



Norsk forening for
kognitiv atferdsterapi®

STUDIEPLAN

Opplæringsprogram i kognitiv atferdsterapi for Rask psykisk
helsehjelp

Innledning

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er en kunnskapsbasert modell i den kommunale helsetjenesten, for behandling av innbyggere over 16 år med angst, mild til moderat depresjon, søvnvansker og/eller begynnende rusmiddelproblemer. Disse folkehelseproblemene er forbundet med redusert livskvalitet og økt risiko for å falle ut av arbeidslivet. Lett tilgjengelige tjenester har vært en mangelvare. RPH skal bidra til å styrke det samlede psykisk helsetilbudet i kommunen og gi bedre tilgang til kunnskapsbasert behandling.

Evalueringer av de engelske sentrene for «NHS Talking Therapies, for anxiety and depression» – en modell for RPH – viser at kognitiv atferdsterapi lar seg etablere som en nasjonal helsetjeneste, med dokumentert gode resultater. Se <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/nhs-talking-therapies/>

Studier utført av Folkehelseinstituttet viser betydelig reduksjon av psykiske plager og god brukertilfredshet ved behandling i RPH. Resultatene holder seg ved oppfølging to år etter behandling. Kognitiv atferdsterapi er generelt en dokumentert behandlingsmetode for psykiske lidelser, som fremheves i nasjonale og internasjonale retningslinjer.

Kognitiv atferdsterapi har dokumentert effekt for målgruppene for RPH, utøvd som et lavterskeltilbud av ulike helseprofesjoner. En felles behandlingstilnærming muliggjør veksling mellom ulike behandlingstilbud i RPH, for eksempel kurstilbud og digital behandling.

RPH bygger på en «mixed care»-modell, det vil si at teamet tilbyr individuelt tilpasset behandling gjennom undervisningsbaserte kurs, veiledet selvhjelp, behandlingsgrupper og/eller psykoterapi. Denne modellen gir et fleksibelt og variert tilbud, noe som gjør det mulig for innbyggere i en kommune å få tilgang på effektiv behandling. RPH-håndboka beskriver organisering av og innhold i RPH:

<https://napha.no/content/26045/rph-handboka>

Regjering og Storting vil fortsette satsingen på RPH, for at innbyggere i alle norske kommuner får tilgang til likeverdige, kvalitetssikrede og effektive tjenester innenfor psykisk helse. Helsedirektoratet har etablert og finansierer nasjonale ordninger for implementerings- og tjenestestøtte, slik at kommunene både kan opprette og opprettholde RPH. Det inkluderer et opplæringsprogram og en veiledningsordning samt hjelp til implementering. Et nasjonalt register for RPH er under utvikling. Se

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/rask-psykisk-helsehjelp>

Nasjonalt opplæringsprogram og veiledningsordning

Alle terapeutene i RPH gjennomfører en skreddersydd videreutdanning for RPH, finansiert av Helsedirektoratet, og levert av Norsk forening for kognitiv atferdsterapi.

Opplæringsprogrammet for RPH:

- Er gratis for kommuner som har vedtatt å opprette RPH, eller som allerede har RPH-team og har nyansatte med behov for opplæring.
- Lærer RPH-terapeutene å gi effektiv behandling av god kvalitet.
- Legger vekt på tverrprofesjonell behandling i team med kognitiv atferdsterapi som metode.
- Gir opplæringsmoduler tilpasset behovene til brukernes av RPHs tjenester, og utforming av kurstilbud, gruppeterapi og digital behandling.
- Vektlegger samarbeid med andre deler av helsevesenet, da spesielt fastlege.

Etter fullført utdanning får terapeutene tilbud om å delta i en nasjonal veiledningsordning.

Veiledningsordningen for RPH finansieres av Helsedirektoratet, og skjer hovedsakelig digitalt. Terapeuter fra ulike RPH-team går sammen i veiledningsgrupper med en ekstern veileder, hvor de møtes og reflekterer, deler erfaringer og lærer av hverandre. Mellom hver gruppeveiledning får terapeutene tilbud om å delta på webinarer tilpasset RPH, slik at de fortsatt får faglig påfyll også etter endt utdanning. Hensikten er å støtte terapeutene i deres kliniske arbeid og faglig utvikling, samt legge til rette for deling og læring på tvers av RPH-team.

Utdanningsprogram Rask psykisk helsehjelp NFKT

Utdanningsprogrammet omfatter 312 timer fordelt 13 samlinger.

Innhold

- Kognitiv atferdsterapi ved angstlidelser, depresjon, søvnproblemer og lettere rusmiddelproblemer.
- Tiltak for å sikre implementering av RPH som et kunnskapsbasert lavterskeltilbud og ivaretagelse av RPH-modellen.
- Vurdering av hvem som er i målgruppen for RPH, og hvem som bør henvises videre.
- Vurdering av egnet tilbud i RPH, for eksempel veiledet selvhjelp og digital behandling, undervisningsbaserte kurs, gruppebehandling og individualterapi, eller en kombinasjon av flere tilbud («mixed care»)
- Jobbfokusert kognitiv atferdsterapi og arbeidsrettede tiltak for å unngå langvarig sykmelding.
- Samtaler om situasjonen til deprimerte foreldres barn, og vurdering av støttetiltak for foreldrene.
- Tilrettelegging av behandling for eldre brukere.
- Samtaler med brukere fra etniske minoriteter, og gjennomføring av kultursensitiv behandling.
- Bruk av digital behandling og veiledet selvhjelp.
- Gjennomføring av undervisningsbaserte kurs.
- Bruk av kartleggingsinstrumenter, tilbakemeldingsverktøy og klinisk intervju.
- Metoder for systematisk evaluering av om behandlingen er til hjelp for den enkelte bruker.
- Identifisering av risiko for selvmord, og gode rutiner for rask henvisning til spesialisert oppfølging.
- Metoder for samhandling mellom RPH og andre aktører i helsetjenestene.

Læringsutbytte etter fullført videreutdanning

Kunnskap

- inngående kunnskap om spesifikke intervensjoner i kognitiv atferdsterapi for depresjon, angstlidelser, søvnproblemer og begynnende rusmiddelproblemer.
- inngående kunnskap om RPHs organisering og funksjon.
- inngående kunnskap om kommunikasjons- og samhandlingsprosesser i relasjonelt og tverrfaglig psykisk helse-, rus- og avhengighetsarbeid.

Ferdigheter

- kan utøve kognitiv atferdsterapi på en selvstendig måte ut fra følgende [fem kompetanseområder](#) (lenke).
- kan anvende kognitiv atferdsterapi til personer med depresjon, angstlidelser, søvnvansker og begynnende rusmiddelproblemer.
- kan gjennomføre kartlegging som gir et godt utgangspunkt for valg av behandlingstilbud.
- kan vurdere hvilket behandlingstilbud i RPH som er best egnet for den enkelte bruker.
- kan formidle hovedprinsippene i kognitiv atferdsterapi.
- kan samhandle om RPH med andre aktører i helsetjenesten/tverrprofesjonelt samarbeid
- kan formidle psykisk helse i folkehelsearbeid.
- kan bidra til møteplasser for inkludering og medborgerskap.

Generell kompetanse

- kan gjennomføre kognitiv atferdsterapi med personer som har depresjon, angstlidelser, søvnproblemer og begynnende rusmiddelproblemer basert på brukerinvolvering.
- kan kritisk analysere og reflektere over egen behandlingspraksis.
- kan identifisere og analysere problemer og dilemmaer i kognitiv atferdsterapi og tverrfaglig samarbeid.
- kan formidle selvstendig kognitiv atferdsterapeutisk arbeid i RPH.
- kan utøve behandlingsoppgaver som ligger til det kommunale, lavterskel behandlingstilbudet RPH.

Målgruppe

Videreutdanningen er rettet mot ansatte terapeuter i RPH. Behandlingen gis av tverrprofesjonelle team, og det er fortrinnsvis psykolog tilknyttet hvert team.

Omfang

Videreutdanningen strekker seg over to semestre (13 måneder), totalt 312 timer, derav 208 timer undervisning og 104 timer ferdighetstrening.

Deltakerne må være engasjert i pasientarbeid og følge behandling av minst to pasienter i målgruppen for RPH over tid, mens utdanningen pågår. I forbindelse med ferdighetstreningen må behandler fremskaffe to videoer av behandlingssamtaler.

