte et «undersøkende



■ House and Philosophy. Everybody lies. (2009) Ed. Henry Jacoby. John Wiley & Sons 261 sider.

«Hans evne til å skape relasjoner er ikke den mest fremtredende egenskapen»

liv» samtidig som han forteller oss at vi alle er løgnere og at humanisme er overdrevet. Religion finner han heller ikke mye trøst i. Han mener at de ulike religionene er ulogiske og strider mot den sunne fornuft: «Rational arguments usually don't work on religious people, otherwise, there wouldn't be any religious people.»

Boken er delt opp i artikler som belyser ulike temaer knyttet til filosofi, moral, etikk og relasjonelle forhold. Den er underholdende, men skal man ha fullt utbytte av den bør man nok ha sett noen av episodene i House. Da vil du etter å ha lest boken sannsynligvis finne det vanskelig å benytte uttrykket sokratiske utspørring om den gode utforskende samtalen i kognitiv terapi. ■



Lederen har ordet

TORKIL BERGE

Tankens kraft: film om kognitiv terapi ved depresjon


Norsk Forening for Kognitiv Terapi har laget en film om behandling av depresjon. Alle medlemmer av foreningen, om lag 1100 personer, vil få tilsendt en DVD med denne filmen. Vi har foreløpig laget 3000 kopier, og vil distribuere den til kostpris til andre interesserte. Vi håper at den vil bli formidlet via bibliotekene, og vi vil legge den ut på Internett, blant annet på vår hjemmeside. Vi ønsker å nå ut til flest mulig.

Filmen er finansiert av midler fra Ekstrastiftelsen Helse og Rehabilitering, gjennom søkerorganisasjonen Mental Helse. Produksjonsselskapet Fabel & Fakta har lang erfaring med å lage filmer og reportasjer om helsestoff. De har produsert over 300 helsereportasjer for NRK, samt et titalls filmer med helserelatert stoff for blant andre Helsetilsynet og Kreftforeningen.

Målgruppen er både behandlere i helsetjenestene og pasienter og pårørende som er interessert i å lære mer om depresjon og om kognitiv terapi. Hensikten er å skape åpenhet og spre kunnskap, og stimulere til bedre samhandling mellom helsepersonell og personer med psykiske lidelser. Vi tror at filmen med fordel kan integreres som en del av et behandlingstilbud. En undersøkelse viste at det å se en tilsvarende opplysningsfilm om terapi før denne ble startet, reduserte frafall i behandlingen og økte pasientenes opplevde utbytte av den. Vår film inneholder uttalelser fra pasienter som har gjennomgått slik behandling om hva som for dem ble viktig og hvilke råd de vil gi til andre i tilsvarende situasjon.

Det er blitt en følelsesmessig sterk film. Tre personer forteller om hvordan de depressive plagene har rammet deres livskvalitet på det mest alvorlige. Samtidig er det en film om håp. Bakgrunnen for at de har valgt å formidle sine erfaringer, er nettopp at de vil nå ut til andre med budskapet om at det er mulig å få kontroll over problemene og vinne livet tilbake. ■

«Det er blitt en følelsesmessig sterk film.»



Husk å melde endring av
adresse til Norsk Forening
for Kognitiv Terapi:

post@kognitiv.no

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



**NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI**