

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 3 • ÅRGANG 14 • OKTOBER 2013 –



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

Tidsskrift for Kognitiv Terapi 3/2013

Redaksjonelt	4
Kognitiv atferdsterapi i gruppe	6
Hvor ofte skal vi drive med terapi?	14
EABCT Marrakech 2013	18
Kognitive sidesprang	26
Småplukk	30
Lederen har ordet	32
Annonser	33

- **Redaksjon**
Redaktør Arne Repål
- **Redaksjonskomité**
Tonje W. Kennair
- **Bidrag for 2013 sendes**
Redaktør Arne Repål
Tlf. 91883339
E-post: repaal@online.no
- **Utgivningsplan**
Mars, juni, oktober, desember.
Manusstopp: februar, mai,
september, november.
- **NFKTS leder**
Torkil Berge
NFKT
Helgelandsmoen Næringspark,
bygg 32a, 3512 Hønefoss
Telefon: 90 54 37 54
E-post: post@kognitiv.no
Bankgiro nr. 1503 22 41635



FOTO: ARNE REPÅL



Hva er virksomt, for hvem og i hvilket omfang?

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Kognitive tilnærminger anvendes i dag på en rekke områder. I hvilken grad de ulike tilnærmingene er kunnskapsbaserte, varierer. Hvor mange terapitimer er nødvendig for å nå målet? Hvor hyppig bør timene følge hverandre? Skal tilbudet gis som individualterapi eller i gruppe? Når er veiledet selvhjelp veien til målet? Er terapiformen virksam på tvers av kulturer? Hva er forskjellen på lavterskeltilbud og lavintensitetstilbud? Er mer etterutdanning og veiledning realistisk, og i hvilken grad vet vi om det i seg selv har innvirkning på effekt? Hva med de som har tatt utdanningen – gjør de bruk av metodene? Mange spørsmål, og ikke alltid like entydige svar.

ULIKE KULTURER

I dette nummeret av tidsskriftet kan du lese om studier som har sett på hvor ofte man bør gi terapitimer. Du finner en artikkel om erfaringer med kognitivt basert gruppeterapi og en beretning om EABCT sin årlige

«Den krever tilpasset metodikk og materiale, tradisjonelt selvhjelpsmateriale kan ikke anvendes uten videre.»

europiske konferanse som dette året ble holdt i Marrakech. Den siste artikkelen aktualiserer i seg selv spørsmål om anvendelse av kognitiv terapi på tvers av ulike land og kulturer. På konferansen vitnet titler som "Understanding and Treating Health Anxiety.

Incorporating Cultural Diversity", "Delivering Culturally Sensitive CBT", "Guidelines for Training in Intercultural Psychotherapy", "Cultural Competency: The role of Self-practice/Self-reflection". "An African approach for Training, Supervising and Practising CBT" og "Culturally adapted Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis" om at mange var opptatt av temaet.

Redaksjonelt: Hva er virksomt, for hvem og i hvilket omfang?

LAVINTENSITETSTILBUD

Marie Chellingsworth fra University of Exeter i England holdt et interessant innlegg med tittelen "State of the Art. Low Intensity CBT. The IAPT Experience". Noe av budskapet hennes var at dette er en tilnærming som er under utvikling. Den krever tilpasset metodikk og materiale, tradisjonelt selvhjelpsmateriale kan ikke anvendes uten videre. Hun viste også til at erfaringene så langt var varierende med hensyn til effekt. I Norge er det på gang en pilot med lavterskeltilbud som bygger på en kognitiv tilnærming. Det skal bli spennende å se om dette i noen tilfeller kan være et alternativ til tradisjonell individuell kognitiv terapi.

ELEKTRONISKE PLATTFORMER

Bruk av Internett som plattform for å gi hjelp i forhold til psykiske lidelser er også et felt som er under utvikling. Her synes noen resultater så langt å vise at sanntidskontakt over nettet gir bedre effekt enn andre nettbaserte tilnærminger. Men dette er fortsatt et felt hvor vi trenger mer kunnskap. Fra Nederland hørte vi om bruk av mobiltelefonen som del av lavterskeltilbud. Den er lett tilgjengelig for alle aldersgrupper. Ulike applikasjoner for både Android og iPhoner er under utvikling. Den digitaliserte verden er kommet for å bli. Spørsmålet er ikke om, men når og for hvem nettbaserte verktøy kan være et alternativ eller et supplement til tradisjonell terapi ■



Kognitiv atferdsterapi i gruppe Erfaringer fra praksis

TORGUN HOLSBREKKEN KILDAL OG TOVE OLINE SANDE

Vi er to kollegaer ved Viken senter for psykiatri og sjelesorg som ønsker å dele erfaring fra praksis. Begge er psykiatriske sykepleiere med videreutdanning i kognitiv terapi. Sammen har vi drevet kognitiv gruppe i tre år. Viken senter er en nasjonal behandlingstilbud for psykiske lidelser innenfor spesialisthelsetjenesten, og tilbyr behandling til voksne over 18 år og til familier. For mer informasjon se www.vikensenter.no.

Kognitivt team er ett av fire team ved Viken senter og gir et behandlingstilbud til mennesker med affektiv lidelse, depresjon eller angst. Behandlingen foregår i lukkede grupper på åtte pasienter og strekker seg over ni uker. Dette blir fulgt opp med en tre ukers booster (oppfølgende behandling) etter et halvt års tid.

Behandlingsmålene er å gi økt innsikt, redusere symptomtrykk og å gi pasienten mestringsstrategier for å takle sin lidelse og mestre livets utfordringer.

Hovedbehandlingsmetoden er kognitiv atferdsterapi i grupper. I tillegg vektlegges fysisk aktivitet som en vesentlig del av behandlingen. Det legges vekt på psykoedukasjon, og vi bruker kreative uttrykk bygd på integrativ terapi. Kognitiv terapi, kropporientert terapi og kreativ terapi utfyller hverandre og gir pasientene ulike innfallsvinkler til å gripe fatt i sine egne

problemstillinger. Hver gruppesamling varer i to timer inkludert pause. Pasientgruppa har i løpet av en uke to kognitive gruppesamlinger, to kropporienterte samlinger, en kreativ gruppesamling og en undervisning. Pasientene har i tillegg ukentlige individualsamtaler. Når vi gir behandling i gruppe, betyr det at pasientene har samme opplegg i form av innhold, form og struktur i gruppesamlingene, men jobber likevel individuelt i sin

prosess. I gruppene deler pasientene erfaringer, tilegner seg teori og trener på å praktisere kognitive teknikker. Gruppa fungerer også som treningsarena for å teste ut ny atferd. Artikkelen videre innholder handler om hva vi anser som spesielt med å utøve kognitiv terapi i gruppe, hvilke utfordringer vi har erfart, og hva vi ser som gevinst.

«I gruppene deler pasientene erfaringer, tilegner seg teori og trener på å praktisere kognitive teknikker.»

GRUPPESAMMENSETNING

Pasientene er henvist fra primærlege til Viken senter via distriktpspsykiatriske sentre. Helsepersonal kan henvises direkte til Viken. Henvisningene blir vurdert av spesialistteam, og pasientene er så inne til en ukes kartlegging før de får plass i behandlingsgruppe. De fleste har en lang sykehistorie, og mange har gått i poliklinisk behandling i flere år. Ofte begrunnes henvisningen med at pasienten trenger et tilbud med høyere intensitet og fokus enn det poliklinisk behandling kan gi. Innleggelse gir mulighet for å legge til side hverdagslige krav og dermed kunne spisse fokus på egen prosess. Dette innebærer at de som kommer i gruppe hos oss, ofte har mye behandlingserfaring, men likevel sitter fast i låste mønstre.

«Vi ser også at pasientene har svært sammensatte sykdomsbilder.»

Vi ser også at pasientene har svært sammensatte sykdomsbilder. Det vanlige hos oss er et sykdomsbilde som viser flere typer angst kombinert med depresjon. Noen har personlighetsforstyrrelse, oftest av type engstelig, unnvikende. I tillegg er variasjonen i gruppa stor med hensyn til alder, behandlingserfaring, livserfaring og kultur. Det er med andre ord liten mulighet for å jobbe med ensartede grupper.

Vi har annenhver behandlingsperiode med depresjonsgruppe og angstgruppe. Dette blir en grovinndeling, og det viser seg hver gang at vi i begge grupper må forholde oss til både angst og depresjon. Det vi da opplever veldig positivt, er at vi kan bruke de samme kognitive verktøyene uansett angst eller depresjon, vi bare har litt ulikt fokus. Vi benytter den kognitive diamant, ABC-modell og ABCD-skjema (3–5 kolonneskjema) i begge grupper og legger til andre modeller etter behov. I den siste tiden har vi også i økende grad benyttet elementer fra metakognitiv terapi (MCT) (Wells 2011), da for det meste teori om kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS). Vi legger inn øvelser i oppmerksomt nærvær. Slike øvelser bruker vi både i kognitiv gruppesamling, kropporientert samling (i gymsal) og når vi er ute med gruppa på tur (friluftsopplevelser). Denne teorien og disse øvelsene kan brukes på tvers av diagnoser og er blant annet effektiv mot

grubling og bekymring, noe som er en uhensiktsmessig atferd hos både angstpregede og depressive pasienter. Dette virker også samlendende i gruppe med ulike diagnoser og hvor pasientene ikke så godt kjenner seg igjen i hverandres angstuttrykk eller depressive tenkning.

ANGSTGRUPPE

Som tidligere nevnt er gruppa sammensatt av pasienter med ulike typer angstlidelser. Det mest vanlige er panikklidelse, sosial fobi, agorafobi og generalisert angst (GAD). Vi har også hatt inne personer med spesifikke fobier, kompleks PTSD, og med tvangspreget-avhengig eller engstelig/unnvikende personlighetsforstyrrelse.

I første del av behandlingsoppholdet har vi fokus på det som er felles, allment og generelt om angst. Vi gir mye psykoedukasjon hvor deltakerne lærer om grunnleggende tenkning i kognitiv terapi og modeller for forståelse av angst. Vi har valgt å ta utgangspunkt i Clark/Wells panikk sirkel (Wells, 1997). Også pasienter med ulike fobier kan gjenkjenne symptomene ved panikkanfall selv om de ikke har diagnosen panikklidelse.

Boka «tenk hvis ... hva så?», (Aarøe & Øiesvold, 2006) bruker vi delvis som kursbok. Men siden den retter seg til personer med panikklidelse, dekker den ikke hele feltet vi jobber med.

Vi begynner tidlig å trene på registrering av situasjon, tanker, følelser og kroppsreaksjoner i ABCD-skjema (3–5 kolonneskjema). Siden angst i stor grad manifesterer seg i kroppsreaksjoner, har vi sterkt fokus på dette i starten. Pasientene utfordres til å våge å kjenne etter hva som skjer i kroppen, registrere kroppssymptomer og tåle dem. Vi gjør øvelser i gruppa i form av symptomeksponering, for eksempel hyperventilering i ett minutt. Når vi har fysisk aktivitet og turdager, driver vi bevisstgjøring og trening på å utsette seg for kroppssymptomer, som å våge å få høy puls ved å gå raskt opp en bakke, våge å kjenne hjertebank, våge å bli svett, puste fort og mye, osv. Gjennom hele behandlingsperioden jobber vi i gruppa med ABCD-skjema på tavla, hvor deltakerne får sette inn sine egne eksempler, får hjelp til å identifisere feiltolkninger og får hjelp til å revurdere oppfatninger og finne alternative tolkninger. I første del av behandlingen legger vi vekt på psykoedukasjon, innlæring av teorier og modeller. I siste del er fokus mest på

å gjøre atferdseksperiment, eksponere seg for angstfylte situasjoner, øve og trene.

Siden pasienter i samme gruppe har ulike angstdiagnoser, utvider vi i løpet av behandlingsoppholdet det teoretiske grunnlaget i psykoedukasjon til å omfatte flere forklaringsmodeller innenfor kognitiv terapi. Vi vurderer behovet i gruppa og tilpasser undervisningen deretter. Dersom flere i gruppa har sosial angst, så velger vi å legge inn undervisning om dette, og vi bruker da Wells model for forståelse av sosiale fobier (Wells, 1997). Vi opplever også at mange i angstgruppe sliter med depresjon i tillegg til angst, og vi kan da trekke inn Becks modell for forståelse av depresjon (Beck J.S, 2006).

Trening/eksponering foregår både i gruppa, i institusjonens fellesområder (for eksempel matsalen) og utenfor institusjon slik som å gå i butikk, ta buss o.l. Pasienten får hjelp til å sette opp atferdseksperiment ut fra den enkeltes angstproblematikk og legger fram sitt eksperiment i gruppa. De som har sosial angst, får bruke gruppa som treningsarena for å eksponere seg, eksempel ved å stå opp og lese et dikt. Vi bruker også imaginær eksponering. Vi har laget en øvelse som vi gjennomfører sittende i grupperommet, og hvor vi starter med «kroppsskanning», fokus på hver enkelt kroppsdel fra føttene og oppover. Deretter er oppgaven å finne en god plass i kroppen, for å bruke dette som ressurs å gå tilbake til etter eksponering. Instruksjonen går så videre ut på å tenke seg inn i en angstfylt situasjon og registrere hva som skjer i kropp og følelser. Deretter går vi tilbake til den gode plassen og avslutter øvelsen der.

«I første del av behandlingen legger vi vekt på psykoedukasjon.»

Vi underviser også i angstgruppe om tre nivåer av kognisjon, dvs. primære leveregler, sekundære leveregler og negative automatiske tanker (NAT), og ser litt på hva som kan ligge til grunn for det å utvikle en angstlidelse. I angstgruppe legger vi ikke så stor vekt på det å finne årsak til lidelsen, men fokuserer i større grad på hva som opprettholder og forsterker lidelsen i dag. Dette omfatter bevisstgjøring omkring opprettholdende faktorer som unngåelse, sikkerhetsatferd / trygghetssøkende strategier og fluktatferd.

Vi jobber aktivt med dette i atferdseksperiment, for eksempel det å redusere sikkerhetsatferd (Aarøe & Øiesvold, 2006).

I siste del av oppholdet trekker vi mere inn elementer fra metakognitiv terapi (Wells, 2011), og setter fokus på tankeprosesser, KOS. Vi opplever at dette fungerer godt på tvers av diagnoser, og det virker samlende i gruppa ettersom deltakerne nå jobber med hver sine utfordringer. Vi bruker enkle mindfulness-øvelser som fokus på pust, og vi underviser om teknikker for å begrense grubling og bekymring. Spesielt i forhold til GAD ser vi det

hensiktsmessig å trekke inn elementer fra MCT.

«Vi opplever det som utfordrende å behandle ulike typer angst i samme gruppe.»

Vi opplever det som utfordrende å behandle ulike typer angst i samme gruppe. Vår erfaring er likevel at vi innenfor kognitiv terapi finner et rikt

utvalg av modeller og teknikker vi kan ta i bruk for å møte pasientenes behov, og det gjør jobben inspirerende og spennende.

DEPRESJONGRUPPE

Depresjonsgruppe er mer ensartet enn angstgruppe, men med varierende grad av depresjonsnivå, og ofte med komorbide lidelser, spesielt angst. Behandlingstilnærmingen er kognitiv atferdsterapi for depresjon. Pasientene har tretten kognitive gruppesamlinger i løpet av behandlingen og fire kognitive gruppesamlinger i booster.

I første del av behandlingsoppholdet har vi fokus på det som er felles, allment og generelt om depresjon. Vi har mye psykoedukasjon, lærer inn grunnleggende tenkning i kognitiv terapi og modeller for forståelse av depresjon.

Vi starter den første uka med kort innføring i kognitiv terapi. Her presenteres pasientene for den kognitive diamant (Berge & Repål, 2010) og for boken «Overvinn din depresjon» (Aarøe, 2005). Pasientene jobber med denne boken under hele behandlingsforløpet. Vår erfaring med å anvende den i behandlingen er at den fungerer som en kursbok, og ved at pasientene leser og gjør oppgaver mellom gruppemøtene, tilegner de seg teori og teknikker raskere. Boken blir også et hjelpemiddel i tiden etter behandlingen hvor pasienten kan repetere teorien, verktøyene og egne notater.

Vi har fast struktur på gruppesamlingene hvor dagens agenda deles ut og det følger et fast mønster med undervisning om teori og modeller i første økt og praktisk trening i andre økt. Vi jobber da på tavla med pasientenes egne registreringer i skjema.

Helt fra første kognitive gruppe trener pasientene på å bli seg bevisst sitt tankemønster, gjenkjenne og registrere negative automatiske tanker (NAT), følelser, kroppsreaksjoner og atferd. De lærer Becks kognitive depresjonsmodell (Beck J.S, 2006), og de øver på å bruke verktøyer som ABCD-skjema (3–5 kolonneskjema) og skjema for atferdseksperiment. Pasientene legger frem sine registreringer både i ABCD-skjema og etter hvert atferdseksperiment på tavla.

Vår erfaring er at pasientene har stor gevinst gjennom deltakelse i gruppe. Det vi opplever som positivt med å gi kognitiv terapi i gruppe, er at pasientene kan kjenne seg igjen i medpasientenes registreringer, lære av hverandres erfaringer og hjelpe hverandre til å se alternative tolkninger i situasjoner. Fellesskapsopplevelse kan også gi styrke til den enkelte pasient til for eksempel å tørre å utfordre seg selv og gjøre aktiviteter som gir energi og glede. I gruppa kan de også teste ut sine antakelser og støtte og hjelpe hverandre.

Det er utfordrende å gi individuelt tilpasset behandling i gruppe med åtte deltakere. På grunn av ulikt depresjonsnivå og grader av konsentrasjonsvansker klarer pasientene i ulik grad å ta til seg teori og anvende den. Vi forsøker å tilpasse psykoedukasjon ut fra gruppens behov.

REFERANSER

■ Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi. Teori, øvelse og refleksjon*. København: Akademiske forlag.

■ Berge T. & Repål A. (red.) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Berge T. & Repål A. (red.) (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Wells, Adrian (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders; a practical manual and conceptual guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

■ Wells, Adrian (2011). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Aarøe, R. (2005). *Overvinn din depresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Aarøe, R. & Øiesvold M. (2006). *Tenk hvis ... hva så?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

På samme måte som i angstgruppe har vi med momenter fra MCT, kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS) som for eksempel grubling og bekymring. Pasientene trener mye på å rette oppmerksomheten mot her og nå istedenfor på fortid og fremtid og anvender øvelser innenfor mindfulness. Disse øvelsene overføres også til den kropporienterte delen av gruppebehandlingen, hvor de trener på å legge merke til opplevelsene de får når de er fysisk aktive og erfarer at aktivitet påvirker tankemønsteret. En gevinst ved gruppebehandling er at pasientene motiverer hverandre til å komme i aktivitet, og det forsterker behandlingsprosessen.

I starten av behandlingsforløpet fokuserer vi mest på opprettholdende faktorer ved depresjon og hvordan vi kan endre disse. Underveis i behandlingen jobber vi med bevisstgjøring og endring av grunnleggende leveregler (kjernetro) og sekundære leveregler. Dette skjer på bakgrunn av at pasientene har behov for å forstå hvor deres NAT kommer fra, samt søken etter å se sammenheng og forstå faktorer som har bidratt til psykisk lidelse. Når de blir bevisst på sine leveregler, kan vi også jobbe med å endre uhensiktsmessige leveregler.

Vi har møtt utfordringer og har noen etiske betraktninger om å bruke muldvarpteknikk og identifisere leveregler i gruppe. Ved bruk av muldvarpteknikken kan vi komme i skade for å avkle pasientene mere enn de egentlig ønsker eller er forberedt på. Det kan være tøft å plutselig bli klar over sine grunnleggende leveregler (kjernetro). Når dette skjer i en gruppe, kan det oppleves krenkende. Vi ser det derfor som en etisk avveining hvor mye vi kan bruke muldvarpteknikken for å avdekke leveregler når vi jobber i gruppe. Dette er noe vi har drøftet i teamet, og vi har valgt å gå varlig fram. Det blir en balanse mellom ønsket om å hjelpe pasienten til dypere innsikt og hensynet til hva den enkelte kan tåle uten å føle seg krenket. Her kan pasientene som et alternativ jobbe videre med sine leveregler i individualsamtalene.

Vi oppfordrer pasienten til å kjenne etter om de er klare for og ønsker å jobbe med sine leveregler. Vår erfaring er at pasientene trenger tid til å jobbe med dette, og at vi jobber videre med leveregler når de kommer tilbake til boosteroppholdet.

OPPSUMMERING

Vi har gitt en beskrivelse av hvordan vi jobber med kognitiv terapi i grupper og hvilke erfaringer vi har gjort. De utfordringer vi møter, handler mye om at pasientene har ulike diagnoser og problemstillinger og at det derfor kan bli vanskelig å møte den enkeltes behov gjennom terapi i gruppe. Samtidig ser vi at vi kan trekke inn teori og modeller som er aktuelle, og på den måten klare å tilpasse terapien. Utfordringen ligger i hvor mye vi kan tilpasse uten at det går på bekostning av gruppa som terapeutisk miljø, fellesskap og gjenkjennelse. På den annen side kjenner vi det som en utfordring å balansere hvor mye vi kan «avkle» pasienten i gruppa, for eksempel ved bruk av muldvarpteknikk for å finne kjernetro (grunnleggende leveregler). Vi velger å trå varsomt her.

Vi ser også mange fordeler ved å drive terapi i gruppe. Det skaper gjenkjennelse og normalisering («det fins også andre som har det slik som jeg»). Det oppstår et fellesskap i gruppa hvor deltakerne kan våge å sette ord på vanskelige følelser og vise følelser, og de kan teste ut ny atferd. Pasientene gir hverandre innspill og tilbakemeldinger som virker med større kraft enn om vi terapeuter skulle si det samme. De oppmuntrer og motiverer hverandre til innsats og gir hverandre omsorg.

Det kan av og til oppstå negative prosesser i en gruppe, ja noen ganger til og med destruktive prosesser. Det vil her føre for langt å gå inn på gruppeprosesser og tiltak i forhold til dette, da det er et stort tema. Men det vi ser, er at når gruppa fungerer godt, så bidrar det til å forsterke den terapeutiske effekten av psykoedukasjon og praktiske øvelser.

«En gevinst ved gruppebehandling er at pasientene motiverer hverandre til å komme i aktivitet.»



Hvor ofte skal vi drive med terapi?

JONAS S. R. LEVERSEN

I de siste årene har forskning på ulike terapiformer eksplodert. Få studier har imidlertid undersøkt *rammene* for terapi, altså hvor lenge, hvor mye og hvor ofte vi skal drive med psykoterapi. Dette er temaet for en metaanalyse av Pim Cuijpers og medarbeidere, publisert i *Journal of Affective Disorders* i juli 2013.

