

NFT

TIDSSKRIFT FOR

KOGNITIV TERAPI

– NR 2 • ÅRGANG 12 • JUNI 2011 –



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

Tidsskrift for Kognitiv Terapi 2/2011

4
Redaksjonelt

7
Sinnemstring Brøsetmodellen

14
Selvmedfølelse som et supplement
til kognitiv atferdsterapi for å hjelpe
ungdom med lav selvfølelse

20
Første internasjonale konferanse
i metakognitiv terapi

22
Kurs i mestring
og forebygging
av depresjon

24
Kognitive
sidesprang

26
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

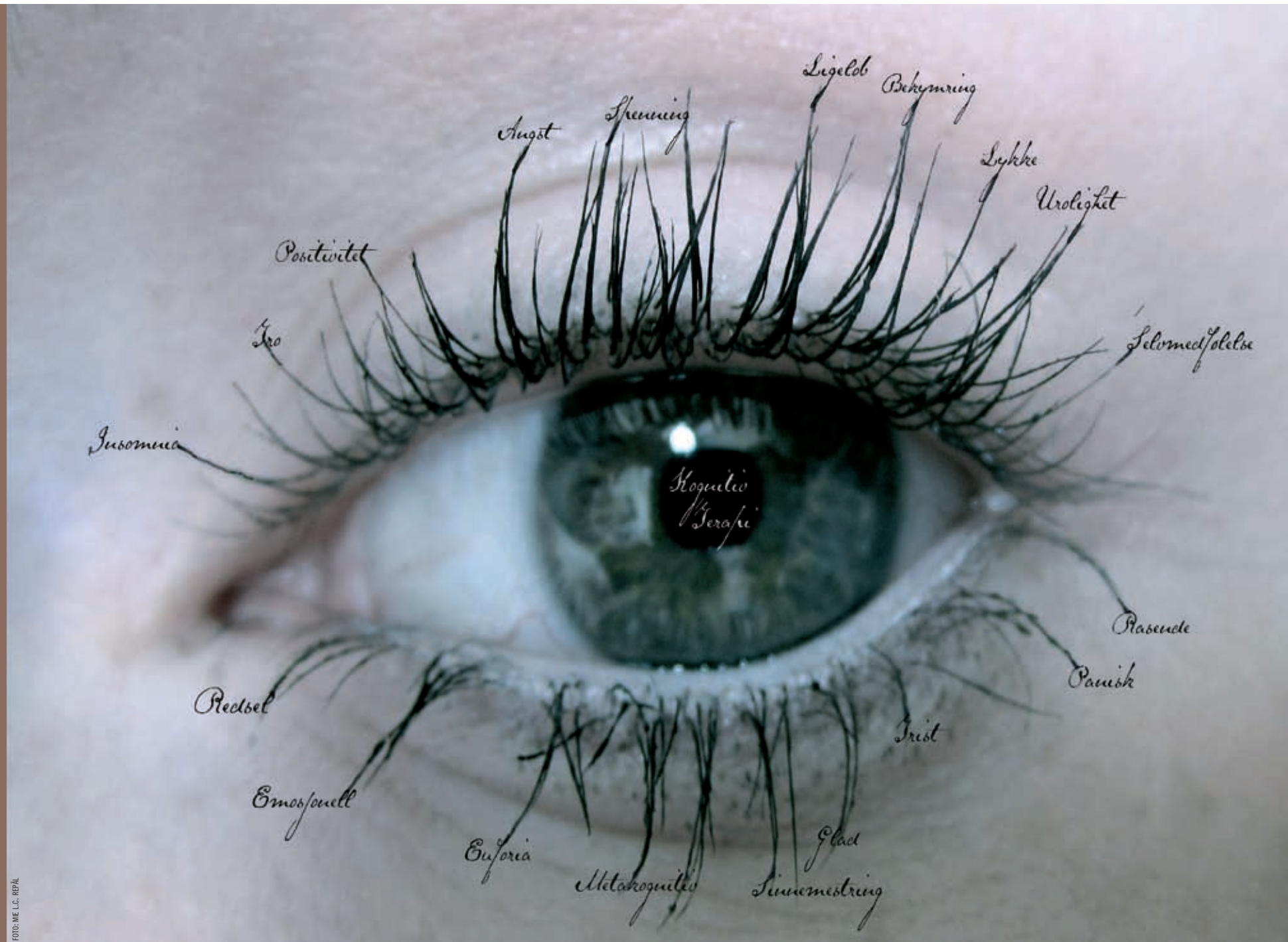
E-post: repaal@online.no

• **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





The God Delusion
Richard Dawkins
Bantam Press 2006

At tro på at tro
Tor Nørretranders
Forlaget ANIS 2003

Ut fra interessen for sammenhengen mellom kognisjon og følelser har jeg i de senere år blitt opptatt av fenomenet tro. Verbet «å tro» innebærer å sette sin lit til noe uten konkrete beviser for at det forholder seg slik. Er du sterk i din tro, beholder du den selv når du blir stilt overfor sterke beviser for at det forholder seg annerledes. Medlemmer av dommedagssekter blir således, i motsetning til hva det ville vært rimelig å anta, ofte styrket i sin tro når verden likevel ikke går under på den proklamerte dato. Dét er i strid med det stoiske ideal om å bygge sine konklusjoner på faktiske og bevisbare forhold. For noen mennesker fører tro til nokså ekstreme og absurde oppfatninger på ett område, samtidig som de kan ha en kunnskapsbasert tilnærming til tilværelsen på andre områder. Det burde være av interesse også for kognitive terapeuter.

THE GOD DELUSION

Tanker og oppfatninger kan være farlige. I verste fall kan de brukes som argumenter for å ta livet av eller undertrykke andre mennesker. Det gjelder også for religiøse tanker. Religion som middel til å undertrykke synes å være ett av hovedargumentene for at biologen Richard Dawkins har skrevet boken «The God Delusion». Her går han til frontalangrep på alle verdens religioner. Selv om han er åpen for at tro i seg selv kan gjøre en positiv forskjell, men av andre grunner enn at det finnes en gud, er drivkraften bak hans engasjement en overbevisning om at religion i all hovedsak er årsak til omfattende lidelse og undertrykking. Argumentene og dokumentasjonen er omfattende. Et annet budskap er at religiøse oppfatninger og forestillinger langt på veg er absurde ideer hinsides enhver fornuft.

Det mest interessante med Dawkins' bok, sett med kognitive briller, er imidlertid at den er skrevet med et ønske om å endre religiøst forankrede irrasjonelle oppfatninger og holdninger. Eller som han selv skriver: «If this book works as I intended, religious readers who open it will be atheists when they put it down.» Han legger så til at det nok er å være for optimistisk. De mest fundamentalistiske vil neppe engang åpne boken. Men han håper den kan bidra til å hjelpe tvilerne til et mer rasjonelt syn på tilværelsen. Jeg er ikke så sikker! Hans frontalangrep blir nok av mange så overveldende at de går i forsvar. Det fører til psykologisk reaktans. Slik sett kan boken leses som et skoleeksempel på hvordan du kan ha svært gode rasjonelle argumenter på din side, men likevel ikke nå frem med budskapet. Debatten i etterkant av boken synes

å bekrefte dette. Et annet poeng som boken illustrerer godt, er at rasjonalitet og irrasjonalitet trives utmerket side ved side. Det er en annen av de utfordringene vi også møter i terapi.

AT TRO PÅ AT TRO

Den danske vitenskapsjournalisten Tor Nørretranders nærmer seg fenomenet tro på en helt annen måte i boken «At tro på at tro». Han er opptatt av fenomenet tro, men ikke nødvendigvis på Gud. Han ønsker å skape en forståelse av den universelle menneskelige tilbøyeligheten til å tro i en moderne verden. For å få det til henter han kunnskap fra fysikk, biologi, antropologi, psykologi, økonomi, filosofi og religionshistorie. Nørretranders skiller mellom verbet «å tro» som en personlig handling og substantivet «en tro» som en felles oppfattelse. Han viser hvordan evnen til å tro, og til å handle ut fra dette, ofte er en nødvendighet. Verbet «å tro» er sterkt knyttet til usikkerhet. Dersom vi bare skulle handle når vi er hundre prosent sikre på hva som er rett, ville vi ofte være handlingslammet. Nørretranders sin bok ble utgitt tre år før Richard Dawkins sin «The God Delusion», men inneholder likevel en kritikk av det å fremstå som bedreviter som også rammer Dawkins. Nørretranders viser til at man fra flere hold har fremhevet det som intellektuelt overlegent å være ateist:

«Det kan ikke opfattes som andet end let nedsættende og hånende over for tilhængere af forskellige religioner – men er et af de allerstærkeste argumenter imod religionerne ikke netop, at de alle dage har fremmet menneskers tilbøjelighed til at håne anderledestænkende? Er det ikke netop den evindelige tilbøjelighed til at prise sig selv som klog og de andre som idioter, der er religionens største dumhed og indbyggede karakterfejl? Hvorfor så begynde på at lege med den samme ild – endda blot drillende og indirekte, så man ikke er til at argumentere med? Er det ikke snarere sådan, at tiden er inde til at vise religionerne accept og kærlighed; at omfavne de troende og fortælle dem, at den verden, der er omkring dem, ikke er så farlig og fremmedartet, at de behøver at klamre sig til ældgamle dogmer?»

TRO OG TERAPI

Tro er et viktig begrep også i terapi. Tro kan fremme endringsprosesser. Placebo- effekten er kanskje det mest kjente eksempelet på det. Men tro kan også virke hemmende på endring. I kognitiv terapi er tro i denne sammen-

«Her går han til frontalangrep på alle verdens religioner.»

heng sammenfallende med begreper som kjerneoppfatninger og grunnantakelser eller innholdet i automatiske tanker. Vi endrer dem ikke ved å gå til frontalangrep på dem, men ved å stimulere til selvrefleksjon og innhenting av nye erfaringer.

Richard Dawkins fremstår i boken «The God Delusion» med et klart budskap bygget på rasjonelle argumenter, men han fremstår uten nysgjerrighet i forhold til religion og tro og med liten empati overfor dem han vil overbevise. Tor Nørretranders er, slik jeg leser ham, mer nysgjerrig, åpen og inkluderende uten at dette går utover rasjonelle begrunnelser. Les dem begge, og ha i tankene at den kognitive terapeut ofte møter mennesker hvis tro – i en ikke-religiøs betydning, har skapt problemer for dem.

Det er også interessant å se hvordan terapeuter ofte er trofaste mot den terapeutiske retning de nå engang knyttet seg til. Man har klippet på sin egen metode og kan være lite mottakelig for fakta som taler imot den. Det kan noen ganger være et hinder for faglig utvikling. Samtidig er det neppe hensiktsmessig å tvinge terapeuter til å arbeide etter metoder de ikke tror på. Ett krav synes jeg likevel vi må kunne stille til alle terapeuter: at de ikke blir salige i sin tro. ■

Sinnemestringskurs etter Brøsetmodellen – også for kvinner?

AINA SUNDT GULLHAUGEN, ANNE MEISINGSET OG GRETE YSTGÅRD

Formålet med denne artikkelen er å sette søkelys på kurstilbud til kvinner som er voldsutøvere, og å formidle våre kliniske erfaringer fra dette arbeidet. Antall kvinner som henvises til Brøset for hjelp til sinnemestring, er i dag like høyt som antall menn. I denne artikkelen redegjør vi for veien fra bare å behandle menn med sinneproblemer til oppstart av et tilbud også for kvinner. Vold i hjemmet er et samfunnsproblem, og tiltak for å redusere vold er et politisk satsingsområde. Det ensidige fokuset på menn som voldsutøvere i hjemmet er problematisk, da vi som jobber i klinikken, opplever at kvinner har et like stort behov for tilbud om sinnemestring. Psykolog og barneombud Reidar Hjermand sier det slik:

«Når det kommer til vold, så er kanskje mannen litt mer befengt med et slags «voldsimage» enn det kvinnene er. Det er på tide å åpne øynene og se at også mor kan være den som utøver vold» (NRK nyheter, 12.08.10)

Videre har barn av kvinner med sinneproblematikk tatt til orde for at oppfatningen av den udelt omsorgsfulle mor står for fall:

«Veldig mange sitter med en oppfatning av at mor skal være den omsorgsfulle, og de vil kanskje ikke innse at en mor kan være så grusom» (Maria Ervik, mishandlet av sin mor som barn; NRK nyheter, 12.08.10)

Ifølge en NOVA rapport fra 2007 rapporterer imidlertid jenter gjennomgående mer mild vold fra mor enn gutter. Det var ingen tilsvarende kjønnsforskjell når det gjelder den grove volden (Mossige & Stefansen, 2007).

BAKGRUNN FOR TILBUDET/OPPRETTELSE AV GRUPPER

I 1998 startet Sinnemestring Brøsetmodellen opp som et gruppetilbud for menn. Bakgrunnen var at vold i nære relasjoner ikke kan aksepteres, med fokus på kvinnen som voldsoffer (Justis- og politidepartementet (2008–2011)). En evaluering av tilbudet viste gode resultater (Haugan & Jarwson, 2005), og etter hvert stilte vi spørsmål ved om dette kunne være et aktuelt tilbud også for kvinner. Bakgrunnen var at vi i individuelle samtaler med hver enkelt klient (mann) fikk inntrykk av at den fysiske og psykiske volden gikk begge veier. I samtalen kom det uttalelser som: «Dette skulle partneren min også



Aina Sundt Gullhaugen.



Anne Meisingset.



Grete Ystgård.

«I samtale med kvinnene ble det avdekket tilfeller av fysisk og psykisk vold mot barn.»

lært om!» og «Partneren min blir sint hun også!» Som følge av disse uttalelsene vokste vår interesse. Var dette reelt, eller en ansvarsfraskrivelse fra mennenes side? Er det slik at kvinner sliter med de samme problemene?

Vi fikk etter hvert et økende antall henvisninger på kvinner som gjorde at vi måtte ta stilling til om tilbudet også skulle gjelde for dem. Vi gjennomførte samtaler med kvinnene, noe som førte til at vi høsten 2007 startet opp med et gruppetilbud for kvinner, ni år etter oppstart av gruppetilbudet for menn. Vi diskuterte hvorvidt det burde opprettes en blandet gruppe med deltakere av begge kjønn. Vi var usikre på om en blandet gruppe ville kunne virke forstyrrende på gruppe medlemmene og på gruppeprosessen i form av at enkelte kan ha vansker med å uttrykke sine tanker og følelser når motsatt kjønn er representert. Fare for flørting og seksuelle undertoner ble også vurdert som et mulig negativt moment. Noen av kvinnene hadde også vært utsatt for vold, og uttrykte at de ikke ville gå i gruppe sammen med menn. I forbindelse med arbeidet med utforming av grupper søkte vi veiledning hos psykiater, noe vi opplevde som meget fruktbart. Vi fikk jevnlig veiledning underveis i gruppeprosessen, og når det oppsto spesielt krevende situasjoner. Blant annet syntes vi at det var bekymringsfullt at så mange av de henviste kvinnene var enslige forsørgere med mye aleneansvar for barnet, da vi vet at vold i nære relasjoner ødelegger familielivet, og at barn tar stor skade av volden (Haaland et al., 2005).

I samtale med kvinnene ble det avdekket tilfeller av fysisk og psykisk vold mot barn. Eksempler på fysisk vold var risting, slag og kasting av gjenstander mot barna. Psykisk vold kunne arte seg som brøling/roping, og barna fikk en atferd som uttrykte redsel. Barnet kunne for eksempel springe ut uten sko, eller ikke tørre å komme ut fra rommet fordi mor var sint. Barn var også vitne til at mor og far sloss. Atferden til barna og deres redsel ble beskrevet som et resultat av gjentagende episoder og ikke enkeltstående hendelser. I mange av disse sakene var Barne- og familietjenesten allerede inne i bildet på grunn av bekymringsmeldinger fra skole og omgivelser. Vi erfarte at barne- og familietjenesten anbefalte disse kvinnene å få hjelp med sinneproblematikken. Ved informasjon om vold i hjem hvor det er barn i familien, spør vi mye om hvordan barna har det, og hvordan de reagerer i, under og etter episoder med vold. Vi melder vår bekymring til barne- og familietjenesten når situasjonen krever det. Hvis vi mottar en henvisning hvor det framkommer fysisk eller psykisk vold mot barn, sjekker vi alltid med henviseren om hvordan livssituasjonen til barnet/barna er vurdert. Det er viktig for oss at deltakelse i sinnemestringskurs ikke blir et alternativ til å sende en bekymringsmelding, men heller et supplement i tillegg til andre tiltak hvis det er nødvendig. Vi ønsker også å sjekke dette nøye slik at vi slipper å starte samarbeidet med klienten med en bekymringsmelding til barne- og familietjenesten. Når vi møter klientene,

gjør vi dem oppmerksom på vår meldeplikt. Vi informerer også klientene om at hvis en ønsker å få godt utbytte av deltakelse i sinnemestringskurset, er det viktig å være åpen og ærlig om sin problematikk. De gangene vi har meldt vår bekymring, har klientene valgt å fortsette i gruppeterapien. Vi opplever at de klientene som oppsøker oss, er svært fortvilet over sin egen situasjon og selv er bekymret for barnas livssituasjon. Opplevelsen av å være til skade for barnet sitt er sår og smertefull. Vi opplever i dag et økende samarbeid med Barne- og familietjenesten i krevende saker. Vi opplever at de bidrar med hjelp og støtte i mange av disse sakene.

SINNEMESTRING BRØSETMODELLEN

Brøsetmodellen, utarbeidet av Stig Jarwson og Grethemor Haugan i 1998, er et 30 timers kurs som strekker seg over 15 påfølgende uker. Sinnemestringskurset fungerer nå som et permanent tilbud ved St. Olavs hospital, Habiliteringstjenesten for voksne, Brøset. Kurset innledes med tre individual-samtaler i forkant av gruppeoppstart. Behandlingen bygger på kognitiv terapi, som kort fortalt innebærer at klienten skal bli klar over sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Vi kartlegger klientenes sårbarhet og illustrerer hvordan negative leveregler bidrar til voldelig atferd. Brøsetmodellen er gruppebasert for at klientene skal møte andre med samme problematikk og gjennom læring bli i stand til å sette ord på tanker og følelser. Gruppe medlemmene brukes aktivt i gruppeprosessen i form av at de gir hverandre konstruktiv tilbakemelding. Det er viktig at gruppa har en atmosfære som skaper trygghet og åpenhet mellom gruppedeltakerne. Gruppedeltakerne tilbys oppfølgingsgruppe i et halvt år etter at kurset er slutt. Videre tilbys det parsamtaler før, under og etter kurset, i den hensikt å få et innblikk i partnerens opplevelse av volden, å gi partneren informasjon om kurset, samt å vurdere samsvar mellom klientens og partnerens opplevelse av endring.

BESKRIVELSE AV KLIENTER

Diagnostisk kjennetegnes kvinnene ved symptomlidelser (depressive episoder, hyperkinetisk forstyrrelse, tilpasningsforstyrrelse, bipolar affektiv lidelse) og personlighetsforstyrrelser. I de første gruppene var flertallet av kvinnene diagnostisert med emosjonelt ustabil eller uspesifisert personlighetsforstyrrelse (ICD-10; WHO, 2005). Personlighetsforstyrrelser forekom sammenligningsvis oftere hos kvinner enn hos menn, men kvinnene scoret lavere på depresjonssymptomer enn mennene. I løpet av de årene vi har drevet sinnemestringskurs for kvinner, har vi sett at henvisninger av kvinner med personlighetsforstyrrelse har avtatt i hyppighet, og at de kvinnene som har blitt inkludert den siste tiden, generelt fungerer bedre i hverdagen. Flere av kvinnene er

høyt utdannet og i jobb, og mange rapporterer at ingen rundt dem vet at de har et sinneproblem, inkludert kollegaer og arbeidsgiver. Det å fortelle om et så tabubelagt problem som sinne og utøvelse av vold er vanskelig og skambelagt. Vi har gjort oss noen tanker om hvorfor vi ser et høyere funksjonsnivå hos henviste kvinner, og tror hovedgrunnen er at tilbudet er blitt allment kjent blant henvisere. Medieomtale av tilbudet kan tenkes å ha bidratt til at terskelen for å søke hjelp har blitt lavere. Oppsummert fremstår det som at de første kvinnene som ble henvist, hadde større tilleggsproblematikk og lavere funksjonsnivå. De kvinnene som blir henvist i dag, fungerer bedre i forhold til jobb, utdanning, familie og med hensyn til sosial kompetanse. Tabell 1 gir en fremstilling av forholdet mellom antall henvisninger, utvelgelse og fullføring av kurset i de årene tilbudet har eksistert.

TABELL 1.

Årstall	Antall henvisninger	Antall avvist	Antall innkalt til vurderingssamtale	Antall avslag/takket nei til tilbud etter vurderingssamtale	Antall fullført kurs	Antall sluttet underveis i kurset
2007	12	2	10	5		
2008	18	1	17	9	10	2
2009	30	3	27	9	11	1
2010	18	1	17	6	8	1
2011	10*	0	10	1	4	2

Tilbudet kom i gang med vurderingssamtaler høsten 2007, og disse klientene startet i gruppe våren 2008.

To av kvinnene har valgt å gå kurset to ganger.

*4 stk gikk kurs våren – 11, resten er planlagt oppstart gruppe høst – 11.

Direkte avslag på søknad om behandling skyldtes språkproblemer, aktivt rusmisbruk, psykose, eller ikke fylte kriterier for vold i nære relasjoner. Tabellen illustrerer videre at flere klienter blir kalt inn til vurderingssamtale enn de som starter i grupper. Årsaker til frafall kan være manglende stabilitet i oppmøte (fravær fra to gruppemøter når fraværet ikke er varslet, medfører at de mister kursplass), noen prioriterer skolegang, og noen finner ut at kurset ikke er riktig tilbud for dem.

VURDERINGSSAMTALER OG BEHANDLING

I vurderingssamtalen er hovedfokus sinneproblematikk og motivasjon. Vi kartlegger type vold, og hvem den retter seg mot. Grad av erkjennelse av

problematikk hos klienten er av stor betydning, da det forteller noe om hvorvidt vedkommende er tilstrekkelig motivert for å nyttiggjøre seg sinnemestringskurset. Andre faktorer som vurderes, er hvorvidt klienten har tilfredsstillende kognitiv kapasitet og nødvendig stabilitet med hensyn til bo- og arbeidssituasjon, oppmøte, rusfrihet, økonomi, medisiner, partner og omsorgssituasjon for barn for å kunne gjøre seg nytte av tilbudet.

De fleste klienter opplever det som traumatisk å være henvist til sinnemestring, og mange forteller at de sov dårlig og grudde seg for det første møtet. Det blir derfor viktig å ansvarliggjøre og bevisstgjøre klienten på tryggest mulig måte. Dette gjøres gjennom å være åpen i forhold til problematikken og ærlig på hvor skadelig vold er for familien. Opplevelsen til kvinnenes partnere kommer fram i parsamtaler hvor partneren sier noe om hvor belastende situasjonen kan være. Partnere forteller at situasjonen oppleves som nedverdiggende, skambelagt, frustrerende og slitsom, og de føler seg utrygge på å la mor være alene med barna. Flere av partnerne har gitt uttrykk for at de ønsker å avslutte forholdet hvis ikke problemet bedrer seg. I motsetning til voldelige menns partnere er det ikke nødvendigvis frykt og redsel som dominerer partnernes følelser.

Det å bli kalt inn til vurderingssamtale innebærer ikke at klienten er tildelt plass på kurset. Sinnemestringsteamet tar den endelige beslutningen etter en gjennomgang av informasjon fremkommet i vurderingssamtalen. Dette teamet består av psykologspesialist, terapeuter ved sinnemestringa og sekretær. Sinnemestringsterapeuter har videreutdanning i psykisk helsearbeid, innføringskurs i kognitiv terapi, og har gjennomgått opplæring for å drive sinnemestringskurs. Terapeutene har lang klinisk erfaring fra sikkerhetspsykiatri samt erfaring med å drive gruppeterapi.

Fra terapeutens synspunkt

Kvinnene som ble henvist de første årene, hadde komplekse problemstillinger og diagnoser som vi måtte ta hensyn til både i sammensetningen av gruppene og underveis i prosessen. Vi opplevde store utfordringer med hensyn til å regulere tiden i gruppa, og det å få kvinnene til å formulere seg kortfattet om sine opplevelser. Da den første kvinnegruppen kom i gang, oppdaget vi at det var stor forskjell på å lede kvinnegrupper og manngrupper. Kvinnenes uttryksmåte var mer verbal, og kvinnene brukte mye tid på omstendighetene rundt sinnesituasjonen. Sammenlignet med mennene meddelte de ofte sine opplevelser på et tidlig tidspunkt i gruppeprosessen. Mennene var mer konkrete og forklarte situasjonen sin enklere. Vi opplevde også at kvinnene hadde større utfordringer i forhold til omsorgsutøvelse. De bor sammen med barna, enten alene eller sammen med en mann, mens mennene ofte har mindre

kontakt med barna etter samlivsbrudd. Mange av kvinnene har kontrollen i hjemmet, noe som oppleves vanskelig å kombinere med jobb, familieliv og andre sosiale aktiviteter.

På kurset kartlegger vi klientenes «leveregler». Young og Klosko (2002) definerer leveregler som handlings-/tankemønstre som dannes ut fra hvordan barnets grunnleggende behov blir møtt og hvordan de befester seg/utvikler seg gjennom barndommen. Har en kvinne for eksempel opplevd mye kritikk og avvísning i barndommen, kan dette ha resultert i at hun utvikler en ekstra sårbarhet for kritikk og avvísning i voksen alder. Vi ser ofte en sammenheng mellom sårbarhetsgrad og tendens til å overreagere eller reagere uhensiktsmessig i situasjoner der disse følelsene blir trigget. De levereglene som dominerer kvinnegruppene, er «strengte standarder» og «selvforsakelse». Selvforsakelse innebærer en tendens til å ivareta andres behov på bekostning av sine egne. Strengte standarder innebærer for høye krav til egne prestasjoner, som resulterer i en følelse av press samt overdreven kritikk i forhold til seg selv og andre. Dette gir seg utslag i svært høye krav til seg selv og liten tilfredsstillende av egne behov («flink pike»).

Fra klientens synspunkt

Etter hver gruppetime oppsummerer vi hvor langt klientene har kommet i forhold til individuelle målsettinger utarbeidet i starten av kurset. Tilbakemeldingene fra de fleste er at de har fått god innsikt i sin egen sinneproblematikk, og at de føler et større ansvar for sin egen reaksjonsmåte. Gjennom mestring av sitt eget sinne opplever de også å få et bedre selvbylde og en bedre opplevelse av det å være mor. Mange forteller om en lettelse over å få forståelse for hvorfor de har reagert slik de har gjort, og tilfredsstillende i å kjenne igjen sin egen sårbarhet. De forteller om en økt bevissthet med hensyn til hva som skjer når sinnefølelsen kommer (tanker – følelser – atferd) og hvordan disse komponentene påvirker hverandre. De fleste som fullfører kurset, ønsker å delta i oppfølgingsgrupper. Årsaken til at så mange takker ja til dette tilbudet, oppgis som tryggheten i det å kunne meddele seg til gruppemedlemmene, behov for å repetere teknikk, samt bevisstgjøring i forhold til videre arbeid. Det påpekes ved slutten av hvert kurs at sinnemestring krever kontinuerlig jobbing og at det tar tid å forandre et handlingsmønster som har er opparbeidet over år.

OPPSUMMERING

Sinnemestringskurs for kvinner er nå et veletablert tilbud ved Brøset i Trondheim. Etableringen av et gruppetilbud for kvinner i regi av «Sinnemestring Brøsetmodellen» var det første faste polikliniske gruppetilbudet for kvinner i Norge på dette området. Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og

rettspsykiatri ved Brøset sprer i dag sinnemestringsmodellen til ulike steder i landet (www.sinnemestring.no), og det er startet opp kurs for kvinner også andre steder. I løpet av de tre årene sinnemestringstilbudet for kvinner har eksistert på Brøset, har antallet henvisninger av kvinner økt. I perioder har vi like mange kvinnegrupper som herregrupper. Vi opplever en stor pågang av henvisninger, noe som tyder på at dette er et udekket behov. Vi opplever at vold utøvd av kvinner er et økende problem, og vi ser at sinnemestring for kvinner er et tilbud som har kommet for å bli. ■

REFERANSER

- Berge, Torkil & Repål, Arne (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Grimstad, T. & Ganer, E. T. (2006). Reportasje fra NRK nyheter, 25.10.2006
- Haaland, T., Clausen, S-E. & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold – ulike parforhold*. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)
- Haugan, G. S. & Jarwson, S. (2005). Kognitiv terapi ved vold og aggresjon. *Tidsskrift for sykepleien*, 1, 4–5.
- Justis- og politidepartementet (2008–2011): Handlingsplan mot vold i nære relasjoner, Vendepunkt.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd, og aldring (NOVA), 20/07.
- World Health Organization (2005). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th Revision: ICD-10*, Norsk utgave.
- Young, J. E. & Klosko, J.S (1993). *Gjennvinn livet ditt*. Norsk oversettelse 2002 ved
- P. A. Vogel, E. O. D. Vogel, og T. L. Dahl. Ananke Norge.

Selvmedfølelse som et supplement til kognitiv atferdsterapi for å hjelpe ungdom med lav selvfølelse

LIV MARIT KLEPPE



I terapi med ungdom erfarer mange klinikere at temaet selvfølelse dukker opp. Selv om diagnoser og funksjonsnivå varierer, strever mange unge med grunnleggende negative tanker om seg selv. Mange sliter med å leve opp til store forventninger i forhold til utdanning, skoleprestasjoner, et vellykket utseende og seksuelle erfaringer. Mens tradisjonell tilnærming i kognitiv atferdsterapi (KAT) fokuserer på å endre negative tanker og følelser og negativ atferd, bidrar selvmedfølelse til å akseptere dem med en ikkedømmende holdning. Ungdommen oppfordres til å akseptere seg selv, sin historie og sin nåværende situasjon: Det er menneskelig å feile og å oppleve negative hendelser. Ved en slik tilnærming kan det være lettere å motivere ungdommen til å ta i bruk de tradisjonelle KAT-verktøyene. I denne artikkelen ønsker jeg å belyse hvordan selvmedfølelse kan være et supplement til den tradisjonelle tilnærmingen i KAT for å hjelpe ungdom med å styrke sitt eget selvbilde og sin selvfølelse.

SELVFØLELSE OG SELVMEDFØLELSE

Selvfølelse er måten vi ser på, og verdsetter, oss selv som mennesker. Ved lav selvfølelse dominerer negative tanker og meninger om oss selv. Vi kan for eksempel tillegge oss selv liten eller ingen verdi. Klinisk erfaring viser at strenge selvkritiske holdninger ofte er en vedlikeholdende faktor ved ulike psykiske lidelser. Lav selvfølelse kjennetegnes ofte ved en konstant opplevelse av usikkerhet, selvkritikk og skyldfølelse. Forskning har vist at barn som har vokst opp med omsorgssvikt, ofte utvikler lav selvfølelse (Verduyn & Calam, 1999). Terapi ved lav selvfølelse har som mål å utvikle en mildere, mer omsorgsfull og aksepterende holdning til seg selv (Gilbert & Irons, 2005). Selvmedfølelse er kjennetegnet av nettopp en slik holdning.

K. D. Neff (2003) har introdusert selvmedfølelse som en tilnærming for mestring av livsbelastninger. Hun deler selvmedfølelse inn i tre ulike komponenter (Neff, 2003):

1. *Selvomsorg (versus selvkritikk)*

Selvmedfølelse innebærer å være fortrolig med å gjøre feil og ikke å være fullkommen. Personer som praktiserer selvmedfølelse og opplever problemer, vil møte seg selv med aksept og en ikke-dømmende forståelse heller enn å bagatellisere smerte og kritisere seg selv. En aksepterende innstilling vil føre til økt bevisstgjøring, men uten at en fordyper seg i vanskelige tanker og følelser.

2. *Felles forståelse av menneskeheten (versus isolasjon)*

Selvmedfølelse innebærer at en er fortrolig med å gjøre feil, og at en ser det å feile og møte vanskeligheter som menneskelig. Å feile er noe en har til felles med andre og ikke noe som skiller en fra fellesskapet.

3. *Mindfulness (versus overidentifikasjon med vanskeligheter)*

Neff (2004) understreker at en ikke kan være selvmedfølelse hvis en fortrenner egen lidelse, tanker og smertefulle opplevelser. Aksept og oppmerksomt nærvær (mindfulness) vil føre til økt bevisstgjøring uten at en graver seg ned i vanskelige tanker og følelser. Gjennom oppmerksomhetsbaserte tilnærminger forsøker man å legge til rette for å møte sin egen erfaring, ta imot følelsene, godta dem slik de er, og betrakte dem som en forbigående kroppslig tilstand på lik linje med andre tilstander. På den måten kan oppmerksomhetstrening bidra til å fremme eksponering og hindre unngåelsesatferd, og dermed føre til reduksjon av den følelsesmessige reaktiviteten som vanligvis ledsager angstsymptomer (Vøllestad, 2007).

I Vesten er det en generell oppfatning at medfølelse skal gjelde andre og ikke en selv. I buddhistisk tradisjon understrekes det derimot at en gjennom å fremme selvmedfølelse blir i stand til å ha omsorg for andre. Å ha selvmedfølelse er ikke vesensforskjellig fra det å ha medfølelse for andre. Medfølelse innebærer at en er emosjonelt beveget av det vanskelige hos den andre og ønsker å ivareta den lidende. Samtidig vedkjenner en seg at dette er en situasjon som deles av mange mennesker. Det å ha selvmedfølelse innebærer å handle på samme måte mot seg selv. Det er ikke en måte å unnskyldes seg på, men en ønsker å se seg selv slik en er, og handle medfølelse ut fra det. Det er heller ikke en form for selvmedlidenhet der en preges av å fortape seg i og overdramatisere egne negative opplevelser (Neff, 2004).

I det følgende vil jeg gi en beskrivelse av hvordan selvmedfølelse som et supplement til KAT har vært anvendt i en konkret behandlingssituasjon. Kasuset «Anne» er hentet fra en virkelig behandlingssituasjon med nødvendig omskrivning.

SELVMEDFØLELSE ANVENDT PÅ KASUSET «ANNE»

Anne bodde på hybel og gikk på videregående skole. Foreldrene skilte seg da hun var liten. Mor er etablert i et nytt forhold, men Anne har aldri akseptert mors nye mann. Anne ble henvist for symptomer på depresjon og spiseveg-

«Selvmedfølelse innebærer å være fortrolig med å gjøre feil og ikke å være fullkommen.»

ring i tillegg til at hun var sliten og følte at hun hadde redusert kapasitet til skolearbeid og sosiale aktiviteter. Da hun kom til Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), hadde hun en BMI som lå rett over grensen for anoreksi. Utredningen viste at hun brukte mye krefter på å regulere matinntaket. Hun viste i tillegg symptomer på depresjon. Anne hadde et stort funksjonstap som gjorde at hun ikke klarte skolen som forventet, var lite sosial og strevde følelsesmessig i forhold til foreldrene. Hun hadde store problemer med å sette ord på følelser knyttet til egen situasjon. Anne uttrykte ønske om å få hjelp til å få tilbake energien, slippe tankekjøret, klare skolen og tenke mindre på mat.

I starten forholdt terapeuten seg til Anne sine temaer, men gradvis ble disse mindre aktuelle for henne, og terapeuten respekterte det. De nye temaene som kom opp, var hennes relasjon til moren, stefaren, kjæresten og venner. Hun strevde daglig med dårlig samvittighet for den atferden hun hadde vist sin stefar i oppveksten. Hun følte at hun hadde forspilt sin sjanse til å oppleve en god barndom på grunn av sin væremåte. Hun hadde også dårlig samvittighet for at hun ikke klarte å besøke sin mor i hverdagen. Samtidig lengtet hun etter å ha samvær med mor.

Etter hvert utformet Anne og terapeuten i samarbeid en tydelig kasusformulering. Den ble en felles plattform for videre samtaler og behandling. Anne bar på en stor skyldfølelse for at hun hadde avvist stefaren og på den måten også såret sin mor. Disse opplevelsene ble sett på som konsekvenser av hennes grunnleggende leveregel om at hun ikke er god nok. Grunnregelen viste en lav selvfølelse og førte til stadig redsel for å bli avvist. Anne utviklet kompensatoriske strategier og sekundære leveregler som for eksempel: «Hvis jeg alltid gjør alt rett, kan ingen klage på meg.» «Hvis jeg later som at alt er OK, blir jeg likt og akseptert.» Negative automatiske tanker som gikk igjen hos Anne, var: «Jeg spiser for mye og for fort. Det jeg spiser, er ikke sunt.» «Jeg har dårlig samvittighet for at jeg sjelden er hjemme hos mor.» «Jeg har ikke energi til alt jeg skal gjøre på skolen. Jeg kommer ikke til å klare det.»

Anne hadde et stort savn etter å være mer sammen med sin mor uten krav og forventninger til å prestere. For å klare det ble det vurdert slik at hun først ville trenge å vise større selvmedfølelse og stoppe anklagene hun rettet mot seg selv. Deretter ville det være hensiktsmessig å jobbe med de negative automatiske tankene for å endre dem til mer hjelpsomme tanker.

I samtaler hadde Anne ofte fokus på at hun ville være mer sammen med mor, men samtidig kom en automatisk tanke om at det ikke gikk, fordi hun ikke ville møte stefar. For å hjelpe Anne måtte terapeuten gjennomføre en kognitiv rekonstruering. Gjennom å se på seg selv med selvmedfølelse fikk Anne hjelp til å akseptere egen negativ atferd i barndommen. Hun fikk hjelp til å styrke selvfølelsen og bli mer realistisk overfor egne begrensninger. En begrensning hun ikke kunne gjøre noe med, var å endre på fortiden. Etter hvert

opplevde Anne at bekymringene knyttet til moren ble mye mindre. Anne sine tanker knyttet opp til mor var preget av gode tanker mer enn skyldfølelse og sorg. Dette påvirket Anne sin selvfølelse på en god måte. Slik ble selvfølelsen styrket, og hun tenkte at hun var like mye verdt som andre.

Det ble et vendepunkt i terapien da Anne erkjente at hun hadde en grunnleggende dysfunksjonell leveregel som handlet om at hun ikke var god nok datter og kjæreste. Ved hjelp av kasusformuleringen fikk Anne forståelse for hvordan hun utviklet en lav selvfølelse gjennom å føle seg sviktet av mor og stefar. Hun fikk en forståelse for skyldfølelsen hun hadde knyttet til sin negative atferd mot stefaren som hun ikke likte. Gradvis ble hun mer sosial og utadvendt, og hun presterte tilfredsstillende på skolen. Ved å utøve selvmedfølelse aksepterte hun sin livssituasjon og savnet etter sin mor og sin egen avvising av stefaren.

For Anne opplevdes det som mestring at hun ble i stand til å stoppe dysfunksjonelle tanker som førte til at hun fikk bekreftet sin lave selvfølelse. Det var viktig for selvfølelsen at hun fikk kontroll over de negative automatiske tankene ved å finne frem til hjelpsomme tanker som fremmet gode følelser og mer energi. Ved å tenke at de negative automatiske tankene kunne endres, fikk Anne hjelp til å monitorere tankene og følelsene sine i hverdagen på en måte som fremmet positiv energi og større livskvalitet. I avslutningssamtalen kom det frem at Anne var mer sosial, mindre redd for kritikk og mer trygg på seg selv.

HVORDAN SELVMEDFØLELSESBEGREPET BLE BENYTTET I BEHANDLINGEN AV «ANNE»

Et tilbakevendende funn i forskningslitteraturen er at barn med emosjonelle problemer og atferdsproblemer sliter med lav selvfølelse (Reinecke, Dattilo & Freeman, 1996). Anne hadde erfaringer som sammenfalt med sårbarhetsfaktorer for å utvikle lav selvfølelse. Hun hadde foreldre som var skilt, hun hadde opplevd mangel på anerkjennelse, og hun hadde opplevd seg utenfor i familien. Anne hadde hatt funksjonstap i forhold til skoleprestasjoner og hadde hatt manglende energi til å delta i sosiale aktiviteter. Gjennom disse erfaringene ble Anne sin selvfølelse krenket, og hun kjente på en utilstrekkelighetsfølelse når hun tenkte på disse situasjonene. Jeg vil nå se på hvordan de tre elementene i selvmedfølelsesbegrepet til Neff (2003) ble brukt i behandlingen.

Være snill med seg selv

Anne fikk hjelp til å se på seg selv med selvmedfølelse, noe som bidro til at hun kunne akseptere egen negativ atferd i barndommen. Hun fikk hjelp til å se mer realistisk på sine egne begrensninger. En begrensning var at hun ikke

REFERANSER

■ Abela, J. R. Z. & Hankin, B. J. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high risk children: The role of insecure and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 182-192*.

■ Bakke, A. T. (2007). Med utgangspunkt i Gilberts depresjonsteori; Mindfulness og selvmedfølelse som intervensjon i behandling av depresjon. Universitetet i Bergen, Psykologisk Fakultet.

■ Berge, T. & Repål, A. (2009). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

■ Binder, P. E. & Vøllestad, J. (2010). Å være tilstede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2, 112-117*.

■ Fenell, M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

■ Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focuses therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking (s. 263-325). London: Routledge.

■ Graham, P. (2005). *Cognitive Behavior Therapy for Children and Families*. Cambridge University Press.

■ Holden, B. (2007). Aksept – og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 9, 1118-1126*.

■ Neff, K. D. (2003). *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self and Identity, 2, 85-101*.

■ Neff, K.D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences, 9, 27-37*.

■ Neff, K. D. & Mc Geehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9, 225-240*.

■ Reinecke, M., Dattilo, F. & Freeman, A. (1996). *Cognitive therapy with children and adolescents*. New York: The Guilford Press.

kunne endre på fortiden. Terapi er alltid en balansegang mellom aksept og endring. Berge (2008) understreker viktigheten av å validere klientens emosjonelle opplevelse. Det å være til stede og støtte den. Først når klienten føler seg møtt og forstått, er den emosjonelle opplevelsen tilgjengelig for utforskning. Terapi handler ofte om tålmodighet, det handler om å vente til klienten er åpen for sine egne følelser. Berge understreker også viktigheten av å jobbe med selvmedfølelse, fordi medfølelse og aksept for seg selv er en forutsetning for endring. I timene kunne Anne vise med tårer i øynene at hun var i kontakt med såre følelser som terapeuten bekreftet, aksepterte og normaliserte. I oppveksten hadde Anne skjult følelsene av å føle seg tilsidesatt med en avviseende atferd, spesielt i forhold til stefar.

Når man arbeider med barn og ungdom, er det alltid viktig å ha et utviklingspsykologisk perspektiv i terapi. I forhold til Anne kan det være lettere å forstå hennes avviseende og negative atferd i forhold til stefaren når hun var i 6-årsalderen. Et barn har ikke utviklet et stort register i forhold til å løse praktiske og relasjonelle problemer. Å avvise en ny mann som kommer inn i familien, er et normalt reaksjonsmønster for barn. Terapeuten kan normalisere et barns atferd ut fra alder og kompetanse og på den måten hjelpe pasienten til å akseptere sin egen atferd.

Være en del av menneskeheten

Anne var isolert og lite sosial i starten av behandlingen. Hun viste tendenser til skolevegring. Gjennom økt selvmedfølelse kan terapi vise at det å gjøre feil eller ikke lykkes er en del av det å være et menneske og høre til et fellesskap. I samtaler kom det frem at Anne likte å være sammen med venner som delte vanskelige erfaringer, og at hun også følte at hun hadde noe å bidra med i forhold til medmennesker. Anne delte felles erfaringer som er knyttet til det å vokse opp i familier med skilte foreldre. Hun var ikke alene om de følelsesmessige belastningene hun hadde opplevd. Men for å kunne dele sin sårbarhet måtte hun først erkjenne dem for seg selv.

Tilstedeværelse i øyeblikket (mindfulness)

Oppmerksomt nærvær er en måte å holde ut vanskelige følelser på. I samtaler med terapeuten kom Anne i kontakt med følelser hun helst ville unngå. Anne ble bedt om å ta imot tanker og følelser som hun hadde knyttet til sine barndomsminner, på en ikke-dømmende og aksepterende måte. I stedet for å ønske minnene endret kunne hun godta at fortiden var slik, og betrakte den som en forbigående kroppslig tilstand. I motsetning til tradisjonell kognitiv atferdsterapi forsøker man i oppmerksomhetsbaserte tilnæringer ikke å erstatte maladaptive kognisjoner med mer hensiktsmessige kognisjoner. I stedet legges det til rette for å møte sin egen erfaring. På denne måten kan oppmerk-

somhetstrening bidra til å fremme eksponering og hindre unngåelsesatferd (Vøllestad, 2007).

UTVIKLINGEN I BEHANDLINGEN

Anne hadde i starten av behandlingen problemer med å fortelle kjæresten hvordan hun hadde det. Hun var redd for hans reaksjoner. I løpet av behandlingen erfarte hun at hun var bedre til å uttrykke følelser enn kjæresten. Det gav henne følelse av mestring, samtidig som hun forstod kjæresten sin situasjon. Etter hvert utviklet Anne en større aksept for at hun kunne bli sliten i ulike situasjoner. Tidligere hadde hun devaluert seg selv, men etter hvert kunne hun akseptere at hun trengte hvile. Anne fikk tilbake gleden av å mestre skolen, og hun merket at det var lett for henne å gi mye av seg selv der. Disse opplevelsene gav henne trygghet og en god selvfølelse. Anne gav tilbakemelding på at det var lett for henne å registrere negative automatiske tanker og å endre dem til hjelpsomme tanker. Hun merket at følelsene endret seg fra å være nedstemte til å bli mer optimistiske, og at det gav energi å tenke positivt.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Tradisjonell kognitiv terapi har som mål at klienten skal lære å utfordre sitt eget tankeinnhold, og fortrinnsvis erstatte uhensiktsmessige og negative tanker med mer konstruktivt innhold. I verste fall kan endringsfokusert føre til en instrumentell holdning som virker avskrekkende på personer med overvældende symptomer og livsvansker (Vøllestad, 2007). I motsetning til dette står de oppmerksomhetsbaserte tilnærmingene for et mer prosessorientert syn, hvor endringen forventes å skje i relasjonen mellom ungdommen og tankene (Vøllestad, 2007). Paradoksalt nok kan akseptdimensjonen være grunnlaget for endring. I nærværsperspektivet (Binder & Vøllestad, 2010) ligger en grunnidé om at aksept av det som er gitt i hverdagen, alltid må komme først, og så kan endring være en mulighet som følger av denne. Å fremme selvmedfølelse i terapi er med på å skape en terapeutisk holdning av respekt og omsorg for pasienten som handler om at pasienten har en egenverdi. Noen vil være skeptiske til å blande inn selvmedfølelse i KAT, fordi man mener at det vil ta bort endringsperspektivet i behandlingen til fordel for å akseptere en vanskelig livssituasjon. Min oppfatning er at selvmedfølelse er en nyttig holdning for å mestre ulike utfordringer i livets forskjellige faser. ■

■ Stallard, P. (2007). *Code Tanker – Code Følelser. Kognitiv atferdsterapi. Arbeidsbok for barn og unge*. København: Dansk psykologisk forlag.

■ Verduyn, C. & Calam, R. (1999). Cognitive behavioral interventions with maltreated children and adolescents. *Child abuse and neglect, 23(2)*, 197-207.

■ Vøllestad, J. (2007). Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 7, 860-867*.

Første internasjonale konferanse i metakognitiv terapi

ELI TØNSETH

Den første internasjonale konferanse i metakognitiv terapi ble arrangert i Manchester 12.-13. mai i år. Det var ca 250 deltakere fra ulike land og kontinenter.

Konferansen ble avviklet i Manchester Town Hall, et majestetisk bygg i gotisk stil som ga en høytidlig ramme rundt arrangementet. Town Hall ligger sentralt med gangavstand til det meste i den pulserende byen. Manchester er mer enn fotball, pubkulturen er naturligvis godt utbredt her som i resten av Storbritannia. Her finner en, på godt britisk vis, mange «brune» puber i tillegg til de mer moderne. Den mest fascinerende av dem alle er en svært liten fotballpub, bestående av to bitte små rom, men hvor vertskapet alltid finner en stol til deg og hvor servicen er på topp. Om det ikke er plass i øyeblikket, får du tilbud om et fang hos naboen! Dette har vært et populært møtested for oss både under utdanningen og på konferansen. Det var regntungt i Manchester disse dagene i mai, men skurene kom stort sett når vi befant oss innendørs. Temperaturen var fin og våren var kommet langt. Utenfor Town Hall stod rosene og kastanjetrærne i full blomst.

KEYNOTES, SYMPOSIER OG WORKSHOPS

Den metakognitive modellen, utviklet av Dr. Adrian Wells, var fokus for keynotes, symposier og workshops. Denne grunnmodellen, som ble utviklet for flere år tilbake, ble her presentert i forhold til et vidt spekter av ulike lidelser: GAD, depresjon, OCD, sosial angstlidelse, PTSD, personlighetsforstyrrelser og psykoser i tillegg til lidelser hos barn og unge. Det ble holdt i alt 10 keynotes med Dr. Adrian Wells University of Manchester UK, Dr. Tom Borcovec Arizona USA, Dr. Gerry Matthews University of Cincinnati USA, Dr. Hans M. Nordahl Norwegian University of Science and Technology, Dr. Douglas Turkington University of Newcastle UK, Dr. Costas Papageorgiou Priory Hospital Altrincham UK, Dr. Graham Davey University of Sussex UK, Dr. Anthony P. Morrison University of Manchester UK, Dr. Peter Fisher University of Liverpool UK og Dr. Robert L. Leahy Weill-Cornell University Medical College USA. På de ulike symposiene var det representanter fra England, Australia, Italia, Tyskland og Norge. Fra Norge hadde Stian Solem, Tore Stiles, J. M. Ingul og Hans Nordahl innlegg.

PRE-CONGRESS WORKSHOPS

Den 11. mai ble det arrangert ulike Pre-Congress Workshops på en halv dag som gikk parallelt. Dr. Adrian Wells snakket om metakognitiv terapi ved



GAD og kroniske bekymringer, samt behandling av PTSD med metakognitiv terapi, Dr. Hans M Nordahl om ERIS protokoll: metakognitiv terapi for Borderline Personlighetsforstyrrelse, Dr. Peter Fisher om metakognitiv terapi i behandlingen av OCD og Dr. Costas Papagoriou om metakognitiv terapi ved depresjon. Det deltok ca 150 på disse workshopene.

Arrangementet ble smertefritt gjennomført med noen få tekniske problemer som raskt lot seg rette på. Programmet var tett fra kl. 09.00 – 17.30 begge dager og stolene ikke de beste. Salen var likevel fullsatt til siste slutt, hvilket forteller om stort engasjement og meget interessante foredrag og framlegg av forskningsresultater. Det planlegges en ny konferanse om 2 år, kanskje i Trondheim, om Norge ikke blir et for dyrt land for våre utenlandske kolleger.

METAKOGNITIVT INSTITUTT

MCT-instituttet ligger i Manchester og er grunnlagt av Dr. Adrian Wells og Dr. Hans Nordahl. Hovedmålet til instituttet er å utvikle og spre effektiv psykologisk behandling til mennesker med psykiske lidelser og tar sikte på å utvikle et nettverk av MCT-sertifiserte behandlere som er kompetente utøvere av metakognitiv terapi. Instituttet har utviklet et 2-årig treningsprogram som etter fullføring gir Level 1 Diploma. Det første kullet, som jeg var så heldig å få delta på, startet i april 2009 og ble avsluttet i Manchester i november 2010. Vi var 35 deltakere hvor alle kom fra Norge, bortsett fra en psykolog fra Tyskland.

Kull nr. to avslutter sin utdanning i desember 2011 og det 3. kullet har nettopp startet. Kull nr. fire avrettes i disse dager. Det er stor interesse for denne utdanningen og på det tredje kullet er deltagere fra resten av Europa godt representert. Det planlegges et Level 2 i 2012 for videre intensiv trening og praktisering av metakognitiv terapi. ■

*Adrian Wells og
Hans M. Nordahl
sittende foran kurs-
deltakerne.*

Kurs i mestring og forebygging av depresjon: nettsted med nyttige ressurser

TORKIL BERGE OG CECILIE SKULE

Depresjon er et av vår tids største helseproblemer. Vi vil informere om et kurs som formidler kunnskap om tiltak mot depresjon og hva som kan forebygge nye episoder. Kursbeskrivelse, selvhjelpshefter, power points og annen nyttig informasjon er lagt ut på hjemmesiden www.bymisjon.no/a-senteret for at fagfolk skal kunne tilpasse det til eget bruk, ut fra sin målgruppe og faglige tilnærming. Her gjelder ingen copyright-regler! Vi holder et gratis inspirasjonsseminar om kurstilbudet i Oslo fredag 9. september fra kl 10.00-15.30.

Kurset er utviklet i samarbeid mellom A-senteret, Kirkens Bymisjon i Oslo og Distriktpsikiatrisk senter Vinderen, Diakonhjemmet sykehus. Det er et tilbud ved en rekke enheter rundt omkring i Helse-Norge. Eksempler er Psykiatrien i Vestfold HF og flere distriktpsikiatriske sentre, ruspoliklinikker, kommunehelsetjenesten og lærings- og mestringssentre. Det er et nettverk av kursledere som møtes to ganger årlig, for inspirasjon og erfaringsutveksling, og det forskes på nytteverdien av tilbudet. Også dette kan du lese mer om på hjemmesiden.

Formålet er å gi deltakerne god og oppdatert informasjon om depressive lidelser, og anledning til å drøfte egne erfaringer og sammenlikne seg med hverandre. God informasjon gir et grunnlag for selvhjelp, fordi det kan styrke opplevelsen av å kunne mestre depresjonen. Sentralt står kartlegging av tidlige signaler på eller risikosituasjoner for tilbakefall, og et bredt spekter av forslag til hva som kan gjøres for å møte utfordringene. Målet er at deltakerne lager en beredskapsplan eller handlingsplan som gjør dem tryggere på at de kan få bukt med vanskene når de melder seg, og helst før de rekker å vokse seg store. Kurset er ikke ment som en erstatning for annen behandling, men som et nyttig supplement til andre tiltak. Inntakskriteriet er bredt: erfaring med og motivasjon for å lære mer om mestring og forebygging av depresjon. Mange av deltakerne er deprimert mens de deltar på kurset, og en undersøkelse viste at dette interessant nok ikke knyttet til større fravær. Våre erfaringer er at det er et etterspurt og populært kurs, og tilbakemeldingene fra deltakerne er meget positive.

I boksen under finner du en liste over hovedtemaer på kurset, som kursholderne i dialog med kursdeltakerne kan velge fra. Kurset er vanligvis på åtte

ganger, men kan avgrenses i omfang. Det er mange muligheter for variasjoner og videreutvikling, både når det gjelder form og innhold.

KURSPLAN FOR DEPRESJONSKURSET – SENTRALE TEMAER

- Hva kjennetegner depresjon? Beskrivelse av symptomer. Forekomst og tilbakefall
- Årsaker til depresjon. Sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer
- Tenkning og depresjon. Grubling og bekymring. Depressive tenkemåter
- Følelser og depresjon. Ulike typer følelser. Følelsesbevissthet
- Selvmordstanker og selvmordsforsøk
- Angstlidelser og depresjon. Mestring av angst
- Hvordan aktivisere seg selv? Ulike former for aktivitet som motgift mot depresjon
- Søvn og søvnløshet. Mestring av søvnproblemer
- Depresjon og forholdet til familie og venner. Hva med barna?
- Antidepressive medikamenter. Samhandling med lege
- Rusmiddelavhengighet og depresjon
- Veien videre – forebygging av tilbakefall

Er du interessert i mer informasjon om inspirasjonsseminaret eller om kurset, kontakt psykologene Cecilie Skule cecilie.skule@diakonsyk.no eller Torkil Berge torkil.berge@diakonsyk.no



Hørt om «ligeløb»? Ikke det. Hva med flytopplevelser eller flow? Det lyder sikkert mer kjent. «Ligeløb» er et dansk ord for det samme. Det beskriver en sinnstilstand hvor vi glemmer oss selv. Ved «ligeløb» fornemmer vi i følge Ludvig Feilberg de sanseintrykk vi mottar, ved «krednsning» identifiserer vi dem og skjelner mellom dem og kan kategorisere dem på grunnlag av tidligere erfaringer. Begge tilstander er ønskelige, men den gode opplevelsen ligger i «ligeløb» hvor vi glemmer oss selv. Feilberg var bekymret for at vi «kredser» alt for mye både om dagliglivet, fortiden og fremtidens problemer. Han var også opptatt av den betydning fysisk aktivitet har for psykisk velvære og mente at hans egen samtid slett ikke hadde forståelse for at følelsen «ved omhyggelig Udvikling under Tankens og Naturkundskapens Kontrol blive vårt allerfineste, allerskarpeste og allerpaalideligste Erkendelsesmiddel.» Hvem Ludvig Feilberg er, eller rette sagt var? Han var en dansk ingeniør og forfatter, dosent i tegning og jord- og vandbygningslære ved Landbohøjskolen i København, og dessuten kulturministeriets tilsynshavende ved folkehøyskoler og landbrukshøyskoler. Han levde fra 1849 til 1912. Hans første bok, *Om størst utbytte av sjelsevner*, ble utgitt i 1881. Av andre titler kan nevnes *Om Ligeløb og Krednsning i Sjælelivet* (1896) og *Om sjælelig Ringhed* (1902). Det er lite ved titlene som peker i retning av han yrkesbakgrunn. Så er han da også regnet som en av nordens tidligste og fremste psykologer. I en tid hvor romantikken var i ferd med å bli avløst av realismen var han opptatt av sammenhengen mellom følelser og tanker og mente at enhver original tanke begynner som en følelse. Følelsen er kun upålitelig «naar man føler ufint og slet og forveksler sine uklare Følelser...men paa den Maade kunde vel også Tænkning blive upaalidelig.» Så sant, så sant. I følge biografene var Feilberg glad i å gå. På sine mange vandreturer noterte han sine opplevelser og refleksjoner i små sorte notisbøker som han alltid hadde med seg. Notatene, som utgjør 107 bind på 6672 sider, ble senere samlet og var utgangspunktet for hans «Levelære». Denne oppfatter han som velbegrunnede veiledninger i mentalhygiene. Feilberg var med andre ord en tidlig forløper til selvhjelps litteraturen.

NORDENS GENIALESTE PSYKOLOG

Jeg trodde jeg hadde snublet over en godt bevart hemmelighet da jeg første gang leste om Feilberg, men der tok jeg feil. Det viste seg at vår egen Karl Halvor Teigen, som jeg husker fra inspirerende forelesninger ved universitetet

«Han fremstår som en spennende bevissthetspsykolog med stor formidlingsevne.»

i Bergen en gang i det forrige århundre, hadde skrevet om mannen alt i 1980 i en bok med tittelen Ludvig Feilberg – “Nordens genialeste psykolog» utgitt på Sigma forlag. Siden har flere interessert seg for ham, blant andre Margit Hartyani som har gitt ut boken *Mellemøeblikke* på Sydansk Universitetsforlag. Boken, som kom i 2009, er en innføring i Feilbergs psykologi og «Levelære» i «historisk omrids og nutidigt perspektiv.» Feilberg kan anbefales, om man nå ønsker å gå til kilden eller til noen av de bøkene som er skrevet om ham. Han fremstår som en spennende bevissthetspsykolog med stor formidlingsevne. Som betegnelse for ulike tilstander brukte Feilberg ofte selvkonstruerte begreper. Han hadde en rekke eksempler på «Mulighedsforhøjende Indflydelser», dvs påvirkninger ved sansning og bevegelse som fremmer sinnets spontane prosesser, som det er lett å kjenne igjen fra dagens meditative tilnærminger innen kognitiv terapi. Margit Hartyani har i boken «Mellemøeblikke» sammenfattet dem slik:

Således suspenderes, slippes, glemmes, hengives, formindskes, tilbageføres eller oppgives selvet under mulighedsforhøjende indflydelser, hvor vi opplever konstant ændrede sindstemninger med forskellig varighed, kvalitet og intensitet. Liv – dvs. bevægelse, kraft, og varme – i eller utenfor kroppen, registreres som sanseindtryk i form av sitringer, rystelser, brydninger, strækninger og lignende bevægelser. I den umiddelbare oplevelse kan man blive «*èt med*» disse bevægelser gennem samstemning.

Psykologi som selvstendig vitenskap kan spores tilbake til 1879 da Wilhelm Wundt åpnet sitt psykologisk laboratorium. Feilberg sin første bok kom i 1881. Han må således regne som en pioner. Han fant sin inspirasjon i naturen og var påvirket av H.C. Ørsted. Sistnevnte var danske fysiker og kjemiker og den som oppdaget at det rundt en strømførende ledning er et magnetfelt. Men det er en helt annen historie. ■



Ludvig Feilberg



Lederen har ordet

TORKIL BERGE

Ny undervisningsleder i foreningen

Mange av dere har møtt psykiatrisk sykepleier Eli Tønseth som kursholder eller veileder. Hun har vært en helt sentral person i oppbyggingen av foreningen, og har gjennom årene stått ansvarlig for et imponerende høyt antall seminarer landet rundt. Det er en glede å kunne meddele at Eli er ansatt som undervisningsleder i foreningen, foreløpig i en 40 prosent stilling. Hun har allerede vært i gang i noen måneder, og holder på med en formidabel ryddejobb der hun systematiserer og formaliserer våre utdanningsprogrammer. Det skal bli mer gjennomarbeidede studieplaner, avtaler om studiepoeng i høyskolesystemet og bedre informasjon ut til kandidater, veiledere og forelesere.

Dette er en helt nødvendig jobb, ettersom undervisningsvirksomheten vår bare blir mer og mer omfangsrik og variert. Det er til enhver tid 1000 kandidater under utdanning, og vi utvikler nå egne studieopplegg for kognitiv terapi ved psykoselidelser, rusmiddelproblemer, spiseforstyrrelser og i miljøterapi. Det er viktig at disse nye tilbudene har en standardisert oppbygging og en logisk sammenheng med de andre undervisningsprogrammene, og at de blir grundig evaluert.

Har du innspill til måter vi organiserer vår undervisningsvirksomhet på som ikke fungerer godt nok, eller ideer til hva vi kan gjøre bedre, så ta gjerne direkte kontakt med Eli, på hennes e-post: eltoens@online.no Det vil hun sette stor pris på!

Ellers har foreningens administrative leder Lene Finnerud det ekstra travelt for tiden. Etter mange år med leide kontorer på Modum Bad, etablerer foreningen seg nå med egne kontorer på Hønefoss. Flyttingen skjer i løpet av sommeren, og vi tror at de investeringene vi nå gjør, blant annet i datautstyr og regnskapsmessig støtte, vil bidra til at vi får en enda mer profesjonell drift.

En varm og god sommer ønskes til dere alle! ■

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



**NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI**