

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 1 • ÅRGANG 9 • APRIL 2008 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 1/2008

4
Et kritisk blikk på kognitiv terapi

6
Relasjonen i kognitiv terapi –
Et pragmatisk perspektiv

13
Kompetanseheving ved
behandling av psykoser

18
En visjonær stilling
Intervju med Torkil Berge

22
Bokomtale

23
Metaforspalten

24
Leder

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2008 sendes**

Redaktør Arne Repål
Psykiatrien i Vestfold HF
P.B. 2267, 3103 Tønsberg
Tlf. 91883339
E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.
Manusstopp: februar, mai,
september, november.

• **NFKTS leder**

Torkil Berge
Norsk forening for kognitiv terapi,
Forskningsinstituttet
Modum Bad, 3370 Vikersund
Tlf. foreningen: 32 74 98 62
eller 32 74 97 00
E-post: post@kognitiv.no
Bankgiro nr. 2270 14 46686



Foto: Scampia Creative/Kai Jensen



Et kritisk blikk på kognitiv terapi

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Det skrives mye positivt om kognitiv terapi for tiden. Metoden har fått stort gjennomslag i hele den vestlige verden, og er med som anbefalt behandlingstilnærming i en rekke internasjonale behandlingsretningslinjer. Det er flere grunner til dette. Den som oftest trekkes frem er at metoden har dokumentert sin effekt gjennom vitenskaplig baserte studier. En annen faktor kan være at selve metoden er tuftet på sunn fornuft og lett forståelig for den som ønsker å sette seg inn i den. Terapien foregår som et samarbeidsprosjekt mellom terapeut og pasient, og det er åpenhet omkring hva behandlingen vil gå ut på. Behandlingsmetodene er blitt mer lidelsesspesifikke; dvs. utviklet og tilpasset ulike psykiske lidelser, noe som kanskje har gjort at de lettere har fått innpass i ulike diagnoserelaterte behandlingsmiljøer. Samtidig er tilnærmingen i tråd med en tidsånd som setter det rasjonelle i høysetet. Ja, selv der man ikke skulle tro KT ville få gjennomslag har den vunnet frem, om vi skal tro Dr. Tony Bates, Principal Clinical Psychologist ved St. James Hospital i Irland: When I returned to Ireland in 1982 after completing a fellowship in cognitive therapy with its founder A.T. Beck in Philadelphia, I thought his approach would never wash with the Irish. Beck's emphasis on adaptive clear thinking would be an affront to our poetic, semi-mystical imagination. The sheer practicality of this therapy model would be regarded as simplistic and antagonistic to our cherished complex psychologist conundrums. To cap it all, this was an approach that was brazen enough to propose solutions to intractable emotional pain. Who needed that? We were a people who boasted a proud history of tragedy and misery, one that was deeply interwoven with our cultural identity and religious faith. I was wrong.» (Irish Times, Health Supplement 27. September 2005.)

DEN SUNNE KRITIKK

Her i tidsskriftet er det naturlig nok de positive røster som har dominert. Det skyldes ikke at vi ikke ønsker å slippe til kritiske synspunkter, men at de så langt i liten grad har latt høre fra seg. Det står litt i kontrast til den debatten vi ellers til tider kan høre i ulike fagmiljøer. Som redaktør skulle jeg gjerne sett at noe av denne debatten også fant veien til tidsskriftets sider; ikke som en svart-hvitt debatt, men som konstruktive korrektiv til de mer positivt vinklede bidragene. Selvforherligelse er ingen god strategi for den som ønsker å beholde sin posisjon. Det ville også være et sunnhetstegn om de kritiske røstene kom fra fagfolk som selv jobber innenfor en kognitiv modell.

Dr. Tony Bates skriver videre i Irish Times at: «The great strength of the CBT approach has been its honesty to its own limitations. Through carefully

controlled research, it has always demonstrated a commitment to evaluating its own effectiveness and reporting transparently on both its achievement and its failures.» Det er i så fall en tradisjon det er viktig å ta vare på. Det er ingen enkel oppgave, særlig ikke når medvinden er så sterk som nå. Det er lett å la seg beruse. Jeg hører av og til kognitiv terapi, på grunnlag av forskningsfunn, omtalt som minst like effektiv som antidepressiva ved milde og moderate depressive lidelser. I en tid hvor dokumentasjon av effekten av antidepressiva i økende grad er sprikende skal man kanskje være forsiktig med å overdrive verdien av slike sammenligninger! Tolkning av forskningsresultater er et vanskelig felt, som krever stor edruelighet og evne til ikke å fristes til å fremsette funn i lys av det man ønsker å få frem.

IDEALER OG VIRKELIGHET

Lærebøker kan være nyttige. De kan også bedra. Lærebøker kan lett fremstå som uoppnåelige idealer; en fremstilling av hvordan kognitiv terapi kan praktiseres i en ideell verden. Slikt kan lett skape frustrasjon hos en leser som må forholde seg til en hverdag preget av tidspress, pasienter med sammensatte problemer og krav til omfattende dokumentasjon. En førstegangssamtale kan, for den pliktoppfyllende terapeut, ofte komme opp i mangfoldige timer dersom man skulle følge læreboken til punkt og prikke. Jeg undres hvor mange av tidsskriftets lesere som gjør det? Jeg gjør det ikke. Det er også pasienter jeg ikke lykkes med. Så kan jo den strenge lærer si at det nettopp er fordi jeg ikke alltid følger boken til punkt og prikke. Kanskje, men jeg er slett ikke sikker. Det er også en annen fallgrube som bekymrer meg: Myten om at alle kan hjelpes. Det er i pakt med myndighetenes ønske om rask hjelp til alle. Jeg tror vi skal vokte oss litt for å bidra til å forsterke denne myten. Mange kan hjelpes. Kognitiv terapi kan være en effektiv metode. Men som alle metoder har den sine begrensninger. Går vi tilbake til røttene for KT vet vi at både Seneca og Peisitatos ikke hadde det så lett. Men noe har jo skjedd med kognitiv terapi som metode på de årene som er gått siden de levde. Det skal bli spennende å følge med i den videre utviklingen.

Dette nummeret av tidsskriftet inneholder stoff om kompetanseheving innen psykoselitet, en artikkel om den terapeutiske relasjonen og kognitiv terapi, intervju med foreningens nye leder og litt annet småstoff. Jeg minner igjen våre lesere om at tidsskriftet gjerne tar i mot bidrag. Vi arbeider også med tanke på å få ut et temanummer i forbindelse med foreningens 15-års jubileum i 2009. De av leserne som har stoff som kan være med på å belyse foreningens historie bes derfor om å ta kontakt. ■

«Det er lett å la seg beruse...»



Relasjonen i kognitiv terapi – Et pragmatisk perspektiv

TONJE W. KENNAIR

«Kognitiv terapi er for instrumentell; for fokusert på teknikker og for lettvtint. Kognitiv terapi er forenklet og banal. Kognitive terapeuter er lite bevisst det som skjer i samspillet med pasienten i timen og effektuerer bare en terapi «etter boka». Psykodynamiske terapeuter kan relasjon, leser subtile nyanser og går mer i dybden.»

Dette er ikke et sitat, men mitt inntrykk av holdninger som eksisterer i kliniske miljø om kognitiv terapi. Vi som jobber innen den kognitive tradisjonen vet at vi har et klart relasjonsfokus med utgangspunkt i den humanistiske terapiretningen pionert av Carl Rogers (1957) på 60-tallet. Terapeuten skal vise aksept, empati og en autentisk væremåte. Disse faktorene er det forsket mye på, og inkluderes ofte i de «generelle faktorene» som forklarer en betraktelig del av positiv effekt av psykoterapi (Norcross, 2002). I Cognitive Therapy Adherence and Competence scale (CTACS) (Barber, Liese & Adams, 2003), som er utformet for å vurdere terapeuters kompetanse i kognitiv terapi, dreier en stor del av skåringen seg om terapeutens evne til empati, til å vise aksept, til å be om tilbakemelding på hvordan det oppleves å være i timen, og til å finne mening sammen med pasienten. CTACS brukes i utdanning og veiledning av kognitive terapeuter på innføringsseminar og veilederseminar i Norge og i andre land, og tydeliggjør også hvilken vekt som legges på relasjonelle prosesser i terapien.

Psykodynamikere har fokusert mer på relasjon (overføring, motoverføring, projeksjon, projektiv identifikasjon) som et middel i seg selv til å oppnå endring. Det er særlig her kognitiv terapi har fungert annerledes. Man har ikke sett det nødvendig å fokusere på pasientens barndom og tidlige relasjoner manifestert i relasjonen til terapeuten ved alle lidelser eller problemområder. Dersom det ikke har vært problemer i forholdet til terapeuten har man ikke nødvendigvis fokusert på forholdet til terapeuten. Terapiformen har vært mer pragmatisk. Det å fokusere på relasjon og være relasjonelt orientert blir ikke nødvendigvis det samme som å knytte relasjonen i timen til tidligere relasjonshistorie.

Vi er heldigvis skapt for å kommunisere med andre, det er noe vi gjør fra vårt første møte med andre mennesker. Dernest sosialiseres vi, og de fleste av oss går etterhvert automatisk inn i de ulike «scripts» (atferdsregler) som gjelder for ulike situasjoner og steder: Man venter på venterom, man står ikke for nærme andre mennesker, man stirrer ikke for lenge på andre mennesker. De fleste pasienter forstår også rammene for psykoterapi, dersom disse blir forklart for dem.

PERSONLIGHETSFORSTYRRELSER

I enkelte terapirelasjoner kan det imidlertid være veldig vanskelig å samarbeide. Aksept, empati og autenticitet blir vanskelig. Dette gjelder ofte i arbeid med personlighetsforstyrrelser, men selvfølgelig ikke der alene. Det er imidlertid først de siste 10-15 årene at kognitiv terapi har fokusert på personlighetsforstyrrelser. Her har vi et område der pasienter ikke alltid følger de samme «scripts» som andre og på mange måter utfordrer terapeuten. Samarbeidet fungerer ofte ikke, pasienten tar ikke til seg verktøyene vi vil lære bort. Kognitiv terapi har i den sammenheng utviklet modeller som i større grad også fokuserer på terapeutens grunnleggende antagelser om seg selv/sin personlighet og behov, og hvordan terapeut og pasient påvirker hverandre i terapitimen. Man ser på pasientens og terapeutens grunnleggende antagelser om seg selv og andre, deres tolkninger av hverandre og deres følelser for hverandre – og bruker det for å oppnå endring. Aaron T. Beck skriver om dette i «Cognitive Therapy for Personality Disorders» (Beck et al, 2004). Jeffrey Youngs skjematerapi (Young et al., 2003) har et tydelig fokus på tidligere relasjonshistorie og «limited reparenting» (et begrep nært knyttet opp mot psykodynamisk terapi) der terapeuten i timene delvis forsøker å dekke behovene som en vurderer ikke har blitt dekket i pasientens relasjonshistorie. Fokus på hvordan tidligere relasjonshistorie kan aktualiseres i relasjonen til terapeuten, slik at relasjonen blir et middel i seg selv, har således også blitt en del av kognitiv terapi. Men relasjon er mye mer, og ofte noe annet, enn bare dét. Jeg synes det er viktig at vi fortsetter å ha et bredt perspektiv på hva som fungerer i relasjonen til pasientene, og hva det er riktig å fokusere på til en hver tid, det jeg vil kalle et pragmatisk perspektiv. Vi bør også fortsette å være problemorienterte og være med pasienten her og nå.

KUNNSKAP OM DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN

I den nylig utgitte boka «The Therapeutic relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies» (Gilbert & Leahy, 2007) forsøker forfatterne å si noe om hvor vi står i dag når det gjelder kunnskap om den terapeutiske relasjonen. Blant bidragsyterne er blant andre Gillian Hardy og medforfattere som oppsummerer forskning om aktive faktorer som fremmer endring (Hardy, Cahill & Barkham, 2007). Paul Gilbert skriver om terapirelasjonen ut i fra et evolusjonsperspektiv (Gilbert, 2007). Stephen Hayes skriver om Acceptance and Commitment Therapy som fremmede for den terapeutiske relasjonen (Pierson & Hayes, 2007) og James Bennett-Levy og Richard Thwaites presenterer en modell for forståelse av og trening i interpersonlige

ferdigheter (Bennett-Levy & Thwaites, 2007).

AKTIVE FAKTORER

Jeg vil her gi en kort oppsummering av Hardy et al. sitt forskningsbidrag om hva i den terapeutiske relasjonen som fremmer positiv endring for så å se dette i forhold til kognitiv terapi per i dag. Jeg vil deretter skissere Bennett-Levy og Thwaites bidrag som beskriver en modell for hvilke faktorer som spiller inn på terapirelasjonen, og hvordan vi kan jobbe med terapirelasjonen i veiledning for å styrke interpersonlige ferdigheter. Hensikten er å se på hvordan vi kan jobbe med å bli bedre – innenfor en relativt bred og pragmatisk modell. Hardy velger å organisere forskningsfunnene inn i etablering av en relasjon, utvikling av relasjonen og opprettholdelsen av den.

Etablering av relasjonen

Her viser forskning på tvers av terapiformer at en tidlig etablering av et godt forhold predikerer bedre utfall og hjelper pasienten til å forbli i terapien. Tidlig kommunikasjon av positive forventninger og tro på endring er viktig. Det fremstår også som positivt at man tidlig etablerer konsensus, blant annet ved å diskutere og bli enige om mål, at terapeuten er aktiv, at man unngår konflikter, at man bekrefter pasienten og viser positiv aktelse. Forskningen tyder også på at det hjelper å fokusere på pasientens situasjon her og nå og det han eller hun er opptatt av. Hardy konkluderer med at fokus i etableringen av relasjonen bør være å skape håp, gode forventninger, motivasjon og intensjon hos pasienten. De fleste av punktene nevnt ovenfor inkluderes også i manualer for kognitiv terapi og er delvis typiske for kognitiv terapi.

Utvikling av relasjonen

Her viser Hardy til forskning som tyder på at eksplorering og refleksjon rundt aspekter ved den terapeutiske relasjon har en positiv effekt. Dette er mye brukt i interpersonlig, psykodynamisk og humanistisk terapi med ulik vektlegging/tolkning. Hardy trekker også frem forskning som tyder på at tolkning av relasjonen i timen opp i mot tema i pasientens liv er positivt for utvikling av alliansen. Hardy konkluderer med at det vi håper å oppnå her er åpenhet og tillit hos pasienten, og deretter forpliktelse («commitment») til den videre prosessen. Disse områdene er ikke inkludert som standardelementer i kognitiv terapi, selv om en kan tenke seg at en gjennomgang av anamnese på en empatisk måte, med oppsummering og tilbakemelding, inkluderer noe av dette, og at dette er en naturlig del av kognitiv terapi.

Opprettholdelse av relasjonen

Hardy viser her til forskning som tyder på at terapeuten i denne fasen bør være god på selvrefleksjon, metakommunikasjon og «reparering» av vansker.

Dette fordi det er vanlig at relasjonen etter hvert møter utfordringer. Forskning viser også at den vanligste årsaken til at terapier avbrytes av pasienten er at vedkommende er misfornøyd med relasjonen. Funn tyder imidlertid også på at terapeuter som identifiserer misforståelser eller vansker og tar tak i disse, får en bedre terapirelasjon enn de som ikke fokuserer på dem. Det fremstår altså som nyttig å anerkjenne/tilkjennegi opplevd uenighet/brudd og ta det opp til drøfting.

Ellers oppgir pasienter det som negativt i forhold til opprettholdelse av relasjonen om terapeuten presser egne verdier på pasienten, gir irrelevante kommentarer, virker som de kjeder seg, er negativt kritiske, klandrende, moraliserende eller usikre. Det oppleves også som vanskelig når terapeuten fortsetter å bruke teknikker som ikke virker, eller er tause uten at pasienten forstår hvorfor. Generelt oppleves rigiditet i bruk av behandlingstrategier som negativt. Dersom terapeuten takler de ovennevnte utfordringer mener Hardy at man kan oppnå at pasienten blir fornøyd, opplever en god allianse, får uttrykt sine følelser (vi ville vel tillegge «tanker og atferd») og dermed får mulighet til å endre syn på seg selv og sine problemer. Kognitiv terapi vil i sin standardform søke å unngå de ovennevnte vanskene blant annet gjennom fokus på aktivt samarbeid og stadig utsjekking av hvordan pasienten opplever terapien. Hardy hevder imidlertid at forskning tyder på at kognitive terapeuter ikke har vært så gode på å ta tak i vansker i relasjon. Dersom dette stemmer har vi et utviklingspotensial.

THE DECLARATIVE-PROCEDURAL-REFLECTIVE MODELL (DPR)

Så hvordan kan vi forstå interpersonlige ferdigheter i terapi og videreutvikle disse? I kapitlet «Self and self-reflection in the therapeutic relationship. A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills» (Bennett-Levy & Thwaites, 2006) tegner James Bennett-Levy og Richard Thwaites opp en modell for forståelse av og trening på interpersonlige ferdigheter i terapi. Jeg vil her forsøke å gi en kort oppsummering av denne.

Bennet-Levy og Thwaites tar utgangspunkt i en ny kognitiv modell for utvikling av generelle terapeutferdigheter som de kaller «The declarative-procedural-reflective (DPR) model» (Bennett-Lewy, 2006). Modellen er ment å hjelpe terapeuter og veiledere til å identifisere og vurdere ulike interpersonlige faktorer og prosesser som sammen kan bidra til en god terapeutisk relasjon. Den skal også hjelpe til med å identifisere aktuelle læringsprosesser og treningstrategier som kan utvikle interpersonlige ferdigheter som bidrar til en god relasjon. Deres modell for utvikling av generelle terapeutferdigheter tar utgangspunkt i et informasjonsprosesseringsperspektiv. Jeg vil kort beskrive den generelle modellen før jeg fokuserer spesielt på hva den sier om forståelsen og utviklingen av interpersonlige ferdigheter.

«De ser for seg at vi har ulike systemer for kunnskapsrepresentasjon og læring.»

De ser for seg at vi har ulike systemer for kunnskapsrepresentasjon og læring. Det deklorative systemet består av den terapeutiske kunnskapen som er verbal, den kunnskapen vi kan snakke og skrive om. Her vil vår teoretiske kunnskap relatert til interpersonlige ferdigheter plasseres.

Derne har vi det prosedyrale systemet. Her plasseres våre automatiserte, implisitte ferdigheter: Våre ferdigheter i å persepere det som foregår relasjonelt og å uttrykke dette, samt vårt selv-skjema (både som terapeut og som person for øvrig). Dette inkluderer for eksempel våre verdier, holdninger, våre erfaringer og vår selv-bevissthet.

I tillegg har modellen et reflekterende system, som særlig bidrar til dynamikk og endring.

I det reflekterende systemet er det ingen permanent kunnskap. Det som foregår her er en korttidsrepresentasjon som bidrar til en spiral av læring. Veiledning er prototypen på slik kunnskap. I det reflekterende systemet har man fokusert oppmerksomhet på noe – en mental representasjon av det man fokuserer på – og kognitive operasjoner rundt det. Her inkluderes generell refleksjon og selv-refleksjon. Utvikling av terapeutferdigheter skjer i en vekselvirkning mellom disse systemene.

Persepsjonen av hva som foregår relasjonelt blir filteret som bestemmer hva vi plukker opp fra pasienten og hva vi går glipp av. Bennett-Levy foreslår at dette reguleres av evne til empati, mindfulness (å være fullt til stede i situasjonen – min tolkning), og evne til å reflektere samtidig som man handler. Nybegynnere vil for eksempel ofte ikke ha nok oppmerksomhet til å gjøre dette samtidig som de gjennomfører det tekniske, og kan derfor fremstå som lite empatiske. Videre skiller Bennett-Levy mellom evne til å persepere relasjonelt og evne til å kommunisere det man perseperer. Terapeuter kan kjenne varme og empati for en pasient, men kan trenge trening i hvordan man kan formidle dette. Terapeutens selv-skjema, holdninger og forventninger til seg selv, til terapi og til pasientene vil også påvirke de ovennevnte faktorene. For eksempel kan tanken «Alle mine pasienter må bli friske» lede til utmattelse og manglende evne til empati. Som nevnt i det deklorative systemet er teoretiske kunnskaper også viktige. Noen ganger kan manglende kunnskap bidra til at man ikke perseperer eller kommuniserer det vesentlige i relasjonen. Eksempelvis kan terapeuter som ikke kjenner til hvordan symptomer på sosial angst kan arte seg i timen overse pasientens sikkerhetsatferd eller symptomer. Når det gjelder det reflekterende systemet understreker Bennett-Levy at evne til generell refleksjon og evne til selv-refleksjon er to vidt forskjellige ting som krever læringsstrategier og tilnærming, men at begge er nødvendige.

EN MODELL FOR Å LØSE RELASJONSPROBLEMER

Figur 1 viser en modell for å løse problemer i den terapeutiske relasjon, og videreutvikle interpersonlige ferdigheter. (Gjengitt med tilatelse fra Bennett-Levy)

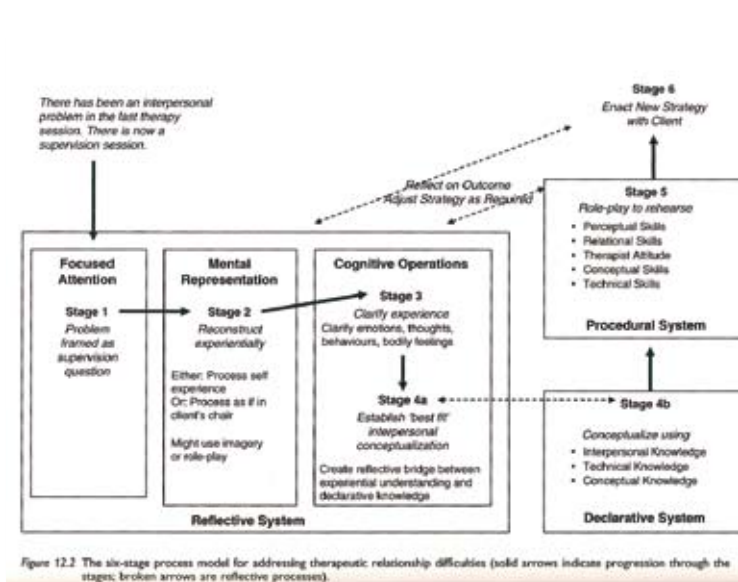


Figure 12.2 The six-stage process model for addressing therapeutic relationship difficulties (solid arrows indicate progression through the stages; broken arrows are reflective processes).

Første stadium: Problemet tas opp og oppmerksomheten fokuserer på det (fokusert oppmerksomhet). Her bruker Bennett-Levy et eksempel med at terapeuten kommer til veiledning og forteller at hans deprimerede pasient ikke har fremgang. De ser på opptak sammen og det fremkommer at terapeuten går raskt inn i en problemløsningsmodus hver gang pasienten begynner å gråte.

Andre stadium: Veileder hjelper terapeuten å gjenoppleve følelser, tanker og atferd som var aktuelle i terapitimen. Dette kan gjøres ved rollespill og visualisering. Det kan være nyttig at terapeuten får spille rollen både som seg selv og som pasienten (mental representasjon). Veileder foreslår et reversert rollespill hvor hun er terapeuten som vil løse problemet og terapeuten er pasienten som gråter.

Tredje stadium: Her går man fra subjektiv opplevelse til et mer objektiviserende analyserende nivå. Man klargjør opplevelsen. Når terapeuten erfarer i pasientens rolle kjenner han at det oppleves sårende og lite bekræftende med problemfokuset og at han trekker seg inn i seg selv.

Fjerde stadium: Det reflekterende systemet interagerer med det deklorative systemet, og man kommer frem til en interpersonlig konseptualisering av den vanskelige interaksjonen. Ut i fra dette lager terapeut og veileder en interpersonlig formulering: Den onde spiralen i samspillet mellom terapeut og pasient. Veileder og terapeut identifiserer hvilke prosedyrale ferdigheter det kan være nyttig for terapeuten å prøve.

REFERANSER

■ Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. et al. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. Second edition. New York: The Guilford Press.

■ Bennett-Levy, J. & Thwaites, R. (2006). Self and self-reflection in the therapeutic relationship. A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills. I Gilbert, P. & Leahy, R. L. (red.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (s. 255-281). London: Routledge.

■ Bennett-Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 203-220.

■ Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural Psychotherapies*. London: Routledge.

■ Hardy, G., Cahill, J. & Barkman, M. (2006). Active ingredients of the therapeutic relationship that promote client change. I Gilbert, P. & Leahy, R. L. (red.), *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioural Psychotherapies* (s. 24-42). London: Routledge.

■ Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relations that work*. New York: Oxford University Press.

■ Rogers, C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of consulting psychology*, 22, 95-103.

■ Young, Y. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioners guide*. New York: Guilford Press.

Femte stadium: Her trener man på ferdigheter som bidrar til å forbedre interaksjonen med pasienten. Terapeut og veileder gjør flere rollespill og terapeuten trener på å respondere empatisk og bekrefte pasientens smerte før han går videre til problemløsningsmodus. Veileder gir tilbakemelding på dette og de drøfter videre mulige forbedringer.

Sjette stadium: Terapeuten prøver ut den nye strategien med pasienten ved å være mer empatisk og bekreftende i neste time. Videre kan terapeut og veileder se om dette er et typisk problem for terapeuten og hvordan det kan henge sammen med terapeutens selv-skjema.

ULIKE LÆRINGSSTRATEGIER

Bennett-Levy går så over til en omfattende beskrivelse av ulike læringsstrategier som kan brukes overfor ulike typer interpersonlige ferdighetsproblemer. Dette er detaljerte og etter min mening nyttige beskrivelser, men for omfattende til at jeg kan beskrive dem i detalj her. De foreslår at noen strategier, for eksempel trening i å gjenkjenne egne følelser, kan passe spesielt godt i forhold til å lære seg interpersonlig perseptuelle ferdigheter, og mindre bra for andre ferdigheter (for eksempel generell refleksjonsferdighet). Andre læringsstrategier (for eksempel reflekterende praksis) kan ha et bredere bruksfelt.

Dernest beskrives et strukturert treningsopplegg for generell utvikling av selv-refleksjon og selv-praksis (self-practice/self-reflection: SP/SR) (Bennett-Levy et al., 2001, 2003). Terapeuten bruker kognitive teknikker på seg selv og gir deretter skriftlige refleksjoner fokusert på egen erfaring, implikasjoner for egen praksis og implikasjoner for kognitiv atferdsterapi. Tanken er også at bedre interpersonlige ferdigheter gjør at andre mer kognitiv-terapi spesifikk ferdighetene blir gjennomført med større interpersonlig sensitivitet, og at man således blir en bedre terapeut på flere områder.

INSPIRASJON TIL Å LÆRE MER

Min konklusjon ut i fra denne lille gjennomgangen er at det kan se ut som at kognitiv terapi faktisk fremstår bredere relasjonelt orientert enn noensinne. Utviklingen fra korttidsrettet «symptombehandling» til å favne også langtidsbehandling av personlighetsforstyrrelser har trolig også bidratt til det økte fokuset på ulike sider ved den terapeutiske relasjonen. Mye tyder på at vi som gruppe er gode på relasjon siden vi får gode resultater i forskning på effekt av psykoterapi. Men jeg synes Bennett-Levy sin modell inspirerer til å lære mer. Modellen fremstår bred og gjør det mulig å trene på ulike ferdigheter til ulike formål. Slik opprettholdes den kognitive terapiens pragmatiske, åpne, problemorienterte og forskningsorienterte holdning også i det komplekse feltet som omhandler interpersonlige ferdigheter og den terapeutiske relasjonen. ■

Kompetanseheving ved behandling av psykoser

ARNE REPÅL

Det har det siste tiåret vært en spennende utvikling innen behandling av psykoser. Tidsskriftet har tidligere publisert flere artikler på dette området (Se for eks. Kråkvik, 2006), og det kognitive terapi miljøet internasjonalt har vært en viktig pådriver innen denne utviklingen. Samlet utgjør de intervensjonsmetoder som er utviklet en helhetlig behandlingspakke som for mange pasienter har vist oppløftende resultater. Nyere forskning har således vært opptatt av kognitiv terapi rettet mot enkeltsymptomene som har vært regnet som spesifikke for lidelsen, samtidig som en er blitt mer opptatt av kognitiv terapi ved angst og depresjon også overfor denne pasientgruppen. Det er i økende grad høstet gode erfaringer fra strukturerte tilnærminger rettet mot vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner (Chadwick et al., 1996; Fowler et al., 1995; Kingdon & Turkington, 2005; Morrison et al., 2002, 2004; Nelson, 1997). Sammen med medikamentell behandling og psykososiale tiltak er kognitiv terapi nå en del av anbefalte behandlingstilbud internasjonalt.

HVA VET VI OM KUNNSKAPSBASERT BEHANDLING AV PSYKOSER?

Internasjonale retningslinjer for behandling av psykoser har i de senere årene vist til forskning som er gjort på effekten av tiltak innenfor psykososiale og kognitive behandlingsmodeller. Offentlige helseforetak er pålagt å ta utgangspunkt i kunnskapsbaserte tilnærminger der det er grunnlag for dette. Valg av tilnærming skal derfor bygge på oppdatert kunnskap om behandling av psykoser. Det innebærer at behandlingstilbudet bør legges tett opp til eksisterende forskningsresultater kombinert med evaluering underveis. Tilnærming skal velges ut fra den dokumentasjon som til enhver tid er rådende for hva som er god behandling. Noen eksempler på relevant bakgrunnsmateriale er:

- Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling IK 2726.
- Koordinering av psykososialt arbeid IK 2692.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2002) <http://www.nice.org.uk>
- Referenceprogram for Skizofreni. Sunhedsstyrelsen. Danmark (2004).
- The Canadian Journal of Psychiatry: Clinical Practical Guidelines: Treatment of Schizophrenia (2005).

KORT OM DOKUMENTASJON

National Institute for Clinical Excellence (NICE), som er en av referansene ovenfor, er en uavhengig tverrfaglig spesialistgruppe som utarbeider kliniske retningslinjer i England. Spesialistgruppen gjennomgår sentral forskning

innenfor behandling av spesifikke lidelser og gir retningslinjer ut fra grad av dokumentasjon, hvor A er høyeste anbefaling, og B nest høyest. I behandling av lidelser innenfor schizofrenispekteret er det gitt følgende retningslinjer:

- Familietilbud, enten flerfamilie eller singel, skal være del av tilbudet til de som har nær kontakt med pasienten (A).
- Familietilbudet må strekke seg over minimum 6 mnd og minst 10 konsultasjoner.
- Valg av medikament skal skje i samarbeid mellom pasient og behandler. Det skal gis grundig informasjon om virkning og bivirkninger.
- Kognitiv terapi skal være tilgjengelig som behandlingsmetode for alle pasienter og er særlig et aktuelt tilbud ved vedvarende aktive symptomer (A).
- KT bør tilbys som metode for å bedre innsikt (B).

I det danske «Referanceprogram for skizofreni» er støttende psykodynamisk psykoterapi med som en B anbefaling, mens man mener det er svak evidens for mer innsiktsrettet behandling med denne tilnærmingen. For kognitiv terapi er man i de kanadiske retningslinje nokså klar på at effektstudier så langt dreier seg om opplegg som ikke er identiske, selv om de bygger på en del felles prinsipper. De internasjonale retningslinjene det er referert til kan altså variere noe i vektlegging og tolkning av dokumentasjon, men de har til felles at de inneholder følgende elementer:

- Psykoedukasjon for pasient og pårørende.
- Pårørendegrupper eller flerfamiliegrupper.
- Problemløsende familiesamtaler.
- Kartlegging av varselsignaler og aktiv jobbing med tilbakefallsforebygging som del av IP (sammen med 1.-linje, pasient og pårørende).
- KT individualterapi ved vrangforestillinger og stemmehøring.
- Oppdatert og kvalitetssikret medikamentell behandling.

God behandling av psykoser skal være individuelt tilrettelagt, med utgangspunkt i de elementer som er beskrevet ovenfor. Hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg hvilke behandlingselementer er en viktig del av kartleggingen. Det er viktig å se pasienter i et helhetlig perspektiv hvor en også tar hensyn til komorbide tilstander. Samhandling med familie og 1.-linje vil ofte være sentralt for å kunne lykkes.

BEHOV FOR KOMPETANSEHEVING

Mange helseforetak tilbyr i dag en rekke av de behandlingselementene som er beskrevet ovenfor. Det er således mange steder tilbud om pårørendegrupper, flerfamiliegrupper og sosial ferdighetstrening. Det har vært fokusert på tilba-

kefallsforebygging og individuelt tilrettelagte støttende samtaler. Det er ved mange DPSer ambulerende tjenester rettet mot pasienter med lidelser innen schizofrenispekteret. Det har imidlertid i mindre grad vært en systematisk jobbing med kognitiv terapi ved stemmer og vrangforestillinger.

Det er viktig å ivareta den kompetansen vi alt har i dag. Samtidig er det en utfordring at vi som behandlere klarer å integrere ny kunnskap på en god måte og legge til rette for et mer helhetlig behandlingstilbud. Med det mener jeg et tilbud som er variert og tilpasset den enkelte pasient, hvor det er god samhandling mellom de ulike behandlingsnivåer og hvor pasienten i størst mulig grad er med på å påvirke målsetting og innhold i behandlingen. Det siste handler kanskje også litt om holdninger, men er helt i tråd med en kognitiv tilnærming. At en individualisert behandling med ambulerende virksomhet og tett samarbeid med 1.-linje er resurskrevende er noe vi som fagpersoner må være tydelige på. Det er resurskrevende å gjennomføre de retningslinjer våre myndigheter og sentrale fagmiljøer i økende grad vil skal være retningsgivende. Det vil ofte også være i strid med kravet om effektivitet målt i antall konsultasjoner. Det kan jeg leve godt med. Det finnes andre tilstander hvor det vil være mer naturlig å se på hva vi får igjen for helsekronene målt i antall konsultasjoner. Når det er sagt er det en utfordring å se på hvordan vi kan skape behandlingsskjeder som på en god måte kan utnytte de behandlingsmetodene vi i dag har, og som kan gjøre bruk av hverandres resurser på en måte som kanskje kan bidra til merverdi.

Det er noe av bakgrunnen for at man flere steder alt er i gang med kompetansehevingstiltak rettet mot behandling av psykoser som tar utgangspunkt i kognitive teknikker. Det er således iverksatt tverrfaglige kompetansehevingsprosjekter som bygger på en kognitiv modell blant annet ved Psykiatrien i Vestfold HF og ved Vinderen DPS. Disse har som målsetting å øke den generelle kunnskapen om nyere forståelse og behandlingsmetoder av psykoser. Utfordringen ligger i hvordan vi kan klare å integrere dette i dagens behandlingstilbud på en god måte. Det kan medføre endringer både på organisasjonsnivå og i møtet med den enkelte pasient.

PSYKOSEUTDANNING I REGI AV NFKT

I et kompetansehevingstiltak vil det være viktig å få frem betydningsfull generelle faktorer som relasjonsbygging og en åpen utforskende holdning overfor pasienter, kombinert med betydningen av strukturerte samtaler og tydelighet i rolle og målsettinger. På mange måter inneholder en slik tilnærming et humanistisk aspekt som det er viktig å vektlegge uavhengig av metoder. Samtidig er det viktig å formidle kunnskap om spesifikke teknikker eller tilnærminger som har vist seg nyttige. På bakgrunn av den utviklingen som har vært innen

«Det er viktig å ivareta den kompetansen vi alt har i dag.»

dette feltet vedtok styret i Norsk Forening for Kognitiv terapi i 2007 å nedsette en arbeidsgruppe som skulle lage et forslag til en 1-årig utdanningspakke med tema Kognitiv terapi ved psykoser. Dette var omtalt i et tidligere nummer av tidsskriftet. (Repål, 2007). Rapporten fra arbeidsgruppen ble lagt frem for styret i januar 2008 og det ble vedtatt å iverksette en slik utdanning med utgangspunkt i arbeidsgruppens forslag. I rapporten pekes det på at kognitiv terapi ved psykoser er en kunnskapsbasert metode, som inngår som anbefalt del av behandlingstilbudet i faglige retningslinjer for behandling i flere land. Behovet for en systematisk og bred innføring i denne behandlingsmetoden her i landet er stort. Mange etterspør en slik utdanning. En utfordring ved utvikling av nye behandlingsmetoder er hvordan man skal få dem implementert og kvalitetssikret. Et eget utdanningsprogram i regi av NFKT kan være et viktig bidrag til dette.

Dersom vi skal lykkes med å bygge opp helhetlige behandlingsmiljøer med en felles kompetanse og tilnærming til pasienter med lidelser innen psykospekteret, er det viktig med en bred rekruttering. Arbeidsgruppen fant det derfor formålstjenlig å legge opp til en tverrfaglig utdanning. Miljøet i Norge er i tillegg så pass lite at det vil være praktisk vanskelig å legge opp til egne utdanninger innen de ulike profesjonene.

UTDANNINGSPROGRAMMET

Utdanningen er tverrfaglig. I løpet av tre semestre vil det bli avholdt 8 to-dagers seminarer, supplert med veiledning i gruppe. De to første seminarene vil beskrive grunnmodellen, med fokus på depresjon, angstlidelser og tvangslidelser. Deltakere som allerede har innføringsseminaret i kognitiv terapi trenger ikke ta disse to seminarene. De seks siste seminarene omhandler kognitiv terapi ved psykose, både i form av individualterapi og miljøterapi, spesielt i forhold til stemmehøring, vrangforestillinger og samtidig rusmiddelavhengighet, angst og depresjon. Temaet for seminarene om psykose vil være de sentrale elementer i en helhetlig psykosebehandling, den nye forståelsen av psykose i et kognitivt perspektiv, kognitiv individualterapi, kognitiv miljøterapi og tilbakefallsforebygging.

SENTRALE TEMAER

- Dokumentasjon av effekt og begrensninger i bruk av kognitiv terapi ved psykose
- Organiseringen av tjenestetilbudene til pasienter med psykose, tiltakskjeden
- Utredningen av pasienter med psykose, varselssignaler
- Den kognitive forståelsen av psykose: Fra Kraepelin til nåtidens paradigmeskifte
- Hvordan etablere terapeutisk allianse og felles forståelse for problemene
- Strukturering av samtale, bruk av problemliste, problemløsning, selvhjelp
- Kognitiv kausformulering

- Utforsking av tenkemåter og bruk av atferdseksperimenter
- Kartleggingsverktøy og informasjonsmateriale
- Arbeid med vrangforestillinger, stemmer og tankeforstyrrelser
- Tiltak ved angst, depresjon og mani
- Tiltak ved kombinert rusmiddelavhengighet og alvorlige psykoselidelser
- Bruk av motiverende intervju

Eksamen: Det vil være en eksamen i form av en skriftlig oppgave.

Grunnpensum

Berge, T. & Repål, A. (red.). (2008). Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2005). Kognitiv terapi ved schizofreni. Norsk utgivelse, 2008. ■

Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2005). Kognitiv terapi ved schizofreni. Norsk utgivelse, 2008. ■

REFERANSER

■ Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wileys & Sons.

■ Canadian Journal of Psychiatry (2005) *Clinical Practise Guidelines. Treatment of Schizophrenia* (Vol 50, Supplement 1)

■ Fowler, D., Garety, P. & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis. Theory and practice*. London: John Wiley & Sons.

■ Kingdon, D.G. & Turkington D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.

■ Kråkvik, B. (2006) Kognitiv terapi ved psykoser. *Tidsskrift for Kognitiv terapi*. Nr. 3

■ Morrison, A. P. (red.). (2002). *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. East Sussex: Brunner Routledge.

■ Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S. & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation – based approach*. Hove, UK: Routledge.

■ Nelson, E. N. (1997). *Cognitive behavioural therapy with schizophrenia: a practice manual*. Cheltenham: Stanley Tormes.

■ Repål, A. (2007) Kognitiv terapi ved psykoser. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*. Nr. 1



En visjonær stilling

Intervju med Torkil Berge

ARNE REPÅL

Da jeg intervjuet Torkil Berge i forbindelse med at han nå har overtatt vervet som leder i Norsk Forening for Kognitiv Terapi, ba jeg om bilder til intervjuet og spalten Lederen har ordet. Til sistnevnte hadde han liggende to aktuelle bilder, ett hvor han ser visjonært fremfor seg, og ett hvor han ser direkte på leseren. Han var usikker på hvilket bilde han ville bruke, og endte opp med beskjedent å foreslå begge. Jeg tror det kan la seg gjøre å ha visjoner og være nær på samme tid; Berge burde ha forutsetninger for å lykkes med balansekunsten. Hvordan det går vil tiden vise. Nå er han i hvert fall foreningens nye leder.

RØTTER

Berge er fra Bergen. Som en av fire søsken vokste han opp i en bokelskende familie hvor to i dag arbeider som bibliotekarer og en som purser. Sistnevnte har imidlertid opprettet et eget bibliotek for flypersonale og Berge selv er en lidenskaplig samler av både faglitteratur og skjønnlitterære bøker. Hvorfor han utdannet seg til psykolog vet jeg ikke, men han var ferdig utdannet ved Universitetet i Bergen i 1985, og har ved siden av studiene bak seg en aktiv tid i Bergen Filmklubb. Ett av høydepunktene han var med å bidra til var at filmen *Ondt blod i vesten* regissert av Sergio Leone, mannen bak de så kalte spagettiwesterns, ble vist i full regissørversjon med replikkene på italiensk og uten teksting. Filmen regnes som Leones mesterverk og må ha gjort stort inntrykk på unge Berge, som i voksen alder ikke rører matretter som inneholder spagetti. Blar vi i vårprogrammet for Bergen Filmklubb i 1988 finner vi blant mye annet filmer som *Casablanca*, *Barry Lyndon*, *Gjøkredet* og *Under Vulkanen*. I forordet takker styret en ung Torkil Berge for uvurderlig hjelp under programarbeidet. Han kan imidlertid takke seg selv for hvordan slike filmer påvirket et ungt og sart sinn.

I dag er Berge bosatt på Nesodden utenfor Oslo, et sted han har bodd sammen med familien siden slutten av åttitallet. I dag består den av kone, tre barn, hund, to katter og to haner med et tilhørende harem av høner. Den ene hanen gis for øvrig bort til interesserte da den har lagt seg til den uvanen å gale om natten. Som noen av leserne kanskje kjenner til har Berge vært medforfatter til artikler om kognitiv terapi ved søvnvansker, noe som blir mer forståelig sett i lys av hanen.

Når oppstod interessen for kognitiv terapi?

«Jeg tror den strekker seg helt tilbake til 1987 da jeg var med på å holde kurs i angstmestring for pasienter ved Sandviken sykehus.» Det har gått noen år

siden den gang og Berge har utover tiden ved Sandviken sykehus blant annet jobbet ved Statens arbeidsmarkedsinstitutt (første jobb), Sinsen DPS, Uteseksjonen, Vinderen DPS, Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri og var 10 år redaktør i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Der sluttet han i fjor, og er nå på ny ansatt ved Vinderen DPS hvor han er ansvarlig for fagutvikling. «Noe av det som fascinerer meg med kognitiv terapi er at det virker. Det er en terapimodell som ligger tett opp til pasientenes eget språk og den er fenomennær. Den legger opp til en raushet overfor pasienten. Jeg liker også at den ligger så tett opp til normalpsykologien og at modellen ikke tegner noe skarpt skille mellom pasient og terapeut. Jeg har imidlertid også jobbet med korttids dynamisk terapi og systemisk familierapi og funnet mye nytte også i slike tilnærminger. Jeg er opptatt av lojalitet overfor pasienter og ikke terapi-retninger, men når det er sagt er min erfaring at det ofte er kognitiv terapi som er til best hjelp.»

Hvorfor sluttet du som redaktør for tidsskriftet?

«Først og fremst følte jeg vel at 10 år med denne typen arbeid var nok. Da jeg så fikk et fristende tilbud fra Vinderen DPS syntes jeg det var fint å slutte på et tidspunkt tidsskriftet gikk godt både faglig og økonomisk. Jeg følte vel også at jeg hadde mye uprøvd innen andre områder.» Berge har utover faste jobber vært, og er, engasjert i en rekke andre aktiviteter som Forebyggingsutvalget innenfor Helse og rehabilitering og Mental Helse Oslo. Han har vært medlem i styrer til NFKT i en årrekke, de siste seks som nestleder. Han holder også en rekke kurs, veileder, skriver bøker og holder foredrag på kveldstid for alt fra fagforeninger til pensjonistforeninger. Når valget står mellom hjemlig familiehygge og pensjonistforeningen en sen fredagskveld er det ikke tvil om hva som trekker.

AKTIV OG LØSNINGSFOKUSERT

For oss som kjenner deg fremstår du som en evig optimist med en enorm virketrang?

«Det stemmer nok. Jeg er ingen grubler av natur og pleier å si at jeg lærer mer av mine tilfeldige suksesser enn av mine mange feil. Jeg prøver å omgås mennesker som gir meg påfyll og virker vitaliserende.» Dét virker det som han klarer. For utenforstående kan Berge fremstå som faglig Duracell-kanin. «Konflikter skyr jeg så langt som mulig. De er som oftest bare energitappende. Jeg

«Jeg lærer mer av mine tilfeldige suksesser enn av mine mange feil.»



«NFKT skal være et sted det er hyggelig å være.»

for at profesjonene skal trekke sammen. Det er en holdning jeg ønsker å videreføre. NFKT skal være et sted hvor det er hyggelig å være. Samtidig skal vi ha en høy faglig profil hvor kritisk blikk på egen virksomhet også skal ha en sentral plass. Vi skal være ydmyke og basere vår metoder på dokumentert kunnskap. En styrke ved KT er at den tillater utprøving av nye metoder, som for eksempel mindfulness, men at effekten av nye tilnæringer så må kunne dokumenteres gjennom forskning. Men folk lever harde liv der ute. Det ville vi underkjenne dersom vi hevdet at alt kan behandles bort. Jeg pleier å vise til Abraham Lincoln som var en av de mest respekterte menneskene i sin tid, men som selv, i sine depressive perioder, følte seg som verdens mest miserable menneske.»

Hva er du ellers opptatt av innen KT?

«Jeg blir veldig inspirert av hva de får til i Storbritannia, hvor det å nå ut til folk med terapi som virker i forhold til angst og depresjon nå er et stort satsningsområde. KT står sentralt her og det er fantastisk spennende å se den idealismen og entusiasmen som ligger bak dette arbeidet, og å se den foreløpig svært gode tilbakemeldingen fra brukerne. Det å nå ut på brukernes arena skaper nye muligheter gjennom et samspill mellom kognitive terapimetoder og lokale tiltak. Jeg skriver mer om dette i Lederen har ordet i dette nummeret av tidsskriftet.»

Du har jo også interesser utenom det rent faglige?

Ved siden av film er jeg svært opptatt av musikk. Helst vinyl og gjerne jazz. En av mine store helter er Miles Davis. Jeg var på konsert med ham i Grieg-

tror på samarbeid og er opptatt av at NFKT skal være et sted hvor det er høyt under taket.»

Det siste har jo vært en dyd av nødvendighet for å få plass til vår tidligere leder?

«Både Hans M. Nordahl og vår forrige leder Egil W. Martinsen har gjort en kjempejobb for foreningen. Egil har vært forbilledlig som leder og en forkjemper

hallen i Bergen for mange år siden. Da satt jeg helt fremme ved scenekanten, og han stilte seg opp rett fremfor meg mens han spilte. Svetten dryppet ned på meg. Det var en stor opplevelse. Ellers samler jeg på bøker og er en stor beundrer av både Knut Hamsun og Marcel Proust.» Sist nevnte er jo som leserne sikkert vet forfatter til storverket *På sporet av den tapte tid*, et verk som binder refleksjoner over menneskets sjeleliv, særlig det underbevisste, sammen med følsomme, visjonære bilder av dekadent sosietetsliv som rulles opp i en tilsynelatende lunefull rekkefølge, for å sitere et leksikon. «Russisk litteratur er jeg også svak for og samler for øvrig på de gamle klassikerne. Jeg har en visjon om min egen alderdom hvor jeg ser meg selv sitte og lese omgitt av alle mine bøker.» Berge har jo i tidligere sammenhenger stått frem som stemmehører. Han fortalte således i takketalen da han fikk Åsa Gruda Skards pris for popularisering av psykologisk kunnskap i 2006 at han hadde fordelen av å ha 17000 elleville jublende Brannsupportere i hodet. At han nå også står frem med sine synshallusinasjoner bidrar jo til å komplementere bildet.

Jeg spurte avtroppende leder om egne fobier og andre skavanker?

«Jeg har vel egentlig ingen fobier bortsett fra at jeg ikke spiser mat som dissler.» Dette har undertegnede erfart til fulle etter gjentatte besøk sammen med Berge på italienske restauranter. Det går i pizza. Hva denne underlige motviljen mot dissende mat kommer fra vet verken han selv eller de nærmeste, men jeg har tidligere i intervjuet hintet om en mulig forbindelse til sterke scener i gamle spagettiwesterns, og tenker da spesielt på noen av attributtene til unge enke-hore-jordmor Claudia Cardinale i *Ondt blod i vesten* som han jo nærmest fikk inn med morsmelken på originalspråket. For øvrig er det ikke så mye som plager Berge. Han er ingen grubler av natur og tror godt om de fleste rundt seg. At han tidvis kan fremstå som så fjern og distré at dette ble fremhevet av flere kollegaer under avskjedstalen på hans gamle arbeidssted i NPF, synes heller ikke å være noe problem. Der vi andre med en slik atferd ville blitt betraktet som arrogante og avvisende, blir de nevnte trekk hos Berge opplevd som sjarmerende og med et tilsnitt av proffessoral ynde. Dét hos en mann som knapt har passert de femti. Berge har således bidratt til å utvide begrepet *mindfulness* til også å omfatte oppmerksomt fravær. ■

Lidelsesspesifikk kognitiv terapi

BOKOMTALE

ARNE REPÅL

Lidelsesspesifikk kognitiv terapi
Tore C. Stiles (red.)
Tapir akademiske forlag
Trondheim 2007
187 s.



Boken «Lidelsesspesifikk kognitiv terapi» er et festskrift tilegnet professor K Gunnar Gøtestam. Boken er redigert av Tore C. Stiles og består av i alt 9 kapitler med ulike bidragstere. Kapitlene dekker de mest sentrale psykiske lidelsene og har i tillegg et kapittel om metakognitiv terapi.

Kapittel 1 er skrevet av Roger Hagen, Bodil Kråkvik og Rolf W. Gråwe og omhandler kognitiv terapi ved schizofreni og gir en grei innføring i en kognitiv modell for psykoser og behandlingsmetoder som er utledet av denne. Kapittel 2 er forfattet av Gunnar Morken og tar for seg kognitiv terapi ved behandling av bipolare lidelser. Her er fokus like mye en beskrivelse av ulike diagnostiske undergrupper som fremstillingen av den psykologiske behandlingen. Hovedkonklusjonen er at KT gitt sammen med medikamentell behandling gir bedre resultater enn medikamentell behandling alene. Roger Hagen og Rolf W. Gråwe er også forfattere til kapittel 3 som beskriver kognitiv terapi ved rusmiddelmissbruk. Det omhandler alle former for rusmisbruk som kan få negative konsekvenser for brukeren. Det pekes på felles kjennetegn ved rusmisbruk og en vesentlig del av kapittelet er viet stadier for endring. Kapittel 4 er skrevet av Hans M. Nordahl og Tor Erik Nysæter og omhandler skjemat terapi for personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Kapittelet har en kort teoretisk og en terapidel. I kapittel 5 skriver Tore C. Stiles og Liv S. Sættem om kognitiv terapi ved kroniske smertetilstander. Det gir en grei innføring i modeller for forståelse av smerte og vier også plass til å omtale alliansebygging ved smertetilstander, noe som er et viktig tema for denne pasientgruppen. Dette kapittelet fungerer fint som en innføring på et felt mange terapeuter kommer i berøring med. Kapittel 6 beskriver kognitiv terapi ved hypokondri og er forfattet av Ingvard Wilhelmsen. Det er noe mer praksisorientert enn de andre kapitlene. Kapittel 7, skrevet av Patrick A. Vogel og Bjarne Hansen, tar for seg kognitiv terapi ved tvangslidelser. Kapittelet er utformet som en veileder for behandlere. De samme forfatterne beskriver i kapittel 8 kognitiv terapi for tvangslidelser med utgangspunkt i en metakognitiv tilnærming. «Metakognitiv terapi» er overskriften på kapittel 9 som avslutter boken. Det er forfattet av Elma Maksic og Tore C. Stiles og gir en teoretisk innføring i begrepet metakognisjon og hvordan dette anvendes innen kognitiv terapi.

Et hovedbudskap i boken er at en har utviklet spesialiserte kognitive modeller og behandlingsteknikker for de enkelte lidelser, og at det er viktig å spesifisere hvilken modell man arbeider ut fra: « Den viktigste grunnen til at kognitiv terapi har blomstret de seinere år, er at klinikere og forskere har fordypet seg i de spesifikke psykiske lidelsene» for å sitere baksideteksten. Boken fungerer godt som en kortfattet oversikt over disse ulike modellene og kognitiv terapi som metode ved ulike psykiske lidelser. Målgruppen er kanskje først og fremst de som fra før har grunnleggende kunnskaper om kognitiv terapi. En honnør til initiativtakerne for et verdig festskrift til en sentral fagperson også innen det kognitive fagmiljøet i Norge.

Møter i terapirommet

METAFORSALTEN

TONJE W. KENNAIR

Møter med mennesker i terapirommet

Time kl. 8.30 til 9.30

Time kl. 9.30 til 10.30

Time kl. 10.30 til 11.30

Møte med mennesker i lunsjrommet

Møtene i terapirommet

Der har jeg etter hvert sittet med mange mennesker

Vi sitter og snakker sammen

Vi har rammer

Dette er en poliklinikk – dette er en psykologspesialist – dette er en pasient – dette er en terapiform

Men vi sitter og snakker sammen

Og så skjer det

Noen finner tankene og følelsene bare gjennom at de skal fortelle dem til meg

Ante tanker – ante følelser

Ordene famler seg frem og befester en indre virkelighet og en identitet

Og jeg fascineres av terapirommet, undres over hvor lett det er

Et bekræftende blikk i et nøytralt rom

Andre trenger mer

Ord og meninger må foreslås – modeller må gis

Men de finner tankene og følelsene

De ser det bekræftende blikket

De gjør modellen til sin egen

Og arbeider videre for seg selv

Andre trenger mer

De ser ikke blikket mitt

De er sinte eller skuffede

De finner ikke og liker ikke tankene sine – følelsene er overveldende eller bortgjemte

De synes modellen bare er en modell

Da trenger jeg andre som ser meg
Trenger å minnes de andre møtene i terapirommet og menneskene i livet mitt

Så holder jeg det ut – så lenge at den andre begynner å famle
Begynner å tvile
og etter hvert får et håp
Om at jeg kan se
At andre kan se
At det er noe godt å se

Og at vi kan arbeide sammen

Jeg sender stafettspinnen videre til Roger Hagen.



Lederen har ordet

TORKIL BERGE

Største satsingen på kognitiv terapi noensinne

I Storbritannia har myndighetene satt av nær to milliarder kroner årlig til ekstratiltak for psykologisk behandling av angst og depresjon. Det skal bygges opp egne behandlingssentre, bemannet med 3600 helsearbeidere, som skal gi et tilbud til 900 000 mennesker per år. Blir dette vellykket, er planen å utvide til 8000 helsearbeidere innen 2014 som skal nå to millioner mennesker i året. Hovedtilnærmingen vil være kognitiv terapi. Dette er den største satsingen på denne tilnærmingen noensinne, og siktemålet er ikke mindre enn å heve livskvaliteten i den totale befolkningen! Men bakgrunnen er nøkterne økonomiske kalkyler. Ved å behandle depresjon og angst kan man spare staten for milliarder i utgifter.

Jeg er nettopp kommet hjem fra besøk på to av pilotsentrene, og er enormt imponert over idealismen, gløden og innsatsviljen hos de involverte. Tenk om vi kunne få dette til også i Norge!

A NEW DEAL

Den kognitive terapeuten David Clark og økonomen Richard Layard er to sentrale personer bak storsatsingen som kalles IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). Lord Richard Layard, ved London School of Economics, er adlet for sin innsats som strateg i Labour Partys kamp mot arbeidsløshet. Hans «The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders» viser de store samfunnsmessige omkostningene ved disse lidelsene. I tillegg til personlige lidelser, medfører depresjon enorme utgifter, først og fremst i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og trygdeutgifter. Kostnadene er anslått til 12 milliarder pund årlig. I Storbritannia er depresjon og angst viktigste årsak til alt arbeidsfravær.

Layard peker på at det finnes psykologisk behandling som har dokumentert gode resultater. Kun et fåtall av dem som rammes tilbys imidlertid slik behandling. Ved andre sykdommer, for eksempel kreft, ville det vært utenkelig ikke å tilby befolkningen behandling som er dokumentert virksom. I rapporten regnes behandlingens kostnader å være 750 pund, noe som vil dekkes inn allerede etter en måned hvis en tidligere trygdet kommer tilbake i arbeid.

Sentralt i Lord Layards argumentasjon er at psykiske vansker er nært knyttet til redusert livskvalitet. Han viser til undersøkelser som tyder på at det å ha hatt en psykisk lidelse de siste ti år, predikerer lav livskvalitet bedre enn fattigdom. I og med at depresjon og angst er så utbredt, er tiltak direkte rettet mot disse lidelsene nødvendig for å kunne heve livskvaliteten i den totale befolkningen.

DETALJERTE PLANER

Konklusjonen i Layards rapport ble tatt med i Labour Partys valgmanifest, og i februar offentliggjorde britiske helsemyndigheter sine nye planer for satsingen fremover. De har utarbeidet detaljerte planer for utdanning og veiledning av de 3600 helsearbeiderne, og den engelske foreningen for kognitiv terapi har fått hovedansvaret for å gjennomføre dette. Det er også utarbeidet beskrivelser av hvilke konkrete ferdigheter terapeutene skal inneha, for eksempel ved behandling av generalisert angstlidelse eller depresjon. Du finner disse planene, sammen med Layards rapport, på vår hjemmeside: www.kognitiv.no Du finner dessuten mengder av erfaringer og instrumenter for hvordan bygge opp et IAPT-tilbud på www.mhchoice.csip.org.uk/psychological-therapies/.html

Det satses på to fronter: høyintensivbehandling, som tilsvarende vanlig psykoterapi opp mot 20 timer, og lavintensivbehandling, med inntil syv timers psykologisk rådgivning, og utstrakt bruk av telefonrådgivning, assistert selvhjelp, selvhjelpslitteratur og interaktive computerprogrammer for angst og depresjon. Begge variantene bygger i stor grad på kognitiv terapi, men det understrekes at andre terapiformer vil trekkes inn i tråd med den evidensbasen som foreligger.

Behandlingen ved sentrene vil bli nøye evaluert. Faktisk vil klientene og behandlerne i hver eneste behandlingstime forholde seg til kortfattede skjemaer hvor man kan følge utviklingen av kliniske skårer på angst og depresjon. Dessuten fyller klientene jevnlig ut et spørreskjema om sin arbeids- og utdannings situasjon.

DE SVAKEST STILTE

Noe av det som har overbevist politikerne er at de to pilotsentrene har vist lovende resultater, også for personer med omfattende og langvarige problemer. Det ene senteret holder til i Newham i Øst-London. Her er det en hovedvekt av ulike grupper av ikke etnisk hvite innbyggere; det dreier seg om hele 130 ulike tungemål! Det er et av de fattigste områdene i Storbritannia, med lavest gjennomsnittlig levealder, og med svære behov for psykiske helse-tjenester. Men et flertall av befolkningen har rett og slett ikke tradisjon for å gå til fastlegen for psykiske og sosiale problemer. Derfor har man i Newham

IAPT tilpasset tjenestene for disse gruppene, reklamert sterkt for det nye tilbudet og hatt en åpen dør for alle som henvender seg. Terapeutene har også hatt møteplasser ute i lokalmiljøet og bruker gjerne telefonen for å nå frem til de som trenger hjelp. Og i løpet av et år har de behandlet

2300 klienter. Ved det andre pilotsenteret, IAPT Doncaster, der en i enda større grad har tatt assistert selvhjelp og telefonrådgivning i bruk, er antall klienter enda høyere. Personene som tar kontakt med sentrene har ofte hatt sine problemer i mange år, som regel en kombinasjon av angst og depresjon. Graden er vanligvis fra moderat til alvorlig, og en tredjedel står uten arbeid.

NOE FOR NORGE?

Også i Norge koster depresjon og angst samfunnet meget, og er en stor byrde for de tusenvis av personer og familier som rammes. En ny norsk studie viser at depresjon og angst er sterke risikofaktorer for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid, og er en viktig medvirkende faktor for uførhet, antakelig også når slik ytelse er innvilget for ikke-psykiatriske diagnoser. Tallene fra Storbritannia med hensyn til investeringer kan virke voldsomme, men en tilsvarende satsning i Norge vil innebære at rundt 225 millioner kroner settes av årlig de første tre årene, og rundt 400 millioner i årene som følger. Dette må vi da kunne greie i verdens rikeste land! Dessuten vil argumentet her være det samme: I forhold til hva disse lidelsene koster oss, bruker vi i dag altfor lite penger på å investere i behandling som hjelper. ■

«Dette må vi da kunne greie i verdens rikeste land!»

Center for Kognitiv Terapi og Supervision

inviterer til

MESTERKLASSE I KOGNITIV TERAPI 2008

med 3 af verdens førende terapeuter og undervisere

Den 16. – 17. maj: **Dr. Christine Padesky, ph.d., Center of Cognitive Therapy, Californien** giver en workshop med titlen: "Uncover strenghts and build resilience," der vil give deltagerne mulighed for at arbejde med metoder fra positiv psykologi.

Den 15. – 16. september: **Professor Cory Newman, Center of Cognitive Therapy, Philadelphia**, vil den første dag give en workshop om CBT ved misbrug og somatisk sygdom, mens anden dagen omfatter arbejde med modstand i den terapeutiske proces og "power supervision."

Den 5.-6. oktober: **Professor Leslie Greenberg, Ontario** giver workshop om "Emotion-focused therapy," der vil sigte på at give deltagerne yderligere metoder til arbejdet med emotionelle vanskeligheder.

Padeskys workshop finder sted i Kursalen, Sankt Hans Hospital, Roskilde. De øvrige på Cektos, Gl. Kongevej 178, Frederiksberg. Alle dage kl. 9 – 16.

Prisen for de 3 workshop (6 dage) er kr. 10.000,-
Enkel workshop Padesky kr. 4.500,-
Enkel workshop Greenberg eller Newman kr. 4.000,-
Endvidere kan man, hvis det ønskes, få 12 supervisionstimer i grupper a max. 6 deltagere v/cand.psych. Lennart Holm, godkendt specialist i psykoterapi og supervision.

Tilmelding inden 1. april til Cektos, postbox 413, 4700 Næstved eller info@cektos.dk, telefon 55734849, fax 55734878 eller via www.cektos.dk