TIDLIGERE STUDIER

De fleste tidlige studier har undersøkt sammenhengen mellom antall konsultasjoner og behandlingseffekt, og konkludert med at flere konsultasjoner leder til bedre behandlingsutfall (Howard et al., 1986; Kopta et al., 1991). Utfordringen til disse studiene er imidlertid at de mangler kontrollgruppe, og at utvalgene ikke er kontrollert. I en metastudie fra 2010 fant Cuijpers et al. at flere konsultasjoner leder til økt bedring for kronisk deprimerte pasienter. Andre studier har funnet at det ikke er noen forskjell mellom lange og korte terapiforløp når det kommer til bedring (Dekker et al., 2005; Molenaar et al., 2011). Stultz et al. (2013) har sågar funnet at lengre behandlingsforløp er forbundet med mindre endring. Fra studier på hyppighet av terapi og behandlingsutfall finnes det også fra før indikasjoner på at at hyppigere konsultasjoner leder til bedre behandlingsutfall (Herbert et al., 2004). Det er imidlertid vanskelig å finne studier som direkte eksperimenterer med rammene for terapi. Gitt den store økningen i terapistudier er det likevel mulig å bruke metastudier for å undersøke sammenhengen mellom rammene for behandling og behandlingsutfall. Det er dette Cuijpers et al., 2013 har gjort.

UTVALG OG OPERASJONALISERING

Cuijpers et al. sin metastudie omfatter kun studier av individualbehandling av depresjon for voksne, hvor de bare inkluderer RCT-studier, altså undersøkelser der utvalgene er randomisert, og hvor effekten av behandlingen er sammenlignet med kontrollgrupper. Utgangspunktet er et utvalg på 1344 studier. Av disse velges 70 studier med 5403 deltakere, der om lag halvparten er i terapigrupper og halvparten i kontrollgrupper. Størsteparten av studiene omfatter kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode, men også interpersonlig terapi og psykodynamisk terapi er representert i det endelige utvalget. Komorbide tilstander er ikke ekskludert, og pasientene er

diagnostisert med hjelp av klinisk intervju eller via alvorlighetsgrad som er målt via skalaene BDI-II eller HAM-D.

For å undersøke sammenhengen mellom rammene for behandling og behandlingsutfall brukes fire variabler: Antall konsultasjoner, varigheten av terapi, total behandlingstid og hyppighet av behandling. Effekten av behandlingen beregnes ved hjelp av effektstørrelser i form av *hedges g*. Ifølge Cohen (1988) regnes effektstørrelser som små rundt 0,2, moderate rundt 0,5 og store rundt 0,8.

GJENNOMFØRING OG RESULTATER

Først gjennomføres bivariate analyser. Resultatene viser at antall konsultasjoner påvirker effekten ubetydelig (0,01). Dette innebærer at en økning med ti konsultasjoner gir en økning av effektstørrelsen på 0,1. Varighet av behandling har en negativ innvirkning på effektstørrelsen (-0,13), noe som innebærer at jo lenger man driver med terapi, desto mindre blir bedringen. Total kontakttid påvirker effekten ubetydelig (0,013).

Hyppighet av behandling påvirker derimot effektstørrelsen med 0,45, en moderat effektstørrelse. Dette innebærer at en økning fra én gang i uken til to ganger i uken leder til stor bedring. Ettersom majoriteten av de inkluderte studiene var studier der pasientene fikk behandling én gang i uken, ble disse tatt ut i en kontrollanalyse. Det påvirket ikke resultatet (0,44). Resultatet ble heller ikke påvirket av at man ekskluderte de studiene hvor pasientene fikk terapi oftere eller sjeldnere enn én gang i uken.

Sammenhengen mellom rammene for behandling og bedring analyseres videre ved hjelp av multiplere regresjonsanalyse. I den multiple regresjonsanalysen brukes variablene som prediktorer for effektstørrelsen. Grunnet lave korrelasjoner mellom antall konsultasjoner og frekvens blir disse benyttet som prediktorer for effektstørrelsen i analysen. For å kontrollere for tredjevariabler settes også andre aspekter ved studiene som prediktorer, slik som hvordan pasientene ble rekruttert, om det ble brukt diagnostisk intervju eller ikke, om det er studier av kognitiv atferdsterapi eller ikke, hvilken type kontrollgruppe som ble benyttet, samt studienes kvalitet og

REFERANSER

■ Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, vol. 2, s. 567.

■ Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D. D., Koole, S. L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1–3.

■ Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1).

■ Dekker, J., Molenaar, P. J., Kool, S., Van Aalst, G., Peen, J. & de Jonghe, F. (2005). Dose-effect relations in time-limited combined psycho-pharmacological treatment for depression. *Psychological Medicine*, 35, 47–58.

■ Herbert, J. D., Rheingold, A. A., Gaudiano, B. A. & Myers, V. H. (2004). Standard versus extended cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder: A randomized-controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(2).

■ Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. & Orlinsky, D. E. (1986.). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159–164

pasientenes initielle symptomtrykk. Resultatet fra regresjonsanalysen viser at antall konsultasjoner ikke har en statistisk signifikant sammenheng med effektstørrelsen, mens hyppighet av behandling har en effektstørrelse på 0,43. Videre påvirker ikke behandlingsmetode eller initielt symptomtrykk effekten av behandlingen.

KONKLUSJON: OFTERE ER BEDRE

Først og fremst viser Cuijpers et al. at psykoterapi *virker* mot depresjon. Videre fremkommer det klart og tydelig at det er *konsultasjonshyppighet* som påvirker behandlingstutfallet mest. En økning fra én time i uken til to timer i uken øker effektstørrelsen med 0,45, hvilket er en moderat effekt. Dette gjelder uavhengig av depresjonsdybde i starten av behandlingen, samt behandlingsmetode. Antall konsultasjoner påvirker ikke behandlingstutfallet i særlig grad, en økning med ti konsultasjoner gir en økning av effektstørrelsen med 0,1. Dessuten synes det som at effekten av behandlingen er avtakende jo lenger behandlingen pågår, noe som underbygger resultatene fra Stultz et al. (2013). Flere timer over lengre tid leder altså *ikke* til økt bedring for pasientene, og dette gjelder uansett hvor deprimerte deltakerne var i starten av behandlingen, eller hvilken behandlingsmetode som ble benyttet.

Forfatterne foreslår selv to forklaringer på hvorfor hyppighet ser ut til å ha så stor betydning for bedring. Den ene har med læring å gjøre. Studier indikerer at nevroner som behøves for læring, trenger å bli aktivert på nytt innen fem dager. Når behandlingen økes fra én til to ganger i uken, blir disse nevronene aktivert. En annen forklaring som fremholdes av forfatterne, er at den terapeutiske alliansen kan utvikle seg raskere dersom man har hyppigere kontakt.

Det er også plausibelt å anta at hyppig kontakt virker positivt inn på hukommelsen. Det har tidligere blitt vist at deprimerte mennesker ofte har hukommelses- og oppmerksomhetsvansker. Hyppigere kontakt kan føre til at de husker mer av timene og dermed får mer ut av terapien. En annen mulig eller medvirkende forklaring er selve aktiviteten som kreves for å komme til terapi; aktivitet er som kjent i seg selv gunstig mot depresjon.

PROBLEMATISERING OG IMPLIKASJONER

Metastudien tar kun for seg studier på *depresjon*. Det er altså ikke slik at høy hyppighet av behandling nødvendigvis har den samme effekten for andre psykiske lidelser. Samtidig er studier med komorbide tilstander inkludert i metastudien, og dette påvirker ikke hvor viktig hyppighet er for bedringen. Dette kan tolkes dithen at en pasient med depressive symptomer alltid har godt av hyppigere terapi, uavhengig av om pasienten har symptomer som er forenlige med andre diagnoser. Det er også mulig at det finnes undergrupper som profiterer på lengre behandling. For eksempel fant en annen studie av Cuijpers et al. (2010b) at kronisk deprimerte mennesker profiterte godt på flere konsultasjoner.

Videre bør det påpekes at dette en korrelasjonsstudie, noe som innebærer at man ikke kan si noe om årsak og virkning. Effektstørrelser på 0,45 er imidlertid sjeldent å se i terapiforskning, og er en kraftig indikator på at hyppighet er en av de viktigste faktorene for bedring av depresjon. Cuijpers og hans medforfattere anbefaler at man gjennomfører forskning som kan klargjøre forholdet mellom årsak og virkning.

