

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 4 • ÅRGANG 8 • DESEMBER 2007 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 4/2007

4
Redaksjonelt

6
Kognitiv konseptualisering
og målarbeid

18
Utmattelse
- kropp og psyke

24
Røde Wilhelm

28
Inspirasjons-
konferansen

29
Metaforspalten

29
Lederen har ordet

31
Årsmøtet 2007

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2008 sendes**

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

• **Utgivningsplan**

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

• **NFKTS leder**

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



Foto: Scanpix Creative/Kai Jensen



Dømmekraft

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

En av grunnsteinene i kognitiv terapi er forsøket på å bruke rasjonalitet som et verktøy i kampen mot det irrasjonelle. Mennesket er opptatt av å forstå, og våre liv er fra fødsel til død et forsøk på å sette sammen informasjon på en slik måte at den gir mening. Ofte velger vi imidlertid å forstå hendelser og situasjoner på måter som både er irrasjonelle og gir oss mye bry og bekymringer. Fra vår egen hverdag, og i møte med pasienter, vet vi at teorier og oppfatninger kan være svært resistente mot endring. "Fornuften er en ensom ting, hvor ofte er vi ikke alene om stole på den," for å sitere Fredrik Stabel, mannen bak Dusteforbundet. Han peker på en egenskap hos mennesket som kanskje er noe oppskrytt: vår egen dømmekraft. Går vi til litteraturen finner vi mange eksempler på det siste.

I 1841 ga Charles Mackay ut boken "Memoirs of extraordinary popular delusions", en bok som kom ut i revidert utgave i 1852, da med tillegget "and the Madness in Crowds" i tittelen. Den siste versjonen er utgitt på nytt i serien Wordsworth Reference i 1995. Charles Mackay (1814-1889) var journalist og sangkomponist og en kjent kulturell skikkelse i sin samtid. Boken er en studie i det irrasjonelle, og er ikke særlig oppbyggende lesning for den som tror på mennesket som et opphøyet åndsvesen. Bokens overordnede tema er overtro i ulike varianter, med konkrete eksempler fra historie og forfatterens egen samtid. Den er like aktuell i dag.

Et bidrag fra vår egen tid er Linda Lais (1999) bok "Dømmekraft". Boken bygger på forskning knyttet til vår evne til å vurdere og bedømme, og henter eksempler fra blant annet medisin, psykiatri, rettsapparat samt samliv og samvær med andre. Boken er spennende lesning for alle som ønsker en kritisk gjennomgang av troen på egen fortrefelighet. Forfatteren viser blant mye annet til hvordan emosjoner kan være en viktig drivkraft bak våre beslutninger, og hvordan valg av for eksempel bil, armbåndsur, klær og kosmetikk ikke bare er drevet av rasjonelle vurderinger. En klokke til 1000 kroner viser tiden like riktig som en klokke til 50 000 kroner. Det vi kjøper om vi velger den dyreste er følelsen av status og velvære. Men siden dét er følelser som er viktig for de fleste av oss kan vi selvsagt hevde at det er en slags rasjonalitet i valget. Så må man bare gratulere den som har stor glede av billige kopier av de dyre originalene. Det kan jo være en god løsning så lenge en ikke er avhengig av signaleffekten og blir gjennomskuet av dem man eventuelt ønsker å imponere. Eksempel tydeliggjør vel også den selvfølgelighet at rasjonalitet ikke lar seg vurdere uten kjennskap til den konteksten vurderingen eller handlingen foregår i. For øvrig er det ut fra kognitiv teori greit å se at det i boken er støtte for at skråsikkerhet kan reduseres gjennom bruk av tilbakemeldinger, og ved at vi selv prøver å finne egne

motargumenter. Det negative er, for å sitere forfatteren på slutten av boken, at: "Den lange rekken av villfarelse, fordreining, selvbedrag og feller vi har vært inne på, vitner om at vi ikke alltid lærer av erfaring – i alle fall ikke nok. Derimot gjør vi de samme typer feil om og om igjen. Og vi er fremdeles overbevist om at vi har rett, eller i alle fall at vi opprinnelig hadde rett. Hvorfor?" Forfatteren viser til tre hovedgrunner. Vi er ikke særlig flinke til å bedømme våre egne vurderinger og beslutninger, det er ikke alltid like lett å oppdage at vi tar feil og noen ganger er det paradoksalt nok slik at vi får rett selv om vi egentlig tar feil.

Vi kan ha stor glede av å lure både oss selv og andre, men det kan også skape problemer. Da kan det være greit å prøve å gjennomskue seg selv. Det innebærer noen ganger å stille spørsmål ved egne vedtatte sannheter. Det er ikke lett. Utvikling av ny kunnskap er en kreativ prosess. I boken "Annerledestenkerne" av Per Arne Bjørkum (1998) får vi en reise gjennom vitenskapens historie, og forfatteren beskriver vitenskapsmenn og forskere som utfordret vedtatte sannheter i sin samtid. I forordet siterer han matematikeren Niels Henrik Abel som begrunnet noe av sin suksess med at han hadde studert mestrene og ikke deres elever. Han skriver videre at: "Ved å lese om mestrene og hva de skrev kan vi derfor lære mye om hvordan ny kunnskap oppstår. Samtidig mister man noe av respekten for teoriene og den etablerte kunnskapen (men ikke mestrene). Man erkjenner at teorier bare er i bruk fordi der ikke finnes bedre alternativer, og ikke fordi de representerer det endelige svaret. Ved å miste noe av, men ikke hele, respekten kommer man i den rette mentale stemning som kreves for å komme med nye løsninger, dvs. for å kunne være kreativ."

Ingen av de tre bøkene jeg her har vist til handler om kognitiv terapi. De omhandler imidlertid alle kognitive prosesser med en innfallsvinkel jeg har funnet spennende og nyttig, og som jeg synes bidrar til å belyse grunntanken i kognitiv behandlingsmodell på en konstruktiv måte. At man også blir minnet om skrøpeligheten ved egen dømmekraft ser jeg på som en positiv bivirkning. I skrivende stund er det første søndag i advent og tidsskriftet må være ferdig i løpet av uken. Med det er 8. årgang i havn. I de årene jeg har sittet som redaktør har Egil W. Martinsen vært leder for foreningen. Det vervet har han skjøttet godt. I dette nummeret har han sin siste "Lederen har ordet." Dere finner også et lite portrettintervju. Vel blåst Egil og et godt nytt år til dere alle. ■

«Utvikling av ny kunnskap er en kreativ prosess»



Kognitiv konseptualisering og målarbeid

PER JOSTEIN MATRE OG ROBERT JENSEN

Innenfor den kognitive tradisjonen handler konseptualisering om å identifisere og bringe klarhet i klientens tilstand, problembilde og ressurser, og om å etablere sammenhenger knyttet til mål og tiltak i den pågående terapien (d'Elia 2003, Beck 1995 / 2006). For klienten dreier det seg om å bygge bro mellom egne erfaringer, den kognitive teorimodellen og de metodene som utøves (Nordahl 1996, Hougaard et. al 2002).

Mål i terapi dreier seg om å etablere konkrete beskrivelser av hva klienten ønsker å endre. Dette gir terapien retning. Ofte er mål og strategier gitt ut fra klientens tilstand og problembilde. Ved angstlidelser arbeider vi for eksempel med fryktutløsende stimuli, persepsjon, kroppsoppfatninger, bekymringer og katastrofetanker, og med unnvikelse og sikkerhetssøkende strategier. Ved depresjon fokuserer vi på negativ grubling, attribusjonsstil, endring av uhenksiktsmessige antagelser og på å gi klienten håp. (Seligman 1975/ 1992; Kendall 2006). Problemer og belastninger opptrer ofte i samspill. Da er det nødvendig å arbeide med kombinasjonene og de underliggende vanskene, og å gjøre prioriteringer ut fra hva som medfører størst belastning og ubehag på det aktuelle tidspunktet i terapien.

Tilstand og problembilde gir retningslinjer for valg av mål og tiltak på et overordnet nivå. Men mennesker er individer, og forskjellige med hensyn til læringshistorie, sårbarhet, følsomhet, aktuell livssituasjon, sosial støtte og tankemessig stil med mer. Den enkelte må behandles individuelt. Det er hva Kendall (ibid) mener når han så sterkt påpeker at det må arbeides ut fra "flexibility within fidelity."

TERAPIMÅL

Menneskelig aktivitet er for en stor del målstyrt (Locke & Latham 1990; Tubbs & Dahl 1991, Tubbs 1993). "Mest all menneskeleg åtfærd er målorientert og målretta. Mål som motivasjonsfaktor for menneskeleg åtfærd er breidt skildra innan forskning. Det er empiriske haldepunkt for å hevda at spesifikke, utfordrande mål, om personen har akseptert og forpliktet seg til dei, fører til høgare prestasjonsnivå enn om mål er enkle, eller skildra som «gjer ditt beste» mål." (Matre 1999).

Mål kan deles i en innholdsdimensjon og en intensitetsdimensjon, hvor innholdsdimensjonen konkret beskriver hva framtidig måloppnåelse er. Målene er spesifikke, målbare, aktuelle, realistiske og tidsavgrensede, eller såkalte smart mål. Intensitetsdimensjon dreier seg om hvor viktige eller betydningsfulle målene er for den de gjelder. Målene er da positive, utfordrende og felles, - eller såkalte puf mål. Potente endringsmål i terapi er i tillegg sammensatte og

multideterminerte. Om barnet arbeider med å endre leksevaner, må mor og far arbeide med forandring av sine væremåter for å etablere, vedlikeholde og hjelpe til å generalisere barnets nye lekseferd. Arbeider en av partene med større åpenhet, bidrar den andre med egen raushet og åpenhet slik at dette blir en mer positiv vane dem i mellom. Arbeider den lille gutten med angst for hunder, må mor og far kanskje arbeide med sin forklarende stil, og endre den fra å fokusere på hvilke katastrofer som kan skje i møte med en hund, til å omtale slike situasjoner mer nøytralt eller positivt. Målområdene dreier seg her om tanker og væremåter som i seg selv fremmer generalisering ved at positiv forsterkning etableres på individ, samhandling og omgivelsesnivå (Bandura 1986; Matre 1999). På denne måten kan mål i terapi rettes direkte mot vedlikehold og varig endring i naturlig miljø.

KASUS

Rammen om artikkelen er en 36 år gammel kvinne. Hovedårsaken til at hun søkte hjelp var angst og lav tro på seg selv. Hun var velutdannet og hadde en krevende stilling på mellomledernivå i et dynamisk og relativt "ungt" arbeidsmiljø. Hun hadde vært gift med en jevnaldrende mann i tre år. De hadde etablert seg med hus, og hadde en stor omgangskrets. Det var ingen tegn til misbruk av alkohol eller medikamenter. Hun hadde jevnlig kontakt med egen familie og hadde rollen som bindeledd mellom familiemedlemmene. Oppveksten var relativt trygg, men hun opplevde at foreldrene stilte høye krav til henne. Far sviktet familien ved å forlate dem til fordel for en annen kvinne da klienten var 12 år. Samtidig opplevde hun at mor ble mer fjern og ikke lenger var den omsorgspersonen hun trengte. Dette beskriver hun som en vanskelig og tung tid.

Som voksen har hun hatt relativt mange kjæresteforhold, og hun beskrev seg selv som en kvinne som liker en flørt og som har hatt lett for å falle for "Don Juan" typer. Denne siden ved henne var "tabubelagt" og ikke et tema paret snakket om. De ønsket barn, men på tross av forsøk med kunstig befruktning hadde hun ikke blitt gravid. Hun opplyste at dette hadde vært, og var, en belastning for begge. Hun karakteriserte seg innledningsvis som en grubler, og at hun var vant med å ordne opp i bekymringene sine selv.

FORLØP

Terapien gikk over 16 ganger med avbrekk en periode på grunn av kurs og ferie. 15 konsultasjoner ble gitt som individualterapi, hvor seks av disse var dobbeltimer. Den 16. konsultasjonen ble gitt som dobbeltimer hvor samboer

var med. Det ble avtalt dobbel oppfølgingstime etter fem måneder. Det ble gitt en skjematisk gjennomgang av de enkelte komponentene i konseptualiseringen. Selve konseptualiseringsarbeidet foregikk som et samarbeid mellom klient og terapeut. Terapeuten skrev inn aktuell informasjon i konseptualiseringsdiagrammet. Det ble så oversendt per e-post for kommentarer, og drøftet med klienten i etterfølgende terapitime. Etter hvert som arbeidet gikk framover ble klienten oppfordret til selv å fylle ut deler av konseptualiseringsdiagrammet. Slik ble konseptualiseringsarbeidet en konkret metode i terapien. Ved gjennomgang og bearbeiding ble det skriftelige materialet et viktig grunnlag for psykoedukasjon. Det gav klienten flere a-ha opplevelser knyttet til å oppdage, og å forstå, sentrale sammenhenger. Spesielt var det nyttig for henne å forstå sammenhengene mellom egne automatiske tanker og følelsene hun opplevde i "kritiske situasjoner." På denne måten ble materialet et godt grunnlag for å rydde i hva som var hva, og arbeidsmodellen ble et nyttig verktøy i møtet med hverdagens utfordringer.

Ved oppstart formulerte hun klare mål for terapien. Hun søkte hjelp fordi hun i lengre tid hadde vært plaget av varierende grad av uro. Dette artet seg som "klump i magen" og forvirrende tanker om egen framtid. Klumpen i magen økte i intensitet ved samvær med framtidige svigerforeldre, spesielt ved feiring av høytider. Det samme gjorde seg gjeldende ved gjenforening etter at ektemannen en periode hadde vært hjemmefra på grunn av jobben. Ved flere anledninger erfarte hun sterkt tiltakende uro, nummenhet i fingre, pustebesvær og påfølgende grubling; spesielt ved tanker om framtidig forpliktende og fast relasjoner. De samme symptomene hadde i lengre tid også plaget henne når hun tenkte på egen arbeidssituasjon. I tillegg hadde hun devaluerende tanker om sine egne prestasjoner. Hun hadde lett for å tenke at andre presterte langt bedre enn henne. Disse tankene hadde tiltatt i forbindelse med at hun ikke lyktes med å bli gravid. Hun var usikker på forholdet og hadde tanker om at ektemannen kanskje ikke var den rette for henne.

De spesifikke symptomene debuterte tre år før hun kom til behandling. Sårbarhet knyttet til opplevd svik fra foreldre og høye prestasjonsstandarder og krav, synes sammen med økt stress i jobb og privatliv å være hovedårsak til den økte symptomintensiteten. Symptombildet ved oppstart av terapien svarer til generalisert angsttilstand (GAD), eller grubleangst og lav selverdi (Beck & Emery 1985/ 2005 s. 84 - 85; Fennell 1999/ 2002, s. 100).

ANGST

Angst og frykt forhindrer oss fra å utsette oss for farer og er et viktig signal når noe truer. Redsel og mild forbigående angst er normale følelser som for de fleste av oss ikke gir noen varige plager. (Gøtestam 2003; Beck & Emery 1985 / 2005). Først når angsten hindrer oss i dagliglivets aktiviteter utgjør den en tilstand som bør behandles. Individuell sårbarhet, læringshistorie og tidlig

etablerte hukommelsessystemer kan påvirke senere reaksjoner og håndtering av angstfremkallende stimuli (Sållmann 2006; Hougaard, Rosenberg & Nielsen 2002). Mål for arbeidet med angst dreier seg om å identifisere hvordan man oppfatter situasjoner og hendelser (persepsjonen), vurderinger av stimuli som forbindes med fare og trussel, egne automatiske tanker, og egne mestringsstrategier. På bakgrunn av kartlegging og identifiseringsarbeidet knyttes terapien til atferdsekspériment, eksponering og kognitiv omstrukturering. Atferdsekspériment gjennomføres vanligvis både in vitro (ved hjelp av visualisering) og in vivo (i virkeligheten). Kognitiv omstrukturering gjennomføres både i eksponeringssituasjonen og i egne terapisesjoner.

SELVERDI

Selverdi er de tanker vi har om oss selv og den verdi vi tillegger oss selv som menneske. Selvbilde, selvpoppfattelse, selvforståelse, selvillit, selvvurdering, selvaksept, selvrespekt og selverdi er ord som refererer til forskjellige aspekter ved oppfatninger om oss selv (Fennell 1999 /2002). Selvaksept, selvrespekt og selverdi speiler den samlede holdning vi har til oss selv og til de verdier vi tillegger oss selv som mennesker (ibid).

Lav selverdi karakteriseres av vedvarende selvkritikk og overbevisninger om egen udugelighet. Mekanismene for innlæring er ennå ikke fullt ut klarlagt. De opprettholdende faktorene synes å dreie seg om strategier for å unngå ubehagelige tanker og følelser i tilknytning til grunnleggende negative antagelser om seg selv. Vedlikeholdende strategier kontrolleres av negativ forsterkning i form av å handle og tenke slik at ubehag bringes til opphør ved å for eksempel:

- Gjennomføre oppgaver og væremåter mest mulig perfekt, etter svært høye standarder, dermed kan ingen kritisere meg og jeg unngår andres kritiske kommentarer. Jeg oppnår i egne øyne likevel ikke noe positivt, da jeg bare gjorde som forventet.
- Devaluere andres væremåter og prestasjoner, for ikke selv å bli minnet om egen udugelighet og utilstrekkelighet.

Komponentene i subjektiv selvmestringsevne, self-efficacy (Bandura 1994) samsvarer med utviklingen av elementene i selverdi. Individens subjektive selvmestringsevne formes av hva vi har erfart av tidlig tilknytning, oppdragerstil hos foreldrefigurer, mestring og klima i søskenflokk, generalisert mestringsopplevelse i skole, sport, fritidsaktiviteter og jobb, og med vår egen kognitive forklarende stil (se Bandura 1994, s. 71 - 81). Forklarende stil dreier seg i følge Seligman (2005) om at opplevd motgang håndteres ut fra hvordan vi opplever den. Vår forklarende stil farger dermed våre oppfatninger av motgangen vi opplever. Forklarende stil relateres til:

«Lav selverdi karakteriseres av vedvarende selvkritikk»

- tid, dvs. om motgangen oppfattes varig eller forbigående
- om den er universell, dvs. om den oppfattes som global (for alt som skjer) eller om den er spesifikk (det som skjedde da, i forhold til denne oppgaven spesielt og ikke alle oppgaver)
- om den er personalisert, dvs. om motgangen oppfattes som at jeg personlig er skyld i den og det negative som skjer, - eller om det kan skje med alle.

Den siste faktoren dreier seg om håp og tidsperspektiv (TP) og framtidsorientering (FTO) (Boniwell & Zimbardo 2004). Det vil si om jeg opplever at motgangen har fratatt meg framtidsperspektivet (mangel på målorientering og håp). Seligman (1975/ 1992) hevder at gjennomgående negativ forklarende stil disponerer for depresjon, angst og lært hjelpeløshet, men påpeker samtidig at forklarende stil for en stor del er tillært og dermed mulig å moderere gjennom ny erfaring og læring (Seligman 2004).

