



BBC 129: DIGITAL TEMADAG OM TREDJE GENERASJONS BEHANDLING

Det gode gamle nafoseminaret er som kjent ikke helt seg selv for tiden. I et år nå har Nafo i stedet arrangert større og mindre digitale seminarer rundt omkring, noen med et begrenset publikum live, og alle med en god del påmeldte på nettet. Løsningen har fungert godt, både faglig og økonomisk, men for all del, vi savner hovedseminaret, og hotellivet på fantastiske Storefjell. Forhåpentligvis, og etter mye å dømme, går det av stabelen den siste helgen i oktober. Så godt det skal bli! I mellomtiden må vi altså klare oss med noe à la det som ble arrangert på Anker hotell i Oslo 30. april. Temadagen handlet om tredje generasjons behandling, eller psykoterapi. De fleste har vel fått med seg at vi fikk atferdsanalyse og atferdsterapi sånn ca. midt i forrige århundre. De ble supplert med kognitiv atferdsterapi fra rundt 1970, mens den tredje generasjonen, eller bølgen, kom på 1980- 90-tallet. Noen fjerde generasjon har ingen ennå snakket om så langt jeg vet, men det er vel bare et tidsspørsmål.



To av våre unge og raskt stigende atferdsstjerner som også er noen skikkelige sjarmører, Martin Ø. Myhre og Stian Orm. Begge hadde flotte framlegg på temadagen.

De programansvarlige for seminaret var Martin Øverlien Myhre, Jon Løkke og Knut-Aleksander Brath. Myhre er stipendiat ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, og har markert seg mye på kort tid. Han innledet temadagen med å snakke om hva som er felles for det virvaret av retninger som går under paraplyen «tredje generasjon», og hvor de kommer fra. Han snakket mest om retninger som dialektisk atferdsterapi, mindfulnessbasert kognitiv atferdsterapi, metakognitiv terapi, og «vår egen» aksept- og forpliktelsesterapi, men listen var enda litt lengre. Alle retningene har mer eller mindre atferdsanalyse og atferdsterapi i bunn. Et annet fellestrekk er at de er mye preget av østens filosofi, der særlig det som dreier seg om aksept og mindfulness, skriver seg fra. Generelt har de også hentet en del fra

motiverende intervju. Retningene skiller seg også litt fra hverandre, og har hver for seg plukket litt fra forskjellige steder. Blant annet er en del øvelser innenfor ACT påvirket av gestaltterapi, mens validering er hentet fra mer klientsentrert terapi. Alt i alt er det mange løse tråder, og retningene glir over i hverandre. Tredje generasjon har derfor et visst suppe- eller lapskauspreg, og lite tyder på noen samling, eller fusjonering, av retningene.

Neste ut var Løkke, som har Høgskolen i Østfold som sin hovedbase. Han fortalte at han leste om ACT for første gang for nærmere 15 år siden, etter at jeg hadde skrevet om det. I starten hadde han vært skeptisk. Det hadde vært mange vage begreper, men etter hvert hadde han tatt det mer seriøst. Han hadde også oppdaget at når man dukket litt ned i materien, var det nokså klart at mye var temmelig forenlig med mer grunnleggende atferdsanalyse. Han kom også med noen kritiske kommentarer i et senere framlegg som handlet om hvordan verdier forstås og brukes innenfor ACT (som vi kommer tilbake til).



Årkjølen i flott sol midt i mai.

Så var det meg. Jeg snakket om hva psykiske lidelser er, hva som skiller dem og hva de har felles, at de er atferd, og at behandling ikke kan gis ut fra diagnose, men ut fra til dels avanserte funksjonelle analyser av atferd som inngår i dem. Jeg snakket om at forutsetninger for å gå i behandling, og for endring, varierer mye, og at vi må ta konsekvensen av det. Noen endrer atferd selv, noen gjør det med litt støtte, noen trenger miljøbehandling, og noen ønsker ikke endring, og må kontrolleres eller tvinges til endring hvis det er nødvendig nok. Jeg slo også et slag for praktiske og konkrete løsninger, og selvfølgelig for at atferdsanalyse har mye å komme med, ikke minst i vanskelige saker der psykisk helsevern og andre instanser har kommet til kort. Ellers mente jeg at oppdragelse, og holdninger i vår kultur, er viktigere enn behandling for befolkningens psykiske helse. Mot slutten kom jeg med en litt frekk påstand: Jeg fortalte at jeg hadde møtt en pasient som er student, og som hadde gått til psykolog for en lettere depresjon som følge av isolasjon under koronatiden. Jeg mente at slikt ikke har noe hos psykolog å gjøre,

og at det studenten trengte, var å få tilrettelagt litt sosial kontakt. Det viste seg at min påstand ikke var omstridt i *den* forsamlingen, men det kan den nok være blant de som mener at «samtale med psykolog» løser det meste.

Fredrik Walby fra Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord hadde et uhyre interessant innlegg som særlig handlet om hvordan det arbeides innenfor psykisk helsevern, eller «psykiatrien». Han fortalte at han da han begynte på psykologistudiet, var klimaet polarisert. Man måtte «gifte seg» med Freud eller Skinner, men han ville ingen av delene. Det var imidlertid ingen tvil om at han så verdien av atferdsanalyse, og av funksjonelle analyser av forhold som påvirker pasienters atferd. Han fortalte at han har vært på store kongresser i USA for noe i retning av kognitiv atferdsterapi. Selv om deltakerne ikke er atferdsanalytikere, sier veldig mange av dem at de har atferdsanalyse som utgangspunkt, og alltid har *kontingenser* in mente. Det er nokså forskjellig fra i Norge, der slik tenkning er fraværende i store deler av psykiatrien. I den forbindelse ga han eksempler på at atferdsanalytisk tenkning, og ditto tiltak, hadde snudd opp ned på mange alvorlige situasjoner. Hans spesialfelt er altså selvmord. Et eksempel som han ga fra det feltet, var en ung kvinne som hadde gjort gjentatte nokså ufarlige «selvmordsforsøk». De resulterte i innleggelse og mye annet styr, også for familien. Som en følge av atferden hadde imidlertid familien tatt mer hensyn til henne, hun hadde blitt mer fornøyd med tilværelsen, og roet seg! Atferdsanalytiske funksjonelle analyser, og alternative atferder, var altså høyaktuelt, men fagpersoner hadde ikke sett skogen for bare trær. Han kommenterte også den store vekten som psykiatrien legger på relasjoners helbredende kraft. Hva med pasienter som knapt kan fungere i slike relasjoner, og som trenger mer konkrete tilnærminger?



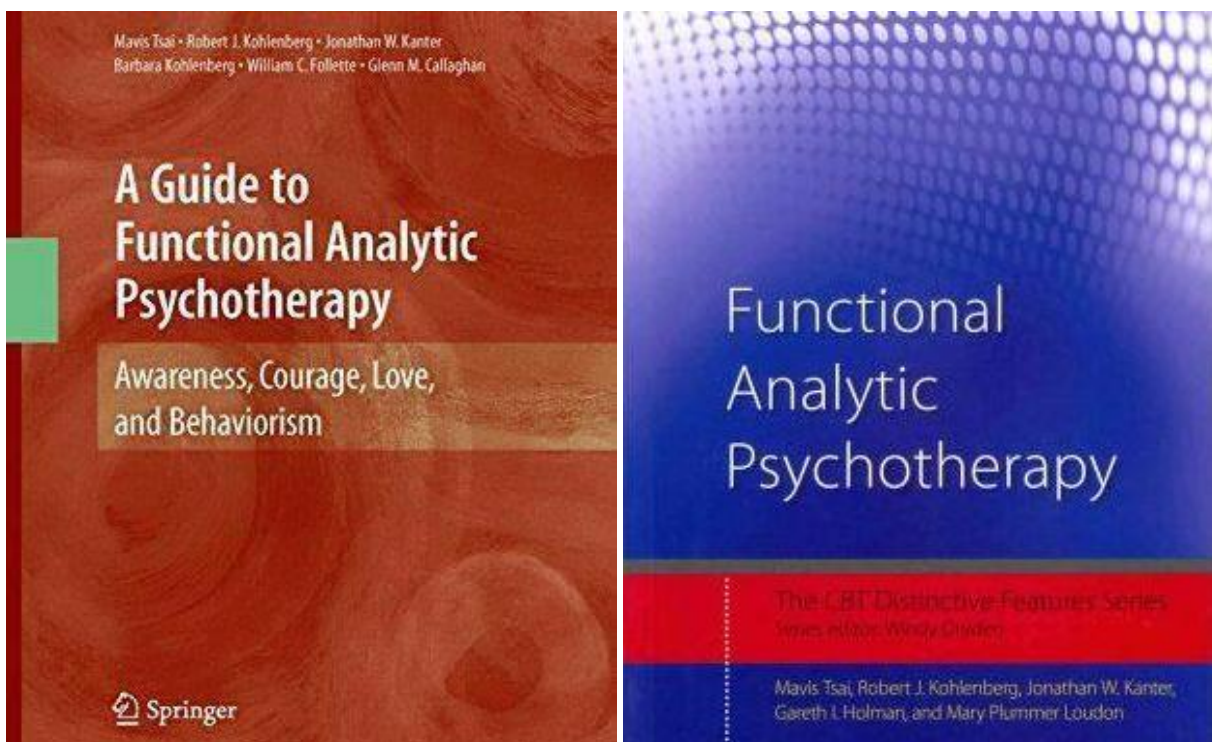
To av de dyktige presentørene på temadagen, Fredrik Walby og Anita J. Tørmoen.

Så var Løkke på scenen igjen, sammen med sin relativt faste *faglige* partner, Stian Orm, stipendiat ved Sykehuset Innlandet. De snakket mest om sekvensiell komorbiditet, det vil si at noen former for sykdom etterfølges av annen sykdom, og at sykdom kan disponere for senere sykdom. En studie fra New Zealand hadde fulgt personer gjennom oppveksten og opp i voksen alder, og funnet noen mønstre. Funnene er interessante nok, men dessverre hadde de tatt utgangspunkt i diagnoser. Det er nemlig vanskelig å se hvordan en psykisk lidelse, i betydningen en kategori i ICD-10, kan være årsak til annen psykisk lidelse, selv om en lidelse kan øke *sannsynligheten* for en annen, rent statistisk. Løkke og Orm tok derfor til orde for en mer funksjonell tankegang, som før øvrig samsvarte godt med hva jeg og Walby hadde snakket

om. Når man ser på det mer grunnleggende og funksjonelle, ser man at noen konkrete faktorer faktisk *disponerer* for sykdom på forståelige måter. Det er faktorer som uklare og negative emosjoner, dårlig emosjonsregulering, kognitive vansker, tankeforstyrrelser og psykologisk infleksibilitet (som vel like godt kunne hete rigiditet). Mye av det er nettopp faktorer som man er opptatt av innenfor den tredje generasjonen som var dagens tema.

Jon Magnus Eilertsen, stipendiat ved Oslo Met, ga en innføring i relasjonell rammeteori, eller RFT (relational frame theory), som for n'te gang er en ny atferdsanalytisk tilnærming til språk, eller det verbale. Han sa mye av det jeg har skrevet i en rekke artikler og kapitler om ACT, der en innføring i RFT hører med fordi det er viktig i ACT. Men Eilertsen var veldig flink til å forklare det enkelt, og til å få det «ned på jorden». Så er det jo lov å lure på hvorfor det ofte framstilles så vanskelig, som i Hayes, Barnes–Holmes og Roches bok fra 2001.

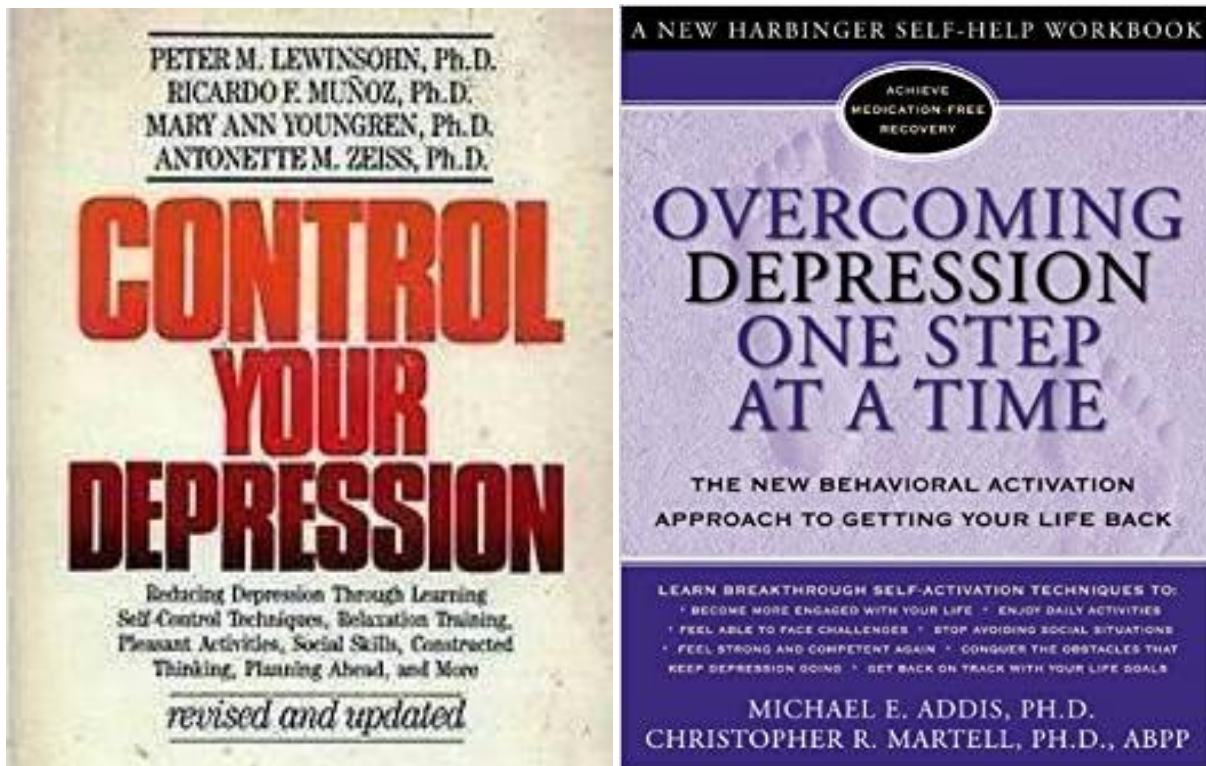
Anita J. Tørmoen, leder for utdanningsprogrammet for dialektisk atferdsterapi i Norge (ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebyggng) snakket naturlig nok om dialektisk atferdsterapi (DBT), som begynner å bli stort i Norge. DBT ble utviklet for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, som jo kan være forbundet med selvskaading, selvmord og andre sterke og problematiske uttrykksformer, men har etter hvert fått et langt bredere virkefelt. Sentralt i DBT er å lære pasienten å håndtere følelser på mer hensiktsmessige måter. DBT legger stor vekt på funksjonelle analyser à la i atferdsanalyse, og ligner mye på ACT, men er nok mer edukativ og didaktisk, og mer manualisert. Faktisk virker det litt som en mellomting mellom kognitiv atferdsterapi og ACT.



To bøker som viser at det er liv i en retning som har vært litt anonym, men som vi kanskje får høre mer om?

Trym Nordstrand Jacobsen fra Kristiansund DPS tok for seg en atferdsanalytisk samtalebehandling som har kommet litt i skyggen av sine slektninger i samme generasjon, ikke minst ACT. Det er funksjonelt analytisk psykoterapi, som er utviklet av Rob Kohlenberg og Mavis Tsai. Et sentralt begrep er *klinisk relevant atferd*, KRA. Det er rett og slett pasientens måter å opptre på som forekommer i samtaler, og som kan være problematiske i dagliglivet. Terapi går ut på å framkalle slike atferder, forsterke nyttige KRA-er, og diskutere hvordan de kan overføres til dagliglivet. «Nå svarte du på en vennlig og god måte. Hva vil dine kolleger

synes hvis du opptrer slik?». Terapeuten reagerer fortløpende på KRA, både ved å forsterke god KRA, og gi tilbakemeldinger på dårlig, og bruker dermed seg selv mye. Faktisk kan behandlingen, i alle fall terapeutens rolle og arbeidsredskaper, minne litt om psykoanalysens overføring og motoverføring.



Ny og gammel litteratur om atferdsaktivisering som viser at retningen ikke er noen døgnflue.

Løkke hadde ennå ikke gitt seg. For tredje gang var han frampå, nå sammen med filosof Fredrik Andersen, også han fra Høgskolen i Østfold, og ivrig og kunnskapsrik Fredrikstad fotballklubb-supporter. De snakket særlig om verdier, og hadde noen kritiske kommentarer til bruken av begrepet innenfor ACT, som jeg merket meg. For det første kan verdier variere hos en og samme person. Vi kan rett og slett orientere oss i litt forskjellige retninger, til og med i relativt korte tidsrom. For det andre kan en persons verdier komme i konflikt med andres verdier. ACT, og andre retninger, behandler mest enkeltpasienter. I kasusformulering innenfor ACT forhører man seg riktig nok om pasientens sosiale omgivelser, og for eksempel om de opprettholder pasientens uhensiktsmessige atferd. Likevel kunne kanskje et enda klarere fokus på mulige konflikter mellom pasientens og omgivelsenes verdier og mål, ha vært på sin plass? Hva om pasienten endrer atferd på måter som ikke begeistrer omgivelsene? Jeg kan ikke huske å ha sett så mange betraktninger om dette i ACT-litteraturen (men blir glad hvis noen gjør meg oppmerksom på at slike finnes). Derfor fant jeg de to herrenes kommentarer nokså betimelige.

Atle Thude Elen driver privat sammen med en kollega, og tilbyr mest ACT. Han fortalte at han hadde hatt mye om kognitiv atferdsterapi, eller KAT, på psykologistudiet, men at det ble mye K, altså kognitivt, og lite A, altså atferd. Det står jo ikke helt i forhold til hva som er mest effektivt av de to komponentene. Etter hvert hadde interessen glidd mer over til ACT. Et interessant poeng han hadde, var at mange har trodd at klinisk erfaring er viktig for behandlingseffekt, men det stemmer ikke helt. Det som faktisk er viktigere, er å kunne hjelpe pasienter til å lære bedre ferdigheter! Det er et godt bidrag til å «avmystifisere» behandling, og god støtte for enkle og konkrete tilnærminger. Ellers er det fristende å komme med en liten forklaring på hvorfor K står så sterkt. Er det fordi det er mer behagelig å prate enn å gjøre noe mer konkret?

Det nærmet seg slutten på den lange rekken av temmelig kompakte framlegg, og det begynte å ta på. Da passet det godt at Myhre snakket om en av de enkleste tilnærmingene, som til og med er så enkel at den knapt tilhører tredje generasjon. Nærmere bestemt var det atferdsaktivisering. Den har røtter helt tilbake til 1970-tallet, og Charles B. Fersters funksjonelle analyser av depressiv atferd, og Peter M. Lewinsohns lignende arbeider. Ferster jobbet sammen med Skinner, og skrev boken Schedules of reinforcement sammen med ham i 1959. Men om aktivisering ikke er siste skrik, har det nok mye for seg, ikke minst når vi vet at det enkleste kan være det beste. Behandlingen går mye ut på å bryte de onde sirklene som depressiv atferd har lett for å bli. Edukasjon, og å hjelpe pasienten til gradvis å gjenoppta aktiviteter som har ligget i dvale, er viktig.

I disse koronatider, som vel gudskjelov og takk går mot slutten, passet det godt å runde av med et framlegg om nettbasert behandling. Det er for så vidt ikke noe nytt, men har selvfølgelig blitt mer aktuelt det siste året. I likhet med nettbaserte møter og lignende, kan det nok også ha kommet for å bli, til en viss grad. Line Børtveit fra Høgskolen i Østfold snakket godt om nettbasert behandling av depresjon. Slikt blir det nok mer av, korona eller ikke.

Ellers har det vært så mye snakk om tredje generasjon nå, at det kanskje er på tide å snakke om fjerde generasjon. Det kan vi kanskje ha et dagsseminar om, og jeg kan ta på meg å ha en innledning! Fjerde generasjon eller ikke, det går vel såpass rette veien med korona at vi sikter oss inn på det berømmelige dagsseminaret 1. oktober, evnetuelt 19. november. Info kommer selvfølgelig. Også nafoseminar på Storefjell den siste helgen i oktober satser vi alt på. I mellomtiden er det blant annet digitale seminarer 10. og 11. juni. De anbefales.

20. mai 2021

Børge Holden



Det våres på Grytsetra.