

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 4 • ÅRGANG 14 • DESEMBER 2013 –



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

Tidsskrift for Kognitiv Terapi 4/2013

Redaksjonelt	4
Tre KAT-baserte forskningsprosjekter for barn og unge	6
MATCH	20
Toårig internasjonalt sertifiseringsprogram i skjematerapi	22
Inspirasjonskonferansen 2013	30
Styrking av NFKTs utdanninger med praktisk trening	33
Kognitive sidesprang	35
Bokomtaler	39
Lederen har ordet	41
Annonse	42

- **Redaksjon**
Redaktør Arne Repål
- **Redaksjonskomité**
Tonje W. Kennair
- **Bidrag for 2014 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



Forventninger

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Nok et år er over. Lite å gjøre med det. Livet tar seg til rette. For de fleste av oss har året som gikk, sikkert hatt både gode og mindre gode dager. Det er vel på ett vis som det skal være; i alle fall ikke annet enn hva vi må forvente. Som nasjon å betrakte er det liten grunn til å klage. Vi lever i vår egen lille boble her nord, ikke langt fra, men på ett vis fjernt fra, resten av Europa.

Hva gjør det med oss? Er vi i ferd med å komme i utakt med deler av Europa når det gjelder forventninger til livet, og er det i så fall noe som angår tidsskriftets lesere? Jeg tror det. Litt ettertanke skader ikke i disse tider. Forventninger er så mangt. Noen ganger er de til besvær. Forventningsangst er et uttrykk vi kjenner godt fra den terapeutiske terminologien. Negative forventninger er en mildere variant. Men kanskje er det som ofte er ødeleggende for oss de urealistiske forventningene, vrangforventningene, de som aldri kan innfris, men bare skaper frustrasjoner og sinne. Å gå rundt med slike forventninger er som å gå rundt med store mengder hjemlig valuta i et fremmed land hvor du ikke kan veksle dem inn noe sted.

Et land som bugner av risiko- og sårbarhetsanalyser, rettighetstenkning, tilsynsmyndigheter og kontrollører, vitner om en nasjon med store forventninger. Kanskje for store. Det skal ikke mye til før skuffelsen kommer. Det er ikke mange som har kommet unna riksrevisjonens ivrige kontrollører uten alvorlige riper i lakken. Til slutt fikk den riper i lakken selv.

Selv prøver jeg å holde meg til realistiske forventninger. De har ikke noe visjonært over seg, og minner kanskje mest om den trauste norske matpakken. Du vet hva du får, to med brunost og en med servelat. Men er du sulten nok, smaker den godt, og med litt oppmerksomt nærvær får du også med deg nyansene. At den ikke er testet for utløpsdato på pålegget, harskt smør, eller om brødet er skåret og smurt i hygieniske omgivelser, har de fleste av oss kunnet leve bra med.

Jeg tror vi kan få det bedre ved å undersøke våre forventninger til oss selv og andre, og vurdere om de kan justeres noe. Nedjusterte forventninger til året som kommer, kan være den beste julegaven du gir deg selv og dine nærmeste. Julaften kan fort bli til en skuffelse for den som har for store forventninger til pakkene under treet.

Mine faglige forventninger til året som kommer, er at NFKT skal fortsette med å spre saklig psykologisk kunnskap på en måte som når mange, at kognitiv atferdsterapi utvikler seg på en jordnær måte, og at vi som kognitive terapeuter er ydmyke i forhold til hva som er realistiske målsettinger. Mine forventninger til tidsskriftet er at det skal utvikle seg til et enda bredere forum for spredning av kunnskap og stoff med fokus på en kognitiv tilnærming til behandling av psykologiske problemer og livet generelt. Dette nummeret inneholder artikler om hva som skjer innenfor forskning på anvendelse av kognitive tilnærminger i barne- og ungdomsfeltet. Det inneholder også en artikkel om utdanning i skjemat terapi. Kognitive sidesprang har det også blitt plass til, samt noen bokomtaler. God jul og godt nytt år til bladets lesere.

«Nedjusterte forventninger til året som kommer, kan være den beste julegaven du gir deg selv og dine nærmeste.»

Tre KAT-baserte forskningsprosjekter for barn og unge

SIMON-PETER NEUMER, SOLFRID RAKNES, KRISTIN MARTINSEN,
BENTE STORM HAUGLAND, PER JOSTEIN MATRE & KITTY DAHL

Psykiske helseplager er en av vår tids største utfordringer, på bakgrunn av hvor mange som rammes, omfang, funksjonsforstyrrelse, lidelsestrykk og samfunnsøkonomiske kostnader.

Det er viktig å nå ut til barn og unge med kunnskapsbaserte metoder som kan gi reduksjon og lindring av psykiske plager (Major mfl., 2011). Mange barn og unge med psykiske vansker og lidelser opplever hjelpetjenestene som lite tilgjengelige (Barneombudet, 2009), og de færreste barn og unge med psykiske vansker mottar hjelp fra kvalifisert helsepersonell for disse vanskene (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009). Tiltak basert på kognitiv atferdsterapi (KAT) brukes i økende grad i behandlingen av barn og unge – og også i stadig nye sammenhenger. I de siste tiårene har KAT i økende grad blitt benyttet som lavterskeltilbud til barn og unge. KAT har vist seg å gi god effekt i behandling av barn og ungdom med en rekke tilstander (Öst, 2010), deriblant depresjon (Maalouf & Brent, 2012) og angstlidelser (Kendall, Settiani & Cummings, 2012). Barn som gjennomgår vellykket KAT-behandling for angstlidelser i løpet av barndommen, har blant annet lavere risiko for utvikling av rusproblemer i ungdomsårene og voksen alder (Puleo, Conner, Benjamin, & Kendall, 2011). Også relativt kortvarige intervensjoner kan ha en positiv effekt (O’Leary-Barrett, Topper, Al-Khudhairy, et al. 2013) De tre prosjektene vi beskriver i denne artikkelen, har alle blitt tildelt midler, etter en uavhengig vurdering fra internasjonale eksperter i Forskningsrådet. Kampen om forskningsmidler er hard. Det var svært mange søknader fra sterke forskningsmiljøer, derfor ser vi på bevilgning fra Forskningsrådet til disse tre store KAT-baserte forskningsprosjektene som alle retter seg mot barn og unge, som et tegn på at det nå satses på evaluering av forebyggende tiltak, lavterskeltilbud for barn og ungdom og bruk av evidensbasert praksis i barnevernsinstitusjoner. Vårt håp er at de nye prosjektene skal gi økt kunnskap om effekten av KAT og hva som hjelper for hvem. Prosjektene vil imidlertid også bidra til at flere barn og unge med psykiske helsevansker får tilgang til kunnskapsbaserte hjelpetiltak. Vi vil i det følgende presentere de tre forskningsprosjektene og se på noen likheter og forskjeller mellom dem.

EN RANDOMISERT OG KONTROLLERT STUDIE AV MESTRENDE BARN – ET INTENSIVT LAVTERSKELEPROGRAM FOR BARN MED SYMPTOMER PÅ ANGST OG DEPRESJON

Studien «Tidlig intervensjon – Mestrende barn (TIMB)» er i tråd med målene fra RBUP Øst og Sør sin nye strategiplan, hvor forskningen skal være nyttig for tjenestefeltet. Tiltaket gjennomføres fra 2014 på 28 skoler, og ca. 560 barn skal delta i studien. For dette formålet er det etablert en prosjektgruppe med deltakere fra RBUP Øst og Sør, RKBU Midt og RKBU Nord. Arbeidsgruppen i region Nord består av Frode Adolfsen, Lene-Mari Potulski og er ledet av Joshua Patras. Arbeidsgruppen i Trondheim ledes av Anne Mari Sund. Arbeidsgruppen i Oslo består av Kristin Martinsen, Solveig Holen, som begge er ledere for region Øst og Sør, Anne Liv Askeland, Tori Mauseth, Tore Wentzel-Larsen og Simon-Peter Neumer, som er prosjektleder. Arbeidsgruppen skal nå evaluere programmet Mestrende barn i en større studie med en randomisert cluster-design. Det vil si at 14 skoler gjennomfører intervensjonen, og 14 skoler følger sine vanlige rutiner (engelsk «treatment as usual», TAU). Mestrende barn-programmet er basert på to etablerte amerikanske behandlingsprogrammer med god forskningsstøtte; Coping Cat (Kendall og Hedke, 2006) og The Taking ACTION (Stark et al., 2007), som er rettet mot henholdsvis angst og depresjon. Mestrende Barn-programmet kombinerer dermed intervensjoner rettet mot både engstelige og triste barn. Målgruppen er barn i alderen 8–12 år med symptomer på angst og depresjon.

Mestrende Barn er utviklet i samarbeid mellom Martinsen, Kendall og Stark. Martinsen skal også være en av flere stipendiater i studien. Ved at intervensjonen tilbys i førstelinjen, vil den kunne gjennomføres tidlig i problemutviklingen, og man vil nå barn som ellers sannsynligvis ikke vil få noen hjelp. En pilotundersøkelse av tiltaket ble gjennomført i 2011. 22 barn ble rekruttert fra en samlet gruppe på 57 barn på det aktuelle klassetrinnet. Barna meldte seg frivillig til tiltaket etter å ha fått en kort presentasjon av programmet på skolen. Etter å ha innhentet samtykke fra foreldrene ble 22 barn kartlagt i



Kristin Martinsen



Simon-Peter Neumer

forhold til forhøyet nivå på symptomer på angst eller depresjon. 11 barn ble inkludert i to grupper etter kartleggingen. Alle barna fullførte programmet med full oppslutning i timene. Foresatte deltok i 75 % av alle timer. Deltakerne var i stor grad fornøyd med programmet, og barna rapporterte at de i større grad var i stand til å takle egne følelser etter kurset. Barna reagerte ikke negativt på spørreskjemaene for angst og depresjon som ble benyttet ved kartleggingen.

Identifikasjon og utvelgelse av barn i hovedstudien baseres på erfaringer fra pilotundersøkelsen. Deltakere som ønskes rekruttert til prosjektet, er barn i alderen 8–12 år (4–6. klasse trinn) som er noe mer engstelige og triste enn sine jevnaldrende, og som dermed kan være i risiko for å utvikle angstlidelser eller depresjon. Datainnhenting vil foregå i 3 år med oppstart våren 2014. Intervensjonen gjennomføres to ganger pr. år i to år (2014 og 2015). Planen er å inkludere i gjennomsnitt seks barn fra de aktuelle klassetrinnene hvert semester. Barna vil bli kartlagt før og rett etter at intervensjonen er gjennomført. I tillegg vil barna fylle ut det samme spørreskjemaet ett år etter at intervensjonen er avsluttet. Det blir gjort for å kunne identifisere mulige positive langtidseffekter av programmet. Kontrollskolene vil få tilbud om å gjennomføre programmet etter at intervensjonen er avsluttet i tiltaksskolene.

INTERVENSJONEN MESTRENDE BARN

De to programmene som Mestrende Barn bygger på (Coping Cat og ACTION), er evaluert tidligere. Coping Cat-programmet (på norsk Mestringskatten; Kendall, Martinsen & Neumer, 2006) er blant annet evaluert i en randomisert kontrollert studie ved RBUP Øst og Sør. Etter lovende preliminare resultater tilbys der opplæring i Mestringskatten-programmet. I 2014 blir programmet implementert som pilotprosjekt ved tre utvalgte poliklinikker (i øvre og nedre Romerike og Nic Waals Institutt i Oslo). Publikasjonen av effektstudien er under forberedelse. Tidligere undersøkelser av Coping Cat-programmet finner gjennomgående at ca. 2/3 av barna er symptomfrie etter behandling, og at denne effekten holder seg opp mot 7 år etter avsluttet behandling (Kendall & Southam-Gerow 1996, Kendall, Safford, Flannery-Schroeder & Webb 2004). Den siste undersøkelsen av ACTION-programmet som ble gjennomført med barn i

alderen 8–12 år med moderat til alvorlig depresjon, viste at 84 % av barna ikke lenger fylte kriteriene for sin diagnose etter avsluttet gruppebehandling (Stark 2010, personlig kommunikasjon).

Mestrende Barn er utviklet som et skoletiltak og er et intensivt kurs som går over 10 uker, hvor barna møtes to ganger pr. uke. Ifølge forfatterne av programmet er det viktig at triste og engstelige barn får intensiv trening og nok tid til å integrere og internalisere de nye ferdighetene for å oppnå varig endring. I tillegg er det viktig å endre barnas kontekst. Foresatte får derfor parallelt et tilbud om å møtes i 7 gruppemøter der barna deltar på fire av møtene slik at de sammen med barn kan finne nye måter å takle utfordringer på. Det er utviklet gruppeledermanual og arbeidsbok for både barnegruppene og foreldregruppene. Foreldre, barn og gruppeledere møtes i et første felles møte hvor hensikten med programmet, motivasjon og mulige mål for den enkelte diskuteres. På denne måten vil en søke å gjøre intervensjonen fleksibel og tilpasset det enkelte barn. Den første halvdel av programmet (10 timer) har fokus på å gi barna mestringsferdigheter som er felles for å takle både engstelighet og tristhet. Ferdighetene læres gjennom erfaringsbasert læring og lek, da dette involverer barna i større grad og potensielt kan gi større effekt av tiltaket (Shelby et al., 2009). Barna lærer og øver på strategier for å regulere humøret sitt, de lærer problemløsning og hvordan de kan aktivisere seg selv for å redusere unngåelse som kan opprettholde problemet. Den andre delen av programmet (10 timer) fokuserer i større grad på barnets spesifikke vansker; de triste barna jobber spesielt med å styrke selvfølelsen og å delta i positive aktiviteter, mens engstelige barn lærer seg å gradvis møte det de frykter. For begge grupper fokuserer programmet på å endre de tankemåtene som hemmer barna i deres utvikling. Foreldregruppene møtes 6 ganger etter det første fellesmøtet. Fokuset i foreldregruppen vil være kommunikasjonsferdigheter, konfliktløsning og hvordan foreldrene kan støtte barnet i å bli modigere og tryggere.

GRUPPELEDERE, OPPLÆRING OG VEILEDNING

Intervensjonen vil bli gjennomført av kvalifisert helsepersonell som arbeider på ulike institusjoner og nivåer i kommunen. De vil bli rekruttert fra PPT,

lavterskelteam i kommunen, kommunepsykologer og eventuelt den lokale BUP-en. Gruppelederne får et dagseminar hvor de blir introdusert til kognitiv atferdsterapi og kjernetrekk ved angst og depresjon, og et to dagers seminar hvor de får opplæring i Mestrende barn-programmet. De får også ukentlig veiledning av terapeuter som har spesialisert seg innenfor kognitiv atferdsterapi (KAT). 20 % av alle gruppetimene blir tilfeldig valgt ut og tatt opp på video for veiledning og til kvalitetssikring. Veilederne som blir rekruttert, er godkjente KAT-terapeuter. De vil i tillegg delta i den samme opplæringen som gruppelederne og har tett oppfølging fra prosjektgruppen.

LIST-PROSJEKTET: LAVINTENSITET VERSUS STANDARD KAT SOM TIDLIG LAVTERSKEL FOR UNGDOM MED ENGSTELSE

FRIENDS-programmet er et gruppebasert KAT-program som benyttes som behandlingstiltak, så vel som indikert og universelt forebyggende tiltak for barn og ungdom (8–15 år) med angstplager. Programmet er oversatt og tilpasset norske forhold (Barrett, 2008). Syv BUP- klinikker i Helse Vest har blitt evaluert med positiv effekt (Wergeland mfl., under arbeid). RKBV Vest har utarbeidet en implementeringsplan for FRIENDS, og tilbyr terapeuter i første- og andrelinjen opplæring i bruk av programmet som behandling, og som indikert forebyggende tiltak. En pilotstudie er gjennomført i barne- og ungdomsskoler i Fjell kommune. Studien har vært gjennomført i regi av RKBV Vest, og 80 elever med angstsymptomer har deltatt i gruppebehandling gjennomført på skolene med helsesøstre som gruppeledere. Erfaringene fra pilotstudien er positive vurdert fra involverte fagpersoner i kommunen. Resultater fra barna, ungdommene og foreldrenes vurdering forventes å være klare for publisering i løpet av 2014. RKBV Vest og RBUP Øst og Sør fikk i brev fra Helsedirektoratet i 2010 i oppdrag å utarbeide en opplæringspakke, samt sette i gang implementering og evaluering av Psykologisk førstehjelp (PF). Rapporten fra arbeidet (Haugland, Mauseth og Raknes, 2013) konkluderte med at PF er en metodikk som er lett å spre, som tas i bruk av hjelpere etter relativt kort opplæring, som blir likt, og som hjelpere i førstelinjen opplever som nyttig i arbeid med ulike problemstillinger hos barn, ungdom og foresatte. Det er imidlertid behov for evaluering av effekten av metoden, for å vurdere om PF bidrar til forebygging eller lindring av psykiske helseplager hos barn og ungdom.

LIST-PROSJEKTET; HVEM OG HVOR?

Prosjektgruppen i LIST-prosjektet består av Kjell Morten Stormark, Bente Storm Mowatt Haugland, Solfrid Raknes, Jon Fauskanger Bjaastad, Gro Janne Wergeland, Åshild Tellefsen Haaland og Asle Hoffart. Prosjektet vil foregå på skoler og med skolehelsetjeneste-personell fra området rundt Bergen, Modum og Kristiansand. Prosjektet ledes fra RKBV Vest.

PROBLEMSTILLINGER OG DESIGN

Hovedmålet med prosjektet er å sammenligne effekten av det etablerte KAT-programmet FRIENDS med et lavintensivt tiltak basert på PF. Begge intervensjonene blir gitt i form av skolebaserte gruppetilbud til ungdomsskoleelever med engstelse. Alle gruppetimene blir tatt opp på video for at en skal kunne vurdere om programmene blir fulgt og gjennomført på en kvalitetsmessig god måte. Ved å sammenligne FRIENDS som et ”standard KAT-program” og PF som et ”lavintensitetsprogram» ønsker vi å få kunnskap om hvorvidt mindre ressursbruk fra helsepersonell kombinert med mer egentrening fra ungdommens side vil gi like gode resultater som standard KAT, eventuelt hvilke ungdommer som har størst utbytte av et lavintensivt tiltak. Vi ønsker i tillegg å undersøke hvem vi når ut til ved å tilby lavterskeltiltak i skolehelsetjenesten. Dette undersøker vi ved at alle ungdomsskoleelever ved de aktuelle skolene fyller ut selvrapporteringskjema som måler engstelse, livskvalitet, generell psykisk helse og demografiske forhold.

MÅLGRUPPE

Ungdomsskoleelever som selvrapporterer forhøyet grad av engstelse, får tilbud om å delta i prosjektet. For å besvare hovedproblemstillingene siktes det mot å rekruttere ca. 400 ungdomsskoleelever.

INTERVENSJONEN FRIENDS

FRIENDS (Barrett, Webster & Turner, 2004) er et forebyggings- og behandlingsprogram for barn og ungdom med angstsymptomer og eventuelt depresjonssymptomer i tillegg til angst. Programmet er manualbasert og kan anvendes i skolen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. FRIENDS finnes i en barnevernsversion (8–12 år) og en ungdomsversjon



Solfrid Raknes



Bente Storm Haugland

(12–15 år). Programmet omfatter en behandlingsmanual for terapeuten og en arbeidsbok for barna/ungdommene. Programmet går over 10 sesjoner på 90 minutter som gruppeintervensjon. I tillegg omfatter programmet to foreldresamlinger underveis i de 10 ukene. En og tre måneder etter avslutning av programmet arrangeres det oppfølgingstimer. Verdens Helseorganisasjon anbefaler FRIENDS som universelt og indikert forebyggingsprogram (WHO, 2004). Flere internasjonale studier hvor programmet anvendes som universelt eller indikert skolebasert tiltak, viser effektiv reduksjon av angstsymptomer (Barrett & Turner, 2001; Liddle & Macmillan, 2010; Lowry-Webster, Barrett & Dadds, 2003; Pahl & Barrett, 2007; Stallard et al., 2007). Dette er studier der man ser på programmet anvendt uten strenge inklusjons- og eksklusjonskriterier (Farrell, Barrett & Claassens, 2005). Langtidseffekter har blitt bekreftet i inntil seks år etter tiltaket (Barrett et al., 2001).

INTERVENSJONEN PF

Psykologisk førstehjelp (PF) (Raknes, 2010 a og b) er selvhjelpsmateriell for barn og ungdom basert på grunnprinsippene i KAT. PF er utformet som et skrin for barn (8–12 år) og skrin for ungdom (12–18 år). PF er utviklet av psykologspesialist Solfrid Raknes sammen med en faglig referansegruppe av sentrale norske fagpersoner innenfor psykisk helsevern. PF kan brukes som selvhjelp, veiledet selvhjelp og del av behandling for psykiske helsevansker for en rekke problemområder og lidelser. I forbindelse med LIST-prosjektet vil det bli utformet et gruppeprogram spesielt rettet mot ungdom med angstplager. PF danner grunnlaget for de fem gruppemøtene som fordeles over 10 uker. PF-materialet formidler de transdiagnostiske grunnprinsippene i KAT. PF og Raknes er belønnet med Helse Vest sin innovasjonspris 2012, og Åse Gruda Skard-prisen i 2013. Det er utviklet fritt tilgjengelig støttemateriell til PF: Fire filmer ligger på YouTube, og artikler om hvordan unge kan bruke PF som selvhjelp ligger på www.ung.no. Appen "Hjelpemanda", som er en sentral del av PF er fritt nedlastbar for iPad og iPhone. Helse Vest, Helsedirektoratet, RKBV Vest, RBUP Øst og Sør, NFKT, Extramidler og Bergen Teknologitviking (BTO) har

Referansegruppe: Torkil Berge, Atle Dyregrov, Ida Garløv, Marit Hafting, Bente Storm Haugland, Leif Edward Ottesen Kennair, Arne Repål og Steinar Sunde.

støttet utvikling og spredning av PF. I LIST-prosjektet benyttes PF som en strukturert gruppebasert lavintensitetsmetode der ungdommene møtes i gruppe fem ganger og får to korte telefonsamtaler/sms-påminninger.

GRUPPELEDERE, OPPLÆRING, VEILEDNING

Gruppeledernes bakgrunn vil variere noe mellom kommunene hvor prosjektet gjennomføres, med terapeuter fra førstelinjen i kommunene rundt Bergen og Modum (kommunepsykolog og helsesøstre) og terapeuter fra ABUP i samarbeid med helsesøstre i kommunene rundt Kristiansand. For at eventuelle forskjeller i effekt av FRIENDS og PF ikke skal kunne tillegges terapeuteffekter, vil de samme terapeutene gjennomføre begge intervensjonene. Terapeutene får 5 dagers opplæring i KAT: en dag om angst og eksponeringsprinsipper, to dager om PF og to dager om FRIENDS. Det vil bli gitt jevnlig veiledning fra erfarne KAT-veiledere.

FORSKJELLER OG LIKHETER MELLOM PROSJEKTENE?

Det er både likheter og forskjeller mellom de to prosjektene som evaluerer forebyggende tiltak. Begge undersøkelsene satser på forebygging av angst og depresjon, to hyppig forekommende lidelser hos barn og ungdom. Indikerte forebyggingsintervensjoner, dvs. tiltak gitt til grupper som viser forhøyede symptomer, viser gjennomgående større effekt som forebyggende tiltak enn universelle intervensjoner (Mychailyszyn et al., 2012). Rekruttering av risikogrupper medfører imidlertid at det må gjennomføres en form for kartlegging for å finne de aktuelle barna. Å utforme gode rekrutteringsstrategier hvor en når fram til de barna og ungdommene som ønsker hjelp, og som opplever tiltakene som positive, er en felles utfordring i begge prosjektene.

SKOLEBASERTE INTERVENSJONER

Begge prosjektene vil rekruttere deltakere og gjennomføre tiltakene på skoler. Å tilby tiltak på skolen, der barna/ungdommene er, kan gjøre det lettere for mange å ta imot hjelpetiltak. De blir mindre avhengige av at foreldrene skal huske på avtaler, og er ikke avhengige av at foreldre må ta seg fri fra arbeid. Barn og ungdom med angst og depresjon mottar sjeldnere hjelp for plagene sine enn barn med eksternaliserende lidelser (Heiervang et al.,

REFERANSER

■ Aarons, G. A., Horowitz, J. D., Dlugosz, L.R. & Ehrhart, M. G. (2012). The Role of Organizational Processes in Dissemination and Implementation Research. I: Brownson R. C., Colditz, G.A., Proctor, E. K. (red.), *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Sciences to Practice*, s.128–152. New York: Oxford University Press.

■ Barneombudet (2009). Å leve med vold i familien. Rapport fra Barneombudets ekspertgruppe med barn som har erfaring fra vold i familien. Oslo: Barneombudet. Barrett, P. & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399–410.

■ Barrett, P. M., Farrell, L. J., Ollendick, T. H. & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: An evaluation of the FRIENDS Program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 403–411.

■ Barrett, P. M. (2008). *Friends for life*. Norwegian translation by J. F. Bjåstad, K. Martinsen, M. Aalberg, G. J. Wergeland, K. Fjermestad, S.-P. Neumer & E. R. Heiervang. Bergen: Innovest AS.

■ Cheung, A. H. et al. (2007). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics*, 120(5), e1313–1326.

■ Haugland, B. S. M., Mauseth, T. & Raknes, S. (2013). *Psykologisk Førstehjelp i førstelinjetjenesten. Implementering og evaluering*. Oslo:

■ Helsedirektoratet. Chorpita, B. F. & Daleiden, E. L. (2009). Mapping Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: Application of the Distillation and Matching Model to 615 Treatments from 322 Randomized Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3) (566–579).

■ Chorpita, B. F. & Weis, J. R. (2009). *MATCH – ADTC. Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems*. FL: Practice Wise.

■ Friedberg, R. D., McClure, J. M. & Garcia, J. H. (2009). *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents. Tools for Enhancing Practice*. New York, The Guilford Press.

■ Farrell, L. J., Barrett, P. M., Claassens, S. (2005). Community trial of an evidence-based anxiety intervention for children and adolescents (the FRIENDS program): A pilot study. *Behaviour Change* 22(4):236–248.

■ Haugland, B. S. M., Rogde, A. H. & Bjaastad, J. F. (2012). *Implementering av FRIENDS: implementeringsplan for RKBU Vest*. Bergen, Norway: RKBU Vest, Uni Helse, Uni Research. Heiervang, E. et al. (2007).

■ Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: An epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438–447.

■ Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G. & Hanley, J. H. (1997). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65(5), 821–833.

2007; Stallard et al., 2008). Gjennomføring av tiltak i skolen gir en mulighet til å nå barn og ungdom som kanskje ellers i liten grad ville fått hjelp for plagene. Skolebaserte intervensjoner kan fremme samarbeidet mellom skolehelsetjenesten, PPT, lærere og andre ansatte på skolen, og kan muligens også bidra til å fremme læring, helse og trivsel på skolen (Cheung et al., 2007; Mifsud, et al., 2005).

PROGRAM

Programmene i de to prosjektene har sitt utspring i Kendalls Coping Cat-program. I Mestrende barn-programmet er store deler av angstbehandlingen basert på Coping Cat. Friends er opprinnelig en tilpasning av Coping Cat hvor foreldre i større grad ble involvert, aldersgruppen utvidet til også å omfatte ungdom, og programmet laget for å gjennomføres i grupper. Psykologisk førstehjelp bygger på sin side på sentrale elementer i KAT slik disse kommer til uttrykk i alle de nevnte programmene.

DESIGN

Begge prosjekter er store multisenterstudier med aktivt internasjonalt samarbeid. I begge studier ønsker man å undersøke effekten av indikerte forebyggende tiltak. Mens studien fra RKBU Vest tilbyr begge tiltak innenfor samme skole (randomisert gruppedesign), har man i studien fra RBUP Øst og Sør valgt en design hvor halvparten av skolene får tilbud om tiltaket, mens de andre er kontrollskoler (randomisert cluster-design). I begge studier ønsker man å undersøke effekten av programmet under så realistiske betingelser som mulig. Det dreier seg dermed i begge tilfeller om såkalte effektivitetsstudier. Derfor er det også i begge studier «vanlige» fagpersoner som får opplæring. Ved å gi omfattende veiledning og videoopptak fra timene ønsker man å sikre at kognitiv atferd-terapeutiske tiltak anvendes riktig i førstelinjetjenesten. For å vurdere den langsiktige effekten av tiltaket planlegger begge studiene også å gjennomføre en etterundersøkelse 12 måneder etter intervensjonen er avsluttet.

FORSKJELLER

Hovedforskjellen mellom studiene ligger i intensiteten av tiltakene og den aldersgruppen som er valgt. I LIST-studien fokuserer man på ungdom mellom 13 til 17 år, mens TIMB-studien retter seg mot barn i alderen fra 8 til 12 år. Tiltakene som undersøkes, varierer i intensitet, fra et vanlig tilbud (TAU) eller lavintensitetstiltak i gruppe på fem timers varighet (Psykologisk førstehjelp) til mer intensiv forebygging i gruppe med ti samlinger for ungdom og to samlinger for foreldre (Friends) eller til tiltak med høy intensitet i grupper med 20 samlinger for barna og syv samlinger for foreldrene (Mestrende barn).

SPØRSMÅL VI HÅPER Å FÅ SVAR PÅ

Det har i de siste årene vært økende interesse for å forebygge de internaliserende lidelsene ved å sette inn tiltak tidlig. Med de to studiene som er beskrevet over, vil man nå barn og ungdom i ulike deler av Norge. Alle tiltakene som benyttes, er basert på kognitiv atferd-terapi. Prosjektene innebærer samarbeid mellom kunnskapssentrene i alle regioner i landet og involverer fagpersoner som til daglig arbeider med barn og unge i skolen. Det er derfor å forvente at de to forskningsprosjektene vil bidra til implementering av kognitiv atferd- terapeutiske tiltak i et stort antall skoler og kommuner. I etterkant av prosjektene er det viktig at det utvikles en implementeringsstrategi som sikrer at fagpersoner i andre kommuner også får opplæring i de best egnede av tiltakene. Spredning av KAT-prinsipper gjennom skolebaserte tiltak gitt av fagpersoner som er tilsatt i førstelinjen muliggjør at flere hjelpere, ikke bare terapeuter med omfattende videreutdanning i kognitiv terapi, kan læres opp til å hjelpe barn, ungdom og familier. Et viktig spørsmål vil imidlertid være å se hvorvidt tiltak gitt av fagfolk utenfor klinikk og begrenset opplæring i KAT, som i disse studiene, vil gi tilsvarende effekt som i studier der terapeutene har fått vesentlig lengre og mer omfattende opplæring.

Hvor mye tid hvert enkelt barn trenger for å snu negative sirkler, og for å lære metoder som de kan bruke i sitt eget liv, er muligens varierende. Når man ”flytter” KAT-metodikk fra kliniske områder til subkliniske, slik det gjøres her, vet vi lite om hvor mye som trengs for hvem. Kan ”litt KAT” være

■ Kendall, P. C., Martinsen, K. D. & Neumer, S. P. (2006). *Mestringskatten («Coping Cat»)* Kognitiv atferdsterapi for barn med angst. Oslo: Universitetsforlaget. Kendall, P. C. & Southam-Gerow M. A. (1996). Long term follow up of a cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724–730.

■ Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E. & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Maintenance of outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 276–287.

■ Kendall, P. C. & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (3. utgave). Ardmore, PA: Workbook Publishing.

■ Kuyken, W., Padesky, C. A. & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization: Working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy*. New York: The Guilford Press.

■ Kendall, P. C., Settepani, C. A. & Cummings, C. M. (2012). No Need to Worry: The Promising Future of Child Anxiety Research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 103–115.

■ Liddle, I. & Macmillan, S. (2010). Evaluating the FRIENDS programme in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice: theory, research and practice in educational psychology*, 26, 53–67.

■ Linehan, M. M. & Dexter-Mazza; E. T. (2008). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 4th ed. (s. 365–420). New York, NY: Guilford Press.

■ Lowry-Webster, H., Barrett, P. M. & Lock, S. (2003). A universal prevention trial of anxiety symptomatology during childhood: Results at one-year follow-up. *Behaviour Change*, 20, 25–43. Maalouf, F. T. & Brent, D. A. (2012). Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 299–312.

■ Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var ... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport 2011:1. Oslo: Folkehelseinstituttet.

■ Matre, P. J. & Jensen, R. (2012). Kognitiv miljøterapi. I Martinsen, K. & Hagen R. (red.), *Håndbok i Kognitiv Atferdsterapi i behandling av barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Matre, P. J., Jensen, R. & Dahl, K. (2013). *Verktøykassen – HSS*. Internett dokument i Bufetat region nord (intranett – sharepoint).

■ Matre P. J., Dahl, K., Jensen R., Nordahl, M. H. (2013). Working with Goals in Therapy. I E. A. Locke & G. P. Latham (red.) *New Developments in Goal Setting and Task Performance* (s. 474–494), New York, London, Routledge.

■ Martinsen, K., Kendall, P., Stark, K. & Neumer, S.-P. (in prep.). EMOTION: Coping kids managing anxiety and depression: Acceptability and feasibility of a transdiagnostic program. *Cognitive Behavioral Practice*.

■ Mathiesen, K. S., Karevold, E. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

nok for noen barn, mens andre trenger vesentlig mer? Et annet spørsmål går på hvor mye av endringsarbeidet som må gjøres sammen med barna. Et mål i KAT er å utvikle barns kunnskap, ferdigheter og mestringsstrategier. Stimulering til hjemmeoppgaver er også vanlig i KAT. Hvor mye av endringsarbeidet kan gjøres hjemme, mellom timene, og hvilke barn har fordel av at det meste av endringsarbeidet blir gjort på skolen, i timene? PF, Friends og Mestrende barn er ulike med hensyn til hvor mye barnet/ungdommen overlates til å jobbe på egen hånd.

Til tross for at forskningsprosjektene har noe ulik design, vil de i fellesskap kunne bidra til å fremme kunnskap om effekten av indikert forebyggende tiltak på et nivå som er av nasjonal og internasjonal interesse, og i forhold til problemer som er relevante for mange barn og ungdommer. Vi er spent på å vurdere effekten av programmene i praksis. Dersom denne type lavterskeltiltak fungerer og har effekt, håper vi at barna og ungdommene får god og nyttig hjelp tidlig, noe som vil bidra til at psykisk helsevern får avlastning og mulighet for å fokusere på barn med mer komplekse vansker som har behov for et mer omfattende hjelpetilbud.

