

Psykologisk førstehjelpsskrin i par- og familieterapi

Terje Tilden

tilden@modum-bad.no

Terje Tilden, klinisk sosionom/familieterapeut og doktorgradsstipendiat ved Modum Bads Forskningsinstitutt

Solfrid Raknes

solfrid.raknes@helse-bergen.no

Solfrid Raknes, psykologspesialist ved BUP, Voss Sjukehus, Helse Bergen

Med bakgrunn i utviklingen av Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b) til bruk i terapi med for barn og unge, presenterer artikkelforfatterne hvordan denne metoden kan anvendes innen par- og familieterapi. En klinisk vignett illustrerer hvordan metoden kan brukes i en par-terapi.

Nøkkelord psykologisk førstehjelp, kognitiv par- og familieterapi.

Psychological first aid kit in couple and family therapy

Based on the new method *The psychological first aid kit* (Raknes 2010a, 2010b) developed for use in therapy with children and adolescents, the authors of this paper present how this method can be applied within couple and family therapy. A clinical vignette illustrates how the method can be used toward a couple in therapy.

Keywords psychological first aid, cognitive couple and family therapy

Innledning¹

Hjelpøskende, hjelpere og ansvarlige myndigheter har en felles interesse i at den hjelp som ytes skal være mest mulig virksom og ha færrest mulige kostnader, forstått både som individuell/relasjonell lidelse og i anvendte ressurser. Hjelp gitt som lavterskeltilbud utgjør «grunnfjellet» innen BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå), noe som blant annet vektlegges i Samhand-

lingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) der hovedbudskapet er at klienter skal få lettere og raskere tilgang på hjelp i sitt nærmiljø. I en tiltakskjede bestående av forebygging, diagnostikk, intervensjon og oppfølging vil satsing tidlig i kjeden begrunnes som viktig i et klientperspektiv fordi det bidrar til å unngå at problem og sykdom oppstår og utvikles. Videre er dette viktig for å redusere behovet for dyr innsats fra spesialisthelsetjenesten i senere faser av problem-/sykdomsutviklingen.

Familievernkontorene er et lavterskeltilbud ut fra kriteriene om at klienter ikke trenger henvisning, de må ikke betale egenandel, og tilbudet er desentralisert. Fordi klientens kontakt med lavterskeltilbudene som oftest er kortvarig (klienter ved familievernkontor har gjennomsnittlig under to samtaletimer (Statistisk sentralbyrå 2008, i Skauli 2009), er utfordringen for hjelperen å benytte seg av metoder som er enkle og raskt anvendbare, og samtidig virksomme.

På tross av at mellommenneskelige og psykiske problemer ofte inngår i komplekse sammenhenger, kan enkle tiltak være tilstrekkelig for å oppnå hurtig erfart gevinst. Enkle tiltak bør derfor være førstevalget når man yter hjelp, noe som begrunnes både fra et brukerperspektiv og fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Betydningen av tidlig erfart endring i ønsket retning samt tidlig etablering av terapeutisk allianse støttes også i psykoterapiforskning, da disse faktorene predikerer varig terapiutbytte (Lambert 2007). Den kliniske implikasjonen av disse funnene er at terapeuten må tilrettelegge for og intervenere slik at disse to elementene kan erfares av klienten tidlig i terapien. Dette er prinsipper som er helt i samsvar med kognitiv terapi (Repål 2008).

I denne artikkelen presenterer vi metoden Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b). Vi vil vise hvordan denne tilnærmingen kan anvendes i kontakt med par. Psykologisk førstehjelp formidler grunnprinsippene i kognitiv terapi på en lettfattelig og visuell måte. Klientene får dermed erfaring med et enkelt verktøy som ofte er tilstrekkelig for å oppleve positiv endring i en vanskelig situasjon.

Selvhjelpskompetanse

Selvhjelpskompetansen hos publikum kan påvirkes av informasjonsformidling om det aktuelle problemet og tilgjengelig hjelp, og gjennom ferdighetstrening i selvhjelp. En relevant sammenlikning er at vi alle forventes å kunne et minimum av førstehjelp ved uhell og ulykker: Informasjon og øvelse gjør at vi er bedre i stand til å utføre førstehjelp til både andre og oss selv. Ofte er slik førstehjelp tilstrekkelig, andre ganger fungerer den skadebegrensende og livsbevarende inntil profesjonell hjelp er tilgjengelig. I denne artikkelen presenterer vi hvordan infor-

masjon og ferdighetstrening kan øke selvhjelpskompetansen hos par og familier for å skape og ivareta bedre familierelasjoner og psykisk helse.

