

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi  
Forskningsavdelingen Modum Bad  
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



NORSK FORENING FOR  
KOGNITIV TERAPI

# *NFT* TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 3 • ÅRGANG 8 • OKTOBER 2007 –



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

# Tidsskrift

4

Redaksjonelt

6

MBCT ved behandling av tilbakevendende depressive lidelser

20

Rapport fra regional veiledersamling i Bergen

21

Metaforspalten

23

Bokomtale

24

Lederen har ordet

- **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

- **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

- **Bidrag for 2007 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**

Egil W. Martinsen

Norsk forening for kognitiv terapi,

Forskningsinstituttet

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



# for Kognitiv Terapi 3/2007





# En tanke slo meg!

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

## REFERANSER

■ Peter Bastian (1988). Ind i musikken. En bog om musikk og bevidsthed. Gyldendals Bogklub: København

Tanker kan være både til besvær og glede. Et kjennetegn ved vår virkelighetsoppfatning er at den hele tiden er under konstruksjon. Det finnes ingen ytre objektiv virkelighet, kun vår oppfatning av den. Noen vil gå enda lenger og stille spørsmålstegn ved om det finnes noe «jeg». De vil hevde at vår opplevelse av å være et individ ligger i den prosessen som skaper vår opplevelse av virkeligheten. Det er i så fall en dyktig illusjon. Jeg lar meg imponere, hvem «jeg» nå enn er. Legg merke til setningen. «Jeg lar meg imponere.» I den ligger det en innebygd antagelse om at «meg» omfatter noe mer enn «jeg». Utsagnet «Jeg gleder meg» vitner om at gleden omfatter mer enn det bevisste «jaget.» Det er jo det Egil Martinsen har prøvd å få oss til å forstå; at det er mye god psyke i en aktiv kropp.

## UTFORSKENDE HOLDNING

Vår måte å fortolke eller forstå verden på er påvirket av tidligere erfaringer. Dette har i sin tur betydning for hvilke erfaringer vi gjør oss i forhold til våre omgivelser. De færreste av oss ser noen grunn til å endre på vår virkelighetsoppfatning dersom vi oppfatter den som den eneste og sanne. Samtidig er det ofte en slik tilnærming vi har å tilby våre pasienter. Noe av løsningen på det som måtte være problemet ligger i å kunne se det hele fra et annet perspektiv, være nysgjerrig på hvordan ting forholder seg og åpen overfor muligheten for å ta feil. Det å invitere til en slik utforskende holdning, og å få pasienten til å ta i mot invitasjonen, er et sentralt element i all endringsfokusert terapi. I dette samarbeidet er språket et sentralt verktøy. Men språk alene er ikke nok. «Jeg» må forandre «meg», og det krever at vi faktisk gjør ting på en annen måte - prøver ut ny atferd, høster alternative erfaringer.

## EN MODELL ER EN MODELL

En kognitiv forståelsesmodell er selvsagt heller ikke noen objektiv virkelighet. KT sitt eksistensgrunnlag som endringsfokusert behandlingsmodell ligger i hvorvidt den kan bidra til å skape endringer som har noen reell betydning for den enkelte pasient. Signifikante endringer på gruppenivå er ikke alltid veien til et bedre liv.

Tanker har betydning for våre følelser. Med tanker mener vi først og fremst ord, setninger, meninger, bilder, men bør kanskje også omfatte dufter, taktil berøring og musikk. Jeg har av og til lurt på hvordan en døvblind oppfatter og fortolker verden. Hvordan er den grunnleggende antagelsen utformet? Taktilt? Vi blir også beveget av toner. Musikk er et viktig akkompagnement til mange liv. Noe av denne musikken er ledsaget av tekster, annen mu-

sikk er instrumental. Noe av den er knyttet til viktige epoker tidligere i livet, mens annen musikk er ny og grensesprengende. Musikk setter følelser i sving på en utrolig sterk måte, og når ofte lettere frem til mennesker enn ord alene. Er det plass til musikk i en kognitiv forståelsesmodell?

## INN I MUSIKKEN

Den danske musikeren Peter Bastian har skrevet boken «Ind i musikken» som handler om musikk og bevissthet. Den kom i 1988 og regnes i dag som en klassiker. Her skriver Bastian blant annet om språket at: «den poetiske uttrykkskraften bygger på ordenes flertydighet. De enkelte ord forstås først når helheten er forstått: de enkelte ord får først sin betydning i lyset av helheten.» De fleste av oss vil hevde at det er en viss forskjell på å elske sin kjæreste og det å elske makrell i tomat. Et annet sted sier han at: «I den daglige virkelighet forestiller vi oss at tingene eksisterer hver for seg; musikk er den direkte opplevelsen av, at tingene kun eksisterer i kraft av hverandre.» Kanskje er det derfor den har en slik evne til å bevege oss?

Det hender en terapi går over all forventning. Det er som om de ulike elementene faller på plass, timene har en intensitet og fremdrift som gir både terapeut og pasient en god følelse. Det er vanskelig å forklare dette ut fra terapimodellen alene. Enhver modell har sine begrensninger og den gode terapeut er den som erkjenner disse begrensningene. Samtidig hender det at enkelte modeller kan bidra til endringer vi kanskje ikke trodde var mulig. For den som ønsker å lese om bevissthet og opplevelse med en annen innfalsvinkel enn bare språket, er Bastians bok et godt utgangspunkt. Han minner oss om språkets begrensninger og at ikke alle opplevelser lar seg splitte opp, men bare eksisterer i kraft av seg selv. Jeg tror Bastian har rett.

Hovedartikkel i dette nummeret av tidsskriftet omhandler begrepet «Mindfulness.» Det er som kjent ikke noe nytt begrep, selv om det har fått mye oppmerksomhet innen kognitiv terapi de senere årene. I den sammenheng kan det være verdt å avslutte med et annet sitat fra Bastians bok: «Vi må lære oss vår iakttagende oppmerksomhet så godt å kjenne, at vår kontakt med den er ubrutt: maksimal årvåkenhet. Så kan vi leve et liv som bygger på: «Hva jeg opplevde i dag tidlig ble jeg ferdig med i dag tidlig.» Det sikrer oss mental velopplagthet i enhver situasjon og den prosessen er selvforsterkende: økt oppmerksomhet fører til økte energiresurser som fører til økt mental velopplagthet som igjen bidrar til økt oppmerksomhet.» Det lyder litt kjent. God

«Signifikante endringer på gruppenivå er ikke alltid veien til et bedre liv»



# Mindfulness-Based Cognitive Therapy

ved behandling av tilbakevendende depressive lidelser

EVA AGATHE KLEVEN

«Noe rart er i ferd med å skje i klinikker rundt om i verden. Kikk inn og du kan se klienter sitte stille mesteparten av timen. Eller kanskje spiser de veldig sakte på en rosin... Du kan kanskje høre en klient si «Jeg er forvirret» og terapeuten svarer «Flott! Nå er vi på riktig spor.»

(Ciarrochi et al., 2005, s.80)

## BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLINGER

Et stort antall empiriske studier og metaanalyser av terapieresultater viser at kognitiv terapi er effektiv i behandlingen av pasienter med alvorlige depressive lidelser (Beck, 2005; Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998; De Rubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999). Metaanalyser indikerer at kognitiv terapi er mer effektiv eller like effektiv som antidepressiva i behandling av milde til moderate depresjoner, og det er lignende resultater for alvorlige depresjoner (De Rubeis et al. 1995; De Rubeis, Hollon, Amsterdam, Shelton, Young, Salomon et al., 2005). Kognitiv terapi har også vist seg å ha vedvarende effekt som strekker seg utover avsluttet behandling. Én metaanalyse finner at tilbakefallsprosenten ett år etter endt behandling med kognitiv terapi var på ca. 30 %, mens den for gruppen som brukte antidepressiva var på 60 % (Gloaguen et al., 1998).

De siste 10-15 årene har den kognitive behandlingstradisjonen blitt utvidet med tilnærminger hvor man har gått fra det tradisjonelle fokuset på tanker og følelsers innhold, til kognitive prosesser. Disse nyutviklede terapiformene inkluderer eller baserer seg på mindfulness (bevisst tilstedeværelse). Til disse hører Dialectical Behavior Therapy (DBT); (Linehan, 1993), Acceptance and Commitment Therapy (ACT); (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) og Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT); (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

MBCT er en preventiv psykologisk behandlingsmetode for depresjon. Det er en manualbasert, innovativ gruppeintervensjon og et empirisk validert behandlingsprogram utviklet av Zindel V. Segal, Mark G. Williams og John D. Teasdale, for å forebygge tilbakefall hos personer med tilbakevendende depressive episoder. Segal, Williams og Teasdale er alle ledende forskere innen kognitiv terapi og depresjon. Målgruppen er personer med diagnosen alvorlig depresjon i full remisjon som har hatt flere depressive episoder. MBCT kombinerer aspekter fra KAT (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) med komponenter fra Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat Zinn, 1990). Til forskjell fra Becks KAT-modell, der ulike teknikker anvendes for å endre dysfunksjonelle tankemønstre, arbeider man innenfor MBCT med å endre holdningen og relasjonen til tanker, følelser og kroppslige sensasjoner, uten å forsøke å endre eller unngå dem. MBSR er et systematisk oppbygd treningsprogram for å lære pasienter å mestre stress og følelsesmessige konflikter, og det primære elementet er opptrening i mindfulness ved bruk av meditasjon, yogaøvelser og kroppsbasert avspenning. I MBCT trenes klienten i «å være oppmerksom på en spesiell måte, i det aktuelle øyeblikk, uten å dømme sine opplevelser» (Kabat-Zinn s. 4, 1990). Treningen bygger på erfaringsbasert vi-

ten og foregår gjennom veiledet meditasjon, pusteøvelser, kroppslige øvelser og hjemmearbeid. I hjemmearbeidet inngår liggende og sittende meditasjon, yoga og trening i å bringe full oppmerksomhet inn i dagligdagse aktiviteter. MBCT-programmet består av åtte samlinger i løpet av en åtteukers periode, hvor hver samling varer ca. 2 ½ time.

Bruk av mindfulness, slik MBCT gjør, har aldri tidligere vært formelt anvendt i behandling av depressive lidelser. I denne artikkelen vil jeg vil jeg derfor se nærmere på anvendelsen av MBCT som psykologisk intervensjonsmetode i behandlingen av tilbakevendende depressive lidelser. Mer spesifikt vil jeg forsøke å besvare følgende spørsmål:

- 1) Hvilke intervensjonsmetoder brukes, og hva er virksomme mekanismer i MBCT som reduserer tilbakefall?
- 2) Hvem kan ha nytte av MBCT for å forebygge tilbakefall?

## **DIAGNOSTISKE KRITERIER**

Depressive lidelser er et samlebegrep for en bred og heterogen diagnosegruppe som varierer med hensyn til alvorlighetsgrad, symptomer og atferdsendringer. Det internasjonale klassifiseringssystemet for sykdommer i alminnelighet ICD (International Classification of Diseases) og det amerikanske for psykiske sykdommer DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) er i nåværende utgaver relativt sammenlignbare. Begge diagnosesystemene beskriver åtte ulike symptomer: nedsatt stemningsleie, nedsatt energi og/eller økt grad av tretthet, søvnforstyrrelser, appetitt og vektendringer, tanker om død eller selvmord, konsentrasjonsproblemer, psykomotorisk retardasjon eller agitasjon og selvbredelse og/eller skyldfølelse. ICD-10 har i tillegg med redusert selvfølelse eller selvtilitt, som et av symptomene for depresjon. Diagnosen beskrives ut fra to dimensjoner: polaritet og alvorlighetsgrad. Avhengig av antall symptomer og deres alvorlighetsgrad, klassifiseres den depressive episode ifølge ICD-10 som mild, moderat eller alvorlig. DSM-IV krever at minst ett av følgende symptomer - nedsatt stemningsleie eller tap av interesse eller gledesløshet - må foreligge, for å kunne gi diagnosen depresjon. Først etter at kriteriene til en markant eller alvorlig depressiv episode blir møtt (minst fem av symptomene ovenfor), blir alvorlighetsgraden vurdert.

## **RISIKOFAKTORER OG SÅRBARHETSFAKTORER VED DEPRESJON**

Risikofaktorer for depressive tilbakefall og/eller tilbakevendende episoder in-

volverer en sammensatt og dynamisk interaksjon mellom biologiske, sosiale og psykologiske faktorer (Teasdale, 1988). Nyere forskning finner imidlertid at risikofaktorer knyttet til tilbakefall eller tilbakevendende episoder kan være forskjellig fra de risikofaktorer som ligger bak første episode, som i stor grad utløses av negative livshendelser (Lewinson, Allen, Seeley & Gotlib, 1999). Likevel finner man at mange mennesker som møter samme belastninger ikke blir deprimert. På den bakgrunn er det blitt hevdet at særegne psykologiske faktorer bidrar til depressive tilbakefall.

Dysfunksjonelle holdninger, gjentatte assosiasjoner mellom lav sinnstemning og negative tanker, depressiv grubling og overgeneralisert hukommelse er kognitive komponenter assosiert med sårbarhet i forhold til utvikling, opprettholdelse og tilbakefall av depressive lidelser (f.eks. Beck, 1967; Ingram, Miranda & Segal, 1998; Nolen-Hoeksema, 1991; Segal et al., 2002).

#### *Dysfunksjonelle holdninger*

Det finnes et stort antall studier som støtter Becks (1967, 1976) antagelser om at deprimerte individer har et signifikant høyere nivå av selvrapporterte dysfunksjonelle holdninger, enn ikke deprimerte personer (Clark & Beck, 1999). Dysfunksjonelle holdninger kan karakteriseres ved rigide og negative antagelser om egen verdi på områder som personlig evaluering og mellommenneskelig anerkjennelse. Beck (1967, 1976) framla at dysfunksjonell tenkning ved depresjon skyldes underliggende negative tankemønstre eller skjemaer som aktiveres under en depresjon, målt med Dysfunctional Attitude Scale (DAS) – som består av ett hundre påstander med graderte responser. Den opprinnelige kognitive modellen for depresjon antok at en ved å redusere dysfunksjonelle holdninger kunne hindre tilbakefall og/eller gjentatte episoder. Det finnes imidlertid liten empirisk støtte for dette. I et forsøk på å besvare spørsmålet om det er dysfunksjonelle tankemønstre som forårsaker tilbakefall, ble det foretatt et 40-talls eksperimenter, der tidligere deprimerte personer og personer som aldri hadde vært deprimert ble sammenlignet ved hjelp av DAS. Det kunne ikke påvises signifikante forskjeller mellom gruppene, og det depressive tankeinnholdet vedvarte ikke etter tilfriskning fra den depressive episode (Ingram et al., 1998). Dysfunksjonelle måter å se seg selv, verden og framtiden på trenger derfor ikke å forklare hvorfor noen forblir sårbare for fremtidige depresjoner, og kan være et tilstandsavhengig fenomen. Når depresjonen er over, synes det som om personers måte å se seg selv og verden på restaureres til det normale.

#### *Different activation hypothesis*

Den depressive tilstanden karakteriseres av et samspill mellom negative tanker, følelser, kroppsupplevelser og atferd, som gjensidig påvirker hverandre og bidrar til onde sirkler som vedlikeholder depresjonen (Clark & Beck, 1999).

Etter tilfriskning antas det at det har oppstått en innlært assosiasjon mellom lav sinnsstemning og negative tanker. Teasdale (1988) finner at repeterte assosiasjoner mellom nedsatt stemningsleie og negativ tenkning under depressive episoder, kan føre til en større sannsynlighet for reaktivering av dysfunksjonell tenkning ved selv mindre negative humørsvingninger, som igjen kan aktivere en ny alvorlig depressiv episode. Hos en person som har hatt flere depressive episoder, kan hverdagslige bekymringer lede til en kraftig økning av et negativt tankemønster, noe som kan øke risikoen for tilbakefall eller en ny depressiv episode. Teasdale (1988) kaller dette fenomenet for «Differential activation hypothesis» og finner at den kognitive reaktiviteten innebærer at hver depresjonsepisode øker risikoen for en ny depresjon. Post (1992) støtter funnene til Teasdale og finner at det oppstår nevrobiologiske endringer ved gjentatte episoder, på en slik måte at hver ny episode senker den nevrobiologiske terskelen som uløser depresjonen. Med tiden kan det nærmest se ut som episodene utløses spontant (Post, 1992).

#### *Ruminering /depressiv grubling*

Å gruble er universelle, normale og av og til hensiktsmessige mentale prosesser. Mens dysfunksjonelle holdninger reflekterer innholdet i bevisstheten (dvs. hva en person tenker på), er grubling assosiert med prosesser i hjernen (dvs. hvordan en person relaterer seg til tankeinnholdet). Det er økende bevis for at personer som er sårbare for tilbakevendende depressive episoder, skiller seg fra andre i forhold til hvordan de håndterer dysforisk sinnsstemning (Segal et al., 2002). Nolen-Hoeksema har i en rekke studier funnet en forskjell i personers reaksjoner på dysforisk sinnsstemning. Noen responderer på dysforisk stemningsleie ved å fokusere på seg selv, mens andre gjør ting som leder oppmerksomheten vekk fra seg selv. Nolen-Hoeksema refererer til den første måten som den «ruminative responsstilen,» eller grublende responsstil (Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993). Ruminering defineres som «atferd og tanker som fokuserer ens oppmerksomhet på depressive symptomer og på implikasjonene av disse symptomene» (Nolen-Hoeksema, 1991, s. 569), og blir sett på som en kjerneprosess ved depresjon (f.eks. Nolen-Hoeksma, 2004). Videre i artikkelen blir depressiv grubling eller bare grubling brukt som synonym til ruminering.

Depressiv grubling blir sett på som et forsøk på å løse problemer. Forskning indikerer derimot at denne typen problemløsning forsterker og øker kjennemerkene på depresjon, blant annet ved opplevd følelse av verdiløshet, global negativitet, skyldfølelse, krav om perfektjonisme, selvførdømmelse og frykt for fremtiden. Både laboratorie- og feltstudier har vist at grubling, som respons til negativ sinnsstemning, assosieres med opprettholdelse av depresjon og forsterker dysforisk sinnsstemning (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Depressiv grubling antas derfor å være både en faktor for utvikling og opp-

rettholdelse av depresjon, og er et relevant mål for behandling med sikte på å forhindre tilbakevendende depresjoner. Den grublende responsstil anses å være et stabilt karaktertrekk (Nolen-Hoeksema, 2004), og anses som vanskelig å behandle (Purdon, 2004).

#### *Overgeneralisert hukommelse*

Depressiv grubling assosieres også med opprettholdelse av overgeneralisert hukommelse (Williams, 1996). Overgeneralisert autobiografisk hukommelse er et diagnosespesifikt fenomen ved depresjon og PTSD (Watkins & Teasdale, 2001), opprinnelig funnet hos suicidale personer (Williams & Broadbent, 1986). Overgeneralisert hukommelse defineres som et kategorisk utdrag av gjentatte erfaringer/minner (far var alltid snill), i motsetning til mer spesifikk hukommelse som er hukommelse representert av den detaljerte kontekst ved en spesiell hendelse på et gitt tidspunkt, og som inneholder mer informasjon på sensorisk-perseptuelt nivå (labradoren til Per knurret til meg på fredag). Overgeneralisert hukommelse anses som en kognitiv strategi for å unngå kontakt med følelseladete negative minner. Med tiden kan det utvikle seg til en «kognitiv stil», et vedvarende trekk som starter tidlig i menneskets utvikling (Williams, 1996). Overgeneralisert hukommelse har vist seg å hemme evnen til å forestille seg framtiden på et spesifikt nivå, det vil si problemløsningsveien, og kan bidra til å opprettholde den følelsesmessige problematikken ved å utvikle og forlenge den depressive episoden. Dette kan utgjøre en sårbarhet i forhold til nye depressive episoder. (Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000).

### **TEORETISK RASJONALE BAK MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY**

Teasdale, Segal og Williams (1995) og Teasdale (1999) forsøker å forklare virkningsmekanismene bak MBCT innenfor et teoretisk kognitivt rammeverk eller en modell kalt Interacting Cognitive Subsystems (ICS), hvor det antas at alle aspekter ved informasjonsbearbeidelsen kan analyseres. Denne modellen er innholdsrik og detaljert, og bare deler av den blir presentert her (for mer utfyllende beskrivelse av modellen, se Teasdale & Barnard, 1993 og Teasdale et al., 1995).

ICS er basert på kliniske og eksperimentelle funn, og finner at den menneskelige hjerne består av ulike kognitive subsystemer, som alle deler de samme grunnleggende strukturer og funksjoner, og bare er forskjellig i forhold til den mentale kode som hvert subsystem bruker for å representere og prosessere informasjon. Noen koder er relatert til direkte grunnleggende sensorisk informasjon og andre til produkter av en videre prosessering av informasjon, slik som mening.

ICS hevder det finnes to kvalitativt ulike mentale koder eller meningsbæ-

rende systemer som spiller ulik rolle i produksjonen, opprettholdelsen og modifisering av blant annet emosjoner. Det «propositional subsystem» representerer og prosesserer eksplisitte og konseptuelle spesifikke meninger som kan bli representert ved hjelp av språket. Det «implicational subsystem» representerer og prosesserer mer implisitte, generelle, holistiske og opplevelsesbaserte meninger - inkludert direkte sensorisk informasjon – og dette subsystemet lar seg i følge modellen ikke like godt beskrive med ord. Bare det «implicational subsystem» er direkte koblet til produksjon av emosjoner. I følge ICS modellen kan et individ på et gitt tidspunkt bare bevisst fokusere på ett nivå av mening om gangen, slik at meningen ved en hendelse vil bli bevisst prosessert enten innen det «propositional subsystem» eller det «implicational subsystem».

Det «propositional subsystem» og det «implicational subsystem» har ulik måte å prosessere meningsbærende, selvrelatert og emosjonelt materiale på. Innen det «propositional subsystem» vil informasjon hovedsakelig bli prosessert som konseptuelt, evaluerende og «tenkende om selvet», og produksjonen innenfor dette systemet refereres til som «doing-mode». Innen det «implicational subsystem» blir informasjon prosessert som intuitive, ikke-evaluerende og direkte erfaringsmessige opplevelser i øyeblikket, og refereres til som «being-mode».

Segal et al. (2002) beskriver being-mode og doing-mode som to ulike «modes of mind», eller mentale stiler, som bør befinne seg i harmonisk balanse. Mental stil er karakterisert av gjentakende mønstre av interaksjon mellom mentale representasjoner. Både being- og doing-mode gir oss ulike kvaliteter ved en opplevelse, som både er hensiktsmessige og attråverdige kvaliteter. Doing-mode er i følge modellen uvurderlig ved problemløsning og nødvendig for vår overlevelse, men gjør oss mindre mentalt tilstedeværende. Når man er i doing-mode følger man i henhold til MBCT de tanker som dukker opp i hodet og beveger seg fortløpende fra en aktivitet til en annen. Being-mode er på mange måter motsatsen til doing-mode, og kjennetegnes av direkte, umiddelbar tilstedeværelse fra øyeblikk til øyeblikk.

I følge ICS-modellen forårsakes den depressive tilstanden av gjentatt generering av selv-oppholdende prosesseringskonfigurasjoner i form av grublende, negativ og selvfokusert tenkning. Barnard (1993) refererer til denne selv-oppholdende konfigurasjonen som en «depressive interlock», som av personen oppleves som en negativ strøm av automatiske tanker. Dette kan for eksempel være negative automatiske tanker om framtiden, attribuering av mislykkethet i forhold til personlig utilstrekkelighet, negativ validering av mellommenneskelige relasjoner, påminnelser om tidligere mislykketheter, m.m. Sårbarhet for tilbakefall er i henhold til modellen avhengig av med hvilken letthet den «depressive sperremekanismen» oppstår i situasjoner med lav grad av negativ affekt.

Innen «doing mode» beskriver Segal et al. (2002) videre en prosess de kal-

ler «discrepancy monitor». Den betegnes som en automatisk prosess, som kontinuerlig fokuserer på, og overvåker diskrepansen mellom, nåværende livssituasjon og den ønskedige, etterstrebede eller forventede livssituasjon. Ved opplevd forskjell aktiveres negative tanker og følelser som setter i gang strategier for å minske diskrepansen. Grubling blir brukt som kognitiv strategi for å minske diskrepansen, noe som imidlertid i henhold til modellen kan forsterke den og redusere mulighetene for å komme ut av den depressive tilstanden.

«Doing-mode» kan da i følge ICS-modellen forhindre emosjonell prosessering og opprettholde depresjonen gjennom depressiv grubling.

MBCT bygger på en kognitiv sårbarhetsmodell for depressive tilbakefall, som forklarer økt risiko for tilbakefall/tilbakevendende episoder med økning i antall tidligere depressive episoder (Jf. Different activation hypothesis).

MBCT-programmets sentrale mål er derfor å forhindre tilbakevendende depressive episoder ved 1) å lære individet å bli mer oppmerksom på sin mentale stil på et gitt tidspunkt og 2) å lære individet ferdigheter i å skifte fra en mental stil til en annen inkompatibel stil, som gjør vedkommende i stand til å prosessere depresjonsrelatert informasjon på en måte som reduserer sannsynligheten for tilbakefall (Segal et al., 2002). Det antas at i being-mode utløser ikke følelsene automatiske handlingssekvenser for å redusere diskrepansen mellom nåværende og ønsket situasjon, og følelsetilstander tolereres og prosesseres derfor lettere og kan følgelig øke håndteringsmulighetene. Ved et potensielt tilbakefall kan «løsningen» derfor ligge i å observere og gjenkjenne «doing-mode», og deretter skifte over til «being-mode» ved hjelp av innlærte mindfulnessøvelser bestående av bl.a. meditasjon, kroppsbevissthets- og pustøvelser. Verktøyet som muliggjør effektueringen av skiftet er en spesiell anvendelse av målrettet oppmerksomhet ved hjelp av mindfulnessøvelser. Gjennom å velge hva man skal være oppmerksom på, og hvordan eller hvor oppmerksomheten skal være, gis det i følge MBCT-modellen en mulighet for å skifte til «being mode».

Mindfulnessøvelser i MBCT-programmet kan på denne måten anvendes til å etablere en alternativ «informasjonsprosesserings-konfigurasjon», som er inkompatibel med den grublende tenkningen (Teasdale, 1999). Denne konfigurasjonen beskrives som en type «metakognitiv innsikt», som er evnen til å observere tanker og følelser på en ikke-dømmende og aksepterende måte, i tillegg til å relatere seg til tanker og følelser på en mer desentrert måte (Segal et al., 2002). For å oppnå en slik metakognitiv innsikt, trenes deltakerne i ulike mindfulnessøvelser.

## **INTERVENSJONSMETODER OG MULIGE VIRKSOMME MEKANISMER VED MBCT.**

MBCT har vist seg effektiv i å redusere risikoen for tilbakefall hos individer med tre eller flere tidligere depressive episoder. I et randomisert studie av indi-

vider med diagnosen alvorlig depresjon i full remisjon, opplevde gruppen som fikk forebyggende MBCT vesentlig færre tilbakefall (37%), sammenlignet med referansegruppen som mottok sedvanlig behandling (TAU) (66%) over en 60-ukers periode (Teasdale, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000). Studien ble replikert av Ma & Teasdale (2004) med sammenlignbare tall for tilbakefall (MBCT 36% og TAU 78%). Men selv om MBCT reduserer tilbakefall, vet man i liten grad årsakene til dette.

Ut fra MBCT-modellen kan ulike intervensjonsmetoder og potensielle virksomme mekanismer identifiseres. Etter min mening kan man identifisere følgende intervensjonsmetoder:

- a) Mentale skift, dvs. opptrening av ferdigheter i å skifte fra doing-mode til being-mode,
- b) Ikke-dømmende og aksepterende holdning til tanker, følelser og kroppsfornevelser.
- c) Desentrering.

I tillegg benytter MBCT seg av ulike tradisjonelle kognitive teknikker og psykoedukasjon.

### *Mentalt skift*

Mindfulness har gjennom 2500 år vært et sentralt aspekt ved buddhisme og buddhistisk tenkning, og har kun de siste år blitt gjenstand for psykologisk forskning. Mindfulness fremstår som et mangetydig begrep (Baer, 2003; Roemer & Orsillo, 2003), og forskningsfeltet har ennå ikke blitt enige om en felles definisjon eller operasjonalisering av begrepet mindfulness. Begrepet brukes både til å beskrive en teoretisk modell (mindfulness), et øvelsesprogram hvor man øver opp mindfulness-teknikker (for eksempel meditasjon) og en psykologisk prosess eller tilstand (det å være «mindful») (Germer, 2005).

MBCT refererer til mindfulness som en psykologisk tilstand ekvivalent til being-mode (en ikke-evaluerende, direkte erfaringsmessig opplevelse) (Teasdale, 1999), hvor man på et tidlig tidspunkt kan oppdage og observere negativ sinnstemning med depressoivt innhold.

Mindfulnessøvelser (bl.a. meditasjon og pusteøvelser) og målrettet oppmerksomhet blir brukt for å oppnå denne tilstanden. I følge Segal et al. (2002) gir mindfulnessøvelsene også verktøyet for å kunne foreta et mentalt skifte - ved å koble seg fra en «doing-relatert» mental tilstand (doing-mode) over til en annen, inkompatibel «being-relatert» mental tilstand (being-mode). Effekten av mindfulness vil da, i følge Segal et al. (2002) virke gjennom dette mentale skiftet og kunne resultere i et desentrert forhold til opplevelse. Hvordan dette mentale skiftet skjer og hvilke mekanismer som er involvert, er imidlertid ennå ikke dokumentert. En mer verifiserbar og presis forklaring, vil kunne bidra til å belyse hvordan bruk av mindfulnessøvelser kan

## REFERANSER

■ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

■ Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.

■ Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

■ Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.

■ Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.

■ Beck, A. T. (2005). The current state of Cognitive Therapy: A 40-Year Retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.

■ Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction. *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.

■ Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.

■ Ciarrochi, J., Robb, H. & Godsell, C. (2005). Letting a little nonverbal air into the room: Insights from acceptance and commitment therapy Part 1: Philosophical and theoretical underpinnings. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23, No. 2, Summer 2005.

■ Clark, D. A. & Beck, A. T. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons.

■ De Rubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. & Simons, A.D. (1999). Medication versus cognitive therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal and Psychiatry*, 156, 1007-1013.

avstedkomme en desentrert måte å forholde seg til opplevelsene på som igjen kan redusere muligheten for av tilbakefall eller tilbakevendende depressive episoder.

*Aksepterende holdning*

Den mest siterte definisjonen på mindfulness, som også MBCT benytter, er «paying attention in a particular way: on purpose, in the present moment, and nonjudgementally» (Kabat-Zinn, 1994, s. 4). Definisjonen inneholder m.a.o. to sentrale komponenter: 1) tilstedeværelse i nuet og 2) en ikke-dømmende, aksepterende holdning. Tilstedeværelse karakteriseres som bevisst tilstedeværelse i forhold til en persons indre og ytre miljø – det vil si tilstedeværelse relatert til opplevelse i nåtid, i motsetning til hendelser i fortid eller fremtid (Roemer & Orsillo, 2003). Akseptering på sin side er definert som det å erfare begivenheter fullt og helt uten forsvar, som de er (Hayes, 1994). Personen er åpen i forhold til realiteten av det nåværende øyeblikk, uten å sette spørsmålstejn eller vurdere sannhetsgehalten i opplevelsen (Roemer & Orsillo, 2003). Annerledes uttrykt: Gjennom å ha en aksepterende holdning forhindrer man bedømmelser, tolkninger og/eller elaborering av interne begivenheter og gjør ingen forsøk på å endre, unngå eller flykte fra interne opplevelser (Bishop, 2002).

Det kan imidlertid være et problem med denne definisjonen av mindfulness, fordi de to hovedkomponentene ikke nødvendigvis trenger å sammenfalle. Brown & Ryan (2003) argumenterer både på teoretisk og empirisk grunnlag for at et høyt nivå av tilstedeværelse ikke nødvendigvis trenger å være ledsaget av et høyt nivå av aksept, i forhold til det man opplever. F.eks. er panikkklidelser assosiert med økt tilstedeværelse av indre psykologiske signaler, uten at denne tilstedeværelsen er akseptert eller ikke-dømmende (Ehlers & Breuer, 1996). Motsatt kan en person være utpreget akseptorientert, uten å være tilstedeværende. Forskere har ennå ikke klart å avklare forholdet mellom disse to komponentene i mindfulnesskonstruksjonen. Det er derfor foreløpig uklart hvorvidt en fordelaktig effekt av mindfulness kan forklares med økt tilstedeværelse eller økt akseptering - eller begge.

Slik jeg ser det er det ikke uproblematisk å lansere et begrep om tilstedeværelse i nuet, det vil si en målrettet avgrensning av tilstedeværelse til nuet, i motsetning til hendelse i fortid og fremtid. Sagt på en annen måte er det vanskelig å forestille seg «tid» segmentert i fortid, nåtid og fremtid, altså nuet som et isolert sted, uforstyrret av fortid og fremtid. Dette kan kanskje fremstå som et ideelt sted å være, men som ideal betraktet, er det samtidig uten reelt motstykke i et individs tidsopplevelse, hvor nuet gjennomsyres av fortid og fremtid.

Flere forskere har vektlagt den aksepterende, ikke-dømmende komponenten ved mindfulness (f.eks. Bishop, 2002; Kabat-Zinn, 1990). Fortrengning av tanker er blitt implisert i etiologien og/eller opprettholdelsen av depresjon,

generelle angstlidelser, spesifikke fobier, PTSD og tvangslidelser (Purdon, 1999). Ved å fortrenge eller unngå negative tanker får de gjerne en mer fremtredende plass i tilværelsen. Et klassisk eksempel i denne sammenhengen er oppgaven «Ikke tenk på en rosa elefant», hvor forsøk på fortrenkning gir motsatt effekt.

MBCT benytter ulike mindfulnessøvelser til å lære individet å frikoble seg fra depressivt tankeinnhold og grubling ved å kultivere en åpen, observant og aksepterende holdning til tanker, emosjoner og kroppsfornemmelser. En ikke-dømmende og aksepterende holdning til at mentale hendelser og tankeinnhold ikke er aspekter ved selvet, er ment å forhindre eskaleringen av negative tanker og depressiv grubling (Teasdale et al., 1995). I MBCTs bruk av mindfulnessøvelser gjøres det derfor ikke noe aktivt forsøk på å bryte eller endre dysfunksjonelle tanker, men i stedet legges det vekt på akseptering av følelser og tanker som dukker opp. Målet er å normalisere tankemønstret ved milde dysforiske sinnsstemninger, slik at de forblir milde og ikke eskalerer til vanskelige og mer alvorlige affektive tilstander.

Det er viktig å fremheve at den akseptbaserte delen av mindfulness kan «utfordre» den tradisjonelle endringsfokuserede kognitive terapien, i forhold til hvordan man kan skape endring. Ved tradisjonell kognitiv terapi for depresjon anvendes kognitive restruktureringsintervensjoner til identifikasjon og endring av uhensiktsmessige negative automatiske tanker og underliggende holdninger; i forhold til negativt syn på selvet, framtiden, fortiden og personlige erfaringer som bidrar til opprettholdelse av negativ sinnsstemning (McKay, Davis & Fanning, 1997). Disse restruktureringsintervensjonene er ment å beskytte pasienten mot depressive tilbakefall og/eller gjentatte episoder. En underliggende antagelse er at endringer i kognisjoner kan gi endringer i emosjonell respons, og endringer i emosjonell respons blir som regel holdt opp som ønsket resultat innen psykoterapi. MBCT vektlegger på sin side det å legge merke til og akseptere tanker og begivenheter som passerende hendelser. Metoden oppfordrer ikke klienten til å samle bevis for eller imot tankene sine og diskutere dem, men forsøker heller å frembringe en ny bevissthet til våre tanker, slik at vi kan akseptere dem og forholde oss til dem på en annen måte (Segal et al., 2002).

### Desentrering

Gjennom praktisering av mindfulnessøvelser i MBCT, antas det at individet lærer å bli mer oppmerksom på tanker og følelser, og relatere seg til dem på en mer åpen desentrert måte (Teasdale et al. 2000). Safran og Segal (1990) definerer desentrering som evnen til å observere ens tanker og følelser som midlertidige objektive begivenheter, i motsetning til refleksjoner ved selvet som nødvendigvis er sanne. Desentrering skal i følge MBCT gi en metode, eller tillate en holdning, hvor individet kan åpne seg for ulike opplevelser; også de

■ De Rubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M. et al. (2005). Cognitive Therapy vs. Medications in the Treatment of Moderate to Severe Depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.

■ Ehlers, A. & Breuer, P. (1996). How good are patients with panic disorder at perceiving their heartbeats? *Biological Psychology*, 42, 165-182.

■ Germer, C. K. (2005) Mindfulness: What is it? What does it matter? I. Germer, C. K, Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Red.), *Mindfulness and psychotherapy* (s.3-27). New York: Guilford Press.

■ Gloaguen, V., Cottreau J., Cucherat M. & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

■ Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. I Hayes, S. C, Jacobsen, N. S., Follette, V. M & Dougher, M. J (Red.), *Acceptance & change: Content and context in psychotherapy* (s. 13-32). Reno, NV: Context Press.

■ Hayes, S. C, Strosahl, K. & Wilson, K. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.

■ Ingram, R. E., Miranda J. & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.

■ Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.

■ Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Guilford Press.

■ Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion

■ Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical psychology Science and Practice*, 10 (2), 144-156.

■ Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

- Lewinsohn P. M., Allen, N. B., Seeley, J. R. & Gotlib, I. H., (1999). First onset versus recurrence of depression: differential processes of psychosocial risk. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 483-489.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: Replication and exploration of differential relaps prevention effects. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74, 31-40.
- McKay, M., Davis, M. & Fanning, P. (1997) *Taking control of Your Moods and Your Life: A Thought and Feelings Workbook*. NY: MJF Books.
- Moore, R. G., & Garland, A. (2004). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Chichester: Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991) A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004) *Response Style Theory*. Papageorgiou, C. & Wells, A. (Red.). *Depressive Ruminations. Nature, Theory and Treatment*. Wiley. Chichester.
- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J. & Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine* 25, 1171-1180.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (11), 1029-54.

som er vanskelige, uten å unnvike dem. Ved å kultivere en desentrert relasjon til negativ tenkning, antas det at dette kan gi ferdigheter i å hindre negativ tenkning og grubling ved potensielle tilbakefall, og derved kunne forhindre tilbakefall. Fra et konseptuelt perspektiv blir deltakerne i MBCT-programmet instruert i å praktisere desentrert observasjon av sine emosjoner, for eksempel ved å se seg selv som stående bak en foss av intense emosjoner (Segal et al., 2002), eller å se tanker som skyer som seiler av gårde på himmelen. Ulike metaforer av denne typen antas å hjelpe individet til å la tanker og følelser bevege seg ut og inn av oss, og samtidig øke forståelsen av at våre tanker bare har den makt vi gir dem.

MBCT sin vektlegging av at «tanker bare er tanker» står i kontrast til den tradisjonelle kognitive terapien om å endre innholdet i tankene. Bruk av desentrering er imidlertid ikke ny innenfor kognitiv terapi, men Segal et al. (2002) hevder at desentrering tidligere vanligvis ble brukt som et middel til å nå et mål, ikke som et mål i seg selv. Segal et al. (2002) postulerer at desentrering kan være en av hovedkomponentene som er effektiv ved tradisjonell KAT, og mener at dette aspektet ved KAT beskytter klienter mot tilbakefall og/eller tilbakevendende depressive episoder. Hvis ikke desentrering finner sted, vil klienten ifølge Segal et al. (2002) overlates til seg selv for å vurdere om hans/hennes tanker er sanne eller ikke, og derigjennom måtte føre bevis for eller imot en negativ tanke, med risiko for å bli fanget opp av negative tanke-mønstre. Teasdale (1999) vektlegger videre at terapien skal inneholde øvelser, i motsetning til diskusjon. Desentrering i terapien er ikke noe som bare skal forstås, men erfares.

## PSYKOEDUKASJON OG TRADISJONELLE KOGNITIVE TEKNIKKER

MBCT er en psykoedukativ metode med fokus på ressurser og ferdigheter. Klientene blir trent opp i å evaluere mestring og glede i konkrete situasjoner. Fokus på risikofaktorer og varsel-signaler, identifisering med andre gruppe-medlemmer og informasjon om depresjon og depressive tilbakefall, gir et mer utfyllende bilde av egen lidelse. Særegne og allmenne depressive tegn eller symptomer kan dermed oppdages på et tidlig stadium og interverneres i forhold til.

Klientene får også spesifikk opplæring i tradisjonelle kognitive teknikker som å gjenkjenne særegne automatiske tanker knyttet til depressiv sinnstemning. Gjennom kroppsbaserte intervensjoner tydeliggjøres det hvordan negative tanker også kan uttrykkes via kroppen. I tillegg får klientene opplæring i bruk av tanke-følelse-handlingsskjema. Kunnskap om særegne dysfunksjonelle holdninger og automatiske tanker ved depresjon, kan hjelpe deltakeren med å identifisere depressivt tankeinnhold og humør på et tidlig tidspunkt - og handle ut fra denne kunnskapen - før depresjonen har slått rot.

## UKLARE FUNN

Psykoedukasjon, kognitive teknikker, desentrering, en aksepterende holdning til tanker, følelser og kroppssensasjoner og et mentalt skifte fra «doing-mode» til «being-mode» er alle intervensjonsmetoder som MBCT til sammen tenker seg forhindrer depressive tilbakefall. Hvilke intervensjonsmetoder som er virksomme ved MBCT er foreløpig ikke klart identifisert. Det er uavklart om effekt kan tilskrives bruk av én intervensjonsmetode eller en kombinasjon av flere - eller om alle må være tilstede og virksomme samtidig for å forhindre depressive tilbakefall. Gjennomgang av litteraturen viser etter min oppfatning at forskningen ennå ikke har klart å forklare og dokumentere effekt på en holdbar måte. For meg er det fortsatt et åpent spørsmål hvorvidt endring og effekt betinger at disse intervensjonsmetodene må virke sammen, om noen virker bedre enn andre, eller om de kan fungere hver for seg som intervensjonsmetoder og gi samme resultat.

Noe av effektiviteten som tilskrives MBCT begrunnes delvis med studier av autobiografisk hukommelse (Williams et al., 2000). Williams et al. (2000) fant at MBCT reduserer tidligere depressive pasienters generelle hukommelse, og hevder at både innkodning og gjenhenting av begivenheter kan endres ved MBCT. I en studie Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams & Segal (2002) foretok, ble 100 deltakere i remisjon etter alvorlig depresjon randomisert til å enten å motta MBCT-trening eller TAU. Studien viste at MBCT resulterer i en større økning av desentrering, enn ved TAU. I forhold til depressiv grubling som det er et hovedmål for MBCT å redusere, er det fortsatt uklart om et åtte-ukers MBCT-program med påfølgende praktisering av mindfulnessøvelser og opparbeidede ferdigheter i desentrering, reduserer grubling. Det foreligger ennå ikke dokumenterte resultater som kan underbygge dette.

MBCT kombinerer to behandlingsformer: Mindfulness-Based Stress Reduction og kognitiv terapi. Denne sammenblandingen gir også grunnlag for å stille spørsmål om hva som kan være virksomme mekanismer ved MBCT i å forhindre depressive tilbakefall. Segal et al. (2002) hevder at praktisering av mindfulnessøvelser i tillegg til KAT er essensielt for å forhindre gjentatte depresjoner. En kan stille spørsmål om jevnlig praktisering av mindfulnessøvelser trenger å være essensielt. Desentrering, slik jeg ser det, blir trukket fram som en av hovedingrediensene, og en målsetting ved MBCT. MBCT er basert på antagelsen om at individet ved å utvikle et desentrert forhold til depresjonsrelaterte tanker og følelser, får ferdigheter i å kunne forhindre eskaleringen av depressiv grubling ved potensielle tilbakefall (Teasdale, 1999). Kognitive intervensjoner kan for eksempel også medføre distansering til tanker, og på den måten redusere omfanget av depressiv tenkning ved dysforisk sinnstemning. Videre studier er nødvendig for å validere påstanden om at noen inter-

■ Purdon, C. (2004). Psychological Treatment of Rumination. I Papageorgiou, C. & Wells, A (Red.). *Depressive Rumination. Nature, Theory and Treatment*. Wiley. Chichester.

■ Roemer, L., Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need for further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 172-178.

■ Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.

■ Segal, Z. V., Williams M. G., og Teasdale, J. D. (2002): *Mindfulness-Based Cognitive Therapy - A New Approach to Preventing Relaps*. The Guilford Press. New York, USA.

■ Statens helsetilsyn (1999), ICD-10. *Psyriske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

■ Teasdale, J. D. (1988) Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.

■ Teasdale, J. D. & Barnard, P. J (1993). *Affect, Cognition and Change. Re-Modelling Depressive Thought*. Lawrence Erlbaum Associates Ltd., Publishers, Hove (UK).

■ Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams M. G., og (1995): How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relaps and Why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 225-39.

■ Teasdale, J. D. (1999) Emotional processing, three modes of the mind and the prevention of relaps in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 53-77.

■ Teasdale, J. D. (1999) Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.

■ Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A (2000). Prevention of Relaps/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-623.

■ Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relaps in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.

■ Watkins, E & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (2), 353-357.

■ Williams, J. M. G. & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.

■ Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D.C. Rubin (Red.). *Remembering our past: Studies in autobiographical memory*. (s. 244-267). Cambridge: Cambridge University Press.

■ Williams, J. M.G., Teasdale, J. D., Segal, Z. S & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

vensjonsmetoder, slik som praktisering av mindfulnessøvelser, er mer effektive og egnet for å redusere depressive tilbakefall enn for eksempel kognitiv terapi alene. Også her instrueres klienter i å legge merke til og utforske sine kognisjoner på en ikke-dømmende og aksepterende måte.

I en konseptuell og empirisk oversikt over bruk av mindfulness som klinisk intervensjon (Baer, 2003), fastholdes det videre at antallet metodologiske problemer knyttet til gjennomføring av forskningsstudier, utgjør en vesentlig begrensning for å kunne forklare og dokumentere hva som er virksomme mekanismer ved bruk av mindfulness. De fleste studier som utforsker effektene av mindfulness, anvender et «pre og post design», men uten å benytte kontrollgrupper. Dette utgjør en klar svakhet også ved forskningsstudier av MBCT og skaper ytterligere uklarhet i forhold til hva som kan være virksomme mekanismer ved bruk av mindfulnessøvelser i programmet.

### HVEM KAN HA NYTTE AV MBCT SOM EN PREVENTIV INTERVENSJONSMETODE?

I studiene til Teasdale et al. (2000) og Ma & Teasdale (2004) referert til tidligere, viste resultatene at tilbakefallsprosenten ble redusert med nærmere 50 % for de som hadde hatt tre eller flere alvorlige depressive episoder tidligere. I de to samme studiene viste det seg samtidig at for personer som kun hadde hatt to tidligere depressive episoder, kunne MBCT være kontraindisert. Resultatene viste en ikke-signifikant større tendens til tilbakefall, sammenlignet med TAU. Ma & Teasdale (2004) fant også i sin studie at MBCT var relativt lite effektiv i å redusere tilbakefallsprosenten hos de personene hvor depresjonen var knyttet til reaksjoner på negative livshendelser.

På bakgrunn av resultatene ovenfor, stiller Segal et al. (2002) seg spørsmålet om det finnes ulike subtyper av depresjon. De fremlegger en hypotese om at individer med bare to tidligere depressive episoder er opptatt med å bearbeide de negative livshendelser som utløste depresjonen, og at MBCT ikke intervenserer i forhold til dette. For de med tre eller flere tidligere depressive episoder, mener Segal et al. (2002) at det kan ha dannet seg mer automatiserte reaksjoner basert på gjentatt reaktivitet mellom dysforisk humør og depressivt tankeinnhold og grubling - og at MBCT-programmet har klarer å intervensere på denne autonome prosessen.

Disse hypotesene er etter min mening svært interessante, og understreker også et behov for å avklare for hvem og når MBCT kan være tilbakefallsforebyggende. Bruk av antall tidligere depressive episoder som kriterium for hvem MBCT er virksom for, kan by på diagnoserelaterte utfordringer. Diagnostisk er det et uklart når en episode skal betegnes som et depressivt tilbakefall eller en tilbakevendende depressiv episode. Varigheten av en depressiv episode varierer, men anslås i de fleste tilfeller å ligge mellom 3-9 måneder. Hvis de depressive symptomene forsvinner, men vender tilbake innen 3-9 måneder, be-

nevnes dette oftest som et tilbakefall av den primære sykdomsepisode. Hvis det går lengre tid før symptomene vender tilbake, tenker man seg at den opprinnelige depresjonsepisoden har opphørt, og tilbakevendelsen av symptomer betegnes da som regel som en tilbakevendende depressiv episode. Kriteriene for å diagnostisere en tilbakevendende depressiv episode er imidlertid forskjellig i DSM-IV og ICD-10. ICD-10 krever minst to måneder med nærmest full remisjon, eller ubetydelige stemningsforstyrrelser mellom episodene. Mens et individ i henhold til DSM-IV vil kunne betraktes å ha hatt en ny episode hvis depresjonssymptomene har blitt redusert fra fem til fire symptomer innen en to måneders periode. Videre foreligger det ennå ikke noen entydig definisjon av hva remisjon eller tilfriskning innebærer.

Forskning på tilbakevendende depressive lidelser krever etter min mening en bedre diagnostisk avklaring og/eller enighet mellom diagnosesystemene i forhold til hva som skal betegnes som et depressivt tilbakefall versus en tilbakevendende depressiv episode, samt hva remisjon innebærer. I tillegg bør det rettes spesiell oppmerksomhet mot identifisering av sårbarhetsfaktorer ved tilbakevendende depressive lidelser. Disse kan for eksempel være knyttet til forhold bak når og hos hvem automatiserte reaksjoner kan etablere seg etter gjentatte episoder og om mestringsrelaterte faktorer er modifiserbare ved terapeutiske intervensjoner. Dette fokuset kan åpne for utvikling av skreddersydde preventive intervensjoner, og samtidig bidra til å spesifisere hvem MBCT kan være effektiv for.

## AVSLUTNING

Litteraturgjennomgangen har gitt færre svar enn jeg hadde håpet og trodd på forhånd, og har resultert i en noe mer reservert holdning i forhold til klinisk bruk av MBCT som psykologisk intervensjonsmetode for tilbakevendende depressive lidelser. MBCT utvider vår forståelse av hva som kan skape endring og har vist seg effektiv i å forhindre tilbakefall og/eller tilbakevendende episoder hos personer som har opplevd tre eller flere depressive episoder. Hva som spesifikt er virksomme mekanismer ved denne intervensjonsmetoden er imidlertid fortsatt uklart. Man vet foreløpig heller ikke nok om hvem som kan profitere på intervensjonsmetoden. Det er også et åpent spørsmål om det eksisterer ulike subtyper av depresjoner som MBCT er spesielt skreddersydd for. For å gi MBCT et mer robust fundament, er det etter min mening nødvendig med en sammenfallende definisjon og operasjonalisering av begrepet mindfulness, samt en avklaring av virksomme mekanismer bak bruk av mindfulness som intervensjonsmetode. Det må også utarbeides bedre dokumentasjon i forhold til hva som er virksomme mekanismer i MBCT. Samtidig er det ikke uvanlig at førstegenerasjons studier av et fenomen er mer deskriptive enn bevisførende når det gjelder effekt (Kabat-Zinn, 2003). ■

# Rapport fra regional veiledersamling i Bergen

JØRN EILERT BØDTKER

Tirsdag 4. september skinte solen i Bergen og undertegnede kunne sykle hjemmefra gjennom Fjellveien til Sandviken sykehus for å være med på mitt første møte i regional veiledersamling. Kannan fra Sogn og Fjordane deltok også for første gang. Veilederne samles noen ganger i året og kommer fra Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Denne gangen møtte 10 veiledere, to sykepleiere, fire leger og fire psykologer.

## EN FAMLLENDE START

Starten var litt preget av frie assosiasjoner og fravær av nødvendig audiovisuelt utstyr, men Helge Jordal fikk rekvirert nødvendige innretninger slik at vi kunne se video. Da Solfrid Raknes friskt entret møtet ble det satt agenda for dagen, beregnet tidsramme for dagens innhold og lunsjpause. Som gode kognitive terapeuter har vi som motto: «at det aldri er for seint å sette agenda.»

Mens utstyret varmet seg opp ble det tid til spørsmål angående BPPV,- benign paroxysmal posisjonal vertigo. En av deltagerne hadde hatt en pasient som var utredet i Sverige og bestillingen var KT for denne tilstanden. Det ble gitt kloke tilbakemeldinger og at han dessuten kunne legge inn en forespørsmål på hjemmesiden til A. Beck, Academy of Cognitive Therapy.

«Starten var preget av frie assosiasjoner»

## KJØR FILM

Øystein Christiansen hadde den første videoen. Den viste annen terapitime med en klient med mange fysiologiske symptomer på angst, snev av sosial fobi, der atferden var preget av mye unngåelse. Ole Hovland hadde rollen som veileder. Etterpå gav gruppen tilbakemelding til både terapeut og veileder. Gullkornene haglet; viktige elementer var en klar og overkommelig agenda og at hjemmeoppgavene ikke var for vidløftige. Atmosfæren var god, selv om de positive tilbakemeldingene kom litt ute i veiledningen.

Tiden går fort i godt lag og sulten ble dempet i kantinen mens Margaretha fortalte om «get together» samling for staben hos «Senter for Livsmestring», vakre bygninger ved Jølstervannet med torv på taket der moderne trengende mennesker av ymse slag snart kan få lutre sjel og sinn i harmoni med Beck, naturen og kanskje høyere makter. Etter lunsj fikk vi se en video som Marit Skjerdal hadde med. Hun veileder tre kollegaer som går på innføringsseminar og seansen var filmet. Denne gang gav hver av deltagerne tilbakemelding etter tur. Marit Skjerdal syntes hun fikk gode råd å ta med seg hjem til det grønne fylket.

Dernest, og etter agendaen, kunne Tone Madland Skeie røpe at hun skulle starte som overlege ved en post for spiseforstyrrelser i Stavanger, og hadde fått igjennom at hun skulle få regelmessig veiledning av Christoffer Fairburn. Det

gikk et gisp gjennom forsamlingen, med påfølgende anerkjennende gester og gratulasjoner. Hun holdt så en 20 minutters forelesning om bulimi. Behandlingen for Bulimi er KT, men også direkte endring av atferd: for eksempel at pasientene må lære å spise normalt gjennom dagen. Noen vil kalle dette kognitiv atferdsterapi, mens andre kaller det kognitiv terapi. Vi jo vet at uten endret kognisjon, ingen endring av atferd, eller? I løpet av seansen kom det et åpent spørsmål fra Margaretha om hvem som ikke hadde skrevet referat fra møtene i Tidsskrift for Kognitiv Terapi. Jeg måtte jo medgi at siden det var første gangen jeg deltok, så hadde loddet hittil ikke falt på meg. Det gjorde det denne gangen. ■



## Livet er som en fotballkamp

METAFORSPALTEN

INGVARD WILHELMSEN

Metaforer er nyttige og mye brukt i kognitiv terapi. En jeg har hatt stor glede av er denne: «Livet er som en fotballkamp.» Nå er jo ikke dette helt sant; livet er mer. Men det kan gi nyttige perspektiver å se på livet som en første omgang, pause og så andre omgang. Et spørsmål jeg ofte stiller mine pasienter, og meg selv, er om jeg har tenkt å spille andre omgang akkurat likt med den første. Det er ganske vanlig at man i første omgang ikke er så bevisst på taktikk, valgene kan være tilfeldige og innsatsen varierende. Andre omgang er en ny sjanse, nå skal kampen avgjøres. Hva som markerer overgangen til andre omgang kan være så forskjellig. For noen er det 50 års dagen, for andre sykdom, flytting, skilsmisse, ny jobb osv. Hva lærte vi i første omgang som vi kan dra nytte av i andre? Kanskje vi velger å bli mer fokusert, en bedre lagspiller eller rausere med oss selv og andre?

### ANDRE OMGANG

For noen vil overgangen til andre omgang nesten ikke synes. De er ganske fornøyd med første, og har tenkt å sikre seieren med samme medisin: jevnt god

## Han for sin del var utrolig misfornøyd med dommeren!

innsats uten å ta for mange sjanser. Man satser først og fremst på et tett og godt forsvar og enkelte innsatsfylte kontringer for å få inn det avgjørende målet. For andre gikk første omgang dårlig. Det er helt klart at noe må gjøres skal dette ende bra. Da må man tenke gjennom hva som egentlig gikk galt: var det innstillingen til kampen det var noe i veien med, brukte man altfor mye krefter på meningsløse, krafttappende løp uten resultat, eller var det motstanden som ble for overveldende? Noen få ble sittende på tribunen som tilskuer hele første omgang. For dem er valget om de skal være med i kampen i det hele tatt.

Jeg brukte en gang denne metaforen i en tale til fanger fra Bergen Landsfengsel. De forsto poenget, og særlig en av dem synes bildet var veldig bra. Han for sin del var utrolig misfornøyd med dommeren! Han hadde ødelagt hele kampen! Noen poengterte at jeg måtte huske på at de hadde hatt en veldig dårlig start på kampen, og det hadde preget hele første omgang. Det hadde gått så dårlig at de fleste var blitt utvist, men de skulle få komme innpå igjen i andre omgang, de skulle få en ny sjanse. Men det er ikke lett når man allerede ligger under 0-5. Nei, men det er mulig. «Hva tenker dere nå,» spurte jeg dem. «Med en så dårlig første omgang kan dere gi opp, og sørge for en like dårlig avslutning som begynnelse. Et annet alternativ er å tenke som så: Jeg hadde en elendig første omgang, men jeg skal i hvert fall avslutte med still!» Det er utrolig sjarmerende med folk som fra et dårlig utgangspunkt snur kampen og vinner til slutt. Det er tilsvarende trist med de som fikk alt opp i hendene, alt lå til rette for et godt liv, og så roter de det til med en nitrist andre omgang. Her er det mange valg. I stor grad står det på våre holdninger. Skal jeg nå endelig ta ansvar for meg selv og bestemme mer bevisst hvordan jeg spiller kampen? Skal jeg slutte å bruke krefter, tid og energi på ting som gir liten avkastning, som for eksempel å la andre menneskers tanker og følelser om meg ha avgjørende betydning for mitt eget følelsesliv, forsøke å kontrollere døden eller på andre måter sikre meg 100 % kontroll? Det måtte være fint å spille i hvert fall en omgang uten å være en sosial fobiker, hypokonder eller tvangsnevrotiker! Det er aldri for sent å velge nye holdninger og ny atferd; tvert imot er det på tide når man er kommet ut i andre omgang. Da har man ikke tid til å vente lenger! Nå må du syng de sangene du ennå ikke har sunget, spille de melodiene du ikke har spilt, se de stedene du ikke har sett, gi de klemmene du ikke har gitt, skrive de bøkene du ennå ikke har skrevet eller si de ordene du ikke har sagt.

Jeg gir stafettpinnen videre til Torbjørn Tveten. ■

# SANDKORN OG OVERVINN DITT ALKOHOL- ELLER RUSPROBLEM

BOKOMTALE

ARNE REPÅL

## SANDKORN

Kort omtale av to litt forskjellige bøker denne gangen. Den første bærer tittelen Sandkorn og er en om bok depresjon og kognitiv terapi skrevet av Margaretha Dramsdahl. Boken skiller seg ut fra mange andre bøker innen selvhjelpslitteraturen gjennom å være skrevet i romanform. Handlingsmessig følger vi hovedpersonen Sirens aktive hverdag som raskt blir vanskelig på grunn av en alvorlig depressiv episode. Boken beskriver hovedpersonens depresjon, veien til erkjennelse, familiens situasjon og ikke minst behandlingen og veien ut av depresjonen. Bokens hovedvinkling er Sirens subjektive opplevelse. Hun arbeider som lege og venter barn nummer tre. Hverdagen fremtrer mer og mer uoverkommelig inntil Siren må søke profesjonell hjelp. Fremdriften i boken er fra da av mye knyttet opp til behandlingen og veien ut av depresjonen. For den som ikke kjenner kognitiv terapi fra før av gir den en grei og lettfattelig beskrivelse av hva denne behandlingsformen går ut på. Det er lett å kjenne igjen hovedpersonens spørsmål og motforestillinger fra den terapeutiske hverdagen. Jeg vil tro mange pasienter vil kjenne seg igjen i denne boken og at den vil kunne fungere som et nyttig supplement til behandlingen. Leseren vil sitte igjen med en grei innføring i hvordan en depresjon oppleves og hva som kan gjøres for å komme ut av den. Boken er også utstyrt med et appendix som inneholder forklaringer på en del medisinske uttrykk og noen sentrale skjema fra den kognitive terapimodellen.

## OVERVINN DITT ALKOHOL- ELLER RUSPROBLEM

Denne boken bærer tittelen Overvinn ditt alkohol- eller rusproblem og er en selvhjelpsbok skrevet av Dennis C. Daley og G. Alan Marlatt. Boken er oversatt til norsk av Charlotte Bech og Odd Erling Børstad. Dette er en tradisjonell selvhjelpsbok rettet mot misbruksproblemer. Undertittelen er «effektive løsningsstrategier» og boken er utgitt i den engelske serien «behandling som virker». Boken har som formål å formidle behandlingstilnæringer som er dokumentert effektive og er tredelt. Første del gir en oversikt over rusproblemer og behandlingsmuligheter, andre del fokuserer på endring og strategier, mens tredje del handler om tilbakefallsforebygging. Innenfor disse områdene spenner boken vidt med hensyn til ulike tema. For eksempel er både rusreformen og individuell plan omtalt selv om boken i hovedsak er utformet som en arbeidsbok. De ulike kapitlene er kortfattede og egner seg nok best lest i forbindelse med terapi eller rådgivning, noe forfatterne selv også påpeker innledningsvis. Det er ikke angitt noen spesifikk målgruppe, men ut fra tittelen er det vel den som selv har et rusproblem som er hovedmålgruppen. Den er lettlest og så langt jeg kan bedømme oppdatert på kunnskap på det aktuelle området. Jeg tror mange pasienter vil kunne ha nytte av denne boken som et supplement til terapi. For noen vil den også kunne være en inspirasjon til å søke profesjonell hjelp.

## REFERANSER

■ Sandkorn  
Margaretha Dramsdahl (2007)  
Tapir Akademiske Forlag  
216 sider



■ Overvinn ditt alkohol- eller rusproblem  
Dennis C. Daley og G. Alan Marlatt (2007)  
Gyldendal Akademiske  
200 sider





## Lederen har ordet

EGIL W. MARTINSEN

# Når behandlingen ikke virker som den skal

Kognitiv atferdsterapi er en virksom behandling ved en rekke psykiske lidelser, og kanskje spesielt ved angstlidelser er metoden et klart førstevalg. Det er morsomt og stimulerende å arbeide kognitivt med angstlidelser, fordi vi kan hjelpe så mange. Metodene virker imidlertid ikke alltid som forventet, og også erfarne behandlere opplever innimellom at pasientene ikke oppnår den forventede framgang. De fleste behandlingsstudier konkluderer med at mellom 75% og 90% av pasientene med panikk lidelse blir panikklidelse etter kognitiv terapi, og dette er hyggelige resultater. Men dette betyr samtidig at mellom 10% og 25% ikke blir bra, og hvordan kan vi forklare det? Jeg diskuterte en slik situasjon med min gode kollega Bjørn Ravneberg for en tid siden. Det var nokså sikkert at pasientens korrekte diagnose var panikk lidelse med agorafobi. Behandlingen hadde vært kognitiv atferdsterapi utført etter boken av en kompetent person, men likevel hadde ikke pasienten hatt det forventede utbytte. Vi fant ikke helt ut av hva som kunne forklare dette, og det er et tema, som ikke er så mye omtalt i litteraturen. Bjørn søkte på nettet og fant en artikkel som omhandlet temaet. Her framkom det flere viktige poenger, som vil kunne være nyttige for Tidsskriftets lesere.

### EKSPERTENES VURDERING

Sanderson og Bruce (1) inviterte 30 medlemmer av the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) til å delta i en online-undersøkelse, og 20 erfarne og kompetente kognitive terapeuter deltok. De ble bedt om å beskrive hva som etter deres mening var de viktigste grunnene til at pasienter med panikk lidelse og agorafobi ikke responderte som forventet, og om å rangere de tre viktigste grunnene ved å gi et poeng til den viktigste, 2 til den nest viktigste og 1 til det tredje viktigste. Følgende liste framkom, rangert i prioritert rekkefølge:

1. Manglende engasjement i atferdsekspirer (35p)
2. Problemer med å gjennomføre av nødvendige behandlingselementer, slik som hjemmeoppgaver (20p).
3. Komorbiditet (11p)
4. Ufullstendig kassformulering eller feil diagnose (10p)
4. Støtte fra andre til å fortsette med unngåelsesatferd; sekundærgevinst (10p)
4. Problemer med kognitiv restrukturering (10p)
7. Negative livshendelser; problemer med samliv, økonomi eller fysisk sykdom (3p)
8. Komplikasjoner i forhold til medisiner (2p)
9. Dårlig kvalitet på den kognitive terapi (2p)
10. Problemer med den terapeutiske relasjon (1p)

Tabellen viser at de klart viktigste grunner til at terapien ikke får det forventede resultat, er at sentrale behandlingselementer ikke blir utnyttet. Forhold utenfor terapien tillegges mindre betydning, kanskje for liten etter min vurdering. Ut fra min egen erfaring ville jeg nok lagt mer vekt på negative livshendelser og problemer i den terapeutiske relasjon. Men de amerikanske ekspertene mener nokså klart at de viktigste grunnene for at terapien ikke virker, er at behandlingen ikke er gjennomført etter boken. Det viktigste er at atferdsekspirer ikke gjennomføres og at andre nødvendige behandlingselementer, slik som hjemmeoppgaver, ikke blir utført. Forfatterne har også noen råd om hva en kan gjøre når en møter slike problemer.

## GODE RÅD

Gjennomføring av atferdsekspirer er en grunnleggende del av virksom kognitiv terapi. Flere tiltak kan være nyttige for å hjelpe pasienter til å gjennomføre atferdsekspirer: Undervisning bør stadig gjentas, og terapeuten bør forsikre seg om at eksponeringen ikke blir for utfordrende i starten. Noen ganger kan det være nyttig om terapeuten blir med pasienten de første gangene, for å se hvordan eksponeringen arter seg i praksis. Andre pasienter kan profitere på motiverende intervju og få hjelp og oppmuntring til å holde ut ubehagelige følelser.

Når pasienter har problemer med å gjennomføre behandlingen, vil igjen undervisning være sentralt. For å orke å gjennomføre må pasienten ha en klar

## REFERANSER

Sanderson W. C, Bruce T. J. Causes and management of treatment-resistant panic disorder and agoraphobia: a survey of expert therapists. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:26-35

forståelse av hva behandlingen innebærer. Et tips kan være å gjøre lydopptak av samtalen, og be pasientene høre gjennom det før neste time. Dette vil kunne øke pasients engasjement. Hjemmeoppgavene bør være formulert så klart og spesifikt som mulig, og det er en fordel om en på forhånd kan diskutere hva som kan gjøre det vanskelig å gjennomføre dem. Helt sentralt er det også at behandleren husker på å spørre om hvordan det gikk med hjemmeoppgavene som han eller hun ga i forrige time. Hvis behandler ikke spør, vil motivasjonen som oftest synke.

Følgende retningslinjer ble anbefalt for å håndtere problemet med manglende behandlingsrespons:

1. Grundig evaluering initialt. Vær spesielt oppmerksom på om pasienten har fysiske sykdommer, som kan påvirke lidelsen, andre psykiske lidelser, eller ikke minst om det foreligger et samtidig misbruk eller avhengighet av rusmidler. Det er også viktig å forsøke å kartlegge utløsende og ikke minst vedlikeholdende faktorer i pasientens livssituasjon
2. Som kognitiv terapeut skal du være lojal mot den generelle teoretiske modellen. Samtidig skal du ta hensyn til den enkelte pasients særtrekk, og være oppmerksom på hvor krevende det kan være å gjennomføre kognitiv terapi. Optimalt skal den generelle modellen omformes til en ideosynkretisk, personlig modell, tilpasset den enkelte pasient. Dette er en ferdighet som det tar tid for terapeuter å lære.
3. Arbeid aktivt med å hjelpe pasienter til å holde ut i behandlingen.
4. Revurder diagnose og kasusformulering dersom du ikke oppnår den forventede effekt innen rimelig tid.

Det som her er omtalt er velkjent for de fleste kognitive terapeuter. Likevel kan det være nyttig å bli minnet om det. Denne undersøkelsen er basert på erfaringer fra pasienter med panikk lidelse og agorafobi, men prinsippene er nok gyldige også for andre pasientgrupper. De største og fleste feilene som gjøres i behandling, skyldes at en ikke har gjort de enkle tingene riktig. ■

VIDEREGÅENDE SEMINAR I KOGNITIV TERAPI

# PERSONLIGHET OG TERAPI

**TID:** 29. APRIL – 5. MAI 2008  
**STED:** MONTECATINI, TOSCANA

Nærmere informasjon om seminarprogrammet  
kommer på foreningens webside:

[www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)

**PRIS** inkludert 6 netter på 4 stjernes hotell, frokost,  
reise Gardermoen – Bologna T/R, buss til og fra hotell  
i Montecatini, samt seminaravgift: Kr. 11.300.-

**PÅMELDING** til HagaNor Reiser v/ Nina Berg,  
tlf 22 17 68 83, mail: [nina.berg@haganorreiser.no](mailto:nina.berg@haganorreiser.no).

Det gjøres oppmerksom på at seminaret har et begren-  
set antall plasser, og kan fulltegnes tidlig.