

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 3 • ÅRGANG 9 • OKTOBER 2008 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI

NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

Tidsskrift for Kognitiv Terapi 3/2008

4
Kognitiv apati

7
Kognitiv terapi og
terapeutisk allianse i
behandling av psykoser

26
Ord om tanker og følelser

27
Bokomtale

28
Metaforspalten

30
Lederen har ordet

32
Kurs og utdanning

• **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. 918 83 339

E-post: repaal@online.no


• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.

Manusstopp: februar, mai,
september, november.

• **NFKTS leder**

Torkil Berge
Norsk forening for kognitiv terapi,
Forskningsinstitutter
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



«Etablering av en god allianse
er en forutsetning i all form
for behandling...»



Kognitiv apati

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

I forbindelse med utgivelsen av «Håndbok i kognitiv terapi», ble Berge og undertegnede bedt av forlaget om å stille på en boklansering ved Universitetsbokhandelen på Blindern. Lanseringen fant sted en vakker ettermiddag på forsommeren. Det var med bange anelser jeg satte meg på toget fra Tønsberg til Oslo. Ikke fordi jeg var redd for forsinkelser. Det er jeg vant til. Jeg tar alltid et tog en time tidligere enn det som burde være nødvendig. Nei bekymringene handlet heller om hvor vidt noen ville komme for å høre om boken på Universitetsbokhandelen kl 17.00 en slik vakker forsommerveld. Da toget for en gang skyld var i rute var jeg fremme i svært god tid. Den brukte jeg til å vandre rundt i den folketomme bokhandelen og bla i bøker. Jeg registrerte at det var satt frem godt med stoler, så her var det tydeligvis tatt høyde for storinnrykk. Over høytaleranlegget ble det opplyst at om en halv time ville Berge og Repål fortelle om «Håndbok i kognitiv terapi» og svare på spørsmål fra publikum. Jeg så meg omkring for å se om denne meldingen kunne vekke interesse hos besøkende, men så ingen andre enn betjeningen. De, syntes jeg, så med en viss forventning i retning av meg. De trodde nok jeg var en mulig tilhører. Da det var 15 minutter igjen til vi skulle i ilden ankom Berge. Han har sitt arbeidssted i gangavstand fra bokhandelen og slapp derfor å dra tidlig for ikke å komme for sent. Ingen av oss kommenterte det faktum at det foreløpig så litt glissent ut, for å si det pent. Vi hilste på representanter fra forlaget som entusiastisk fortalte at de hadde planer om nye fremstøt, neste gang ved Universitetsbokhandelen i Bergen. Like før vi skulle begynne la jeg merke til en middelaldrende herre i fjellanorakk medbringende ryggsekk, en melkekartong og en nistepakke. Han fant en plass på bakerste rad og konsentrerte seg om å innta sitt medbrakte måltid. Han ble muligens noe frustrert da det gikk opp for ham at forlaget hadde gått til innkjøp av et stort antall bagetter til gratis utdeling.

SVAR SKYLDIG

Så var vi i gang. Det vil si, det ble en litt famlende start. Hvordan taler man til en forsamling som ikke er der? Vi løste dette fint ved at representantene fra forlaget stilte oss spørsmål og vi svarte etter beste evne. Siden vi stort sett viste hva de ville spørre om, og de visste hva vi ville svare, gikk dette svært bra. Da var det den ensomme tilhøreren på bakerste benk rettet opp hånden. Med glødende entusiasme kastet Berge seg over ham med et begeistret «Ja, værsegod!» med trykk på ja. Oppildnet av at vi hadde fått et spørsmål fra en potensiell leser ble vi begge sittende og vente på at han skulle få tygget og svelget

den første bagetten han hadde gått løs på. Så kom spørsmålet: «Hva kan kognitiv terapi bidra med i forhold til selvmordsbombere?» Har dere noe om det i boken? Mannen hadde som nevnt med seg en ryggsekk, noe som gav spørsmålet en ekstra tyngde og krevde et godt svar. Jeg så på Berge som nå var blitt flakkende i blikket og så ut til å mene at dette kanskje var et spørsmål jeg burde kunne svare på. Nå brukes jo kognitiv terapi innefor de fleste områder, men her ble vi begge svar skyldig. Det endte med at vi måtte krype til korset og bekjenne at «Håndbok i kognitiv terapi», på tross av sine 800 sider, ikke hadde noen kapitler som dekket dette emnet. Ikke hadde noen av oss lest om temaet andre steder heller.

DEN SOM LETER SKAL FINNE

Hjemme i Tønsberg ble jeg gående og grunne over spørsmålet. Mon tro om ikke noen hadde skrevet noe om kognitiv terapi og selvmordsbombere? Og jo, etter diverse artikkelsøk fikk jeg napp. I «American Thinker» datert 28. januar 2006, fant jeg artikkelen «On the Cause of Suicide Bombing: A Stoic's Point of View» forfattet av Jonah Avriel Cohen. Han innleder artikkelen med å vise til at mange mener forklaringen på selvmordsbombernes atferd er å finne i deres desperate livssituasjon. Det hevder Cohen er helt feil. Fattigdom og undertrykkelse kan ikke ses som årsak til slike ekstreme handlinger: «Simply put, external events are neither necessary nor sufficient for suicide bombing. As the old stoic Epictetus, a former slave who knew misery well, said: Men are not influenced by things but by their thoughts about things. .. And this idea, it is worth noting, is not mer classical philosophical speculation; it have also garnered a good deal of empirical substantiation in modern cognitive psychological literature, such as Albert Ellis's Rational Emotive Behavior Therapy or Aaron Beck's Cognitive Therapy». Videre hevder han at: «And, in the end, it is what a man has in himself which is the main element in his joys and sorrows, whatever his circumstances. If the Jihadist finds himself desperate, that is his fault».

EPIKTET

Forfatteren er altså opptatt av at årsakene til denne type atferd er å finne i selvmordsbomberens psyke, ikke i de ytre omstendigheter vedkommende lever under. Artikkelen fikk meg til å tenke litt over hva grunntanken i KT kan brukes til utover det rent faglige. Kan den noen gang føre til det noe konservative syn at vi skal godta vår skjebne uten i hele tatt å opponere mot



Kognitiv terapi og terapeutisk allianse i behandling av psykoser

LIVE E.C. HOÅS OG SARA EIDSBØ LINDHOLM

den? Og hvilken posisjon sitter den i som kan tillate seg å hevde et slikt syn? Nå skal ikke forfatteren uten videre tolkes dit hen at man alltid skal godta de livsvilkår man lever under; det er selve fenomenet selvmordsbombing han mener er å finne i psyken og ikke i omgivelsene. Men deler av det kognitive tankegodset kan også tolkes i en slik retning. Gamle Epictetus, eller Epiktet som navnet også skrives på norsk, blir i artikkelen ganske riktig trukket frem som en av de sentrale forfedrene til den moderne kognitive terapien. Mye av det Epiktet skriver er gangbar kunnskap også i dag. Vi kan imidlertid også lese om et noe passivt syn på det å være menneske. Epiktet mente at vi må godta vår skjebne, og at vi ikke skal bry oss med det som ligger utenfor det den enkelte kan rå med, så som politikk, makt og religion. Det ligger en resignasjon i en slik tilnærming som de fleste av oss i dag nok vil være uenig i. Kognitiv apati er ikke en ønsket tilstand. Den er da heller ikke helt i tråd med hva Epiktet skriver et annet sted i boken: «Når du er heilt viss på at noko bør gjerast, så gjer det, og ver aldri redd om folk ser det. For er det gale å gjera det, så lat det vera. Men er det rett, kvi skulle du vel ottast dei som klandrar deg med urett?» Hva som er rett, og hva som er galt, skal jeg ikke berøre i denne spalten. Hvordan vi skal løse problemet med selvmordsbombere tror jeg også enn så lenge ligger utenfor den kognitive terapiens domene.

I dette nummeret handler hovedartikkelen om kognitiv terapi og allianse ved psykoser. Her bør det være matnyttig stoff også for den som jobber med andre typer lidelser. De faste spaltene Metaforpalten og Lederen har ordet er på plass. Boken «Handbok i livskunst» som jeg refererte til ovenfor har fått en egen anmeldelse. I tillegg vil dere finne en ny spalte hvor det er meningen å belyse kognisjon og sammenhengen mellom tanker og følelser ut fra kunstens verden. God lesning! ■

Psykotiske opplevelser er knyttet til flere ulike diagnosegrupper. Her vil vi særlig fokusere på pasienter med omfattende og vedvarende lidelser. Dette er pasienter med diagnoser som i henhold til diagnosesystemet ICD-10 vanligvis faller inn under kategoriene schizofreni og paranoide psykoser. Pasienter med en schizofrenidiagnose har vanligvis omfattende funksjonsproblemer. Det er stigma knyttet til denne diagnosen, og pasientene rapporterer ofte om negative erfaringer i møte med behandlingsapparatet og i samfunnet generelt. I kognitiv terapi vektlegges å møte pasienten som et likeverdig menneske, og på en måte som er nysgjerrig, respektfull og empatisk. Grunnlaget er et positivt og optimistisk menneskesyn, og en høy grad av normalisering av plagene knyttet til psykose. En tidligere oppfatning i psykisk helsevern var at hvis en snakket om vrangforestillinger og stemmehøring ville symptomene forverres, og en unnlot derfor ofte å drøfte disse vanskene. Det bidro til at pasientene følte seg enda mer isolerte og annerledes. Kognitiv terapi innebærer at terapeuten snakker med pasienten om de psykotiske symptomene, og utforsker dem fra pasientens ståsted. Resultatene viser at dette bidrar til at mange pasienter faktisk blir bedre. Vi opplever denne tilnærmingen som spennende og berikende, og mange av teknikkene som benyttes virker som klinisk fornuft satt i system!

Vi har erfaring med at kognitiv terapi gir grunnlag for gode samtaler med pasientene, og at metoden bidrar til å styrke den terapeutiske alliansen. Pasientene opplever å bli tatt på alvor og også bli hjulpet til å forholde seg til de psykotiske symptomene på en annen og mer hensiktsmessig måte. For å lykkes med kognitiv terapi for denne pasientgruppen er det nødvendig at terapeut og pasient evner å etablere en god allianse. Uten en felles oppfatning av mål og midler for å nå målene, og uten et bånd mellom terapeuten og pasienten preget av tillit og varme, lar terapien seg ikke gjennomføre. I denne artikkelen vil vi drøfte forholdet mellom kognitiv terapi og den terapeutiske alliansen, og hvordan teknikkene som benyttes kan fremme en god allianse. Vi vil rette søkelyset både mot hvordan vi som terapeuter kan bidra til å etablere allianse og hvordan metoden i seg selv inneholder elementer som virker befordrende på et godt samarbeide.

EN KOGNITIV MODELL FOR PSYKOSER

Den kognitive modellen for behandling av såkalte «positive» psykotiske symptomer, for eksempel stemmehøring, bygger i stor grad på Becks kognitive terapi og ABC-modellen til Ellis (Beck, 1976; Ellis, 1984). Dette er et rammerverk hvor det er mulig å gjøre alle former for psykiske problemer til gjenstand for diskusjon og endring i terapi. I ABC-modellen står A for aktiverende

REFERANSER

- Arnkoff, D. B., Glass, C. R. & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 335–356). New York: Oxford University Press.
- Bak, M., Krabbendam, L., Janssen, I., De graaf, R., Vollebergh, W. & Van Os, J. (2005). Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 360–366.
- Bentall, R. P. (2004). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 24–60). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beutler, L. E., Moleiro, C. M. & Talebi, H. (2002). Resistance. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 129–143). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A., Elliott, R., Greenberg, L. A. & Watson, J. C. (2002). Empathy. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 89–108). New York: Oxford University Press.
- Brudal, L. F. (2006). *Positiv psykologi – empati, flyt, kvinne og mann, humor*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. London: John Wiley & Sons.
- Cox, D. & Cowling, P. (1989). *Are you normal?* London: Tower Press.
- Dudley, R., Bryant, C., Hammond, K., Siddler, R., Kingdon, D. & Turkington, D. (2007). Techniques in cognitive behavioural therapy: Using normalising in schizophrenia. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 562–571.

- Ellis, A. (1984). Rational-emotive therapy. I R. J. Corsini (red.), *Current psychotherapies* 3. utg. (ss. 196-238). Itaska, Ill: Peacock
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2002). Positive regard. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 175-194). New York: Oxford University Press.
- Garrett, M., Stone, D. & Turkington, D. (2006). Normalizing psychotic symptoms. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 595-610.
- Gumley, A. & Schwannauer, M. (2006). *Staying well after psychosis. A cognitive interpersonal approach to recovery and relapse prevention*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Hagen, R. (2006). Kognitiv terapi ved schizofreni. I B. R. Rund (red.) *Schizofreni* (ss. 257-270) Stavanger: Hertvrig forlag.
- Hagen, R., Berge, T. & Gråve, R.W. (2007). Towards a new understanding of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 522-523.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2002). Self-disclosure. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 255-267). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Bedi, P. R. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Kingdon, D. & Turkington, D. (1994). *Cognitive behavior therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kingdon, D. & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L. & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 195-216). New York: Oxford University Press.
- Kråkevik, B. & Repål, A. (2008). Psykotiske vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 454-485). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Morrison, A. P. (red.), (2002). *A casebook of cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge.
- Morrison, A. P., Frame, L. & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.

hendelse, B for antagelser, tolkninger og tanker og C for emosjonelle og følelsesmessige konsekvenser av denne tolkningen. Vrangforestillinger er i denne sammenheng å forstå som B'er, som fortolkninger av en hendelse (A), med ubehag og angst som konsekvenser (C). Stemmer blir forstått som reelle erfaringer og er A. Det er ikke stemmer i seg selv som kan skape problemer, men fortolkningen av dem. Funksjonelle antagelser har en positiv funksjon for en person, mens dysfunksjonelle antagelser ikke er hensiktsmessige for tilpassning og problemløsning og bidrar til negativ affekt. De fleste antagelser er ikke utelukkende funksjonelle eller dysfunksjonelle, men kan ha positive og negative sider avhengig av omstendighetene (Nelson, 2005).

Med utgangspunkt i tilgjengelig litteratur (Bentall, 2004; Berge & Repål, 2008; Chadwick, 2006; Hagen, 2006; Kingdon & Turkington, 2005; Morrison et al., 2004; Nelson, 2005) vil vi kort oppsummere hovedelementene i kognitiv terapi ved psykose. Utgangspunktet er at psykologiske teorier kaster lys over psykotisk atferd og erfaringer og gir disse mening. Psykotisk atferd og erfaringer ligger langs et kontinuum med normale menneskelige opplevelser. Man antar at det er normale psykologiske prosesser som ligger under psykotiske opplevelser. Dessuten har mange mennesker gjort seg lignende erfaringer og lever godt med disse, uten at det fører til alvorlig psykisk lidelse.

I kognitiv terapi ser man på psykoseopplevelser som reelle erfaringer, hvor det er pasientens fortolkning som skaper problemer. Feilfortolkninger i kognitiv bearbeiding, og dysfunksjonelle antagelser, bidrar til dannelsen og vedlikeholdelsen av vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. Et eksempel er at informasjonsprosesseringen kan bli forvrengt når man opplever sterkt emosjonelt ubehag.

Den grunnleggende antagelsen er at tanker påvirker følelser og atferd i ulike situasjoner. Det er ikke en hendelse i seg selv som er avgjørende for våre følelser, men meningen som blir knyttet til hendelsen: Det handler ikke om hvordan du har det, men hvordan du tar det.

I kognitiv terapi er pasientenes symptomutforming utgangspunkt for behandling. Dette innebærer at behandlingen ikke kun rettes mot psykotiske symptomer, men mot alle de plagsomme symptomer pasienten har, som angst, depresjon, tvangslidelser og ettervirkninger av traume.

Kognitiv terapi har utgangspunkt i et brukerperspektiv, vektlegger samarbeid, aktiv deltagelse og et likeverdig forhold mellom terapeut og pasient. Pasienten er ekspert på sine erfaringer, tanker, følelser og antagelser, mens terapeuten er ekspert på mulige måter å endre disse på, blant annet ved å kunne bygge på erfaringer fra samarbeid med, og behandling av, andre pasienter med tilsvarende problemer.

Kognitiv terapi er edukativ, retter seg mot å lære pasienten å bli sin egen terapeut, og vektlegger tilbakefallsforebygging. Man lærer pasientene å utvikle alternative måter å fortolke hendelser og situasjoner på som er mer realitets-

orienterte og funksjonelle. Dessuten lærer man pasientene å identifisere, evaluere og eventuelt korrigere tanker som fører til psykiske vansker.

I kognitiv terapi ved psykose er det særlig viktig å etablere en god terapeutisk allianse, og man må bruke mer tid på dette enn ved behandling av «lettere» symptomer. Behandling må i større grad tilpasses den enkelte pasient.

Kognitiv terapi er en tidsbegrenset terapi, med konkrete mål og hvor hver terapisesjon følger en bestemt struktur. Man bruker en rekke ulike teknikker for å belyse og eventuelt forandre tenkning, følelser og atferd hos pasienten, med utgangspunkt i dennes problemer. Man vektlegger «her-og-nå» fremfor utforskning av fortiden. Man tar utgangspunkt i pasientens aktuelle livssituasjon, og fokus rettes mot mestring og problemløsning, ressurser og resiliens. Blackburn og Twaddle (Chadwick, 2006) summerer opp teknikker som kjennetegner kognitiv terapi:

- kognitiv kaskonseptualisering
- vekt på fenomenologi
- relasjon bygget på samarbeid og likeverd
- aktiv involvering av pasienten
- bruk av sokratiske utspørring og veiledet oppdagelse
- terapeuten er tydelig
- vektlegging av empiri
- generalisering av terapeutiske erfaringer

Sentralt står altså metoden veiledet oppdagelse og sokratiske spørsmål. Terapeuten stiller spørsmål som hjelper pasienten til å finne sine egne svar og komme til nyttige konklusjoner. På denne måten får pasienten en forståelse av terapiprosessen og blir aktiv deltager i sin egen bedringsprosess.

FASER I TERAPI

Terapiprosessen kan deles inn i fire overlappende stadier; etablering av behandlingsallianse, kartlegging og vurdering med identifisering av antagelser i en ABC-modell, intervensjonsfase og tilbakefallsforebygging (Kråkevik & Repål, 2008). I første fase av behandlingen er man opptatt av å engasjere pasienten i terapien og å etablere en terapeutisk allianse. Man sosialiserer pasienten til den kognitive modellen og validerer og normaliserer pasientens opplevelser. Videre etablerer man en kasusformulering i samarbeid med pasienten som danner grunnlaget for felles forståelse av problemutvikling og opprettholdende faktorer. Man lager en hierarkisk problemliste, med både spesifikke og generelle problemer. Ved vrangforestillingene jobber man for eksempel med realitetstesting og med å finne alternative forklaringer. Ved hallusinasjoner jobber man med mestringsstrategier og holdninger til det å høre stemmer. Tilstutt fokuseres det på forebygging av tilbakefall (Hagen, 2006).

- Morrison, A., Read, J. & Turkington, D. (2005). Trauma and psychosis: theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (112) 327-329.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Dunn, H., Williams, S. & Bentall, R. P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis. A formulation based approach*. London: Taylor & Francis.
- Møller, P. (2006). Prodromalfasen – innfallsporten til forebygging og psykopatologisk forståelse. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (ss. 65-86). Stavanger: Hertvrig forlag.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive-behavioural therapy with delusions and hallucinations. A practice manual*. 2nd edition. Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
- Phillips, M.R., Pearson, V., Li, F., Xu, M. & Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *British Journal of Psychiatry*, 181, 488-493.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2002). Stages of change. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 303-313). New York: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Romme, M. A. J. & Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (ss. 109-125). New York: Oxford University Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

«Formålet er å engasjere pasienten»

GANGEN I TERAPITIMEN

Til forskjell fra andre symptomlidelser kreves det større fleksibilitet og samtale om mer dagligdagse temaer i samtaler med pasienter med psykoselidelser. Det er viktig å være klar over at det følgende er et idealoppsett av timen og at dette ofte ikke lar seg gjennomføre med pasienter med psykose. Det viktigste i starten av et terapiløp er som nevnt å etablere en god og solid terapeutisk allianse. Derfor er det særlig viktig at terapeuten i oppstarten er fleksibel og imøtekommende i forhold til pasientens behov. Et eksempel er å begynne kontaktetablering med en innlagt pasient i avdelingen og ikke på terapeutens kontor. Et annet eksempel er å ha kortere timer enn det som er vanlig. I motsetning til i kognitiv terapi ved angst og depresjon vil en terapeutisk agenda innenfor psykosebehandling som regel være mer implisitt i startfasen og heller utvikle seg underveis i terapien. Men det er samtidig viktig at terapeuten har en agenda i tankene som det kan forhandles ut i fra. Struktur og forutsigbarhet er gunstig i terapi ved psykoser.

I starten av hver samtale er det viktig å sosialisere med pasienten, snakke om for eksempel hvordan det har vært siden forrige samtale. Terapeuten bør bestrebe seg på å ha en like naturlig og vennlig interessert holdning som en ville hatt i møte med venner. Deretter bør en gå gjennom eventuelle hjemmeoppgaver. Det er viktig at en sammen utarbeider oppgaver som det er mulig for pasienten å gjennomføre og som denne ser som relevante i forhold til egne behov. Pasienter med psykose har ofte problemer med å klare å gjennomføre slike oppgaver, særlig skriftlige, og det kan en del ganger i oppstarten være hensiktsmessig ikke å gi hjemmoppgaver. Videre i terapitimen identifiseres og defineres mål for timen. Det er viktig at dette er noe pasient og terapeut enes om. Formålet er å engasjere pasienten slik at han/hun blir mer motivert for endring. Til slutt i timen bes pasienten om å oppsummere hva timen har handlet om, for å sjekke ut pasientens utbytte og for å kunne korrigere misforståelser. Dessuten bes pasienten om tilbakemeldinger i forhold til nytten av timen og om samarbeidet oppleves som godt.

Behandling av pasienter med psykose kan være meget utfordrende og det er ikke alltid vi lykkes. Det er derfor en forutsetning at man jobber aktivt for å etablere en god terapeutisk allianse med denne pasientgruppen. Her blir forskning på generelle faktorer i forhold til å etablere en allianse viktig. Dette er kunnskap av stor verdi for kognitiv terapi ved psykose.

VIRKSOMME FAKTORER I DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN

Etablering av en god allianse er en forutsetning i all form for behandling, som avgjør om pasienter får utbytte av behandling uansett terapeutisk retning (Horvath & Bedi, 2002).

Bordins transteoretiske formulering av alliansebegrepet består av tre komponenter: Enighet mellom behandler og pasient om terapeutiske mål, og om

hvilke metoder og teknikker som skal anvendes, og kvaliteten på det emosjonelle båndet mellom dem som gjør at pasienten føler seg forstått, bekreftet og verdsatt (Horvath & Bedi, 2002; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002).

En god relasjon mellom terapeuten og pasienten er en forutsetning for å kunne etablere en terapeutisk allianse, men allianse er altså noe mer enn relasjon ettersom dette begrepet også inkluderer enighet om mål og midler og dermed også tekniske og metodiske aspekter. Et eksempel er at mål på allianse som «Working Alliance Inventory» inkluderer ledd som måler pasientens tro på den behandlingstilnærming som benyttes. Dette innebærer at terapeuten ikke bare må satse på å bygge en god relasjon, men må også ta i bruk spesifikke metodiske teknikker som pasienten har tiltro til i et målrettet arbeidsfelleskap. Terapi er et samarbeidsprosjekt, en arbeidsallianse med felles mål og enighet om midler/metode (Horvath & Bedi, 2002).

Det er spesielt viktig å etablere en god allianse tidlig i behandlingen. Gjennomgang av forskning viser at det særlig er styrken av alliansen tidlig i behandlingsforløpet som har stor betydning for positiv endring i terapi. Denne sammenhengen er tydeligst når en sammenligner pasientens egen opplevelse av samarbeidsforholdet med selvrapportert endring (Berge, Repål, Ryum & Saimolow, 2008).

Vi kommer i fortsettelsen til å redegjøre for noen sentrale faktorer i etablering av en god terapeutisk allianse.

EMPATI

Både affektive og kognitive komponenter er en del av begrepet empati. Det handler om å føle det en annen føler og respondere ivaretagende, og om å forstå den andres referanseramme og måte å oppleve verden på (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002). Empati er en prosess der vi innstiller oss på den andre og forsøker å oppfatte den andres indre liv (Brudal, 2006). I behandling forsøker terapeuten aktivt å forstå ut i fra pasientens synsvinkel og å dele denne forståelsen med pasienten. Oppgaven er å forstå erfaringene til pasienten heller enn ordene. Dette innebærer å forstå overordnede mål og øyeblikk-til-øyeblikk erfaringer, både eksplisitte og implisitte (Bohart et al., 2002).

Empati er ikke nødvendigvis det samme som å forstå pasienten fullt og helt. Pasienter forventer ikke at vi skal forstå alt, de er realistiske. Det essensielle i etableringen av en terapeutisk relasjon er å formidle et ønske om å forstå, og ikke nødvendigvis det å forstå i seg selv.

Empati er ikke utelukkende innlevelse i den andre, men kan også være å trekke seg tilbake fra den andre, for eksempel når pasienten frykter å bli invadert og kontrollert. Det gjelder å ta innover seg den andres virkelighet og å tilpasse seg denne. Empati kan sees som samtidig atmosfære i terapirommet der pasientens empatiske bidrag også er viktig (Berge et al., 2008). Empati er noe relasjonelt og samskapt heller enn noe som terapeuten ensidig tilfører behand-

«Empati er ikke utelukkende innlevelse»

lingen. «Empathy arises intuitively from a common shared humanity» (Garrett, Stone & Turkington, 2006, s. 605).

Bohart og kollegaer (2002) foreslår en rekke måter empati kan være med på å fremme endring i terapi. Det å føle seg forstått vil øke pasientens tilfredshet med behandlingen og dermed også pasientens vilje til å endre seg. Empati kan fungere som en korrigerende emosjonell erfaring gjennom å lære pasientene at de fortjener respekt og bli hørt, slik at de kan bli bedre i å uttrykke sine følelser og behov og også forstå andres følelser og behov. I tillegg kan det å bli møtt empatisk øke pasientens trygghetsfølelse og dermed fremme åpenhet om vanskelige temaer. Det å bli møtt empatisk kan dessuten styrke selvutforskning og emosjonell bearbeiding, hjelpe pasienten i å sortere egne tanker og i større grad reflektere omkring egne vansker.

KONGRUENS OG EKTHET

Ekthet eller kongruens vil si en persons evne til å være seg selv. Ifølge Rogers (1957) er terapeutens ekthet en forutsetning for positiv anerkjennelse og empati, og den faktoren som i størst grad bidrar til endring i terapi. Andre igjen har hevdet at positiv anerkjennelse og ekthet bør forstås som deler av en mer grunnleggende åpen holding (Farber & Lane, 2002).

Terapeuten må være seg selv i kontakten med pasienten, klare å fremstå som åpen og uten en skjult agenda. For å være ekte må terapeuten være bevisst og villig til å dele sine indre opplevelser her og nå. Dette innebærer at terapeuten må tillate seg selv å bli emosjonelt berørt av pasienten og kunne dele dette med pasienten (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockard, 2002). Det er viktig at terapeuten skreddersyr grad av ektet i forhold til den enkelte pasientens behov. Noen pasienter har for eksempel behov for og forventer en mer formell holdning fra terapeuten enn andre pasienter.

POSITIV ANERKJENNELSE OG AKSEPTERING

Rogers hevdet av empati, positiv anerkjennelse og kongruens var nødvendig og tilstrekkelige faktorer for å få til endring i terapi. Det ser ut til at disse tre faktorene er gjensidig avhengig av hverandre eller i hvert fall ikke er mulig å skille fra hverandre i forhold til hva som bidrar til etablering av terapeutisk allianse og fremmer endring (Farber & Lane, 2002). Pasientens opplevelse av å bli akseptert ser ut til å ha en positiv effekt på behandlingsresultatet. Dette kan forstås enten som en intervensjon i seg selv eller at opplevelsen av å bli akseptert gjør det lettere for pasienten å dra nytte av andre intervensjoner.

Rogers (1957) hevdet at akseptering betyr at terapeuten opplever at pasienten er en person med betingelsesløs verdi, uavhengig av pasientens tilstand, handlinger eller følelser.

I forhold til terapi har dette synet en rekke implikasjoner: Aksepteringen er ubetinget, terapeuten er åpen i forhold til, og aksepterer alle sider ved, pasient-

en; også det som er utfordrende og vanskelig for ham eller henne. En slik form for akseptering er bare mulig hvis terapeuten viser forståelse og har en ikke-dømmende og ikke-evaluerende holdning. Det at behandler aksepterer pasienten gjør at det også blir lettere for pasienten å akseptere seg selv. Akseptering er ikke bare det å akseptere pasientens erfaringer her og nå, men også dennes rett til selv å velge hvordan en vil endre seg. Det å være aksepterende er ikke alltid like lett, men det er noe vi som terapeuter skal strebe mot gjennom hele terapiforløpet.

ENIGHET OM MÅL

Engasjement er det som kommer først i samhandlingen mellom terapeut og pasient. Et mål på godt engasjement er om pasienten etter den første timen kommer tilbake til nye konsultasjoner (Tryon & Winograd, 2002). Den gjensidige involveringen mellom pasient og terapeut i terapien kan for eksempel måles i om hjemmeoppgaver blir gjennomført. Tryon og Winograd (2002) konkluderer sin litteraturgjennomgang med at når pasienten og terapeuten gjensidig er involvert i terapien, og pasienten jobber aktivt i og mellom timene med sine problemer, økes effekten av terapi.

SELVAVSLØRING

Hill og Knox (2002) definerer selvavsløring som utsagn fra terapeut som avslører noe personlig. De deler selvavsløring inn i fire undergrupper:

- avsløring av fakta (Jeg studerte ved UiO)
- avsløring av følelser (Når jeg har vært i liknende situasjoner, har jeg blitt sint)
- avsløring av innsikt (Da jeg var i en liknende situasjon etter at jeg hadde flyttet hjemmefra, innså jeg at det som gjorde det så vanskelig var skyldfølelse i forhold til å la min mor være igjen alene).
- avsløring av strategier (I en tilsvarende situasjon tvang jeg meg selv til å gå en tur).

Etter en gjennomgang av forskning foreslår Hill og Knox (2002) noen retningslinjer i forbindelse med bruk av selvavsløring: Terapeuter bør komme med avsløringer uregelmessig, og de bør ikke handle om sex eller tro, men heller ha bakgrunn i utdanning og jobb. Selvavsløring bør brukes for å validere, normalisere, modellere og styrke alliansen, eller for å tilby alternative måter å tenke eller handle på. Avsløringer skal ikke benyttes fordi terapeuten har behov for det, eller hvis det tar fokus vekk fra pasient, en ødelegger flyten i samtalen, er ubehagelig for pasienten, visker ut det profesjonelle skillet mellom terapeuten og pasienten eller overstimulerer pasienten. Det er viktig at terapeuten observerer nøye hvordan pasienten responderer på avsløringene, spør han eller henne hvordan det var og bruker denne informasjonen i forhold til eventuelle senere avsløringer. Avsløringer har større betydning for noen pasienter enn for andre, for eksempel i forhold til å etablere tillit.

MESTRINGSSTIL

Mennesker har forskjellige mestringsstiler som påvirker hvordan vi oppfatter og reagerer i ulike situasjoner. Et hovedskille går mellom internaliserende mestringsstil (legge skylden på seg selv og selvkritikk, bekymrer seg mye, selvreflekterende) og eksternaliserende mestringsstil (tendens til å legge skyld på faktorer utenfor en selv og impulsivitet, mindre grad av selvinnsett). Disse to mestringsstilene må sees på et kontinuum hvor pasienter som regel befinner seg mer i den ene eller den andre retningen. Det er hensiktsmessig å velge en terapeutisk retning eller stil som passer til den mestringsstilen pasienten har. Pasienter som har en internaliserende mestringsstil ser ut til å profitere på interpersonlig og innsiktsorientert terapi. Pasienter med en eksternaliserende mestringsstil har mer nytte av problemløsning, symptomendring og ferdighetstrening (Beutler, Harwood, Alimohamed & Malik, 2002).

ENDRINGSSTADIER OG MOTIVASJON

Dilemmaet man møter som terapeut er hva man skal gjøre, når, med hvem, på hvilken måte og med hvilke problemer. I den transteoretiske modellen (Prochaska & DiClemente, 1984) for endring konseptualiseres endring som en prosess som skjer over tid og som involverer fem stadier: føroverveilsesfasen, overveilsesfasen, forberedelsesfasen, handlingsfasen og opprettholdelsesfasen. Det anbefales at man i planlegging av terapi tar hensyn til hvor i endringsprosessen pasienten befinner seg. Forskning tyder på at et mindretall på under 20 prosent av pasientene er i en fase hvor de er sterkt motivert, klare for endring og vil ha utbytte av en utpreget handlingsorientert terapi. De fleste pasientene antas å befinne seg i føroverveilsesfasen (50–60 prosent). Disse er ofte ikke

klar over sine vansker, men kommer ofte i terapi fordi andre har sendt dem. De kan muligens ha et ønske om endring, men har ikke en klar intensjon eller seriøs vurdering av dette. De kan også være demoralisert etter tidligere mislykkede

«De fleste pasienter antas å befinne seg i føroverveilsesfasen»

forsøk på å mestre problemene. De resterende pasientene (30–40 prosent) er i overveilsesfasen. Disse er klar over at de har problemer og har en viss tro på sin mulighet til å gjøre noe med dem, men har fremdeles ikke forpliktet seg til endring i terapi (Prochaska & Norcross, 2002).

Det er viktig å kartlegge hvilket stadium pasienten befinner seg på, og skreddersy terapien i forhold til dette. Da vil en kunne sette realistiske mål, og unngå å påføre pasienten unødvendige nederlag og forsterket demoralisering. Effektiv terapi kan være å bevege pasienten fra føroverveilsesfase til overveilsesfase, ikke nødvendigvis å kurere pasienten.

FORVENTNINGER TIL BEHANDLING

For at behandling skal ha effekt må pasienten delta aktivt i prosessen. Om

pasienten vil delta aktivt handler i stor grad om vedkommendes forventninger til terapi, til terapeuten og til behandlingsmetoden (Arnkoff, Glass & Shapiro, 2002). Det er viktig at en tidlig i terapien kartlegger pasientens forventninger, og forhandler om delmål og realistiske forventninger. Samtidig er det viktig at terapeuten forsøker å styrke pasientens optimisme og realistiske håp om endring. Positive forventninger ser ut til å fremme positiv endring (Arnkoff et al., 2002). Effekten av terapi ser ut til å henge sammen med terapeutenes evne til å skape positive forventninger og håp, samtidig som man gir mye ros og bekreftelse på det pasienten gjør bra.

SENTRALE TERAPEUT- OG PASIENTFAKTORER

Studier som er designet for å sammenligne forskjellige terapeutiske metoder har vist at det ofte er større variasjon i terapeutenes effektivitet innenfor en terapeutisk metode enn mellom ulike metoder (Wampold, 2001). Terapeuter som av pasienten blir oppfattet som empatisk, varm, engasjert og ekte oppnår oftere gode resultater i terapi. Berge og kollegaer (2008) fremhever betydningen av terapeutenes selvbilde og sosiale ferdigheter. Terapeuten må evne å sette pris på og være interessert i andre, men også i seg selv. For å vokse som terapeut bør ikke oppmerksomheten bare rettes mot det en ikke mestrer, man må også rette oppmerksomheten mot det en får til som terapeut (Berge & Repål, 2004).

Det er av vel så stor betydning hva pasienten selv bidrar med i behandlingen. For å oppnå et godt resultat må pasienten være engasjert, aktiv i sin pasientrolle, åpent kunne diskutere tanker og følelser og jobbe med egen endring mellom timen (Berge et al., 2008).

TRAUMER

Forskning har vist at det er en overopphopning av tidligere traumer i denne pasientgruppen, enn i befolkningen generelt (Morrison et al., 2003). De ser ut til i større grad å ha blitt utsatt for omsorgssvikt og overgrep. Ut fra stress-sårbarhetsmodell kan en tenke seg at dette har vært med på å utløse psykosesyntomer. I tillegg kan psykotiske opplevelser i seg selv oppfattes som traumatiske. Dette stemmer overens med hva vi har møtt i vår kliniske praksis. Det er samtidig viktig å påpeke at det også er mange med psykose som ikke har opplevd traumer.

Etter vår vurdering vil det fremme eller hemme en god terapeutisk allianse om terapeuten forholder seg til traumer eller ikke. Man må ta hensyn til dette i valg av metodikk og være spesielt oppmerksom på spesifikke utfordringer i terapi knyttet til pasientens traumeerfaringer. I følge Bak og kollegaer (2005) kan det å ikke spørre om traumer være til hinder for valg av optimal behandling og forlenge pasientens lidelse unødvendig. Vi tenker at det er viktig at en spør om overgrep tidlig i behandlingsforløpet, slik at pasienten føler at det er

tillatt å snakke om, og ser at vi som behandlere tåler å forholde oss til dette:

«Ved påsketider sa han at han kom til å tvangsinnlegge meg og at jeg ikke kunne gå fra kontoret. Jeg var livredd! Det kom to politifolk. Jeg mener det hadde vært mulig å gjøre det på en annen måte. Jeg gikk med politiet, de kom i uniform. Jeg turte ikke annet! Det var surrealistisk, bisart, så uvirkelig! Det var ikke nok med at det var uvirkelig i hodet mitt! Jeg sa ikke stort. Det var helt jævlig! Jeg hadde så mye angst, var så livredd for hva som ventet meg, hva det innebar. Jeg hadde ingen erfaring med psykiatrien.» (Fra samtale med pasient)

Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at det også kan være uheldig å gå detaljert inn i traumebeskrivelser i behandling av pasienter med psykose. Det er noe pasientene må ønske å snakke om og de bør som ved annen traumebehandling være innenfor stabile rammer. Videre kan det å innføre en «panikk-knapp» være nyttig, det vil si at terapeut og pasient på forhånd blir enige om at hvis det blir for mye for pasienten så kan han eller hun lett kommunisere dette til terapeuten ved hjelp av et tegn. Dette er en ofte benyttet teknikk i behandling av pasienter som har blitt utsatt for traumer.

ALLIANSE OG METODE – TO SIDER AV SAMME SAK

Kognitiv terapi ved psykose må bygges både på en god relasjon og på konkrete metoder som kan hjelpe pasienten til forstå og mestre sine psykotiske opplevelser, og slik bidra til hjelp til selvhjelp. Det er nødvendig å jobbe aktivt for å engasjere pasienter i denne formen for terapi, og møte de spesifikke utfordringer pasienter med psykose kan ha på en kreativ og positiv måte. Pasienten må oppleve at terapeuten er til å stole på og føle seg trygg og respektert, slik at en sammen kan utforske skremmende og ofte skambelagte opplevelser og forestillinger. Dette er ofte en utfordring, ikke minst når pasienten er mistenksom og paranoid, og opplever terapeuten spørsmål som truende.

Terapi er et møte mellom mennesker der teknikk og relasjon inngår i en helhet. En oppdeling av terapiprosessen i ulike biter, hvor man skiller mellom såkalte fellesfaktorer, terapeutfaktorer, pasientfaktorer og teknikker, er problematisk i klinisk praksis (Berge et al., 2008). Alliansen må som nevnt ikke forstås som ensbetydende med en trygg, varm og god relasjon mellom terapeut og pasient, men også som et arbeidsfelleskap basert på enighet om mål og midler for terapien. God terapi er når pasient og terapeut i felleskap samarbeider mot definerte mål ut fra pasientens problemer og opplevelse av virkeligheten.

Vår erfaring er at en rekke av teknikkene i kognitiv terapi har betydning for å etablere en god allianse, men er spesielt viktig i første fase i kognitiv terapi ved psykose. Man vektlegger de virksomme faktorene i den terapeutiske alliansen vi har beskrevet, som empati, kongruens og realistiske og positive forventninger, samtidig som man benytter spesielle teknikker som bidrar til å etablere en terapeutisk allianse. Dette er i tråd med forskningen som viser at det er spesielt viktig å etablere en god allianse tidlig i behandlingen (Horvath et al., 2002).

UTFORDRINGER I Å ETABLERE ALLIANSE VED PSYKOSE

I vår praksis opplever vi at pasienter med psykoseproblemer kan ha lite eller ingen sykdomsinnsikt, i motsetning til terapi ved andre psykiske lidelser, hvor pasienten selv som regel oppsøker hjelp i forhold til et uttalt problem. Manglende innsikt vanskeliggjør oppstart av terapi og etablering av en god terapeutisk allianse. Hvis pasienter ikke innser at de har et problem, er det liten grunn for dem å engasjere seg i terapi. Under disse betingelsene er den gode kontakten mellom terapeuten og pasienten ofte eneste grunn til at pasienten kommer tilbake til neste time (Nelson, 2005). I møte med pasienter er det som nevnt deres virkelighetsforståelse som er utgangspunktet for å etablere en allianse og få til terapeutisk endring. Det å kunne stille spørsmål ved sin egen virkelighetsforståelse vanskeliggjøres ved manglende innsikt (Duncan, Miller & Sparks, 2004). Pasientens ulike forklaringer på problemer kan ha hjulpet pasienten til å gi mening til sine opplevelser, og derved redusere ubehaget. Mangelen på innsikt kan i utgangspunktet ha vært funksjonell, men skaper senere i livet nye problemer (Morrison et al., 2004).

«Manglende innsikt vanskeliggjør oppstart av terapi»

Det å få diagnosen schizofreni kan av mange pasienter oppleves som svært stigmatiserende, både på grunn av egne og andres fordommer. Blant mange mennesker assosieres schizofreni med galskap og bisarr og kanskje farlig atferd, og som en tilstand som er uforanderlig. Mediene fremhever ofte psykiatrisk diagnose ved omtale av alvorlige kriminelle handlinger. Schizofreni er med andre ord en diagnose som kan fremkalle frykt og usikkerhet, og som er forbundet med håpløshet. Stigma defineres vanligvis som noe negativt som kommer utenfra og som personen selv ikke har kontroll over. Pasienten betraktes her som passivt offer for andres negative holdninger. I forhold til schizofreni er det ofte slik at den mest ødeleggende effekten av stigma skyldes subjektiv internalisering av disse negative verdiene, og dette er en kognitiv prosess som kan reverseres og forandres. Det å forandre hvordan pasienten selv og dennes pårørende reagerer på stigma vil sannsynligvis ha mye bedre effekt, og er mer realistisk å få til, enn store kampanjer som forsøker å endre folks negative holdninger (Phillips et al., 2002). I tillegg opplever mange i denne pasientgruppen et dobbelt-stigma i det de ofte også har et rusmiddelproblem, med alle de stereotyper og fordommer som er forbundet med slike vansker.

Det å ha en psykoselidelse medfører i større eller mindre grad en kognitiv svikt. Dette kan knyttes til pågående hallusinasjoner og vrangforestillinger, bivirkninger av medikamenter eller være et resultat av negative symptomer. Oppmerksomhet, konsentrasjon og evnen til logisk tenkning påvirkes av dette, og dette innvirker igjen på hvordan man fortolker omgivelsene og seg selv.

Møller (2003) fant i en undersøkelse av prodromalfasen at mange pasienter opplevde dype og varige forstyrrelser i selvopplevelsen. Dette er en smertefull

«Jeg følte hun misbrakte min tillit»

fordreining i opplevelsen av seg selv som menneske, ens selvbevissthet. Dette er ofte intenst smertefullt og traumatisk, og er et tema som nok i stor grad har blitt neglisjert i behandling.

Andre utfordringer i forhold til å etablere en god behandlingsallianse er kulturelle forskjeller, rusmiddelmissbruk, personlighetsforstyrrelser, paranoiditet, fiendtlighet, grandiositet, liten samarbeidsvillighet, negative holdninger fra pårørende og andre, tvangsinnleggelse, å være meget tilbaketrukket eller å være overmedisinert.

SYMPTOMFOKUSERT TILNÆRMING TIL SAMARBEID

Den kognitive terapimodellen tar som nevnt utgangspunkt i den enkeltes symptombilde, og pasientens virkelighetsforståelse danner grunnlag for samarbeidet. Å være symptomfokusert innebærer å kartlegge den enkeltes symptomer, vansker og spesifikke utfordringer, og i samarbeid med pasienten bli enige om mål for behandlingen. Det legges stor vekt på å etablere en individuell kasusformulering i samarbeid med pasienten. Denne er utgangspunkt for en felles forståelse av problemutvikling og opprettholdende faktorer. Imidlertid vil det ved alvorlig psykoselidelse ofte være vanskelig å få til en fullstendig kasusformulering, og man må da være fleksibel i forhold til å finne mål for behandling som man kan enes om. Det å etablere felles mål er utfordrende, men nødvendig. Her er det viktig å presentere kognitiv metode på en måte som får pasienter til å tenke at metoden kan være nyttig for dem.

Terapeuten må være fleksibel i forhold til når, hvor og hvordan en gjennomfører terapi, og hvilke konkrete teknikker som tilbys den enkelte pasient. Det er her avgjørende at en makter å møte pasienten på en ikke konfronterende eller ikke korrigerende måte.

«Jeg følte at hun (behandler) vred på alt jeg hadde sagt. Hun sa jeg var veldig paranoid. Etter det nektet jeg for alt. Jeg følte hun misbrakte min tillit, og vred på ting jeg hadde sagt på tomannshånd. Det var sterkt å få høre det om seg selv. Jeg følte meg umyndiggjort, og fryktet at jeg aldri ville slippe ut igjen.» (Fra samtale med pasient)

Kråkvik og Repål (2008) påpeker at det har stor betydning for etablering av samarbeid om terapeuten er i stand til å tåle, romme og akseptere avvikende opplevelser, som psykotiske symptomer. Det er derfor viktig at man ikke gir opp om man ikke forstår pasienten. Med god tid og tilstrekkelig utholdenhet fra terapeut og med assistanse fra pasienten vil en kunne oppnå økt forståelse (Kingdon & Turkington, 2005).

Vi vet at mange pasienter opplever en psykose som svært traumatisk. Det er viktig at vi som behandlere gjør nøye utredninger i forhold til opplevelsen av en psykose og den behandlingen pasientene har fått, i tillegg til eventuelle andre traumer som kan ha forekommet før under eller etter psykosen. Sentralt her er utforskning av innholdet i pasientens oppfatninger, fortolkninger og

attribusjoner knyttet til dette (Gumley et al., 2007). Det er etter vår erfaring spesielt viktig å ta tapet av en opplevelse av mening og sammenheng i tilværelsen som følge av psykose på alvor. Derfor må man i behandling hjelpe pasientene med å sette psykoseopplevelsen inn i en sammenheng, slik at den blir mer forståelig for dem og noe de kan mestre.

«Jeg isolerte meg mer og mer og hadde mange merkelige ideer. Jeg var deprimert og hadde selvmordstanker. Ting falt fra hverandre, ting fungerte ikke. Alt var kaos – tanker og følelser. Jeg hadde mye angst og uro, var deprimert... Hadde angst knyttet til at jeg var redd for meg selv! Jeg hadde selvdestruktive tanker. Det var skremmende! Hele denne perioden er veldig uklart for meg, det er vanskelig å huske.» (Fra samtale med pasient).

Målet er å respektere og møte den andre der han eller hun er sitt liv, og å forsøke å se og forstå problemene ut i fra dette. Dette er alliansebyggende, og terapeuten vil oppfattes som empatisk nettopp fordi en viser at en forsøker å forstå:

«Jeg tror at selv med syke mennesker går det an å ha en fruktbar dialog, hvis man blir møtt med medmenneskelighet, empati og omsorg. Det er jeg overbevist om! Man må ha *med* seg folk.» (Fra samtale med pasient).

I terapien vektlegges ekthet, åpenhet og en uforbeholden positiv holdning så vel som respekt for personen og dennes symptomer. Vår erfaring er at det er spesielt viktig å være seg bevisst hvordan man balanserer disse faktorene i forhold til pasienter med psykoselidelser. Hvis man ikke er ekte, vil det lett kunne gjennomskues og gi grobunn for mistenksomhet og manglende tillit. Utfordringen ligger i å være ærlig samtidig som man viser respekt for pasientenes antagelser og forestillinger, og møter den på en autentisk måte. Dette er faktorer som vektlegges i kognitiv terapi ved psykose. Kingdon og Turkington (2005) oppsummerer faktorer av betydning for å få dette til: Passende empati, ikke-dominerende varme, uforbeholden positiv holdning og respekt, ikke fordømmende holdning, ekthet, ærlighet og tillitsfullhet. Terapeuten kan være empatisk med pasients affekt og opplevelse, men uten å bekrefte alle pasientens forestillinger. En for aktiv innlevelse og uttrykk for empati kan for noen pasienter virke skremmende, og de kan da trekke seg tilbake fra terapi. Vår erfaring er at en affektiv inntonning i forhold til pasientens aktuelle tilstand er avgjørende for å lykkes.

Terapeuten i kognitiv terapi legger vekt på å være tydelig og konkret og inntar en aktiv rolle. Dette bidrar til forutsigbarhet og trygghet i behandlingssituasjonen og gir rammer som er gunstige for pasienter med psykoseproblematikk (Kråkvik & Repål, 2008). Ved å møte og ta utgangspunkt i pasientene i egne opplevelser og problemer innenfor disse rammene, åpnes det også opp for å møte utfordringer som for eksempel manglende innsikt, selvforstyrrelser og traumeerfaringer.

«På det tidspunktet hadde jeg mistet mer og mer styring på livet, blitt mer og mer forvirret. Jeg mistet meg selv, jeg kjente ikke meg selv igjen; tanker,

«En affektiv inntoning i forhold til pasientens aktuelle tilstand er avgjørende for å lykkes»

ideer og meninger var utflytende. Man blir forandret i forhold til hvordan man kjenner seg selv. Jeg følte meg fremmed.» (Fra samtale med pasient) Gjennom kognitiv terapi lærer pasienten å stille spørsmål ved sin virkelighetsforståelse, og åpner opp for nye antagelser om seg selv og omverden. Ifølge Kingdon og Turkington (2005) spiller innsikt en sentral rolle i bedringsprosessen. Sokratiske dialog kan her virke positivt ved at pasientene selv i stor grad opplever at de «eier» ny innsikt. Mange personer med psykose har svekket kapasitet eller evne til å resonnerer og komme frem til alternative forklaringer,

eller de kan tro så sterkt på vrangforestillingen at de ikke forstår at det er mulig å komme frem til alternative forklaringer. Hvis en virkelig vet noe, så er det jo ikke noe poeng i å forsøke å se på dette fra andre synsvinkler? Fordi pasientens tilstand og grad av innsikt raskt kan endre seg – ofte fra time til time – er

det viktig at terapeuten kontinuerlig er bevisst på og spør pasientene om de har samme oppfatning av hallusinasjoner eller vrangforestillinger som de hadde sist en snakket om det.

De forskjellige strategiene som benyttes i kognitiv terapi må ikke gjøres i en bestemt rekkefølge for at det skal ha en positiv effekt (Nelson, 2005). Behovet for stor fleksibilitet fra terapeuten side stiller imidlertid enda større krav til at vi som terapeuter har klare planer og en tydelig rasjonale for behandlingen.

ENGASJEMENT

I kognitiv terapi ved psykose vektlegges det å engasjere pasienter i behandlingen. Terapeuten sosialiserer pasienten til den kognitive modellen. En teknikk er å dele eventuelle egne positive erfaringer med kognitiv terapi eller selvhjelp, for eksempel ved en fobi eller prestasjonsangst. En kan dessuten vise til at metoden har dokumentert sin nytteverdi gjennom forskning, og slik gi pasientene økt håp om at metoden kan hjelpe dem til økt livskvalitet og bedre sosial fungering. Det vektlegges at kognitiv terapi er et aktivt samarbeid, med felles mål, hvor pasienten får ny kunnskap om kognitiv terapi (Hagen, 2006).

Det er en stor og krevende utfordring å få pasienter med psykoselidelser til å bli interessert i og få tro på terapi. Det er en forutsetning at terapeuten selv viser engasjement og positive forventninger. Vår erfaring er at den første timen kan være den viktigste både for pasient og terapeut. Mange pasienter med psykoseproblematikk møter terapeuten med mistenksomhet og tilbakeholdenhet, og kan presentere lite av hva de sliter med. Pasientene kan ha vansker med å stole på andre som følge av psykosesymptomer, men også fordi de har negative erfaringer med behandlingsapparatet. Psykotiske symptomer kan i seg selv være med på å svekke pasientens vilje til å engasjere seg. En pasient kan for eksempel høre kommanderende stemmer som sier «Ikke hør på terapeuten, hun er ikke til å stole på.»

En terapeut som er empatisk, interessert og viser respekt, vil kunne lykkes i å vinne over pasientens skepsis, mistenksomhet og angst.

«Jeg fikk et godt inntrykk i første møte med psykologen. Jeg hadde jo bare dårlig erfaring fra før. Hun hadde en forsiktig tilnærming, hun tok seg tid til å lytte til meg, jeg ble hørt. Jeg var livredd før første samtale for å si noe. Det tok tid å tørre å si noe, først om angst og depresjon, etter hvert om suicidalitet og andre ting. Jeg ble møtt på en vennlig måte.» (Fra samtale med pasient).

Målet er å være åpen i kommunikasjonen, ærlig og tydelig i forhold til hva en tenker og hvorfor. Det er viktig at kommunikasjonen så langt det lar seg gjøre er mellom likemenn. Å holde konversasjonen i gang i en avslappende atmosfære vekker engasjement og bygger en god relasjon (Kingdon & Turkington, 2005).

«Vi begynte forsiktig å gå inn i ting. Jeg brukte en del sitater fra litteratur, det var en trygg måte å beskrive på. Vi snakket en del om litteratur. Det føltes trygt. Et tema du kan snakke om uten at det er farlig. Det som er viktig er at man kan ha en dialog. Det er en lang prosess å få tillit til og å stole på folk.» (Fra samtale med pasient).

Terapeuten har som mål at timene skal være positive, til og med hyggelige opplevelser, så langt det lar seg gjøre. Et kjennetegn ved psykoselidelser er jo nettopp at pasientene ofte fungerer og takler sosiale situasjoner dårlig, og at de har mange sosiale nederlag. Til tider vil en derfor samtale om nøytrale, men engasjerende temaer som ferier, været, sport, litteratur eller aktuelle tv-programmer.

Terapeuten vektlegger å være nøyaktig, konsistent og tydelig i forhold til det en ønsker å kommunisere. Man bruker et språk som pasienten forstår, bruker ikke ironi eller overført betydning, og unngår å være konfronterende. Det å skape et fortrolig forhold («befriending»), etablere felles mål, ha et riktig tilpasset språk og en god forklaring på hvorfor en gjør det en gjør vil også kunne øke pasientens engasjement. Terapeuten er en venn og er personlig så langt det lar seg gjøre! Optimal bruk av selvavsløring kan her bidra til at en blir en tydelig person for pasienten, og dermed mindre skremmende. Terapeuten kan fungere som en rollemodell for pasienten, og gjennom modell-læring kan pasienten lære å takle vanskelige situasjoner.

En må som nevnt være mer aktiv i forhold til å oppsøke pasienter med psykose i en startfase av terapien, da de ofte mangler både sykdomsinnsikt og motivasjon. Det er viktig at man som terapeut gjør et godt forarbeid og kartleggingsarbeid, innhenter relevant informasjon fra pasienten selv, fra familie og fra andre relevante kilder. Det er særlig viktig at terapeuten er nysgjerrig, setter seg inn i og oppdaterer seg i forhold til det pasienten er opptatt av. Med utgangspunkt i den enkeltes symptombilde og livssituasjon kan man i samarbeid med pasienten planlegge videre behandling og også

«Målet er å være åpen i kommunikasjonen»

eventuelle tiltak i forhold til familie og nærmiljø. Oppmerksomhet bør også rettes mot hvilket stadie i endringsprosessen pasienten befinner seg i. For å klare å engasjere pasienter i terapi er det nødvendig å møte pasienten der han eller hun er.

Det finnes mange risikofaktorer som vanskeliggjør det å oppnå engasjement, som for eksempel terapeutens og pasientens forutinntatthet, at terapeuten ikke klarer å være empatisk, vekker for mye angst, eller ikke klarer å være sensitiv nok. Chadwick (2006) hevder at det er særlig terapeutens tro og antagelser som svekker den terapeutiske relasjonen og fremgang i terapi. For å unngå at egne antagelser i for stor grad skal ødelegge terapien, kan det være lurt at terapeuten i forberedelsene til en time observerer egne følelser og forventinger i forhold til hva som skal skje i timen.

En utfordring man møter i behandling av pasienter med alvorlig psykoselidelse er pasienter som ikke ønsker å samarbeide. Dette er ofte pasienter som er lagt inn på tvang og med manglende sykdomsinnsikt. De oppfatter at behandlerne jobber imot dem, holder dem tilbake på sykehuset og tvinger dem til å ta medisiner. For å forstå sammenhengen mellom pasientens tidligere erfaringer og deres holdninger og forventninger til behandling, kan det være en hjelp at man i løpet av de første timene går gjennom pasientens negative og positive erfaringer med behandling. Relasjonen utvikles gjennom å vise interesse og omsorg. Ofte kan det å hjelpe pasienten med mer praktiske gjøremål være meget virksomt i startfasen, selv om dette egentlig ikke inngår som et ansvarsområde for behandler. Ved å gjøre dette selv, heller enn å delegere det til miljøpersonalet, viser terapeut gjennom handling at en faktisk bryr seg om og ønsker å hjelpe pasienten (Nelson, 2005).

En særlig utfordring i forhold til det å oppnå engasjement kan være når pasienten har kognitiv svikt. Fleksibilitet rundt når og hvordan timene gjennomføres kan også være en fordel, særlig i starten av terapien. Fordi mange sliter med å huske avtaler kan det være en fordel at en har terapitimene til faste tider og at en ikke gir hjemmeoppgaver, da disse kan medføre nok en opplevelse av at det er enda en ting de ikke mestrer. Det er også viktig at en er fleksibel i forhold til form og varighet av terapitimene. Tradisjonelt sett varer en terapi-time i 45 minutter med et mer eller mindre forutsigbart program. Dette må en være spesielt åpen for å endre i møte med personer med psykoseproblematikk. For noen vil 15 minutter være mer enn nok, mens andre kanskje har behov for en lengre samtale om dagligdagse temaer før de er klare for å snakke om mer vanskelige temaer.

Som behandler må en være utholdende, men også evne å trekke seg tilbake dersom pasienten blir for urolig. Det er viktig at det blir flyt i samtalen, slik at pasienten ikke oppfatter terapien som et slags forhør eller som kjedelig og uinteressant. Dette ser også ut til å være en av de faktorene som er mest effektivt i forhold til å styrke relasjonen. En må ikke gape over for mye på en gang,

men samtidig holde samtalen i gang. Pasienter kan ha ulik grad av toleranse for stillhet. Vår erfaring med pasienter med psykoseproblematikk er at mange ikke ser ut til å takle lange pauser og at disse øker angst som igjen vil kunne forverre psykosesymptomer.

NORMALISERING

Etter vår erfaring er normalisering en av de viktigste komponentene for suksess i kognitiv terapi ved psykose.

«Det er ikke så lett å finne noen mening med livet, når livet man lever er for unormalt, for annerledes, og at det er sykt, ja veldig sykt, og at jeg på grunn av dette aldri vil kunne bruke ressursene, gavene livet har gitt meg. Det er ikke så lett å tro på seg selv når man får høre, at man aldri kan få oppfylt noen av drømmene sine. Det er nemlig ikke lenger rom for drømmer når man er blitt psykiatrisk pasient.» (Thune, 2004).

Normalisering i kognitiv terapi gjenspeiler en terapeutisk holdning preget av empati. Man plasserer pasientens problemer inn i konteksten av normalpsykologiske fenomener. Dette vil motvirke stigmatisering. Psykotiske symptomer befinner seg på samme dimensjon som det normale. Mange opplever psykotiske symptomer som dramatiske, og de vekker sterkt emosjonelt ubehag. Det å oppleve at en ikke har kontroll over eget liv, tanker og følelser er skremmende. Det er denne opplevelsen terapeuten må møte, ved å fremheve at opplevelsen av emosjonelt ubehag er normal og forståelig, og ved å få pasienten til å se at han eller hun ikke er alene om sine tanker og følelser.

Normalisering er sentralt for å etablere en terapeutisk allianse. En utforsker temaer på en ikke-truende måte før en fokuserer på pasientens symptomer. Normalisering reduserer dessuten følelser av skam og mindreverd (Dudley et al., 2007). Forskning har vist at psykotiske opplevelser i ulik grad forekommer i den generelle befolkningen, og at en derfor bør se på slike opplevelser mer som et kontinuum enn som kategorisk forskjellige fenomener (Romme & Escher, 1989). Det å avdramatisere symptomer ved normaliseringsteknikker kan etter hvert føre til endring i fortolkning og opplevelse. Dette har vi positive erfaringer med i vår praksis. Målet er å fremme en forståelse av at tilsynelatende normale psykologiske fenomener også kan minne om psykotiske symptomer og gjennom dette redusere ubehaget forbundet med psykotiske symptomer. Det kan også være en hjelp i forhold til sekundære emosjonelle reaksjoner, som angsten for angsten, skammen for angsten og depresjon over det å oppleve manglende kontroll på depressive symptomer.

Det er ulike måter å normalisere på, både i forhold til fysiologiske, emosjonelle og kognitive fenomener. En tilnærming er å normalisere gjennom å fremheve virkningen ulike stressfaktorer kan ha for utvikling av psykotiske symptomer. Ved å vise til stress-sårbarhetsmodellen, som sier at sårbarhetsfaktorer i kombinasjon med stressfaktorer kan føre til utvikling av psykosesymptomer,

«Det er også viktig at en er fleksibel»

kan man hjelpe pasienter til å finne alternative forklaringer. Man kan også vise til vitenskapelige bevis for normale omstendigheter der psykotiske symptomer kan forekomme, som deprivasjonstilstander (berøvelse eller fravær av søvn og sanseinntrykk), frykt (for eksempel ved gisselsituasjoner, seksuelle og fysiske overgrep) og organiske (for eksempel medikamentindusert psykose). Andre mulige utløsende faktorer som kan være temaer i slike samtaler er rusmidler eller alkohol, abstinensstilstander, hjernestimuli, tap, sorg, feilidentifisering og hallusinerende fenomener, hypnagoger og hypnopompiske hallusinasjoner (umiddelbart før og etter søvn) og tilstander av transe, for eksempel religiøse seremonier (Kingdon & Turkington, 1994). Det at opplevelsene ikke vedvarer skiller slike opplevelser fra psykiatriske tilstander, men ut over dette er det mange likhetstrekk. Man kan dessuten vise til at uvanlige antakelser er svært utbredt i befolkningen, slik at grensen mellom patologiske vrangforestillinger

ikke er så lett å trekke. I en undersøkelse viste det seg for eksempel at 50 prosent trodde på tankeoverføring, 50 prosent på spådommer om fremtidige hendelser og 25 prosent på spøkelses (Cox & Covling, 1989).

«..uvanlige antagelser er svært utbredt i befolkningen...»

Normalisering kan også være en viktig tilnærming i forhold til pasientens traumeerfaringer, ved å fremheve at deres opplevelse av emosjonelt ubehag knyttet til disse erfaringene er normale og forståelige. Et grunnprinsipp i terapeutisk arbeid med traumatiske opplevelser er viktigheten av å snakke om det som har skjedd, både konkret og detaljert, slik at det blir en integrert del av personens selvbiografiske hukommelse. I kognitiv terapi betraktes det psykotiske gjennombruddet som en traumatisk og dermed meget meningsbærende opplevelse, og det er derfor viktig å vie detaljer i denne opplevelsen full oppmerksomhet (Berge & Repål, 2004).

Den største risiko ved normalisering kan være en uheldig minimalisering av pasientens problemer. Hvis normalisering gjøres på en lite sensitiv måte, kan pasienter oppfatte at andre mestrer liknende opplevelser uten problemer og at det er de selv det er noe galt med. Man må derfor som terapeut ha et reflektert forhold til hvor langt man går i å hevde at psykosesyntomer er normalt (Kingdon & Turkington, 1994).

KONKLUSJON

Etter vår oppfatning gir kognitiv terapi ved psykoser et godt grunnlag for å etablere en god terapeutisk allianse. Tilnærmingen bygger på et menneskesyn preget av respekt, individualisering, normalisering og inklusjon. Man er opptatt av mennesket og ikke diagnosen, og har spesifikke metoder for å redusere skadevirkninger av fordommer og stigma. Dessuten er det en grunnleggende forutsetning at pasienten og terapeuten er likeverdige og aktivt samhandlende i den terapeutiske prosessen.

Selv om kognitiv terapi ved psykose viser lovende resultater, virker ikke denne terapeutiske tilnærmingen for alle pasienter, og alle terapeuter mestrer ikke metoden like godt. Det er derfor viktig å være edruelig i forhold til hva som er mulig å oppnå gjennom individualterapi. Men en god terapeutisk relasjon og allianse, og den interessen, respekt og omsorg som terapeuten viser overfor pasienten, kan uansett i seg selv redusere negative virkninger av alvorlig psykoselidelse i forhold til pasientens liv og sosiale nettverk. Psykoselidelser har store konsekvenser for pasientens liv og medfører omfattende relasjonelle problemer og et magert nettverk, som igjen fører til tap av selvtilit, selvfølelse og selvrespekt (Nelson, 2005). Det er derfor viktig å være opptatt av hele det terapeutiske landskapet utover det terapeutiske rommet, det vil si at man også må orientere seg mot familie og nærmiljø. ■



Ord om tanker og følelser

ARNE REPÅL

Paul Simon om selvkritikk

En av tekstene på Paul Simons siste plate «Surprise» bærer tittelen «Sure Don't Feel Like Love». På samlingen «iTunes Originals» fortelle han om sin karriere som musiker, og om bakgrunnen for teksten på nevnte sang. Her har han noen refleksjoner omkring selvkritikk som kan være av interesse også sett med kognitive briller:

– Hva er den kritiske stemmen som er i hodet hele tiden. Virkelig kritisk! Den sier det ikke er bra nok, at du ikke er god nok, at det ikke kommer til å fungere! Bare kritikk og kritikk.

– Hvor kommer den fra? Hvem er den stemmen, som sier dette hele tiden? Fordi det «Sure Don't Feel Like Love!» Og det er virkelig mitt poeng. Denne konstante kritikken som mange av oss lever med – selvkritikk. Hvor kommer den fra? For den er ikke særlig omsorgsfull. Den er svært kritisk og stopper aldri!

– Mitt poeng er at vi må overse den stemmen. Den er for hard. Her er grunne til at vi skal overhøre den: Den presenterer seg ikke! «Hvem er du?» «Det forteller jeg deg ikke! Jeg bare forteller deg at du er dårlig, at du er uverdigg, at du ikke vil lykkes, at du ikke vil klare det! Jeg er noen dypt inni deg!» Og fordi det kommer innefra deg selv tror du det har gyldighet – fordi det kommer innenfra deg. Men egentlig har det ingen gyldighet. Jeg tror det er en arrogant kritikk, og jeg tror at dersom du løfter den ut av selvet og inn i kulturen, finner du det samme der. Det er en ekstremt kritisk kultur. Den er villig til å bryte folk ned. Det er en kultur som «Sure Don't Feel Like Love» for øyeblikket!

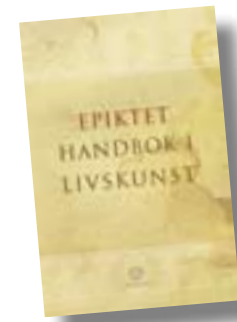
Norsk oversettelse Arne Repål

Handbok i livskunst

BOKOMTALE

ARNE REPÅL

Bokomtale
Epiktet
Handbok i livskunst
Det Norske Samlaget, Oslo 2008
80 s.
Pris kr. 249,-



En av filosofihistorienes klassikere er «Handbok i livskunst», som er en sammenfatning av filosofen Epiktets tanker, og består av 53 skriftstykker. Epiktet, som ble født i Hellas ca år 50, kom til Roma som slave, men ble senere frigitt og kom i lære hos de stoiske filosofene. Mange av grunntanke i den kognitive terapimodellen bygger på ham. Han peker således på at det ikke er hendelsene i seg selv som påvirker oss, men like mye hvilke tanker vi gjør oss om disse hendelsene. Hans budskap er at vi må prøve å endre på våre oppfatninger om ting der disse er uhensiktsmessige: Kunsten er å vinne sjelefred gjennom å godta ting slik de er, og gjennom selvstendig tenkning, fornuft og trening av indre styrke ta styring over oss selv.

Ikke alt det Epiktet mente er like lett å si seg enig i. Når han hevdet at man ikke skulle bry seg om politikk, makt og religion er det vanskelig å svelge for den som er vant til å leve i et demokrati. Et filosofisk budskap om at vi alle bare må godta vår skjebne kan også bidra til å opprettholde undertrykkelse! Epiktet kan også virke litt lite empatisk med den som sørger over tapet av ett barn eller en ektefelle. Hans hovedbudskap synes å være at dette er hendelser man skal betrakte på samme måte som det å levere tilbake noe man har lånt. Når det er sakt, er det mange betraktninger til ettertanke, og «Handbok i livskunst» er en bok den opplyste kognitive terapeut bør ha i sin bokhylle. Boken ble første gang utgitt å norsk i serien «Klassiske bokverk» i 1927, og er vakkert oversatt til nynorsk av Bjarne Skard. Boken har et instruktivt forord om Epiktet og stoismen, skrevet av filosofen Jon Hellenes. Til slutt en liten smakebit både på tankegods og flott norsk oversettelse:

Det som grev folk, er ikke hendingane sjølve, men tankane dei gjer seg om dei. Døden, til dømes, er ikkje noko å fæla for (då hadde det stått slik for Sokrates òg, skulle ein tru); men det er den trua at døden er fæl, som skapar hugverken. Difor, når noko går på tvert og vi misser jamvekt og suta tek oss, lat oss ikkje lasta andre, men oss sjølve, det vil seia dei galne meiningane våre. Det er fåvitingen som klagar på andre når det går han ille; den filosofiske nybyrjaren klagar på seg sjølv. Men den som har verkeleg daning, gjer korkje det eine eller det andre.



Hvordan smaker egen medisin?

METAFORSPALTEN

ODIN HJEMDAL

Ondt skal med ondt fordrives. De fleste har smakt medisin og ofte smaker den ikke godt. Men har dere smakt deres egen? Den siste tiden har jeg fått min dose. Det har seg slik at vi har kjøpt oss et rekkehus, men noen småting burde fikses. På veien til akademia har skrujern, hammer og sag ikke blitt forstyrrer for ofte av mine hender. Alt handler om erfaring. Har du mye, er du på kjente stier. Hammer og sag er dine venner og synger samstemt når du setter dem i arbeid. Med lite erfaring blir veien lenger og småting blir uoverstigelige hindringer. Med blånende tommer var spørsmålet. Profesjonell hjelp? Ja takk!

PROFESJONELL HJELP

Med profesjonell hjelp ønsker jeg meg noen som både kan forstå hva jeg ønsker gjort, finne praktiske og gjennomførbare løsninger og som ikke bruker for mye fag sjargong, uten at alle sparepengene ryker. To tom fire, eller to tom seks? Dragere er nærmest kinesisk for en som er mer vant til lukten av fersk trykksverte i bøker. Med disse ønskene, satte jeg ut i den vide verden av profesjonelle håndverkere. Hvem kan gi meg den hjelpen jeg trenger? I denne stunden var det som jeg kunne høre den indre samtalen til en pasient som søker etter hjelp.

Innledende runde – innhenting av anbud. Ganske utfordrende i grunnen, og å snakke med folk er jo del av hverdagen til psykologer. Variable priser, motsigende råd, og usikre fremdriftsplaner. Skulle det dreneres? Er det nødvendig med utvendig isolering av grunnmur i forbindelse med drenering? Skal det byggemeldes med nabovarsel? Hvor mange og hvilke naboer skal varsles? Uten erfaring er det ikke greit å vite. Jeg innhentet råd fra en bekjent i byggebransjen, og tenkte jeg ville få klarhet i sakene. Han gav meg rådet om å stole på magefølelsen i forhold til en entreprenør. Ikke ulikt det andre kan oppleve når de søker profesjonell hjelp.

BEKYMRINGER

Med usikker magefølelse, satte vi i gang prosjektet bygging av utvendig sportsbod samt drenering. Lettelsen over å ha tatt en beslutning varte noen

dager, men med de første spadetakene var bekymringene tilbake. Er de virkelige profesjonelle nok, kan de hjelpe oss, blir resultatet slik vi ønsker? Katastrofetankene ble følgesvenner. Plenen barna lekte på, ble forvandlet til store jordhauger, med gravemaskiner og lastebiler. Gata ble til en sti av leire. Hvordan skulle denne sommeren bli? Kan vi igjen spille fotball i hagen? Hva vil naboene tenke og si? Barna elsket jordhaugene, og fikk til og med kjøre gravemaskin på 7 tonn. Helt topp!

Katastrofetankene avtok litt, inntil betongsageren kom på besøk. Tegninger og nøye forklaringer fra entreprenøren tiltross; opp av kjelleren kom han litt rar i ansiktet. Uroen og tankene slo ned i hodet og magen samtidig. «Saget vinduet feil jeg, trodde det skulle være liggende, men dere ønsker det stående». Hvordan er det mulig? Profesjonell hjelp, jo takk! Uroen ville liksom ikke gi seg, jeg ble jaget av tanker på hva var det neste som kunne gå galt. Ved en tilfeldighet oppdaget jeg at reisverket til boden bare så vidt hang på en av støttepilarene. Tankene fikk ytterligere vann på mølla. Graveren kuttet telefonledningen til naboen på fruens 80 års dag! Da tenkte jeg: Profesjonell hjelp? Nei takk!

TRØSTENS ORD

Heldigvis er mennesket et nysgjerrig dyr, så også i vårt nabolag. Kvelds- og søndagsturer og hundelufting tok seg betraktelig opp i denne fasen. Naboene gikk formelig i tog forbi jordhaugene våre. Med glimt i øyet sa de alle mer eller mindre det samme. «Det blir så bra når det er ferdig». Midt oppi det hele hadde jeg vansker med å se for meg en lykkelig slutt. Jeg lengtet tilbake til blomstene, plenen og gamle dager. Naboenes trøstende ord var likevel smaken av egen medisin. Midt i det hele gav de sjenerøst et annet perspektiv, en såkalt kognitiv reformulering. Fra å være fokusert på alt som kunne gå galt, begynte jeg å drømme om hvordan det ville se ut når alt var ferdig. Humøret steg noen hakk og jeg fikk tilbake troen på at det en gang i fremtiden vil være verd innsatsen. Smaken av egen medisin er slett ikke verst! Skal det være litt mer? Stafettspinnen går videre til Stian Solem.

«Katastrofe-
tankene avtok
litt»



Veilederkorpset er grunnmuren i kognitiv terapiutdanningen

Det var stor pågang av søknader da vi for et år siden for femte gang annonserte foreningens veilederutdanning. Mange godt kvalifiserte søkere kom ikke med i den runden. Faktisk var det bare under halvparten som fikk plass. Derfor har vi valgt å starte et nytt program allerede i år, denne gang med både professor Hans Nordahl og professor Adrian Wells som kursledere.

OM VEILEDERUTDANNINGEN

Utdanningen består av syv samlinger med til sammen 120 timer over to år. Samlingene ledes av nasjonale og internasjonale eksperter. Hensikten er både å styrke kandidatenes identitet og ferdigheter som veiledere og å gi dem en oppdatering på status i det kliniske feltet. Etter utdanningen blir man godkjent veileder i kognitiv terapi. Tidligere kull har gitt dette utdanningstilbudet svært gode evalueringer. Til nå har 117 veiledere blitt utdannet, og 31 er under utdanning! Du finner mer informasjon om opptak og søknadskriterier i en annonse et annet sted i dette nummeret av Tidsskriftet.

Hvorfor en egen utdanning for veiledere? Utgangspunktet er at vi forstår veiledning som profesjonell virksomhet på linje med behandling og forskning. Hos veiledere kreves det derfor en kompetanse som kommer i tillegg til den kompetansen som kreves på andre virkeområder. Disse ferdighetene kan utvikles gjennom teori, praksis og øvelser og gjennom veiledning på egen veiledning.

Det er tankevekkende at forskningen som har vist at kognitiv terapi har dokumentert nytteverdi for mange av våre pasienter, er utført av terapeuter under veiledning. Veiledning er altså en integrert del av evidensbasert terapi.

KOMPETANSE OG VEILEDNING

Hvilken kompetanse er knyttet til god veiledning? I bunn ligger selvsagt solid klinisk kompetanse. Veilederen må kunne kognitiv terapi, være engasjert i fagutvikling og formidle denne kunnskapen og dette engasjementet videre til

sine kandidater. Men kunnskap om terapi er altså i seg selv ikke tilstrekkelig. Overgangen fra terapeut til veileder innebærer et viktig kognitivt skifte: Et endret fokus fra pasient til terapeut. Kandidaten er i en læresituasjon og veilederen skal skape et best mulig miljø for læring. Det handler om å gi konkret og nyanserte tilbakemeldinger, være oppmuntrende og motiverende og om å styrke kandidatens personlige autoritet som terapeut. Veileder skal ha kunnskap om teori og forskning på veiledningsfeltet, og må kunne benytte ulike metoder i sin veiledning, som lydbånd, video og rollespill.

Innenfor vår tradisjon har veiledningen store likhetstrekk med terapiformen. Vi ønsker helst målrettet og systematisk veiledning, og legger stor vekt på oppøving av konkrete kliniske ferdigheter. Samtidig ser vi at veiledningsalliansen har like stor betydning her som behandlingsalliansen mellom terapeut og pasient. Veiledning fungerer best når den er styrt av mål og oppgaver som er delt mellom kandidat og veileder, når roller og ansvar er rimelig godt definert, når tilbakemelding blir gitt på en konstruktiv og klar måte, og når veileder oppleves som faglig kompetent, engasjert, varm og empatisk. Jeg tror vi alle har en klar oppfatning av hva god veiledning er og hvor viktig den da kan være i vår utvikling som terapeut.

Det er nå over tusen kandidater som til enhver tid deltar i foreningens utdanninger. Vårt korps av veiledere er selve grunnmuren i denne virksomheten. Derfor satser vi mye på å følge opp veilederne også etter endt utdanning. Dette skjer gjennom regionale samlinger, med hyggelig samvær og faglig erfaringsutveksling, og gjennom vår årlige samling for alle landets veiledere. Denne samlingen har i alle år vært godt besøkt. Den har fungert som en inspirasjonsinnspjøtning som vi ser frem til og som vi gleder oss til. ■

Videregående seminar i kognitiv terapi

Relais La Corte de Bettona, Umbria, 5.–11. mai 2009

www.relaisbettona.com.

Hovedtema:

Relasjonens betydning i kognitiv terapi

Pris inkludert seminaravgift, 6 overnattinger i dobbeltrom, frokost, fly tur/retur Oslo–Roma, busstransport til hotell.

Kr. 10.900.-

Enkeltrumstillegg: Kr. 1700.-

Flyselskapet tar forbehold om eventuell økning i drivstofftillegg.

Det er mulig å ordne reise selv hvor det gis fradrag på kr. 3800.- av totalpris.

Mer informasjon om seminaret kommer senere.

Kursledere:

Patrick A. Vogel, Håkon Stenmark

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 legeförening 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. Det planlegges to samlinger i Trondheim, én i Bergen, to i Oslo, én i Kristiansand eller Bodø, og siste samling i England; Oxford eller Manchester.

Utgifter:

Kursavgiften er kr. 15.500 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, fysioterapeuter 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), samt at kandidaten har dokumentert solid klinisk erfaring med kognitiv terapi. Tidligere veilednings- og undervisnings erfaring 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. 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 24. desember 2008. Oppstart vil skje i begynnelsen av februar 2009.

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

Metacognitive Therapy: Masterclass

MCT masterclass is a training program at the Metacognitive Therapy Institute based in Manchester. Dr. Adrian Wells and Dr. Hans M Nordahl are responsible for the program.

The training will be held both in Manchester and in Oslo/Trondheim. The purpose of this training program is to provide opportunities for experienced CBT clinicians or specialists to achieve a high competency (specialist level) in MCT and CBT. The training programs will preferably be offered by the MCT-Institute in UK in collaboration with The Norwegian Association for Cognitive Therapy (NFKT) in a supporting role.

Objectives

At the completion of the training program therapists will:

- Acquired and refined skills of assessment and interviewing in MCT/CBT
- Have a basic knowledge of empirical background to this approach
- Have developed skills in metacognitive case-formulation
- Be able to administer MCT for a wide range of disorders
- Be able to use metacognitive techniques, such as ATT, Detached mindfulness and PETS

Course format

The course is taught twice every semester, in all 8 workshops over about 24 months. Teaching is organised in blocks of 2-3 days. In addition, participants will need to set aside 2 hours per week throughout the course as time for private study of relevant literature. This is crucial to meeting the demands of the course. The language of presentation will be English and Norwegian.

Supervision

During the program peer-supervision is compulsory on at least one session on a monthly basis. This will happen in groups of four and will be organised in the first workshop. An important tool in the peer-supervision is video feedback and the discussions.

Content in each workshop

Block	Content	Coaches
Block 1:	MCT: Theory and treatment	Wells/Nordahl
Block 2:	MCT of Social phobia	Nordahl
Block 3:	MCT of GAD	Wells
Block 4:	MCT of PTSD and traumatic stress	Wells
Block 5:	MCT of OCD	Fisher
Block 6:	MCT of Chronic depression	Papageorgiou
Block 7:	MCT of Borderline PD	Nordahl
Block 8:	MCT/CBT of Psychosis	Morrison/Turkington

Evaluation of competency and skills

Understanding of theory, research and clinical issues will be evaluated through extended case studies and in supervision, covering both straightforward and complex, comorbid cases. To provide an evaluation of clinical competency, we will be rating tapes of a selection of mid-treatment therapy sessions for each of the participants (videotaped cases) and provide a written feedback to each. The videotape recordings can be either in English or Norwegian.

Practice Log

To encourage continuous learning and self-reflection, the candidates are asked to keep a practice log, detailing training and supervision experiences on the course and elsewhere, relevant client contact, and goals in their private study. Also a review of the literature the participants have used should be written in this practice log.

Requirements

All participants should have patients during the program and have a professional qualification in a relevant area (e.g. psychiatric nursing, clinical or counselling psychology, psychiatry, occupational therapy, social work).

The participants should:

- Have acquired sufficient grounding in CT theory and practice to be eligible according to established NFKT criteria (see www.kognitiv.no for details).
- Be using CT as a primary therapeutic approach with patients
- Be actively engaged in delivering CBT treatment.

Given this level of experience and commitment, we anticipate that the candidates will have much to offer each other, and will be prepared to take an active role in their own learning.

Fee for participation

The MCT masterclass will be based on self-financing. Fees for the candidates for the 2008 intake will be 48 000 NOK for the two year program (24 000 per year). External institutions will be applied for financial support in order to reduce the costs of participation. Included in the fees are teaching, supervision support, venue, and drinks/beverages for the participants. Accommodation, lunch and travel expenses for the individual participant must be covered by the participant.

Sign up

If you want to participate you need to submit your CV, name and contact addresses to Mrs Lene Finnerud, NFKT, Modum Bad, 3370 Vikersund. By e-mail: post@kognitiv.no Applications should be submitted before 8. desember 2008.

More information

Contact Hans M Nordahl on e-mail hans.nordahl@svt.ntnu.no for more details.

