

NNT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 4 • ÅRGANG 7 • DESEMBER 2006 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 4/2006

4
Redaksjonelt

6
Aaron T. Beck og The Beck Institute

10
Kognitiv terapi for spesifikke
lidelser og grupper

18
Når ord held oss på avstand

20
Veiledersamling
2006

22
Innføringskurs på Hamar

25
Lederen har ordet

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2006 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**

Egil W. Martinsen

Norsk forening for kognitiv terapi,

Forskningsinstitutter

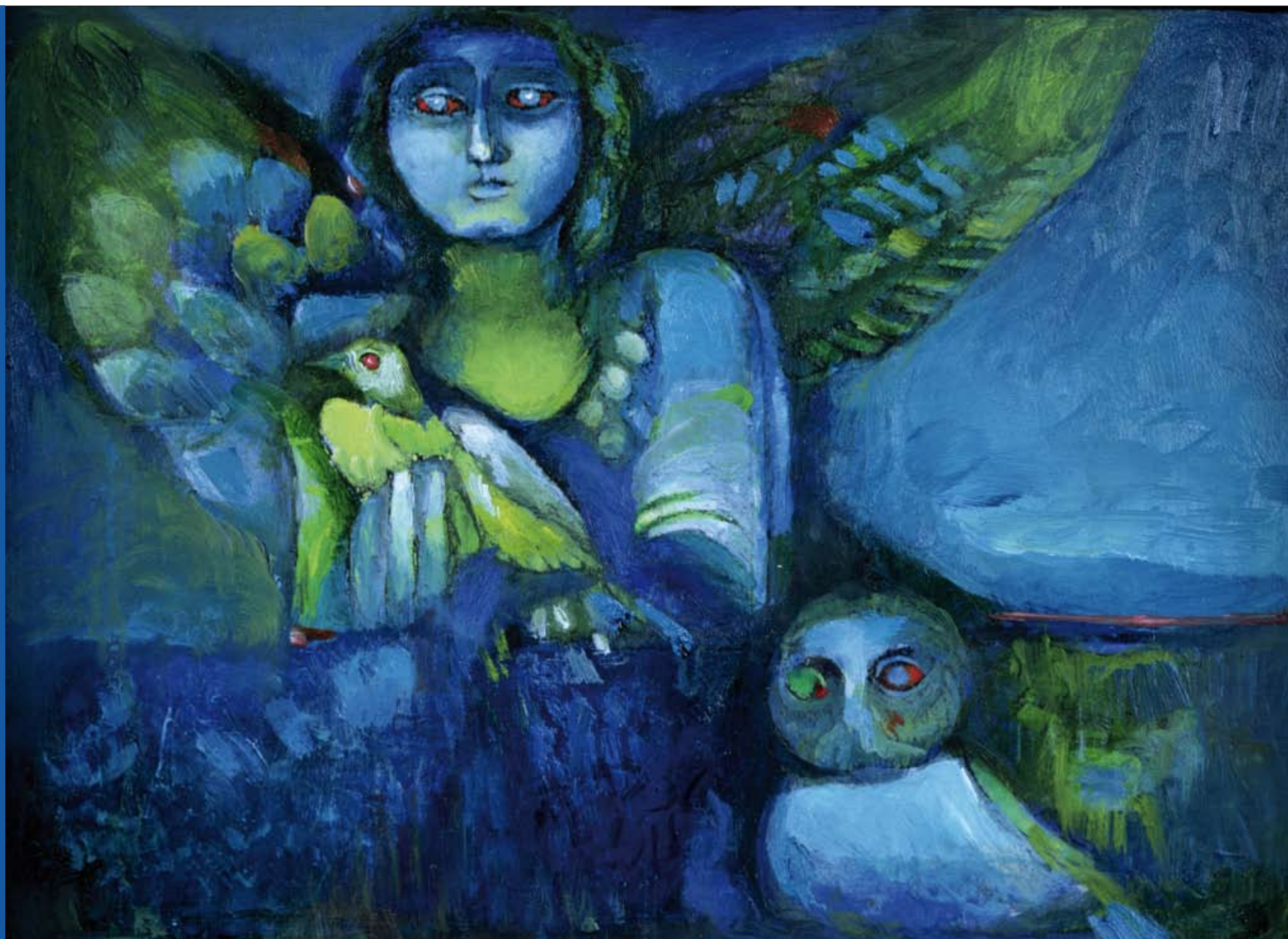
Modum Bad, 3370 Vikersund

Tlf. foreningen: 32 74 98 62

eller 32 74 97 00

E-post: post@kognitiv.no

Bankgiro nr. 2270 14 46686





Verdien av vrangforestillinger

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

«Tror du på julenissen?» De fleste av tidsskriftets lesere vil sikkert svare benektende på spørsmålet. Men dersom jeg spurte om du trodde på julenissen da du var barn, ville langt flere svart ja. Det vi tror på endrer seg. De fleste av oss har gjennom møysommelig realitetstesting kommet frem til at det er mye i livet som er for godt til å være sant. Og her er vi ved kjernen i dette nummerets redaksjonelt spalte: Det er ofte vrangforestillinger, feiltolkninger og feilaktige grunnleggende antagelser som gjør livet verdt å leve. Dersom vi virkelig tok inn over oss lidelsen i verden, usikkerheten om hva som venter oss neste dag og vissheten om våre nærmestes og egen død, ville livet vært uutholdelig. Den som helt mangler evne til å leve seg inn i andres skjebne er følelseskald, men for mye av den samme egenskapen kan være selvutslettende.

BACILLUS NIGER

Den svenske legen og forfatteren Axel Munthe skrev på begynnelsen av 1900-tallet en artikkel som berører samme tema. Han slet med dårlig humør og bekymringer om egen helse. Dette kommer klart frem i den pessimistiske tonen i mange av brevene hans og ikke minst i artikkelen *Skizzen*, som han lenge ventet med å utgi fordi han syntes den var for personlig. Her skriver Munthe at hypokondri er en infeksjonssykdom forårsaket av en mikrobe som bærer navnet *Bacillus Niger*. Den sprer seg som ved rabies langs nervesystemet og medfører først uorden i hjerneaktiviteten før den avslutter med lammelse av det angrepne individs intellektuelle og moralske livsytringer og til slutt åndelig død. Sykdommen er vanskelig å diagnostisere, men kan diagnostiseres i øyenbunnen. I et normalt øye brytes synsinntrykket fra den ytre verden av fantasi, illusjon og et aldri døende håp før den gjennom synsnerven forplanter til hjernen. Men *Bacillus Niger* infeksjonen fører til sykelige forandringer i synsorganet gjennom at pasienten ser livet slik det egentlig er! Basillen er ytterst seiglivet og kan bare døyves ved hjelp av fire midler: alkohol, tobakk, skriveblekk og musikk. Alkohol har uten tvil virkning, men den er av kort varighet. Mikrobene er tilbake allerede morgenen etter og da ofte enda kraftigere enn kvelden før. Om blekket skriver han at fordelene er at det uten fare for bivirkninger kan anvendes av individet selv – faren er utelukkende begrenset til omgivelsene. Men også her er effekten av kort tids virkning.

LIVSLØGNEN

Her, kognitive terapeuter, bær varselklokkene kime til høytid. Det er ikke bare bra å se verden slik den egentlig er! "Tar du livsløgnen fra et gjennomsnittsmenneske tar du lykken fra det med det samme." sier Dr. Relling i Hen-

rik Ibsens stykke *Villanden*. Det rasjonelle og objektive bør ikke holdes høyt hevet som en fane. Vi trenger feiltolkningene og vrangforestillingene våre. Det er de som holder oss oppe.