IMPLEMENTERING AV EVIDENSBASERTE TILTAK VED BARNEVERNINSTITUSJONER I BUFETAT REGION NORD; MED VEKT PÅ Å STYRKE OVERFØRING FRA INSTITUSJON TIL FAMILIE OG NÆRMILJØ

Det siste NFR-støttede prosjektet er et implementeringsprosjekt ved statlige barnevernsinstitusjoner i Nord-Norge. Prosjektet er et internasjonalt samarbeid som har til hensikt å styrke mental helse og generell livstilfredshet for barn og unge som midlertidig bor i barnevernsinstitusjoner. Studien vil innføre et familieintegret overføringsprogram, Family Integrative Transition (FIT), til barn og unge ved institusjonene i funksjon tre (omsorgsinstitusjoner) og funksjon fire (behandlingsinstitusjoner) og til de statlige fosterhjemmene i Bufetat region Nord. FIT er et evidensbasert program som er utarbeidet av Dr. Eric Trupin ved University of Washington. Programmet er bygget på prinsippene i multisystemisk terapi (Henggeler et al., 1997), dialektisk atferdsterapi (Linehan et al., 2008), på motivasjonsintervju og på KAT-prinsippene for tilbakefallsforebygging

ved overføring og generalisering fra institusjonsmiljø til nærmiljø (Trupin et al., 2011). FIT ble opprinnelig utarbeidet for barn og unge under 18 år med alvorlige atferdsproblemer og emosjonelle problemer og er rettet mot ungdommer som har kommet på kant med loven og blitt plassert i ungdomsinstitusjoner, og deres familier. Målet er blant annet å styrke emosjonell selvregulering, lære problemløsning, øke sosiale ferdigheter, styrke positive foreldreinvolvering, øke prososial atferd og redusere rusmisbruk for å minske risikoen for tilbakefall til kriminell og antisosial atferd. Ved å innføre FIT programmet i institusjoner for ungdom med alvorlige atferdsproblemer har man greid å redusere tilbakefall til kriminell atferd med 30 % (WSIPP 2006). FIT-terapeutene eller såkalte FIT-trenere arbeider med ungdommene og deres familier i til sammen seks måneder, to måneder på slutten av institusjonsoppholdet og deretter i fire måneder når ungdommene flytter tilbake til nærmiljøet i kommunene.

Prosjektet er basert på implementering av standardisert kartlegging og innføring av modulbasert kognitiv atferdsterapi ved alle de statlige barnevernsinstitusjonene som startet våren 2011. Implementeringen, som blir kalt Helhetlig Støtte System (HSS), er utarbeidet av Per Jostein Matre og Robert Jensen ved Senter for kognitiv praksis i samarbeid med Kitty Dahl ved Regionsenteret for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør (Matre, Jensen & Dahl, 2013). Målsettingen for HSS var å utvikle metoder ved institusjonene ved å rette tiltak mot tre nivåer: 1) organisasjon og ledelse, 2) personal og 3) klientnivå. Ved å fokusere på personal og organisasjonsnivå var hensikten å få hver institusjon til å sette egne mål og slutte seg til kvalitetskriterier for sitt daglige arbeid knyttet til kartlegging og bruk av anerkjente metoder (Aaron 2012). For å styrke tilbudet til klientene, barna og deres familier har ansatte fått opplæring og veiledning i standardisert kartlegging og bruk av modulbasert kognitiv atferdsterapi (Matre & Jensen 2012). Opplæringen inkluderte 1) minstestandardkartlegging, 2) analyse og konseptualisering, 3) målarbeid, evaluering og ukerapporter, 4) bruk av tilstandsspesifikke metoder, 5) rekartlegging og rekonseptualisering, 6) bruk av sjekklister for å sikre faglige operasjoner i hvert forløp (Chorpita & Daleiden, 2009; Chorpita & Weisz, 2009; Friedberg et al., 2009; Kuyken et al., 2009).



Per Jostein Matre



Kitty Dahl

■ Mifsud, C. & Rapee, R. M. (2005). Early Intervention for Childhood Anxiety in a School Setting: Outcomes for an Economically Disadvantaged Population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 996–1004.

■ Mychailyszyn, M. P. et al. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 129–153.

■ O'Leary-Barrett, M., Topper, L., Al-Khudhairi, N., et al. (2013). Two-year impact of personality-targeted, teacher-delivered interventions on youth internalizing and externalizing problems: a cluster-randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, 911–920.

■ Pahl, K. M. & Barrett, P. M. (2007). The development of social-emotional competence in preschool-aged children: An introduction to the Fun Friends Program. *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 17, 81–90.

■ Puleo, C. M., Conner, B. T., Benjamin, C. L. & Kendall, P. C. (2011). CBT for childhood anxiety and substance use at 7.4-year follow-up: a reassessment controlling for known predictors. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 690–696.

■ Raknes, S. (2010a). *Psykologisk førstehjelp for barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Raknes, S. (2010b). *Psykologisk førstehjelp for ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Raknes, S. & Haugland, B. S. M. (2013). *Psykologisk førstehjelp: Veiledning for bruk i førstelinjen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

■ Shelby, J. S. et al. (2009). Play therapy, pedagogy, and CBT: An argument for interdisciplinary synthesis. I Drewes, Athena A. (red.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques* (s. 17–40). Hoboken, NJ: Wiley.

Opplæring og trening av personell i HSS er gitt i form av 12 lokale undervisninger ved hver enkelt institusjon og i tillegg seks to-dagers regionale kjernegruppesamlinger i Bufetat region nord over to år (2011–2013). Ved å innføre FIT som en videreføring av HSS-tiltakene vil man styrke og overføre tiltakene ved institusjonene til nærmiljøet og familien i tillegg til å bygge en bro mellom det statlige og det kommunale barnevernet. Forskningsprosjektet er ledet av Kitty Dahl ved RBUP Øst og Sør og vil 1) evaluere barna og deres familier før og etter tiltak, 2) utvikle og styrke bruken av kunnskapsbaserte ferdigheter gjennom opplæring og veiledning i tillegg til å 3) kvalitetssikre implementeringen ved å monitorere “adherence” og “fidelity”. Implementeringen blir ledet av Regionsenteret i samarbeid med Senter for Kognitiv Praksis (SKP) og Bufetat Region Nord.

Planen er å starte innføringen av FIT i mai 2014. Frem til oppstart av studiet vil prosjektgruppen videreutvikle detaljene for forskningsprosjektet. Samarbeidspartene i prosjektet er University of Washington i Seattle, RBUP Øst og Sør, Senter for Kognitiv Praksis (SKP) i Asker, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Nasjonalt Senter for Telemedisin i Tromsø, Columbia University i New York og Barne-, ungdoms- og familieetaten ved Bufetat Region Nord. I tillegg er det ved Høyskolen i Harstad innført et studium kalt Videreutdanning i Modulbasert Kognitiv Atferd-Terapi (VUKAT), som gir 30 studiepoeng og er et samarbeidsprosjekt med Per Jostein Matre og Robert Jensen ved SKP og Kitty Dahl ved RBUP Øst og Sør. Nytt VUKAT-kull starter høsten 2013 med 29 studenter. I tillegg deltar 15 kandidater fra høsten 2013 på en utdanning for veiledere i kognitiv atferdsterapi i samarbeid med Hans Nordahl ved NTNU. Målsettingen ved å innføre disse utdannelsesstilbudene er å kunne sikre vedlikehold og videreføring av de kunnskapsbaserte tiltakene både i Region Nord og senere i øvrige regioner.

Antall barn, unge og familier som får hjelp av barnevernet, har økt med over 60 % i de siste tyve årene. I 2011 var ca. 8700 barn plassert i fosterhjem og ca. 1370 barn og ungdommer ved barnevernsinstitusjoner. Med unntak av noen spesifikke programmer som er innført og evaluert i barnevernet, vet vi lite om effektene av de mest brukte barnevernstiltakene. Med andre ord vet vi ikke hvilke tiltak som er best for ulike barn og ungdommer, og vi har lite informasjon om behovene til brukerne, både barna og deres familier. Ifølge foreløpige data fra HSS-implementeringen i Bufetat Region Nord har mer enn 70 % av barna ved institusjonene høy belastning knyttet til emosjonelle problemer som angst, depresjon og høy forekomst av traumeopplevelser. Disse tallene gir grunnlag for å tro at vi ved å øke kunnskapen og bruken av kunnskapsbaserte kognitive atferd-metoder i barnevernsinstitusjoner, i fosterhjem og i nærmiljøet vil kunne gi et styrket tilbud til svært utsatte barn, unge og deres familier/foresatte.

■ Stallard, P. et al. (2007). The FRIENDS Emotional Health Programme: Initial Findings from a School-Based Project. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 32–37.

■ Stark, K. D., et al. (2007). *Treating depressed Youth; Therapist Manual for ACTION*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.

■ Trupin, E., Kerns, S., Walker, S., DeRobertis, M. & Stewart, D. (2011). Family Integrated Transitions: A Promising Program for Juvenile Offenders with Co-Occurring Disorders. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20(5), 421–436.

■ Trupin, E. (2013). *Updated inventory of evidence-based, research-based, and promising practices for prevention and intervention services for children and juveniles in child welfare, juvenile justice, and mental health systems*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy. Seattle, WA: University of Washington Evidence-Based Practice Institute.

■ Wergeland, G. J., Fjermestad, K. W., Marin, C., Haugland, B. S. M., Bjaastad, J. F. & Oeding, K. Ikke publisert.

■ World Health Organization Report on Prevention of Mental Disorders. (2004). Effective interventions and policy options summary report. Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht.

■ Öst, L.-G. (2010). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.



Tori Mauseth

Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct Problems (MATCH-ADTC). En transdiagnostisk tilnærming til barn og unges psykiske problemer

Angst, depresjon og atferdsvansker utgjør hovedgruppene av psykiske vansker hos barn. Det finnes godt dokumenterte behandlingsprogrammer for disse lidelsene, men likevel blir evidensbasert behandling lite brukt i klinisk praksis. En forklaring kan være at kompleksiteten og komorbiditeten i vansker hos henviste barn er stor, og at barnas behandlingsbehov ofte endrer seg i løpet av behandlingen. For klinikere kan det dermed oppleves som et problem at de evidensbaserte programmene som vanligvis er utformet for å møte enkeltproblemer, ofte følger en forutbestemt sekvensiell rekkefølge. Dette kan begrense den opplevde fleksibiliteten og egnetheten til å møte sammensatte problemer hos barn. En annen faktor er at evidensbaserte programmer vanligvis er utviklet og testet på en selektert gruppe barn som skiller seg fra de pasientene en møter i klinisk praksis. Videre har terapeutene ofte spesialisert kompetanse og får tettere oppfølging og veiledning enn det som er vanlig i klinikk. Det gjør at programmene gjerne oppleves mindre nyttige og oppnår lavere effekt når de anvendes i klinisk praksis under vanlige betingelser.



John Kjøbli

Med "Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma and Conduct Problems" (MATCH) (Chorpita og Weisz, 2009) ønsker man å imøtekomme denne kritikken. I MATCH er behandlingsprosedyrer fra evidensbasert behandling for angst, depresjon, traumer og atferdsvansker strukturert og satt sammen til 33 frittstående moduler (prosedyrer). Terapeuter blir gjennom 6 dagers opplæring og ukentlig konsultasjon trent i å anvende en kombinasjon av moduler ut fra barnets behov og problemer. Slik tilbyr MATCH en bred meny av behandlingsalternativer for klinikerne. Flytskjema brukes i behandlingsplanleggingen og til å gjøre kontinuerlige tilpasninger på bakgrunn av informasjon om barnets fungering underveis i behandlingen (Weisz & Chorpita, 2011). I MATCH-studiene er systemet TRAC (Treatment Response Assessment for Children) brukt som et feedback-



Simon-Peter Neumer

verktøy for å følge med på progresjon, identifisere problemer og foreta tilpasninger i terapiforløpet. Grunnideen bak en slik fleksibel og modular tilnærming er å kunne tilby evidensbasert behandling for flere problemer innenfor et behandlingsforløp. Terapeuten arbeider gjennom hele behandlingen ut fra en kognitiv-atferdsterapeutisk forankring på alle problemområder. Modulene i MATCH er utledet fra eksisterende programmer med god evidens (Chorpita & Daleiden, 2009) og bygger dermed på en solid teoretisk og empirisk plattform.

MATCH er evaluert en gang i USA med positive resultater (Weisz et al., 2012), og flere evalueringer er underveis. I den amerikanske randomiserte kontrollerte studien fra 2012 ble MATCH sammenlignet med to betingelser: vanlig praksis («usual care») og andre standardiserte evidensbaserte tiltak. MATCH kom bedre ut enn begge de to andre betingelsene, og effektene var i en størrelsesorden på 0,50 til 0,70, som kan betegnes som moderate til store effekter (Cohen, 1992). Videre viste funnene at de barna som mottok MATCH, hadde den raskeste forbedringskurven i løpet av behandlingstiden og færre diagnoser ved behandlingsslutt enn med vanlig praksis. Dette kan betegnes som meget positive funn.

UTPRØVING OG EVALUERING AV MATCH I NORGE

For å kunne bruke betegnelsen evidensbasert om MATCH i Norge, og for å få sikker kunnskap om hvorvidt tiltaket er effektivt for barn og familier i psykisk helsevern her i landet, planlegger nå RBUP Øst & Sør og Atferdssenteret å gjennomføre en randomisert kontrollert studie av tiltaket i BUP. En arbeidsgruppe bestående av John Kjøbli og Hanne Laland fra Atferdssenteret, og Simon-Peter Neumer og Tori Mauseth fra RBUP Øst & Sør, har innledet et samarbeid med John Weisz ved Harvard University, og utarbeider nå forskningsprotokoll og klinisk protokoll for en forskningsstudie der MATCH skal sammenlignes med vanlig praksis. Behandlingsmanualen "MATCH-ADTC: Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems" (Chorpita & Weisz, 2009), oversettes og tilpasses til norske forhold i samarbeid med J. Weisz.

Evalueringen av MATCH planlegges gjennomført i det ordinære behandlingsapparatet, BUP, med vanlige terapeuter. Opplæring og veiledning av terapeuter skal skje på et nivå som senere lett kan videreføres av psykisk helsevern uten at særskilte prosedyrer eller store ekstra ressurser må settes inn. Videre spørsmål om programmet eller studien kan rettes til forfatterne av dette bidraget.



Hanne Laland

REFERANSER

- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. (2009). Mapping Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: Application of the Distillation and Matching Model to 615 Treatments From 322 Randomized Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 77, No. 3, 566–579.
- Chorpita, B., F. & Weisz, J., R. (2009). MATCH-ADTC: Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems. PracticeWise, LLC. Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155–159.
- Weisz, J. & Chorpita, B. (2011). Mod Squad for Youth Psychotherapy: Restructuring evidence-based treatment for clinical practice i Kendall, P. C. *Child and Adolescent Therapy Cognitive-Behavioral Procedures*, 4th edition. New York: Guilford.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K. et al. (2012). Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274–282.



Toårig internasjonalt sertifiseringsprogram i skjemat terapi

DAG STEINSTAD

Denne artikkelen gir en kortfattet beskrivelse av hva skjemat terapi er, og sertifiseringsprogrammet i skjemat terapi. Skjemat terapiutdanningen er gjennomført av Klinikk for psykologbehandling. Leder for utdanningen var psykologspesialist Erlend Aschehoug. Utdanningen har funnet sted ved Fossekallen konferansesenter i Lysaker i Oslo.

HVA ER SKJEMAT TERAPI

Skjemat terapi er en terapiform utviklet av den amerikanske psykologen Jeffrey Young og er spesielt godt egnet for behandling av langvarige personlighetsrelaterte dysfunksjonelle mønstre og problemer som har sine røtter i tidlige relasjoner fra barndom og oppvekst. Skjemat terapi er en integrert terapiform som hovedsakelig har sin basis i et kognitivt atferdsterapeutisk rammeverk som integrerer elementer fra tilknytningsteori, psykodynamisk terapi, gestaltterapi og emosjonsfokusert terapi.

HISTORISK BAKGRUNN

Grunnlegger Jeffrey Young satte i gang utviklingen av terapiformen da han gjennom terapeutisk erfaring med behandling av personlighetsproblematikk ikke opplevde tilstrekkelig terapeutisk gjennomslag. Dette var et kjent problem som kognitiv atferdsterapi hadde møtt over lengre tid. Ved Aaron Beck institutt i Philadelphia begynte Jeffrey Young å forske på hva han kunne endre for å møte de spesifikke terapeutiske behovene som pasienter med personlighetsproblematikk hadde. Young fant at mange av disse pasientene var vesentlig mer preget av rigide destruktive kognitive mønstre med kroniske, ofte livslange problemer og mer dypgående dysfunksjonelle oppfatningssystemer. Young valgte å kalle disse kognitive strukturer for skjema. De hadde ofte bakgrunn i en vanskelig barndom og oppvekst hvor barnets grunnleggende behov ikke hadde blitt møtt, og det var blitt innarbeidet en mistilpasset mestring og overlevelsesstil.

SKJEMA VERSUS LEVEREGLER

Skjemabegrepet slik det fremgår i Youngs modell, skiller seg fra det som kalles leveregler innenfor tradisjonell kognitiv terapi. Young mener skjemaer er organiserende prinsipper som innbefatter brede temaer som har tankemessige, følelsesmessige og motivasjonelle elementer (Nordahl og Nysæter, 2007). Youngs skjemabegrep bør derfor ikke forveksles med skjemabegreper som for eksempel Beck og kolleger opererer med i sin behandlingsmodell for personlighetsforstyrrelser (Beck, Freeman og Davis, 2004). Der Aaron Beck for det meste forholder seg til de kognitive strukturer i skjemaet, tar Young også med de emosjonelle og sensoriske skjemastrukturene.

Jeffrey Young og kolleger har identifisert 4 ulike familiemessige faktorer som de mener ofte er til stede og som interagerer med de biologiske faktorene i utvikling av borderline-problematikk. Disse er:

1. Usikkert og ustabil familiemiljø. Mangel på sikkerhet som er grunnet i misbruk eller fravær av omsorg, noe som kan resultere i ustabil og usikkert tilknytningsforhold til foreldre.
2. Et depriverende familiemiljø hvor de tidlige objektrelasjonene ofte er hemmet som en følge av en defekt eller fraværende omsorg, varme, empati, støtte, veiledning og beskyttelse.
3. Et høyt straffende og avvisende familiemiljø som er av preget av gjennomgående kritikk og avvisning.
4. Et undertrykkende familiemiljø hvor det eksisterer implisitte regler for hvilke behov man har og hva man bør føle.

Youngs terapimodell velger å løse dette ved å integrere teknikker fra flere psykoterapeutiske retninger blant annet med undersøkelser av klientens oppvekst, implementering av opplevelsesorienterte teknikker, slik som visualiseringsøvelser, understreking av viktigheten av en sterk relasjon i terapeut/klient-forholdet, samt et sterkere fokus på klientens dysfunksjonelle mestringstiler (Young, Klosko og Weishaar, 2003).

SKJEMAT TERAPI OG BORDERLINE PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSE

Foreløpig viser forskning at skjemat terapi er meget godt egnet i forhold til behandling av personlighetsforstyrrelser generelt og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelser spesielt. (Giesen-Bloo et.al, 2006).

Metoden er også fruktbar som terapitilnærming i forhold til å motvirke tilbakefall ved depresjon, angst og rusavhengighet. Fokus er å hjelpe pasienten med å finne problemområder som oppleves som fastlåste. Disse utforskes, og man ser på hvordan de har utviklet seg fra barndommen. Man kartlegger hvordan mestringsstrategiene som har vært uhensiktsmessige tidligere i livet, kan forsterke problemer i voksen alder. Målet er å utvikle det man kaller ”den sunne voksne”, slik at pasienten selv kan ivareta sine følelsesmessige behov i voksen alder.

I tillegg har Jeffrey Young utvidet skjemat terapi til det han kaller modusmodellen. Dette var i begynnelsen tilpasset borderline-klienter, men anvendes i modusmodellen også ved andre former for personlighetsforstyrrelser. Modus eller skjematilstand (Nordahl og Nysæter, 2007) sier noe om borderline-pasientens tendens til raskt å endre tilstander både i kognisjon og humør, der ulike clustre med skjemaer og mestringsstiler blir aktivert (Kellogg og Young, 2006).

Med utgangspunkt i modustankegangen ser Young på borderline som en lidelse/forstyrrelse som befinner seg langs et kontinuum hvor det ene ytterpunktet er multiple personligheter eller dissosiativ identitetsforstyrrelse (Young, Klosko og Weishaar, 2003). Young deler borderlineklientens indre verden inn i fem ulike modi som interagerer på selvdestruktive måter. I sentrum for interaksjonen mellom disse ulike skjematilstandene lever klienten i et slags indre teater hvor ulike skjematilstander finner sted på teaterscenen med hvert sitt manuskript. Om man forstår dette samspillet, vil man ifølge Young forstå borderline-klientens irrasjonelle atferd bedre (Kellogg og Young, 2006).

TERAPIRELASJONEN I SKJEMAT TERAPI

I skjemat terapi er det et sterkt fokus på den terapeutiske relasjonen. En skjemat terapeut skal kunne vise varme og empati og forsøke å danne en terapeutisk situasjon som oppleves som sikker og stabil, der pasienten føler seg akseptert. Der tidligere kognitiv atferdsterapi tenkte at relasjonen kommer av seg selv som en del av terapien, mener Young at relasjonen er en kjernefaktor i behandling av borderline personlighetsproblematikk. Dette betyr kanskje at terapiformen bør benyttes av terapeuter som har et avklart forhold til sine egne skjemaer, slik at man unngår mismatch eller overidentifisering som ikke tjener terapien.

KJERNEBEGREPER I SKJEMAT TERAPI

De fire grunnleggende begrepene i skjemat terapi er tidlig uhensiktsmessig skjema, skjemadomener, uhensiktsmessige mestringsstrategier og modus. Tidlig uhensiktsmessig skjema består av minner, følelser, kroppslige fornemmelser og tanker. De kjennetegnes ved et bredt og gjennomtrengende mønster eller tema som berører personens selvilde og selvfølelse i forhold til andre, og dannes i barndom eller ungdom. Et skjema utvikles gjennom hele livet og er i betydelig grad dysfunksjonelt. Det er identifisert 18 ulike skjemaer som videre er inndelt i fem ulike skjemadomener. Hvert skjemadomene representerer forskjellige grunnleggende behov som er for eksempel trygghet, selvstendighet og rett til å uttrykke egne følelser. Uhensiktsmessige mestringsstrategier viser til strategier som barnet har utviklet under vanskelige omstendigheter for å unngå ytterligere skade. Noen av disse handler om overgivelse (freeze), noen om motangrep (fight) og andre igjen om unngåelse (flight). En modus kan defineres som den delen av selvet med sine karakteristiske tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd som i øyeblikket er fremtredende. En modus kan bestå av flere forskjellige skjemaer og mestringsstrategier.