I første omgang er Cuijpers metastudie et argument for at vi som behandlere bør etterstrebe økt hyppighet i behandling av deprimerte pasienter. Muligheten for å gjøre dette avhenger selvfølgelig av organisatoriske forhold, men med en effektstørrelse på 0,45 bør muligheten absolutt diskuteres, i hvert fall slik at noen av pasientene mottar et slikt tilbud. Ifølge studien er det faktisk nesten fem ganger så effektivt å drive terapi to ganger i uken som å gi pasientene ti ekstra timer med terapi! Videre må man i lys av både denne studien og forfatternes anbefalinger fastslå at det er behov for oppfølgende forskning som direkte sammenligner rammene for terapi, gjerne lokalt på det enkelte DPS eller den enkelte behandlingstjenestestasjon ■

■ Kopta, S. M., Howard, K. I., Lowry, J. L. & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009–1016.

■ Molenaar, P. J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R. A., Van, R. & Dekker, J. J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *The British Journal of Clinical Psychology*, 50(3).

■ Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S. M., Minami, T. & Saunders, S. M. (2013). Dose-effect relationship in routine outpatient psychotherapy: Does treatment duration matter? *Journal of Consulting Psychology*, Advance online publication 1 July.



EABCT Marrakech 2013 Beretning om en reise

ARNE REPÅL

På takterrassen til et av de mange spisestedene som omkranser markedsplassen Jemaa el Fna i Marrakech, hørte jeg for første gang bønneropene, dette uryddige koret av herjede, raspende mannsstemmer som fem ganger om dagen insisterer på Allahs tilstedeværelse – noen nær, andre som et ekko langt borte fra. De kom fra alle retninger – jeg satt midt iblant dem. Jeg trengte ikke forstå hva de sa for å fornemme at de hadde et budskap å formidle fra lengst svunne tider – at de var budbringere som insisterer på det bestandige midt i det forgjengelige; et bilde som ble forsterket fra takterrassen hvor vi kunne se hundrevis av parabolantennor, usynlige fra gateplanet, strekke seg som kremhvite stilkløse blomster opp fra de flate takene som omkranset oss. De vitnet om en ny tid der de skuet skrått opp mot himmelen på jakt etter digitale spor fra satellittene som kretser jorden så høyt oppe at selv ikke bønneroperne, eller muezzinene, som de heter, kan nå dem. Parabolene var der ikke da forfatteren og nobelprisvinneren Elias Canetti skrev om byen i boken «Stemmene fra Marrakesh» på slutten av 1960-tallet. De er sikkert borte igjen i en ikke fjern fremtid, mens bønneroperne kommer til å spre sitt budskap ut over byen da som nå.

Det var lørdag 21. september 2013, solen stod høyt på himmelen, og den årlige konferansen for den europeiske kognitiv terapiforeningen (EABCT) nærmet seg. Den var lagt til et stort kongresshotell utenfor byen, men flere av deltakerne hadde valgt å bo i riader, tradisjonelle marokkanske hus med et

Det er lett å gå seg vill i gamlebyen, som ellers i livet.

indre gårdsrum, i gamlebyen. Bønneropene som runget utover Jemaa el Fna, nådde meg ikke med sitt budskap, men de fylte meg med forventning. Jeg kikket på klokken og konstaterte at tiden ikke stod stille.

Det bare virket slik. Viseren på min Tissot

Powermatic 80 har bare seks bevegelser i sekundet. Det vanlige for slike klokker er ti. Bønneroperne nøyer seg med å spre sitt budskap fem ganger i døgnet. Kognitiv terapi har sine røtter i vestlig kultur. Den har stjålet litt fra zen-buddismen. Nå har den søkt seg til den muslimske del av verden. Tidene skifter selv om den brennende solen er den samme.

Elias Canetti skriver vakkert om soukerne, denne labyrinten av smale smau hvor det mest av det som er laget for hånd kan kjøpes, hvor det prutes og hvor lærvarer, smykker, trearbeid, kurver, garn, tørklær, tepper og alt det andre har sine egne områder. Det spesielle, skriver Canetti, er at man kan se hvordan produktene blir til. Det er ikke bare den ferdige varen som er utstilt. Dét er litt i samsvar med kognitiv atferdsterapi – gjennomskinneligheten, det åpne. Vi har alle en historie å fortelle. Jemaa el Fna er også fortellernes og skrivernes marked. For den som kan språket, er det tilbud både til dem som ønsker å få skrevet ned sin historie og til dem som vil lytte. Begge deler koster noen dirham. Det er sikker verdt pengene. Som den gode endringsfokuserte samtalen. Eksponeringsterapi får du på kjøpet, enten det dreier seg om slangefobi, agorafobi, klaustrofobi, frykten for å gå seg bort eller kunsten å være selvhverdende på en respektfull måte. Det er lett å gå seg vill i gamlebyen, som ellers i livet. Noen ganger blir man trett av folk som vil vise vei.

PALAIS DES CONGRÈS DE LA PALMERAIE

Kongressen fant sted på Palais des Congrès de la Palmeraie, ca. ti kilometer fra sentrum av Marrakech. Etter noen døgn i gamlebyen var det som å stige inn i en annen verden. Renere og mer storslått med sine palasslignende bygninger, marmorbelagte gulv og velholdte haver, men lenger borte fra folk flest enn de ti kilometerne fra sentrum skulle tilsi. Jeg merker at jeg ikke helt hører hjemme her. Hadde det ikke vært for konferansen ville jeg ikke søkt meg hit. Jeg fanger ikke tiden her, fornemmer ikke historien og spor av levd liv. Alt poleres bort før det får tid til å sette seg. Unge kvinner kledd i brunlig tunika og lyse bukser går rolig rundt og plukker usynlig søppel som de legger i flettede kurver. Selv er de synlige, men kroppene kaster ikke skygge, og jeg hører ikke lyden av skritt.

PRE-CONGRESS WORKSHOPS

Registreringen gikk greit. Utstyrt med navneskilt, et nett påtrykt et gult hus og en palme samt teksten «Marrakech 2013», program for dagene og et deltakerbevis hvor jeg selv skulle fylle inn navnet mitt, kunne jeg mengde med de andre innrullerte kognitive terapeutene som hadde møtt frem til Pre-Congress Workshops onsdagen. "Under the High Patronage of His Majesty

the King Mohammed VI" stod det på programmet. Etter litt leting fant jeg salen hvor Judith Beck holdt til. Der var det fullt, men etter å ha vist en herre som holdt til ved døren at jeg stod på listen over deltakere, ble jeg tildelt en stol og satte meg til rette bakerst i salen. Det var rundt 70 deltakere, de fleste plassert ved runde bord. Etter hvert som flere ankom, ble vi også en liten gruppe bakerst ved veggene. Judith Beck var kledd i sort jakke, veggene var gule og gulvet rødt med enkelt mønster. Det var ingen vinduer, og temperaturen rundt 30 grader. Det føltes som den var på veg opp. Etter en og en halv time med gjennomgang av grunnprinsippene i kognitiv terapi for behandling av depresjon var det pause.

Ute i foajeen som kretset ariet, var det høyt under taket og luften sval. Her var det bokstand. Ut fra andelen bøker illustrert med stille vann, dype fjorder, rødmende solnedganger og flytende vannliljer trengte man ikke være engelskspråklig for å skjønne at dette handlet om oppmerksomt nærvær. Det var nesten som jeg tok meg selv i å lengte etter skipskatastrofer og åndelig død, eller i alle fall en aldri så liten sprekk i idyllen. Det nærmeste jeg kom, var at jeg holdt på å snuble i et av de mange tykke orientalske gulvteppene som dekket marmorgulvet. I etasjen over ble der servert juice og kaffe. Her var det også flere kjente ansikter å se. Det var mange fra det norske miljøet som hadde tatt turen til den nordligste delen av Afrika.

Det var i alt 11 workshops denne onsdagen. Temaene spente fra psykosebehandling til det å hjelpe folk til å velge å ville forandre seg. De fleste foreleserne var kjente navn, men det var også noen nye. Selv likte jeg tittelen på workshopen til for meg ukjente Jean Cottraux. Han var fra Lyon, og den franske tittelen lød "Thérapie Cognitive des Troubles de la Personnalité". Personlighetstrøbbel er et folkelig ord. Av mer kjente bidragsytere denne dagen kan nevnes Paul Gilbert, Paul Salkovskis og Ron Rapee.

Lunsjen ble servert på selve hotellet. For å komme dit måtte vi gå langs en søylegang. Litt kø må man regne med på slike samlinger, men alt i alt gikk det greit denne første dagen. Den korte tiden i kø var ellers interessant nok der samtaler summet på fransk, engelsk, spansk, italiensk og nederlandsk, for å nevne de språkene jeg gjenkjente. Her kunne man snappe opp små traumatiske episoder som mistede boardingkort, forsvunnet bagasje og fly som var forsinket. Noen intriger var tydeligvis også under oppseiling. Lunsjen var det ingen ting å utsette på. I taket over deler av spisesalen var det speil. Praktisk for de som ofte speider oppover eller vil fremstå som reflekterte. Her dukket det opp enda flere kjente fra det norske miljøet.



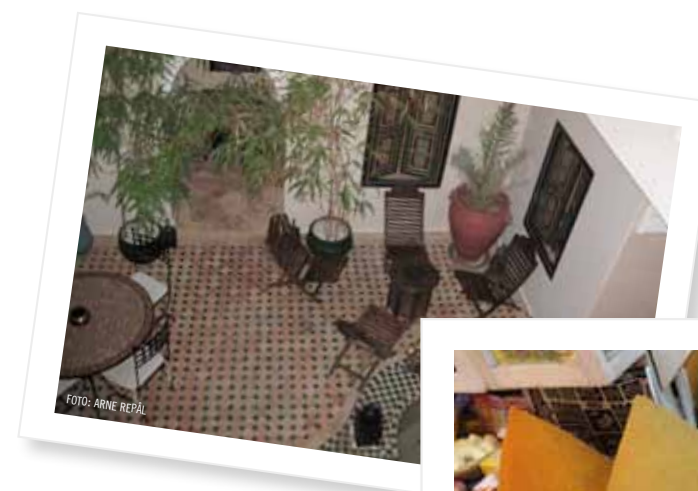
Shirley Stormyren savnet bagasjen sin ved ankomst. Her etter innkjøp av lokal klesdrakt i soukene i gamlebyen.

Slik sett begynte det å ligne på en aldri så liten familiesammenkomst. Etter workshop var det litt tid frem til den offisielle åpningen. Siden jeg ikke bodde på hotellet, brukte jeg tiden til å skrive, akkompagnert av lyden fra springvannet i atriet og småfuglene som hadde funnet seg til rette i all denne kjølige elegansen. Ute var det ellers varmt nok, og lite som minnet om høst. Lyset fra solen høyt der oppe hadde funnet vegen helt ned til bunnen av atriet. Selv satt jeg i skyggen.

DEN OFFISIELLE KONFERANSEN

På kvelden var det offisiell åpning med drinker og kanapeer. Her var deltagerne samlet til lyden fra tre konkurrerende musikalske grupper og et musikkanlegg. Noen form for dypere samtale var det således ikke lagt til rette for, men jeg satte pris på at deler av musikken var dempet under velkomsttalen. At hele området stod under en meter vann bare en uke før åpningen, var det ingen spor av. Tanken bak EABCT sin beslutning om å legge arrangementet til et muslimsk land i disse tider er bare å bifalle. Vi trenger brobygging. Det var deltagere fra 60 ulike land, noe som ifølge arrangørene er mer enn ved siste verdenskongress. De neste dagene gikk det slag i slag med plenumsseminarer, workshops og symposier. Området var forvandlet til en markeds plass for kognitiv atferdsterapi fylt av fortellere fra hele Europa som tilbød det meste. Terapi for søvnløshet, angst, depresjon, psykoser, tvangslidelser, bekymring, rusmisbruk og stress. Terapi for voksne, eldre, ungdom og barn. Terapi tilpasset folk fra alle kulturer. Finslipte verbale teknikker, avspenningsøvelser og atferdsekspirer. Terapi på Internett, lavintense tilbud og selvhjelp. Rundt omkring satt lytterne. Som fortellerne var de kommet langveisfra i jakten på å perfektionere den endringsfokuserede samtalen. Fra Norge bidro Åshild Håland, Shirley Stormyr, Solfrid Raknes, Tine Nordgreen, Bernhard Weidle, Kitty Dahl og Jan Rossberg på symposier og "Special interest groups". Selv fulgte jeg med interesse gruppen "Evidence and Practice in Low Intensity CBT". Her fikk vi eksempler på hvordan kunnskapsbasert kognitiv tilnærming kan anvendes på måter som når ut til flere enn den tradisjonelle samtaleterapien.

Fredagskvelden var deltakerne lovet en "once in the life-time experience" med tradisjonsrik mat, fakler, tepper, magedansere, kameler og mer til. Jeg deltok ikke på "The Grand Finale", som arrangementet ble kalt, men de jeg snakket med som hadde vært der, kunne fortelle at det hadde vært en stor opplevelse. Festen fant sted ute i ørkenen, et lite stykke unna konferanshotellet.



Riad.



Krydder.

MELLOM HAV OG FJELL

For de som hadde lagt inn en helg i forkant av oppholdet eller, som andre, valgt å bli igjen i høstferien, var mulighetene for utflukter mange. Atlasfjellene ligger ikke langt fra Marrakech; det gjør heller ikke havnebyen Essaouira, som ligger der portugiserne bygget et fort tidlig på 1600-tallet. Der kan man kaste seg i havet og svale kroppen når den blir varm og svett av å vandre omkring i de trange gatene bak festningsmuren. I dag vitner byen om at all storhet har sin tid. Men også i forfallet finnes fragmenter av det vakre. Når du leter, og til slutt finner dem, skinner de dobbelt så vakkert. Noen stille formiddagstimer i Marrakech ble det tid til et besøk i en hammam, det tradisjonelle marokkanske dampbadet, hvor man vandrer fra rom til rom med ulike temperaturer, blir grundig skrubbet med grove flanellskluter, dusjet, iført olje og massert fra fotsåler til hodebunn. Det hele skjer i vakre omgivelser, hvor det enkle og rene fremhever det rituelle i renselsesprosessen. Kyndige hender finner frem til støle muskler. Det er ikke bare ord som lindrer. På vegen hjem fløy vi over Casablanca. Men det er en helt annen historie ■



FOTO: ISHLO HALAND

Marrakech.



Om evnen til å romme det negative

KOGNITIVE SIDESPRANG

ARNE REPÅL

Den som fortvilet prøver å glemme, ender ofte opp med å huske. Den som ligger urolig i sengen med tanker om at nå *må* jeg sovne, gjør det sjelden. Og den som leter etter meningen med livet, opplever det ofte som meningsløst. Å prøve for hardt fører ofte galt av sted. Vi har det ofte best når vi går slik opp i en aktivitet at vi glemmer oss selv, tid og sted; når vi ikke analyserer, betrakter, reflekterer – når vi bare er.

Det er urealistisk å være i slike «glem deg selv»-tilstander det meste av tiden. Hendelser og følelser trenger seg på. Den indre samtalen knytter sammen fortid og fremtid og kan tidvis gjør nåtid til et ubehagelig sted å være. Bekymringer, negative opplevelser og usikkerhet er en del av våre livsvilkår. I 1817, knapt 22 år gammel, skrev den engelske poeten John Keats følgende i et brev til en venn:

”...several things dove-tailed in my mind, and at once it struck me what quality went to form a Man of Achievement, especially in Literature, and which Shakespeare possessed so enormously: I mean negative Capability, that is when a man is capable of being in uncertainties, mysteries, doubts, without any irritable reaching after fact and reason...”

Han rører ved noe fundamentalt. Å tro at vi kan unngå det negative og usikre er urealistisk. Vi kan prøve å redusere ubehaget i tilværelsen, men det vil alltid være der. En bedre tilnærming er å se på hvordan vi kan styrke vår evne til å romme det negative, uten alltid å måtte gjøre noe med det. Det Keats beskriver, er evnen til å distansere seg fra egne tanker, evnen til å betrakte dem uten nødvendigvis å måtte gjøre noe med dem. Grad av opplevd tilfredshet handler mye om å tolerere negative tanker, ikke panisk prøve å bli kvitt dem. Det er et tema som ofte dukker opp i terapitimen.

John Keats' betraktninger er helt i tråd med en stoisk holdning og kan også knyttes til oppmerksomt nærvær og metakognitiv terapi. Poesi er ofte refleksjoner rundt egne tanker og følelser. Vår moderne språkbruk har en tendens til å skygge for at lite egentlig er nytt. De fleste tanker omkring egen eksistens og kognisjon er resirkulerte. Det er sjelden selvhjelpsbøker inneholder noe revolusjonerende nytt.

EN SINNETS GRØFTEGRAVER

Den som samler på det negative, men ikke makter å romme det, og samtidig ikke klarer å ta inn og kjenne tilfredshet med det man lykkes med, er i faresonen. Da graver man fort en grav for seg selv som det er lett å falle ned i, vanskelig å komme opp av. En som gravde mye, var 200-årsjubilanten Søren Kierkegaard. For ham ble det et livsverk. Han blir ofte sitert i terapeutiske kretser, ikke minst for utsagn som at «Livet må forstås baklengs, men leves forlengs,» og «At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden.» Nå var Kierkegaard ingen enkel person. Han hadde et språk som var lite tilgjengelig, selv på hans egen tid, og han ble av mange, på linje med Sokrates, oppfattet som en kverulant. Men ser vi bort fra dette, og den religiøse konteksten mye av det han skrev egentlig må leses i lyset av, har han skrevet mye som isolert sett er gjenkjennbart også innenfor en kognitiv forståelsesmodell.

«Død og Helvede jeg kan
abstrahere fra Alt men ikke
fra mig selv.»

Søren Kierkegaard må sies å ha hatt hva John Keats kalte "Negative Capability". Han var en ener i tanketumling og vek ikke tilbake for vanskelige og store spørsmål. Angsten var for Kierkegaard ikke et onde, men tett forbundet med prosessen som går forut for valget, og en forutsening for at vi som mennesker skal tre i eksistens og bli oss selv. Å glemme seg selv, det slet han med som så mange andre, om man skal tro en opptegnelse fra 1836: «Død og Helvede jeg kan abstrahere fra Alt men ikke fra *mig selv*; jeg kan ikke engang glemme mig selv naar jeg sover». Kierkegaard slet med sine depresjoner, som ifølge biografene holdt på å drive ham til vanvidd, men de hindret ham ikke i å fullføre sitt livsverk. Han distanserte seg ikke fra det negative, han utforsket det, uten å flykte. Det er vanskelig å se at en tilfreds Kierkegaard hadde blitt den sentrale skikkelsen han ble. Så neste gang pasienten kommer, eller du ser deg selv i speilet, kan du jo spørre: «Hatt det vondt siden sist?» og om svaret er «Ja»: «Hvordan taklet du det?»

ENTEN – ELLER?

De fleste av oss ønsker å unngå for mye smerte og usikkerhet i våre liv. Vi trives best når ting er noenlunde forutsigbare og når ubehaget i tilværelsen ikke er for dominerende. Når angsten eller depresjonen tar overhånd, kan kognitiv terapi være en hjelp. Om man skal velge å angripe tankene, slåss med rasjonelle argumenter, eller om man skal prøve å ta et skritt tilbake og i større grad akseptere, er kanskje ikke et spørsmål om enten – eller. For meg har både Albert Ellis og Aaron Beck sine bidrag til kognitiv terapi i seg begge elementer.

David Lodge sin roman *Therapy* handler om midtlivskrisen til manusforfatter Laurence Passmore. Han sliter psykisk og søker blant annet hjelp i kognitiv terapi, aromaterapi og akupunktur. Intet hjelper, men i terapiprosessen, hvor den kognitive terapeuten har gitt ham i oppgave å skrive om seg selv, kommer han over Kierkegaards skrifter og blir helt besatt av dem. I romanen sliter Passmore med å ha sviktet sin ungdomskjæreste, Kierkegaard brøt forlovelsen med sin Regine, Keats ville ikke giftes med Frances. Han fryktet, som Kierkegaard, at familieliv ville stå i veien for kreativiteten. Lykkelig ble de aldri, og begge døde unge. Noen midtlivskrise rakk de aldri å oppleve. Da gikk det bedre med Passmore. Han dro på pilegrimsvandring til Santiago de Compostela for å lete etter sin første kjærlighet. Der fikk han i alle fall fred i sinnet. Men så var han jo bare en romanfigur ■



Småplukk

ARNE REPÅL

STYRESEMINAR NFKT 5.-6. OKTOBER 2013

Tradisjonen tro var høstens styreseminar lagt til Jeløya Radio første helgen i oktober. Lørdagen startet med regn, men da styreseminaret startet hadde solen brutt gjennom. Det er stor aktivitet på mange områder, noe som var godt synlig i den omfattende saklisten. En av de større sakene var erfaringer så langt med Rask psykisk helsehjelp, pilotprosjektet hvor NFKT har ansvar for opplæring og veiledning. Veiledningen er langt på veg utformet som ferdighetstrening som praktiseres i smågrupper. Tilbakemelding i gruppene blir delvis gjort på grunnlag av CTACS. Peter Prescott var invitert til møtet og informerte om erfaringer med veiledningssamlingene. Han orienterte også styret om arbeidet med en Ressursbank på internett. Tanken er å gjøre forelesninger, øvelser og kasusbeskrivelser tilgjengelig for undervisere og veiledere på nettet. Veiledning var et annet sentralt tema.

Regnskapet ble gjennomgått. Den økonomiske situasjonen er god. Utover fakturaer som ligger til betaling har verken foreningen eller instituttet gjeld. Forberedelser til årsmøtet var egen sak. På dagsorden stod også opprettelse av forskningsutvalg, etikkutvalg og undervisningsutvalg. Foreningen har mottatt 11 søknader om økonomisk støtte til fagutvikling. Det ble vedtatt å oppnevne en gruppe med representanter som skal gå gjennom søknadene og fremme en innstilling til styret. Det ble også arbeidet videre med innspill fra dialogkonferansen i implementering av kognitiv terapi på Gardermoen i 2011. Et annet sentralt punkt var diskusjon rundt utvidelse av utdannelsesprogrammene i kognitiv terapi. Veiledersamlingen og inspirasjons-konferansen til NFKT i 2013 fikk også en siste finpuss.

PRISER TIL KOGNITIVE TERAPEUTER

Åse Gruda Skards pris for popularisering av psykologisk kunnskap deles årlig ut av Norsk Psykologforening. Årets pris ble tildelt Solfrid Raknes for utviklingen av «Psykologisk førstehjelp.» Det kan beskrives som en verktøykasse som kan hjelpe barn og ungdom med å takle vanskelige tanker og situasjoner. Juryen la i sin begrunnelse vekt på at «Psykologisk førstehjelp» er et samfunnsnyttig produkt: «Det kan være til hjelp for barn med problemer, og det kan forebygge at vanlige vansker blir til store problemer og dermed få stor samfunnsøkonomisk betydning.»