Noen finner trøst i religion og er bokstavtro tolkere av Bibelen. Religiøse forestillinger har vært roten til mye vondt og det er lett å peke på absurditetene. Det blir likevel for enkelt å avfeie religion utelukkende som et onde. De færreste av oss vil vel være foruten erfaringen med å være forelsket, med det idylliserte bildet vi da har av den utkårede. Mennesker som ikke er deprimerede lever ofte med en lettere idyllisert utgave av seg selv og sine omgivelser. Den som ikke sliter med bekymringer for sykdom og ulykker leverer like vel inn lottokupongen, selv om sannsynligheten for å vinne den store gevinsten er langt mindre en sjansen for å komme ut for en ulykke. Handlinger og opplevelser har i det hele tatt ofte lite med rasjonalitet å gjøre, og når vi i diagnosebøkene prøver å skille mellom vrangforestillinger og feiltolkninger kan dette mange ganger være en vanskelig oppgave. I jakten på det irrasjonelle trenger vi således ikke å gå langt. Oppslagsverket *Heksikon* er: "en bok om skjebner og skikkelser som er skapt av menneskenes fantasi eller i alle fall skiller seg ut fra hverdagens virkelighet. De kommer fra klassisk og nordisk gudelære, fra eventyr og sagn, fra Bibelen og fra den fortellende diktning i oldtid og middelalder...." Jeg slår av og til opp i den for å minne meg selv om hvilken betydning slike fenomener også har i det virkelige liv.

Jeg fikk ideen til temaet i denne utgaven av spalten da jeg på nettet leste at noen i et svensk barneprogram på tv hadde avslørt hvem julenissen var. Slikt må man ikke gjøre om man ønsker glade og forventningsfulle barn! På samme måte skal vi vokte oss for å prøve å gi våre pasienter et for rasjonelt syn på verden. Det bør vi bare gjøre der hvor det irrasjonelle fører til for store plager. Forøvrig er det mye god helse i å klare å la være å se verden slik den egentlig er. Axel Munthe kunne kanskje hatt nytte av kognitive briller for å rette opp sin brytningsfeil, briller som hjalp ham til å forvrengte, ikke til å bli mer rasjonell.

Den som synes dette ble litt for mye kritikk av den sunne fornuft vil kanskje finne trøst i en anmeldelse av Bob Woodward sin bok "State of denial": "Bush-administrasjonen kan ikke lenger forstås statsvitenskaplig. Den er blitt et psykiatrisk fenomen. Rumsfeld og Bush har sagt farvel til virkeligheten og bare store doser kognitiv terapi kan få dem tilbake. (Morgenbladet nr. 43, årgang 187). La oss heve våre glass i troen på at kognitiv terapi kan bidra en smule til fred i verden og minne oss selv på at det hender at vrangforestillinger er nettopp det. Godt nytt år til tidsskriftets lesere! ■

«Det er ikke bare bra å se verden slik den egentlig er!»



Aaron T. Beck og The Beck Institute

MARGARETHA DRAMSDAHL

Aaron Temkin (Tim blant venner) Beck ble født i Providence, Rhode Island, i 1921. Foreldrene kom fra Sovjetunionen som jødiske immigranter. Han tok sin medisinske embetseksamen i 1946 ved Yale Medical School. Han er gift og har 4 barn, hvorav Judith er den som har fulgt i farens fotspor som kognitiv terapeut.

LITT HISTORIKK

Aaron T. Beck blir av mange regnet som den kognitive terapiens far, og i 1964 hadde han lagt fundamentet for denne nye psykoterapeutiske tilnærmingen. Noen år tidligere arbeidet han som psykoanalytiker! På slutten av 1950-tallet startet han forskning innen det psykoanalytiske feltet. Han skulle teste Freuds psykoanalytiske hypotese fra 1946; postulatet om at depresjon er retroflektert sinne, dvs. manifestering av fiendtlighet som pasienten retter mot seg selv. I god freudiansk ånd, der drømmene var oppfattet som kongeveien til det ubevisste, ville Beck forske nettopp på drømmene og måle fiendtlighet i disse. Beck fikk seg noen overraskelser; drømmene avspeilte ikke det introverte sinne som skulle ligge til grunn for den depressive tilstanden. Drømmene reflekterte de samme tankene som kunne avdekkes i våken tilstand, de automatiske tankene som gjennomgående var selvkritiske og negative. Han konkluderte med at drømmene kun reflekterte en negativ fordreining av virkeligheten, og at innholdet i dem ikke gav støtte til Freuds hypotese.

I samme periode drev han psykoanalyse med pasienter på benk, og fikk pasienten M til behandling for depresjon. I tråd med formell psykoanalyse skulle M rapportere alt som kom opp i sinnet. Gjennom denne frie assosiasjon fremkom det mye sinne, men M rapporterte også en annen tankestrøm parallelt med tankene som ble uttrykt gjennom den frie assosiasjonen. Denne tankestrømmen besto av devaluerende tanker om ham selv. Ut ifra denne observasjonen formulerte Beck hypotesen om at skyldfølelsen ikke var direkte

aktivert av sinne, men at sinne førte til selvkritiske tanker som igjen førte til skyld. Denne andre tankestrømmen kalte Beck for automatiske tanker.

Han registrerte at også andre pasienter hadde et

bakteppe av tanker under terapien, og kom fram til at deprimerte pasienters tankevirksomhet er preget av den negative kognitive triade, det vil si de har et negativt syn på seg selv, på sin personlige verden og på sin fremtid. De ser alt som gjennom sotet glass. Beck erfarte at rekonstruksjon av barndomserfaringer og tolkninger av ubevisste konflikter ikke var nødvendig. Dette i motset-

«Nye modeller har blitt fulgt opp av omfattende forskning»

ning til i psykoanalysen der kjernen i pasientens lidelse oppfattes som en intrapsykisk konflikt med utgangspunkt i en uløst konfliktfylt relasjon til tidligere sentral omsorgsperson, der de sentrale metodene er fri assosiasjon og tolkning av overføring og motstand. Beck erfarte at det var langt mer effektivt hvis han fikk pasientene engasjert i å reflektere over de negative tolkningene, og deretter viste dem hvordan de kunne realitetsteste antagelsene. Beck registrerte at det var mønstre av tankefeil som gikk igjen. Det var avgjørende å få pasientene til å skifte tenkningen fra å være absolutt til å bli spørrende. Samarbeidende utforskning ble sentralt i behandlingen, men Beck understrekte også andre viktige elementer i terapien som agenda, tilbakemelding og hjemmearbeid. Dette ble utgangspunktet for den videre omfattende forskning som Beck gjorde for å dokumentere sine teoretiske antagelser, og kognitiv terapi ble forløst som en psykoterapi der det teoretiske grunnlaget og behandlingsmetodenes effekt var dokumentert. Det står i sterk kontrast til psykoanalysen der tilsvarende dokumentasjon var temmelig sparsom.

Når den kognitive terapi historie omtales, vil jeg også nevne Albert Ellis. På begynnelsen av 1950-tallet utviklet han Rational Emotive Behavior Therapy som har likhetspunkter med kognitiv terapi. I motsetning til Beck vektla imidlertid ikke Ellis forskning i sitt arbeid.

FORSKNING OG DOKUMENTASJON

Beck har utviklet flere nyttige instrumenter som the Beck Depression Inventory, Anxiety Inventory, Hopelessness Scale, Suicide Intent Scale og Cognitive Insight Scale. Han har arbeidet mye med selvmordsforebygging, og vist at grad av håpløshet er en bedre prediktor for suicid enn grad av klinisk depresjon, samt at håpløshet responderer godt på kognitiv terapi.

Becks vektlegging av forskning og dokumentasjon har preget den videre utviklingen av kognitiv terapi. Nye modeller har blitt fulgt opp av omfattende forskning. Det er interessant at det nå også foreligger studier med funksjonell hjerneavbildning (fMRI, PET, SPECT) der det vises forandringer i hjernen etter psykoterapi, deriblant kognitiv atferdsterapi (CBT). Ved tvangslidelse er det funn som tilsier at både CBT og medikamenter normaliserer hyperaktivi-



A. T. Beck og A. Ellis



Judith og Aaron Beck.

tet i striato-thalamiske- orbitofrontale baner. Ved depresjon kan det se ut som at CBT og medisiner fungerer forskjellig. CBT gir nedsatt aktivitet i prefrontal cortex (PFC) og økt aktivitet i de limbiske områder, og kan ha en "top-down" effekt, mens antidepressiva gir økt aktivitet i PFC og redusert aktivitet i de limbiske områder, og kan ha en "bottom-up" effekt. Her er det imidlertid nødvendig med betydelig mer forskning før det kan trekkes sikre konklusjoner.

FORTSATT AKTIV

I en alder av 85 år og med skrøpelig fysisk helse er Aaron Beck fortsatt aktiv. Han er professor i psykiatri ved University of Pennsylvania School of Medicine og direktør ved the Center for the Treatment and Prevention of Suicide and the Psychopathology Research Unit, samt president ved The Beck Institute. Han er registrert med over 500 publikasjoner, hvorav drøyt 30 publikasjoner de siste to årene. I 2006 har han mottatt to utmerkelser for utviklingen av kognitiv terapi; Gustav O. Lienhard Award fra Institute of Medicine of the National Academies og The 2006 Albert Lasker Award for Clinical Medical Research fra Lasker Foundation.

THE BECK INSTITUTE

I 1994 fikk Aaron T. Beck nok av knepne økonomiske rammer ved universitetet der det måtte søkes i flere eksemplarer om noen skarve blyanter, og The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research fikk sin tilblivelse i Bala Cynwyd i utkanten av Philadelphia. Det er et non-profit senter, og oppgavene er blant annet å drive trening, opplæring, utdanning og sertifisering i kognitiv terapi. Senteret gir tilbud om "Extramural program" og "Visitors program", og holder konferanser for eksterne deltagere. Det har som mål å stimulere til opprettelse av kognitive terapi-sentre over hele verden, med instituttet som en viktig kilde til informasjon, utdannings- og treningsmateriale. The Beck Institute Cognitive Therapy Newsletter utgis et par ganger årlig, og senteret tilbyr forskjellig utdanningsmateriale og materiale til bruk i behandling av pasienter. Forskning er et av punktene i senterets målsetning, og Aaron T. Beck har fortsatt doktorgradsstudenter. Senteret driver mye poliklinisk arbeid, og tar imot både barn og voksne.

Senterets to frontfigurer er far og datter Beck. Aaron T. Beck er president, mens datteren, Judith S. Beck, fungerer som direktør. Hun er Ph.D., Clinical Associate Professor of Psychology in Psychiatry at the University of Pennsylvania. Av andre ansatte er Naomi Dank assosiert direktør, Leslie Sokol utdanningskoordinator og Norman Cotterell klinisk koordinator. I tillegg er det ansatt assisterende utdanningskoordinator, finanskoordinator, inntakskoordiator, tre assistenter og en deltids forskningskoordinator. Instituttet har utover dette kontrakt med ni veiledere, samt en som arbeider spesielt med sykepleierrelaterte prosjekter. Instituttet er finansiert gjennom egenandeler, salg av ut-

danningsmateriale, opplæringsprogrammer og veiledningsoppgaver, legater og donasjoner.

WEEKEND WORKSHOP 6. OG 7. MAI 2006

En weekend i mai møttes 69 deltagere til workshop ved The Beck Institute. Judith Beck holdt innledningsforelesningen om konseptualisering og kognitiv terapi av personlighetsforstyrrelser. Det var en fordel å ha lest hennes bok "Cognitive therapy with challenging patients" på forhånd, en bok om de mer kompliserte pasientene, de vi møter i det offentlige helsevesenet. Hennes metafor om Columbus er verdt å formidle videre. Den allmenne overbevisning om den flate jorden på 1400-tallet og Columbus sin hårreisende påstand om at den var rund, er et godt bilde på at grunnleggende leveregler kan oppleves som absolutt sanne og likevel være feilaktige.

Etter Judith kom sjefen selv, Aaron T. Beck, og snakket om fremskrittene i kognitiv terapi, samt demonstrerte med rollespill. Norman Cotterell holdt et glimrende innlegg om sinne og rusmisbruk og nytten av cost-benefit evaluering i 4 rubrikks skjema. Dette skjemaet brukes for øvrig i motiverende intervju som enkelte av oss fikk nærmere kjennskap til på veiledersamlingen på Gardermoen den 2. og 3. november. Workshopen omhandlet ellers kognitiv terapi for barn og ungdom og ved tvangslidelser. Leslie Sokol avsluttet med konseptualisering og behandling av borderline pasienter.

TIL ETTERTANKE

Fordelen med å reise på workshop til USA, er at man får god tid til ettertanke på hjemveien! Disse dagene hadde inneholdt mye kateterundervisning og mindre workshop i ordets rette forstand. Det ville økt innlæringen med færre temaer og tid til rollespill/trening med sidemannen. Mindre gruppe ville også vært en fordel.

Hva med fremtiden til The Beck Institute? Hvordan innvirker far-datter konseptet på utviklingen og mulighetene til å rekruttere dyktige medarbeidere som kan bringe senteret videre? Spøker det noen grunnleggende holdninger i korridorane? "Nyutvikling er bra så lenge fars arbeid ikke blir devaluert. Far må ikke komme i skyggen av andre." Og hvor mye innvirker de tøffe økonomiske forholdene? Legger de kvelertak på forskning og nyutvikling? Uansett om andre miljøer overtar den ledende rolle i videreutviklingen av kognitiv terapi, vil imidlertid Aaron T. Becks betydelige innsats bli stående. Han la jo hele fundamentet!

Som utsendt medarbeider fra Norsk Forening for Kognitiv Terapi fikk jeg økonomisk mulighet til å reise på denne weekend-workshop, og jeg retter en varm takk til Foreningen ved leder Egil Marthinsen! ■

REFERANSER

- Aaron T. Beck. (1993) *Cognitive Therapy of Depression. A personal Reflection. The Malcolm Millar Lecture in Psychotherapy 1988.* University of Aberdeen. Scottish Cultural Press.
 - Linden DE. (2006) How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry* 11(6):528-38
 - Roffman JL, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL. (2005) Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychol Med.* 35(10):1385-98.
 - Beck, J.S. (2005) *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work.* New York: Guilford Publications, Inc.
- <http://www.beckinstitute.org>
<http://mail.med.upenn.edu/~abeck>
<http://www.iom.edu>
<http://www.laskerfoundation.org>
<http://woodheadfamilytree.com>
<http://www.fenichel.com>

Kognitiv terapi for spesifikke lidelser og grupper

ARNE REPÅL

Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet i forhold til depresjon og er kanskje mest kjent og utbredt som behandlingsmetode ved depressive lidelser og angst hos voksne. Utvidelsen av anvendelsesområdet har i de senere årene vært stor, og i forbindelse med forelesninger og veiledning har mange spurt om kognitiv terapi også er anvendelig overfor mer spesifikke psykiske problemer eller overfor mer avgrensede klientgrupper. Av områder som har fått økende oppmerksomhet kan for eksempel nevnes kognitiv terapi av traumer, somatoforme lidelser og ved behandling av barn og familier. Felles for nye områder for anvendelse er at man med utgangspunkt i de generelle prinsippene ved kognitiv terapi har utviklet egne kognitive tilnærminger tilrettelagt for spesifikke lidelser og klientgrupper. Dokumentasjon av effekt på de ulike områdene varierer noe, men det som synes å være felles for dem er ønske om å knytte metodeutviklingen tett opp til effektstudier. Jeg skal her gi en kort oversikt over noen slike områder med henvisning til aktuell litteratur. Denne er ikke nødvendigvis dekkende for det som finnes på området men er ment som en innfallspott.

SPISEFORSTYRRELSER

Spiseforstyrrelser er lidelser som i hovedsak utvikles hos barn og unge. Lidelsen kjennetegnes ved en forstyrret kroppsopplevelse med subjektiv opplevelse av fedme kombinert med et sterkt ønske om å gå ned i vekt. Sentrale elementer i en kognitiv behandlingstilnærming er informasjon om ernæring, endring av dysfunksjonelle tanker knyttet til kroppsbilde og endring av selvpålagte reguleringsmekanismer knyttet til matinntak. Kognitiv behandling ved spiseforstyrrelser har vært utprøvd både individuelt og i grupper.

LITTERATUR:

Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (Eds.) (2002). *Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice*. New York: Guilford Press.

Cooper, M. & Todd, G. (2000). *Bulimia Nervosa. A Cognitive Therapy Programme for Clients*. Jessica Kingsley Publications

Fairburn C. G. og Brownell K. D (2002). *Eating Disorder and Obesity. A Comprehensive Handbook* (2002). New York: The Guilford Press.

Freeman, C. (2001). *Overcoming Anorexia Nervosa: A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*. New York: University Press.

Hoffart A. et al. (2002) Kognitiv gruppeterapi av innlagte pasienter med anoreksi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39: 691 – 699.

SELVSKADING

Som gruppe er unge selvskadere karakterisert av atferdsmessige så vel som følelsesmessige problemer. Selvskadingen kan være svært omfattende og til tider livstruende. De har en umoden tenkning preget av dårlig evne til problemløsning. Selvbildet er ofte svært negativt og tankemønsteret preget av katastrofe-tanker og sort-hvitt tenkning. Evnen til å bære emosjoner er dårlig, det samme gjelder evnen til å verbalisere disse. Mørch og Fabricius (2001) ved Psykiatrisk Hospital i Århus i Danmark har over flere år arbeidet med en kognitiv terapitilnærming til denne gruppen. Behandlingen har i seg elementer av den tilnærming som er utviklet i forhold til kognitiv terapi for voksne med ustabil personlighetsforstyrrelse. Sentrale elementer er fokus på motivasjon og alliansebygging, analyse av problemsituasjoner og selvskadingsatferd, reduksjon av selvskadeatferd og utvikling av alternative strategier, fokus på automatiske tanker i problemsituasjoner og restrukturering av grunnleggende antagelser og skjematata.

LITTERATUR:

Mørch, M. M. og Fabricius, A. M. (2001) Kognitiv terapi af unge med impulsforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* vol. 38, 2001, s.725-734.

Fabricius, A. M., & Mørch, M.M. (1998). Kognitiv terapi ved selvbeskadigelse. I. P. Jørgensen & N. K. Rosenberg (Red.) *Kognitiv behandling av skizofreni* (ss.170 – 198). København: Hans Reitzels Forlag.

Tyrer P., Thompson S., Schmidt U. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: the POPMACT study. *Psychol Med*; 33:969–976.

TRIKOTILLOMANI

Selvpåført hårutrivning som er så omfattende at det medfører synlig hårtap kalles for trikotillomani. Atferden er diagnostisert som en tvangslidelse. Som en konsekvens av lidelsen er det mange pasienter som føler skam og kan ha vansker med å oppsøke sosiale situasjoner. Depresjon og lavt selvbilde er også vanlige følgetilstander. Den kognitive tilnærmingen benytter mange av de samme elementer som ved øvrige tvangslidelser men har også elementer som er spesielt tilpasset lidelsen. Det finnes for øvrig en nordisk hjemmeside på internett om trikotillomani med adresse: www.triko.dk.

LITTERATUR:

Keuthen, N. J., Stein, D. J. & Christenson, G. A. (2001). *Help for Hair Pullers: Understanding and Coping With Trichotillomania*. New Harbinger Publications.

RUSMISBRUK

Kognitiv terapi ved ulike former for rusmisbruk fokuserer på det å skape motivasjon for endring gjennom kartlegging av rusmisbruk og tanker og situasjoner som utløser rusmisbruk, informasjon om rusmidler, og utvikling av alternative strategier til bruk av rusmidler i konkrete situasjoner. Mange rusmisbrukere har komorbide lidelser i form av angst og depresjon. Rusmisbruk er også økende for pasienter med lidelser innen psykospekteret. Det er økende dokumentasjon for at integrert behandling med samtidig fokus på rusmisbruk og psykisk lidelse gir best resultater.

LITTERATUR:

Beck, A. T.; Wright, F. D.; Newman, C. F. og Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press.

Graham, H. L. (2003). *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment (C-BIT): A treatment Manual for Substance Misuse in those with Severe Mental Health Problems*. John Wiley & Sons.

Mueser, K.T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. et al. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

ADHD

Diagnosen ADHD eller hyperkinetisk forstyrrelse er en utviklingsforstyrrelse som vanligvis blir diagnostisert i ung alder. Det er i dag også mange som først blir diagnostisert i voksen alder. Den settes da blant annet på grunnlag av informasjon fra barndom/oppvekstsår. Sentrale symptomer er overaktivitet og konsentrasjonsvansker. Lidelsen kan ikke kureres. Medikamentell behandling er ofte brukt for å bedre funksjonsnivå, men det er også utviklet kognitive tilnærminger for å bedre mestringsevne.

LITTERATUR:

Quinn, P.O. & Stern M. J. (2001). *Young People's Guide to Understanding Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Magination.

Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2005). Cognitive therapy for adult ADHD. I L.VandeCreek (Ed.), *Innovations in clinical practice: Focus on adults* (pp. 53-63). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Safran, A. S., Sprich, S. og Perlman, C. (2005). *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program. Mastering Your Adult ADHD : Therapist Guide: A Cognitive Behavioral Treatment Program*. Oxford. Oxford University Press.

BIPOLAR LIDELSE

Bipolar lidelse kjennetegnes ved ekstreme skiftninger i humør, energi og aktivitetsnivå. Det er i dag ikke kjennskap til behandling som kan kurere lidelsen, men det er utviklet behandlingsopplegg som kombinerer medikamentell oppfølging med psykologisk behandling; herunder kognitiv terapi. Målet med å få kognitiv terapi som supplerende behandling er økt mestring og reduksjon av tilbakefall. Sentrale elementer i den kognitive behandlingen er undervisning om bipolar lidelse ut fra en stress-sårbarhets-modell, samarbeid omkring bruk av medikamenter, mestring av egen sårbarhet, bearbeiding av negative tanker og tilbakefallsforebygging gjennom kartlegging av varselsignaler. Behandlingen omfatter individuell tilnærming kombinert med familieintervensjoner basert på en psykoedukativ tilnærming.

LITTERATUR:

Basco, M. R., & Rush, J. (2005). Second Edition. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.

Huxley, N. A., Panikh, S. V.; & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorders: State of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 126-140.

Newman, F.C.; Leahy, L. R.; Beck, A. T.; Reilly-Harrington & Gyulai L. (2002). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. American Psychological Association. (APA).

Rush, A. J. & Basco, M. R. (1996). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. Guilford Press.

SPILLEAVHENGIGHET

Tvangsmessig spilling i ulike former kan få store konsekvenser for den det gjelder. Lidelsen kjennetegnes ved tvangspreget behov for å spille og urealistiske forventninger til det å vinne. Klienter beskriver typisk en opplevelse av manglende kontroll over egne handlinger knyttet til spilling. Sentrale elementer i behandlingen er informasjon om prinsipper knyttet til ulike spill, identifisering av irrasjonelle tanker knyttet til spilling og tiltak rettet mot økt selvkontroll.

LITTERATUR:

Ladouceur, R. & Walker, M. (1996) A cognitive perspective on gambling. I. P. Salkovskis (Ed.) *Trends in cognitive and behavioural therapies* (ss. 89 –120). New York: John Wilwy & Sons.

Ladouceur, R. og LaChance, S. (2006). *Overcoming Pathological Gambling: Therapist Guide*. Oxford University Press. Kroniske somatiske tilstander

KRONISKE SOMATISKE LIDELSER

Mange mennesker lever med ulike kroniske somatiske lidelser. Eksempler på dette kan være kroniske smerter, diabetes, hjerte- kar lidelser, ulike hudsykdommer og langvarig kreft. Felles for mange av disse pasientene er at lidelsene også påvirker dem psykisk på en måte som fører til ytterligere forverret livskvalitet og i noen tilfeller også en dårligere prognose. Kognitiv terapi rettet mot mestring av den somatiske tilstanden kan således være til hjelp for denne pasientgruppen.

LITTERATUR:

Thorn, B. E. (2004) *Cognitive therapy for chronic pain*. New York: The Guilford Press.

White, C. A. (2001). *Cognitive behaviour Therapy for Chronic Medical Problems. A guide to Assessment and Treatment in Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

TINNITUS

Øresus er et voksende problem og kan ha ulike årsaker. Intensiteten i den støyen man hører kan variere fra person til person. Psykologiske faktorer har stor betydning for hvordan den enkelte reagerer på selve lidelsen. Mange tinnitus pasienter sliter med depresjon som følge av lidelsen og har vansker med å fungere sosialt. Den kognitive tilnærmingen tar utgangspunkt i negative tanker knyttet til lidelsen og til ulike former for oppmerksomhetstrening knyttet til å ignorere tinnitus.

LITTERATUR

Henry, J. L. & Wilson, P. H. (2000). *The Psychological Management of Chronic Tinnitus: A Cognitive-Behavioral Approach*. Pearson Allyn & Bacon.

STEMMER OG VRANGFORESTILLINGER

Den kognitive modellen for psykoser har bidratt sterkt til den debatten som for tiden pågår omkring hensiktsmessigheten av dagens kategorisering av lidelser innenfor psykosespekteret. Mange vil hevde at vi står overfor et paradigmeskifte i forståelsen av denne typen lidelser, samtidig som fokus for behandling har dreid i retning av et mestringsperspektiv. Sentrale fagpersoner som Paul Chadwick, Max Birchwood, Richard Bentall og Douglas Turkington har bidratt til økt forståelse av vrangforestillinger og stemmehøring. De

har blant annet vist at vrangforestillinger kan forstås på grunnlag av pasientens kognisjonsprosesser og at konsekvensene av det å høre stemmer i stor grad er påvirket av de antagelser pasienter har om stemmene. En rekke forskningsprosjekter er i gang for å se på effekten av kognitiv terapi for denne pasientgruppen. Resultatene så langt er oppløftende, og kognitivt individualterapi er på veg inn som et av flere anbefalt behandlingselementer for denne pasientgruppen.

LITTERATUR:

Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Canada: John Wiley & Sons

Chadwick, P., Birchwood, M. og Trower P. (1997) *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: John Wiley & Sons

Fowler, D., Garety, P. og Kuipers, E. (2005) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Canada: John Wiley & Sons.

Morrison, A. P. (2002). *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. Sussex: Brunner – Routledge

SØVNVANSKER

Søvnvansker er et utbredt problem både alene og som en del av psykisk eller somatisk lidelse. Vanlige komorbide psykiske tilstander er depresjon og angst. Misbruk av rusmidler og medikamenter er også ofte knyttet til søvnvansker. Ved bipolare lidelser er det å forebygge søvnvansker noe av det viktigste en kan gjøre for å forebygge nye maniske eller depressive episoder. For de som ikke har komorbide tilstander er søvnvansker ofte med på å forringe livskvaliteten. Sentralt i en kognitiv tilnærming er informasjon om søvnmønster, fokus på urealistiske eller feilaktige tanker om søvn, bekymringstanker som fører til økt aktivering samt tilrettelegging av gode rutiner rundt det å sove.

LITTERATUR

Harvey, A. (2005). A cognitive theory and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 41–59.

Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593–611.

Perlis, M. L., Jungquist, C., Smith, M. T., & Posner, D. (2005). *Cognitive behavioral treatment of insomnia. A session-by-session guide*. New York: Springer.

Ree, M. og Harvey, A. (2004). Insomnia. I J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (ss. 287–305). Oxford, UK: Oxford University Press.

KOGNITIV TERAPI MED BARN

Kognitiv terapi blir i økende grad også anvendt i behandlingen av barn. Det er også igangsatt egne utdanningsprogrammer for behandlere som arbeider med denne gruppen. Ved å legge til rette språk og terapeutiske intervensjoner for den aktuelle aldersgruppe, og bruke foreldre som koterapeuter, har kognitiv terapi vist seg å være en anvendelig behandlingsform også for denne klientgruppen.

LITTERATUR:

Friedberg, R. D., Friedberg, B. A. og Friedberg J. R. (2001). *Therapeutic Exercises for Children: Guided Self – Discovery Using Cognitive – Behavioural Techniques*. Professional Resource Exchange.

Kendall, P. C. (Ed.) (2006). *Child and Adolescent Therapy, Third Edition: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford Press

Reinecke, M. A.; Dattilio, F. M. & Freeman, A. (Eds). (2003). *Cognitive Therapy with Children and Adolescents: A Casebook for Clinical Practice*. 2nd edition. London: Guilford Press.

Ronen, T. (1999). *Cognitive Developmental Therapy with Children*. Chicester: John Wiley & Sons.

Stallard, Paul (2002). *Think Good – Feel Good: A cognitive Behaviour Therapy Workbook for Children*. Halsted Press.

ELDRE OG KOGNITIV TERAPI

Andelen eldre i Norge er sterkt økende. Ved siden av å lide av de samme psykiske plager som kan ramme resten av befolkningen finner vi hos denne gruppen større innslag av somatiske, inkludert hjerneorganiske, sykdommer og demens. Ved siden av dette kommer normale biologiske aldringsfenomener og endringer i livssituasjon knyttet til pensjonstilværelse og tap av livsledsager. Elementer fra kognitiv terapi kan anvendes på flere av disse områdene.

LITTERATUR:

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick - Siskin, L. & Gallagher-Thompson (2003). *Cognitive Behaviour Therapy with Older People*. Chicester: John Wiley & Sons.

PAR- OG FAMILIETERAPI

Kognitive tilnærminger brukes i økende grad også i forhold ved par- og familierapi. Tidsskrift for Kognitiv Terapi hadde i nr. 1 2005 en artikkel med dette som tema. Med utgangspunkt i en kognitiv kasusformulering for den enkelte går en over til å se på hvordan denne virker inn på samspeilet. Fokus for terapien er bevisstgjøring av negative antagelser og endring av dysfunksjonell fungering.

LITTERATUR:

Dattilio, F. M. (2001). Cognitive-behavior family therapy: Contemporary myths and misconceptions. *Contemporary Family Therapy*, 23, 3–15

Dattilio, F. M. (2002). Reworking family schemas. I T. Scrimali & L. Grimaldi (red.), *Cognitive psychotherapy toward a new millennium* (ss. 151–156). London: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Dattilio, F. M. & Tilden, T. (2006). Familieskemaer: En kognitiv tilnærming i familierapi. *Fokus på familien*, 34, 4–24.

Epstein, N. & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

UPLØYD MARK

Som det fremgår av eksemplene ovenfor er kognitiv terapi en behandlingsform som tas i bruk på stadig nye områder. Det riktige er vel å snakke om ulike behandlingsformer som har det til felles at de fokuserer på tankemønstre og kognisjonsprosesser. Samtidig er det behov for mer kunnskap om hvordan terapiformen best kan tilrettelegges for de ulike problemområdene og for den enkelte pasient. For pasienter med mildere psykiske plager er det ofte fastlegen som blir den fagpersonen de søker hjelp hos. Anvendelse av kognitiv terapi i almen praksis kan være enda et spennende utviklingsområde. Ved siden av behandling er selvhjelp et område hvor en kognitiv terapimodell har mye å tilby. Det finnes en rekke selvhjelpsbøker som tar utgangspunkt i kognitiv terapi. De mange Lærings- og mestringssentrene som er under oppbygging rundt omkring i landet burde ha mye å hente her. Samtidig er det viktig at vi har en nøkternt og realistisk forhold til behandlingsformen. Intet tre vokser inn i himmelen og den største faren for kognitiv terapi som metode er kanskje at vi i vår iver etter å finne upløyd mark begynner å gå på akkord med kravene til dokumentasjon og evaluering. ■

Når ord held oss på avstand

METAFORSPALTEN

SVEIN ARNE LÆGLAND TRENGEREID

Med tidsklemma som ramme og vel vitande om at mitt innlegg kjem vel seint og med negative automatiske tankar som at "Dette skulle eg har gjort ferdig for lenge sidan", "No har eg (og andre) på nytt merka konsekvensen av at eg utsetter ting", "Klarer eg dette då?" og med ein einaste meistringstanke om at eg får sjå på forseinkinga som det Albert Ellis kaller "shame-attacking experiments", takker eg for hyggeleg invitasjon frå Ann Christin om å bidra til metaforpalten.

I skrivande stund har haustmørket seinka seg og gjev rom for ettertanke over møte med enkeltmennesker som har festa seg. Eg minnast ein schizofren pasient eg hadde til psykoterapeutisk oppfølging over lengre tid. Han var prega av at han ofte gjentok denne strofa: "Planeten er rund, marka er grønn, datamaskiner trenger me og bønder er viktige". Det er sjølvsagt freistande å gje denne strofa ulike innhaldstolkningar. Med kognitiv base måtte eg innoom psykodynamisk litteratur om psykoser, der ein finn gode refleksjonar om språket som dekkjer til og held oss på avstand. Bak tilsynelatande bisarre uttalingar kan det ligge både meining og positive funksjonar. Etter kvart som han vart trygg og fekk tillit til meg, vart han langt meir konkret i språkdrakta. Min relasjonsstrategi var å nærme meg han gradvis. Men etter eitt år i terapi, tok mi nysgjerrige motoverføring overhand. Eg vart nysgjerrig på kva som skjedde i for-

«Denne strofa hjalp han no til å halde meg grundig på avstand»

kant av hans første psykotiske oppleving. På den tida vart han skilt og eg spurte om korleis han opplevde skilsmissa. For første gong på lang tid kom strofa tilbake: "Planeten er rund, marka er grønn, datamaskiner trenger me og bønder er viktige". Hans tankar og følelsar om skilsmissa vart for vanskelege å bære den gongen og for ubehageleg å snakke om no. Denne strofa hjalp han no til å halde meg grundig på avstand.

Møtet med ham har seinare vore ei påminning om at det også er viktig og nyttig for oss kognitive terapeutar å sjå på symptomets ulike adaptive funksjonar. Pasientens strofe kunne tjene fleire funksjonar. Den holdt vanskelege tankar og følelsar på avstand. Den holdt andre mennesker på avstand. Og den

Metaforpalten: Når ord held oss på avstand

kunne vere ei klamring til eit bilete som holdt orden i eit indre kaos. I vår iver etter å redusere symptomter med ulike teknikkar, kan me miste av synet at symptomet kan tjene ulike funksjonar som kan vere både positive og negative. I si utmerkede bok *Overcoming resistance in cognitive therapy*, gjev Robert Leahy gode døme på korleis for tidleg endringsfokus kan auke motstanden mot endring. Når terapeuten fokuserer for tidleg på endring, kan ein gløyme å validere pasientens psykiske smerte. Det kan gje pasienten ei oppleving av å ikkje bli forstått og dermed auke protesten mot terapeutens forslag. Pasienten vil tenke at "Korleis kan eg stole på terapeutens forslag når min terapeut ikkje forstår at eg slit mykje for tida". Ei anna sentral årsak til motstand er når familien ikkje vil godta pasientens positive endring. Også sekundæreveinstar kan føre til symptomopprethalding. Når kognitiv terapi stopper opp, kan det for ei stund vere lurt å lytte til motstanden for å finne kva kontekstar og funksjonar symptomet har.

På Innføringsseminaret i kognitiv terapi vart eg kjent med mange hyggelege og fagleg engasjerte mennesker. Vår veiledningsgruppe har fortsatt med jevnlege møter for gjennomgang av litteratur og kvarandres terapiar på video. Dette er både sosialt og lærerikt og me kan anbefale andre å gjere det same. For å få metaforpalten inn på rett spor att, gjev eg pennen vidare til kollokviemedlem Øystein Elgen. Med sitt blide, imøtekommande og reflekterte vesen har eg satt stor pris på våre kollokvietreff i hans sjølvoppussa villa, der eg også har fått gode råd til mi eiga husoppussing. Øystein kan meir enn å rehabilitere eigen bolig. Dei siste åra har han vore med på å byggje opp Senter for livsmeistring, der ein blant anna satser på forebyggjande tjenester ved å tilby kognitiv terapi i tidleg fase av ei tilstands-utvikling. ■



Veiledersamling 2006

ARNE REPÅL

Norsk Forening for Kognitiv Terapi hadde også i år lagt sin veiledersamling til Clarion Hotell på Gardermoen. Samlingen, som gikk over to dager fra 2. til 3. november, startet kl. 15.00 torsdagen. Formann Egil Martinsen hilste velkommen før Bjarne Hansen foreleste om Motivasjon i kognitiv terapi ved tvangslidelser. Deretter innledet Egil Martinsen og Ingvard Wilhelmsen til diskusjon omkring erfaringene med regionale veiledersamlinger.



Glade deltagere

SOSIALT SAMVÆR

Resten av kvelden var satt av til sosialt samvær. Før middag var det en kulturell apiritif i form av en minikoncert med Øyvind Stenerud på klarinett og Åsmund Stener Olsen på gitar. Under selve middagen var Ingvard Wilhelmsen toastmaster og Egil Martinsen bidro med ord og dikt til ettertanke. De to utfylte hverandre godt; der Wilhelmsen fant inspirasjon blant de kongelige tok Martinsen utgangspunkt i det nære og vare. Sammen gav de in-

spirasjon til hyggelige og utviklende samtaler rundt de mange bord. Solfrid Raknes leste høyt fra sitt innlegg i metaforpalten i forrige nummer av tidskriftet; et humoristisk vinklet brev fra en tidligere pasient.

MOTIVERENDE INTERVJU

Andre dag var satt av til temaet Motiverende intervju. Forelesere var overlege Gunnhild Bagøien, St. Olavs Hospital og psykolog Peter Prescott, Solli Sykehus i Bergen. Bagøien innledet med en kort innføring i hva motiverende intervju er. Hun viste blant annet til Prochaska og Di Clementes sitt endringshjul som beskriver de ulike fasene i det å gjennomføre et valg. Endringshjulet ble knyttet til et kasus. Deretter var det diskusjon om arbeidet med å få pasienter motivert. Peter Prescott demonstrerte motiverende intervjuing på en av deltagerne. Gjennom demonstrasjon av arbeidet med atferdsendring ble det tydelig for forsamlingen at det var mange likhetstrekk med kognitiv terapi og det som der betegnes som veiledet utspørring. Et sentralt element i begge modeller er å unngå argumentering fra terapeutens side som kan føre til reaktans. Høyt antall motstandsytringer fra pasienten predikerer fortsatt bruk av rus-

midler. Prescott viste til ulike studier som støtter opp om effekten av motive- rende intervju i form av tydelig reduksjon av motstandsytringer både i antall og intensitet. Det ble også vist til en nyere studie hvor resultatet på effekten av motiverende intervjuing ikke var utelukkende positivt. Prescott fremholdt det positive i Millers vilje til også å fremvise negative funn, noe som ikke alltid har vært tilfelle innen behandlingsforskning.

MOTSTAND

Motstand som fenomen gav innspill til diskusjon. Er motstand ett godt begrep? Motstand kan skyldes mange forhold, ikke bare motvilje mot endring men også at pasienten f. eks. er redd, usikker på hva valget vil føre til, eller påvirket av faktorer utenfor seg selv. Det ble pekt på at begrepet ikke uten videre passer inn i en modell hvor formålet er å skape motivasjon for endring og hvor en som en grunnantagelse antar at alle mennesker har en viss motvilje mot å foreta valg som fører til endring av eksisterende handlingsmønstre. Det kan således være behov for en nyansering av hva man legger i begrepet motstand.



Bagøien og Prescott

AVSLUTNING

Etter at vi hadde sett på hvordan terapiprosessen kan deles opp og analyseres nærmet dagen seg slutten. Ved siden av faglig oppdatering er veiledesamlingene en fin måte å få kontakt med veiledere fra andre steder i landet. Vi har blitt flere, og muligheten til å knytte nye kontakter er både nyttig og hyggelig. Samtidig benyttet mange av deltagerne muligheten til å mimre omkring tidligere felles samlinger og utflukter. Takk til foreningen for en godt tilrettelagt samling. Forhåpentligvis kommer den til nytte i form av enda bedre veiledning for de mange nye deltagerne på innføringskursene rundt omkring. ■



Innføringskurs på Hamar

ARNE REPÅL

Tirsdag kveld i november. Jeg er ferdig med mine privatpasienter og sitter på toget med kurs for Hamar for å undervise om kognitiv terapi ved psykoser. Min kone har utstyrt meg med niste og jeg har selv gått til anskaffelse av dagens aviser og et pappkrus med kaffe. Livet er levelig. Vel ombord på toget er klokken blitt 19.00 og det er tre timer til ankomst Hamar. Starten på en reise har ofte noe forventningsfullt over seg. Så også denne, selv om første del inn til Oslo har blitt en kjent strekning. Så sitter jeg her da, en middelaldrende mann, reisende i kognitiv terapi, på veg til enda et kurs. Jeg har med meg musikk og får tid til litt redigeringsarbeid på den lille bærbare. Det er lite som minner om vinter utenfor vinduet, surt og regnfullt. Inne i kupeen er det lyst og varmt.

”De der ute gjør hva de kan for å ødelegge for deg.” Setningen som kom fra kveldens siste pasient henger ennå i hodet. Og mitt eget litt trette spørsmål: ”Hva er det som får deg til å tro det?” Stillhet. Så: ”Når jeg sitter her vet jeg at det ikke er slik, men der ute!” Hva er det som venter oss der ute? Hva er det som venter meg på Hamar? Hvordan er gruppen med leger og psykologer som skal ha sine siste to dager av innføringskurset i kognitiv terapi? Er de vennligsinnede? Min erfaring med kollegaer innen det kognitive miljøet er positivt i så måte. Det er en hyggelig gjeng. Men disse på Hamar er jo ikke helt ferdig ennå og før eller siden må jeg vel møte et kull som er negativt og vanskelig? De skal avlegge sin eksamen på slutten av andre dag. Jeg har et lite overtak der. De er sikkert litt urolige for den. Vel fremme på Hamar er det bare en kort spasertur til hotellet. Været har skiftet fra surt og mildt til noe som ligner mer på vinter. Det er kuldegrader og bakken tilstrekkelig snøkledd til at det lyser opp i landskapet. Jeg slår meg løs med en pose peanøtter og en flaske vann fra minibaren. I morgen tidlig skal jeg møte Bjarne Mikkelsen og kullet hans!

EN HYGCELIG GJENG

Det viste seg at kullet på Hamar var fredelig innstilt. En hyggelig gjeng med 15 deltagere fra henholdsvis Hamar, Lillehammer, Gjøvik, A-hus og Danmark. Bjarne Mikkelsen har vært ansvarlig for utdanningen. Foruten ham selv har Kaj Espen Nyland, Bjørn Ravneberg og Bjørnar Engum vært veiledere,



Kullet på Hamar.

mens Arjan Nieland har fungert som kurssekretær. I løpet av dagene kom det mange fine innspill og gruppen hadde mange konstruktive dialoger. Etter 1 og 1/2 dag med psykoser var det eksamen. Samlingen ble avsluttet med kaffe og bløtkake. Deltagerne ble bedt om synspunkter på utdanningen og ønsker for fremtiden.

TILBAKEMELDINGER

Samlet sett var deltagerne fornøyd med det to-årige innføringskurset i kognitiv terapi. De syntes det hadde vært gjennomgående høy kvalitet på forelesningene. Flere viste til at veiledningen var en sentral del av utdanningen og at det var viktig at en var kommet tidlig i gang med pasienter. Flere mente at de fire individuelle veiledningstimene med fordel kunne utvides. Bruk av rollespill og ulike øvelser ble også trukket frem som positivt. Det var ulike synspunkter på om utdanningen burde fokusere mer på de grunnleggende elementene i kognitiv terapi og utøvelsen av disse i forhold til angst og depresjon, eller om en skal beholde nåværende ordning med en relativt bred presentasjon av anvendelsen av kognitiv terapi ved ulike lidelser. Flere opplevde at det også var positivt å se hvordan grunnelementene gikk igjen i behandlingen av de ulike lidelsene. Et savn som ble meldt var noe mer om hvilke verktøy eller metoder en kan ty til når vanlige tilnærminger ikke strekker til. Det var

KANDIDATER:

Ingrid Pignon
 Gun-Kari Løkken
 Kjerstin Zimmerman
 Ina Årseth
 Marit Kristin Sjølie
 Hikmeta Beslagic
 Lars Henrik Myklebust
 Elisabeth Haug
 Kim Mathiasen
 Øystein Eiring
 Bjørg Antonsen
 Anna Krømcke
 Arjan Nieland
 Rolf Arne Sandnes
 Elisabeth Frøshaug

også ulike synspunkter på valg av eksamensmetode. Enkelte kunne tenkt seg skriftlige oppgaver fremfor den nåværende formen. Det var positivt å høre at det for flere av deltagerne ved oppstart i utdanningen var gitt løfte fra arbeidsgiver om nødvendig videre veiledning og utdanning.

HJEM IGJEN

De lokalt ansvarlige for gjennomføringen fikk en flaske rødvin i gave fra kullet. Det samme gjorde undertegnede, på vegne av alle som har bidratt med forelesninger. Det har sine fordeler å være siste foreleser. Jeg må skuffe de andre foreleserne med at den flasken alt er drukket, men jeg inviterer gjerne på et glass neste gang vi møtes. Jeg ble kjørt Hamar jernbanestasjon for å sette meg på toget hjem. Ute var det tøvær med regn og slaps. På toget gikk tankene til de mange andre innføringskursene rundt om i landet. Det er en høy aktivitet og antallet utdannede terapeuter er raskt stigende. I det toget setter seg i bevegelse tenker jeg at også utdanningsprogrammet til NFKT går på skinner! En spesiell hilsen denne gangen til kullet på Hamar. Takk for to hyggelige dager og gratulerer med fullført utdanning. ■

Lederen har ordet

EGIL W. MARTINSEN



Kognitiv terapi i England

Den engelske foreningen for kognitiv terapi, British Association for Behavioural & Cognitive Psychotherapies, BABCP, er den største i Europa med mer enn 5 000 medlemmer. Kognitiv atferdsterapi har en lang historie i Storbritannia, fra adferdsterapeutene på 1950-tallet til dagens kognitive terapeuter. Sistnevnte har på mange felter vært ledende i den store utviklingen vårt fag har gjennomgått de siste år. Vårt eget styre ønsket å hente inn nye impulser, og vi kontaktet våre engelske kolleger og spurte om vi kunne få lov til å besøke dem. I slutten av august reiste vi over.

En forskjell mellom den norske og britiske foreningen for kognitiv terapi er at britene i mye mindre grad har ansvar for utdanning av terapeuter. Dette er den største og viktigste oppgaven til vår norske forening. I Storbritannia skjer utdanning på universiteter og på arbeidsplassene, og dette er ikke noen oppgave for BABCP. De har derfor et mindre budsjett enn hva vi har, og mer begrensede oppgaver. Den britiske foreningen er tverrfaglig, slik som vår, med medlemmer fra ulike yrkesgrupper. Den europeiske foreningen for kognitiv terapi, EABCT, har noen ganger foreslått at kun leger og psykologer kan være medlem av de nasjonale kognitive foreningene. Dette har ikke den britiske foreningen villet gå inn på. De har en lang historie med utdanning i atferdsterapi for psykiatriske sykepleiere, som i sin tid ble grunnlagt av Isaac Marks. De har svært gode erfaringer med dette, og har ikke sett noen grunn til endring av policy. De har derfor meldt tilbake til EABCT at dersom dette ble et krav, ville de melde seg ut av den europeiske foreningen. Medlemsbladet til den britiske foreningen, Behavioural & Cognitive Therapy, kommer i liket ved vårt medlemsblad ut fire ganger i året. Paul Salkovskis er redaktør, og bladet holder høy faglig kvalitet. Foreningen arrangerer også en årlig kongress, og den neste avholdes i Brighton i september.

INSTITUTE OF PSYCHIATRY

Dag to besøkte vi Institute of Psychiatry, der David Clark har overtatt som leder etter Isaac Marks. David Clark tok med seg flere av sine medarbeidere fra Oxford, i første rekke sin kone Anke Ehlers og sin gode venn og kollega Paul Salkovskis, for å bygge opp klinikken. Til deres ankomst i London var det bygget et helt nytt bygg for klinikk, forskning og undervisning, og her ble vi tatt vel imot. De hadde laget et flott faglig program for oss. Nick Grey fortalte om opplegget for veiled-

ning og kompetanseheving for de ansatte. Dette var så pass imponerende at vi har sørget for å invitere ham til å holde neste års veiledersamling på Gardermoen. Anke Ehlers fortalte om klinikkens program for forskning omkring posttraumatisk stresslidelse. Sjefen sjøl, David Clark, som kommer til neste års inspirasjonskongress, hadde også satt av tid til oss. Han fortalte blant annet om kvalitetssikringen av det kliniske arbeidet. Alle pasienter som behandles ved klinikken evalueres ukentlig, og David Clark følger selv fortløpende utviklingen hos hver enkelt pasient som er til behandling. Det er to ukentlige veiledningssamlinger for de ansatte. Her blir det spesielt fokusert på de pasienter som har et forløp som skiller seg fra det gjennomsnittlige. Hos dem som gjør det bedre enn forventet, forsøker de å identifisere hva som kan være spesielt virksomme faktorer i behandlingen. Hos dem som ikke oppnår de ønskede resultater, analyseres det grundig for å finne ut hva som hindrer utviklingen, om det kan identifiseres antiterapeutiske faktorer.

LIVSKVALITET

David Clark fortalte også om et spennende initiativ som ble tatt av en av Storbritannias ledende økonomer, Lord Layard. Han er professor ved London School of Economics og sitter i Overhuset. Han har vært opptatt av hva som gjør at folkets livskvalitet ikke øker i samme grad som den økonomiske velstandsutvikling. Han gjorde et arbeid om dette på 1980-tallet og fant da at den viktigste årsaken til folkets mistrivsel var arbeidsløshet. Han bisto myndighetene med et vellykket program for å bekjempe arbeidsløsheten, og på bakgrunn av dette har han stor tillit i regjeringen. Han har nå gjort en ny analyse, og funnet ut at hovedårsaken til folkets "misery" er psykiske lidelser. Blant disse er angst og depresjon de vanligste. De fleste pasienter behandles hos allmennleger, vanligvis med støttesamtaler og psykofarmaka, som ofte ikke er optimal behandling. De beste metodene, som i de fleste tilfeller er kognitiv atferdsterapi, er det kun et mindretall som får glede av. Konsekvensene av dette er at mange blir langvarig syke. For

«De foreslår å opprette en rekke sentra for kognitiv terapi...»

Lord Layard var det et paradoks at så mange blir langvarig syke og lidende av sykdommer som det er mulig å behandle. Han tok kontakt med David

Clark og andre fagfolk, og laget en arbeidsgruppe. De har beregnet at kun en av fire av pasienter med depresjon og angstlidelser får adekvat behandling. Av de resterende ville halvparten kunne behandles effektivt til en kostnad av 10 000 kroner per pasient. Lord Layard har regnet på dette og funnet ut at det vil lønne seg økonomisk, ved å redusere lidelse og få mange tilbake i arbeid

De har utarbeidet forslag til et stortiltet prosjekt som de kaller "A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. De foreslår å opprette en rekke sentra for kognitiv terapi, som skal fylles med kompetente kognitive terapeuter, og selv om dette vil koste penger på kort sikt, vil det lønne seg i et lengre perspektiv. Jeg

vet ikke i hvilken grad prosjektet har blitt realisert, men det er inspirerende å møte kolleger som brenner for faget og som våger å tenke så stort. Forholdene er nok omtrent de samme hjemme i Norge. Heller ikke i vårt land har folks livskvalitet og trivsel fulgt den økonomiske utvikling. Og også i vårt land er det mange som blir langvarig syke og uføre på grunn av psykiske lidelser som det finnes effektiv behandling for, men som de fleste ikke får tilgang til.

Vi ble imponert over hvor generøst og gjestfritt vi ble tatt imot. Styre og administrasjon i BABCP hadde satt av en ettermiddag til å møte oss, og om kvelden tok de oss med ut og spanderte middag på restaurant. David Clark og hans medarbeidere hadde laget en hel dags faglig program for oss med høy kvalitet. Også dette var gratis. Det er hyggelig å oppleve at så kompetente og fremtredende fagpersoner også er så hyggelige og gjestfrie. Det er stimulerende og moro å oppleve slikt. Det gir tro på faget og på menneskene. ■