Kunnskapsbasert praksis og kognitiv terapi

Utvikling av nye metoder bør underlegges kvalitetskravene som skisseres innen «kunnskapsbasert praksis» (Jamtvedt et al. 2003) der erfaring, teori og empiri inngår (Solem et al. 2008). Innen området «erfaring» innlemmes også klientenes visshet av hva som tidligere har hjulpet, og hvilken endringsteori de har (Teigen 2004). Den tilsvarende inndeling i kunnskapsreferanser inngår i Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis, vedtatt av Norsk Psykologforening i 2007 (Holmén 2009). Metoden Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b) som vi presenterer her, har solid forankring i den kognitive terapitradisjonen som er fundert både på forskningsfunn og klinisk erfaring. Målet med hjelpen er at klienten skal gjøres i stand til å bli selvhjulp og øke sin egenmestring blant annet ved at terapeuten deler intensjonen bak metodene som introduseres i terapien, og videre at klienten må trene på anvendelsen av disse metodene mellom timene. Tilnærmingen er bygd opp etter lett forståelige og pragmatiske prinsipper der klienten aktivt skal erfare om dette kan være hjelpsomt eller ikke. Tilbakemelding fra klienten på bruken av disse metodene styrer terapeutens videre tilpasning av hjelpen. Brukermedvirkningen kan styrkes ved at forskjellige typer tiltak gjøres lett tilgjengelig slik at brukeren selv kan ta stilling til hvilken type hjelp som passer. Å tilrettelegge for økt grad av selvstendig valgt behandling og aktiv deltakelse i behandlingen kan styrke klientens motivasjon, noe som videre kan bidra til bedre behandlingsresultat (Zuroff et al. 2007, i Skauli 2009). Å kunne tilby Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b) som en mulig måte å hjelpe klienter på, vil øke mangfoldet og valgmulighetene for klientene.

Psykologiske førstehjelpsskrin

Mange klienter som søker hjelp opplever sin situasjon som kaotisk og uoversiktlig. Terapeutens jobb blir da å bidra til å skape struktur, rydde opp i kaos, sortere og reetablere forutsigbarhet, slik at klienten kan øke sin mestringsevne og egenkontroll. Terapeutens aktivitet og grad av styring må tilpasses vurderingen av klientens funksjonsnivå og tilstand. Dersom klienten er i krise, må terapeutens tilnærming være mest mulig lettfattelig, konkret og begrenset slik at den fungerer strukturerende. I familieterapi der barn deltar, er det en forutsetning at en innfører en tenkning og språk som er tilpasset deres nivå, noe som danner en felles referan-

seramme i familiens videre arbeid på egen hånd. Siden konseptet rundt Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b) primært er utviklet til bruk overfor barn og ungdom (Raknes & Tilden, innsendt), er dette godt egnet i familierapi.

Psykologisk førstehjelp er beskrevet i produktet «Psykologiske førstehjelpsskrin» (Raknes 2010a, 2010b), som nylig er blitt lansert for det norske markedet. Dette er selvhjelpspakker til barn og ungdom som formidler grunnprinsippene i kognitiv adferdsterapi. Denne terapiformen er dokumentert effektiv i forhold til en rekke lidelser (Berge et al. 2008), også som selvhjelpsmateriell (Burns 2005). Skrinene forenkler og konkretiserer basisprinsippene i kognitiv adferdsterapi slik at disse kan forstås og benyttes uten at man har faglige forkunnskaper. Det foreligger nå selvhjelpsskrin som barn (ca. 8–12 år) og ungdom (ca. 12–18 år) sammen med venner eller voksne kan benytte for å hjelpe seg selv til å tenke og handle mer smart i vanskelige situasjoner. Tilsvarende skrin tilpasset voksne er under utvikling. Førstehjelpsskrinene er utviklet av psykologspesialist Solfrid Raknes sammen med en faglig referansegruppe innen det norske kliniske psykisk helsevern-miljøet: Torkil Berge, Atle Dyregrov, Ida Garløv, Marit Hafting, Bente Storm Mowatt Haugland, Leif Edward Ottesen Kennair, Arne Repål og Steinar Sunde.

Innhold i førstehjelpsskrinene

Skrinene inneholder 1) hefter, 2) figurer og 3) «hjelpehender» for utfylling.

Heftene forklarer grunnprinsippene i kognitiv terapi ved hjelp av enkle tekster og tegninger. Tegningene er i tillegg til å være illustrative, både morsomme og appellerende. Heftene forteller at vi kan påvirke hvordan vi har det ved det vi tenker og gjør. De starter med informasjon om følelser. Videre blir begrepene Grøntanker og Rødtanker presentert. Rødtanker er førstehjelpsskrinenes begrep for det som i kognitiv terapi siden 1960-tallet har blitt omtalt som Negative Automatiske Tanker (NAT). Grøntanker er skrinenes begrep for det som i kognitiv terapi vanligvis kalles Alternative Tanker (Beck 1995). Australske Paula Barret og kolleger (1996) har innført begrepene Rød- og Grøntanker i den kognitive adferdsterapeutiske barne- og ungdomsverdenen, og begrepene blir brukt i den norske oversettingen av det manualiserte behandlingsprogrammet «Friends» (Barrett 2006). Videre forteller førstehjelpsskrin-heftene om at vi i situasjoner der Rødtankene blir sterke og ødeleggende, kan gi makt til Grøntanker for å bli mer glade og mindre sinte, triste eller redde. Det blir gitt informasjon om at hva vi gjør påvirker tanker og følelser, og barna blir oppfordret til å tenke gjennom hvem de har rundt seg som kan være til hjelp. Videre inneholder heftene en rekke eksem-

pler fra dagligdagse situasjoner der «hjelpehånden» som strukturerende verktøy er benyttet. Eksemplene kan bidra til normalisering av vanskelige situasjoner og sterke følelser, samt identifisering av typiske eksempler av Rødtanker. Gjennom illustrasjoner av utfylte hjelpehender tydeliggjøres hjelpsomme Grønntanker, og hva man videre kan gjøre og hvem som kan være til hjelp. Situasjonene som blir beskrevet er slike de fleste barn, unge og foreldre kan kjenne seg igjen i.

Informasjonen i disse heftene har fått en tekst med et enkelt språk og hvor illustrasjonene er appellerende og informative. Språk, form og illustrasjoner vil påvirke i hvilken grad budskapet blir lært, forstått og husket (Wilson & Wolf 2008). At vi for eksempel benytter termen «Rødtanker» om «negative automatiske tanker», er en språklig forenkling av fagterminologien som kan gjøre budskapet lettere å huske. Fargene rød og grønn er kjente signaler i visuell kommunikasjon. Vi stopper på rødt lys, vi kjører på grønt. Grønn er håpets, livets og sunnhetens farge. Å benytte slike kjente referanser under innlæringen, og illustrasjoner som visualiserer budskapet tydelig og morsomt, kan gjøre læring og husking av grunnprinsippene i den kognitive terapien lettere tilgjengelig for flere.

Eksternaliserende figurer

Skrinene inneholder en rød og en grønn plastikkfigur utformet som en liten bjørn. Armer, ben og hode kan beveges, og følelsesuttrykket som assosieres med disse kan endres relativt mye ved å bevege på dem. Plastikkfigurene er med for å hjelpe barna til å forholde seg aktivt, lekende og eksternaliserende til Rødtanker og Grønntanker. Konkretiseringen av figurene Rød og Grønn er hjelpsomt i samtaler, og ved å stille opp og bruke Rød og Grønn aktivt mens man snakker, blir det tydeligere for barn – ja, også for ungdom og voksne – at tankene påvirker oss. Dersom det er terapeutisk tjenlig, kan eksternaliseringen av Rødtanker og Grønntanker gjøre det lettere å gjenkjenne dem og kunne betrakte dem som ytre påvirkningsfaktorer. Eksternaliseringen kan også hjelpe oss til å gi makt og mer plass til de tankene vi ønsker å ha, og til å redusere andre tankers innflytelse (Lundby 1998; White & Epston 1990).

Noen klienter har glede og nytte av å bruke Rød og Grønn som konkrete påminnere. Noen barn har tatt Grønn med seg i skolesekken, og et par som brukte førstehjelpsskrinet for å få det bedre seg imellom, satte Rød og Grønn opp på nattbordet. Figurene er konkrete og sansestimulerende, noe som kan gjøre det lettere å huske og anvende metoden (By & Egeland 2009).

Hjelpehender

Et sett «hjelpehender» som ikke er utfylte, ligger også i førstehjelpsskrinene (se eksempler i figurene 2–5). «Hjelpehånden» er et ark med tegning av en hånd, med følgende overskrifter: Hva skjer? (tommelfinger), Følelse (pekefinger), Rødtanke (langfinger), Grønntanke (ringfinger), Hva kan jeg gjøre? (lillefinger) og Hvem kan hjelpe meg/være støttelag? (håndbak). Hjelpehånden er et hjelpemiddel for gjøre en ryddejobb når tanker og følelser blir vanskelige og uoversiktlige. Å fylle ut hjelpehånden kan bidra til å sortere ens opplevelse av situasjonen, tanker og følelser, og slik gi en opplevelse av mer kontroll over situasjonen. Å skrive ned hva en tenker og føler som en måte å bearbeide vanskelige opplevelser og minner på, kan være terapeutisk nyttig (Meads & Nouwen 2005; Pennebaker & O’Heavon 1984; Frisina et al. 2004). Innen den kognitive og narrative tilnærmingen vektlegges det i tillegg at en også oppmuntrer klienten til å finne andre tanker og tenkemåter rundt situasjonen som kan være mer hjelpsomme (Beck 1995; White & Epston 1990). Hjelpehånden er et strukturerende redskap som kan hjelpe klientene til å se sin situasjon litt utenifra, og den kan dermed bidra til å oppmuntre til rekonseptualisering, nytenkning og endret fokus på hva man kan gjøre.

Hjelpehånden er lett å lære og huske. Å benytte hjelpehånden mellom terapitimene til registrering av situasjoner og rapport fra egentrening/adferdseksperimenter, vil kunne være nyttig for mange. Hjelpehånden kan brukes som en konkret feedback-rutine for å sikre at viktige hendelser og erfaringer blir husket, rapportert og bearbeidet videre. Dette kan danne grunnlag for at terapeut og klient i fellesskap evaluerer framgangen i terapien, og for å planlegge neste intervensjon.

Å fylle ut hjelpehånden er ikke lett i starten, om man ikke på forhånd er kjent med kognitiv terapi. Det tar imidlertid ikke lang tid å formidle og forstå inndelingen i de seks kategoriene hjelpehånden inneholder. Hjelperen sin rolle vil da være å bistå klienten med å finne de mest aktiverende Rødtankene, samt assistanse til å finne hjelpsomme Grønntanker som ligger nær nok klientens tanker og språk til at hun/han kan oppleve dette som sitt eget. Noen klienter trenger å trene en del på å skille mellom hva som rent faktisk skjer, hva som er følelser og hva som er tanker. Noen har lite bevissthet rundt egne følelser, og de trenger hjelperen til å speile seg og stille spørsmål som gjør det mer tydelig om man for eksempel er mest sint, lei seg eller redd. Hjelperen tar videre en aktiv rolle i å fasilitere klientens oppfinnsomhet overfor hva man kan gjøre i situasjonen. Om ikke klienten har gode forslag selv, kan hjelperen komme med konkrete ideer. Disse må være tilpasset klienten og presentert på en måte som gjør vedkommende nysgjerrig på å prøve nye ting som et eksperiment for å se om dette kan gi en nyttig erfaring.

Hjelpehånden som metafor

Hånden er en interessant metafor både individuelt og relasjonelt. Fordi fem fingre og håndflate fungerer som et hjelpemiddel til å huske seks kategorier, kan alle bruke sin egen hånd for å bli påmint disse. Relasjonelt sett dreier relasjoner og terapi seg om *samhandling*, der denne uttrykkes mer gjennom kroppsspråk enn gjennom ord (Cecario & Higgins 2008). Hendenes bidrag i å uttrykke kroppsspråk kan fungere som et relasjonelt strukturerende hjelpemiddel. Vi kan for eksempel bevisstgjøre et konfliktfylt par hvordan deres håndpositurer kan ha endret seg: Starten av forholdet var gjerne preget av kjærlige, vare og gode håndberøringer for å uttrykke kjærlighet og nærhet til hverandre, og hvor en åpen hånd kunne symbolisere tillit og åpenhet. Etter hvert har konflikter fått dem til å møte hverandre med knyttede never (både i konkret og abstrakt betydning), noe som heller assosieres med sinne, aggresjon, vold, anspenhet og avstand. Vi bruker også disse metaforene i dagligspråket ved for eksempel å si at vi kan strekke ut en hånd, å holde hverandres hender, gi hverandre et håndtrykk; noe som kan inngå som del av en beslutnings-, forsonings- og tilgivelsesprosess. Det kan være interessant i en endringsprosess å påpeke at den samme hånda hos den samme personen med letthet kan endre seg fra å være knyttet til å bli åpen. Med andre ord kan små endringer få stor betydning. Endret håndpositur kan derfor være en god endringsmetafor, eller den kan også inngå som en konkret øvelse slik som i metoden skulpturering i par- og familieterapi (Caillé 1992).

Kognitiv terapi anvendt på par og familier

Behovet for å finne enkle, men virksomme tilnærminger er særlig aktuelt i terapi med par og familier der konteksten er mer komplisert og sammensatt enn i individualterapi (Dattilio & Tilden 2006; Nordby² 2002; Tilden 2005, 2008; Tilden & Dattilio 2005). Det særegne med denne konteksten er å arbeide overfor flere enn én klient om gangen, enten de er til stede i terapirommet eller ikke. Kognitive arbeidsformer slik som nedadgående pil og kasusformulering har vært anvendt overfor par og familier ved at terapeuten kartlegger hvert enkelt medlem for deretter å utforske hvordan disse virker på hverandre i lys av en sirkulær/systemisk forståelse. Å benytte Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b) kan gi en enklere start i tilnærmingen til paret eller familien, og i en del situasjoner kan dette være tilstrekkelig til at paret eller familien på egen hånd kan løse sine vansker.

Primær- og sekundærfølelser, sårbarhets- og beskyttelsesskjemaer

Etter at situasjon fra hver enkelt deltaker er beskrevet (jf. «Hva skjer?» på hjelpehånden), kartlegges følelser og automatiske tanker. Innen kognitiv modell har automatiske tanker en forbindelse til skjemaer (også kalt kjernetetro), definert som etablerte selvpoppfatninger som blir styrende for den indre dialog og de automatiske tankene, jf. «Rødtankene». Asle Hoffart (1999) lager et skille mellom sårbare og beskyttende/mestrende nivåer av skjemaer: Et sårbarhetsskjema inneholder de sårbare oppfatningene en har om seg selv, men som kan være vonde å erkjenne, for eksempel: «Jeg blir alltid forlatt. Jeg er aldri bra nok». Et beskyttelsesskjema (gjerne uttrykt som en leveregel) fungerer som en måte personen kan mestre det aktuelle sårbarhetsskjemaet på, for eksempel: «Det er viktig å etterleve andres forventninger», underforstått «fordi da blir de andre fornøyde med meg slik at jeg ikke risikerer å bli forlatt». Denne todelingen av skjemaer er påfallende lik inndelingen i primær- og sekundærfølelser innen emosjonsfokustert familierapi (Johnson 2004) og emosjonsfokustert kognitiv terapi (Berge 2008). Primærfølelser blir her definert som de genuine, sårbare og myke, mens sekundærfølelser kan være ens reaksjon på eller mestring av primærfølelsen. Dette kan illustreres med følgende eksempel: Knut krenkes og ydmykes av en arbeidskollega, men han tør ikke ta til motmæle fordi dette strider mot hans leveregel om å smile til omverdenen og etterleve andres forventninger. Dette er knyttet til en sårbarhet på å bli forlatt dersom han ikke gjør som andre sier. Han kan kjenne på både redsel og avmakt, noe som også gjør ham sint, men samtidig skamfull fordi han aldri har hatt/gitt seg lov til å ha slike følelser. Han viser utad en smilende fasade, samtidig som han utvikler psykosomatiske plager. Når Knut kommer hjem fra arbeidet og møter kona, Anne, som vil snakke med ham om ting hun er utilfreds med i samlivet, vekker dette en urimelig sterk reaksjon hos Knut, hvorpå han forlater rommet. Knuts nivåer av følelser og tanker kan sorteres i følgende tabell hvor sårbarhetsskjema og primærfølelser er på samme nivå, og tilsvarende er beskyttelsesskjema/leveregel på samme nivå som sekundærfølelser:

Tabell 1. Nivåer av følelser og tanker i ulike faser av terapien: Knut

Situasjon	Ydmyket av kollega. Kona vil snakke om utilfredsstillende samliv. Vekker stor uro, maktesløshet. Forlater rommet.	
Terapiens fase 1	Beskyttelsesskjema/leveregel: Det er viktig å gjøre andre tilfreds. Jeg må vekk	Sekundærfølelser: Skam, skyld, psykosomatiske symptomer
Terapiens fase 2	Sårbarhetsskjema: Jeg blir forlatt dersom jeg ikke innfrir andres forventninger	Primærfølelser: Redsel, maktesløshet, sinne

En tilsvarende kartlegging gjøres ut fra Annes ståsted:

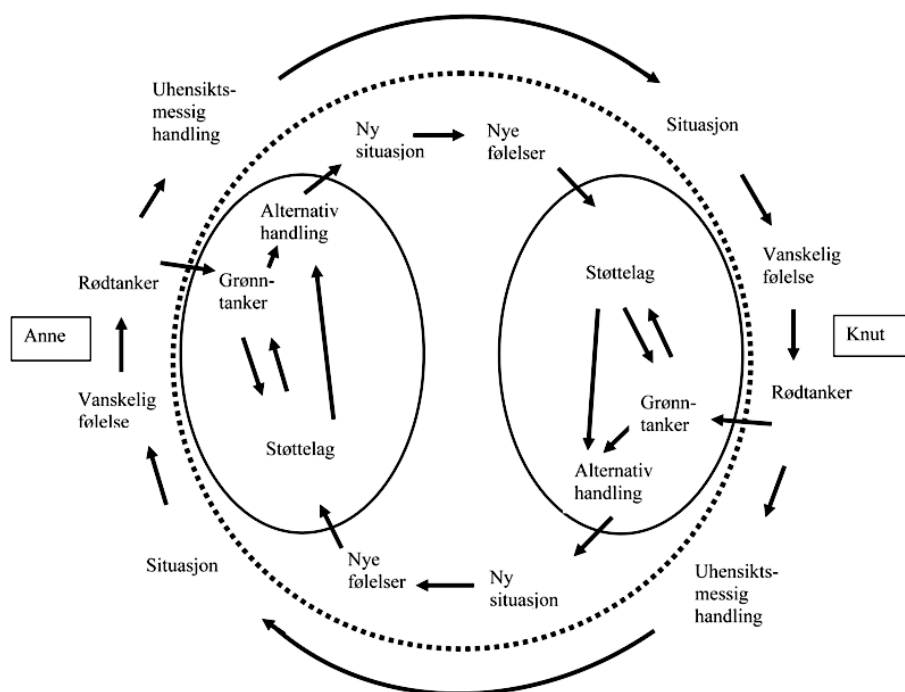
Tabell 2. Nivåer av følelser og tanker i ulike faser av terapien: Anne

Situasjon	Jeg vil snakke om hvordan vi har det i forholdet. Knut vil – som alltid – ikke snakke om dette. Han blir sint og går. Jeg blir fortvilt og panisk. Jeg går etter og prøver å holde ham igjen.	
Terapiens fase 1	Beskyttelsesskjema/leveregel: Vi er nødt til å snakke om dette skal vi få det bedre	Sekundærfølelser: Sint, fortvilt, panisk
Terapiens fase 2	Sårbarhetsskjema: Ingen tar meg alvorlig. Jeg er helt uten betydning	Primærfølelser: Redsel, avmektig, ensom

I første fase innen en emosjonsfokusert kognitiv parterapi blir Knut og Anne først hjulpet til å kartlegge sine sekundærfølelser og beskyttelsesskjema/leveregler der disse kommer til uttrykk relasjonelt, jf. tabell 1 og 2. For eksempel kan Anne beskrive situasjonen som at Knut alltid forlater stedet når hun vil at de skal snakke om ekteskapsvanskene, noe som trigger hennes videre tanker, følelser og handlinger. Knuts beskrivelse av situasjonen kan i stedet være at fordi han hører Anne kjefte på ham når hun vil snakke med ham, så forlater han stedet. I den videre kartleggingen kan det komme fram at Anne blir sint (her i betydningen sekundærfølelse) og at hun tenker: «Jeg er nødt til å få snakket med Knut, skal vi få det bedre» (beskyttende skjema/leveregel). Knut føler derimot på skam og skyld og

kan tenke: «Nå får jeg kjeft for ikke å ha innfridd hennes forventninger. Å snakke om det vanskelige gjør dette bare enda verre. Jeg må vekk fra denne situasjonen» (beskyttende skjema/leveregel).

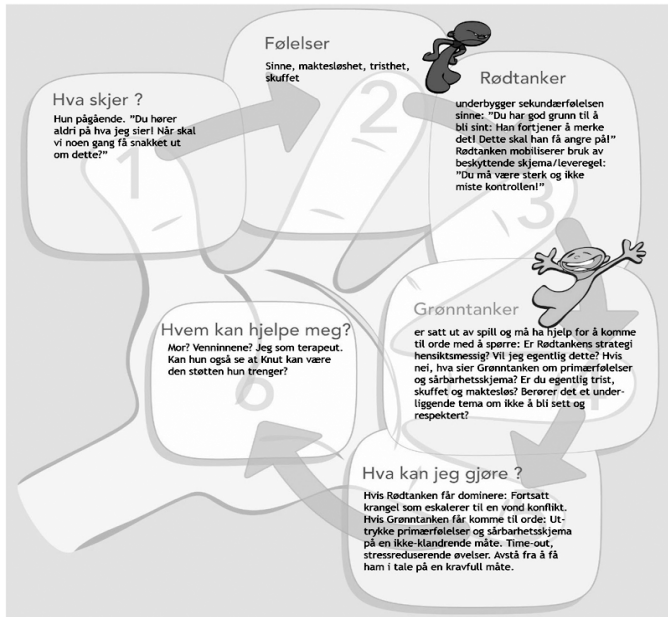
I fase 2 inviteres paret til å utforske primærfølelser og sårbarhetsskjema. For eksempel, hva ligger bak sekundærfølelsene? Kanskje Anne føler seg avmektig og ensom? Kanskje Knut egentlig føler seg redd for å bli forlatt? Kanskje Anne har sårbarhetsskjemaet «Ingen tar meg alvorlig. Jeg er helt ubetydelig»? Kanskje Knut har sårbarhetsskjemaet «Hvis jeg ikke lever opp til hennes forventninger, så blir jeg forlatt»? Dersom paret kan begynne å kommunisere ut ifra slike primærfølelser og sårbarhetsskjema, vil dette med stor sannsynlighet innvirke på hele samspillet. De får da økt mulighet til å høre og tolke noe annet fra partner enn det de så langt har erfart i konfliktsituasjonen, noe som kan bidra til mer innsikt, empati og toleranse for hva de individuelt sliter med. Dette kan videre vekke til live kjærlige følelser og økt omsorg for hverandre der de kjenner på behov for å ivareta og ville være nær hverandre. Dersom en slik prosess igangsettes, kan dette bringe dem over i mer hensiktsmessige handlinger som kan gi dem erfaring av andre situasjoner enn de problemfylte. Slik kan paret få endret sitt samhandlingsmønster fra å være destruktivt til å bli konstruktivt. Disse fasene illustreres i figur 1, der samhandlingen mellom partene kan gå mange runder i en opptrappende konflikt. Vi har illustrert den ytre sirkelen som den uhensiktsmessige, preget av Rødtanker, vanskelige følelser og uheldige handlinger som virker selvforsterkende i relasjonen. Hjelpemånden kan bidra til å stoppe denne eskaleringen ved at en går «en runde med seg selv» der en anvender Grønttanker, støttelaget og alternative handlinger. Først må imidlertid Rødtanker eller uhensiktsmessig adferd gjenkjennes, hvorpå klienten anmodes om å ta «time-out» for å tenke gjennom saken før en handler. Klienten kan anvende hjelpemånda som en skriftlig påminner som han/hun og terapeuten har forberedt om hva som er lurt å tenke og gjøre dersom slike situasjoner oppstår, jf. figurer 4 og 5. Å gå en slik ekstra runde med seg selv er illustrert med de små individuelle sirklene inne i samspillsirkelen i figur 1. Hjelpemånda anvendes som hjelpemiddel for å stimulere til Grønttanker, og videre til å bevisstgjøre hvem som kan være til hjelp i situasjonen. Når den ene part endrer sin handling til å bli mer konstruktiv relasjonelt, vil dette virke inn på hvordan den andre part opplever situasjonen. Dette kan føre til et bedre følelsesmessig klima, noe som illustreres med den indre sirkel av god samhandling mellom partene. Denne samspillsirkelen trenger ikke være begrenset til å illustrere utfordringer hos et par. Den kan være en like aktuell illustrasjon for hva som skjer mellom barn og foreldre, mellom venner og i kollegafellesskap.



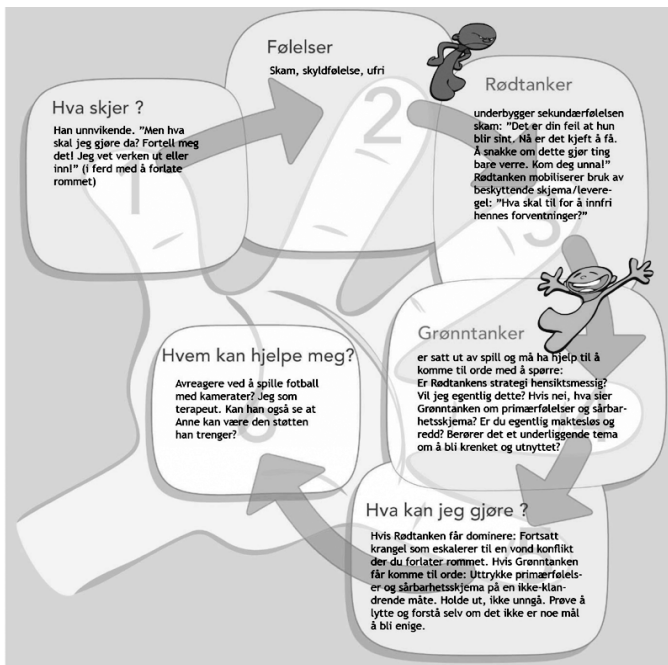
Figur 1: Samspillsirkelen

Hjelpehånda i parterapi

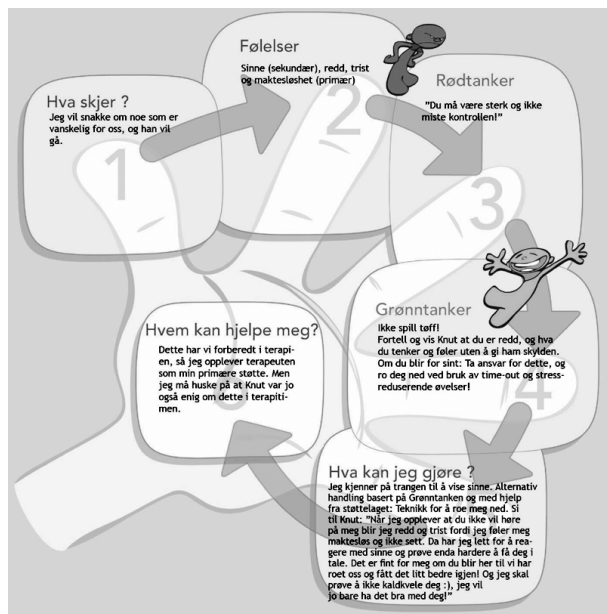
Vi vil her presentere to former for bruk av hjelpehånda i arbeid med dette paret. I det første eksemplet (fig. 2 og 3) bruker terapeuten hjelpehånda som sitt arbeidsverktøy for å kartlegge sin forståelse av situasjonen (innen kognitiv modell kalt kaususformulering). I det neste eksemplet (fig. 4 og 5) viser vi hvordan klientene kan bruke hjelpehånda som en skriftlig påminner de har forberedt i terapitimen og som de kan anvende når situasjoner som denne oppstår.



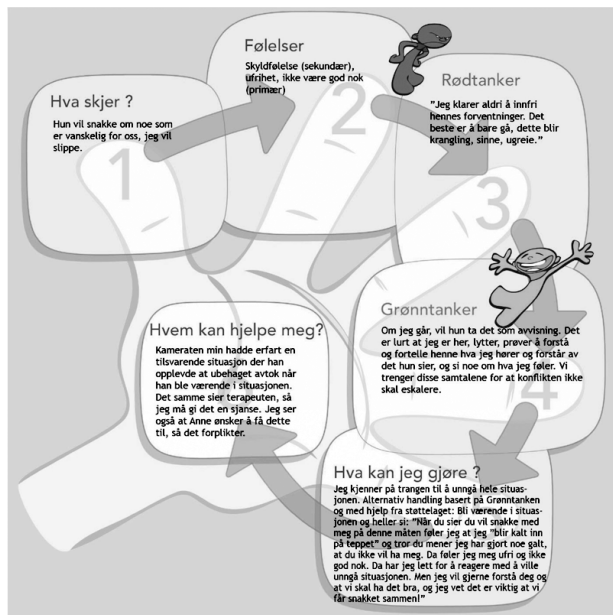
Figur 2: Terapeutens hjelpehånd som kasusformulering for Anne



Figur 3: Terapeutens hjelpehånd som kasusformulering for Knut



Figur 4: Annes bruk av hjelpehånden som påminner når situasjonen krever det



Figur 5: Knuts bruk av hjelpehånden som påminner når situasjonen krever det

Avslutning

Vi har presentert metoden Psykologisk førstehjelp (Raknes 2010a, 2010b) anvendt i en parterapi-kontekst. Fordi denne tilnærmingen opprinnelig er utviklet til bruk i terapi med barn og ungdom (Raknes & Tilden, innsendt), vil den enkle symbolikken og språket i metoden også være godt egnet til bruk i familierapi, noe som gir paret/familien en felles referanseramme når de skal anvende dette på egen hånd. Metoden gir en lettfattelig kunnskap om hvordan forstå psykiske symptomer og mellommenneskelige problemer, samt ferdigheter i hvordan hjelpe seg selv og andre. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) vil øke satsingen på lavterskeltilbudene slik at hjelpetrengende blant annet innen psykisk helse-området får lettere og raskere tilgang på hjelp. Vi mener at dette verktøyet kan være ett av mange bidrag i gjennomføringen av denne reformen ved at tidlige og enkle tiltak kan iverksettes som lavterskeltilbud, noe som kan gi store helsegevinster i befolkningen. Bruk av Psykologisk førstehjelp krever en begrenset opplæring og er derfor en lite ressurskrevende metode å ta i bruk, noe som tilsier at den er godt egnet innen lavterskeltilbudene der klientene sjelden har langvarige behandlingsopplegg. Ved at metoden vektlegger kunnskap som bør være kjent hos alle, er ikke opplæring i Psykologisk førstehjelp stigmatiserende. Isteden vektlegges en måte å tenke rundt vanskelige situasjoner på som alle kan ha fordele av å kunne. Psykologiske førstehjelpsskrin kan bidra til at den generelle psykologiske selvhjelpskompetansen i befolkningen øker. Metoden vil også kunne være nyttig på spesialisthelsetjenestenivå. Metoden er strukturerende og samtidig fleksibel ved at den gir handlingsrom for terapeuters ulike tanker om hva som skal til for å skape endring. Vi argumenterer for at en slik intervensjon bør komme tidlig i terapien ut fra at tidlig erfart terapeutisk allianse og ønsket endring er funnet å predikere varig endring. I hvilken grad bruk av Psykologisk førstehjelp kan være effektiv i behandling av par og familier, og i forhold til hvilke problemstillinger, er empiriske spørsmål for et mulig forskningsprosjekt vi ønsker velkommen.

Note

- 1 Forfatterne vil takke fagteamene ved familievernkantorene i Bodø og Vesterålen for viktige innspill i arbeidet med denne artikkelen.
- 2 Identisk med førsteforfatter.

Litteratur

- Barrett, P. (2006). *Friends. Arbeidsbok for barn*. Oslo: RBUP Øst og Sør.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. & Rapee, R.M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (64):333–342.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Berge, T. (2008). Emosjonsfokuset kognitiv terapi. I: T. Berge, & A. Repål, (red.): *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 731–759.
- Berge, T., Ekelund, M., Skule, C. (2008). Kurs i mestring av depresjon – forebygging av tilbakefall. I: T. Berge, & A. Repål, (red.): *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 319–348.
- Burns, D.D. (2005). *Tenk deg glad! Håndbok*. Arendal: Danor Forlag.
- By, O. & Egeland, S.J. (2009). *Memo*. Oslo: Kagge forlag.
- Caillé, P. (1992). *En og en er tre. Oppdagelsesreiser i parlandskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cecario, J. & Higgins, E.T. (2008). Making message recipients «feel right»: How nonverbal cues can increase persuasion. *Psychological Science*, (19):415–420.
- Dattilio, F.M. & Tilden, T. (2006). Familieskjemaer: En kognitiv tilnærming i familieterapi. *Fokus på familien*, (34):4–24.
- Frisina, P.G., Borod, J.C. & Lepore, S.J. (2004). A meta-analysis of the effects of written emotional disclosure on the health outcomes of clinical populations. *Journal of Nervous Mental Disease*, (193):424–425.
- Hoffart, A. (1999). Fra følelse via tanker til skjemaposisjoner: En skjemamodell for psykiske problemer og psykoterapi. I: E.D. Axelsen, & E. Hartmann, E. (red.), *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 148–163.
- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (46):938–939.
- Jamtvedt, G., Hagen, K.B. & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johnsen, S.M. (2004). *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection*. New York: Bruner/Routledge.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, (17):1–14.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Meads, C. & Nouwen, A. (2005). Does emotional disclosure have any effect? A systematic review of the literature with meta-analyses. *International Journal of Technological Assessment of Health Care*, (21):153–164.
- Nordby, T.T. (2002). Kognitiv parterapi. En tilnærming som ivaretar betydningen av den individuelle sårbarheten i spillet. *Fokus på familien*, (30):46–60.

- Pennebaker, J.W. & O'Heaven, R.C. (1984). Confiding in others and the illness rates among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, (93):473–476.
- Raknes, S. (2010a). *Psykologisk førstehjelp. Barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. (2010b). *Psykologisk førstehjelp. Ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. & Tilden, T. (2010). *Psykologisk førstehjelpsskrin – i arbeid med barn og unge i ulike kontekster*. (Innsendt).
- Repål, A. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: T. Berge, & A. Repål, (red.): *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 24–60.
- Skauli, G.Ø. (2009). *Evidensbasert praksis i familievernet. En litteraturgjennomgang av forskning på parterapi*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir). Familievernets skriftserie nr. 1/2009.
- Solem, M.-B., Tilden, T., & Thuen, F. (2008). Å ta empirien på alvor: Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere? *Fokus på familien*, (36):88–106.
- Statistisk sentralbyrå (2008). *Statlig regionalt barne- og familievern. Endelige tall 2006*. www.ssb.no/barnfam, 11.01.2008.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved November 4, 2009 from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/reg-publ/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/2.html?id=567203>
- Teigen, A.M.F. (2004). Klientens forandringsteori i familierapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (41):544–551.
- Tilden, T. (2005). Kognitiv par- og familierapi. *Tidsskrift for Norsk Kognitiv Forening*, (1):10–18.
- Tilden, T. (2008). Kognitiv par- og familierapi. I: T. Berge, & A. Repål, (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 652–676.
- Tilden, T. & Dattilio, F.M. (2005). Vulnerability schemas of individuals in couple relationships: A cognitive perspective. *Contemporary Family Therapy. An International Journal*, (27):137–160.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wilson, E.A.H., & Wolf, M.S. (2008). Working memory and the design of health materials: A cognitive factors perspective. *Patient Education and Counseling*, (74):318–322.
- Zuroff, D.C., Koestner, R., Moskowitz, D.S., McBride, C., Marshall, M. & Bagby, M. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, (17):137–147.