Sentrale mål i skjemat terapi er at pasienten skal utvikle forståelse, aksept og oppmerksomhet for sine skjemaer og modi. Han eller hun skal få en forståelse for at et uhensiktsmessig skjema eller modus ikke innebærer å være mislykket, men er et uttrykk for at visse behov ikke ble møtt på en god nok måte av betydningsfulle andre i oppveksten.



Fra venstre: Sivert Versland, Maryam Rahimi Tari, Marek Tomczynski, Toril Linderud, Erlend Aschehoug (studieleder), Inger Lill Laukvik, Ann Hase Johannesen, Dag Steinstad og Aleksander Cannistraci. Jeanett Malbrich er ikke med på bildet.

UTDANNINGEN

Utdanningen er bygd opp av moduler over 4 semestre og har 7 samlinger à 2 dager, samt en teori-/veiledningsdag med Jeffrey Young. Utdanningen omfatter 112 timer undervisning og øvelser i tillegg 40 timer veiledning i gruppe med 3 kandidater samt 4 individuelle timer veiledning, totalt 120 timer. Veilederen er godkjent for avansert sertifisering. Det innebærer at man har tatt avansert sertifisering og har fått kompetanse til å gi skjemat terapi innenfor et bredt spekter av psykiske lidelser og interpersonlige problemer. Man kan da delta i forskningsprosjekter samt veilede, undervise og virke som sensor i skjemat terapi.

Forelesere har vært Dr. Jeffrey Young, Ph.D. – grunnlegger av skjemat terapi, Erlend Aschehoug, spesialist i klinisk psykologi og leder av Norsk Forum for Skjemat terapi, Dr. Gunilla Klensmeden Fosse, Ph.D., overlege og forsker med St. Olavs hospital, Dr. Scott Kellogg, Ph.D., utvikler av Transformational Chairwork og Dr. Pierre Cousineau, Ph.D., psykologspesialist og veileder i mindfulness og ACT.

Utdanningen i skjemat terapi har gitt kompetanse på ulike områder med teoretiske modeller og grunnleggende begreper i skjemat terapi. Innføring i

«Det ble også undervist i og prøvd ut atferdsfokusede intervensjoner.»

grunnmodell, definisjon av tidlig uhensiktsmessig skjema (early maladaptive schema) og gjennomgang av de 18 spesifikke skjemaene slik de er definert av Jeffrey Young. Utdanningen vektlegger også kartlegging og kasusformulering og omfatter ulike tilnæringsmåter for å identifisere/aktivisere tidlig uhensiktsmessig skjema og uhensiktsmessige mestringsstrategier samt scoring og tolking av spørreskjema og modi. Videre er det fokus på kognitive intervensjoner, bruk av sokratisk metode i endringsarbeid, validitetstesting og skjemadialog. Kandidatene har også fått opplæring i følelsesfokusede intervensjoner, endring av følelser ved hjelp av visualiseringsøvelser samt innføring i dialogteknikker, ventilering og ekspressiv skriving.

Videre har det vært fokus på relasjonelle intervensjoner, empatisk konfrontering, identifisering og metoder for utforsking av tidlig uhensiktsmessig skjema og når de ble aktivert i terapirelasjonen. Terapeutenes egne skjemaer ble også kartlagt. Det ble også undervist i og prøvd ut atferdsfokusede intervensjoner. Et annet sentralt tema har vært arbeid med ulike modi. I samlingene er teknikker prøvd ut i rollespill og veiledning samt ved gjennomgang av medbrakte case og kasusformuleringer.

KARTLEGGINGSVERKTØY

Under utdanningen får man en teoretisk gjennomgang og praktisk øvelse i å benytte en del skåringsverktøy som er svært nyttige i kartlegging og behandling av pasienter. Et viktig kartleggingsverktøy er ”livshistorien min”, der man kartlegger viktige hendelser i bredt spekter gjennom sitt livsløp. YPI 1 – Young parenting inventory – der man forsøker å kartlegge tidlige tilknytningsvansker knyttet opp mot mor og far, og YSQ, Young parenting questenary – der man prøver å kartlegge voksne skjemaer og sammenligner disse med skjemaer i YPI for å se på utviklingen av disse ble også benyttet. I tillegg er det egne scoringsverktøy for å kartlegge modi og moditilstander. I tillegg er det flere kartleggingsverktøy som ikke er omtalt her.

VEILEDNING

I tillegg til samlingene skal hver enkelt deltaker ha veiledning i til sammen 40 timer for avansert sertifisering. Det er fire timer individuell veiledning og det resterende i form av gruppeveiledning. Veiledningen skjer i hovedsak med utgangspunkt i video med opptak som terapeuten har gjort av egen terapi. Veilederen vurderes i hvert videoopptak ved hjelp av Schema Therapy Rating Scale (STRS-1). Et eksamenskrav er video av to individuelle timer i skjemat terapi der minimum en pasient har borderline personlighetsforstyrrelse.

ERFARINGER MED UTDANNINGEN

Jeg er personlig svært fornøyd med utdanningen, og det er nødvendig at den strekker seg over to år, slik at man får rikelig tid å sette seg inn i teori, øve og få jevnlig veiledning. Utdanningsleder Erlend Aschehoug har undervist og organisert utdanningen svært godt. Det er et meget bra kurslokale ved Fossekallen konferansesenter i Lysaker. Det er store, luftige rom og rolige omgivelser med meget bra service og et sjeldent godt lunsjtilbud. Ifølge min betraktning har det vært meget godt faglig innhold i innføringen i skjemat terapi. Jeg har blitt veiledet av Gunilla Fosse, Ph.D., overlege og forsker ved St. Olavs hospital, i en gruppe på tre der vi har hatt tilnærmedelsesvis månedlig veiledning med video og kasuistikk. Dette har vært svært lærerrikt og nyttig i behandling av til dels komplekse pasientproblemstillinger.

TERAPIERFARINGER

Jeg har under utdanningsløpet hatt seks pasienter i fast poliklinikk i varierende lengde, og flere av disse er fortsatt i behandling. Fem av pasientene har en ustabil personlighetsforstyrrelse, og en har en unnvikende/avhengig

personlighetsproblematikk. Fire av pasientene har tidligere hatt forskjellige typer behandling, og det er forsøkt med mange terapiformer både ved poliklinikk, innleggelse både planlagt og akutt og omfattende hjelpetiltak.

Alle pasientene har scoret Min livshistorie, YPI-1, YSQ og Mode List, og det er laget kasusformulering. Det er foretatt psykoedukasjon om skjemaopprinnelse og aktuelle skjemaer. Det er kartlagt modi, og pasientene har fått tilbud om visualiseringsøvelser med øving på å finne en trygg plass ved aktiverte skjematilstander og modi.

En pasient droppet ut på grunn av alvorlig rusmisbruk. En pasient som har gått i behandling tidligere i 12–13 år med forskjellige terapiformer uten særlig endring, har fått svært god nytte av behandlingen. Hun har i tillegg startet med yoga, som hun også har hatt god nytte av. Fire pasienter går fortsatt i skjemat terapibehandling. To av disse har betydelig lettelse av sine dysfunksjonelle mønstre og takler hverdagen betydelig bedre. To pasienter sliter fortsatt svært mye.

Avslutningsvis vil jeg gi honnør til utdanningsleder Erlend Aschehoug og overlege Gunilla Fosse og takke for god undervisning og veiledning. Jeg anbefaler andre kognitive terapeuter og veiledere å søke utdanningen, da dette er en terapiform som er spesielt godt egnet for langvarige personlighetsrelaterede problemer generelt og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse spesielt.

REFERANSER

■ Beck, A. T., Freeman, A. & Davis, D.D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.

■ Giesen-Bloo, van Dyck, R., Spinhoven P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder – Randomized Trial of Schema – Focused Therapy vs Transference – Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.

■ Kellog, S.H. & Young, J. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445–458.

■ Nordahl, H. M. & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36, 254–264.

■ Nordahl, H. M. & Nysæter, T. E. (2007). Skjemat terapi for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Modell og Kliniske retningslinjer. I T.C. Stiles (red.), *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

■ Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy - A practitioners guide*. New York: The Guilford Press.



Inspirasjonskonferansen 2013

ARNE REPÅL

Til toner fra Johan Sebastian Bach og Ole Bull ble Norsk Forening for Kognitiv Terapi sin Inspirasjonskonferanse på Gardermoen åpnet. Konferansen fant sted 7. og 8. november. De 250 deltakerne som hadde funnet veien til Scandic Hotel, så frem til to dager med faglig påfyll og sosialt samvær. Utenfor falt det snø uten at den satte synlige spor etter seg på bakken. Leder for foreningen, Torkil Berge, holdt en kort velkomsttale. Han avsluttet med et dikt av Jan Erik Vold, og så var konferansen i gang.

Hovedforelesere disse to dagene var Arnoud Arntz, Robert D. Friedberg og Costas Papageorgiou. Arntz var først ute. Temaet var utfordringer knyttet til CBT i forbindelse med personlighetsforstyrrelse. Arntz er professor i klinisk psykologi ved Maastricht- universitetet i Nederland. Han er en ledende terapiforsker som har utviklet metoder for behandling av personlighetsforstyrrelser og posttraumatisk stresslidelse. Han har gjennomført en studie av skjemafokusert kognitiv terapi for pasienter med personlighetsforstyrrelse, som dokumenterte svært gode resultater. Noe av budskapet var at forskningsfunn så langt tenderer mot at skjemafokusert terapi ved borderlinetilstander gir mindre frafall og noe bedre effekt. Det er imidlertid for tidlig å trekke klare konklusjoner.



Robert D. Friedberg
og Arnoud Arntz

Neste ut var Robert D. Friedberg. Han er professor ved Penn State University i USA. Hans forskning spenner over et vidt område, fra angstlidelse hos barn og ungdom til bruk av innovative metoder som improvisasjonsteater, film og rappmusikk ved kognitiv atferdsterapi for ungdom. Han har skrevet en rekke lærebøker om psykoterapi som også er i bruk her i landet. Han snakket blant annet om hvordan vi kan bli bedre terapeuter. Det er en misforståelse at kognitiv terapi bare er et sett med teknikker. Det er viktig at vi har en konseptuell forståelse. Vi må lære oss å bruke kunnskap på en fleksibel måte. Et sentralt budskap var at kognitiv terapi er en livsstil. Terapeuter må bruke en kognitiv forståelsesmodell på seg selv. Du kan ikke be pasienter gjøre noe du ikke selv vil gjøre. Flexibel og individualisert bruk av metoden er en forutsenning for å lykkes. Å være en god kognitiv terapeut innebærer å være i en livslang læringsprosess.



Costas Papageorgiou

Dr. Costas Papageorgiou er psykolog og tilknyttet to klinikker i Nordvest-England: The Abbey Sefton Hospital i Crosby, Merseyside og The Priory Hospital Altrincham i Cheshire. Han snakket blant annet om hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde depresjon og pekte på grubling som en sentral faktor. Papageorgiou er en sentral fagperson innenfor det metakognitive miljøet og har publisert en rekke artikler på området. Hans budskap var at studier så langt støtter opp om at grubling spiller en sentral rolle ved depresjon, og at en metakognitiv tilnærming, individuelt eller i gruppe, er en fruktbar tilnærming. Et spennende funn var at effekten synes større ved gruppebehandling.



Tine Møller

LANG OG TRO TJENESTE

Konferanser lager seg ikke selv. Ved siden av styret og sekretariatet i NFKT er det behov for ildsjeler som deltar i programkomiteer og på andre måter. En sentral person i denne sammenhengen er Tine Møller. Hun er utdannet fysioterapeut og har lang fartstid i Norsk Forening for Kognitiv Terapi. Hun var styremedlem i perioden 1999–2001 og har vært med på å utforme vedtektene i foreningen. Hun har vært medlem i programkomiteen for inspirasjonskonferansene siden disse startet. Hun har også vært sentral som konferansier og underholdningssjef og har bidratt i den praktiske gjennomføringen. Når hun nå trekker seg fra programkomiteen etter lang og tro tjeneste, må det derfor være på sin plass å takke for omfattende og verdifulle bidrag til foreningens arbeid.



Knut Stubben

ÅRSMØTE

I tilknytning til inspirasjonskonferansen ble det avholdt årsmøte. 57 medlemmer møtte frem. Styrlleder Torkil Berge ble gjenvalgt. Det samme gjaldt de sittende styremedlemmene, som er Jan Otterdal, Bodil Kråkvik, Tone Madland Skeie, Solfrid Raknes, Bente Aschim, Annelise Fredriksen og Bjørn Ravneberg. I tillegg ble styret utvidet med brukerrepresentant Knut Stubben fra foreningen Mental Helse. En av endringene i vedtektene som ble vedtatt, er at redaktøren for Tidsskrift for Kognitiv Terapi har møterett på styremøter. Redaktøren har talerett på linje med styrets medlemmer, men har ikke stemmerett ved beslutningssaker.

Det ble ellers vedtatt å opprette Etikuttvalg, Undervisningsutvalg og Forskningsutvalg med egne reglement. *Etikuttvalget* bistår og gir råd til medlemmer av NFKT vedrørende fagetiske aspekter ved utøvelse av kognitiv terapi. Utvalget bistår også foreningens styre og øvrige organer i fagetiske spørsmål, ut fra de vedtektene som er vedtatt av årsmøtet. *Undervisningsutvalget* skal bistå NFKTs styre og øvrige organer med kvalitetsutvikling av foreningens utdanningsvirksomhet, ut fra de vedtektene som er vedtatt av årsmøtet. Dette inkluderer standardisering og koordinering av utdanningene, evaluering og fagutvikling. *Forskningsutvalget* skal fremme og formidle forskning og fagutvikling innenfor kognitiv terapi i Norge.



Styrking av NFKTs utdanninger med praktisk trening

PETER PRESCOTT

Styret i NFKT har vedtatt at utdanningene skal utvides med ferdighetstrening. Det skal lages et program for dette, og jeg er gitt i oppdrag å bidra i dette arbeidet. Kompetanse i kognitiv terapi (KT) består av ulike bestanddeler. De viktigste er teoretisk forståelse, klinisk innsikt, erfaring og praktiske ferdigheter, alt sammen krydret med personlige egenskaper. For å bli en god kognitiv terapeut må man ha kunnskap om kognitiv terapi generelt og ulike lidelser spesielt. Evne til å lytte og kommunisere skal kombineres med smidig, målrettet og meningsfull styring av samtalen. Behandleren må være i stand til å etablere kontakt, tilpasse seg pasienten, holde fokus, undervise, demonstrere, motivere, gi tilbakemelding og utforme hjemmeoppgaver. I tillegg kommer arbeid med kasusformuleringer og iverksettelse av intervensjoner som må skje i tett samarbeid med pasienten. Listen kan gjøres lengre: Å vite når du skal fokusere på depresjon og når det er GAD eller en annen angstlidelse som er det viktigste. Å være i stand til gjøre KT selv om pasienten presenterer et uoversiktlig og skiftende symptomtilbilde.

Behandlerens personlige kompetanse i KT ser ut til å være viktig for utfall av behandling: Jo mer kompetent behandler, jo bedre resultater. Funnene er mest tydelige for angstlidelser. Kompetanseområder er beskrevet på NFKTs nettside – <http://www.kognitiv.no/kompetanseområder>. Vi vet en del om hva som skal til for å utvikle kompetanse: Få undervisning, lese bøker og artikler, prøve selv, diskutere og reflektere omkring behandlinger (både vellykkete og mislykkete), få tilbakemelding på videoopptak av egne terapier, trene på protokoller, se gode modeller i aksjon (og prøve å gjøre dem etter). Noe av det viktigste for å utvikle kompetanse er veiledet øvelse på konkrete oppgaver, gjerne gjentatte ganger til det sitter.

På NFKTs inspirasjonskonferanse i november gjorde dr. Arnaud Arntz rede for resultater fra en studie om skjematerapi for ulike personlighetsforstyrrelser, først og fremst engstelig-unnvikende. Dr. Arntz presenterte data om to grupper av terapeuter som fikk forskjellig former for opplæring. Den ene gruppen fikk 75 % forelesninger/diskusjoner og 25 % praktisk øvelse, mens den andre gruppen hadde 25 % forelesninger og 75 % praktiske øvelser. Terapeuter som hadde den praktiske opplæringen,

«Deretter vil deltakerne øve seg – om og om igjen.»

gjennomførte flere skjematapiintervensjoner, hadde mindre pasient drop-out og bedre resultater.

NFKT har påbegynt og igangsatt flere tiltak for å kvalitetssikre utøvelsen av kognitiv terapi. Ett av disse er å øke mengden praktisk trening på tre av utdanningene: Videreutdanning i kognitiv terapi for leger og psykologer og videreutdanning i kognitiv terapi for fagpersoner med 3-årig sosial- og helsefaglig utdanning, både trinn 1 og 2. Helt konkret er det snakk om å tilrettelegge for hele dager med ferdighetstrening i tilknytning til undervisningssamlingene. Tanken er at kursdeltakerne vil få se kliniske demonstrasjoner av hvordan kognitiv terapi kan gjøres, for eksempel gjennom videoopptak av reelle behandlinger, rollespill eller samtaler med pasienter. Deretter vil deltakerne øve seg – om og om igjen.

Et annet tiltak er opprettelsen av en ressursbank for de som underviser på NFKTs utdanninger. En nettside med undervisningsmateriale – powerpointpresentasjoner, diskusjonsøvelser, kasusbeskrivelser, rollespilløvelse og videolinker vil bli gjort tilgjengelig for veiledere i kognitiv terapi. Fremgangsmåten for å gjennomføre de praktiske øvelsene blir beskrevet, og man vil kunne ta utskrift av nødvendig materiale for øvelsen (kasusbeskrivelser, instruksjoner til rollespill, papir- og blyantoppgaver, relevante spørsmål og registreringskjema). Hensikten er å gjøre undervisningen enklere for kursholdere og mer variert og interessant for kursdeltakere.

Hvis du har øvelser m.m. som du bruker i undervisning, kan du sende dem til foreningen, og de vil finne veien til ressursbanken. Det kan godt være uferdige og upolerte ting. Vi skal bearbeide og ferdigstille materialet.



Trenger kognitiv atferdsterapi en sjel?

KOGNITIVE SIDESPRANG

ARNE REPÅL

Det er juletid. For meg er det først og fremst en tid for undring. Mørket innbyr til det, juleevangeliet likeså. Selv for en ikke-troende fremstår det som en fantastisk historie. Man kan si hva man vil om den, men barn utenfor ekteskap, fødsel i stall, engler, tre vise menn og en stjerne på himmelen som viser veg, må da være fantasy bedre enn noe. Dessuten har historien sjel. Det er det siste dette essayet handler om.

HVA ER EN SJEL?

Ifølge et eldre oppslagsverk jeg har stående i hyllene i skrivestuen her ved vesterhavet i Nord-Jylland hvor jeg sitter og skriver, stammer ordet sjel fra det greske *psyche* og det latinske *anima*. Ordet henspiller på det å puste og er opprinnelig betegnelsen på det som skiller et levende menneske fra et dødt. Platon mente sjelen var en udødelig ikke-stofflig bærer av det menneskelige. Aristoteles omtaler den som alle levende tings prinsipp. De fleste religioner har et forhold til sjelen. I indisk religion er reinkarnasjon, eller sjelevandring, et sentralt element. Egypterne trodde sjelen ville vende tilbake til de døde. Da var det viktig å bevare kroppen så godt det lot seg gjøre. Uten en evig kropp, ikke noe evig liv. Derav alle mumiene. Kristne klarer seg godt uten kroppen, her er det sjelens frelse som er det viktige. Sjelens skjebne er i de fleste religioner forbundet med det livet dens eier, hvem nå det er, måtte ha levd. I vår tid er den knyttet til bevisstheten, og vi skiller den fra det kroppslige. Det vil si, noen gjør det. Andre mener den er et produkt av de prosesser som skjer i hjernen. Descartes mente at denne vekselvirkningen foregikk et bestemt sted i hjernen, i *corpus pineale* (epifysen). Den greske fysikeren Galen holdt en knapp på den cerebrospinale væsken som sjelens tilholdssted. Moderne vitenskap vil avskaffe den. Rasjonelt sett er de sikkert på rett veg, men jeg tviler på om de lykkes.

LA DE SMÅ BARNA KOMME TIL MEG

I artikkelen *The Ghost in My Body: Children's Developing Concept of the Soul*, som stod å lese i *Journal of Cognition and Culture* i 2006, beskriver Richard og Harris resultatene fra to eksperimenter som prøvde å undersøke om barn som hadde blitt introdusert for begrepet sjel skilte dette fra begreper som sinn/fornuft og hjerne. I det første eksperimentet ble fire til tolv år gamle barn spurt om religiøse seremonier som dåp påvirker sinnet, hjernen

eller sjelen. Flertallet svarte at bare sjelen var forandret etter dåpen. I en oppfølgingsstudie ble seks til tolv år gamle barn testet med hensyn til hva de mente skilte sjelen fra sinnet/fornuften og hjernen. De skilte sjelen fra sinn/fornuft og hjernen langs to dimensjoner: funksjon og stabilitet. I motsetning til fornuften og hjernen mente barna ikke at sjelen var nødvendig for kognitive, ikke-kognitive eller biologiske funksjoner. De mente at sinnet og hjernen endrer seg og vokser over tid, mens sjelen forholder seg konstant. Ett syv år gammelt barn synes å ha en klar oppfatning av hvilken rolle hjernen og sinnet har for opplevelse av identitet. Når de blir spurt om hva som skjer om man transplanterte barnets hode over på en gris, er de klare på at grisen ville ha barnets minner, ønsker og personlighet, og ville hevde at den er et barn og ikke en gris. Fem år gamle barn har ikke en slik klar oppfatning. Nå bringer ikke dette oss så mye nærmere hva en sjel er, men det forteller oss at vi tidlig i livet har oppfatninger om den som gjør at vi skiller den fra andre begreper vi forbinder med det ikke-kroppslige ved mennesket.

HVA VEIER EN SJEL?

Som nevnt mente Platon at sjelen var en udødelig, ikke-stofflig bærer av det menneskelige. Det er en påstand legen Duncan MacDougall ikke delte. I april 1907 publiserte han artikkelen *Hypothesis Concerning Soul Substance Together with Experimental Evidence of The Existence of Such Substance* i tidsskriftet *American Medicine*. I innledningen til artikkelen skriver han at det er utenkelig at personlighet og bevissthet som viderefører personlig identitet, kan eksistere uten å oppta fysisk plass. Spørsmålet han stilte seg, var da om denne substansen som utgjorde sjelen har noen vekt. Med andre ord: Hva veier en sjel? MacDougall var ikke en mann som nøyde seg med spekulasjoner. Om sjelen forlater mennesket i dødsøyeblikket, burde det kunne måles. Han fikk laget en spesiell og svært nøyaktig vekt som kunne bære en seng. Så fikk han seks døende pasienter til å bli med på et eksperiment hvor de liggende i sengen skulle veies før og rett etter dødsøyeblikket. Sammen med en assistent gjennomførte han eksperimentet i 1901, seks år før artikkelen ble publisert, og kom til den konklusjonen at den gjennomsnittlig vekten av et menneskes sjel var 21 gram. Som kontrollgruppe hadde han gjort det samme eksperimentet med 15 hunder. Her ble det ikke påvist noe vekttap rett etter dødsøyeblikket. Noe tydet

på at hunder ikke har sjel. Mye kan sies om MacDougalls eksperiment. Vitenskaplig holder det ikke mål, men det er et av historiens forsøk på å avdekke om vi har en sjel, og i så fall bevise at den har substans, hva nå den skulle bestå av. Eksperimentet ble for øvrig også publisert i *Journal of the American Society for Psychical Research* og i avisen *The New York Times*. Avisen plukket for øvrig opp nyheten før den stod på trykk i fagtidsskriftene.

SJEL OG KOGNISJON

I min søken etter forståelse av begrepet sjel har jeg ikke kommet lenger enn til at det er noe som skiller det levende fra det døde, stort sett er forbeholdt mennesker, er et begrep vi har en oppfatning av tidlig i livet og som er knyttet til et liv etter døden. Hva har så det med kognitiv terapi å gjøre? Sjel er et ord de fleste knytter til noe positivt. Når vi sier noe har sjel, synes vi å mene at det fremstår som ekte. Vi sier også at et hus har sjel. Vi sier at musikk kan ha sjel. Jeg startet dette essayet med å si at juleevangeliet hadde sjel. Da er sjel brukt som motsats til det tekniske, kalde, inhumane, fantasiløse og døde. Har så sjelen en plass i en kognitiv forståelsesmodell? Tradisjonelt har ikke sjelen hatt noen fremtredende plass innenfor kognitiv terapi. Det er vel heller slik at mange har ment den manglet sjel i sin opptatthet av tabeller, manualer og skjemaer. Noe synes å være i endring. Selv om tanker om sjelen som begrep kan fremstå som irrasjonelle, tror jeg det er rasjonelt å velge å forholde seg til dem. Jeg tror det er viktig at kognitiv terapi fremstår som en terapietning med sjel. Jeg tror en kognitiv forståelsesmodell godt kan romme begrepet sjel. For meg er mindfulnessbølgen bare ett av mange tegn på denne søken etter andre verdier enn de rent rasjonelle. Emosjonsfokusert kognitiv terapi kan vel også sees på som behov for å utdype de tradisjonelle terapiformene. På Internett finnes flere koblinger mellom kognitiv terapi og sjel. Michael Loebe skriver om en tilnærming han kaller *CBT with "Soul"*. Dette beskriver han som en individuelt tilpasset tilnærming som sikter mot å unngå at CBT fremstår som kald og upersonlig. Terapeuten Laura San Nicolas bruker begrepet Soul Focused Therapy og beskriver hvordan hun bruker elementer fra kognitiv terapi kombinert med fokus på hele mennesket, ikke bare symptomene. *Kunsten å leve lykkelig* er en samtalebok mellom Dalai Lama og den amerikanske psykiateren Howard C. Cutler. Her berøres også mange sentrale temaer som er gjenkjennbare fra

en kognitiv modell. Presten Alexis Trader har skrevet om *Ancient Christian Wisdom and Beck's Cognitive Therapy: A Meeting of Minds* i boken *Cultivating the Garden of the Heart: Patristic Counsel and Cognitive Techniques for Schema Reconstruction*. Men koblingen mellom sjel og CBT er ikke ny. For 1200 år siden gav den persiske muslimen og vitenskapsmannen Abu Zayd al-Balkhi ut boken *Sustenance for Body and Soul*. Den har i moderne utgave fått undertittelen *The Cognitive Behavior Therapy Of A Ninth Century Physician*. Her beskrives psykiske plager og behandlingen av dem ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. Samtidig berører boken områder som sjel og religiøsitet, og vektlegger samspillet mellom sjel og legeme ved både fysiske og psykiske lidelser.

UIDENTIFISERBART SPIRITUELT OBJEKT

Koblingen mellom sjel og kognitiv terapi er som vi ser både av eldre og nyere dato. Noe er godt innenfor rammen av det de fleste oppfatter som en tradisjonell kognitiv forståelsesmodell, noe fremstår som mer spekulativt. Konklusjonen får være at dette uidentifiserbare spirituelle objektet (USO) synes å trives innenfor en kognitiv terapeutisk modell. De harde pakkene under juletreet var i min barndom de mest spennende. I mer moden alder kan myke pakker være like velkomne. Dersom sjel, myke verdier, humanisme og helhetssyn vurderes som motsetninger til manualbasert terapi, synes ønsket om myke pakker under treet bare å øke også blant kognitive terapeuter. Trenger kognitiv atferdsterapi en sjel? Ja, så absolutt, men den bør pleies med omtanke. For mye av den kan være like negativt som for lite. 21 gram er kanskje akkurat nok?

«Men koblingen mellom sjel og CBT er ikke ny.»

Bokomtaler

BOKOMTALE

ARNE REPÅL



Selvfølelses- og mindfulness-fokusert terapi (SMFT).
Manual for psykologisk behandling
Ole Christer Finset Lund.
Gyldendal Akademisk 2013.

Det kommer stadig nye norskspråklige bøker med fokus på kognitiv terapi. Noen er oversatt, hovedsakelig fra engelsk, mens andre bøker er skrevet av norske fagfolk. Her er et knippe av de sistnevnte.

SELVFØLELSE- OG MINDFULLNESSFOKUSERT TERAPI (SMFT)

Boken er skrevet av Ole Christer F. Lund og har undertittelen *Manual for psykologisk behandling*. Den er utgitt på Gyldendal Akademisk, er på 223 sider, og er rettet mot psykologer, leger, sykepleiere og andre med sosial- eller helsefaglig bakgrunn som ønsker å anvende SMFT i klinisk arbeid. Boken er således ikke spesifikt knyttet til kognitiv terapi som behandlingsmetode selv om mange elementer fra kognitiv terapi er omtalt i den. SMFT kan anvendes både individuelt og i grupper. Boken beskriver detaljert hvordan SMFT kan anvendes innenfor et kurskonsept. Et eget kapittel omhandler bruk av SMFT i forhold til barn. Etter min vurdering lever boken opp til undertittelen, som beskriver den som en manual for psykologisk behandling.



Behandling av psykiske lidelser hos personer med Asperger syndrom. Erfaringer fra behandling av tvangslidelser ved hjelp av Kognitiv atferdsterapi.
Redaktør Sissel Berge Helverschou.
Oslo Universitetssykehus 2012.

BEHANDLING AV PSYKISKE LIDELSER HOS PERSONER MED ASPERGER SYNDROM

Nasjonalt kompetansesenter for autisme ved Oslo universitetssykehus har gitt ut denne artikkelsamlingen på 159 sider. Redaktør er Sissel Berg Helverschou. Boken har seks artikler som omhandler ulike sider ved anvendelse av kognitiv terapi overfor mennesker med Asperger syndrom og tvangslidelser. Innledningsvis gis en oppsummert kunnskapsstatus for feltet. De øvrige artiklene er mer erfaringsbaserte. En artikkel tar således spesielt for seg anvendelse av kognitiv atferdsterapi i bofellesskap. En annen beskriver anvendelse av terapimanualen *Mestringskatten* tilrettelagt for barn med Asperger syndrom. Et artikkel jeg leste med særlig interesse, omhandlet psykoedukasjon ved angst og tvang spesielt tilrettelagt for pasientgruppen. Alt i alt en spennende artikkelsamling som gjør erfaringene fra et større pilotprosjekt lett tilgjengelig i en samlet form.



Se mulighetene. Arbeid og psykisk helse.
Torkil Berge og Erik Falkum.
Gyldendal Akademisk 2013.

SE MULIGHETENE. ARBEIDSLIV OG PSYKISK HELSE

Torkil Berge og Erik Falkum har sammen gitt ut denne boken på Gyldendal Akademi. Som tittelen viser til, er dette en bok om forholdet mellom arbeidsliv og psykisk helse. Målgruppe for boken er rådgivere, behandlere, ledere og ansatte involvert i helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen. Målet med selve boken er å hjelpe folk til å være i jobb og aktivitet til tross for helseproblemene. Med bakgrunn i en kognitiv forståelsesmodell beskrives metoder for å dempe effekten av psykiske lidelser på arbeidsevnen, hvordan styrke jobbmestring og redusere sykefravær. Boken er på 331 sider og består av åtte deler med underkapitler, totalt 22 kapitler. Et hovedbudskap er at psykiske lidelser er en hovedårsak til arbeidsfravær, og at det kan det gjøres noe med. Den gir en grundig innføring i begreper som stress, motivasjon, depresjon, angst og psykoser. Den beskriver konkrete jobbmestrende tiltak og modeller for yrkesrettet attføring. Bruk av sykemelding er et eget tema. Boken setter lys på forholdet mellom psykisk helse og arbeid og bør være et nyttig verktøy for målgruppen.



Lederen har ordet

TORKIL BERGE

Møteplasser for kognitive terapeuter

Det er morsomt at vi i styret med jevne mellomrom blir informert om flotte tiltak rundt omkring i landet. Et ferskt eksempel er en gruppe kognitiv terapeuter i Østfold som nå starter et eget ”nettverk for oss som brenner for kognitiv terapi, og som stadig erfarer at teori er lettere enn praksis”. Utgangspunktet er at vi som terapeuter møter mange av de samme utfordringene i behandling av og samarbeid med brukere av kognitiv terapi. Derfor er det så nyttig å møtes og få innspill fra andre, og høre om deres egne erfaringer og refleksjoner.

Marianne Alshus og de andre initiativtakerne ved Enhet for kognitiv gruppeterapi, Distriktpsikiatrisk senter Moss, ønsker å skape et forum både for de som jobber i senteret og samarbeidspartnere i kommunene, med møter en gang i måneden. Hovedoverskrifter er diskusjon, refleksjon, terping på teknikk og gjensidig veiledning. Deltakerne kan selv sende inn forslag til problemstillinger og temaer.

For et par år siden arrangerte foreningen en dialogkonferanse om teamet implementering av kognitiv terapi. Hvordan kan vi hjelpe hverandre til å holde engasjementet oppe og ferdighetene ved like? De 150 veilederne som var til stede på konferansen, trakk nettopp frem behovet for ”kognitive møteplasser”. Å starte nettverk lokalt slik man nå gjør i Moss er bare så bra, og noe som kan inspirere til tilsvarende samlinger også andre steder!

Styret har nå satt i gang et arbeid for å få etablert faste regionale møteplasser for de snart over 200 veilederne i kognitiv terapi. Vi vil utforme et godt system for finansiering og organisering av jevnlig inspirasjonstreff, med programmer som vekker interesse og sikrer godt oppmøte. Våren 2014 vil det bli holdt slike arrangementer over hele landet. Kontinuerlig nettverksbygging og gode møteplasser er avgjørende for at vi skal opprettholde bærekraftige miljøer innenfor vår terapeutiske tilnærming.



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, kontaktinformasjon 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.

RETURADRESSE

NFKT

Helgelandsmoen Næringspark, bygg 32a
3512 Hønefoss

ISSN 1504-3142



**NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI**