



# **En smart metode?**

## **En kvalitativ studie om erfaringer med SMART-manualen.**

Julie Leiknes Bårdsen og Torhild Fossbakken

Veileder: Ingunn Skre

*Hovedfagsoppgave i psykologi  
Det Helsevitenskapelige Fakultet  
Institutt for Psykologi  
Universitetet i Tromsø*

*Våren 2012*



## Forord

Reisen til hovedoppgaven har vært lang. Utgangspunktet var en forespørsel fra Veronica Lorentzen om en pilotstudie i forbindelse med utprøving av SMART i individuell terapi, noe vi takket ja til. Vi fikk derfor opplæring i programmet av Lorentzen, og fikk anledning til å prøve det ut i vår hovedpraksis ved BUP Bodø, høsten 2011. Uforutsette ting skjer i forskning, så også i vårt tilfelle. Av flere praktiske årsaker var deltakerantallet for lavt og vi måtte derfor skrinlegge det opprinnelige prosjektet. Ideen til det nye prosjektet kom fra vår veileder Ingunn Skre. Gjennom fokusgruppe kunne vi samle erfarne klinikere for å snakke om hvilke utfordringer og muligheter de ser ved å anvende SMART-manualen i praksis. I fellesskap ble vi enige om tema og problemstillinger for studien. Planlegging og gjennomføringen av fokusgruppen sto forfatterne for, samt videre transkribering og analyse av datamaterialet. Veileder har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger under hele prosessen.

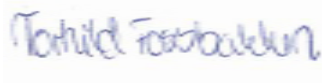
Vi ønsker å rette en stor takk til herlige Ingunn, for kloke ord og en smittende positivitet i veiledning underveis. Du er god som gull! Det er også på sin plass å takke Veronica, for å ha introdusert oss for SMART, og for å ha stilt opp for oss underveis i prosjektet. Du har vært en stor inspirasjonskilde for oss! En stor takk også til Ingrid Eriksen og Simon-Peter Neumer, som har delt av sin tid og gitt verdifulle bidrag til hovedoppgaven vår.

Det har vært fem lange og flotte år ved Institutt for Psykologi. Årene hadde ikke vært halvparten så flotte hadde det ikke vært for den fantastiske gjengen i kull-07. Vi har mange fine minner som vi tar med oss videre. Dette er en tid vi aldri kommer til å glemme!

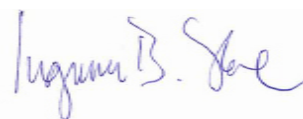
En ekstra takk til våre snille samboere, Per-Christian og Lars, for å ha holdt ut med oss i en (mildt sagt!) stressende tid. Sist, men ikke minst, vil vi takke hverandre for et interessant, utfordrende og hysterisk morsomt samarbeid!



Julie Leiknes Bårdsen  
Stud. Psychol



Torhild Fossbakken  
Stud. Psychol



Ingunn Skre  
Veileder







### Abstrakt

Formålet med studien var gjennom et fokusgruppeintervju å undersøke klinikerens erfaringer med implementering og bruk av manualer i klinisk praksis. Tre klinikere ble valgt ut på bakgrunn av inngående kjennskap til og erfaring med behandlingsmanualen SMART. SMART er et manualbasert gruppeprogram for forebygging og behandling av emosjonelle problemer hos ungdom i alderen 14-18 år. Prinsippklæringen om evidensbasert praksis gir grobunn for utvikling av strukturerte behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Det finnes derimot lite forskning på hvordan man kan bruke manualbaserte metoder i klinisk praksis. Vi ønsket derfor å se på hvilke utfordringer og muligheter erfarne klinikere ser ved denne måten å jobbe på, og om dette vil kunne gi implikasjoner for praktisk bruk. Funn fra studien viser at SMART kan bidra til et positivt fellesskap for både terapeutene og ungdommene, samtidig som det kan tilpasses den enkeltes behov. SMART kan være et utgangspunkt for både kartlegging og behandling av emosjonelle lidelser. Gode rammer, opplæring og veiledning er viktig for implementering av forskningsbaserte metoder i klinikken.

*Nøkkelord:* SMART, manualbasert behandling, implementering, evidensbasert praksis, emosjonelle lidelser barn og unge





### **Abstract**

The purpose of this study was to examine therapists' experiences with the implementation and use of manuals in clinical practice through a focus group interview. Three therapists were chosen based on knowledge of and lengthy experience with the treatment manual SMART. SMART is a manual-based group program for the prevention and treatment of emotional problems in adolescents aged 14-18. The policy statement on evidence-based practice provides a basis for the development of structured treatment methods in specialist health services. There is, however, little research on how to use the manual-based methods in clinical practice. We wanted to investigate experienced therapists' views on the challenges and opportunities the manual-based treatments hold, and whether this could give implications for practical use. Findings from the study show that SMART can contribute to a positive sense of community for both therapists and youth, and at the same time show sensitivity to individual needs. SMART could be the starting point for identifying as well as the treatment of emotional disorders. Beneficial settings, training and guidance are essential for the implementation of evidence-based methods in clinical practice.

*Keywords:* SMART, manual-based treatment, implementation, evidence-based practice, internalized disorders children and adolescents



Manualbasert behandling blir gjerne sett på som standarden for evidensbasert praksis, men anvendes sjelden i klinikk (Neumer, Martinsen, Gere & Villabø, 2011). Mens manualen er anerkjent som et godt verktøy i forskning på psykoterapi, har nytteverdien i klinisk praksis vært vanskeligere å enes om (Kendall, Gosch, Furr & Sood, 2008). Forkjempere ser manualens struktur som en styrke, og mener dette gjør den egnet til å kvalitetssikre terapi og sørge for at viktige elementer fremheves i behandlingen. Den samme strukturen kritiseres imidlertid også for å gi en rigid og rutinepreget tilnærming til behandlingen, med lite rom for kreativitet og fleksibel tilpasning til den enkelte pasient (Addis, Cardemil, Duncan & Miller, 2006). Uansett ulike syn på manualer, er realiteten den samme: med stadig økende krav til effektivitet og evidensbaserte tiltak, øker også behovet for strukturerte behandlingstilbud siktet inn mot spesifikke diagnosegrupper (Stafset, Gomes & Arnberg, 2011).

Tall fra Folkehelseinstituttet viser at angst og depresjon er de lidelsene som forekommer hyppigst i den yngre befolkningen (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Dette gir tydelige indikasjoner på at tidlige og kvalitetssikrede tiltak for denne gruppen er ønskelig. Manualer oversatt til norsk har vist god effekt i behandling av barn og unge med angstproblematikk. Eksempler på dette er Mestringskatten for barn (Kendall, Martinsen & Neumer, 2006) og for ungdom (Kendall, Arnberg, Bjørk, 2011), som begge er norske versjoner av Coping Cat (Kendall, 1990). Forskning har imidlertid i mindre grad fokusert på klinikers syn på manualer, og om de faktisk benytter seg av dem i sin kliniske hverdag (Najavits, Weiss, Shaw & Dierberger, 2000; Stafset et al., 2011). Systematisk kunnskap om hvordan man kan anvende manualen i praksis er derfor vanskelig å finne (Addis & Krasnow, 2000). Det er behov for å undersøke hvordan manualen kan benyttes i klinikken, samt hvilke fordeler og ulemper klinikere ser ved denne måten å jobbe på.

### **Krav om evidensbasert psykologisk praksis**

Barn og unges psykiske helse angår oss alle. Veilederen for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge skriver at *"det er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor"* (Helsedirektoratet, 2008). Det vil derfor være svært viktig at tilgjengeligheten og kvaliteten på

tjenestetilbudet ved poliklinikkene stadig utvikles og forbedres, slik at unge kan få tidlig hjelp, og på sikt forebygge senere psykisk lidelse.

I januar 2007 vedtok Sentralstyret i Norsk Psykologforening prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk Psykologforening, 2007). Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) betyr at man som praktiserende psykolog skal benytte seg av metoder og teknikker som har den beste evidens (Holmén, 2009). Disse skal brukes med klinisk skjønn, og vurderes i sammenheng med pasientens egenskaper, verdier og kontekst. Erklæringen skal sikre at behandling som tilbys er forankret i både forskning og praksis, og slik beskytte mot at pasienter får tilfeldig, uvirksom og i verste fall skadelig behandling. EBPP skal kvalitetssikre arbeid innen psykisk helsevern, og fremme psykologisk praksis som man har evidens for er virksom (Norsk Psykologforening, 2007).

For poliklinikkene betyr denne kvalitetssikringen en økt etterspørsel etter standardiserte prosedyrer for utredning, diagnostisering og behandling (Stafset et al., 2011). Dette gir videre større grobunn for utvikling av strukturerte og diagnosespesifikke behandlingsmanualer, som på bakgrunn av gode forskningsresultater gjerne blir sett på som standarden for evidensbasert behandling.

### **Manualbasert behandling**

For nøyaktig 60 år siden publiserte Eysenck (1952) sin beryktede evaluering av effekten av psykoterapi for voksne. Her hevdet han at ingen psykoterapi på den tiden praktisert kunne måle seg med simpelthen å ta tiden til hjelp. Lignende funn ble gjort også på psykoterapi for barn og unge (Levitt, 1963). Publikasjonene var svært kontroversielle, og førte til en stor debatt omkring psykoterapien og dens fremtid. Behovet for å objektivt kunne måle og sammenligne effekten av ulike former for psykoterapi vokste, og det var i denne konteksten bruken av behandlingsmanualen oppsto. Gode forskningsdesign krevde bruk av manualen for å skissere de prosedyrene, teknikkene og strategiene som til sammen utgjorde en akseptabel implementering av en gitt psykoterapi (Luborsky & DeRubeis, 1984).

Manualen er en operasjonalisering av en grunnleggende teori og behandlingsmodell, og beskriver antatt virksomme teknikker (Najavits et al., 2000). Manualen skiller seg i så måte fra andre fremstillinger av psykoterapi i det at de gir en mer eksplisitt veiledning i hvordan terapien skal utføres. Dens struktur, tydelighet og konstans gjorde den derfor til et svært nyttig redskap i forskning, og

behandlingsmanualen ble på bakgrunn av dette også etter hvert tatt i bruk i klinisk praksis.

De siste 20 årene har det blitt utviklet en rekke behandlingsmanualer for ulike lidelser (Stafset et al., 2011). Manualen gir et rammeverk for behandlingen basert på behandlingsmål og mål for de enkelte timene, og beskriver terapeutiske aktiviteter og strategier for å nå disse målene (Kendall et al., 2008). Manualens struktur og tidsbegrensing gir terapien et større fokus, noe som kan bidra til å løfte frem pasientens engasjement i den terapeutiske prosessen.

Flere antar at det å gi et rasjonale bak terapien, sette seg mål, skissere behandlingsprosedyrer og gi aktiv tilbakemelding underveis, er allmenne faktorer som bidrar til behandlingseffekt (Addis et al., 2006; Verduyn, 2011). Ved bruk av manual kan man i større grad sikre at disse kvalitetene er en del av behandlingen som blir gitt (Stafset et al., 2011). I tillegg nevnes muligheten til å evaluere og sammenligne effekten av ulik psykoterapi på en objektiv og kontrollert måte. Behandlingsmanualen er også et nyttig redskap i opplæringen av nye terapeuter, samt distribusjon av behandlingen (Neumer et al., 2011).

### **Utfordringer og muligheter ved bruk av manual i klinikk**

Selv om mange behandlingsmanualer har vist seg å ha god effekt, blir de likevel sjeldent tatt i bruk av praktiserende psykologer (Connor-Smith & Weisz, 2003; Neumer et al., 2011). Mangel på tid, ressurser og opplæring kan være viktige årsaker til dette (Connor-Smith & Weisz, 2003). Flere klinikere er også skeptiske til denne måten å jobbe på (Addis et al., 2006). De fleste av motforestillingene er basert på antakelsen om at bruk av behandlingsmanual gir en rigid og rutinepreget tilnærming til behandling. Strupp og Anderson (1997) hevdet at behandlingsmanualen har for lite fokus på enkeltindividet og at psykoterapi bør være en mer kunstnerisk prosess hvor behandlingen skreddersys den enkelte pasients behov.

Manualen har også fått kritikk for å legge for lite vekt på kliniske ferdigheter og kvaliteter hos terapeuten (Beidas, Benjamin, Puleo, Edmunds & Kendall, 2010). Fordi betydningen av prosessfaktorer og den terapeutiske relasjonen ikke fremheves antar kritikere at behandlingen kan oppleves streng og ufravikelig. Dette kan imidlertid være et forbigående problem som er spesielt aktuelt når terapeuten er under opplæring, og mestrer sin usikkerhet ved overdrevent fokus på teknikk. Det er

viktig å være klar over at manualen ikke kan erstatte vanlige terapeutegenskaper, som for eksempel empati og alliansebygging, men at disse forutsettes å være tilstede uavhengig av om behandlingen er manualbasert eller ei (Stafset et al., 2011).

Urealistiske forventninger til programmet forekommer også, som for eksempel at manualen kan oppfattes som et verktøy som garanterer bedring. Ettersom omfattende arbeidsmaterie er tilgjengelig, antar mange at opplæring og veiledning dermed er av mindre betydning (Neumer et al., 2011). For å unngå en rigid og lite fleksibel anvendelse av manualen er opplæring, trening og veiledning essensielt (Kendall, Chu, Gifford, Hayes & Nauta, 1998).

Overgangen fra ustrukturert til strukturert terapi kan for mange oppleves ubehagelig, men de fleste vil kunne bli komfortable med denne måten å jobbe på etter å ha gjennomført samme terapi flere ganger (Connor-Smith & Weisz, 2003). Erfaring og forståelse av den grunnleggende modellen gjør det enklere å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient (Kendall et al., 2008). Ettersom mange manualer overlapper i forhold til innhold og struktur, argumenterer Connor-Smith og Weisz (2003) for at det er gunstig å lære seg manualbasert behandling. Har man først blitt trygg på å balansere struktur og fleksibilitet, kan denne kunnskapen overføres til andre programmer. Bruk av manualbaserte metoder vil også i større grad kunne kvalitetssikre behandlingen og slik være en trygghet for terapeuten (Stafset et al., 2011). Manualer kan derfor være et kjærkomment bidrag i en travel klinisk hverdag.

### **Emosjonelle lidelser hos barn og unge**

”Barn i Bergen” er en av de mer omfattende undersøkelsene av barns psykiske helse og utvikling som er gjennomført her til lands (Mykletun et al., 2009). Målsettingen for studien var å kartlegge og innhente kunnskap som kan bidra til å utbedre barn og unges psykiske helsetilbud. Resultatene viser at emosjonelle lidelser er de hyppigst forekommende enkeltlidelsene i grunnskolen (Heiervang et al., 2007). Emosjonelle lidelser er en samlebetegnelse på forskjellige angst- og depresjonslidelser med internaliserende symptomer og plager som nedstemthet, engstelse og problemer med spising og søvn (Mykletun et al., 2009). Barn med lette eller moderate vansker kan ”vokse” problemene av seg, men for andre barn kan dette være starten på mer omfattende vansker. Emosjonelle lidelser ser ut til å øke med alderen, særlig ved inngangen til puberteten (Mykletun et al., 2009). Dette funnet stemmer overens med internasjonale studier som viser at emosjonelle problemer og

lidelser når sitt høydepunkt ved 20-årsalderen (Costello, Egger & Angold, 2005). Ungdom med emosjonelle problemer omtales ofte som ”de stille barna”, og funnene fra ”Barn i Bergen” har bidratt til å sette økt fokus på denne gruppen (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010).

**Depresjon.** Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe der nøkkelsymptomene er vedvarende tristhet eller nedstemthet, tap av evne til å føle interesse eller glede, og tap av energi som fører til økt trettbarhet og mindre aktivitetsnivå (World Health Organization, 1992). Norske studier gir indikasjoner på at 15-20 % av ungdom har betydelige symptomer på depresjon, og at opptil 5 % har såpass alvorlige depressive symptomer at de har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Mykletun et al., 2009). Depresjon er i stor grad en tilbakevendende lidelse, og en depressiv episode gir større sårbarhet for å rammes flere ganger (Wang, 2012). Verdens Helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de lidelser i verden som utgjør den største samfunnsmessige byrden, både samfunnsøkonomisk og i tap av livskvalitet og leveår (World Health Organization, 2001).

**Angst.** Angstlidelser er samlebetegnelsen på tilstander hvor hovedsymptomet er angst (World Health Organization, 1992). Angsten kan være knyttet til spesifikke objekter eller situasjoner utenfor individet som ikke er virkelig farlige, eller den kan være av mer generell og frittflytende art, preget av vedvarende bekymringer, spenninger i kroppen og med påvirkning av kroppslige funksjoner. Det er anslått at rundt 20 % vil få en eller annen form for angstlidelse i løpet av oppveksten, og opp mot halvparten av disse vil ha en tydelig funksjonsnedsettelse på grunn av angstproblemene (Costello et al., 2005). Ikke sjelden er angstproblemene også forløper for depresjoner og andre psykiske lidelser. Både angst og depresjon oppstår ofte første gang i barne- og ungdomsalderen og viser stor grad av kontinuitet inn i voksenlivet (Angold, Costello & Erkanli, 1999). Nærmere 40 % av ungdom med en depresjonslidelse har samtidig en angstlidelse, mens rundt 20 % av ungdom med en angstlidelse har også en depresjonslidelse.

### **Manualbasert behandling for barn og unge med emosjonelle lidelser**

Prevalenstillene er tydelige påminnere om betydningen av å forebygge, tidlig identifisere og tilby god behandling til barn og unge som sliter med emosjonelle problemer eller lidelser. De siste 15 årene er det utviklet ulike behandlingsmanualer for barn og ungdom med angstlidelser, der de fleste av disse er gruppebasert (Aune,

2011). Et litteratursøk på behandlingsmanualer for barn og unge vil generere flest treff på engelskspråklige manualer, men flere og flere av disse er blitt oversatt til norsk (Bjørk & Neumer, 2010). Mestringskatten (Kendall et al., 2006) er et av programmene som har vist seg virksomt i behandlingen av barn (7-13 år) med angstproblematikk. Flere studier har vist en tydelig reduksjon i barns angstsymptomer etter gjennomført behandling og effekten har vært stabil etter ett år (Kendall, 1994), og etter tre år (Kendall & Southam-Gerow, 1996). Mestringskatten er nylig også gitt ut i en ungdomsversjon (Kendall et al., 2011). "Friends For Life" er et annet program som også har fokus på angstproblematikk og finnes i to versjoner for barn i alderen 7-11 (Martinsen, Aalberg, Neumer & Bjåstad, 2006) og 12-16 år (Aalberg, Martinsen, Neumer & Bjåstad, 2006). "Friends for life" bygger i stor grad på Mestringskatten (Fredriksen, Aune & Aarseth, 2008). Den største forskjellen er at "Friends for life" formidles i gruppeformat, og at det også er utviklet som et forebyggende tiltak i skolen.

"Å tørre å prøve" er en gruppebehandlingsmanual for ungdom i alderen 13-15 år som tilfredsstiller kriteriene for sosial angstlidelse (Aune, 2011). Programmet er inspirert av Mestringskatten (Kendall, 1990) og består av gruppesesjoner. Formålet er å utvikle sosiale ferdigheter, ferdigheter i problemløsning og å lære mestringsstrategier for å øke ungdommens toleranse for angst. De tre nevnte programmene bygger alle på kognitiv atferdsterapi (KAT).

Nyetablerte databaser som Ungsinn ([www.ungsinn.uit.no](http://www.ungsinn.uit.no)) ved RBUP Nord søker å informere brukere om tilgjengelige behandlingsprogrammer og kvaliteten av den forskningen som ligger bak programmene (Mørch, Neumer, Holth & Martinussen, 2009). Nettsiden kan bidra til at klinikere lettere kan holde seg oppdatert på evidensbaserte metoder. Ettersom angst og depresjon ofte forekommer samtidig (Mykletun et al., 2009), er tiltak som retter seg mot hele det emosjonelle lidelsesspektret ønskelig (Major et al., 2011).

## **SMART**

SMART er et manualbasert program for forebygging og behandling av emosjonelle problemer hos ungdom og unge voksne i alderen 14-18 år (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). SMART står for strukturert materiale for terapi, men kan også forstås som "Let's start, be smart!". SMART er det eneste behandlingsmanualen for kombinerte emosjonelle lidelser utarbeidet på norsk. Dette



gjør programmet særlig anvendelig i arbeid med ungdom, hvor problemene ofte er sammensatte og inneholder elementer av både angst og depresjon. SMART er en revidert og videreutviklet versjon av det tyske atferdsprogrammet GO! (Junge, Manz, Neumer & Margraf, 2002), og består av en veileder og en arbeidsbok. Programmet er bygd opp av fem moduler som blir gjennomgått i løpet av åtte gruppesamlinger. For hver modul (introduksjon, depresjon, angst, sosial kompetanse og avslutning) er det et samlet informasjonsmateriale og forberedte øvelser og oppgaver, samt hjemmelekser ungdommene får tildelt og skal gjennomføre mellom timene. Ved hvert møte blir det satt av tid til å gjennomgå hjemmeoppgavene.

SMART skiller seg fra andre manualbaserte programmer ved at det har en transdiagnostisk tilnærming. En transdiagnostisk tilnærming ser på likheter på tvers av diagnosekategorier (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012), og kan derfor favne hele spektret av emosjonelle problemer og lidelser. Mange studier har vist at pasienter med depresjon ofte også har en komorbid angstlidelse (Angold et al., 1999). Studier viser også at de samme pasientene ofte har mangelfull sosial kompetanse (Albano, Chorpita & Barlow, 2003). SMART har derfor moduler for både depresjon og angst, i tillegg til en modul om sosial kompetanse.

I likhet med flere andre behandlingsmanualer, er også SMART basert på kognitive og atferdsterapeutiske teorier. Kognitiv atferdsterapi (KAT) er en fokusert, kortvarig og strukturert terapiform (Beck, 2011). Det sentrale prinsippet i den kognitive modellen er at personen har vedvarende negative tanker om seg selv, andre mennesker og om fremtiden. Dette betegnes som den depressive triade (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Deprimerte har ofte en uhensiktsmessig tankestil der informasjon kan feiltolkes (Berge & Repål, 2008). I følge Beck og kollegaer (1979) er det ikke hendelsen eller situasjonen i seg selv som er avgjørende for hvordan personen føler seg, men hvordan personen konstruerer og fortolker den. Et viktig mål for terapien er derfor å identifisere, realitetsteste og endre slike negative og dysfunksjonelle tankemønstre (Beck, 2011). Kognitiv restrukturering er derfor et sentralt element i SMART.

Gjennom økt forståelse av egne dysfunksjonelle tanke- og atferdsmønstre vil pasienten i større grad kunne hjelpe seg selv (Beck, 2011). Ett av målene i SMART er å gi ungdommene generell kunnskap om psykiske problemer (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). Gjennom psykoedukasjon sikter SMART mot å gi pasienten innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd.

Det er sentralt at pasienten forstår samspillet mellom disse og hvordan tanker og følelser påvirker hverandre (Nordahl, Martinsen & Wang, 2012). SMART tar sikte på å hjelpe ungdommene til å bli mer bevisst eget tankekretsløp og finne alternative måter å tolke ting på.

KAT har også fokus på atferdsterapeutiske teknikker (Verduyn, 2011). Endring i symptomtrykk forutsetter endring i både kognisjon og atferd. Ofte vil atferdsendring og aktivisering være viktigst i første fase av behandlingen, før man kan ta fatt på kognitiv restrukturering (Nordahl et al., 2012). Forskning viser at hjelp til målrettet aktivisering har stor betydning for resultatet av behandlingen (Verduyn, 2011). Atferdsregistrering og planlegging av positive aktiviteter ved bruk av ukeplan introduseres tidlig i SMART-manualen. Bruk av hjemmeoppgaver er sentralt i SMART, og bidrar til å øke pasientens aktivisering og involvering i behandlingen (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010).

KAT blir anvendt som behandlingsmetode for barn og unge med ulike psykiske lidelser og kan gis både som individualterapi og som gruppebehandling (Fredriksen et al., 2008). Det er ingen spesiell aldersgrense for anvendelse av kognitiv terapi, bare metoden tilpasses barnets utviklingsnivå og måter å kommunisere på.

**Utprøving av SMART.** De gjennomførte undersøkelsene av SMART er forskjellige i omfang og kvalitet (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). Ni studier er gjennomført i utlandet, hvor programmet gjennomgående har blitt positivt vurdert. Til nå er det gjort to norske single-case studier med ungdom i psykisk helsevern. Markhus (2006) tilpasset programmet til individuelle samtaler med to pasienter som oppfylte kriterier for mild depressiv episode ved oppstart av behandlingen. Etter endt behandling skåret pasientene i normalområdet. Lorentzen (2008) undersøkte effekten av gruppebehandling med SMART i kombinasjon med individuell oppfølging. Studien viste god effekt i forhold til reduksjon av depresjons- og angstsymptomer. Resultatene fra de norske undersøkelsene viser at SMART blir positivt vurdert av ungdommene (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). De to norske studiene har imidlertid sine begrensninger grunnet lavt deltakerantall og forskningsdesign uten kontrollgruppe. En større effektstudie (N=160) av SMART er imidlertid i oppstartsfasen. Studien er et samarbeidsprosjekt mellom fem BUPer i Nord-Norge, og søker å undersøke behandlingseffekt av

SMART, samt å finne kriterier for utvelgelse og prediktorer for gjennomførelse av programmet.

Forskning på bruk av behandlingsmanualer viser at de gir best effekt dersom de anvendes fleksibelt (Kendall et al., 1998). Det mangler imidlertid kunnskap om hvordan dette kan gjøres i klinisk praksis (Addis & Krasnow, 2000). Systematisk kunnskap om fleksibel bruk kan lette implementering av nye programmer, og gjøre det enklere å tilpasse behandlingen til den enkelte pasient (Kendall et al., 1998).

### **Forskningsspørsmål**

Formålet med studien er ved hjelp av kvalitative metoder å undersøke klinikerens erfaringer med implementering og bruk av SMART i klinisk praksis. Hva er mulighetene og utfordringene ved manualbasert terapi i klinikk? Hva skal til for å få flere klinikere til å ta manualer i bruk? Hvilke individuelle tilpasninger har klinikere erfaringer med å gjøre?



## Metode

### Design

Den kvalitative tilnærmingen er egnet når målet er å få en dypere forståelse av individers meninger, tanker, erfaringer og holdninger (Creswell, 2007). For å belyse våre forskningsspørsmål, valgte vi å gjennomføre et fokusgruppeintervju med erfarne klinikere, der deres oppfatninger og erfaringer med SMART-manualen ble diskutert. I en fokusgruppe samles en liten gruppe deltakere for å samtale om et bestemt tema (Creswell, 2007). Metoden har psykologisk fenomenologi som sitt teoretiske fundament (Moustakas, 1994). I en fenomenologisk studie samler man inn informasjon fra individer om deres erfaringer med et fenomen, og søker å finne fellestrekk ved disse. Tanken bak er at dersom det finnes fellestrekk, kan dette være essensielle aspekter ved det fenomenet man studerer. Forskeren skal rapportere informantenes erfaringer mest mulig objektivt, gjennom å beskrive *hva* de opplevde og *hvordan* de opplevde det, heller enn å finne teoretiske forklaringer på fenomenet. I denne prosessen er det viktig at forskerens egne erfaringer settes til side.

### Utvalg

Via e-post ble det sendt ut en forespørsel til tre klinikere med flere års erfaring med SMART-programmet. Forespørselen inneholdt informasjon om prosjektet, hvem som sto bak, formålet med prosjektet og kontaktinformasjon. Kriteriet for å velge ut deltakere til fokusgruppen var at de hadde inngående kjennskap til og erfaring med SMART. Så vidt oss bekjent er deltakerne våre blant de klinikerne med best kompetanse i anvendelse av SMART-manualen i klinisk praksis:

- Simon-Peter Neumer er psykologspesialist og forsker, og en av forfatterne bak SMART. Han har arbeidet med SMART/GO! (Neumer & Junge Hoffmeister, 2010; Junge et al., 2002) siden 1998. Han har også vært delaktig i oversettelsen og utviklingen av flere manualbaserte programmer: Mestringskatten for barn og ungdom (Kendall et al., 2006; Kendall et al., 2011). Friends for barn og ungdom (Martinsen et al., 2006; Aalberg et al., 2006) og SMARTE FORELDRE (Neumer & Gere, under utvikling). Ingrid Eriksen er klinisk barnevernspedagog ved BUP Tromsø, og har videreutdanning i kognitiv atferdsterapi. Hun har tidligere erfaring som

gruppeleder fra De Utrolige Årene (Webster-Stratton, 2007). Eriksen har samarbeidet med Veronica Lorentzen om gjennomføring av behandling med SMART siden 2007.

- Veronica Lorentzen er psykologspesialist ved BUP Tromsø, og har videreutdanning i kognitiv atferdsterapi. Hun har tidligere erfaring med behandlingsprogrammene Mestringskatten (Kendall et al., 2006; Kendall et al., 2011), Friends for life (Martinsen et al, 2006; Aalberg et al, 2006) og Tvangslidelser hos barn og unge (March & Mullen, 2003). Videre er Lorentzen i ferd med å sette i gang et forskningsprosjekt på effekt av behandling med SMART i poliklinikker for barn og unges psykiske helse.

### **Prosedyre**

**Intervjuprosessen.** Fokusgruppeintervjuet foregikk på et telematikkrom ved BUP, Tromsø. Til stede i rommet var begge forfatterne av denne oppgaven og to av deltakerne i fokusgruppen (Eriksen og Lorentzen). En av deltakerne befant seg i Oslo og var tilstede over telematikk (Neumer). En uke før intervjuet fikk alle deltakerne et informasjonsskriv som inneholdt opplysninger om tema, tidsplan og grunnregler for fokusgruppeintervjuet (Appendiks A). Intervjuets form var semistrukturert, og ble gjennomført etter en åpen intervjuguide bestående av syv spørsmål (Appendiks B). Intervjuet varte i to timer og ti minutter, inkludert pause, og ble tatt opp på lydbånd med bruk av digital båndopptaker av type Olympus Digital Voice Recorder, modell DM-450.

På grunn av noe forsinkelse over telestudioet, kunne diskusjonene til tider bli noe "kunstig". Til tross for dette virket deltakerne komfortable i intervjusituasjonen, og stemningen mellom deltakerne var avslappet gjennom hele intervjuet. De to deltakerne fra Tromsø er vant til å bruke telematikk for faglige drøftinger og møter. Samtlige deltakere virket motiverte for å reflektere over egen erfaring og praksis, og uttrykte glede over anledningen til å diskutere erfaringer om SMART med hverandre.

**Transkribering.** Intervjuet ble transkribert fra muntlig til skriftlig form i Microsoft Office Word 2007 av forfatterne i fellesskap. Hele intervjuet ble skrevet ned, og teksten ble oversatt fra dialekt til bokmål. En av deltakerne er fremmedspråklig, og sitatene er grammatisk korrigert. Både dette og oversettelse fra dialekt til bokmål ble gjort for at ikke språklige særegenheter skulle ta

oppmerksomheten bort fra innholdet i det som ble sagt. For å sikre et nøyaktig transkribert intervju, hørte begge forfatterne på intervjuet to ganger og sjekket det opp mot det skrevne intervjuet. Samtlige sitater brukt i resultat og diskusjon er redigert for å øke lesbarheten, men på en slik måte at mening ikke går tapt (Kvale, 1997).

**Dataanalyse.** I dataanalysen ble Moustakas (1994) beskrivelse av den fenomenologiske analyseprosessen brukt som utgangspunkt. I et fokusgruppeintervju er observasjonsenheten det talte ord, altså de utsagn som kommer fra gruppedeltakerne. Analyseprosessen startet med gjentatte gjennomlesninger av det transkriberte intervjuet, som utgjør rådata for analysen. Dette for å få et overblikk over materialet, samt for å danne et førsteinntrykk av viktige tema i teksten. Datamaterialet ble deretter gjennomgått i sin helhet, og signifikante sitater ble identifisert. Dette var sitater som ga en forståelse av hvordan deltakerne opplevde SMART manualen. Ikke-signifikante sitater ble fjernet fra analysen. I neste trinn ble de utvalgte sitatene formulert til meningsbærende enheter. For å få oversikt og finne fellestrekk over meningsenhetene ble disse skrevet opp på en tavle, og deretter kategorisert i hovedtema og undertema. Siste steg i analysen var å gå tilbake i teksten for å sjekke at alle relevante aspekter ved deltakernes erfaringer var inkludert i analyseprosessen.

**Validitet og reliabilitet.** Validitet og reliabilitet er begreper som må tas i betraktning også i kvalitativ forskning (Kvale, 1997). For denne studien vil validitet innebære spørsmålet om det faktisk er sentrale aspekter ved bruk av SMART-manualen som fanges opp i fokusgruppeintervjuet, og om kategoriene som fremkommer i analysen er essensielle. Videre angår det validiteten om det som blir nedtegnet avspeiler intensjonen og meningen til gruppedeltakerne. Reliabilitet i studien omhandler om sitatene er korrekt gjengitt, altså ikke feilhøringer, eller feilskrivning. Svikter reliabiliteten i transkribering og analyse, svekker det validiteten. Datamaterialet ble gjennomgått flere ganger av begge forfatterne. For å sikre en korrekt oppfattelse av informantenes erfaringer, ble teksten sendt til samtlige deltakere for sitatsjekk. Reliabilitet omhandler hvor pålitelig undersøkelsen er (Kvale, 1997). Det at intervjuet ble tatt opp på lydbånd med bra kvalitet, og hørt gjennom flere ganger av begge forfatterne bidrar til å styrke studiens reliabilitet (Creswell, 2007). Intervjuet ble transkribert ordrett for å beholde samme mening som den muntlige presentasjonen.

**Etiske betraktninger.** Alle klinikerne ga muntlig sitt samtykke til å bli navngitt i oppgaven, og til å bli tatt opp på bånd. Klinikerne gir eksempler fra pasienter de har møtt i klinisk praksis. Pasientantall for hver av klinikerne er imidlertid høyt, og de nevnte ble omtalt anonymt, og med eksempler som ikke var identifiserbare på individnivå. Det er derved sørget for at ingen pasienter kan identifiseres i sitatene i resultatdelen.

**Forfatterens rolle.** I forbindelse med hovedpraksis og hovedoppgave fikk forfatterne kjennskap til SMART via Veronica Lorentzen. Vi fikk kort opplæring i programmet før hovedpraksis ved BUP Bodø, der vi fikk muligheten til å bruke manualen i praksis. Gjennom vår profesjonsutdanning ved Universitetet i Tromsø har vi god kjennskap til kognitive og atferdsterapeutiske metoder. I kvalitativ forskning er det viktig at forskeren er bevisst på at egen forståelse og holdninger til fenomenet vil kunne påvirke utførelsen av studiet og det skriftlige produktet (Creswell, 2007).

### **Formen på oppgaven**

APA-formatet er ikke optimalt for kvalitative studier når det kommer til presentasjon av resultater og diskusjon (American Psychological Association, 2010). Det er derfor gjort et avvik fra retningslinjene i neste kapittel. Avviket består i at resultat og diskusjon presenteres i ett stort kapittel, i stedet for hver for seg. Resultatene fra analysen presenteres først i en figur. Deretter presenteres sentrale sitater, som videre kommenteres og diskuteres i lys av relevant litteratur.



## Resultater og diskusjon

Fra det transkriberte materialet ble 59 signifikante sitater trukket ut. Tabell 1 inkluderer eksempler på hvordan disse sitatene ble formulert til meningsbærende enheter.

Tabell 1

*Utvalgte eksempler på signifikante utsagn fra klinikere med erfaring fra manualbasert behandling og relatert formulert mening.*

Signifikant utsagn	Formulert mening
Det å skjønne at det å trekke seg unna for deg er helt normalt. I forhold til de opplevelsene du har hatt, så er det den måten du har kunnet hjelpe deg selv på. At det gir mening, at de føler mestring, og at de har gjort det beste de kunne.	En forutsetning for terapeutisk endring, er først å anerkjenne ungdommenes ferdigheter, selv om disse ikke er hensiktsmessig, og øke deres problemforståelse.
Den viktigste tilpasningen tenker jeg er at vi som terapeuter er god på å applisere den modellen til de konkrete problemstillingene de kommer med, at vi ikke glemmer oss.	Forståelse av både underliggende modell og pasientens problematikk er viktig og ligger til grunn for god tilpasning av programmet.
Vi er sammen, vi har noe felles, som er vanskelig, men som ikke er så farlig som jeg trodde det var.	Gruppeterapi bidrar til normalisering og en følelse av fellesskap og støtte, noe som er terapeutiske mål i seg selv.
Hvis de er nyttig, hvis ting fungerer bedre enn vanlig, vil de overleve og de vil tas i bruk.	Dersom programmene oppleves som nyttig, og de fører til endring hos pasienten, er det større sjanse for langvarig implementering.

Dataanalysen resulterte i fire hovedtema: (1) Neumers visjoner og arbeid med SMART, (2) SMART for den enkelte, (3) SMART for fellesskapet og (4) SMART for klinikken. De fire temaene er videre kategorisert i undertema, som presentert i figur 1.

---

 Neumers visjoner og arbeid med **SMART**


---

<b>SMART</b> for den enkelte	<b>SMART</b> for fellesskapet	<b>SMART</b> for klinikken
<b>For den enkelte terapeut</b> Et godt verktøy Bakgrunnskunnskap Fleksibel, men samtidig trofast	<b>Felles plattform for terapeutene</b> Felles språk og arena for utvikling <b>Felles plattform for ungdommene</b> Felles språk Gruppefellesskapet	<b>Implementering av nye programmer</b> Evidensbasert praksis i praksis Praktiske rammer <b>SMART for fremtiden</b>
<b>For den enkelte ungdom</b> Individuelle samtaler Motivasjon Kasusformulering Målsetting Fokus på atferd		

*Figur 1.* Oversikt over resultatene fra dataanalysen, kategorisert i tema og undertema.

De fire hovedtemaene er sentrert rundt ulike aktørers forhold til SMART (Figur 1). Under Neumers visjoner og arbeid med SMART redegjør forfatteren for tanken bak og utvikling av programmet. Figuren viser at Neumers visjoner og arbeid påvirker alle de tre påfølgende hovedtema. SMART for den enkelte reflekterer manualens funksjon for terapeut og ungdom som enkeltindivider. Temaet tar for seg terapeutens forhold til behandlingsmanualen, samt hvordan SMART kan tilpasses den enkelte ungdommen i terapi. SMART for fellesskapet ser på effektene av å ta utgangspunkt i et felles behandlingsprogram, og redegjør for hvordan manualbasert behandling i gruppe kan skape en felles plattform for både terapeutene og ungdommene. SMART for klinikken omhandler hvordan evidensbaserte metoder blir tatt imot i praksis, og fremtidsmuligheter for SMART i klinikken.

De fire hovedkategoriene er videre delt inn i undertema. For hvert undertema vil vi først presentere sentrale sitater i figur og utdype sitatet ved å referere til samtale fra fokusgruppa i tekst. Dette diskuteres videre i lys av relevant litteratur.

### Neumers visjoner og arbeid med SMART

---

- *Programmet er basert på en epidemiologisk studie, så det ble jo laget for de lidelser som var mest hyppig.*
  - *Det er kanskje sånn sett prisen man må betale når man går så bredt ut. Da kan man ikke gå så dypt inn på alle områdene.*
  - *Depresjon er allment. Men å være engstelig, det er litt mer spesielt å tilstå det. (...) det er vanskeligere enn å si at jeg er litt trist og lei meg.*
- 

Figur 2. Sentrale sitater fra "Neumers visjoner og arbeid med SMART".

Neumer gir to grunner til hvorfor han og kollegaer ble inspirert til å utvikle SMART. For det første opplevde han ofte å måtte lete etter arbeidsmateriell da han jobbet klinisk i Tyskland. Etter en stund hadde han selv samlet materiale som han opplevde som nyttig, og ville gjerne dele dette med flere. For det andre gjorde han og flere kollegaer en epidemiologisk studie i Dresden der resultatene viste at livtidsprevalens for kvinnene som deltok i studien var 28,3 % for angstlidelser og 13,7 % for depresjon (Neumer, 2000; Becker et al., 2007). En høy andel viste også komorbiditet mellom disse lidelsene. Neumer og kollegaer så dermed et behov for gode primærforebyggende tiltak for emosjonelle lidelser.

*Programmet er basert på en epidemiologisk studie, så det ble jo laget for de lidelser som var mest hyppig.*

Manualen som ble utviklet fikk navnet Gesundheit und Optimismus (GO!; Junge et al., 2002). Manualen skulle favne bredt, og inkluderte derfor moduler for både angst og depresjon. Ettersom det er anerkjent at denne gruppen ofte har sosiale vansker, inkluderte de også en modul om sosial kompetanse. Neumer ser mange fordeler ved å ha et transdiagnostisk program, men ser også begrensninger knyttet til dette. Når målgruppa befinner seg i et bredt spekter av emosjonelle vansker, betyr dette at man ikke alltid kan gå like dypt inn i alle aspekter ved problematikken. SMART har for eksempel mindre fokus på eksponering enn klassisk angstbehandling. Eksponering er svært viktig for pasienter med angst. Neumer poengterer at dersom programmet ikke er tilstrekkelig, må terapeutene ta seg friheten til å supplere manualen, enten ved å

gjøre mer ut av SMART eller ved å benytte et annet program etter endt behandling med SMART.

*Det er kanskje sånn sett prisen man må betale når man går så bredt ut.  
Da kan man ikke gå så dypt inn på alle områdene.*

Da manualen skulle oversettes til norsk ble navnet på programmet endret. Neumer opplever navnet SMART som appellerende, og mener navnet gir positive assosiasjoner. Den opprinnelige rekkefølgen på modulene ble også endret i den norske utgaven (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). I GO! (Junge et al., 2002) er angstmodulen først. Basert på erfaring mente Neumer innholdet i depresjonsmodulen var lettest å formidle, og at det derfor burde stå først.

*Depresjon er allment. Men å være engstelig, det er litt mer spesielt å tilstå det. (...) det er vanskeligere enn å si at jeg er litt trist og lei meg.*

I veilederen er det konkrete formuleringer terapeuten kan benytte seg av. Dette skyldes blant annet at den første studien av GO! ble utført av studenter med relativt lite erfaring. Det var derfor viktig å sikre at terapeutene forklarte materialet på en god måte, slik at behandlingen holdt et visst nivå. Neumer påpeker at veilederen er ment som en kvalitetssikring, men at det er viktig at terapeuter er fleksible og at de tilpasser innholdet der det trengs.

I flere manualbaserte program, for eksempel Mestringskatten (Kendall et al., 2006), er foreldrene involvert i behandlingen. Målgruppen for SMART er ungdom mellom 14 og 18 år og Neumer poengterer at det ikke finnes noen klar evidens for at foreldreinvolvering er viktig for denne gruppa. Etter fylte 16 år er det ikke selvsagt at man ønsker å inkludere foreldrene i behandlingen. Foreldrene er derfor ikke spesifikt involvert i arbeidet med SMART. Et gruppetilbud for foreldre er imidlertid under utvikling (SMARTE FORELDRE; Neumer & Gere, under utvikling). Formålet med programmet er å øke foreldrenes kunnskap om emosjonelle lidelser og muligheter til å mestre disse (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). På spørsmål om Neumer opplever SMART som et nyttig verktøy, konkluderer han med dette:

*Ja, jeg er jo fornøyd med det, ellers hadde jeg ikke fortsatt å jobbe med det!*

## SMART for den enkelte

Vår analyse av dette temaet er sentrert rundt to undertema: (1) for den enkelte terapeut og (2) for den enkelte ungdom.

**For den enkelte terapeut.** Under dette tema vil vi ha fokus på terapeutens forhold til manualen, og hvordan den kan brukes som et godt verktøy i den kliniske hverdagen. Tema er delt inn i tre deler: et godt verktøy, bakgrunnskunnskap og fleksibel, men samtidig trofast.

### *Et godt verktøy.*

- 
- (...) poenget med det hele er jo at de som er med i gruppa skal ha sin verktøykasse, som de kan ha med seg. Men dette er jo også en verktøykiste for oss som vi bruker i forhold til depresjon og angst. (...) det er et arbeidsredskap, og det tenker jeg er viktig at vi har.
- 

Figur 3. Sentrale sitater fra "Et godt verktøy".

Neumer tror begrepet manual kan gi negative assosiasjoner til noe fastlåst. Derfor kan det å følge et manualbasert program oppleves som en nærmest uoverkommelig oppgave for terapeuten. Manualens struktur har blitt kritisert for å gi rammer som kveler terapeutens kreativitet og mulighet til å tilpasse behandlingen til hvert enkelt individ (Addis et al., 2006). For både Eriksen og Lorentzen har imidlertid SMART vært et etterlengtet verktøy i arbeidet med emosjonelle lidelser. Lorentzen ser på manualens struktur som en styrke, og mener den gir fokus til terapien. Manualens struktur bidrar til å gjøre det enklere å bruke evidensbaserte metoder i praksis.

*På vår BUP, som jeg ikke tror er unik i den sammenheng, så har halvparten av pasientene fra 14-18 år angst og depresjon som henvisningsgrunn. Og det er litt sånn at det er tilfeldig hvilken behandling pasientene får (...), og jeg tenker at det er viktig at man har en måte å kvalitetssikre det på. Så trenger man ikke finne opp kruttet på nytt.*

Lorentzen mener det ligger en kvalitetssikring i å benytte seg av manualbaserte metoder. I en travel hverdag kan manualen bidra til å minne klinikerens på de faktorer

som har vist seg viktig i behandlingen av barn og unge, og sikre at disse blir integrert i behandlingen (Wilson, 1998). Slik får terapeuten en måte å vurdere hvorvidt den psykoterapi beskrevet i manualen faktisk ble gitt – det som kalles behandlingsintegritet. Eriksen mener manualen på denne måten kan være et godt verktøy for terapeuten, og samtidig gi et utgangspunkt for at ungdommene selv kan bygge opp *sin* verktøykasse.

*(...) poenget med det hele er jo at de som er med i gruppa skal ha sin verktøykasse, som de kan ha med seg. Men dette er jo også en verktøykiste for oss som vi bruker i forhold til depresjon og angst. (...) det er et arbeidsredskap, og det tenker jeg er viktig at vi har.*

Et viktig mål i all terapi er at mennesker så langt som mulig får kontroll over og tar ansvar for eget liv (Berge & Repål, 2008). En av de positive sidene ved en kognitiv terapimodell er synliggjøring av hva terapien handler om. Gjennom SMART får ungdommene innsyn i kognitive og atferdsterapeutiske teknikker, og stimuleres til å anvende denne kunnskapen på seg selv (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). De ulike teknikkene samles i ungdommens unike verktøykasser, og kan hentes frem ved behov.

#### ***Bakgrunnskunnskap.***

- 
- *(...) jeg tenker ikke minst på den kognitive modellen, at man skjønner den, og tror på den er viktig (...). Jeg synes det har vært godt for min del å ta det til mitt hjerte. Det er en modell og en metode som jeg liker å jobbe med, som jeg har tro på, og har god erfaring med.*
- 

*Figur 4. Sentrale sitater fra "Bakgrunnskunnskap".*

Lorentzen har lenge jobbet med kognitiv terapi, og tror det vil være en fordel å ha kjennskap til den kognitive modellen før man tar i bruk et kognitivt atferdsterapeutisk program som SMART. Eriksen mener den generelle kunnskap og erfaring du allerede bærer med deg som terapeut vil lette arbeidet med å ta i bruk en ny metode. Hun har selv erfaring som gruppeleder fra De Utrolige Årene (Webster-Stratton, 2007), som er et kognitivt og atferdsterapeutisk behandlingsprogram rettet mot barn med atferds- og sosiale vansker. Hun trives med denne måten å jobbe på, og

for henne ble det derfor lettere å ta i bruk SMART-manualen. Det er en stor fordel å være komfortabel og trygg på metoden man jobber etter, særlig i klinikken hvor arbeidet gjøres mye etter egen motor.

*(...) jeg tenker ikke minst på den kognitive modellen, at man skjønner den, og tror på den er viktig (...). Jeg synes det har vært godt for min del å ta det til mitt hjerte. Det er en modell og en metode som jeg liker å jobbe med, som jeg har tro på, og har god erfaring med.*

Manualer er en operasjonalisering av ulike behandlingsmodeller. Det vil derfor være både viktig og fordelaktig å ha kjennskap til modellen manualen er basert på (Kendall et al., 1998). Manualer har ofte samme oppbygging og metode å jobbe etter, slik at også tidligere generell erfaring med manualbasert terapi kan gjøre det lettere å ta i bruk nye programmer (Connor-Smith & Weisz, 2003).

Lorentzen mener manglende kunnskap om den underliggende modellen kan føre til at man lettere forkaster metoden etter første utprøving. Dersom man ikke lykkes ved første gjennomføring av programmet, vil mange kunne anta at metoden ikke passet til problematikken. De vil derfor velge å la det være med det ene forsøket, i stedet for å prøve på nytt. Mer bakgrunnskunnskap vil kunne føre til at man lettere ser hvordan problematikken kan settes inn i behandlingsmodellen (Kendall & Beidas, 2007). Det vil også kunne gi en pekepinn på når programmet ikke vil være tilstrekkelig for pasientens problematikk.

#### ***Fleksibel, men samtidig trofast.***

---

- *(...) akkurat den grensegangen, mellom å gjøre ting riktig og følge tenkt rekkefølge, og samtidig å ha friheten til å avvike, tilpasse og tilføye, det er kanskje det som er det virkelig vanskelige og som på en måte er et dilemma. Man kan jo bare blindt gjennomgå opplegget, men da vil man ikke ha den optimale effekt tror jeg.*
  - *Den viktigste tilpasningen, tenker jeg, er at vi som terapeuter er god på å applisere den modellen til de konkrete problemstillingene de kommer med, at vi ikke glemmer oss.*
- 

Figur 5. Sentrale sitater fra "Fleksibel, men samtidig trofast".

Det finnes knapt en artikkel som omhandler behandlingsmanualen som ikke også nevner ordet fleksibilitet. Et av manualens mest fremtredende motargument er da også basert på antakelsen om at manualbasert terapi gir en lite fleksibel tilnærming til terapi og handler mer om å fullføre terapien slik den er beskrevet enn å ta individuelle hensyn (Addis et al., 2006). Kendall og kollegaer (2008) mener man heller bør bruke manualen som en guide, noe som resulterer i en mer fleksibel tilnærming. Neumer tror at balansegangen mellom å bruke det evidensbaserte og standardiserte, og samtidig gjøre det fleksibelt, kan oppleves utfordrende for mange.

*(...) akkurat den grensegangen, mellom å gjøre ting riktig og følge tenkt rekkefølge, og samtidig å ha friheten til å avvike, tilpasse og tilføye, det er kanskje det som er det virkelig vanskelige og som på en måte er et dilemma. Man kan jo bare blindt gjennomgå opplegget, men da vil man ikke ha den optimale effekt tror jeg.*

For Eriksen og Lorentzen har manualen blitt mer fleksibel etter flere gangers bruk. Eriksen trekker frem at manualen etter gjentatt gjennomkjøring gir en form for trygghet i terapien, og at denne tryggheten videre gir rom for kreativitet. Lorentzen er også tydelig på at manualen krever flere gjennomkjøringer, og at man ikke gir opp ved første hindring.

*Ingrid var veldig klar og tydelig på å holde manualen. Jeg var litt mer sånn som ville tilpasse med en gang. Så jeg er veldig glad for det, at du holdt manualen og at vi kjørte fra punkt og prikke de første gangene vi hadde grupper. For hvis ikke vi hadde gjort det, så hadde jeg ikke lært meg den så godt.*

Det er viktig at kliniske vurderinger, basert på terapeutens tidligere erfaringer med andre klienter, må integreres med den strukturen og støtten som ligger i manualen (Neumer et al., 2011). Lorentzen trekker frem at den kognitive modellen bør ligge til grunn for de tilpasningene man velger å gjøre.



*Den viktigste tilpasningen, tenker jeg, er at vi som terapeuter er god på å applisere den modellen til de konkrete problemstillingene de kommer med, at vi ikke glemmer oss.*

Det er viktig at de problemene pasienten tar opp i timen ikke ignoreres til fordel for de ”forhåndsbestemte” tema i manualen. Terapeuten bør adressere ungdommens bekymringer ved å bruke behandlingens terapeutiske mål som veiledning i prosessen (Kendall et al., 2008). Lorentzen gir et eksempel på dette. Dersom ungdommen ikke har gjort hjemmeleksene, kan dette settes inn i den kognitive modellen. I timen kan man sammen utforske hvorfor leksene ikke ble gjort; hva tenkte de, hva er typisk for dem i en slik situasjon, finnes det noen som kan hjelpe dem med å få det gjort. Behandlingen blir dermed fleksibel, men likevel trofast mot det evidensbaserte og standardiserte.

**For den enkelte ungdom.** Under dette tema vil vi ha fokus på individuell tilpasning av SMART-programmet. Tema er delt inn i fem deler: Individuelle samtaler, motivasjon, kaususformulering, målsetting og fokus på atferd.

#### ***Individuelle samtaler.***

- 
- *Det er et behov for individuell oppfølging underveis som må være tilstede hvis vi skal jobbe med det på BUP.*
- 

*Figur 6. Sentrale sitater fra ”Individuelle samtaler”.*

Som nevnt har manualbaserte programmer blitt kritisert for å gi liten mulighet til å tilpasse behandlingen til den enkelte klient (Addis et al., 2006). Gjennom sitt arbeid med SMART har Eriksen og Lorentzen erfart at dette ikke nødvendigvis er tilfelle. De har prøvd ut en variant med fire individuelle samtaler i tillegg til programmet; en før oppstart av gruppeterapien, og en etter hver gjennomførte modul. Lorentzen (2008) opplevde at vektlegging av individuelle og kontekstuelle faktorer ved ungdommen, utover den standard som er lagt opp til i SMART-programmet, vil kunne bidra til en mer fleksibel og tilpasset behandling. Eriksen sitter igjen med opplevelsen av at flere vil ha behov for mer individuell oppfølging enn de får ved deltakelse i SMART-gruppene.

*Det er et behov for individuell oppfølging underveis som må være tilstede hvis vi skal jobbe med det på BUP.*

Hensikten med samtaler har i følge Eriksen vært å sikre at ungdommene har fått med seg og forstått innholdet i de enkelte modulene, gi hjelp til hjemmelekser ved behov og ellers forsøke å få tak i hvordan hver enkelt ungdom relaterer seg til stoffet. I disse timene kan de sammen med terapeuten dvele ved enkelte elementer som ble tatt opp på gruppemøtene, og slik gjøre seg klar til å starte på neste modul. De individuelle samtaler gir også anledning til å ta opp andre ting som ungdommen tenker mye på, for eksempel skolevansker eller familiekonflikter. Etter flere gjennomføringer av programmet har de sett at sjansen for at ungdommene gir opp programmet underveis er større dersom de ikke også får et tilbud om individuelle samtaler i tillegg.

#### ***Motivasjon.***

- 
- *Det å se og anerkjenne hvor vanskelig de har det, før vi begynner å bevege dem, er det noen som trenger veldig masse tid på (...). Det er jo en metode som krever at pasienten skal handle. (...) Og for noen er hovedproblemet nettopp det. Det er ikke jeg som skal forholde meg, det er mamma, det er pappa, det er skolen, ingen forstår meg. Da er det vanskelig å gå i gang.*
- 

*Figur 7. Sentrale sitater fra "Motivasjon".*

De individuelle samtaler kan også brukes til motivasjonsarbeid. En viktig del av terapien er å anerkjenne pasientens vansker. Lorentzen bemerker at for mange kan det være provoserende å bli introdusert for alternative tanker, og flere kan reagere med motstand og en overrapportering av symptomer. Dersom ungdommene har en opplevelse av å ikke ha fått vist terapeuten sin hvor vanskelig de har det, blir det desto vanskeligere for terapeutene å motivere til endring.

*Det å se og anerkjenne hvor vanskelig de har det, før vi begynner å bevege dem, er det noen som trenger veldig masse tid på (...). Det er jo en metode som krever at pasienten skal handle. (...) og for noen er hovedproblemet nettopp det. Det er ikke jeg som skal forholde meg, det er mamma, det er pappa, det er skolen, ingen forstår meg. Da er det vanskelig å gå i gang.*

Kognitiv atferdsterapi krever at pasienten skal handle, og selv gjøre noe aktivt for å skape endring (Berge & Repål, 2008). Psykologisk motstand er noe terapeuten må ta spesielt hensyn til, ettersom motivasjon og endring først og fremst må hentes ut fra pasienten selv for å skape behandlingseffekt. Utfordringen er å stimulere pasientene til å involvere seg i behandlingen uten at de får følelsen av å bli fortalt hva de skal gjøre. Ved å anerkjenne pasientens vansker skaper man trygghet og danner rammen for terapeutisk endring (Schibbye, 2006).

Eriksen og Lorentzen er veldig klar på motivasjon er noe de kontinuerlig jobber med gjennom hele programmet. Eriksen fremhever at programmets fokus på psykoedukasjon kan gi ungdommene håp, og dermed øke deres motivasjon for endring.

*(...) den psykoedukative delen er så nyttig, at ungdom forstår hvorfor jeg har det sånn som jeg har det. Veldig tidlig i programmet så kommer det frem, altså at dette er noe som er akkurat nå, men det trenger ikke å vedvare. Det å gi dem håp synes jeg er vesentlig!*

Hvis klienten og terapeuten er enige om problemforståelsen i den første samtalen, vil dette øke sjansene for et mer engasjert samarbeid (Samoilow, 2007). Gjennom psykoedukasjon kan ungdommene få hjelp til å tydeliggjøre aspekter ved problemene som de ikke tidligere var klar over. En ny problemforståelse kan bidra til å øke håp og gi motivasjon for endring.

### ***Kasusformulering.***

- 
- *Det å skjønne at det å trekke seg unna for deg, det er helt normalt (...). I forhold til de opplevelsene du har hatt så er det den måten du har kunnet hjelpe deg selv på. At det gir mening, at de føler mestring, og at de har gjort det beste de kunne.*
- 

Figur 8. Sentrale sitater fra ”Kasusformulering”.

Kasusformulering er også et element Eriksen og Lorentzen har lagt til det originale SMART-programmet, og som de bruker aktivt gjennom hele prosessen (Appendiks C). Kasusformuleringen er et hjelpemiddel i psykoterapeutisk arbeid, og defineres som ”en innsamling og sammenfatning av informasjon om et spesifikt klinisk problem integrert med psykologisk teoretisk kunnskap for å forstå opprinnelse, utvikling og vedlikehold av problemet (s.16)” (Tarrier & Calam, 2002, ref. i Skjerve, 2011). Den gir en kortfattet oversikt over de viktigste opplysningene og funn vedrørende ungdommen, og gir grunnlag for hypoteser om hvilke betingelser som kan skape endring. Beskyttende faktorer i utviklingshistorien (f.eks. godt forhold til mor) og nåværende situasjon (f.eks. gode venner) blir også tydeliggjort. Lorentzen poengterer at et av formålene med kasusformuleringen er å anerkjenne hvordan ungdommene tidligere har mestret vanskelige situasjoner.

*Det å skjønne at det å trekke seg unna for deg, det er helt normalt (...). I forhold til de opplevelsene du har hatt så er det den måten du har kunnet hjelpe deg selv på. At det gir mening, at de føler mestring, og at de har gjort det beste de kunne.*

For Eriksen er kasusformuleringen et ledd i psykoedukasjonen, og en måte for ungdommene å se sin historie. Gjennom de individuelle samtalene får terapeutene anledning til å utforske ungdommens historie sammen med dem, og hjelpe dem til å se sammenhenger de kanskje ikke før har sett. Lorentzen mener dette gjør kasusformuleringen svært kompatibel med SMART, ettersom programmet har som mål å gi ungdommene innsikt i sammenhengen mellom tanker, følelser, kropp og atferd (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). Kasusformulering gir grunnlag for å gi tilbakemelding til ungdommen om den

forståelsen en som terapeut har dannet seg av vanskene (Skjerve, 2011). Det er viktig at terapeut og ungdom i fellesskap identifiserer og utvikler en felles formulering og forståelse av vanskelighetene (Verduyn, 2011). Dette er kanskje spesielt viktig i arbeidet med ungdom, ettersom mange ungdommer ikke har oppsøkt behandling på eget initiativ, og derfor har en annen problemforståelse enn de voksne (DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996). Gjennom å ha en modell for å forstå hvordan vanskelighetene oppsto og hvordan de blir vedlikeholdt øker problemforståelsen, og man kan dermed lettere forhindre at problemene oppstår igjen (Gumley, 2007).

Det er ikke forskningsmessig grunnlag for å hevde at kasusformulering gir mer effektiv behandling (Skjerve, 2011). Likevel vet man at tilpasning av behandlingsutformingen til den enkelte pasients behov og preferanser er av betydning. Individuelt tilpasset behandling er også et viktig punkt i erklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Holmén, 2009).

### ***Målsettinger.***

---

- *Hva er det i depresjonsdelen som du kan ha som mål, hva er det i angstdelen du kan ha som mål, at når vi kommer til det temaet så er det et spesielt fokus de har. (...) dette skal gjelde meg!*
  - *Og da er jo en kjempeviktig tilpasning at vi som terapeuter går tilbake og ser på målskjema (...) Det å gå ut mer med venner som du sier nå at du har lyst til å gjøre, er det ei målsetting som vi kan sette opp i løpet av disse ukene. Sånn at det er mer en sånn ting som er jevnt igjennom hele programmet.*
- 

*Figur 9. Sentrale sitater fra "Målsettinger"*

Et typisk KAT-program vil alltid starte med formulering av mål for behandlingen (Verduyn, 2011). For å sikre motivasjon og godt samarbeid er det viktig at terapeuten identifiserer mål som barnet eller ungdommen selv anser som ønskelige (Haugland, 2011). Informasjon fra kasusformulering, samt kunnskap om vanlige utviklingsoppgaver for barn på ulike alderstrinn kan være til hjelp i søkingen etter positive og realistiske behandlingsmål.

Klare mål bidrar til å engasjere ungdommene i sin egen terapi, og gir et utgangspunkt for å definere hva terapien skal handle om. I følge Samoilow (2007) vil dette kunne gi en tidlig reduksjon i symptomer. Det å tidlig finne målsettinger som pasienten klarer å gjennomføre vil også øke mestringsfølelsen.

Tidlig i behandlingsforløpet skal ungdom og terapeut sammen fylle ut et personlig målskjema (Appendiks D). Dette er kortsiktig og langsiktig mål, som angår det sosiale, utdanning/yrke og egen person (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). Eriksen ser nytteverdien i å identifisere mål knyttet spesifikt til hver enkelt modul.

*Hva er det i depresjonsdelen som du kan ha som mål, hva er det i angstdelen du kan ha som mål, at når vi kommer til det temaet så er det et spesielt fokus de har. (...) dette skal gjelde meg!*

Lorentzen mener det er viktig at man følger opp målskjema underveis og bruker det aktivt. For mange kan det være vanskelig å finne klare mål helt i starten av prosessen, og flere trenger tid til å identifisere de områdene de opplever spesielt utfordrende. Etter hvert som ungdommene blir kjent med stoffet innenfor de ulike modulene kan målene dukke opp av seg selv.

*Og da er jo en kjempeviktig tilpasning at vi som terapeuter går tilbake og ser på målskjema (...) Det å gå ut mer med venner som du sier nå at du har lyst til å gjøre, er det ei målsetting som vi kan sette opp i løpet av disse ukene. Sånn at det er mer en sånn ting som er jevnt igjennom hele programmet.*

Målsettinger for behandlingen bør være gjenstand for forhandlinger gjennom hele terapiprosessen (Samoilow, 2007). Eriksen poengterer at målskjema også er viktig når ungdommene er ferdig med programmet og skal oppsummere terapiforløpet sammen med terapeuten. Hun mener målskjema ikke bare fungerer som en rettesnor for terapien, men også som et utgangspunkt for veien videre etter avsluttet behandling.

*(...) når vi har den røde tråden gjennom hele forløpet, som er individuelt, så er det lettere for dem når vi har oppfølgingsamtaler etterpå. (...) hvilke nye mål kan du sette deg, hva blir neste trinn og hva er det du ønsker.*

Det å ha mål om å opprettholde aktiviteter som gir opplevelse av mestring og tilfredsstillelse er viktig også etter endt behandling (Berge & Repål, 2008)

### ***Fokus på atferd.***

- 
- *SMART bygger jo mye på atferdseksperimenter, på opplevelse, at man først skal forstå ting sånn kroppslig, før man snakker om det og setter ord på det.*
- 

Figur 10. Sentrale sitater fra "Fokus på atferd".

Atferdseksperimenter er en sentral metode i kognitiv terapi (Raknes, 2007). De beskrives som planlagt eksperimentell aktivitet, basert på eksperimentering eller observasjon, som blir utført av pasienten under eller mellom timene. Hensikten med eksperimentene er å samle inn informasjon om atferd og tanker som bidrar til å opprettholde pasientens vanskeligheter. Neumer forteller at han allerede i andre time med SMART introduserer et atferdseksperiment, hvor fokuset er på opplevelse. Her skal ungdommene trekke hver sin konvolutt, og blir fortalt at den som får tallet 1 må danse foran de andre til den musikken som settes på. Eksperimentet er designet for å skape en emosjonell reaksjon hos ungdommene.

*SMART bygger jo mye på atferdseksperimenter, på opplevelse, at man først skal forstå ting sånn kroppslig, før man snakker om det og setter ord på det.*

Poenget med atferdseksperimenter er å kartlegge atferd og kognisjon som opprettholder pasientens problemer og tydeliggjøre dette for pasientene (Raknes, 2007). Atferdseksperimenter kan også brukes for å registrere og planlegge aktiviteter mellom timene.

*Atferdsobservasjon, jeg er personlig en fan av det (...) jeg savner det ofte i andre programmer, å gå gjennom en teknikk, en tilnærming, fra time til time. Og det har man jo egentlig i SMART med ukeplan, og planlegging av positive aktiviteter. Så jeg personlig tror at det er nyttig.*

Et viktig mål med behandlingen er å øke antall gjøremål i hverdagen, og da spesielt aktiviteter som kan gi en følelse av mestring og tilfredsstillelse (Berge & Repål, 2008). Energimangel hos deprimerte pasienter er vanligvis et tegn på at pasienten trenger å bli mer aktiv, og ikke mindre. Ukeplansregistrering og planlegging av positive aktiviteter bidrar til å øke aktivitetsnivå (Appendiks E).

### **SMART for fellesskapet**

Vår analyse av dette temaet er sentrert rundt to undertema: (1) felles plattform for terapeutene og (2) felles plattform for ungdommene.

**Felles plattform for terapeutene.** Under dette tema vil vi ha fokus på hvordan SMART kan bidra til et felles språk for terapeutene, og være et felles utgangspunkt for faglig utvikling.

#### ***Felles språk og arena for utvikling.***

---

- *Det å ha et felles språk, en felles arena som man kan diskutere pasientene sine og den jobben man gjør (...), det å ha et faglig fellesskap og fora hvor man kan utvikle seg som terapeut, tenker jeg er sentralt i forhold til å få en metode til å gå.*
  - *Det er viktig å se på hva jeg og Veronica gjør forskjellig, og å snakke høyt om det! At du er god på dette, og jeg er god på dette. Og at vi har lov å utvikle oss.*
- 

*Figur 11. Sentrale sitater fra "Felles språk og arena for utvikling".*

De fleste manualer beskriver en behandlingsramme basert på mål for behandlingen og de enkelte timene (Kendall et al., 2008). De beskriver terapeutiske aktiviteter og strategier for å møte disse målene, og gir retningslinjer for å kunne hankses med utfordringer som måtte dukke opp under behandlingen.



Psykologer kan ha vanskeligheter med å formulere nøyaktig hva slags behandlingsstrategier de bruker, og hvordan deres intervensjoner fører til endring hos pasientene (Bickman, 1999). I følge Bjørk og Neumer (2010) er det fortsatt et behov for et felles språk for psykologene. Eriksen og Lorentzen mener at terapeuter i for liten grad snakker om hvilke metoder man benytter i terapi, og for dem har SMART bidratt med et felles språk i deres arbeid med ungdommer. Det konkrete materialet i manualen gjør at de i større grad kan verbalisere det de gjør i behandlingen, og gir et felles holdepunkt for å diskutere terapeutiske prosesser underveis.

*Det å ha et felles språk, en felles arena der man kan diskutere pasientene sine og den jobben man gjør (...), det å ha et faglig fellesskap og fora hvor man kan utvikle seg som terapeut, tenker jeg er sentralt i forhold til å få en metode til å gå.*

Manualen har blitt kritisert for å hemme klinikerens utvikling av terapeutferdigheter, og mange ser på manualbasert behandling som lite kreativt og dermed mer kjedelig terapi (Addis et al., 2006). Luborsky (1993) advarte tidlig mot en utvikling der terapeuter som tar i bruk manualer blir til "teknikere" der klinisk kompetanse og erfaring blir mindre viktig. For Eriksen og Lorentzen har det å jobbe sammen om SMART derimot bidratt til å utvikle terapeutferdigheter. Manualen gir dem et felles fokus for kollegaveiledning, i tillegg til å være en arena hvor de kan eksponere seg som terapeuter. De utfordrer seg selv og hverandre gjennom å sette spørsmålstegn ved den jobben de gjør som gruppeledere. Dette mener Lorentzen er en fordel for dem begge. Gjennom utvikling av terapeutferdigheter, kan de lettere videreutvikle og utforme programmet, noe som også kommer ungdommene til gode. Eriksen opplever også at det er viktig å ha en åpenhet som gjør at man kan hjelpe hverandre til å se ulike terapeutegenskaper hos seg selv.

*Det er viktig å se på hva jeg og Veronica gjør forskjellig, og å snakke høyt om det! At du er god på dette, og jeg er god på dette. Og at vi har lov å utvikle oss.*

Rønnestad og Skovholt (2003) påpeker at kollegaveiledning er blant de viktigste kilder for profesjonell utvikling. Opplæring og veiledning av terapeuter kan ofte være mer omfattende ved manualbasert behandling, sammenlignet med annen klinisk opplæring av terapeuter (Havik, 2000). Dette vil igjen kunne redusere sannsynligheten for at terapeuter blir redusert til ”teknikere” som leverer samme lineære behandling hver gang.

**Felles plattform for ungdommene.** Under dette tema vil vi ha fokus på hvordan SMART kan være et felles utgangspunkt for forståelse og endring. Tema er delt inn i to deler: felles språk og gruppefellesskapet.

#### *Felles språk.*

---

- *Jeg husker en av ungdommene som hadde fått diagnosen depresjon, og som når hun kom i SMART-gruppa forteller at ”nå skjønner jeg at jeg har en depresjon, nå skjønner jeg hva det er”.*
  - *Det å se at det er flere enn meg som sliter er jo en vesentlig del av SMART-gruppekonseptet.*
- 

Figur 12. Sentrale sitater fra ”Felles språk”.

Psykoedukasjon er i følge Berge og Repål (2008) en viktig del av kognitiv atferdsterapi, og det har også en sentral plass i SMART-manualen. Gjennom SMART får ungdommene informasjon om depresjon, angst og sosial kompetanse, og får dermed et felles språk på det som er vanskelig. Eriksen og Lorentzen fremhever viktigheten av å øke ungdommenes forståelse av egne vansker, og synes at SMART er et godt pedagogisk verktøy for å gi ungdom informasjon om psykiske lidelser. Eriksen sier at gjennom å ha fokus på psykoedukasjon i SMART bidrar man til at ungdommene skjønner mer av den diagnosen de har fått.

*Jeg husker en av ungdommene som hadde fått diagnosen depresjon, og som når hun kom i SMART-gruppa forteller at ”nå skjønner jeg at jeg har en depresjon, nå skjønner jeg hva det er”.*

Psykoedukasjon er viktig i forhold til forebygging og tidlig intervensjon av emosjonelle lidelser, men kunnskap om psykiske lidelser er generelt lav blant befolkningen (Jorm, 2000). Det er flere viktige elementer ved psykoedukasjon. Det å kunne lære seg å gjenkjenne spesifikke lidelser, og erverve kunnskap om risikofaktorer og utløsende årsaker er sentralt. Videre kan kunnskap om ulike selvhjelpsbehandlinger og en forståelse for når det kan være lurt å søke profesjonell hjelp være nyttig å ta med seg.

Lorentzen poengterer at alle ungdommer som deltar i SMART får hver sin arbeidsbok. De får da tilgang til mye av det samme materialet som terapeutene har, noe som kan bidra til å avmystifisere terapien (Kendall, 2012). Arbeidsbøker er også et viktig verktøy for å tilegne seg ny kunnskap, og bidrar til et felles fokus for både pasient og terapeut. De aller fleste ungdommene er kjent med denne måten å jobbe på fra skolen. Craske, Meadows og Barlow (1994) poengterer at gjennom å gi pasientene arbeidsbøker får de muligheten til å forberede seg til timene, repetere stoffet etter timene, samt få venner og familie til å lese stoffet. På den måten kan man øke støtten fra det sosiale nettverket. Lorentzen forteller at arbeidsboken kan være spesielt nyttig for de av deltakerne som har oppmerksomhetsvansker. For dem kan det være til god hjelp å ha noe å hjelpe seg med når de skal gjøre hjemmearbeid.

*Det er en trygghet å ha boka si, og vite hva som skal skje når de kommer til BUP. Jo, da skal vi gjøre dette. Også at de kan gå tilbake å lese etter timene.*

Eriksen og Lorentzen opplever at SMART-programmet virker normaliserende. Ungdommene kan innenfor de samme rammene diskutere begreper, sammenligne erfaringer, og snakke om hvordan det oppleves for den enkelte. De kan kjenne seg igjen i andre, og oppleve at de ikke er alene om å ha det vanskelig. Lorentzen sier at tilbakemeldinger fra deltakerne også har handlet om nettopp dette, at det beste med gruppa var å se at man ikke var alene.

*Det å se at det er flere enn meg som sliter er jo en vesentlig del av SMART-gruppekonseptet.*

Lorentzen påpeker at psykoedukasjon og erfaringsutveksling bidrar til å fjerne skam, slik at det blir lettere å jobbe med det som oppleves vanskelig. Hun og Eriksen bruker mye humor på tema som ungdommene opplever som utfordrende og vanskelig, og på den måten forsøker de å ufarliggjøre det. Gruppekonteksten kan bidra til å normalisere symptomer på angst og depresjon, og øker muligheten til å øve på nye ferdigheter sammen med andre (Shortt, Barrett & Fox, 2010).

### ***Gruppefellesskapet.***

---

- *Vi er sammen, vi har noe felles, som er vanskelig, men som ikke er så farlig som jeg trodde det var!*
  - *Jeg husker ei som skulle være med og var deprimert. Hun var veldig sånn "jammen, jeg har jo ikke angst". (...) selv om ikke hun hadde angst, så kunne vi bruke henne som en informant for de med sosial angst. Hun som ikke har sosial angst, hva er hun opptatt av? Er hun opptatt av å se på den andre, eller er hun opptatt av seg selv?*
- 

Figur 13. Sentrale sitater fra "Gruppefellesskapet"

SMART gir ungdommene et felles utgangspunkt for terapi, og gir en arena hvor de sammen kan utvikle ferdigheter gjennom ny kunnskap og utveksling av felles erfaring. Interaksjonen mellom deltakerne i gruppa er minst like viktig som interaksjonen mellom terapeut og deltaker. Gruppa reflekterer i større grad ungdommens naturlige miljø, enn en-til-en settingen med en behandler og en pasient (Rose, 1998). Lorentzen mener det er noe med gruppesettingen i seg selv som er terapeutisk. Hun har lagt merke til flere små ting som skjer i gruppa underveis og som bidrar positivt til fellesskapet. Et smil fra en annen i gruppa kan altså være nok til at de får en positiv opplevelse av å være i gruppa. Hun sier de fleste deltakerne er veldig stille de første timene, men at de likevel skriver på evalueringsskjemaene etterpå at de føler seg forstått av de andre deltakerne.

*Vi er sammen, vi har noe felles, som er vanskelig, men som ikke er så farlig som jeg trodde det var!*

Eriksen påpeker samtidig at det også er mange små ting som skjer som kan påvirke gruppa negativt, og at det kan være vanskelig som gruppeleder å ha kontroll på hvordan deltakerne påvirker hverandre. Smågrupperinger innenfor gruppa kan forekomme, der enkelte individer kan sabotere for de andre ved for eksempel å nekte å gjøre hjemmelekser. Dette kan påvirke de andre i negativ retning. Å etablere gode gruppenormer og sikre et godt samarbeid mellom deltakerne er en utfordring de fleste gruppelederne står ovenfor (Yalom & Leszcz, 2005). Gjennom å jobbe sammen som gruppeledere kan man hjelpe hverandre til å se de små tingene som foregår i gruppa.

*Hvordan man kan hjelpe hverandre med å ha ansvar for gruppeprosessen, og observere underveis. Hva var det som skjedde der nede på hjørnet der? Hva var det det blikket der betydde og sann. (...) det skjer så utrolig masse.*

Når ungdommene deler personlige erfaringer med hverandre, og opplever å føle seg forstått av de andre, bidrar dette til å øke samhørigheten i gruppa (Nielsen, 2006). Eriksen understreker viktigheten av å bruke gruppa aktivt. Gruppelederne må oppmuntre deltakerne i gruppa til å stille spørsmål, komme med konstruktive forslag og erfaringsutvekslinger. Man kan bruke gruppa til å få frem universelle erfaringer, slik at den enkelte kan kjenne seg igjen i de andre (Yalom & Leszcz, 2005). Gjennom slike gruppeprosesser skjer det også en sosial ferdighetstrening, der den enkelte lærer å snakke om sine erfaringer og følelser, samt kunne kjenne dette igjen hos andre (Berge & Repål, 2008). Ved gruppebehandling får man også et fokus på gjensidig støtte. I tillegg til at deltakerne i gruppa opplever å motta støtte, vil det å kunne være en støtte for andre oppleves meningsfylt (Yalom & Leszcz, 2005). Alle modulene er ikke nødvendigvis like relevante for alle. Eriksen mener at deltakerne likevel kan oppleve at de trengs i gruppa, ved å være et referansepunkt for andre. Slik kan de bli bevisst på at de sitter inne med evner og kunnskap som faktisk kan hjelpe andre.

*Jeg husker ei som skulle være med og var deprimert. Hun var veldig sånn "jammen, jeg har jo ikke angst". (...) selv om ikke hun hadde angst, så kunne vi bruke henne som en informant for de med sosial angst. Hun som ikke har sosial angst, hva er hun opptatt av? Er hun opptatt av å se på den andre, eller er hun opptatt av seg selv?*

På denne måten kan deltakerne fungere som co-terapeuter for hverandre. Dette vil sannsynligvis også føre til at de blir bevisst ulike strategier de kan gjøre for å hjelpe seg selv (Rose, 1998).

### **SMART for klinikken**

Vår analyse av dette temaet er sentrert rundt to undertema: (1) implementering av nye programmer og (2) SMART for fremtiden.

**Implementering av nye programmer.** Under dette tema vil vi ha fokus på implementering av nye evidensbaserte metoder i klinisk praksis. Tema er delt inn i to deler: evidensbasert praksis i praksis og praktiske rammer.

#### ***Evidensbasert praksis i praksis.***

- 
- *(...) jeg tror praksisfeltet alene, de har det bra uten. Så hvorfor skal man gjøre ting mer komplisert? Hvorfor skal vi lære nye ting hvis vi har det veldig bra uten det?*
  - *Jeg tror det er viktig at man først anerkjenner eksisterende kunnskap, at man sier at det dere allerede gjør er bra. Folk har jo kunnskap som er verdifull, men at man da forsøker å bygge på den kunnskapen.*
- 

*Figur 14.* Sentrale sitater fra "Evidensbasert praksis i praksis".

Det kan ofte være en langvarig og omfattende prosess å implementere nye behandlingstilbud i klinikkene (Fixen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). I følge Hogan (2003) kan det ta så mye som 20-25 år før vitenskapelige fremskritt finner veien til klinikkene og brukes i klinisk praksis. Selv etter at psykologforeningen undertegnet prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis, tror Neumer forskning enda er lite relevant for den kliniske hverdagen.

*(...) jeg tror praksisfeltet alene, de har det bra uten. Så hvorfor skal man gjøre ting mer komplisert? Hvorfor skal vi lære nye ting hvis vi har det veldig bra uten det?*

Noen klinikere føler seg trygge på at de allerede gir pasientene sine effektive behandling, og er derfor ikke motivert til å lære manualbaserte metoder (Addis, Wade & Hatgis, 1999). Andre igjen tviler på om manualbasert behandling kan sies å kvalitetssikre terapi (Oddli & Kjøs, 2009). Oddli og Kjøs (2009) stiller seg undrende til behovet for retningslinjer for psykologisk praksis, da de mener klinikere flest ikke jobber strukturert likevel. Kennair (2009) på sin side tror psykologer ville hatt større innflytelse og troverdighet innenfor psykisk helsevern hvis de kunne forholdt seg til metoder som er dokumentert virksom, fremfor å late som om psykologstanden kan noe som vanskelig kan dokumenteres.

”Barn i Bergen”-studien viser at behovet for gode behandlingstiltak i aller høyeste grad er tilstede for barn og unge med emosjonelle lidelser (Mykletun et al., 2009), og med krav om EBPP bør nye evidensbaserte tiltak være kjærkomne i klinisk praksis (Kennair, 2009). Hvorvidt evidensbaserte programmer til nå er *bedre* enn den behandlingen som vanligvis blir tilbudt av klinikken, er imidlertid fortsatt ubesvart.

Neumer mener en uheldig bivirkning ved nye manualbaserte programmer er at de kan komme i skade for å bli fremstilt som så mye bedre enn hva som allerede blir praktisert. Han tror dette på ingen måte fremmer videreutvikling, men i stedet fører til en uheldig posisjoneringskrig hvor man blir mer opptatt av å vise hverandre hvem som gjør tingene best, fremfor å forsøke å finne ut av hva som allerede er bra og hvordan man kan videreutvikle dette.

*Jeg tror det er viktig at man først anerkjenner eksisterende kunnskap, at man sier at det dere allerede gjør er bra. Folk har jo kunnskap som er verdifull, men at man da forsøker å bygge på den kunnskapen.*

Debatten om integrering av forskning i klinikk er på ingen måte ny, og har vært gjeldende helt siden midten av 1970-tallet da behandlingsmanualen ble introdusert (Luborsky & DeRubeis, 1984). Manualbasert behandling blir ofte sett på som standarden for evidensbasert behandling, og mange av manualene er basert på den

kognitive og atferdsterapeutiske modellen (Wilson, 1998). Nylig har lesere av avisen Morgenbladet kunnet følge med på en debatt med utspring i en artikkel hvor kognitiv atferdsterapi på mange måter får æren for at psykologien har gått fra ”eminensbasert” til ”evidensbasert” (Olsen, 2012). Her hevdes det at psykologien har gjennomgått et paradigmeskifte, og at kognitiv atferdsterapi har gått av med seieren. Denne påstanden har vekket motstand hos klinikere med annen teoretisk bakgrunn. Representanter fra Forskningsutvalget i Norsk Psykoanalytisk Institutt mener det skjer en uheldig posisjonering i det at alt som virker fornuftig og smart tillegges den kognitive terapien, mens alt som er reaksjonært og tungrodd tillegges psykoanalysen (Lorentzen, Stänicke, Strømme, Vanberg & Haraldsen, 2012). Gjennom å anerkjenne klinikerens allerede eksisterende kunnskap og erfaring mener Neumer implementering av nye evidensbaserte programmer vil bli lettere.

***Praktiske rammer.***

- 
- *Hvis man ikke skal gjøre det, så tror jeg man må ha flere i et kollegium, og jeg tror man må ha veiledning, og man må ha en vilje til å prøve og få det til. (...) jo mer kunnskap man får, jo mer anvendelig blir alle manualer.*
  - *Hvis programmene er nyttige, hvis ting fungerer bedre enn vanlig, vil de overleve og de vil tas i bruk.*
- 

*Figur 15. Sentrale sitater fra ”Praktiske rammer”.*

Det er også flere grunner til at implementering av nye behandlingsprogram kan ta lang tid (Neumer et al., 2011). En årsak kan være lite tilgjengelig informasjon om programmene, eller at bruken kan kreve omfattende opplæring og veiledning. Lorentzen tror ofte det er tilfeldigheter som avgjør om man velger å prøve ut en ny behandlingsmanual. Hun fikk kjennskap til SMART via Neumer, og fikk anledning til å prøve det ut før manualen offisielt kom ut på det norske markedet. Hun peker på forståelse av underliggende modell og grundig opplæring som viktig, og tror det ofte kan være en fordel om man allerede er interessert i metoden manualen bygger på. Tilstrekkelig opplæring i behandlingsprogrammet og i det teoretiske grunnlaget vil således være en forutsetning for at terapeuter skal ta nytt materiale i bruk, og gjennomføre behandlingen på en tilfredsstillende måte (Neumer, et al., 2011).



Dersom opplæringen og forståelsen av modellen er mangelfull, tror Lorentzen mange vil forkaste modellen før de har gjennomført programmet mange nok ganger til at manualen blir mer anvendelig. Hun tror det finnes flere løsninger for å forhindre at man gir opp manualen etter første forsøk.

*Hvis man ikke skal gjøre det, så tror jeg man må ha flere i et kollegium, og jeg tror man må ha veiledning, og man må ha en vilje til å prøve å få det til. (...) jo mer kunnskap man får, jo mer anvendelig blir alle manualer.*

Behandlingsmanualens fremtid ved klinikken vil i stor grad være avhengig av de rammene klinikkene setter for utprøving. Neumer tror flere som ikke selv har fått prøvd ut metoden, kan være negative til å ta den i bruk. Det vil derfor være viktig å skape et læringsmiljø, der terapeutene kan danne seg sine egne oppfatninger av programmet, og selv ta stilling til om de fortsatt ønsker å bruke det etter utprøving.

*Hvis programmene er nyttige, hvis ting fungerer bedre enn vanlig, vil de overleve og de vil tas i bruk.*

Flere klinikere har delt sine erfaringer i praktisk bruk av programmet Mestringskatten. Ved BUP Grorud har fire klinikere over en toårsperiode tatt manualen i bruk (Stafset et al., 2011). De fire klinikerne mener å ha fått en mer nyansert forståelse av manualens fordeler og begrensninger gjennom disse to årene, og ser manualbasert terapi som effektiv hjelp som trygger barnet. De påpeker imidlertid at bruken krever en fleksibel tilpasning, og at terapeutene bør få oppfølging og veiledning også etter introduksjonskurset.

**SMART for fremtiden.** Under dette tema vil vi ha fokus på hvordan SMART kan være et godt tilbud for klinikken også i fremtiden.

- 
- *Mange vil ha nytte av det og muligens er det nok for mange. (...) men for dem hvor dette ikke er nok, de vil gå videre. Og de vil få en mer intensiv og individuell tilpasset behandling, som kan bygge på det som ble introdusert i SMART og som også tilføyer nye elementer.*
  - *(...) her ser vi at det er et behov. Terapeutene på BUP her vet hva SMART er, også kommer de til oss med pasienter som har vært henvist for eksternerende vansker hvor man ser at det er mye internaliseringsproblematikk. Da har vi et tilbud som er veldig eksplisitt som gjør at jeg tror at flere får hjelp.*
- 

*Figur 16. Sentrale sitater fra "SMART for fremtiden".*

SMART er stadig under utvikling (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010). Fra å primært være et forebyggende tiltak i førstelinjetjenesten, har programmet også beveget seg mot spesialisthelsetjenesten og blant annet blitt tatt i bruk som gruppebehandling med individualisert oppfølging (Lorentzen, 2008) og tilpasset i individualterapi (Markhus, 2006).

Både Neumer, Lorentzen og Eriksen ser en fremtid for SMART i klinisk praksis. Neumer foreslår SMART i en "Stepped Care"-modell, hvor programmet vil kunne være en del av en grunnbehandling for emosjonelle lidelser. I en slik trappetrinnsmodell handler det om å gi første hjelpetilbud på lavest mulig nivå, for deretter å gi tiltak som tilsvarer problemets alvorlighetsgrad og etter pasientens ønske (Clark et al., 2009). I første trinn vil behandlingen være mer generell og favne bredere enn ved senere trinn, som vil være mer spesifiserte og individualiserte. Neumer mener SMART kan være en del av en mer omfattende behandlingsplan, men trenger ikke være det eneste tilbudet ungdommen får.

*Mange vil ha nytte av det og muligens er det nok for mange. (...) men for dem der dette ikke er nok, de vil gå videre. Og de vil få en mer intensiv og individuell tilpasset behandling, som kan bygge på det som ble introdusert i SMART og som også tilføyer nye elementer.*

En trappetrinnsmodell kan gi retningslinjer på hvordan man kan tilby og tilpasse intensiteten av evidensbaserte tiltak. Modellen innebærer kunnskap om at (1) forskjellige pasienter trenger ulike nivå av behandling, (2) riktig nivå av behandling for den enkelte pasient er basert på systematisk kartlegging, og (3) opptrapping fra et lavere til et høyere behandlingsnivå basert på pasientens behandlingsrespons minsker kostnader og øker effektivitet (O'Donohue & Draper, 2011). SMART kan slik være et første hjelpetiltak for ungdom, og gi en pekepinn på eventuell videre behandling (Neumer & Junge-Hoffmeister, 2010).

For å møte økonomiske og praktiske krav som klinikkene i stadig økende grad står ovenfor, kan en trappetrinnsmodell være veien å gå (Edmunds, O'Neil & Kendall, 2011). Dersom kortere behandling er like effektive som de lengre, vil antallet reduserte behandlingstimer på tidligere trinn kunne rettferdiggjøres. Den strukturen og tidsbegrensingen manualbasert terapi setter for terapien, kan også føre til at terapien blir mer fokusert enn den ellers ville ha vært (Wilson, 1998).

Lorentzen er opptatt av at ungdom med emosjonelle vansker ikke bør holdes for lenge på BUP, noe hun tror lett kan skje i praksis. Hun støtter Neumers forslag, og mener SMART egner seg godt som et første tiltak. Hun mener programmet ofte er et godt utgangspunkt for både kartlegging og behandling av emosjonelle lidelser. For noen kan SMART-programmet være nok, mens andre vil trenge videre oppfølging etter endt behandling.

*(...) for det er litt sånn som en løk, vi skreller av lag for lag (ler litt). Det har vi ofte gjort og ser at den separasjonsangsten som hun hadde som åtteåring, den kommer når vi skreller av den generaliserte angsten, litt tvangsplager, litt depresjon (...) Sånne gamle ting som dukker opp. SMART er så veldig egnet for å begynne på den skrellinga. For noen er det nok, mens for andre så er det mer som trengs.*

Utover i programmet blir det tydeligere for både terapeut og ungdom hvor problemene ligger. Lorentzen påpeker at observasjoner gjort under gruppetimene kan være svært verdifulle.

*Vi har gjort observasjoner i løpet av gruppa og sittet igjen med informasjon som ikke har vært tilgjengelig på utredningstidspunktet, fordi man ikke får inn den informasjonen så tidlig i et forløp (...), om det er SMART eller ikke. At ting kan bli annerledes og endre seg, men jeg tenker at det er en god start.*

Lorentzen ser et klart behov for SMART. Ikke bare for ungdom henvist primært for internaliserende vansker, men også for ungdom henvist av andre årsaker. Hun trekker spesielt frem gruppen henvist med eksternaliserende vansker, og mener eventuelle emosjonelle vansker i denne gruppen har lettere for å bli oversett. SMART er et veldig eksplisitt tilbud, og Lorentzen tror at ungdommene lettere kan få spesifikk hjelp når tilbudet finnes ved klinikken og har en såpass tydelig profil.

*(...) her ser vi at det er et behov. Terapeutene på BUP her vet hva SMART er, også kommer de til oss med pasienter som har vært henvist for eksternaliserende vansker hvor man ser at det er mye internaliseringsproblematikk. Da har vi et tilbud som er veldig eksplisitt som gjør at jeg tror at flere får hjelp.*

Med krav om evidensbaserte metoder og økt effektivitet, kan SMART være et positivt bidrag for klinikken også i fremtiden.

### **Styrker og svakheter ved studien**

Ved kvalitative studier regner man som en grunnregel at funnene ikke kan generaliseres, da man ikke har et tilfeldig og representativt utvalg av befolkningen, og ingen objektive mål (Creswell, 2007). Imidlertid er grunntanken i en fenomenologisk studie at man skal søke å finne noe essensielt ved fenomenet. Når man diskuterer med erfarne klinikere ligger det en antakelse om at de har erfaringer som kan formidles til andre kollegaer, og at de slik har kunnskap som er generaliserbar. En svakhet med vår studie er at vi kun har en fokusgruppe, med få deltakere. Deltakerne kjenner hverandre fra før, og er alle positivt innstilt til programmet. Dette reiser spørsmål om hvorvidt funnene kan generaliseres, og om

vi har klart å favne det som er mulig å favne av viktige erfaringer med SMART-manualen.

I kvalitative studier søker man etter kunnskap om menneskers oppfatninger og erfaringer, og da er det ikke nødvendigvis antall informanter som bærer studiet, men hvor mye informasjon hver enkelt har å bidra med (Creswell, 2007). Våre deltakere ble valgt fordi de hadde inngående kjennskap til og erfaring med SMART, men også andre manualbaserte programmer. Deltakerne er derfor ikke et tilfeldig utvalg av populasjonen av klinikere, men ble valgt ut fra antakelsen om at de mest avanserte og erfarne brukerne av manualer ville kunne gi funn som var generaliserbare for behandlingsmanualens fremtidige rolle i klinikken (Schofield, 1990).

Samtlige deltakere kjente hverandre fra før, noe som kan påvirke svarene til deltakere. Lorentzen og Eriksen har samarbeidet om SMART over flere år, og har begge fått opplæring i metoden av Neumer. Det at forfatteren er med i fokusgruppa er både en styrke og en svakhet ved sammensetningen av gruppa. Neumer kan gi innsikt i visjon og utvikling av SMART, noe som gir deltakerne mulighet til å reflektere rundt dette og hvordan programmet har blitt mottatt i praksis. Hans rolle som utvikler kan imidlertid tenkes å ha påvirket de andre deltakernes ytringer, ved at eventuell kritikk kan ha vært vanskelig å formidle. De to andre deltakerne har jobbet sammen om SMART i flere år, noe som kan ha ført til at deres meninger er samkjørte og lite utfordrende.

Vår fokusgruppe var sammensatt av deltakerne som alle var positivt innstilt til programmet. Dette kan tenkes å redusere eventuelle negative oppfatninger av manualbasert behandling. En fokusgruppe bør imidlertid være mest mulig homogen, for å redusere hemninger blant deltakerne, og stimulere til utforskende samtale (Creswell, 2007). Vårt hovedfokus med studien var heller ikke nødvendigvis å utforske klinikerens holdninger for eller imot manualbasert behandling, men å få kunnskap om hvordan manualen kan brukes i klinisk praksis.

En svakhet med studien er at ungdommenes synspunkter kun kommer frem gjennom terapeutene, og de evalueringene ungdommene har gitt dem underveis i behandlingen. Hvorvidt dette gjenspeiler hvordan ungdommene faktisk oppfatter programmet kan ikke studien gi noe svar på.

Forskernes erfaring med SMART, samt kjennskap til Lorentzen, vil kunne påvirke hvilke spørsmål som ble stilt under intervjuet, og måten spørsmålene ble stilt på. Dette kan ha resultert i at viktige tema ikke ble diskutert i fokusgruppen. Dataanalysen kan også ha blitt påvirket av dette. Det angår reliabiliteten om andre uavhengige forskere ville funnet de samme kategoriene ved reanalyse av rådata (Kvale, 1997).

Et annet spørsmål som angår generalisering, er om erfaring med bruk av SMART-manualen kan generaliseres til andre manualer. Dersom kunnskapen kan generaliseres, er spørsmålet om den bare kan overføres til manualer som bygger på den kognitive modellen. Forfatterne tror at denne oppgaven har fått frem generelle aspekter ved praktisk bruk av behandlingsmanualer, og som kan ha implikasjoner for videre klinisk arbeid og forskning.

På tross av studiens begrensninger vil vi hevde at deltakernes formidlede erfaringer har gitt verdifull kunnskap om hvordan manualer kan benyttes i klinisk praksis. Studien åpner opp for mer omfattende forskning på hvordan man kan bruke manualbaserte metoder i klinisk praksis.

### **Implikasjoner**

Det blir stadig flere tilgjengelige behandlingsmanualer, men det er fortsatt vanskelig å finne systematisk kunnskap om hvordan man kan bruke dem i klinisk praksis (Neumer et al., 2011). Våre funn viser at manualen kan være et positivt tilskudd i den terapeutiske hverdagen, og kan bidra til å sikre at viktige elementer i evidensbasert behandling blir tilpasset den enkelte pasients behov. Vår studie kan gi følgende implikasjoner for bruk av behandlingsmanualen i klinisk praksis:

*1. Gode rammer for implementering.* Det er flere faktorer som påvirker implementering av nye behandlingsprogrammer. For det første er det en forutsetning at klinikken legger til rette for utprøving, gjennom mulighet for tilstrekkelig opplæring og veiledning underveis. Dette kan bidra til å skape et læringsmiljø der terapeutene kan danne seg egne oppfatninger av manualen. For det andre er det viktig å anerkjenne og bygge på allerede eksisterende kunnskap og erfaring, for om mulig å unngå unødig opposisjon.

*2. Teoretisk kunnskap.* For at manualen skal oppleves som et godt verktøy for terapeutene, er det en forutsetning at de har kjennskap til og forståelse av den grunnleggende teorien og modellen som ligger til grunn. Gjennom å være i et

kollegialt fellesskap får man muligheten til å drøfte programmet med andre, noe som gir en felles arena for utvikling av både program og terapeutferdigheter.

Veiledning kan bidra til å sikre at de nødvendige basiskunnskapene er på plass.

*3. Fleksibilitet og individuelle tilpasninger.* Det er flere faktorer som gjør at SMART kan tilpasses den enkelte ungdom. Ved å tilføye individuelle samtaler og kasusformulering kan dette komplettere det originale SMART-programmet. Gjennom de individuelle samtalene kan man i større grad fokusere på de elementene som finnes i programmet, som for eksempel målsettinger og hjemmeoppgaver. For å gjøre terapien mest mulig fleksibel er det en forutsetning at man har en forståelse av den grunnleggende modellen. I starten kan det være lurt å følge den fastlagte strukturen i programmet. Etter hvert som man blir kjent med materialet, vil programmet bli mer anvendelig og lettere å tilpasse til den enkelte. For å sikre at individet får behandling tilpasset sine behov bør manualen også inneholde tips og råd der fleksibilitet er nødvendig (Kendall & Beidas, 2007).

*4. SMART for fremtiden.* Med større krav til effektivitet og evidensbaserte metoder, vil etterspørselen etter strukturerte og diagnosespesifikke programmer øke. For å møte de økonomiske og praktiske kravene kan en "Stepped Care"-modell være veien å gå. SMART kan være en del av en grunnbehandling av emosjonelle lidelser. SMART kan slik være et første hjelpetiltak for ungdom, og gi en pekepinn på eventuell videre behandling. Dersom programmet skal tilbys som gruppeterapi, bør programmet suppleres med individuelle samtaler.





**Referanser**

- Aalberg, M., Martinsen, K., Neumer, S.-P. & Bjåstad, F. J. (2006). *Friends for ungdom*. Veileder. Oversatt til norsk med godkjenning av P. Barrett. Oslo, Norge: R.BUP.
- Addis, M. E., Cardemil, E. V., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2006). Does manualization improve therapy outcomes? I J. C. Norcross, L. E Butler, R. F. Levant (Red.), *Evidence-Based Practices in Mental Health* (s. 131-160). Washington, DC: American Psychological Association.
- Addis, M. E. & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 331-339. doi:10.1037/0022-006X.68.2.331
- Addis, M. E., Wade, W. A. & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430-441. doi:10.1093/clipsy.6.4.430
- Albano, A. M., Chorpita, B. F. & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. I E. J. Mash & R. A. Barkley (Red.), *Child Psychopathology* (s. 279-329). New York, NY: Guilford Press.
- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 57-87. Hentet 25. mars, 2012, fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=10679>
- Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 52-56.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.

- Becker, E. S., Rinck, M., Turke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S.-P. & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22, 69-74. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.09.006
- Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Edmunds, J. M. & Kendall, P. C. (2010). Flexible applications of the Coping Cat program for anxious youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 142-153. doi:10.1016/j.cbpra.2009.11.002
- Berge, T. & Repål, A. (Red.) (2008). *Håndbok i kognitiv psykologi*. Oslo, Norge: Gyldendal.
- Bickman, L. (1999). Practice makes perfect and other myths about mental health services. *American Psychologist*, 54, 965–978. doi: 10.1037/h0088206
- Bjørk, R. F. & Neumer, S.-P. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 10, 937-941.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Dissemination and Implementation of Cognitive Behavioural Therapy*, 47, 910-920. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.010
- Connor-Smith, J. K. & Weisz, J. R. (2003). Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the real world. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 3-10. doi: 10.1111/1475-3588.00038
- Costello, E. J., Egger, H. L. & Angold, A. (2005). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 631-648. doi: 10.1016/j.chc.2005.06.003
- Craske, M. G., Meadows, E. A. & Barlow, D. H. (1994). *Therapist's guide for the mastery of your anxiety and panic II (MAP II) and agoraphobia supplement*. New York, NY: Graywind.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design. Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, J. R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child and adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80002-3

- Edmunds, J. M., O'Neil, K. A. & Kendall, P. C. (2011). A review of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: Current status and future directions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 24–31.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324. doi: 10.1037/h0063633
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Fredriksen, A., Aune, T. & Aarseth, J. (2008). Kognitiv terapi for barn og unge. I T. Berge & A. Repål (Red.). *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 617-651). Oslo, Norge: Gyldendal.
- Gumley, A. (2007). Staying well after psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 667–676.
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 247-252.
- Haugland, B. S. M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 4-11.
- Havik, O. (2000). Behandlingsmanualer – bedre eller verre enn sitt rykte? I A. Holthe, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (Red.). *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Oslo, Norge: Gyldendal.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R. & Posserud, M.-B.,... Gillberg, C. (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 & Adolescent Psychiatry*, 46, 438-447. doi:10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo, Norge: Oslo Forlagstrykkeri.
- Hogan, M. F. (2003). New freedom commission report: The president's new freedom commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services*, 54, 1467-1474. doi:

10.1176/appi.ps.54.11.1467

- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 938-939.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Junge, J., Manz, R., Neumer, S.-P. & Margraf, J. (2002). *GO!-Gesundheit und Optimismus: Ein Programm zur primären Prävention von Angst und Depression bei Jugendlichen*. Weinheim: PVU/Beltz.
- Kendall, P. C. (1990). *Coping Cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.100
- Kendall, P. C. (2012). *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral Procedures* (4th ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Kendall, P. C., Arnberg, K., Bjørk, R. F. & Neumer, S.-P. (2011). *Mestringskatten for ungdom. Terapeutmanual*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C. & Beidas, R. S. (2007). Smoothing the trial for dissemination of evidence-based practices for youth: Flexibility within fidelity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 13-20. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.13
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C. & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177-198. doi: 10.1016/S1077-7229(98)80004-7
- Kendall, P., Gosch, E., Furr, J. M. & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 987-993. doi: 10.1097/CHI.0b013e31817eed2f
- Kendall, P. C., Martinsen, K. D. & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.
- Kendall, P. C. & Southam-Gerow, M. A. (1996). Long-term follow-up of a cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 724-730. doi: 10.1037/0022-006X.64.4.724

- Kennair, L. E. (2009). 7 grunnleggende, profesjonshemmende misforståelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 196-201.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gjøvik, Norge: Gyldendal.
- Levitt, E. E. (1963). Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behavior research and therapy*, 1, 45-51. doi:10.1016/0005-7967(63)90007-X
- Lorentzen, S., Stänicke, E., Strømme, H., Vanberg, M. & Haraldsen, I. (2012, 16.mars). Tanker på villspor. *Morgenbladet*. Hentet fra: [http://morgenbladet.no/debatt/2012/tanker\\_pa\\_villspor](http://morgenbladet.no/debatt/2012/tanker_pa_villspor)
- Lorentzen, V. (2008). *Ja takk, begge deler? En utprøving av SMART, manualisert gruppebehandling for angst og depresjon kombinert med individuell oppfølging for ungdom 15-18 år*. Oppgave i forbindelse med toårig videreutdanning i kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom i regi av R-BUP Nord. Tromsø, Norge.
- Luborsky, L. (1993). Recommendations for training therapists based on manuals for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 30, 578-580. doi: 10.1037/0033-3204.30.4.578
- Luborsky, L. & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14. doi: 10.1016/0272-7358(84)90034-5
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Rapport 2011:1. Bedre føre var - Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo, Norge: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- March, J. S. & Mulle, K. (2003). *Tvanglidelser hos barn og unge. En kognitiv atferdsterapeutisk behandlingsmanual*. Oslo, Norge: Gyldendal.
- Markhus, A. (2006). *En utprøving av Strukturert Materiale for Terapi (SMART) i individualterapi ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk: En evaluering utført gjennom bruk av single-case analyse*. Skriftlig arbeid til godkjenning for spesialistutdanning i klinisk psykologi, fordypningsområde klinisk barne- og ungdomspsykologi. Oslo, Norge: Norsk Psykologforening.
- Martinsen, K., Aalberg, M., Neumer, S.-P. & Bjåstad, J. F. (2006). *Friends for barn*. Veileder. Oversatt til norsk med godkjenning av P. Barrett. Oslo, Norge: R.BUP.

- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Rapport 2009:8. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo, Norge: Folkehelseinstituttet.
- Mørch, W. T., Neumer, S.-P., Holth, P. & Martinussen, M. (2009). Ungsinn - En kunnskapsbase over virksomme tiltak for barn og unges psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 960-964.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, A. R. & Dierberger, A. E. (2000). Psychotherapist' views of treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 404-408. doi/10.1037/0735-7028.31.4.404
- Neumer, S.-P. (2000). Beiträge zur Gemischte Angst-Depression als DSM-IV-Forschungsdiagnose: Probleme und Perspektiven. Berlin, Deutschland: Wissenschaftlicher Verlag.
- Neumer, S.-P. & Gere, M. (under utvikling). *SMARTE FORELDRE, et gruppeprogram for foreldre som har engstelige og triste barn*. Oslo, Norge: Kommuneforlaget.
- Neumer, S.-P. & Junge-Hoffmeister, J. (2010). *Strukturert Materiale for Terapi (SMART). Forebygging av emosjonelle problemer hos ungdom. Veileder*. Oslo, Norge: Kommuneforlaget.
- Neumer, S.-P., Martinsen, K., Gere, M. & Villabø, M.A. (2011). Kognitiv-atferdsterapeutiske programmer i klinikk: utfordringer og muligheter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 21-25.
- Nielsen, M. (2006). Gruppebehandling for depression. *Psykolog Nyt*, 15, 8-17.
- Nordahl, H. M., Martinsen, E. W. & Wang, C. E. A. (2012). Psykologiske behandlingsformer for depresjon med vekt på individualiserte tilnærminger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 40-48.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1127-1128.
- Oddli, W. H. & Kjøs, P. (2009). 7 Løgner om psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 168-173.
- O'Donohue, W. T. & Draper, C. (2011). The case for evidence-based stepped care as part of a reformed delivery system. I C. Draper & W. T O'Donohue (Red.). *Stepped Care and e-Health* (s.1-16). New York, NY: Springer.

- Olsen, M. N. (2012, 08.mars). Tankeskifte. *Morgenbladet*. Hentet fra:  
<http://morgenbladet.no/samfunn/2012/tankeskifte>
- Raknes, S. (2007). Hopp over der gjerdet er høgst. Åtferdseksperiment som metode i behandling av sosial fobi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 139-147.
- Rose, S. D. (1998). *Group therapy with troubled youth. A cognitive behavioral interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development* 30, 5–44. doi:  
10.1177/089484530303000102
- Samoilow, D. K. (2007). Løsningsfokusererte allianser: Løsningsfokuserert terapi i lys av forskning om hva som virker i terapeutiske relasjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 1107-1117.
- Schibbye, A. L. (2006). *Livsbevissthet - om å være tilstede i eget liv*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.
- Schofield, J. W. (1990). Increasing the generalizability of qualitative research. I E. W. Eisner & A. Peshkin (Red.). *Qualitative inquiry in education* (s. 201-232). New York, NY: Teachers College Press.
- Shortt, A. L., Barrett, P. M. & Fox, T. L. (2010). Evaluating the FRIENDS program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525–535. Hentet 28.februar, 2012, fra:  
[http://courses.csusm.edu/psyc340sr/articles/evaluating\\_FRIENDS.pdf](http://courses.csusm.edu/psyc340sr/articles/evaluating_FRIENDS.pdf)
- Skjerve, J. (2011). Kasusformuleringer i kognitiv atferdsterapi med barn og unge – Et nyttig og praktisk hjelpemiddel? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 16-20.
- Stafset, L. K., Gomes, J. E. V. & Arnberg, K. (2011). Manualbasert terapi: Erfaringer, muligheter og utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 994-997.
- Strupp, H. H. & Andersson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 76-82. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00101.x
- Verduyn, C. (2011). Cognitive-behavioral therapy for depression in children and

- adolescents. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 34-39.
- Wang, C. E. A. (2012). Et evolusjonsperspektiv på depresjon: Samfunnspolitiske og psykologfaglige utfordringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 5-13.
- Webster-Stratton, C. (2007). *De utrolige årene: En veiledning i problemløsning for foreldre med barn i alderen 2-8 år*. Oslo, Norge: Gyldendal.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 363-375. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00156.x
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (2001). The world health report 2001 - mental health new understanding, new hope. Hentet 23. mars, 2012 fra:  
<http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York, NY: Basic Books.



## Appendiks A

### Praktisk informasjon før fokusgruppe

**Tema for fokusgruppa:** Bruk av behandlingsmanualer i arbeid med ungdom i klinisk praksis. Erfaringer ved bruk av SMART-manualen.

**Tidsplan:** Fokusgruppa har en varighet på maks to timer. Drøye 20 minutter vil bli brukt på introduksjon av tema for dagen, og oss som initiativtakere for gruppa, samt en kort gjennomgåelse av de praktiske rammene for møtet. Lydsjekk. Tiden deretter vil disponeres tilnærmet likt til å dekke følgende store tema:

1. Bruk av behandlingsmanualer i klinikk
2. Fordeler og ulemper ved bruk av SMART i klinikk
3. Individuelle tilpasninger av SMART i klinikk

Tema for diskusjonen vil styres til en viss grad. Vi ønsker imidlertid at dere skal føle dere frie til å diskutere fritt innenfor de tema som blir introdusert.

### Grunnregler for fokusgruppa:

1. Dere skal stå for snakkinga. **Alle skal delta!** Vi vil holde styr på tida, og fungere som ordstyrere underveis. Dersom vi ønsker eksempler, utdypninger eller annet kommer vi til å bryte inn. Vi vil i hovedsak ha en lyttende posisjon, og ikke delta i diskusjonen.
2. Det er ingenting som er rett eller galt! Vi er interessert i alt dere har av personlige holdninger, meninger og erfaringer.
3. Samtalen blir tatt opp på bånd og utdrag av den vil bli brukt i vår hovedoppgave anonymisert/navngitt etter avtale med dere. Opptakene vil slettes etter analyse, og utelukkende bli brukt i vår oppgave.
4. Dersom det er noe dere lurere på underveis eller før oppstart, spør oss gjerne.

**Bruk av navn i oppgaven:**

Informanter i kvalitativ forskning er ofte anonymisert. Dersom informantene ikke er pasienter eller andre hvis uttalelser bør anonymiseres, kan informantene velge å være navngitt. Hva er deres holdning til å være navngitt i hovedoppgaven vår?

Dersom dere godkjenner bruk av fullt navn kan vi sende dere et utkast av oppgaven før vi leverer den fra oss, for å gi dere muligheten til å eventuelt godkjenne det som har blitt brukt fra fokusgruppa. Vi vil gjerne presisere at vi på ingen måte kommer til å bruke materiale fra fokusgruppa på uærlig vis, men bruke deres informasjon med respekt og gjengi informasjon slik den ble gitt.

Med dette ønsker vi vel møtt!

Med vennlig hilsen

Julie L. Bårdsen og Torhild Fossbakken,  
Universitetet i Tromsø

## Appendiks B

### Intervjuguide fokusgruppe

Før intervjuet starter:

- Presentere oss selv og prosjektet.
- Introdusere tema og praktisk gjennomføring av fokusgruppa.
- Avklare om de ønsker å være anonym eller navngitt i oppgaven vår.
- Vi ber deretter klinikerne presentere seg kort og si noe om hvordan de ble interessert i SMART, og hva slags erfaring de har ved å bruke det i klinikk.

Vi starter med en liten temamyldring, for å sette dere og tankene deres litt i gang: når jeg sier bruk av behandlingsmanual i klinikk, hva slags tanker dukker opp i hodene deres da? Og da er vi ute etter alt som måtte falle dere inn.

1. I deres klinikk, har dere en oppfatning av at behandlingsmanualer brukes?
2. Hva tror dere skal til for å få klinikere til å ta behandlingsmanualen i bruk?
3. Hva er det med SMART som gjør at den egner seg i klinikk?

For dere som terapeuter

For ungdommen

Elementer ved manualen i seg selv som gjør den til et godt valg

4. Ut ifra deres erfaring, er det noe ved SMART som ikke fungerer så bra?

For dere som terapeuter

For ungdommen

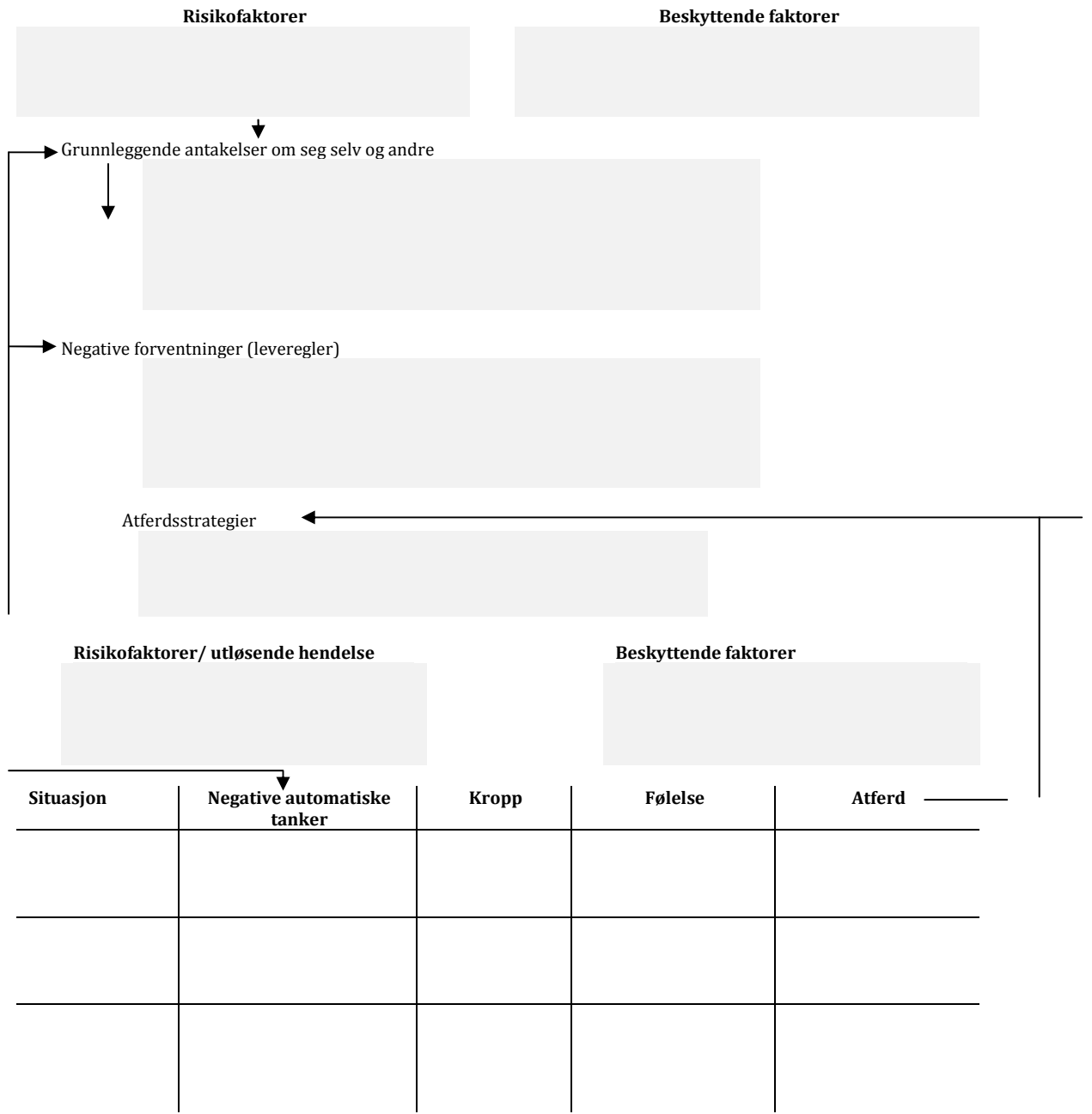
Elementer ved manualen i seg selv som gjør den til et mindre godt valg

5. Kan man si at SMART vil være et godt tilbud for alle ungdommer med emosjonelle vansker?
6. Hvilke individuelle tilpasninger har dere erfaring med å gjøre i arbeid med den enkelte pasient?
7. Helt tilslutt: er det noe dere ikke har fått sagt (f.eks. fra temamyldingen?), eller ønsker å si noe mer om?

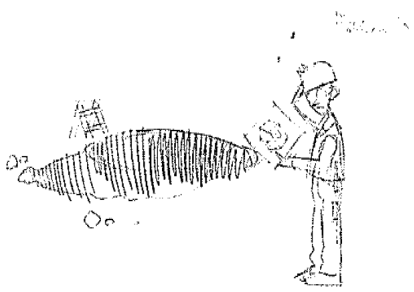
Takk for intervjuet!

# Appendiks C

## Kasusformulering



## Appendiks D

Personlige mål	
Mål	Innhold
<b>Sosialt</b> (familie, venner, kjæreste)  på kort sikt    på lang sikt	
<b>Utdannelse, yrke</b>  på kort sikt    på lang sikt	
<b>Egen person</b> (selvsikkerhet, bedømmelse av omverden og framtida, vaner, utseende)  på kort sikt    på lang sikt	

## Appendiks E

### Ukeplanlegging (første møte)

Hvordan har jeg det?

Uke fra \_\_\_\_ til \_\_\_\_

Skriv ned aktiviteter du gjør og hvordan du har det når du gjør aktiviteten i stikkordsform i tabellen. (+ +, +, /, -, --). Har du det veldig bra, så skriver du + +, har du det bra, så skriver du +, opplever du situasjonen som nøytral, så skriver du /, opplever du situasjonen som vanskelig og ikke føler deg helt bra skriver du -, og opplever du situasjonen som meget vanskelig, og du føler deg dårlig skriver du --, for eksempel: klokken 6-7: frokost +.

Klokken	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
6-7	frokost +						
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-24							
24-2							
2-4							
4-6							
positiv aktivitet							