Åshild Håland er tildelt prisen for årets doktorgrad. Prisen tildeles av Forskningspolitisk utvalg i Norsk Psykologforening til en kandidat som gjennom sitt doktorgradsarbeid har gitt et vesentlig bidrag til psykologisk fagkunnskap. I begrunnelsen heter det at årets vinner viser at det til tross for omfattende evidens om at behandling med eksponering og responsprevensjon for tvangslidelse er svært virksomt, er få terapeuter i Norge som kan tilby denne metoden. Doktorgraden har tatt for seg ulike veier å gå for å gjøre behandlingen for OCD bedre i Norge og internasjonalt.



Glade prisvinnere.

BØKER OG FILMER

Det er utgitt flere norske bøker i løpet av året som bygger på kognitiv terapi. Noen av dem er omtalt i tidligere utgave av tidsskriftet. Planen er å omtale en del av de øvrige i neste nummer. Foreningen har også arbeidet med en film om kognitiv terapi ved psykoser som snart er klar for utgivelse. Det er også laget filmer i tilknytning til Psykologisk førstehjelp og i forhold til sinnemestring ■



Lederen har orden

TORKIL BERGE

NFKTs nettsider – en ressursbank for kognitiv terapi

Som medlem skal du ha fått tilsendt en e-post fra styret der vi ber deg om å hjelpe til med å bygge opp nettsidene våre. Vi arbeider med å gjøre hjemmesiden vår til en ressursbank for kognitiv terapi og veiledet selvhjelp, både for fagfolk og for pasienter og deres pårørende. Derfor spurte vi om du hadde terapeutiske hjelpemidler som du bruker i forbindelse med kognitiv terapi, og i så fall om du kunne sende det inn til foreningen. Da kan disse legges ut på hjemmesiden slik at andre kan ta det i bruk. Vi har gode fagfolk som jobber med vurdering og utforming av det som blir lagt ut.

Med «terapeutiske hjelpemidler» tenker vi bredt. Det er alt fra beskrivelser av psykiske lidelser og kognitiv terapi, og skjemaer som du bruker i samtaler, til kartleggingsskjemaer for ulike tilstander og problemområder. Det kan være for individualterapi, grupper og kursopplegg, eller miljøterapi. Vi er også svært interessert i informasjonsmateriell som du tror kan være til nytte for pasienter og pårørende.

Samtidig vil vi bygge opp en idébank for dem som underviser og veileder i kognitiv terapi. I første rekke har vi gått ut til veilederkorpset vårt med en tilsvarende henvendelse om slikt materiell. Dessuten vil vi legge ut flere informasjonfilmer på nettsiden vår. Da kan brukerne få tips fra fagfolk om hvordan behandlingen kan legges opp for ulike tilstander, og erfaringsformidlere vil si noe om hvordan de har utformet sin rolle som pasient i dette samarbeidet – hvordan de har blitt sin egen terapeut. Har du materiell du tenker vil være til nytte, så ikke nøl, men send det inn til post@kognitiv.no. Alt tas imot med stor takk! ■



Skriveseminar i Eremo

Tidspunkt: 28.04 – 02.05 2014

Sted: Klosteret Eremo dei Frati Bianchi, Marche, Italia

Pris: Kr 5 500 som inkluderer transport til og fra flyplass (Roma – Marche), utflukter og overnatting.

Reisemåte: Fly T/R Roma. Flybillett er ikke inkludert i prisen.

Hensikt:

Bakgrunnen for seminaret er å stimulere til formidling av faglitteratur med utgangspunkt i en kognitiv forståelsesmodell. Det skriftlige arbeidet kan favne vidt og dekke essay, selvhjelps litteratur, populærvitenskaplige bøker og artikler, fagbøker og fagartikler. Vi oppfordrer spesielt fagfolk som foreløpig ikke har publisert til å søke.

Form:

Kurset er utformet som et arbeidsseminar hvor hoveddelen av tiden vil være viet arbeid med eget skriftlig materiale. Det vil være samlinger i grupper og plenum med gjensidig tilbakemelding på hverandres prosjekter. Det vil også være korte plenumsinnlegg.

Det er en forutsetning for deltakelse at man har påbegynt et skriftlig arbeide eller har en klar prosjektidé med disposisjon. Deltakere forplikter seg til å fremlegge endelig produkt for vurdering med tanke på publisering i Tidsskrift for Kognitiv Terapi, annet fagtidsskrift, magasiner, aviser, forlag eller lignende.

Dette er en unik mulighet for den som har lyst til å publisere noe skriftlig. Det legges vekt på at seminaret skal ha en konstruktiv og inkluderende form, med en trygg atmosfære som kan stimulere skriveprosessen.

Kurset er forbeholdt medlemmer av Norsk Forening for Kognitiv Terapi.

Om kursstedet

Foreningen disponerer klosteret i sin helhet under seminaret.

Du finner mer informasjon om kursstedet på www.eremo.net.

Påmelding

Søknad om deltakelse kan sendes til NFKT (post@kognitiv.no) innen 1. februar 2014. Søknaden må inneholde navn, fødselsår, arbeidssted, kontakinformasjon og kort beskrivelse av prosjekt, maks en side. Eventuelle spørsmål kan rettes på e-post til Solfrid Raknes (solfrid.raknes@hotmail.com)

Det er et begrenset antall plasser (15). Ved overtegning vil deltakerne bli valgt ut av representanter fra styret i NIKT, på grunnlag av prosjektbeskrivelse.

Seminaret avholdes med støtte fra Norsk Forening for Kognitiv Terapi.



MCT Master-Class 2014-2015

You are invited to join the MCT Master-class training program. MCT Master-class aims to provide state of the art training for experienced CBT clinicians or specialists to develop a high level of competency in MCT. This training program is arranged by the Metacognitive Therapy Institute in Manchester and Dr. Adrian Wells and Dr. Hans M Nordahl are responsible for the program.

The training will run in 2014 and 2015 (over 2-years) and will be held in Manchester, UK (6 workshops) and in Oslo, Norway (2 workshops). There is individual supervision of cases on a regular basis with a nominated supervisor who is an expert in MCT. The supervision process is implemented by a supervision log administered via email. Workshops will be held four times a year and further group supervision is provided at these events.

The program consists of the following 2-day workshops:

- I. MCT: Theory and Foundation Treatment Skills (presented by A.Wells and H.M. Nordahl)
- II. MCT for GAD (A. Wells)
- III. MCT for Social phobia and Avoidant Personality Disorder (A. Wells & H.M.Nordahl)
- IV. MCT for PTSD and trauma (A. Wells & H.M.Nordahl)
- V. MCT for OCD (P.Fisher)
- VI. MCT for Chronic depression (A. Wells)
- VII. MCT for Borderline PD (H. M. Nordahl)
- VIII. MCT for Psychosis (T. Morrison)

Each participant in training is allocated a study partner, who acts as a buddy. Your buddy is one of the other colleagues in training at the MCT Master-class, and the two of you will work as a team encouraging and supporting each other's personal and professional growth. All participants must attend at least 6 workshops in order to get the course accepted. In addition every participant must submit a tape of an MCT session at the mid-point of training for feedback and evaluation. It is a course requirement that participants submit a minimum of 10 completed supervision logs that have been implemented by email before they can have the course accepted.

The fee for participation is GBP 4.950 for the whole program. This includes the workshops, supervision, equipment, handouts and materials provided at the venues. Expenses such as travel and accommodation and some lunches and beverages' must be covered by the participant.

You can apply to the MCT Master-class by submitting your CV by 1st January 2014.

Applications should be submitted to Lene Marie Østerman: lene.marie.osterman@gmail.com

For more information, please contact:

Hans M Nordahl (hmor-n@online.no) or Adrian Wells (Adrian.Wells@manchester.ac.uk)

RETURADRESSE

NFKT

Helgelandsmoen Næringspark, bygg 32a
3512 Hønefoss

ISSN 1504-3142



**NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI**