

# NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 3 • ÅRGANG 10 • OKTOBER 2009 –

## RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi  
Forskningsavdelingen Modum Bad  
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



# Tidsskrift for Kognitiv Terapi 3/2009

4  
Redaksjonelt

7  
Kan kognitiv atferdsterapi  
bli tilgjengelig for flere  
gjennom ny teknologi?

11  
Fagseminar om mindfulness

14  
Bokomtale

16  
Metaforspalten

17  
Lederen har ordet

18  
Annonser

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2009 sendes**

Redaktør Arne Repål  
Psykiatrien i Vestfold HF  
P.B. 2267, 3103 Tønsberg  
Tlf. 91883339

E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.  
Manusstopp: februar, mai,  
september, november.

• **NFKTS leder**

Torkil Berge  
Norsk forening for kognitiv terapi,  
Forskningsinstitutter  
Modum Bad, 3370 Vikersund  
Tlf. foreningen: 32 74 98 62  
eller 32 74 97 00  
E-post: post@kognitiv.no  
Bankgiro nr. 2270 14 46686



FOTO: MIE L. C. REPÅL



## Det kunne vært verre

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

”Til tross for papirmangelen, som gjør seg mer og mer gjeldende og har tvunget enkelte tidsskrifter til å innskrenke sideantallet, kommer det ut en ny avis: ”Epidemiposten”. Dens oppgave er å gi våre medborgere objektive opplysninger om farsottens forløp. Å gi dem de mest autoritative uttalelser om epidemiens framtid. Å stille sine spalter til disposisjon for alle dem som er villig til å bekjempe pesten. Å støtte befolkningens moral, å offentliggjøre myndighetenes forordninger, og kort sagt være et organ for alle som virkelig søker å kjempe mot det onde som har rammet oss.”

Sitatet ovenfor er hentet fra Albert Camus bok *Pesten*, utgitt for første gang i 1947. Jeg leste den på nytt i sommer under et opphold på Queens Hotel i badebyen Brighton i England, hvor jeg sammen med min familie hadde søkt tilflukt fra den lenge bebudede og mye omtalte svineinfluensaen. De gamle kurbadene hadde til hensikt både å lindre og rense, og mange av de mest kjente lå naturlig nok ved havet. Nå er ikke opphold i byer ved havet noen garanti for trygghet, noe Thomas Mann sin fortelling *Døden i Venedig* er et godt eksempel på:

”Åtti prosent av de angrepne døde og det på en forferdelig måte, eftersom sykdommen opptrådte med ytterste voldsomhet og hyppig forekom i sin farligste form, den såkalte ”tørre” type. I dette tilfelle greide ikke offerets legeme engang å utdrive vannet som blodkarene utskilte i store mengder. I løpet av få timer skrumpet pasienten inn og ble kvalt av det bekaktige seige blodet under krampe og hese klageskrik. Man måtte prise seg lykkelig hvis sykdommen – slik det undertiden hendte - slo ut i dyp bevisstløshet som en sjelden eller aldri våknet opp av.”

Den som har lest novellen, og ikke minst sett Viscontis fantastiske filmatiseringen av forfatteren Gustav von Achenbachs besettelse, skildret mot en bakgrunn av død og forfall i pestens Venedig, vil kanskje likevel forstå min tilflukt til et hotell ved havet. Det å gå til grunne kan også ha sine estetiske sider. Vi måtte imidlertid returnere med uforrettet sak. Sommeren gikk, og i skrivende stund er jeg fortsatt ikke rammet av pandemien. Isteden ble jeg, på veg hjem fra byen med en flaske Chablis og boken *Dommedag. Verdens undergang før og nå*, redigert av Dyrendal og Pettersen - noe må man prøve å korte ventetiden med- kjørt ned av en syklist i stor fart, noe som medførte et av-

skåret øre, mørbanket kropp, knust vinflaske og en tur med ambulansen. Mange sting og noen uker senere ser det ut til å gå bra, ikke minst takket være et dyktig og vennlig personale ved Sykehuset i Vestfold HF. Selv ikke de kunne imidlertid påføre meg den bebudede smitten.

### SKJØNNLITTERÆRE PROSEDYREBØKER

Man kan jo mistenke våre helsemyndigheter for å ha lest både *Døden i Venedig* og *Pesten*. De to bøkene kunne i alle fall langt på veg være lagt til grunn for henholdsvis beskrivelse av ”i verste fall” scenario og valg av strategi. Nå er det ikke min hensikt å henge ut våre helsemyndigheter. Det er lett å være etterpå klok. Kunsten å sitte i uker bak en kontorpult og vurdere andres handlinger i en gitt situasjon overlater jeg til de som finner glede i slikt. Mer interessant er det å prøve å forstå hva som har skjedd. Hvorfor kjøpe opp vaksine til hele befolkningen, gjøre bruk av svimlende 1109625000 kroner, instruere folk om å holde seg hjemme i syv dager fra arbeide og iverksette en kriseberedskap og rapporteringsrutine som har medført at hardt pressede helseforetak har måttet flytte fokus fra det som skulle være kjerneoppgavene. Jeg tror mye av svaret er frykt. Ikke for selve pandemien, men frykt for hva som ville skje dersom man ikke hadde iverksatt tilstrekkelige tiltak. Da blir skrekksce- nariet litt annerledes: Opprørte samfunnsborgere og store avisoverskrifter om manglende handlekraft fra helsedirektoratet; en kritikk som i neste runde vil le ramme helseministeren og regjeringen. Jeg tror man har følt presset. For den som husker kritikken som oppstod mot myndighetene i mange land i etterkant av tsunamien blir de forholdsregler som er tatt mer forståelige.

