

# Endringsbetingelser i Angstmestringsgruppe

PSY  
KOL  
OGI

Et gruppetilbud for personer med angst kombinerer en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming med elementer fra systemisk, narrativ og løsningsorientert terapi. Målet er å mobilisere klientens egen endringskraft.

TEKST

**Kristin Jakoba Dahn**

PUBLISERT 1. juni 2006

---

*Takk til Vårinn Sollied for samarbeid om gruppebehandlingen.*

Ved min arbeidsplass i en poliklinikk i psykisk helsevern for voksne er angstproblemer en vanlig henvisningsgrunn, både som hovedproblem og sammen med andre psykiske vansker. Vi har derfor arbeidet for å utvikle et faglig godt fundert tilbud på dette området. I de tre siste årene blir kognitiv orientert angstmestringsgruppe så godt som alltid vurdert som innfallsvinkel for personer henvist med utgangspunkt i angst. Henvisere i primærhelsetjenesten er blitt godt kjent med dette tilbudet.

**«Både enkeltpersonene og gruppa som helhet har en bevegelse gjennom ulike stadier av endring»**

Det er i nyere forskning på psykoterapi og endring pekt på *grunnleggende betingelser* for at endring skal finne sted (Hubble, Duncan, & Miller, 1999). Dette er betingelser som bør ligge i bunnen av all slags endringsarbeid, uavhengig av psykoterapeutisk retning. Jeg vil drøfte tilretteleggelse for grunnleggende endringsbetingelser ved våre angstmestringskurs, der vi kombinerer en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming med elementer fra systemisk, narrativ og løsningsorientert terapi.

## **En fasemodell for endring**

Prochaska og DiClemente foreslår på bakgrunn av en rekke studier av hvordan folk endres, at endring kan sees som en prosess inndelt i seks faser (se Tabell 1). Prosessen er den samme uavhengig av hva som skal endres, og om endringen er en del av et behandlingsopplegg eller noe man tar hånd om alene. I praksis gjennomgås fasene som en spiralbevegelse der tilbakeskritt og nye forsøk er en del av veien mot endring (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Norcross, 2001).

**Tabell 1. Endringsfasene (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).**

<i>Føroverveielse</i>	Problemet er ikke anerkjent som noe som bør eller skal endres.
<i>Overveielse</i>	Vurderer å gjøre endringer og overveier alternativene. En vet hvor en skal, men er ikke helt klar ennå.
<i>Forberedelse</i>	Beslutningen om at endring skal gjennomføres er tatt, og det planlegges med dette i sikte.
<i>Handling</i>	Iverksettelse av planer. Endring av atferd, opplevelse og omgivelser igangsettes.
<i>Vedlikehold</i>	Konsolidering av endring, og forebygging og håndtering av tilbakefall. Dette er ofte en vedvarende fase, da grunnleggende endringer i atferd, livsstil og holdning sjelden er et avsluttende prosjekt.
<i>Avslutning</i>	Har kommet til et nivå med total tiltro til mestring av mulige situasjoner med risiko for tilbakefall.

Ulike intervensjoner vil fungere optimalt på ulike stadier. Handlingsrettete tiltak, for eksempel eksponeringstrening, vil være utmerket for en klient som er i handlingsfasen, men vil bli avvist og kunne føre til frafall i behandlingen for en som trenger hjelp til tanke- og holdningsmessig sortering i en overveiellesfase (Prochaska, 1991).

Når man arbeider med grupper, er bildet ytterligere komplisert. I tillegg til å anerkjenne hver deltakers bevegelse gjennom stadiene, må terapeuten også se gruppen som en enhet som i seg selv gjennomgår ulike stadier på sin vei i endringsarbeidet (Kjølstad, 2004).

Hubble et al. (1999) summerer opp forskningen på grunnleggende betingelser for endring i terapi:

1. Den gode kliniker vektlegger endring og skaper rom og mulighet for klienten til å bruke sin egen kompetanse.
2. Klienten må oppleve relasjonen mellom seg og behandleren som preget av respekt, empati og aksept – en terapeutisk allianse med enighet om mål og midler for å nå målene, og i overensstemmelse med klientens endringsfase.
3. Betoning av håp, og utvikling av mestringstillit.
4. Vekt på pasientens egen endringsteori, personens erfaringer med endring og problemløsning, og oppfatninger om hva som hjelper.

Kjølstad (2004) beskriver en modell for gruppeterapeutisk arbeid som søker å fange det komplekse i endringsprosesser. Her gjøres det rede for variabler knyttet til terapeuten (varme, ekthet, empati), til prosessen (håp, å hjelpe andre, læring, informasjon) og konkrete metodiske grep for å fremme vekst. Modellen integrerer og bygges delvis opp

rundt Yaloms terapeutiske faktorer (Yalom, 1985), samtidig som den inkluderer kunnskapen om betydningen av grunnleggende prinsipper for endring som er gjennomgått ovenfor.

### **En kognitivt orientert Angstmestringsgruppe**

Klienter som strever med angst, forteller ofte om skamfølelse, tilbaketrekning og redusert funksjon i forhold til aktiviteter som ellers utgjør viktige kilder til livskvalitet og selvfølelse. Nedsatt sosial funksjon er problembekreftende – onde sirkler settes i gang. Angsten beskrives ofte som en usynlig defekt. Opplevelsen av at andre ikke forstår hemningene angstplager kan innebære, forsterker følelsen av hjelpeløshet. På sitt beste gir deltakelse i en angstmestringsgruppe et uvurderlig tilfang av normalisering, opplevelse av gjenkjenning og gjensidig støtte.

Angstbehandling i gruppe har altså åpenbare fordeler. Erfaringene med gruppebehandling generelt, og med kognitiv gruppebehandling ved angst spesielt, er da også godt dokumentert (Berge & Repål, 2004; Borge, Hoffart, Myklebust & Nore, 2001; Kjølstad, 2004; Martinsen, Olsen, Tønset, Nyland & Aarre, 1998; Møller & Hegna, 2001; Øiesvold & Aarøe, 2003).

Våre angstmestringsgrupper bygger i stor grad på modellen beskrevet av Berge og Repål (2000, 2004). Vi har først et vurderingsintervju, med kartlegging av bakgrunnen for problemene, aktuell situasjon og symptomer, samt drøfting av tilbudet med aktuelle kandidater. Motivasjon, motforestillinger og respons på beskrivelsen av gruppeopplegget er viktige temaer. Så sendes en tilbakemelding til fastlegen med sammenfatning av vår vurdering av problem og tiltak. Dersom angstmestringsgruppe vurderes som aktuelt, mottar fastlegen informasjon om hva opplegget går ut på.

I utgangspunktet rettes tilbudet seg til alle som henvises for angstproblemer. Vi har valgt ikke å gjøre avgrensninger i forhold til ulike typer angstlidelser.

### **Fra utforskning til utfordring**

Angstmestringsgruppen går over 15 ganger, vanligvis i form av ukentlige formiddagsmøter, med en varighet på 2 x 45 minutter. De første fem til seks gangene er en *utforskningsfase*. Det legges til rette for at deltakerne skal bli kjent med hverandre og med rammene for den forståelsen vi presenterer. Dette innebærer kortfattet undervisning om angst og sosialisering til den kognitive metoden. Aktuelle temaer er hvordan kroppen reagerer ved angst, ulike former for angst, automatiske tanker og sammenhengen mellom tolkningen av en situasjon og reaksjoner på situasjonen. Vi snakker om hvordan unngåelsesatferd og ulike betryggelsesstrategier gir midlertidig angstreduksjon, men på lengre sikt bidrar til å opprettholde og forsterke problemene.

Mellom gruppemøtene oppfordres deltakerne til aktivt å forske på sin egen angst. Utgangspunktet er den kognitive A-B-C-modellen, som bidrar til å sortere situasjon, tanker og reaksjoner, og til å bli seg bevisst sammenhengen mellom dem. Deltakerne får hjemmeoppgaver og oppfordres til registreringer i egen hverdag. Erfaringene

oppsummeres, presenteres og vektlegges i møtene. Tanken er at en slik oppfordring til nysgjerrig utforskning vil fremme ferdighetene i å innta den metakognitive posisjon som er viktig i kognitiv terapi. Gruppedeltakerne blir *ikke* anbefalt å gjøre noe nytt i denne fasen, men egne målsettinger klargjøres og konkretiseres. Det lages planer for systematisk eksponeringstrening. Terapeutrollen er i denne fasen strukturert og aktivt formidlende.

Neste fase er en *utfordringsfase* og tiden for – i egen takt – å eksperimentere med ny atferd. Bordene fjernes, og vi setter oss i en sirkel. Kommunikasjonen går i større grad på kryss og tvers. Fokus er på å utfordre seg selv og egen oppfattelse av mestringsevne og mestringmuligheter. Gruppen brukes som en base for sortering og validering av konkrete erfaringer, og som en plass å hente tips, nødvendige puff og støtte. Temaer som selvbilde, familieforhold, jobb, medikamenter og angstens historie blir drøftet. Strukturene og terapeutenes rolle som kursledere og formidlere løses opp. Vi er i denne fasen blitt stadig friere i forhold til å benytte ulike teknikker fra vårt repertoar som klinikere. Vi har brukt rollespillsøvelser, sirkulær spørring, reflekterende team og eksternaliseringsteknikker.

Etter selve hovedforløpet følger en to til tre måneders pause, med to ganger oppfølging etter dette. Angstmestringstilbudet avsluttes med et individuelt avrundingsmøte med gruppelederne og om mulig fastlege, for evaluering og avslutning eller drøfting av eventuelle behov for videre oppfølging.

Som en hjelp til evaluering har vi delt ut SCL-90, et verktøy for kartlegging av opplevd symptomtrykk ved vurderingssamtale, midt i løpet og ved avslutning. Vi har også utarbeidet et spørreskjema for evaluering som fylles ut ved avslutning. I den tredje gruppen vi hadde, tok vi opp alle møtene på video, for intern og ekstern veiledning.

Vi har per i dag gjennomført opplegget med seks grupper. Gjennomsnittlig antall deltakere i hver gruppe som har fullført hele løpet, har vært fem.

## **Tilrettelegging for endring**

*Edel* er en kvinne i slutten av tretti-åra som har slitt med angstpregete psykiske plager i litt over ett år. Hennes eget navn på problemene er stress – mens legen kaller det angst. Vanskene har begrenset hennes mulighet til å delta i arbeidslivet og medført langvarige sykmeldingsperioder. Hun har tidligere ikke vært i kontakt med psykisk helsevern, og tilkjenner ved inntakssamtalen at hun slett ikke er så sikker på om dette er riktig sted å komme til.

*Anne* er også en kvinne i trettiåra, som har bedt sin lege spesielt om henvisning til deltakelse i angstmestringsgruppe. Hun har, etter å ha levd med og forsøkt å skjule plagene i mange år, definert det som agorafobi med panikkangst. Hun har lest mye om temaet, betrodd seg til noen nære personer og utstråler kampvilje og en bestemmelse av at « Dette vil jeg faktisk

ikke lenger. Angsten skal ikke få styre livet mitt mer!» Hun har konkrete mål for hva hun ønsket å jobbe med i gruppa.

Disse to klientene har forskjellig ståsted og behov, og trolig også høyst ulik erfaring med endring, og derfor også ulik formening om hva som skal til for at endring skal skje. Vårt tilbud om kognitiv orientert angstgruppe har en begrensning ved at det i noen grad representerer en ferdigpakke, med faste rammer for struktur og innhold. Likevel er det etter vår erfaring mulig å legge til rette for best mulig overensstemmelse med den enkelte klientens endringsfase og personlige endringsteori. Kunnskap om endring og endringsfaser bør selvsagt reflekteres i innholdet i vurderingssamtalen, der det tas avgjørelser om tilbudets egnethet for den enkelte, men bør også vektlegges i gruppetilbudets overordnede struktur.

### **Betydningen av den første vurderingssamtalen**

I begynnelsen tenkte vi at det i vurderingssamtalen var viktigst å kartlegge *problemet*, nemlig angsten. Å få tak i omfang, varighet og diagnostisk plassering, for å sette sammen gruppen slik at flere har lik problematikk. Selv om dette fremdeles vektlegges, har det etter hvert blitt mer tydelig for oss at det også er viktig å rette oppmerksomheten mot *løsninger* og *motivasjon*. Vi spør detaljert om erfaringer med endring og løsningsforsøk, og søker å få frem deltakerens tanker om hva som skal til for å komme videre. Vi spør også etter den enkeltes konkrete målsettinger for angstmestring.

**«Vi har brukt rollespilløvelser,  
sirkulær spørring, reflekterende  
team og  
eksternaliseringsteknikker»**

Vi har i økende grad lagt vekt på å gi tydelig og konkret *informasjon* om hva vårt tilbud innebærer, innholdsmessig, men også om at det krever tid, egenaktivitet og forpliktelse å kunne dra nytte av dette terapeutiske opplegget. Vurderingen skal være gjensidig. Det er viktig for oss å formidle vår respekt for at det finnes flere veier både inn i og ut av en angstlidelse, og en erkjennelse av at dette tilbudet ikke er det riktige for alle eller til enhver tid.

Med denne vinklingen håper vi å oppnå at endringsarbeid fremtrer som en ramme for tilbudet, og at betydningen av egen innsats og konkrete målsettinger fremheves. Vi håper på en klargjøring av hvor den enkelte befinner seg i forhold til eget endringsforløp, og vi signaliserer gjensidighet i å drøfte om tilbudet er i overensstemmelse med klientens egen endringsteori.

Vår erfaringer er at tilbudet fungerer best når gruppa er satt sammen av klienter som har en viss grad av samsvar i forhold til endringsfase, og i det minste har en fot i forberedelsesfasen. Deltakere som har følt at tilbudet ikke ga nok anerkjennelse av

deres egen teori om hva som er nyttig for dem, har gitt tilbakemelding på at de har hatt mindre utbytte av tilbudet. I ettertid ser vi at slike situasjoner har oppstått når vi ikke har vært våkne nok til å fange opp informasjon fra klienten, eller har falt for fristelsen til å overtale i stedet for å være gjensidig i vurderingen.

Vår forhåpning med å inkludere fastlegene i både oppstart og avslutning av opplegget, er at vi i tillegg til å ivareta den enkelte klients behov for en helhetlig oppfølging, også har fastlegene som allierte i det innledende motivasjons- og informasjonsarbeidet. Fastlegen møter klienter som til tross for funksjonsnedsettelse på grunn av angstproblemet kanskje enda er i en føroverveiellesfase eller overveiellesfase. De er også en viktig del av klientens støtte i vedlikeholdsfasen. Jo mer fastlegene kjenner til og ser resultater av tilbudet, desto bedre er det.

### **Ingen snarvei**

En annen anerkjennelse av endringsforløpet gjennom faser ligger i selve utformingen av prosessen fra *utforsking til utfordring*. Designen er tilpasset de sentrale mål i kognitiv terapi som handler om vekselspillet mellom samarbeid, problemløsning og endring i tenke- og handlemåter (Berge & Repål, 2004). Det er samtidig en refleksjon av de ulike endringsfasene. Det gis rom for en endringsprosess som starter på et overveielles- eller forberedelsesnivå, før man går over til et mer handlingsrettet nivå, for så å ende opp i oppfølgingsmøtene, der håndtering av tilbakefall og vedlikehold er sentrale temaer (Prochaska et al., 1992).

Både enkeltpersonene og gruppa som helhet har en bevegelse gjennom ulike stadier av endring. Det har vist seg viktig å understreke nettopp dette, og også at man ikke skal forsere disse fasene for fort. Mennesker som har slitt med angst i lang tid, er gjerne ivrige etter å gå i gang med aktiv handling. Dette kan medføre at enkeltpersoner iverksetter aktivitet uten tilstrekkelig planlegging, med risiko for at man mislykkes og får sin tiltro til egen mestring satt på prøve. Å skape et miljø der den enkelte grundig kan vurdere sin endringsvei uten umiddelbare krav om handling, ja til og med å holde litt igjen, kan være den mest effektive tilnærmingen (Duncan, 1989, ref. i Miller, Duncan & Hubble, 1997). Som en deltaker lakonisk uttrykker det i sin tilbakemelding: «Det er vel ingen snarvei å gå.»

Gruppebehandlingens overordnende struktur kan understøtte balansen mellom å oppmuntre til bevegelse mot målene, og å anerkjenne at endring må planlegges, ofte er vanskelig og tar tid.

### **Deltakernes egenaktivitet og bruk av egen kompetanse**

Å formidle kunnskap om angst og om kognitiv forståelse av fenomenet er som nevnt prioritert i gruppebehandlingens første fase. Vi har opplevd det som nødvendig og nyttig, noe som også bekreftes av tilbakemeldinger fra deltakerne i etterkant.

Den kognitive rammen for gruppetilbudet gir gode muligheter for egenaktivitet i forhold til individuelle målsettinger. Bruk av metoder som kartlegging og

egenregistrering av tanker, følelser og handlinger, og konkrete selvpålagte oppgaver mellom timene, fungerer aktivitetsskapende. De bidrar til tilfang av erfaringsnære problemstillinger og mestring, som igjen kan tas opp i plenum og gjennomgås for eksempel i tavlearbeid.

Vår erfaring er samtidig at det innledende kurspreget kan påvirke kommunikasjonen i gruppa på en slik måte at muligheten for samhandling og bruk av egen og hverandres kompetanse ikke utnyttes fullt ut. Risikoen er at en blir sittende fast i en terapeutrolle preget av «å drive individualterapi i gruppe». Kommunikasjonen fremstår da som i et mønster av et kjerrehjul, der terapeutene er navet som nesten alle innspill og responser retter seg mot (Heap, 2002). Det utvikler seg en forventning om «runde» med deltakernes respektive erfaringer mellom timene, der hver og en redegjør for sitt ståsted. De andre sitter stille, lytter med «munnen full av ord» – klar for sin tur til å bli «hørt».

Vi ønsker å styrke endringsbetingelsene ved å legge til rette for økt grad av samhandling mellom gruppedeltakerne og mer aktiv bruk av egen og andres kompetanse. En metode her er å invitere noen av gruppedeltakerne til å danne reflekterende team (Andersen, 1987, 1996). Denne metoden er forankret i systemisk forståelse, og mest brukt i familierterapi og i veiledning. Hensikten er å tilrettelegge for et skifte mellom en lyttende posisjon og en aktiv deltakende posisjon i forhold til en samtale om samme erfaring. En slik bevegelse mellom indre og ytre dialoger kan bidra til forskjellige posisjoner å se erfaringen fra, og gi mulighet for ny forståelse.

Mens en av terapeutene samtaler med en av deltakerne om dennes erfaringer, fungerer noen av de andre som et reflekterende team. Instruksjonen for teamet er å lytte, for så på forespørsel å samtale seg imellom med refleksjoner rundt det de har hørt. Etter en avgrenset refleksjon «lukker» teamet seg, og samtalen mellom terapeut og deltaker gjenopptas. Disse står da fritt i forhold til om og hvordan de vil ta med seg refleksjonene i den videre samtalen.

Tilnærmingen utvider tilfanget av ideer og nyanser i forståelsen av den aktuelle klients utfordringer og selvforståelse. Siden det er meddeltakere som kommer med refleksjoner, er refleksjonene ofte basert på hvordan den intervjuedes historie berører deres egen historie. Det blir en gjensidig gjenkjenning, men fra en ny posisjon. Erfaringer gyldiggjøres og defineres som mestringshistorier i de andres reaksjoner på dem (White, 1998).

Reflekterende team har vært introdusert noe ute i forløpet, etter at vi har introdusert den kognitivt orienterte rammen for forståelse. Det er vår erfaring at vekten på sosialisering til kognitiv metode i begynnelsen av forløpet gjenspeiles i refleksjonene. Refleksjonene bringer således videre et fokus på tanker, følelser og alternative tanker, samtidig som det åpner for andre synsvinkler, kloke innspill og samskaping av ny forståelse.

Klienters mulighet for egenaktivitet og anerkjennelse av deres kompetanse er viktig for endring. Gruppedeltakernes opplevelse av å være til hjelp for noen og å ha nyttig

kompetanse i en gruppe, og å etter hvert gjøre erfaringer av det samme *utenfor* gruppen, vil bidra til utvikling av positivt selvbilde. Opplevelse av seg selv som kompetent, utfordrer negative automatiske tanker om utilstrekkelighet og manglende handlekraft, som er en typisk del av angstopplevelsen.

Tilnærmingen fungerer som en understrekning av nytten i de erfaringene som gruppedeltakerne bringer med seg. Kommunikasjonsmønsteret der terapeutene er «de med svarene», brytes, og det åpnes opp for gruppeprosesser som i større grad vektlegger samspill og bruk av egen og gruppens kompetanse.

## Avslutning

Et sentralt mål for vår utforming av angstmestringsgruppen er å tilrettelegge for at klientene skal kunne mobilisere sin egen endringskraft (Tallman & Bohart, 1999). Målet med psykologisk behandling, både i gruppe og individuelt, er å bistå og gå med klienter i deres prosjekter om endring og mestring av symptomer og livsutfordringer. Kunnskap om fellesfaktorerens betydning og grunnleggende endringsbetingelser bør sitte i ryggmargen hos den reflekterte praktiker. Hvordan denne kunnskapen integreres i de valg man til enhver tid foretar i et gitt terapiforløp, kan imidlertid ikke fullt ut beskrives i en modell for beslutningstaking som kan formaliseres og gjentas (Oddli & Kjøs, 2002). En vektlegging av terapeutens rolle som *tilrettelegger* kan dessuten kritiseres for å undervurdere det faktum at terapeuten er *deltaker i et samspill* der også terapeutens erfaringer, begrensninger og muligheter spiller inn.

Kristin Jakoba Dahn

DPS-Vest Finnmark, VPP Alta

Pb. 1294, 9505 Alta

Tlf 78 48 38 04

E-post [kristin.dahn@dpsf.no](mailto:kristin.dahn@dpsf.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 6, 2006, side 595-599*

### TEKST

**Kristin Jakoba Dahn**

+ Vis referanser

### Referanser

Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.

Andersen, T. (1996). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Berge, T., & Repål, A. (2000). *Den indre samtalen. Innføring i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borge, F. M., Hoffart, A., Myklebust, S., & Nore, G. (2001). En kognitiv modell for behandling av sosial fobi: Kliniske erfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 1141-1148.
- Heap, K. (2002). *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). Directing attention to what works. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy* (ss. 407-477). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, E. W., Olsen, T., Tønset, E., Nyland, K. E., & Aarre, T. F. (1998). Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: A naturalistic study with 1-year follow up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 437-442.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel. Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W. W. Norton.
- Møller, T., & Hegna, E. Aa. (2001). Behandling i angstgruppe - nytte og utbytte. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 121, 2370-2372.
- Oddli, H. W., & Kjøs, P. (2002). Å velge i et mangfold av terapimodeller. Momenter til en interpersonlig integrering av terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 403-410.
- Prochaska, J. O. (1991). Prescribing to the stage and level of phobic patients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 463-468.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 110-1114.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 443-448.
- Tallman, K., & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy* (ss. 91-131). Washington, DC: American Psychological Association.
- White, M. (1998). Reflecting teamwork as a definitional ceremony. I M. White *Re-authoring lives: Interviews and essays* (ss. 172-198). Adelaide: Dulwich Centre Publication.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic-Books.
- Øiesvold, M., & Aarøe, R. (2003). Effekt av kognitiv korttidsterapi i grupper på panikk lidelse med og uten agorafobi. En tilnærmet naturalistisk undersøkelse med etterundersøkelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 1046-1050.