Alle deltakerne skal delta i kollegaveiledning.

Undervisningssamlingene

Undervisningssamlingene veksler mellom forelesning, modellæring, ferdighetstrening, dialog og refleksjon over egen klinisk praksis. Det anbefales at en danner kollokviegrupper for litteraturgjennomgang, ferdighetstrening og rollespill mellom samlingene.

Ferdighetstrening

Ferdighetstrener demonstrerer sekvenser av kognitiv atferdsterapi før det samme praktiseres i grupper på to eller tre deltakere. Gruppene rollespiller samme sekvens og bytter på å være terapeut, observatør og pasient.

Opptak av behandlingssamtaler

Deltakerne fremskaffer to videoer av behandlingssamtaler. Én video fremvises i mindre grupper på ferdighetstreningen og én skal innleveres. Samtalene må være med reelle personer som mottar behandling, og rollespill godkjennes ikke. Ett av opptakene evalueres med Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale - **CTACS** (lenke). Det andre opptaket brukes i ferdighetstreningen som utgangspunkt for refleksjon, rollespill og øvelse av terapeutferdigheter.

Kollegaveiledning

Kollegaveiledning foregår mellom to deltakere, vanligvis via telefon eller videosamtale, 50 minutter per gang, fordelt jevnt gjennom hele utdanningsforløpet. Kravet er minimum fem møter per semester, det vil si ti møter totalt. **Kollegaveiledning** dokumenteres i form av en enkel loggføring.

Eksamen

Det avholdes en individuell tre timers skriftlig eksamen. Personer med norsk som andrespråk og personer med lese- og skrivevansker kan søke om en time utvidet eksamenstid. Dersom man har gyldig fravær (legeerklæring kreves), eller har strøket på eksamen, får man mulighet til å gå opp til ny eksamen to ganger.

Opptakskrav

Opptakskravet er at deltaker har embetsstudium i psykologi eller helse- og sosialfaglig bachelorutdanning, og er i arbeid med RPH. Rammene for å tilby kognitiv atferdsterapi for pasienter i RPH må være til stede på arbeidsplassen gjennom hele utdanningen.

Godkjenning

Godkjent diplom fra NFKT forutsetter minst 90 % deltakelse på undervisningsdagene og 100 % deltakelse på ferdighetstrening samt bestått avsluttende eksamen. Fraværslister vil bli ført. Alle arbeidskrav (innlevering av video og loggføring av kollegaveiledning) må være gjennomført og godkjent før eksamen.

Innhold i samlingene

Samling 1 (3 dager)

Dag 1 og 2: Introduksjon til kognitiv atferdsterapi og Rask psykisk helsehjelp
RPH-modellen: organisering og funksjon.
Strategier for implementering av et lavterskel helsetilbud.
Generelle terapeutiske ferdigheter og grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi.
Samhandling med fastleger og andre deler av helse- og sosialtjenestene.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 2 (3 dager)

Dag 1 og 2: Depresjon, kartlegging og behandling
Generelle ferdigheter i kognitiv atferdsterapi.
Problemspesifikke ferdigheter for kognitiv atferdsterapi ved depresjon.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 3 (3 dager)

Dag 1 og 2: Angstlidelser, kartlegging og behandling del 1.
Problemspesifikke ferdigheter i kognitiv atferdsterapi for spesifikke fobier, agorafobi og panikk lidelse.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 4 (3 dager)

Dag 1 og 2: Angstlidelser, kartlegging og behandling, fordypning del 2
Problemspesifikke ferdigheter i kognitiv atferdsterapi ved sosial angstlidelse

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill

Samling 5 (3 dager)

Dag 1: Veiledet selvhjelp som behandlingsmetode i RPH: prinsipper, gjennomføring og evidens

Dag 2: Undervisningsbaserte mestringskurs i RPH
Psykoedukasjon
Gruppebehandling
Prinsipper og evidens.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 6 (3 dager)

Dag 1 og 2: Kognitiv atferdsterapi ved insomni
Bruk av søvndagbok, stimuluskontroll og søvnrestriksjon.
Mentale strategier.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 7 (3 dager)

Dag 1 og 2: Hjelp til jobbmestring.
Ferdigheter i jobbfokusert kognitiv atferdsterapi.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 8 (3 dager)

Dag 1 og 2: Kognitiv atferdsterapi ved rusmiddelproblemer.
Problemspesifikke ferdigheter i kartlegging, rådgivning, veiledet selvhjelp og behandling
ved rusmiddelproblemer.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 9 (3 dager)

Dag 1 og 2: Kognitiv atferdsterapi ved krisereaksjoner og posttraumatisk stresslidelse
Psykologisk førstehjelp ved kriser
Problemspesifikke ferdigheter i kognitiv atferdsterapi ved posttraumatisk stresslidelse.

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 10 (3 dager)

Dag 1: Vurdering av suicidalitet – møte med selvmordsrisiko

Dag 2: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Dag 3: Kulturkompetanse og kultursensitivitet i behandling

Samling 11 (3 dager)

Dag 1: Behandling ved bekymringsangst og generalisert angstlidelse

Dag 2: Behandling ved sinneproblemer i relasjoner

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 12 (3 dager)

Dag 1: Arbeid for og med barn som pårørende

Dag 2: Kognitiv atferdsterapi med eldre

Dag 3: Ferdighetstrening
Demonstrasjon og rollespill.

Samling 13 (3 dager)

Dag 1 og 2: Rask psykisk helsearbeid i klinisk praksis: oppsummering av videreutdanning
De fem kompetanseområdene.
Forebygge frafall i terapi.
Avslutning av terapi.

Eksamen

Eksamen gjennomføres ca. 2 uker etter siste samling.

Pensum

Bøker

Beck, J. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (3. utgave). New York: Guilford.

Dansk utgave: *Kognitiv adfærdsterapi. Grundlag og perspektiver*. Akademisk Forlag, 2023.

Berge, T. & Repål, A. (red.). (2022, 3. utgave). *Håndbok i kognitiv atferdsterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kennerley, H., Kirk, J. & Westbrook, D. (2017). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications* (3. utg.). London: Sage Publications.

Martell, C.R., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2022). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide* (2. utg.). New York: Guilford Press.

Martinsen, E. (2018). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nordgreen, T. & Repål, A. (2019). *Veiledet internettbehandling. Digitale verktøy for psykisk helsehjelp*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Prescott, P. & Tvedten, T. (2019). *Kognitiv terapi i behandling av rusmiddelproblemer*. Kapittel 1–5, 10 og 11. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rapporter

Bøen, H. & Kaasa, A. (2014). *Evaluering av «Takk bare bra ...» – et kurs for eldre i forebygging og mestring av depresjon*. [Rapport 2014/4. Diakonhjemmet Høgskole](#).

Kaspersen, S. L., Gunnes, M. & Ose, S. O. (2022). Følgeevaluering av omleggingen fra prosjekt «Raskere tilbake» til drift av Helse og arbeid-tilbud i spesialisthelsetjenesten. [SINTEF sluttrapporthelsearbeid](#)

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) (2018). [God hjelp når det trengs. Lavterskeltilbud i kommunene til voksne med lettere psykisk helse- og rus utfordringer](#). (PDF) Rapport nr. 2/18.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) (2022). *RPH-håndboka. Anbefalinger basert på nasjonale retningslinjer og ti års erfaringer med Rask psykisk helsehjelp*. [Utgave nr. 1/2022](#).

Generell kognitiv atferdsterapi

Harvey, A.G., Lee, J., Williams, J. et al. (2014). Improving outcome of psychosocial treatments by enhancing memory and learning. *Perspectives on Psychology Sciences*, 9(2), 161–179.

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691614521781>

Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B. & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86–113.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-020-00095-2>

Shafraan, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G. et al. (2000). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902–909.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796709001697>

Salkovskis, P.M., Sighvatsson, M.B. & Sigurdsson, J.F. (2023). How effective psychological treatments work: mechanisms of change in cognitive behavioural therapy and beyond. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 595–615. [doi:10.1017/S1352465823000590](https://doi.org/10.1017/S1352465823000590).

Depresjon

Buckman, J.E.J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S.D., Fearon, P. & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, 64, 13–38.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T.A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 144(3), 288–299.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13335>

Cuijpers, P., Munoz, R.F., Clarke, G.N. et al. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK77775/>

Dimidjian, S., Barrera, M. Jr., Martell, C., Muñoz, R.F. & Lewinsohn, P.M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38.

López-López, J.A., Davies, S.R., Caldwell, D.M. et al. (2019). The process and delivery of CBT for depression in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49, 1937–1947.

Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J. & Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*, [1–14](#).

Eldreperspektivet

Bhar, S.S. & Brown, G.K. (2012). Treatment of depression and suicide in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*(1), 116–125. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.005>

Laidlaw, K., Kishita, N. & Chellingsworth, M. (2016). *A clinician's guide to CBT with older people*. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).

<https://www.uea.ac.uk/documents/20142/603973/norwich-medical-school-cbt-with-older-people.pdf/941b8682-eea1-05cc-0d21-a96d7e77aa47?t=1576366546518>

Laidlaw, K. (2021). Cognitive behavioral therapy with older people. I: A. Wenzel (Red.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications* (s. 751–771). Washington, DC: American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/0000219-024>

Berge, T., Heier, E.B., Wright, D., Hannisdal, M. & Gjengedal, R.G.H. (2019). *Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder*. Diakonhjemmet Sykehus.

<https://www.diakonhjemmetsykehus.no/49a7cd/siteassets/documents/vpa/behandlingsveileder-jobbfokusert-terapi/veileder-jobbfokusert-terapi-05--2022.pdf>

Foreldreveiledning

Berge, T. & Østberg, E. (2020). *Foreldreveiledning ved depresjon. En guide for behandlere og rådgivere*.

https://www.vid.no/site/assets/files/21242/200808-01-a4_foreldreveiledning_for_depresjon-lr.pdf

Insomni

Bjorvatn, B., Kallestad, H., Langsrud, K., Vedaa, Ø., Pallesen, S., Waage, S. ... & Abeler, K. L. (2023). Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av

døgnrytmelidelser. <https://munin.uit.no/handle/10037/32771>

Meyer, N., Harvey, A. G., Lockley, S. W. & Dijk, D. J. (2022). Circadian rhythms and disorders of the timing of sleep. *The Lancet*.

Perlis, M. L., Posner, D., Riemann, D., Bastien, C. H., Teel, J. & Thase, M. (2022). Sleep and sleep disorders 2
Insomnia. *Lancet*, 400, 1047–1460. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00879-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00879-0/abstract)

Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G. ... & Spiegelhalder, K. (2017).
European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6),
675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>

Agorafobi og panikklidelse

Bilet, T., Olsen, T., Andersen, J.R. & Martinsen, E.W. (2020). Cognitive behavioral group therapy for panic
disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. *BMC
psychiatry*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02679-w>

Craske, M. (2015). Optimizing exposure therapy for anxiety disorders: An inhibitory learning and inhibitory
regulation approach. *Verhaltenstherapie*, 25(2), 134–143. <https://doi.org/10.1159/000381574>

Liness, S., Beale, S., Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Ehlers, A. & Wild, J. (2021). Assessing panic disorder-specific
competencies: evaluation of the Cognitive Therapy Competence Scale for panic disorder.
Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 49(2), 197–205.

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F. et al. (2022). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies
for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review and network meta-analysis of
randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 221(3), 507–519.

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F. et al. (2023). CBT treatment delivery formats for panic disorder: a
systematic review and network meta- analysis of randomised controlled trials. *Psychological
Medicine*, 53, 614–624.

Sosial angstlidelse

Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. I: W. Crozier & L. E. Alden (red.), *International
handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (s.
405–430). John Wiley & Sons.
<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=e9e2cf2cbebb555b843ebbfd0fa4109806ef8857>

Leight, E. & Clark, D.M. (2018). *Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents*.

<https://oxcadatresources.com/therapist-manuals/>

Thew, G.R., Ehlers, A., Grey, N. et al. (2020). Change processes in cognitive therapy for social anxiety disorder delivered in routine clinical practice. *Clinical Psychology in Europe*, 30;2(2):e2947.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34870201/>

Wild, J. & Clark, D.M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioural Practice*, 18(4), 433–443. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3267018/>

Warnock-Parkes, E., Wild, J., Stott, R., Grey, N., Ehlers, A. & Clark, D.M. (2017). Seeing is believing: Using video feedback in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioural Practice*, 24(2), 245–255. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29033532/>

Posttraumatisk stresslidelse

Ehlers, A. & Wild, J. (2022). Cognitive therapy for PTSD: Updating memories and meanings of trauma. I: U. Schnyder & M. Cloitre (red.), *Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians* (s. 161–187). Sveits: Springer International Publishing.

Lewis, C. Roberts, N.P., Andrew, M., Starling, E. & Bisson, J.I. (2020) Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11:1, 1729633, DOI: [10.1080/20008198.2020.1729633](https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633)

Murray, H., Grey, N., Warnock-Parkes, E. et al. (2022). Ten misconceptions about trauma-focused CBT for PTSD. *Cognitive Behaviour Therapist*, 22;15. doi: [10.1017/S1754470X22000307](https://doi.org/10.1017/S1754470X22000307)

Murray, H., Merritt, C. & Grey, N. (2016). Returning to the scene of the trauma in PTSD: why, how and when? *The Cognitive Behaviour Therapist*, 8, [e29](https://doi.org/10.1017/S1754470X16000029).

Implementering av helsetjenester

Clark, D.M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S. & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32133-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32133-5/fulltext)

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4, 1–15. doi:10.1186/1748-5908-4-50

Møte med selvmordstruede

Goldman-Mellor, S. & Qin, P. (2024). Interpersonal violent injury and subsequent risk of suicide and deliberate self-harm: a register-based national cohort study from Norway, 2010–2018. *EClinicalMedicine*. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102442.

Helsedirektoratet (2024). Selvmordsforebygging i psykisk helsevert og tverrfaglig spesialisert rusbehandling [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 15. april 2024, lest 16. april 2024). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/selvmordsforebygging-i-psykisk-helsevern-og-tsb>

Helsedirektoratet (2017). Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 27. april 2021, lest 16. april 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

Repål, A. (2015). Kognitiv atferdsterapi ved selvmordsfare. *Suicidologi*, 17(2). doi.org/10.5617/suicidologi.2158

RVTS Øst – Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (2023). *Forstå mennesker i selvmordskrise*. <https://www.snakkomselvmord.no/selvmordskrise/forsta/>

Evaluering av RPH

Knapstad, M., Lervik, L.V., Sæther, S.M.M., Aarø, L.E. & Smith, O.R.F. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian version of Improving Access to Psychological Therapies: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105. doi: 10.1159/000504453.

Knapstad, M. & Smith, O.R.F. (2021). Social anxiety and agoraphobia symptoms effectively treated by Prompt Mental Health Care versus TAU at 6- and 12-month follow-up: Secondary analysis from a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 38(3), 351–360.

Smith, O.R.F., Sæther, S.M.M., Haug, E. & Knapstad, M. (2022). Long-term outcomes at 24- and 36-month follow-up in the intervention arm of the randomized controlled trial of Prompt Mental Health Care. *BMC Psychiatry*. 2022 Sep 9;22(1):598. doi: 10.1186/s12888-022-

[04227-0.](#)

Sæther, S.M.M., Knapstad, M., Grey, N., Rognerud, M.A. & Smith, O.R.F. (2020). Long-term outcomes of Prompt Mental Health Care: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 135, 103758

Sæther, S. M., Knapstad, M., Grey, N. & Smith, O. R. (2022). Moderators of treatment effect of Prompt Mental Health Care compared to treatment as usual: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research Therapy*, 158, 104198. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104198>

Kulturkompetanse og kultursensitivitet i behandling

Beck, A., Naz, S., Brooks M. & Jankowska, M. (2019). *IAPT black, asian and minority ethnic service user positive practice guide*. <https://lewishamtalkingtherapies.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/IAPT-BAME-PPG-2019.pdf>

Kulturformuleringsintervjuet (CF) DSM-5. Et klinisk verktøy i klinisk kommunikasjon. Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI) og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP), 2015. [Kulturformuleringsintervjuet i FHI](#)