Vi vet mye om hvilke konsekvenser katastrofetanker, bekymring og trygghetssøkende strategier kan ha for enkeltindividet. Det er fristende å også anvende kognitive forståelsesmodeller på gruppenivå. Er vi i ferd med å få et samfunn hvor toleranse for usikkerhet er så lav at tiltakene er i ferd med å bli uhensiktsmessige? Er vi i ferd med å lære opp en hel befolkning til at intet skal gå galt, og går det galt så er det alltid noen du kan skyldte på? Er risiko- og sårbarhetsanalyser, prosedyrer og beredskapsplaner i ferd med legge et klamt og kvelende grep om vårt lille land? Vi burde kanskje bli flinkere til å peke på hvilke konsekvenser det kan ha på gruppe- og ledelsesnivå. Det

«Jeg tror mye av svaret er frykt..»

handler om å skape et samfunn som er inkluderende og ivaretagende, samtidig som den enkelte borger ikke læres opp til urealistiske forventninger om hva som er mulig, men erkjenner at usikkerhet er en del av livet.

### FOR SIKKERHETS SKYLD

Den som sliter med alvorlige psykiske plager har rett til behandling, men en rekke studier viser at en betydelig andel av dem som får det, også i form av kognitiv terapi, ikke har nytte av den. Det hender også at pasienter tar sitt eget liv. Det kan være fristende å skyte på terapeuten. Mange terapeuter jeg møter sier de har begynt å gjøre ting for sikkerhets skyld, ikke av hensyn til pasienten, men av hensyn til seg selv. Det blir det fort dårlig terapi av. Slike defensive handlinger ligner på det helsemyndighetene synes å ha følt seg presset til å gjøre i forhold til svineinfluensaen.

I forbindelse med den bebudede pandemien skrev en kommentator i en avis på forsommeren at han håpte myndighetene ikke iverksatte tiltak som ville skape panikk før det var nødvendig! En interessant betraktning. Det stod ikke noe om når det var nødvendig å skape panikk. Jeg håper vi kan unngå det. I mellomtiden kan dere jo hygge dere med tidsskriftet. Artikkelen om behandling via digitale kommunikasjonsmidler burde være høyaktuell da det har den positive bieffekten at det også reduserer smittefaren. Den første norske nettverkssamlingen med fokus på "mindfulness" kan ikke sies å ha tatt like hensyn, men samlingen var fornuftig nok lagt utendørs, og deltagerne i besittelse av gode teknikker i møtet med katastrofetankene. Selv er jeg, i det bladet går i trykken, fortsatt symptomfri. Øret ser ut til å leges og skuldervesken dufter svakt av Chablis. Det kunne vært verre. ■

## Kan kognitiv atferdsterapi bli tilgjengelig for flere gjennom ny teknologi?

PATRICK A. VOGEL <sup>A</sup>, BJARNE HANSEN <sup>B</sup>, ÅSHILD TELLEFSEN HÅLAND <sup>C</sup>, GUNVOR LAUNES <sup>C</sup>, ERNA MOEN <sup>D</sup>, STIAN SOLEM <sup>A</sup>, JOSEPH HIMLE <sup>E</sup>

Et problem mange pasienter opplever er at tilgangen til terapeuter med kompetanse i kognitiv atferdsterapi (KAT) er begrenset. Dette gjelder særlig for pasienter som bor langt utenfor tettsteder. I 2007 ble det bevilget midler av Stiftelsen Helse og Rehabilitering til brukerorganisasjonen Norsk OCD forening, Ananke, til et prosjekt for å teste ut om bruk av videokonferanseutstyr og mobiltelefon kunne gi fullverdig behandling for tvangslidelse (OCD). Prosjektet ble ledet av Patrick Vogel ved Psykologisk Institutt, NTNU i Trondheim og samarbeidende enheter har vært Institutt for Nevromedisin, NTNU-Trondheim, Avdeling for psykiatri og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF og Spesialpoliklinikk for angstlidelser, Oslo Universitetssykehus, Aker. Pilotfasen av prosjektet er nå under avslutning

Hittil har fem pasienter med tvangslidelser blitt behandlet med kognitiv atferdsterapi, primært basert på eksponeringsterapi metoder (ERP) gjennom tele-TV og mobiltelefonsamtaler. I løpet av 3 måneder har de fått ukentlige samtaler (de tre første ukene to samtaler pr uke), seks ganger gjennom audiovisuelt utstyr og de resterende ganger via mobiltelefon. I tillegg til samtaler kunne også noen av eksponeringsoppgavene gjennomføres for åpent kamera. Bruken av mobiltelefon var praktisk for pasienter som bodde langt unna videokonferanse utstyret og mobiltelefon ble også brukt under gjennomføring av eksponeringsoppgave i pasientenes hjem. Alle pasientene er rekruttert fra ventelisten til Spesialpoliklinikk for Angstlidelser ved Oslo Universitetssykehus, Aker, hvor psykiatrisk sykepleier, Erna Moen, vurderte alle søknader og screenet for tvangsproblematikk. Hun var ansvarlig for administrative prosedyrer rundt pasientbehandlingen og praktisk tilrettelegging i Oslo. Pasientene var formelt tilknyttet spesialpoliklinikk under behandlingen, og beholdt sin plass på ventelisten dersom de var i behov for behandling etterpå. Så langt har fire av ni pasienter med tvangslidelse som ble tilbudt denne behandlingsformen takket nei.

Prosjektleder tar et diagnostisk intervju (ADIS) av pasientene på forhånd og det blir sjekket at eksklusjonskriterier ikke er tilstede; hovedsakelig selvmords- eller psykoseproblematikk. Prosjektleder gjennomfører også kontrollrating og evalueringssamtale når behandlingen avsluttes etter 15 behandlingssesjoner, og tre måneder etter avsluttet behandling. Behandlerne var psykiater

A PSYKOLOGISK INSTITUTT, NTNU-TRONDHEIM  
 B INSTITUTT FOR NEVROMEDISIN, NTNU-TRONDHEIM  
 C SØRLANDET SYKEHUSET, KRISTIANSAND  
 D SPESIALPOLIKLINIKK FOR ANGSTLIDELSER, OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, AKER  
 E UNIVERSITY OF MICHIGAN, USA

Gunvor Launes og psykolog Åshild Tellefsen Håland i Kristiansand og psykologene Bjarne Hansen og Stian Solem i Trondheim.

## RESULTATER

Resultatene av behandlingen hittil er lovende. De står ikke tilbake for det som er vanlig å oppnå gjennom tradisjonell eksponeringsterapi. Ut fra oppfølgingsamtalene tre måneder etter avsluttet terapi ser resultatene også ut til å vedvare. En av pasientene hadde et tidligere avbrutt behandlingsforsøk med KAT og var ved oppstart alvorlig deprimert og fullt sykmeldt. Gjennom denne behandlingen fikk han noe bedring i tvangssymptomer, er ikke lengre deprimert og er nå tilbake i fullt arbeid. Ingen av pasientene ønsket poliklinisk behandling for tvangen etterpå. Pasienten med delvis bedring er nå motivert for å ta imot tilbud om videre behandling for om mulig å oppnå ytterligere bedring.

Pilotprosjektet har gitt oss nyttige erfaringer om hvordan det tekniske ved slik behandling bør utføres. Det har vært noen vanskeligheter med utstyr som ikke fungerte slik det skal, for eksempel at lyden falt bort. Da ble mobilen brukt som backup. Selve behandlingen via audiovisuelt utstyr gikk forbløffende bra bortsett fra litt forsinkelser i overføring av lyden. Fra terapeutenes og pasientenes ståsted opplevdes det nesten som om man satt i samme rommet. En fordel ved enkelte eksponeringsøvelser er at eksponering til "skitne" ting også kan gjennomføres på direkten. For å danne seg et skikkelig inntrykk av pasientene opplevde terapeutene det som viktig at noen av timene foregikk som videokonferanse, ikke kun på telefon. Alle pasientene har vært positive til teknologien og ville anbefalt behandling gjennomført på denne måten til andre pasienter. Prosjektet vil bli presentert på EABCT sin europeiske kongress i Dubrovnik i september 2009.

## TIDLIGERE FORSKNING

Denne behandlingsmetoden er tidligere utprøvd i USA ved ass. prof. Joseph Himle ved universitet i Michigan med kun tre OCD pasienter bosatt langt fra tilgjengelig CBT ekspertise (Himle, et al., 2006; Lovell, et al., 2008). De ble tilbudt behandling via audiovisuelt utstyr i 12 ukentlige sesjoner med godt resultat. Ass. prof. Himle deltok i planleggingen av vårt pilotprosjekt og har vært i Norge to ganger for å gi oss veiledning underveis.

I en studie fra Canada (Taylor, et al., 2003) fikk pasienter kun behandling via telefon. Metoden ble imidlertid ansett som uakseptabel for bruk med deprimerte pasienter. I en studie fra England (Lovell, et al., 2008) er OCD pasienter gitt ti sesjoner med KAT, hvor første og siste konsultasjon var vanlige timer på poliklinikken, mens de resterende åtte foregikk over telefon. Resultatene var like gode som for pasienter som fikk alle sine timer på poliklinikken.

Alle pasientene bodde nær store byer og hadde tilgang til vanlig polikliniske tjenester. Slik sett var ikke dette forsøket en adekvat test av metodens egnethet for bruk med pasienter fra avsidesliggende strøk uten slik tilgang. Det samme kan sies om vårt forsøk, hvor vi inkluderte pasienter som var i stand til å dra til hovedstaden for å ta imot deler av sin behandling over videotelefon. To av pasientene måtte riktignok reise mer enn to timer for å komme til TV-studio, og hadde hatt samme avstand å reise for å få behandling ved spesialpoliklinikken ved Oslo Universitetskehus, Aker.

## BEHOV FOR ET NYTT PROSJEKT

For noen lidelser, slik som OCD, posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD), spiseforstyrrelser, og visse impuls-kontroll-lidelser (trikotillomani) er det problematisk å finne den ekspertisen som er nødvendig i et desentralisert behandlingstilbud. Disse lidelser er også relativt lavfrekvente og det er urealistisk at lokale behandlere kan bygge opp spesiell kompetanse for å dekke disse pasienters behov. Løsningen på dette kan være bruk av videokonferanse teknologi. I Canada har pasienter med PTSD i isolerte distrikter fått god hjelp fra videokonferansebehandling. I Australia er metoden brukt ved både panikk-lidelse og sosial angst.

Vi ønsker nå å søke om et nytt prosjekt for å teste ut denne metoden med et større utvalg OCD pasienter som bor minst et par timer fra et adekvat behandlingstilbud.

For pilotforsøket ble det ansett som tilstrekkelig å benytte en poliklinikk i en storby som samarbeidspartner, men i et større prosjekt må det utvikles et opplegg basert på å knytte kontakter til lokale behandlere som kan fungere som støttepersonell for oppfølging av eventuelle komorbide tilstander som depresjoner eller i forhold til komplikasjoner som kan oppstå underveis. Behandling av tvangslidelsen vil utvalgte behandlere i prosjektet ta seg av. Vi ønsker å komme i kontakt med fastleger og andre behandlere ved DPS i distriktene som har OCD pasienter som trenger behandling og vil stille opp som samarbeidspartnere under et nytt forsøk. Kontakt prosjektleder eller andre deltagere i prosjektet. ■

## REFERANSER

■ Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., et al. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1821-1829.

■ Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., et al. (2008). Telephone administered cognitive behavior therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: Randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*. doi:10.1136/bmj.

■ Taylor, S., Thordarson, D. S., Spring, T., Yeh, A. H., Corcoran, K. M., Eugster, K., et al. (2003). Telephone-administered cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 13-25.

Kontakt:  
Patrick A Vogel, Førsteamanuensis  
Psykologisk Institutt, NTNU – Trondheim  
patrickv@svt.ntnu.no  
tel 73 55 04 25  
mob48 22 04 22

## Fagseminar om mindfulness

OLE CHRISTER F. LUND

Lørdag 22. august 2009 ble det som sannsynligvis er landets første utendørs nettverksbyggende fagseminar for fagfolk som jobber med mindfulness (oppmerksomt nærvær) arrangert i naturskjønne omgivelser på Hestsvehaugen, Lund gård i Stange. "Mindfulness er et fagfelt i eksplosiv utvikling, og derfor er det så spennende og engasjerende at vi har vært så heldige å få med oss foredragsholdere som vil dele ulike innfallsvinkler med oss i løpet av dagen," sa Ole Christer F. Lund som del av velkomsten til seminaret. "Jeg håper vi kan nærme oss disse temaene i nysgjerrighetens og åpenhetens tegn, og bruke dette som en fin mulighet til å bli kjent med nye mennesker og nye måter å tenke rundt mindfulness på." Hele seminaret ble avholdt utendørs på toppen av Hestsvehaugen, som man tror kan være en gravhaug fra vikingetiden. Atmosfæren ble preget av varm, strålende sol fra skyfri himmel, fuglekvisper og susen fra lun vind i høye bjørketrær.

### PRØVEPROSJEKT PÅ DUGNAD

Fagseminaret ble arrangert som et prøveprosjekt for inviterte fagfolk med mål om å bidra til faglig nysgjerrighet og engasjement, og samtidig opprette en møteplass hvor folk med interesse for mindfulness kan drøfte faglige spørsmål og øve sammen på teknikker knyttet til mindfulness. Arrangementskomiteen bestod av psykologene Anton Åhren, Inger Anne Røhr og Ole Christer F. Lund, som alle tre til daglig arbeider med psykisk helsevern for voksne ved Hamar Distriktpsykiatrisk senter. Deltagelse var gratis for de inviterte deltagerne, arrangementet hadde intet budsjett og alle forberedelser ble utført på dugnad.

### STOR INTERESSE FOR Å DELTA

Totalt 20 fagfolk fra forskjellige steder på Østlandet deltok, hvorav flesteparten var psykologer bosatt på Hamar eller i Oslo-området. I etterkant av seminaret kunne Lund avsløre at man bevisst hadde valgt å holde antallet deltagerne nede, siden dette var første gangen seminaret arrangeres: "Pågangen og interessen for å delta har vært svært stor, og hadde vi vært sikre på at alt skulle gå bra, kunne vi med letthet ha samlet to til tre ganger så mange mennesker her i dag."

Så langt arrangørene og deltagerne kjenner til, er dette første gangen på landsbasis at det arrangeres et utendørs fagseminar med hovedformål å dele erfaringer og skape nettverk blant fagfolk som jobber med mindfulness. Derfor ble



det i etterkant av seminaret tatt initiativ til å lage en organisasjon kalt "Mindfulness-nettverket" for å bidra til å holde kontakten og utveksle erfaringer. Det har også blitt opprettet en åpen gruppe på Facebook kalt "The Mindfulness Network", hvor alle fagfolk med interesse for mindfulness er velkomne til å delta.

### PROGRAMMET FOR FAGSEMINARET

Etter en kort velkomst startet programmet med en grunninnføring i teknikker basert på mindfulness. Psykolog Ole Christer F. Lund ga en introduksjon til begrepet, og instruerte i en pusteøvelse rettet mot å oppnå avspenning og tilstedeværelse gjennom å bli mer bevisst på egen pust. Inger Anne Røhr, som også er psykolog, fortsatte deretter med å guide deltagerne gjennom en "kropps-scanning", hvor man systematisk retter oppmerksomheten mot ulike kroppsdelene og muskelgrupper.

Etter dette holdt psykolog Rebekka Egeland et foredrag med utgangspunkt i boken hun ga ut tidligere i år: "Lev livet nå – Mindfulness i hverdagen". Egeland snakket om hvordan boken ble til, og hvordan mindfulness kan bidra til mer tilstedeværelse og økt livskvalitet. Even Halland, som holder kurs sammen med Egeland, fortalte også om erfaringer fra å holde mindfulness-kurs.

Halland og Egeland avrundet sin del med å fortelle om den spennende forskningen på å bruke mindfulness-baserte grupper for å bidra til modning og selvutvikling for psykolog- og legestudenter ved Universitetet i Oslo.

Videre inneholdt dagen et innlegg om buddhistisk forståelse og meditasjon ved Gunaketu Kjønstad fra Oslo Buddhistsenter. Kjønstad fortalte om buddhismens syn på hvordan lidelse oppstår, og om hvordan man kan forebygge lidelse i sitt eget liv. Programmet avsluttet med temaet kroppsorientert bevegelsesmeditasjon og ”internal power” ved instruktør Håkon Halleby fra Hwarang Academy Hamar. Halleby viste hvordan man ved å repetere meditative kroppsøvelser kan bygge kroppens styrke og utholdenhet. I løpet av dagen var det også tid til å knytte nettverk og faglig dialog, og til andre kortere meditasjonssekvenser.

#### HVA ER MINDFULNESS?

Oppmerksomt nærvær eller mindfulness er et nøkkelbegrep innenfor buddhistisk meditasjon. Brukt innenfor moderne psykoterapeutisk behandling har man beholdt det psykologiske innholdet i begrepet og den praktiske teknikken, men man har tonet ned de religiøse aspektene. En måte å definere mindfulness på, er ”en ledig, intensjonell og aksepterende oppmerksomhet rettet mot ens indre opplevelser fra øyeblikk til øyeblikk.”

Å være oppmerksomt nærværende kan også beskrives som å være tilstede og være i kontakt med den man er akkurat her og nå. Det finnes flere behandlingsformer basert på mindfulness. Et eksempel er gruppebehandling hvor man lærer deltagerne mestrings teknikker for smerter, stress, angst og depresjon.

For å bli ”mindful” eller oppmerksomt nærværende, kan man fremheve tre viktige prosesser:

- (1) Vær oppmerksom på og observer dine opplevelser fra øyeblikk til øyeblikk (tanker, følelser, kroppsformennelser, persepsjoner, sansning osv)
- (2) Forsøk å innta en ikke-dømmende og aksepterende holdning til dine opplevelser
- (3) Som om du sitter på et tog som passerer forbi: forsøk å gi slipp på dine opplevelser og beveg deg videre til å være oppmerksom på de opplevelsene som oppstår inne i deg i det neste nåværende øyeblikket

Det er utført mye forskning som viser at slik gruppebehandling gir gode resultater. Noen sentrale miljøer er forskergruppen rundt Segal og Teasdale ved Cambridge i Storbritannia, som forsker på å forebygge tilbakefall av depresjon ved hjelp av mindfulness-teknikker, og Kabat-Zinn sin forskning på mindfulness-basert stress-reduksjon ved universitetssykehuset i Massachusetts, USA.

#### EVALUERINGER

Det ble gjennomført en evaluering av seminaret ved at alle deltagerne svarte anonymt på et spørreskjema på slutten av dagen. Tilbakemeldingen tyder på at deltagerne opplevde seminaret som vellykket og positivt. Samtlige deltagere oppga at de svært gjerne ønsket å delta på lignende arrangementer i fremtiden. Faktorer som ble fremhevet som viktige for den positive opplevelsen av seminaret var lærerike foredrag, nyttige øvelser, vakre naturomgivelser og hyggelige muligheter for å bli kjent med andre fagfolk. En deltager beskrev seminaret som ”varierte og spennende”, en annen skrev: ”Veldig bra initiativ og arrangement! Dette må vi få til mer av!” ■

# Personbasert kognitiv terapi

BOKOMTALE

PAUL CHADWICK



Personbasert kognitiv terapi  
Paul Chadwick  
Tapir akademisk forlag 2009  
244.s

Siden midten av 1980 tallet og frem til i dag har det skjedd en endring i forståelsen av psykoser som også har ført til en spennende og lenge tiltrengt utvikling av den individualterapeutiske tilnærmingen til lidelser innen psykospekteret. Kognitiv terapi har stått sentralt i denne utviklingen, og representerer et normaliserende perspektiv med fokus på pasientens opplevelse og på symptomer fremfor en syndrombasert sykdomsmodell. Gjennom en modifisering av den tradisjonelle kognitive modellen har det kognitive fagmiljøet bidratt til ny optimisme i behandlingen av psykoser og vist at individualterapi kan være en virksom tilnærming også til denne typen lidelser. En sentral internasjonal fagperson innen dette fagmiljøet er professor i klinisk psykologi Paul Chadwick. Sammen med Birchwood og Trower ga han i 1996 ut boken *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*, en bok som beskrev en kunnskapsbasert tilnærming til behandling av psykoser. Nå foreligger Chadwick sin bok *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis* (2006) på norsk under tittelen *Personbasert kognitiv terapi ved psykoser*. Det er verdt å merke seg den lille forskjellen mellom den engelske og norske tittelen. Ordet "distressing" er tatt bort i den norske oversettelsen, noe som gjør at man mister budskapet som ligger i den engelske tittelen om at ikke alle psykoser er behandlingstrengende.

Boken gir en konkret beskrivelse av hvordan kognitiv terapi kan brukes som metode i arbeidet med psykoser. Det første kapittelet gir en kortfattet og god innføring i bakgrunnen for behandlingsmodellen. Kapittel 2 fokuserer på etableringen av relasjon mellom terapeut og pasient, hvor frivillighet og det å møte personen fremfor problemet er grunnleggende. I kapittel 3 beskrives en rammemodell for personbasert kognitiv terapi med utgangspunkt i pasientens perspektiv. Lesere som er kjent med de grunnleggende elementene i kognitiv terapi vil kjenne igjen disse, her tilrettelagt for pasienter med lidelser innen psykospekteret. Kapittel 5 omhandler arbeid med å forstå symptomer i den hensikt å redusere ubehaget ved psykoser. Mindfullnes eller oppmerksomt nærvær har tatt det kognitive miljøet med storm de siste årene og har også fått en sentral plass i Chadwick sin personbaserte tilnærming til behandling av psykoser. Dette dekkes i kapittel 5. Kapittel 6 og 7 omhandler arbeid med negative skjema og selvaksept. I kapittel 8 beskriver Chadwick hvordan en personbasert tilnærming også kan anvendes i grupper. Det er en praktisk fremstilling som beskriver terapeutiske faktorer, hvordan man setter sammen en gruppe, hvordan komme i gang og hvordan lede denne type grupper. Her

Bokomtale

bygger Chadwick mye på Irvin Yalom sitt arbeide omkring grunnleggende faktorer ved gruppeterapi. Kapittel 9 tar for seg avslutningsfasen. Her er det også noen refleksjoner rundt pasienter og selvmord som det er verdt å merke seg. Det er godt å se at realistiske synspunkter på dette emnet nå begynner å komme frem i fagbøker.

Jeg synes "Personbasert kognitiv terapi ved psykoser" er en god bok. Selv om en individualterapeutisk tilnærming ikke vil føre frem overfor alle pasienter, er det mye å hente for den som arbeider med psykoser. Boken inneholder mange nyttige eksempler fra den kliniske hverdagen og viser at en personbasert tilnærming også innebærer at man noen ganger må avvike fra standard prosedyrer. Det bør være en sentral bok for alle som jobber med lidelser innen psykospekteret. Det burde også være noe å hente for den som jobber med andre typer problemer. Boken er lettest, men egner seg nok best for den som har et visst kjennskap til kognitiv terapi fra før av. ■

## Herdet glass

METAFORSPALTEN

SHAZIA MAJOTHI

Noen ganger trenger vi beskyttelse mot ubehagelige eller sårende mennesker. Det er krevende å stå i slike relasjoner og samtidig kunne beskytte sine følelser. Dette ble et sentralt tema i samtale med en av mine klienter.

Klienten har en kollega som er ufin og trakasserende på grensen til mobbing. Det å være på jobb har til tider vært nærmest uholdelig. Klienten har brukt tid og krefter på å unngå denne kollegaen. Et sentralt tema i terapien har derfor vært hvordan klienten kan få en bedre hverdag på tross av en ubehagelig kollega. Vi har brukt teknikker som observasjon, det å akseptere at den ubehagelige kollegaen finnes, samt jobbet med å ha fokus på henne. Strategien har vært å prøve å unngå å være unnvikende.

En dag oppstod det en situasjon hvor klienten ble overhøvet av denne kollegaen. Min klient opplevde dette som ubehagelig og respektløst. Hun bestemte seg til å si ifra at denne måten å bli tiltalt på verken var grei eller nødvendig. Kollegaen ble svært overrasket og ønsket å prate med klienten på tomannshånd. Klienten var selvhevdende og sa nei, da hun mente det ikke var noe mer å snakke om. Kollegaen brøt da sammen og beskyldte min klient for å være ufin. Klientens vanlige mønster ville da vanligvis være å reagere med å unnskylde seg og gjøre denne hendelsen om til sitt problem.

Hun kommer opprørt og gråtkvalt til timen og forteller at hun denne gangen har klart å sette en grense og at det var kjempe tøft. Men det føltes rett. Vi snakket om det som hadde skjedd, og brukte da herdet glass som en metafor: Klienten så for seg at det var en glassvegg mellom henne og kollegaen. Hun klarer å være til stede i situasjonen uten å bli like berørt som før. Hun så for seg at kollegaen prøvde å kaste ulike baller mot henne, men traff bare glasset. Klienten ser det som skjer men blir ikke så opprørt. I tillegg tillater hun seg å ha en luke som hun åpner opp og snakker gjennom når kollegaen trår over grensen. I siste timen fortalte klienten smilende:

– Det er sant jeg har laget en vegg av herdet glass. Hun klarer ikke å ta meg! Det er også fint at jeg har en luke som jeg kan åpne når jeg har behov for å si hva jeg mener er rett! ■

«Hun kommer opprørt og gråtkvalt til timen...»



## Lederen har ordet

TORKIL BERGE

## Mislykket terapi

Hundrevis av studier dokumenterer at kognitiv terapi hjelper mange pasienter. Samtidig viser de samme studiene konsekvent at det alltid er en ikke ubetydelig andel av pasientene som ikke har utbytte av kognitiv terapi, selv om de fullfører behandlingen.

Mislykket terapi blir sjelden diskutert. Det har vært hevdet at vi som terapeuter ofte forsvarer oss mot erkjennelsen av at våre pasienter ikke opplever bedring, for eksempel ved å fokusere på områder der det kanskje er noe bedring.

Hva kan vi gjøre for å unngå mislykket terapi? Det viktigste er at vi tar situasjonen til etterretning og prøver å iverksette tiltak i samarbeid med pasienten. Dette kan synes opplagt, men en studie av terapier som ikke fungerte, viste faktisk at mange av terapeutene fortsatte å gi samme behandling, uten vesentlige endringer, selv om de var klar over at den ikke virket!

Vi kan regelmessig vurdere den terapeutiske alliansen og om pasienten opplever å bli møtt med empati og forståelse. Dessuten kan vi jevnlig sjekke ut om pasienten faktisk blir bedre, ved å drøfte dette med pasienten og gjerne ved å gjenta spørreskjemaer, for eksempel Becks depresjonsinventorium, underveis i behandlingen. Da kan vi sammen med pasienten justere kursen hvis resultatene uteblir.

Vi bør altså vurdere kvaliteten av vårt tilbud til pasienten når resultatene uteblir. Samtidig er det en forutsetning at pasienten yter sitt bidrag. Hvis pasienten ikke er engasjert i sin behandling, virker ikke kognitiv terapi.

Men, når dette er sagt: Det er viktig at vi som terapeuter tar inn over oss det faktum at det vil være en del pasienter som rett og slett ikke vil ha utbytte av kognitiv terapi, eller av psykoterapi generelt – vi kan ikke hjelpe alle. Vi må være ydmyke i forhold til alvorligheten i de vansker pasienter sliter med, og til psykoterapiens begrensninger. Gjennom en slik erkjennelse kan vi bli flinkere til å se når terapien ikke er til hjelp og eventuelt henvise til andre, forhåpentligvis mer virksomme tilbud. Vi kan dessuten bli mer støttende og mindre kravstore til oss selv som terapeuter, når vi har investert mye, men ikke nådd frem. ■

«Mislykket terapi blir sjelden diskutert.»

# METACOGNITIVE THERAPY (MCT)

## MASTERCLASS 2010-2011

MCT masterclass is a training program offered by the Norwegian Association of Cognitive Therapy (NFKT) and the Metacognitive Therapy Institute based in Manchester. Dr. Adrian Wells, Manchester and Dr. Hans M Nordahl, Trondheim are responsible for the program. The purpose of this training program is to provide opportunities for experienced CBT clinicians or other mental health specialists to achieve a high competency in MCT. The training will be held in Oslo, Trondheim and in Manchester, UK, with two of the seminars each year in Manchester. The masterclass will start in March 2010, and end by December 2011.

MCT Masterclass is a highly specialised program intended to build competence in the practice of this new and highly effective treatment approach. The program offers cutting edge clinical updates, advancing and refining clinical knowledge and skills (participants may have already reached the standards required for practicing as a CBT therapist). The program aims to develop a network of highly specialised professionals from a range of backgrounds with a common interest in MCT/CBT, that can encourage and support each other's personal and professional growth. On successful completion of this training participants will become eligible for registration by the MCT-institute as MCT therapists.

### COURSE FORMAT 2010-2011

Block	Content	Lecturers	Date/Venue
Block 1:	MCT: Model and treatment	Wells/Nordahl	March, 2010 Oslo
Block 2:	MCT of GAD	Wells/Nordahl	May, 2010 Manchester
Block 3	MCT of Social phobia and APD	Wells/Nordahl	Aug. 2010 Trondheim
Block 4:	MCT of PTSD and traumatic stress	Wells/Nordahl	Nov. 2010 Manchester
Block 5:	MCT: OCD	Fisher	Feb. 2011, Oslo
Block 6:	MCT of chronic depression	Wells/Nordahl	May 2011, Manchester
Block 7:	MCT of Borderline PD	Nordahl/Wells	Aug. 2011 Trondheim
Block 8:	MCT of psychosis/closing session	Morrison/Nordahl/Wells	Nov. 2011 Manchester

The course is taught bimonthly over about 2 years. Teaching is organised in blocks of 2-3 days. In addition, participants will need to set aside 2 hours per week throughout the course as time for private study of relevant literature. This is crucial to meeting the demands of the course.

### Supervision:

During the program supervision is compulsory in a small group format twice a year and there will be ongoing supervision implemented via e-mail using the MCTI-supervision log.

### Requirements

All participants should have patients during the program and have a professional qualification in a relevant area (e.g. nursing, clinical or counselling psychology, psychiatry, occupational therapy, social work).

- Have acquired sufficient grounding in CBT theory and practice to be eligible according to established NFKT criteria (see [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no) for details), the BABCP criteria or equivalent.
- Are using CBT as a primary therapeutic approach with patients
- Are actively engaged in delivering treatment in parallel with the training program.

Given this level of experience and commitment, we anticipate that the candidates will have much to offer each other, and will be prepared to take an active role in their own learning.

### Practice Log

To encourage continuous learning and self-reflection (the most effective learning method for experienced therapists), candidates are asked to keep a practice log, detailing training and supervision experiences on the course and elsewhere, relevant client contact, and goals in their private study.

### Evaluation of competency and skills

Understanding of theory, research and clinical issues will be evaluated through rating of individual logs and submission of a complete training journal. Knowledge of treatment principles will be assessed during supervision.

### Fees

The MCT- Masterclass will be based on self-financing. Fees will be 4.800 GBP or NOK 48.000; for the two year program. These fees include teaching, supervision, cost of venue and drinks/beverages for the participants. In addition, through sponsorship we are often able to offer lunch at no extra personal costs at selected events.

### Other expenses

Accommodation, lunch and travel expenses for the individual participant will come in addition to the fee. Through our conference organiser we are able to offer special rates for accommodation/travel for participants of the MCT Masterclass.

### Language

The MCT Masterclass is an international training program so the official language for the teaching and supervision is English.

### Institutional collaboration

The training programs will be offered by the MCT-Institute in UK in collaboration with The Norwegian Association for Cognitive Therapy (NFKT) in a supporting role.

### How and when to apply

The Norwegian Association for Cognitive Therapy (NFKT) will be responsible for the selection of candidates and you should enclose your CV (max 3 pages) with description of your clinical experience and contact address. The application should be addressed to:  
Lene Finnerud  
NFKT, Modum Bad  
3370 Vikersund, Norway  
Applications should be received by December 20th 2009

### For more information about MCT Masterclass:

Dr Hans M Nordahl  
Phone +47 93422885  
E-mail: [hmor-n@online.no](mailto:hmor-n@online.no)  
[www.mct-institute.com](http://www.mct-institute.com)

# VIDEREGÅENDE SEMINAR I KOGNITIV TERAPI

KENYA 9 – 17 APRIL. 2010

**Hovedtema:** Change of longstanding distorted beliefs and dysfunctional behavioural strategies

**Seminarledere** er Ingvard Wilhelmsen og Håkon Stenmark  
**Hovedforeleser** Judith S. Beck

Norsk Forening for Kognitiv Terapi inviterer til nytt videregående seminar i kognitiv terapi. Seminaret er åpent for fagfolk som ønsker en fordypning i kognitiv terapi både i forhold til arbeid med barn, ungdom og voksne. De videregående seminarene ønsker særlig å gi et tilbud til fagfolk som er i ferd med, eller allerede har tatt, innføringsseminar i Norsk Forening for Kognitiv Terapi, men er også åpent for andre. Årets seminar holdes i Kenya.

Hovedforeleser er Judith S. Beck, og hun vil delta under hele seminaret. Dette vil gi en glimrende mulighet til å lære over mange dager fra en av verdens fremste eksperter på kognitiv terapi. Det vil være innlegg fra sentrale fagpersoner i det kognitive miljøet i Norge, samt innlegg fra fagfolk i Kenya. Årets hovedtema er knyttet til endring av leveregler og dysfunksjonelle atferdsstrategier, noe som er aktuelle problemstillinger for de fleste som arbeider med kognitiv terapi. Seminaret vil dels holdes på engelsk, dels på norsk, avhengig av hvem som er forelesere. I tillegg til fagseminaret vil det være muligheter til å oppleve Nairobi, safari i en av Kenyas fantastiske nasjonalparker samt bading i glassklart vann ved korallrev utenfor Mombasa.

For mer informasjon og påmelding se [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)

Husk å melde adresseendring til  
Norsk Forening for Kognitiv Terapi

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

