

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 1 • ÅRGANG 10 • APRIL 2009 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 1/2009

4
Et brukerperspektiv

7
Nettverksmøte
i kognitiv miljøterapi

14
Ut med leder'n, inn med kua

18
Bokomtale

19
Nytt om kognitiv terapi
fra den svenske
Socialstyrelsen

21
Metaforspalten

23
Leder

• Redaksjon

Redaktør Arne Repål

• Redaksjonskomité

Tonje W. Kennair

• Bidrag for 2009 sendes

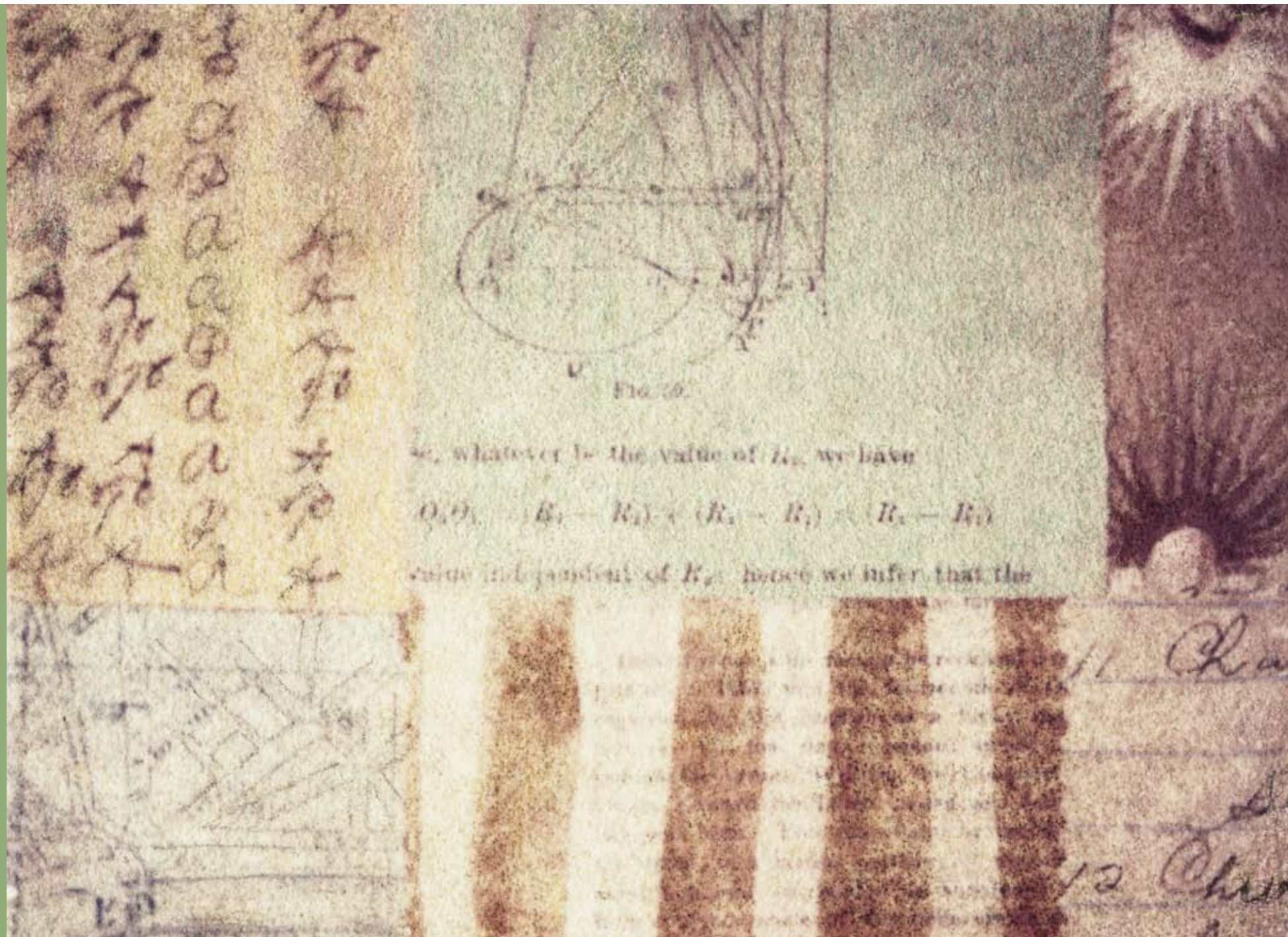
Redaktør Arne Repål
Psykiatrien i Vestfold HF
P.B. 2267, 3103 Tønsberg
Tlf. 91883339
E-post: repaal@online.no

• 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





Et brukerperspektiv

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

REFERANSER

■ White, Nicholas (2006). *A Brief History of Happiness*. Blackwell. Oxford

■ Diener, E. og Suh, E. M. (2000). *Culture and Subjective Well-being*. Bradford Book. London.

I boken *A Brief History of Happiness* (White, 2006) spør forfatteren om to mennesker med ulik religiøs og kulturell bakgrunn kan komme til enighet om hvor vidt en gitt person er lykkelig, eller om deres ulike ståsteder med hensyn til moral og andre grunnleggende verdier vil være til hinder for at de kan enes.

Spørsmålet er interessant av flere grunner. For det første berører det grunnleggende sider ved hvilke faktorer som avgjør om vi kan kalle oss lykkelige eller ikke. Men det får meg også til å tenke på den stadig tilbakevendende debatten om hvilke behandlingsmetoder som er mest effektive. I den debatten, som ved White sitt spørsmål, er det fascinerende å se hvordan en elegant hopper over brukerperspektivet. Dersom man virkelig ønsket svar på spørsmålet til White kunne man valgt å spørre personen det galt: «Er du lykkelig?» De fleste av oss ville kunne bruke svaret vi fikk som en god rettesnor. De mer intellektuelt anlagte ville kanskje mene at vedkommende ikke uten videre er i stand til å svare på dette selv, at det er vanskelig å vite hva som menes med »lykkelig», at vi ikke kan vite om personen er ærlig eller at det er så mange ytre faktorer som spiller inn.

DINOSAURENES KAMP

Diskusjoner mellom ulike fagretninger om hvilke metoder som er «best» for-toner seg litt som å betrakte to dinosaurer i kamp, samtidig som man har fått øye på kometen som er å veg mot jordens overflate. Kampen kan jo ha en viss lokal interesse, og for dinosaurer som ennå ikke har oppdaget kometen er den viktig nok. For øvrig har den liten betydning. Vi vet jo hva som skjedde etter at meteoren traff jorden. Dinosaurer forsvant, andre arter ble førende. Meteoren i denne sammenheng er brukerperspektivet. Jeg tror spørsmålet om hvilken behandling som virker og hvilke kriterier som skal legges grunn for å måle endring, i stigende grad vil bli avgjort av brukerne og ikke overlatt til såkalte eksperter. Det er kanskje ikke så dumt. Faget selv har jo prøvd lenge uten å kunne bli enige.

Psykiatrien i Vestfold HF har et aktivt brukerutvalg. De har, i samarbeid med heleforetaket, utarbeidet en egen brukerundersøkelse. De ser liten nytte i den nasjonale undersøkelsen kunnskapssenteret gjennomfører, hvor svarprosenten er svært lav, svarene foreligger år etter at undersøkelsen er gjennomført og resultatet ikke kan brytes ned på den enkelte enhet og være tilgjengelig fortløpende. Spørsmålene i den lokale undersøkelsen er helt og holdent laget ut fra hva brukerne selv ønsker å få belyst. Under arbeidet var jeg litt undrende til at de ikke hadde med et spørsmål om opplevd nytteverdi

av terapien. Til det svarte de at det fant de helt unødvendig, de tok det som en selvfølge at dette var noe behandlere selv kartla systematisk! Nå ja, det var jo et fromt ønske! Poenget her er at brukerne selv i større grad ønsker å mene noe om hvordan terapi skal utøves, hva det skal forskes på, hvilke kriterier som skal avgjøre om de er tilfreds med behandlingen m.m. I et slikt perspektiv vil relasjon og allianse bli viktige faktorer i seg selv, uavhengig av om terapien har effekt eller ikke.

Den som blir møtt på en god måte kan oppleve mange år i behandling som meningsfylt; selv om det ikke skulle medføre bedring av de problemene pasienten ble henvist for. På den andre siden: De generelle faktorer som vektlegges i terapi; som relasjon og allianse, empati og aktiv medvirkning er helt sammenfallende med det som fremkommer i det som er skrevet om pasientrettigheter og brukerperspektiv. Svarer pasienter positivt på spørsmål som berører slike tema er sannsynligheten stor for at man har en god relasjon mellom pasient og behandler, og dermed har lagt grunnen for den gode terapi uavhengig av retning.

Tiden vil vise hvordan kognitiv terapi kommer ut av en slik vurdering. Jeg tror metoden har sine fortrinn gjennom å bygge på en forståelig modell, at den vektlegger brukermedvirkning, har fokus på tilbakemelding fra pasienter og modeller for tilbakefallsforebygging som gir pasienter et verktøy til å arbeide med psykologiske problemstillinger på egenhånd. Mye av selvhjelpslitteraturen som finnes er tuftet på en kognitiv modell. Det samme gjelder ulike former for E-terapi som er utviklet eller under utvikling, og mye av det som gjøres i regi av Lærings- og mestringssentrene. Kognitiv terapi bidrar derfor på mange områder til å styrke pasientens posisjon og evne til mestring av egne problemer.

HVEM ER BEST?

Hvilken terapeutisk metode er best? Jeg vet ikke. Når jeg har funnet meg til rette innenfor en kognitiv modell er det fordi den har en kunnskapsbasert tilnærming og er forenlig med et brukerperspektiv. Jeg opplever kognitiv terapi som en åpen, ærlig og inkluderende behandlingsmodell, med røtter lang tilbake i vår vestlige historie. Det er vel strengt tatt ikke riktig å kalle det én metode, også innenfor kognitiv terapi er det ulike retninger, men de har det til felles at de fokuserer på sammenhenger mellom tanker og følelser. Metoden ser seg heller ikke for god til å stjele litt fra andre, og har i de senere år for eksempel trukket inn elementer fra østlig filosofi. Jeg er opptatt av at pasienter så langt som mulig får terapi som virker, men ikke nødvendigvis kognitiv

«Faget selv har jo prøvd lenge uten å kunne bli enige.»

terapi. Evaluering av behandling er en måte å sikre dette på, og hvordan denne evalueringen skal foregå er for viktig til at den kan overlates til fagfolk alene.

Hva er så svaret på spørsmålet til Nicolas White? Vanskelig å si. Boken *Culture and Subjective Well-being*, redigert av Diener og Suh (2000) prøver å sammenfatte hva vi i dag vet om subjektivt opplevd velvære på tvers av ulike kulturer. De peker på mange interessante forskjeller, men også likheter. Men en ting vet jeg; slipper du en gruppe menn ut på en gressmatte og gir dem en ball, kan de ha det svært så hyggelig sammen på tvers av kulturelle, religiøse og geografiske grenser. I fotball som på andre områder i livet kan det av og til være nyttig med en dommer. Det er ikke alltid det går så greit når spillerne prøver å ordne opp selv. Den rollen har jeg, i forhold til valg av terapeutiske metoder, valgt å gi til pasientene. Det er ingen liten utfordring. Man må kunne spilleregler. Den som leser Tom Henning Øvrebø sin artikkel i dette nummeret av tidsskriftet vil også se at det krever mot og evne til å stå for sine avgjørelser. Kritikkk vanker det også, tidvis nokså usaklig. Denne utgaven av tidsskriftet har også en reportasje fra den første samlingen i foreningens regi med fokus på kognitiv miljøterapi. ■

Nettverksmøte i kognitiv miljøterapi

KIRSTEN DALE JOHANNESSEN OG ESPEN EGELAND VALSETH

Norsk Forening for Kognitiv Terapi arrangerte i januar sitt første nettverksmøte med temaet kognitiv miljøterapi. Det deltok over 50 personer fra 18 ulike behandlingstilstander, distriktspsykiatriske sentra og barnevernsinstitusjoner. Deltakerne kom fra øst og vest, nord og sør. Engasjementet og begeistring var stor! I sin innledning viste foreningens leder Torkil Berge til at en rekke enheter nå arbeider med å innføre kognitiv miljøterapi. Han trakk frem enhet Vivestad ved Vestfoldklinikken, Psykiatrien i Vestfold HF som et eksempel (se Susan Erteltts artikkel i *Tidsskrift for Kognitiv terapi* nr. 4 2008). Her har alt fast personale gjennomført grunnkurs i kognitiv terapi. Berge viste til at det i salen var mange representanter med mye erfaring i implementering av kognitiv miljøterapi og i bruk av kognitiv terapi som metode. Mange har utarbeidet hjelpemidler, skjemaer, brosjyrer og beskrivelser. Han oppfordret alle til å være raue og dele med hverandre – en oppfordring vi allerede nå ser fruktene av: Spennende materiale er i etterkant av konferansen sendt til deltakerne. Før vi fikk høre om erfaringer med implementering av kognitiv miljøterapi la Berge frem noen problemstillinger: «Hva er de grunnleggende bestanddelene for å komme i gang? Trenger man store forberedelser før oppstart eller kan man utvikle opplegg underveis?» Styret i foreningen har spurt seg om det er interesse og behov for egen utdanning i kognitiv miljøterapi, og ville gjerne ha deltakernes tanker om dette.

ORKDAL DPS

Inge-Ernald Simonsen, enhetsleder ved døgnenheten ved Orkdal DPS, orienterte om erfaringer etter fire år med kognitiv miljøterapi. I forbindelse med implementeringen gjennomførte enheten et besøk til St. Hans Hospital i Danmark, avdeling for pasienter med både alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Dette er trolig den enheten i skandinavia som er kommet lengst på området (se Holm og Oestrich, 2006). Nå har Orkdal DPS invitert Irene Oestrich på besøk til seg. De har også hatt mye erfaringsutveksling med Psykiatrisk klinikk, Allmennpsykiatrisk Post 1, ved Sykehuset Levanger. I forbindelse med omorganiseringen kastet Orkdal DPS turnusen over bord og innførte behovsrelatert arbeidstid for vernepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere i tverrfaglige team. Det ble tidlig erfart at man ikke startet på bar bakke ved overgangen til kognitiv terapi. Mange ansatte hadde med seg viktig erfaring som også var anvendelig innenfor et nytt teoretisk perspektiv. Alle i et team omtales som behandlere for pasientene, men dette betyr ikke at alle gjør det samme. Pasient, pasientansvarlig og primærkontakt samarbeider om planlegging og gjennomføring av behandlingen. Inge-Ernald Simonsen, som selv er psykolog, pekte på at psykologene i slike sammenhenger noen ganger

«Deltakerne kom fra øst og vest, nord og sør.»

kan være en spesiell utfordring. Enkelte av dem er innstilt på å jobbe individualterapeutisk, og vil helst ikke forholde seg til miljøterapien. Simonsen trakk også frem betydningen av tverrfaglig behandling og veiledning overfor det øvrige teamet i tilrettelegging av den kognitive tilnærmingen.

Behovsrelatert arbeidstid

Begrepet behovsrelatert arbeidstid vekket interesse blant tilhørerne. I pausen fikk vi snakket med Hilde Bakken og Roger Alstad fra Orkdal DPS. De kunne fortelle at man først hadde tenkt at en slik endring i forutsigbar arbeidstid ville vekke motstand i arbeidsmiljøet. Det viste seg imidlertid at kollegene var positive til endringen og at overgangen gikk svært greit. De ansatte følte de hadde god innvirkning på egen arbeidstid gjennom en slik fleksibilitet. Spesielt viktig var den faglige begrunnelsen for å tilpasse arbeidet pasientenes behov, noe som innebærer å få riktig fagperson til bestemte oppgaver. Ukentlige teammøter bidrar til dette, og sikrer den tverrfaglige kvaliteten.

Nå er kognitiv miljøterapi etablert i hele sengeavdelingen. Et eksempel er pasientstyrt tekjøkken, med fokus på innkjøp og tilberedning. Slike hverdagslige oppgaver blir en arena for å trene pasientene i de kognitive teknikkene personalet er opplært i. Dette kan best overleveres gjennom å forstå de bakenforliggende forhold omkring pasientens funksjon. Man har en overordnet behandlingsfilosofi om at pasientene gjennom sin behandling skal få økt tiltro til mestring av egen helse og sykdom, men også av forhold som fysisk aktivitet, kosthold og ernæring.

Inge-Ernald Simonsen la vekt på viktigheten av hele tiden å ta pasientene med på evaluering av behandlingen; de sitter inne med de viktigste dataene. Pasientenes refleksjon rundt egen situasjon er i seg selv svært viktig brukermedvirkning. Det har her vært nyttig å bruke endringsfokusert rådgivning (motiverende intervju) for å holde samtalene innenfor pasientens forståelse – og ikke ligge foran pasientens egen innsikt og motivasjon.

Simonsen viste også til at alle på enheten er blitt oppfordret til å tenke nytt når det gjelder sine fagroller – psykologer, sykepleiere og vernepleiere. Alle yrkesgrupper må integreres i miljøterapien. Selv om de ved Orkdal DPS har rukket å gjøre seg mange erfaringer uttrykker de et klart ønske om en debatt omkring «Hva er kognitiv miljøterapi?» Skal man integrere ny praksis i eksisterende behandlingsfilosofi, eller er det bedre med en fullstendig omlegging?

Fysisk aktivitet og kognitiv miljøterapi

Fysioterapeut Hilde Bakken er ansvarlig for fysisk aktivitet ved Orkdal DPS. Hun viste en timeplan med variert fysisk aktivitet fem dager i uken. Aktivitetene finner sted utenfor DPS'et; ute eller på et treningscenter. Det er et poeng at det pasientene lærer skal være overførbart til hjemstedet. Bakken har tatt videreutdanning i kognitiv terapi, noe som har bidratt til økt helhet i det tera-

peutiske tilbudet ved Orkdal DPS. Hun kan, med sin kjennskap til kognitiv terapi, ta utgangspunkt i pasientenes negative automatiske tanker knyttet til fysisk aktivitet. Barrierene i forhold til å starte med fysisk aktivitet er store i pasientgruppen. Bakken delte negative tanker til trening inn i tre hovedområder:

- Mye av motstanden er knyttet til smerte, redsel for smerte og usikkerhet i forhold til hva smerten betyr: «Jeg får vondt av å trene», «Jeg har vondt, så jeg kan ikke trene.»
- En del av usikkerheten har også sammenheng med negativt selvbilde hos pasienten: «Alle ser på meg», «Jeg blir sikkert fort svett», «Alle andre er så flinke», «Jeg kommer alltid sist», «Alle andre har så fint utstyr.»
- Dessuten kan en negativ innstilling også handle om holdninger til fysisk aktivitet: «Trening er kjedelig», «Jeg har ikke tid», «Det tar lang tid å komme i form.»

Gjennom psykoedukasjon og atferdsekspirerimenter kan mye av denne usikkerheten fjernes. Det jobbes aktivt med ovenstående negative tanker gjennom å stille gode spørsmål og gjøre bruk av veiledet oppdagelse. Slik blir fysisk trening en arena for eksponering og utfordring av negative tanker. Hilde Bakken viste til tre suksesskriterier for å lykkes med fysisk aktivitet i behandlingen: Tiltaket må være forankret i ledelsen, det er obligatorisk og personalet må delta aktivt i den fysiske treningen.

Etter sitt engasjerte innlegg fikk Hilde Bakken en rekke spørsmål fra salen. Noen lurte på overføringsverdien av treningen. Bakken har gode erfaringen med at enkelte pasienter kan fortsette på egen hånd etter utskrivelse, mens andre trenger mye oppfølging før endringen kan overføres til eget liv utenfor sengeposten. Det ble også spurt om intensitet på treningen. Fellestreninger ble lagt opp med moderat intensitet. Enkelte trengte likevel individuell tilpasning. Egen treningsarena på sykehus ble fra- rådet for å øke muligheten til å være utadrettet.

Tre former for samtaler

Roger Alstad, miljøterapeut ved Orkdal DPS, viste til tre typer samtaler med pasientene:

1. Individualsamtalen er en planlagt samtale med fortrinnsvis psykolog eller psykiatrisk sykepleier. Miljøpersonalet kan også delta i denne samtalen for å sikre god læring. ABC-modellen brukes aktivt, og pasienten lærer å skille mellom følelser, tanker, kroppsreaksjoner og atferd. Man kan også ta tak i uhensiktsmessige innlærte reaksjonsmønstre som kommer til syne i sam-



Inspirerte deltagere.

talene. Samtalen omhandler en fremtidig ønsket tilstand og delmål for å komme dit. Denne prosessen kan ta lang tid, og strekker seg gjerne ut over den tiden pasienten er i kontakt med posten. Man starter med enkle atferdseksperimenter, og prøver å treffe målområder pasienten kan gjøre noe med under oppholdet (som gjennomsnittlig varer 21 dager). Målene skal være SMARTE: Spesifikke, Målrettede, Attraktive, Realistiske, Tidsavgrensede og Evaluerbare.

2. Den miljøterapeutiske samtalen viderefører innholdet fra individualsamtalen og rettes i tillegg mot erfaringer fra treningen. Miljøsamtalet kan dessuten være en arena for å foreta konkrete atferdseksperimenter.
3. Dagligsamtalene er korte, spontane samtaler som oppstår i miljøet. Samtalene kan ende med en avtale om å fortsette med bestemte temaer på et uforstyrret sted.

Alle samtaler knyttes til pasientens behandlingsmål. Det er viktig å bruke pedagogiske hjelpemidler som flippover og whiteboard.

Pasientundervisningen

Alf Johnsen er «cand.buss.» ved Orkdal DPS, det vil si bussjåfør, pedagog og vernepleier med ansvar for undervisningen. Han la vekt på at det pedagogiske opplegget må legges opp etter noen viktige prinsipper. Verktøyet må være brukervennlig og «avakademisert» – vi må huske på hvilket språk vi bruker! Den som formidler må ha pedagogiske evner – ikke sett hvem som helst til å undervise! Det må eksistere gode rammer, og det må være forståelse både hos pasient og organisasjon for at undervisningen er en viktig del av behandlingen. Innholdet i undervisningen er hovedsakelig kjerneelementer fra kognitiv terapi, men også temaer som «Hva er behandling?», «Selvoppfatning og identitet» og «Sosial kognisjon». Undervisningen skal bevisstgjøre pasienten i forhold til tanker, følelser, kropp og atferd. Sokratiske spørsmål, atferdseksperimenter, repetisjon og dialog er viktige elementer her. Noen kan synes at repetisjon er kjedelig, men erfaring viser at dette er viktig. Erfaringslærings sirkelen står sentral, med bruk av atferdseksperimenter for å vinne kunnskap.

SYKEHUSET LEVANGER

Jostein Norvoll, overlege ved Psykiatrisk klinikk Post 1 ved Sykehuset Levanger redegjorde for implementeringen av kognitiv terapi ved klinikken. Ukeprogrammet etter omleggingen består av samtalegrupper drevet av miljøpersonale, trim og bevegelsesgrupper, pasientundervisning, obligatoriske heldagsturer i friluft og individuelle samtaler med miljøkontakt og pasientansvarlig behandler. Klinikken legger stor vekt på forvern før planlagte innleggelser. Primært skal det være gjennomført minst en til to polikliniske forvernsamtaler. Hensikten med disse samtalene er å klargjøre pasientenes for-

ventninger, tydeliggjøre tidsramme, og gi informasjon om tiltaket og aktuelle avgrensninger. Klinikken ønsker også å involvere pårørende og primærhelsetjeneste i sitt behandlingstilbud. Kognitiv miljøterapi er bestemt innført våren 2009 etter en to års periode med forberedelser, der de ulike elementet gradvis er planlagt og tatt inn i behandlingstilbudet. Pasientansvarlige behandlere har gjennomført grunnkurs i kognitiv terapi.

Suksessfaktorer

Følgende suksessfaktorer er lagt til grunn: Få med ledelsen, involvere alle ansatte på enheten, bruke lang tid – men ha milepæler. Aksepter at motstand mot endring finnes men kan bearbeides, og ta vare på det beste i det som har vært. Sørg for opplæring og utdanning av alt miljøpersonell, også kvelds- og nattevakter. Miljøpersonale tas med i forvern og inntak, og det legges vekt på pasientens bidrag i behandlingen. Dessuten er det viktig å finne eksterne samarbeidspartnere og inspiratorer. Ved klinikken har de registrert en radikal nedgang i medikamentbruken til fordel for kognitiv terapi!

Jostein Norvoll viste til hva de hadde gjort ved klinikken så langt: De har innført fagdager for alt personale, internundervisning med en rød tråd, veiledning, kjøpt inn aktuell litteratur, hatt toveis hospitering (nettverksbygging!), utarbeidet opplæringsplan, deltatt i innføringsseminarer, planlagt felles kurs med internasjonal kapasitet (Irene Oestrich), blitt med i et forskningsprosjekt, nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe som jobber med brosjyre og innhold, utarbeidet en kort pasientinformasjonsbrosjyre om kognitiv miljøterapi, laget selvutfyllingsskjemaet «Min innleggelse» med pasientens problemliste, behandlingfokus og arbeidsfordeling under innleggelsen, planlagt ny ukeplan og definert oppstartstidspunkt for «Når vi kan kalle oss en kognitiv miljøterapi-avdeling» og startet arbeidet med innholdet i miljøpersonell drevne psykoedukasjonsgrupper.

Utfordringer

Selv om de er godt i gang ved psykiatrisk klinikk i Levanger ser de fremdeles utfordringer knyttet til hvem som gjør hva når, og hvem skal bestemme ved uenighet. De ser nødvendigheten av et felles behandlingfokus for pasient, miljøpersonale og pasientansvarlige behandlere. De foreslår at det utarbeides en felles informasjonsbrosjyre om kognitiv miljøterapi; hva det er og hva som er formålet. Til sammenlikning med Orkdal DPS med sine 21 dagers innleggelser, har Post 1 Sykehuset Levanger et snitt på 13,6 liggedøgn. Det har nok mye sammenheng med at de parallelt med planlagte innleggelser også fungerer som en subakutt enhet for pasienter som kommer via akuttpost etter kriseinnleggelser.

«Den som formidler må ha pedagogiske evner...!»

VESTFOLDKLINIKKEN, ENHET VIVESTAD, PIV HF

Enhetsleder Marianne Jønsberg og psykolog Susan Ettelt gjorde rede for implementeringen av kognitiv terapi ved Vivestad, en prosess som startet høsten 2006. Umiddelbart etter at det var besluttet en omorganisering av driften til kognitiv terapi, ble boken «Kognitiv miljøterapi» av Lennart Holm og Irene Ostrich (2006) kjøpt inn og delt ut til alt fast personale. Det ble igangsatt ukentlig internundervisning med utgangspunkt i boken. I 2007 startet alle fast ansatte på innføringskurs i kognitiv terapi. Fagpersoner ansatt etter denne

tid har også tatt kurset, eller er i gang. Enheten har nedsatt en arbeidsgruppe som har arbeidet med beskrivelse av innhold, bruker-manualer, brosjyre etc.

Personalet er tverrfaglig sammensatt og fordelt på to kliniske team. De kliniske teamene har høsten 2008 hatt en dag i måneden hver hvor en har jobbet spesifikt med implementeringen og utprøving av KT. Enheten opplever å være godt i gang, men ser fremdeles

utfordringer! Her er det viktig å «rulle med motstanden.» Enheten har et mål om å bli et flaggskip i nettverket av institusjoner og DPSer som arbeider etter kognitive prinsipper og metoder. I motsetning til Sykehuset Levanger, startet man med en gang det ble bestemt, uten en toårig forberedelsesfase. Pasientene er innlagt inntil seks måneder, og får deretter tilbud om poliklinisk oppfølging.

UTREDNINGSSEKSJONEN FOR UNGE, PSYKIATRISK SENTER, ASKER

Psykiatrisk sykepleier Bente Mehlum har arbeidet etter kognitive prinsipper i mange år. Hun innledet sitt innlegg med erfaringer fra Blakstad sykehus hvor de i 1998 startet med undervisning av pasientene. Psykiske lidelser ble forstått som en mulig kilde til utvikling. Etter innføringen av kognitiv terapi fikk de en «rød tråd» i behandlingen, denne framkom etter hvert også i en egen informasjons- og arbeidsperm som pasientene fikk utlevert.

Mehlum arbeider nå ved utredningsseksjon for unge. Alt personale ved seksjonen utdannes i kognitiv terapi. Personalgruppen er tverrfaglig sammensatt. De har egen veileder som gir hjemmelekser, og de gjennomfører seminarer. Seksjonen har etablert en «kognitiv mappe», som så smått er tatt i bruk.

Mehlum beskriver seksjonen som «overmoden» i forhold til å begynne for alvor!

Undervisningen tar utgangspunkt i følgende temaer: «Hva er behandling»,



Susan Ettelt, Marianne Jønsberg & Kirsten Dale Johannessen.

«Kognitiv terapi», «Tanker styrer følelsene» og «Tankeforvrengninger». Det utarbeides problemliste som grunnlag for behandlingsplanlegging med pasientene. Denne problemlisten tar utgangspunkt i Hummelvolds pleieplan.

ERFARINGSUTVEKSLING

Så ble det åpnet for erfaringsutveksling i salen. Ut fra de som var til stede denne dagen syntes det som at Orkdal DPS er den enheten som har lengst fartstid innen kognitiv miljøterapi. Svært mange er «unge», det vil si at det er mindre enn to år siden oppstarten. Noen har ikke startet enda, men møtte opp for å lytte og lære. DPS Lillehammer beskriver seg selv som «de nyfødte». Til tross for dette har de allerede utarbeidet en ukeplan og satt av tid til undervisning av pasientene, psykoedukasjon, fysisk aktivitet, eksternt samarbeid og nettverksarbeid. De har støtte fra ledelsen, miljøpersonale er med i individual-samtalene og de har planer om å etablere et bibliotek hvor de kan samle aktuell litteratur. DPS Moss har en fem døgns post med daglige kognitive grupper. Hos enkelte kommunale institusjoner som Spillumsheimen og Karienburg er det en tilleggsutfordring at man har mange mindre deltidsstillinger.

Det er tydelig at implementeringen av kognitiv terapi som metode er høyst ulik ved de ulike enhetene. Noen har startet med å sende noen få fagpersoner på kurs, andre har sendt alle. Noen har startet med å innføre ulike tiltak grunnet på kognitive prinsipper for så å sende personale på opplæring – litt etter «learning by doing» prinsippet. Hvilken tilnærming som er best er ikke lett å konkludere med, men det synes viktig å skjele til de suksessfaktorer som Orkdal DPS, Levanger sykehus og Vivestad i Piv HF viser til.

VEIEN VIDERE

Nettverksmøtet ble avsluttet med en «brainstorming» i forhold til ønsker videre. Det var stor enighet om at dette hadde vært en nyttig dag og noe vi vil ha mer av! Det ble oppfordret til gjensidig hospitering hos hverandre, og kanskje finne en spesiell avdeling det er naturlig å arbeide sammen med og utveksle erfaringer med? Oppfordringen om å dele materiell med hverandre er allerede iverksatt, og en e-postadresseliste er distribuert. Det kom videre fram ønsker om at det etableres en nettbank hvor man enkelt kan finne fram til nyttig materiell, og hvor man kan drøfte prinsipielle og faglige utfordringer med hverandre. Psykoedukasjon og behandlingsplaner var spesifikke områder det ble ytret ønske om som tema i eventuelle fremtidige nettverksmøter. Det kom også forslag om å etablere en egen utdanning i kognitiv miljøterapi. Vi ser fram til nye og nyttige nettverksmøter i fremtiden! ■

REFERANSER

■ Holm, L. og Ostrich, I. (2006). Kognitiv miljøterapi. Dansk Psykologisk Forlag.



Ut med leder'n, inn med kua

TOM HENNING ØVREBØ, PSYKOLOG OG DOMMERJÆVEL

Klokka er 20.35 onsdag kveld. Kun 10 minutter til venue director gir klar-signal til å blåse i gang fotballkampen. Det er en spent, men fattet og positiv stemning i den lille garderoben. Utenfor er det 60.000 entusiastiske, til dels fanatiske, tilskuere. Rundt omkring i verden sitter millioner av fotballentusiaster klistret til TV-skjermen for å følge med i kveldens begivenhet. Journalistene gjør seg klare til jobb, ekspertene på TV og radio gjennomfører de siste analyser og kommer med sine forhåndstips. Dette er Champions League. Kjempenes turnering. De beste av de beste. Verdensstjerner med astronomiske lønninger. To lag som skal kjempe om poeng, prestisje og millioner av kroner.

I den lille garderoben sitter en introvert norsk psykolog som vanligvis mistrives i situasjoner hvor det er mange fremmede mennesker. Han skal lede lagene ute på banen. Sørgje for at alt går riktig for seg. Takle presset. Håndtere konflikter mellom spillerne og lagene. Skape en god atmosfære på banen.

«I den lille garderoben sitter en introvert norsk psykolog...»

Jobbe godt sammen med sine medhjelpere. I løpet av sekunder skal han ta de rette avgjørelsene. Helst bør han være usynlig. Ikke bare for egen del; heller ingen andre har et ønske om å legge merke til ham. En gal beslutning med betydning for resultatet, og supportere, spillere, trenere, journalister og eksperter står klare til å halshugge ham. Da blir han synlig. Da blir han syndebukk. Da blir han utskjelt. Da blir han latterliggjort. Han kan føle seg liten i denne settingen. Udugelig og bortkommen. Merke angsten for å feile. Men samtidig kan han føle seg kompetent og erfaren. For dette har han gjort før. Og han gleder seg. Veldig!

LEDELSE

Dette må vel være ekstremledelse? Kanskje ikke, men etter mange år som fotballdommer mener jeg at det å være fotballdommer handler om ledelse. For hva kreves av den gode lederen? Vel, det er det mange meninger om. Ut i fra det jeg har fått med meg av teoretisk stoff om ledelse er det blant annet viktig for en leder å skape et godt arbeidsmiljø, kunne håndtere konflikter, kommunisere godt med sine medarbeidere, være anerkjennende, mestre stress, skape gode team og ta (riktige) beslutninger. Det er mye av det samme som en fotballdommer må være god til.

Har lederen noe å lære av fotballdommeren? Etter min mening ja. Som psykolog har jeg vært heldig og fått jobbe med ledere. Ledere som har en krevende jobb. Ledere som må ta vanskelige beslutninger. Ledere som må skape

gode team, og ledere som må takle vanskelige medarbeidere og håndtere konflikter. Dugelige og udugelige ledere. Det er interessant og spennende jobbing. Hvor gjerne ønsker ikke ledere å skape et godt arbeidsmiljø? Hvor inntent ønsker de ikke at bedriften og medarbeidere skal lykkes? Og hvor mye energi bruker de ikke på å prøve å bli bedre ledere? Samtidig er det påfallende hvor lett de noen ganger lar seg «vippe av pinnen». Hvor lett de lar seg stresse; både av ting de kan og ting de ikke kan gjøre noe med. Hvordan omgivelsene virker på dem og påvirker deres lederatferd og beslutningsevne. Hvordan negative kommentarer og tilbakemeldinger fra medarbeidere og overordnede gjør dem usikre, utrygge og redde, og hvordan de tar ting til seg og blir frustrerte, handlingslammede og irrasjonelle. De blir rett og slett dårligere ledere.

Det er særlig da jeg tenker på min erfaring som fotballdommer, på hvor viktig det er å mestre det stresset jeg kan oppleve i løpet av en fotballkamp når 60000 tilskuere piper og gjør det de kan for å påvirke mine beslutninger. Selvfølgelig kan man bli påvirket. Og selvfølgelig kan man bli stresset. Men det er viktig at man mestrer stresset og fremstår som rolig, behersket, trygg, sikker og upåvirkbar. For gjør man ikke det kan man bli spist opp av omgivelsene. Av supporterne, spillerne, trenerne og media. Av alle!

KOMMUNIKASJON

Kommunikasjon blir viktig. Hvordan man velger å «selge» sine beslutninger. Tydelig, klar, bestemt og sikker. Gjerne litt humorfylt og vennlig hvis det er mulig. Men det er det jo ikke alltid. Når vanskelige beslutninger skal tas er det sjeldent hensiktsmessig å smile. Men vennlig kan man vel uansett være? Og et smil kan være avvæpnende, og bidra til en positiv atmosfære. For det er klart at det er flott om fotballdommeren, på samme måte som lederen, klarer å bidra til gode arbeidsforhold. Nærvær og tilstedeværelse blir viktig for å klare dette. Det å være lyttende og anerkjennende kan også være hensiktsmessig. Selv en fotballdommer kan profitere på det. Da opplever gjerne mottakeren at man blir hørt, sett og respektert. Dette skaper tillit, og tillit er viktig. Det har jeg erfart i kamper jeg har ledet. Det kan gjerne være viktige kamper med stort tempo og mye nerve. Mye står å spill, men er det en gjensidig tillit og respekt til stede er mye gjort. Da kan man ta en beslutning uten at den nødvendigvis fører til negative reaksjoner fra spillerne, selv om den er upopulær og kan få store konsekvenser for resultatet.

TEAMBYGGING

Som fotballdommer må man ta flere hundre beslutninger i løpet av en kamp. Noen er greie, andre er mer kompliserte, krevende og kontroversielle. De må alle tas i løpet av svært kort tid. For hver beslutning må man se, oppfatte, vurdere, avgjøre og handle. Her er det mange mulige feilkilder. Avgjørelsene kan påvirkes av mange forhold, både av ytre og indre karakter. Er man konsentrert nok? Har man nok informasjon? Har man en riktig plassering? Har man tilstrekkelig mot? Lar man seg påvirke av omgivelsene?

Beslutningene må tas, og man må kunne stå for dem. Hvis ikke gjør man ikke jobben sin som leder. Samtidig må man tørre å feile. Den som ikke våger å feile utvikler seg neppe. Men for å begrense feilmarginen, for å ta best mulig beslutninger er det hensiktsmessig å bygge opp gode team rundt seg. Som fotballdommer jobber jeg alltid sammen med to assistentdommere og en fjerdedommer. Disse skal bistå meg med å ta de riktige beslutningene. Dette er personer med annen spisskompetanse og erfaring enn meg. De er god på andre ting enn det jeg er, og har andre ansvarsoppgaver før, under og etter kampen. Vi utfyller hverandre, og sammen sørger vi for et best mulig resultat. Vi gir hverandre støtte og oppmuntrer hverandre, og har tillit til hverandre. Og ikke minst; vi har det moro sammen og deler opplevelser. På godt og vondt. Slik blir resultatet best mulig, og vi mestrer den belastningen en fotballkamp kan være på en bedre måte.

EN KOGNITIV HOLDNING

Det er ikke alltid det er like moro å bli skjelt ut og latterliggjort. Det er ikke alltid det er like moro å vite at man har gjort en feil som har fått konsekvenser for kampens utvikling og/eller resultat. Og det er ikke alltid det er like moro når man får tilbakemelding fra overordnede om at man ikke har gjort en god nok jobb. I verste fall står man uten jobb. For «leverer man ikke varene» er det andre som tar over. Men det må man tåle. For gjør man ikke det, kan man ikke være fotballdommer. Og heller ikke leder.

Jeg har hatt stor nytte av min «kognitive holdning» forut, under og etter krevende kamper. Når jeg kjenner at usikkerheten og tvilen sniker seg på. Når jeg blir skjelt ut av 15000 bergensere, trøndere eller nordlendinger. Eller når man får en SMS med følgende budskap: «Du er en psykisk pingle, du burde miste dommerlisensen etter skandalen på Legg opp ditt arrogante knøl. Du er sinnsforvirret for øyeblikket.» Det er heller ikke moro å bli kriti-

sert i media og latterliggjort på TV. Særlig ikke når TV-kanalen har 40 millioner seere. Men det hører til jobben. Det hører kanskje ikke til jobben å bli beskyldt for å ødelegge fotballkamper og bedrive apartheid, men man må jammen tåle det også!

De negative tankene kommer selvfølgelig innimellom. Det kan påvirke både selvtilliten og selvfølelsen, motivasjonen og gleden. Men jeg jobber hardt for å endre mine tolkninger og holdninger i forhold til de plagsomme kroppreaksjonene og negative tankene som kommer. Man må blant annet velge sine kritikere med omhu, og jeg trøster meg med at det er rollen min som fotballdommer de kritiserer og ikke meg som person. For jeg hadde ikke tålt det. Men fotballdommeren meg tåler det. For min del er det til stor hjelp å fokusere på det jeg faktisk kan gjøre noe med. Jeg kan ikke bry meg om at Klanen synger «mer hår enn hjerne.» Ord har kun den kraft mottakeren tillater. Og skulle vedkommende som sendte ovennevnte tekstmelding ha rett når han hevder at jeg er sinnsforvirret for øyeblikket, slipper jeg jo å ta ansvar for mine handlinger. Men ledere må ta ansvar. Den som tar ansvar styrker seg selv.

Vi psykologer er også vant med å ta ansvar. Vi burde være gode som ledere. Vi skal jo være eksperter på mye av dette? Likevel er det få psykologer som jobber som ledere. Hvorfor prøver ikke flere seg? For skummelt? For krevende? For stressende? Er vi ikke attraktive nok? Har vi ikke lyst? Eller er vi ikke flinke nok til å synliggjøre vår lederkompetanse? Mangler vi selvtillit? Vel, dersom du svarer ja på et eller flere av disse spørsmålene kan du uansett prøve deg som fotballdommer. Det kan jo bare være en hobby. En fin måte å holde seg litt i form på for en sliten psykolog. I tillegg er det god ledertrening. Og det er stort behov for flere dommerjævlere. ■

«De negative tankene kommer selvsagt innimellom.»

Se deg rundt!

BOKOMTALE

ARNE REPÅL

Se deg rundt!
Asle Hoffart
Et selvhjelpsopplegg
for deg med sosial angst.
Gyldendal Akademiske 2008



Et nytt skudd å stammen av selvhjelpsbøker som bygger å kognitiv terapi er boken «Se deg rundt!» Den retter seg mot mennesker med sosial angst og er ment som en bok man kan ha nytte av på egenhånd eller bruke i samarbeid med en behandler. Ser man bort fra vedlegget som består av ulike kartleggingskjemaer og en beskrivelse av fremgangsmåten ved videotilbakemeldingsøvelse, er boken på knappe 100 sider. Det er således en overkommelig bok selv for den som ikke er så glad i å lese.

Metodisk bygger boken i hovedsak på Clark og Wells sin modell for sosial angst. Boken er delt i to, med en del som omhandler forståelsen av sosial fobi, og en del som beskriver arbeidet med å få bukt med selve lidelsen. Del en beskriver de sentrale trekkene ved sosial fobi og gir en kortfattet innføring i den kognitive terapimodellen. Del to er den mest omfattende. Her har Finn-Magnus Borge bidratt med to kapitler: «Undersøkelse av det observerbare selvet gjennom videotilbakemelding» og «Eksempel på et atferdsekspériment». Boken er skrevet i «du» form og er utformet som en «steg for steg bok» i arbeidet med å komme ut av den sosiale angsten. Teksten inneholder mange eksempler mennesker med sosial fobi vil kjenne seg igjen i. Den beskriver også mange praktiske øvelser leseren kan gjøre bruk av. Slik sett fungerer den på mange måter som en arbeidsbok som kan være til inspirasjon og støtte, noe som også er bokens intensjon. En praktisk og brukervennlig løsning med hensyn til de skjemaene som er gjengitt i vedlegget i boken er at disse er gjort tilgjengelig for nedlatning på www.gyldendal.no/sedegrundt! ■

Nytt om kognitiv terapi fra den svenske Socialstyrelsen

Den svenske Socialstyrelsen kom 4. mars i år ut med en pressemelding om at depresjon og angst bør behandles med kognitiv terapi. Nedenfor er meldingen gjengitt i sin helhet:

DEPRESSION OCH ÅNGEST BÖR BEHANDLAS MED KBT

Vid depression och ångest bör hälso- och sjukvården i många fall ge psykologisk behandling och framförallt kognitiv beteendeterapi (KBT). Det framgår av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom.

KBT ger lika bra resultat som läkemedel både när det gäller individens symptom och möjligheterna att fungera på samma sätt som innan personen blev sjuk. Till skillnad mot läkemedelsbehandling ger KBT-behandling inte heller några biverkningar.

Även om det ser olika ut i landet finns idag inte tillräckligt med KBT-utbildad personal inom primärvården och psykiatrin. För att kunna följa riktlinjerna behövs det därför en stor och långsiktig satsning inom regioner och landsting för att patienterna ska kunna erbjudas de behandlingar som Socialstyrelsen rekommenderar.

– Nu måste varje landsting och region analysera nuläget för att ta ställning till i vilken takt det är möjligt att genomföra det vi rekommenderar om KBT-behandling, säger Lena Weilandt som är enhetschef för Enheten för Nationella riktlinjer på Socialstyrelsen.

Effektivt omhändertagande god grund för fortsatt behandling

Att utveckla ett effektivt omhändertagande hos dem som har den direkta kontakten med patienter som söker vård för depression eller ångest är en annan viktig del för att kunna förbättra vården och behandlingen för de här patienterna. Även här har man kommit olika långt i landet.

Ett effektivt omhändertagande innebär bland annat att hälso- och sjukvården snabbt gör en första bedömning, aktivt följer upp aktuella symptom hos barn och ungdomar samt har en god kontinuitet i patientens vårdkontakter under hela vårdtiden.

– En primärvård med god tillgänglighet är grunden för att både den första bedömningen och behandlingen av en person med misstänkt depression eller

ångest ska bli effektiv, säger Gunilla Nyrén, Socialstyrelsen, som lett projektet med att ta fram riktlinjerna.

Uppföljning av psykiatrisk vård och behandling

Uppföljning av den psykiatriska vårdens kvalitet och processer är eftersatt idag och Socialstyrelsen föreslår därför flera olika typer av indikatorer för att mäta kvaliteten.. Bland annat måste behandling och läkemedelsförskrivning kunna följas för att vårdens kvalitet ska bli bättre.

Preliminär version av riktlinjerna

Den version av riktlinjerna som Socialstyrelsen publicerar idag är preliminär. Nu har de sex sjukvårdsregionerna möjlighet att utifrån sina förhållanden analysera vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser riktlinjerna får för dem. Därefter arbetar Socialstyrelsen vidare med riktlinjerna utifrån regionernas analyser och kommentarer för att i oktober 2009 publicera den slutliga versionen. ■

Trangen til bekymring

METAFORSPALTEN

BJARNE HANSEN

Har du noen gang møtt en pasient som lurer på hva de skal gjøre med tanker eller følelsene sine? Og har du i en slik situasjon forsøkt å formidle at de kanskje ikke bør gjøre noe som helst? Etter å ha anbefalt dette, har jeg fått mange reaksjoner, men aldri noe i retning av «Å ja! At ikke jeg har tenkt på det før! Så smart!» De fleste svarer raskt: «Men hvordan gjør jeg det?» Mitt utgangspunkt for å besvare spørsmålet er dårlig. Selv om jeg hele tiden velger hva jeg skal engasjere meg i, så har jeg ingen ide om hvordan jeg gjør dette. Jeg bare gjør det. Jeg har en mistanke om at dette også gjelder for pasientene mine. At de har ferdigheten, men at de i møte med en ublid tanke eller nagende følelse, velger engasjement (les «krig») fremfor aksept.

Selv har jeg aldri klart, eller hørt andre klare, å formidle dette uten å benytte metaforer. I mitt terapeutiske verktøyskrin har jeg etter hvert samlet opp et lite knippe slike. De fleste vet at man bruker hammer på spiker og skrujern på skruer, men hvordan kan man vite hvilken metafor som passer til hvilken pasient? For min del har jeg laget en liten prosedyre der jeg først «teppebomber» med metaforer, og deretter ber pasientene om å gi metaforene karakter etter hvor gode disse var til å få frem det aktuelle poenget.

TANKER FRA EN PASIENT

Da Stian sendte metafor-stafettspinnen til meg, kom jeg til å nevne dette til en pasient. Jeg spurte i hvilken grad og eventuelt hvilken metafor som hadde betydning mest for henne. Et par dager senere dumpet følgende svar ned i innboksen min:

«Jeg har over en viss tid vært plaget av overdrevne bekymringer knyttet til så mangt, men det jeg har opplevd som vanskeligst har vært to forhold: Hva er det menneskene i min verden tenker om meg – hva er det de egentlig mener? I tillegg har jeg vært plaget av en mer eller mindre konkret helseangst. For å få kontroll over dette har jeg vært så heldig å få hjelp av blant andre Bjarne Hansen, som har benyttet seg av flere metaforer som har hjulpet meg til å se mine bekymringer i et annet perspektiv. En av metaforene som har vært til hjelp for meg er hvordan en alkoholikers hverdag fortøner seg når han forsøker å slutte å drikke. Jeg har lært meg å sammenligne min hang til å bekymre meg med alkoholikerens hang til å fortsette å drikke.

Nå skal det sies at jeg aldri har vært alkoholiker selv, så det er rene gjetninger jeg foretar når jeg ser for meg hvordan den nye hverdagen arter seg når den skal leves uten inntak av alkohol. En alkoholiker vil alltid være en alkoholiker, dette innebærer at han alltid vil ha lyst på alkohol. Det vil alltid opp-

«...der kom du igjen, gamle ørn»

leves som fristende å drikke, denne trangen vil kanskje avta, men den vil aldri forsvinne. Mest sannsynlig vil fristelsene knyttet til å drikke avta jo lengre han klarer å ikke gi etter for trangen, men det vil være urealistisk å tro at behovet på et gitt tidspunkt forsvinner fullstendig.

Dermed må alkoholikeren lære seg å leve med at tankene knyttet til å ta en drink vil komme, de vil dukke opp i tide og utide. Det vil være en fordel for alkoholikeren å lære seg å akseptere at tankene knyttet til alkohol vil komme og gå. Tankene er automatiske og man kan ikke presse dem til å forsvinne. Det alkoholikeren vil tjene på å forstå er at tanken på å ta en drink ikke er farlig, det er selve handlingen – det å løfte det første glasset til munnen – som er farlig.

I tillegg er det slik at den automatiske tanken må få lov til å komme, men det er viktig å forstå at alkoholikeren selv velger hva han engasjerer seg i. En automatisk tanke knyttet til lysten på en drink må aksepteres, men å la tanken få all plass vil kun gjøre det vanskeligere å la være å drikke igjen.

Når lysten til å drikke kommer, er det smarte trekket å ikke drikke – og hver gang alkoholikeren klarer å la være å drikke er en ny seier vunnet. Han beviser for seg selv at han ikke er en robot som må følge et hvert behov. Han velger selv bort å ta den første drinken fordi han innehar fri vilje, og en evne til å ikke engasjere seg i tanken – han lar den i stedet få komme, og lar den så passere.

Oppsummert er det altså slik at en alkoholiker alltid vil få automatiske tanker knyttet til å drikke, han velger selv både hva han engasjerer seg i tankemessig og han kan velge bort å faktisk drikke. Når jeg overfører dette til min hang til overdrevne bekymringer kan jeg lettere akseptere at det vil dukke opp ubehagelige tanker, men jeg lar dem ikke kontrollere meg. Når mine «hang-ups» dukker opp tenker jeg for meg selv: «der kom du igjen, gamle ørn» – og jeg forsøker så å la være å engasjere meg ytterligere i den aktuelle bekymringen. » ■

Stafettpinnen går videre til Håvard Kallestad.



Lederen har ordet

TORKIL BERGE

Kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME

Sammen med kollega Lars Dehli holder jeg på å skrive en artikkel om kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME. Behandlingen illustreres gjennom en kasesbeskrivelse der pasienten, som har valgt å være anonym, er medforfatter. I arbeidet med artikkelen har jeg vært ute på nettet og lest noen ofte svært følelsesladete diskusjoner omkring denne sykdommen. Det har slått meg at en del pasienter er skeptisk til kognitiv terapi, og jeg har forsøkt å forstå hvorfor. Hvordan kan vi som terapeuter komme disse pasientene i møte på en bedre måte?

Først litt om sykdommen: Kronisk utmattelsessyndrom/ME er en opplevelse av ekstrem og langvarig utmattelse, som forverres av fysiske og mentale anstrengelser og i liten grad lindres av søvn og hvile. I tillegg plages pasientene av en rekke andre symptomer. Vi vet i dag lite om årsaker, men tilstanden kan trolig utløses av langvarige infeksjoner, vaksiner og fysiske traumer. Noen ganger debuterer vanskene uten kjent utløsende årsak. Det finnes trolig ulike undergrupper av pasienter, med forskjellig årsaksbakgrunn og sykdomsforløp.

Kognitiv terapi og gradert treningsterapi er foreløpig de eneste behandlingsformene som har dokumentert effekt. Kognitiv terapi er virksom for noen, men ikke alle av pasientene, dokumentasjonsstyrken er moderat og ingen studier har vært gjort med sengeliggende pasienter. Det er altså grunn til å være nøktern når behandlingstilbudet presenteres. Det er ikke snakk om «en kur» for sykdommen. Kognitiv terapi er en hjelp til mestring av symptomer, problemløsning, gradvis økning av aktivitetsnivå og styrket livskvalitet.

Noen har reagert på at kognitiv terapi er anbefalt behandling i nasjonale retningslinjer. Enkelte frykter at dersom kognitiv terapi er effektiv betyr det at årsaken til lidelsen er psykologisk. Et ord som går igjen på mange internett-sider der dette diskuteres er «innbilt». En slik resonnering kan være knyttet til en forestilling om at et helseproblem enten kan tilskrives en somatisk eller en psykisk årsak.

Veilederutdanning i kognitiv terapi

Med dette utlyses nytt veilederkurs i kognitiv terapi. Kurset arrangeres av Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi (NIKT), med professor Hans Nordahl, Psykologisk institutt ved NTNU og Adrian Wells, University of Manchester, som kursledere.

Utdanningen gir status som godkjent veileder i kognitiv terapi, og gir anledning til å veilede kandidater på innføringsseminarene. Psykiatere kan søke Den norske legeforening om å bli godkjent til å veilede utdanningskandidater i det tredje året av spesialistutdanningen.

Varighet:

Veilederutdanningen består av 7 samlinger med til sammen 120 timer over to år. Samlingene består av teori, egenpraksis og øvelser. Samlingene vil ledes av norske og internasjonale eksperter innen ulike spesialfelt.

Utgifter:

Kursavgiften er kr. 16.000 for hele kurset. Dette kan evt. betales i to rater. I beløpet inngår kursmateriell og kaffe/te (ikke lunsj). Kandidatene må selv dekke utgifter til reise og opphold.

Hvem kan delta?

Utdanningen er for leger, psykologer, sykepleiere og andre med tre-årig høyskoleutdanning med relevant erfaring og praksis. Forutsetningen for opptak er gjennomført innføringsseminar i regi av NIKT (eller dokumentert ekvivalent utdanning som er godkjent av NIKT), samt at kandidaten har dokumentert solid klinisk erfaring med kognitiv terapi. Tidligere veilednings- og undervisningserfaring blir vektlagt. Det er en forutsetning for opptak at kandidater er i en arbeidssituasjon der det er aktuelt å påta seg veiledningsoppgaver. Etter avsluttet utdanning forventes det at kandidaten stiller seg positiv til kursleder- og veiledningsoppdrag ved innføringsseminarer.

Opptak:

Det vil maksimalt bli tatt opp 30 kandidater. Utvelgelsen foretas av styret i NIKT. Det vil tilstrebes en mest mulig jevn balanse mellom profesjonene (leger, psykologer, høyskoleutdannete). Det vil også tas hensyn til geografisk fordeling, slik at søkere fra distrikter med få veiledere, prioriteres. Kandidaten må i sin søknad begrunne sitt ønske om veilederutdanning. Det må videre opplyses om klinisk erfaring med kognitiv terapi, veilednings- og undervisningserfaring, samt i hvilke grad aktuell arbeidssituasjon gir mulighet for å utøve veiledning i kognitiv terapi. Søknaden vil ikke bli vurdert dersom disse opplysninger mangler.

Søknadsbrev med CV og kopier av vitnemål/attester som dokumenterer grunnutdanning, videreutdanning og klinisk praksis, sendes til NIKT, Forskningsinstituttet, Modum Bad, 3370 Vikersund, evt. med e-post til post@kognitiv.no

Søknadsfrist og oppstart

Søknadsfristen er 1. november 2009. Oppstart vil skje mars 2010.

Eventuelle spørsmål kan rettes til NIKT v/admin.leder Lene B. Finnerud, tlf. 32749862, eller post@kognitiv.no

«Kognitiv terapi er virksom for noen, men ikke alle pasientene»

Samtidig har argumentasjonen mot psykologisk behandling ofte bakgrunn i hvordan pasienter har opplevd kontakten med helsevesenet. De har ikke blitt møtt på en verdig og god måte, noe som er en alvorlig ekstrabelasting. Noen forteller om opplevelse av ikke å bli trodd, stigma og skamfølelse i møte med helsepersonell. Enkelte har opplevd å få feilaktige diagnoser og råd som har ført til forverring, for eksempel om bruk av antidepressiver eller kondisjonstrening. Mange har erfaring med å bli dårligere etter en periode med positive forventninger og økt aktivitet, og frykter forventningspress både fra seg selv og andre. Dessuten er de kroppslige symptomene så sterke og ofte så dramatiske at det for mange er utenkelig at psykologiske faktorer skulle kunne medvirke til dem, da bortsett fra at stress forsterker plagene.

Dette er opplevelser vi må ta hensyn til for at kognitiv terapi skal kunne presenteres som et troverdig tilbud. Vi må lytte til hvilke erfaringer pasientene har hatt i behandlingsapparatet og deres synspunkter på årsaksforhold og hva som vil være til hjelp. Terapeuten understreker at kognitiv terapi anerkjenner at det trolig er somatiske årsaker til sykdommen, og at han/hun tar for gitt at pasientens plager er høyst reelle. Terapeu-

ten tror ikke at sykdommen er uttrykk for psykisk lidelse, for eksempel depresjon. Årsaker til kronisk utmattelsessyndrom/ME kan deles inn i sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. Kognitive terapi retter seg mot de onde sirkelene som bidrar til å vedlikeholde problemene. Behandlingen er bygget på de samme prinsippene som kognitiv terapi ved kroniske smerter, kreft, irritabel tarm syndrom, tinnitus, Asbergers syndrom og diabetes. Psykoterapi kan ikke kurere kreft, men kan som et supplement til annen behandling bidra til økt mestring, styrket livskvalitet og hjelp med sekundære plager som depresjon og angst.

Kognitiv terapi bygges på et aktivt samarbeid mellom terapeut og pasient, og fordrer egeninnsats mellom timene. Pasienten lærer metoder som han eller hun kan bruke for å mestre sykdommen og for å koble seg på livet igjen – assistert selvhjelp der pasienten blir sin egen terapeut.

I vår artikkel skriver pasienten at kognitiv terapi hjalp ham til å få struktur på livet igjen og gjenvinne kontrollen i en situasjon hvor alt føltes kaotisk og utflytende, uhåndterbart og håpløst. Han trekker særlig frem tre ting vi jobbet mye med i terapitimene: Å lage en detaljert aktivitetsplan for ulike typer aktiviteter og hvile. Å utarbeide et repertoar av problemløsningsteknikker som han kan bruke når vanskelige situasjoner oppstår. Å lære å takle de tilbakevendende negative tankene, grublingen og bekymringen som fulgte på lasset med sykdommen. ■

Inspirasjonskonferansen 2009

5.–6. NOVEMBER
CLARION HOTELL GARDERMOEN

Dag 1

Kl 10–13 Keynotes:

Adrian Wells: Metakognitiv terapi: en prosessorientert behandling

Douglas Turkington: Traumer og psykose

Sean Perrin: Fremtidens kognitiv terapi for angst hos barn og unge – diagnosespesifikke tiltak eller intervensjoner på tvers av diagnosegrupper

Kl 13–14 Lunsj

Kl 14–1630 Workshops:

Douglas Turkington: Kognitiv terapi ved traumerelatert psykose

Adrian Wells: Metakognitiv terapi ved kronisk depresjon

Sean Perrin: Kognitive modeller og kognitive intervensjoner ved tvangslidelse og generalisert angstlidelse hos barn og unge

Hans M. Nordahl: Kasusformulering for viderekomne

Egil W. Martinsen og Inge-Ernald Simonsen: Kognitiv miljøterapi

Kl 1645 Årsmøte NFKT

Kl 1930 Festmiddag

Dag 2

Kl 0830–1130 Keynotes:

Adrian Wells: Behandlingseffekt ved metakognitiv terapi

Douglas Turkington: Angstrelatert psykose, skjemaer og sårbarhet – en kognitiv tilnærming

Sean Perrin: Storsatsingen på kognitiv terapi for barn, unge og voksne i Storbritannia – utfordringer knyttet til trening og implementering

Kl 1130–1230 Lunsj

Kl 1230–1500 Workshops:

Douglas Turkington: – Kognitiv terapi ved angstrelatert psykose

Adrian Wells: – Metakognitiv terapi ved traumer og PTSD

Sean Perrin: Kognitiv terapi for barn med post traumatrisk stresslidelse

Anne Lise Fredriksen, Kicki Martinsen og Solfrid Raknes: Kreative metoder i kognitiv terapi for barn og unge

Workshop 5: Ståle Pallesen: Kognitiv terapi ved søvnproblemer

Det tas forbehold om endringer.

Pris

Dag 1: kr 2300 (medlem NFKT kr 1800)

Dag 2: kr 2300 (medlem NFKT kr 1800)

Begge dager: kr 3300 (medlem NFKT kr 2800)

Konferanseavgiften inkluderer lunsj og kaffe/te

Mer informasjon og påmelding legges ut på www.kognitiv.no