Lav selvverdi kan dermed antas å utvikle seg i samvariasjon med ytre, indre og relasjonelle faktorer gjennom hele livsløpet, og etableres på bakgrunn av negative grunnleggende antagelser, holdninger og overbevisninger om oss selv. Varig lav selvverdi kan oppleves som at ”det sitter en kritisk papegøye på skulderen” som stadig forteller at en ikke er godt nok. Dette til tross for ytre faktorer som for eksempel høy utdanning, i andres øyne god jobb og gode materielle levekår. Vi kan altså i noen sammenhenger utvikle et negativt syn på egen fremtid og egne prestasjoner på tross av at vi objektivt sett er vellykket (Zimbardo & Boyd 1999). En person med lav selvverdi er en selvkritiker som sjelden eller aldri egentlig sier seg fornøyd. Positiv tilbakemelding har liten effekt.

Et fokus i terapi dreier seg om å arbeide med å identifisere de gamle negative antagelsene og erstatte disse med nye mer positive og selvstøttende antagelser. Dette kan gjennomføres på flere måter, hvor den kognitive diamanten (figur 5) er én framgangsmåte. En annen framgangsmåte finner vi hos Seligman (2005). Denne dreier seg om å arbeide med tre - og fem - kolonne skjema. I modellen er kolonnen for Motgang situasjons og hendelsesbeskrivelsen, Oppfatninger er (de automatiske) tankene våre, Konsekvensene er følelsene, kroppsformemmelsene og handlingene våre, Imøtegåelse er våre egne strategier for å bearbeide det som skjer i motgangen og Aktiviseringen utprøving av nye strategier, eller MOK og MOKIA.

Arbeid med lav selvverdi tar tid og krever høy egeninnsats fra klienten. Det bygger på grundig kartlegging og identifikasjonsarbeid, samtidig med at det bygges bro mellom tidligere erfaringer og nåtidig og framtidig fungering. I dette arbeidet ansees kognitiv omstrukturering av negative antakelser og psykoedukasjon som nyttige metoder. (Se Fennell 2002, s. 224; Beck 2006, s. 178 for detaljerte framstillinger).

SKJEMATISK KONSEPTUALISERING

Samarbeidet om konseptualiseringen startet i andre time. Denne delen av samarbeidet ble deretter gjennomført som hjemmeoppgaver, oppsummeringer, skriftlig arbeid og som en kontinuerlig psykoedukativ prosess gjennom hele terapiforløpet. Det ble gjennomført to større oppsummeringer med cirka fire måneders mellomrom. Første delen av konseptualiseringen består av en fakta og en oppsummeringsdel. Oppsummeringsdelen fylles ut på nytt ved ny kartlegging og kan dermed tjene som en basislinjekontroll. Figur 1 og 2 er illustrasjoner på hvordan konseptualisering kan systematiseres i et diagram.

Figur 1– Fakta og Oppsummeringsdel

KOGNITIV KONSEPTUALISERING

NAVN: _____ F: _____ START TERAPI: _____

Dato for gjennomganger

-
-
-
-

• **Gjennomført kartlegging:**

- Ved første konseptualisering -Presentasjon
- Ved andre konseptualisering -Presentasjon
- Ved ... konseptualisering -Presentasjon

• **Viktige funn:**

Endring på følgende områder i forhold til tidligere kartlegging:

Dato:

Dato:

Selv om den praktiske gjennomføringen kan være forskjellig er prinsippene for konseptualiseringsarbeidet de samme. Diagrammer varierer i utforming, men fungerer i praksis relativt likt (se Hougaard, Rosenberg & Nielsen 2002, s. 252 og Nordahl 1996, s 1070). Vi vil her presentere en noe omarbeidet versjon av forslaget til konseptualiseringsdiagram hos Beck (2006. s 164).

Figur 2 Konseptualiseringsdiagram etter Beck (2006) s.164

✓ Relevante funn om barndom	✓ Rolle i familien
✓ Tilknytting	✓ Søsken og forhold til disse
✓ Viktige hendelser	✓ Aktiviteter og skolegang
✓ Tidligere erfaring	✓ Annet
✓ Overganger	

Kjerneantagelse;

✓ Jeg er ...

Betingte antagelser (hvis, om, at og hvis ikke, om ikke ... ,) regler (skal, må, skal ikke, må ikke), verdier (hvis bare ... , det er forferdelig hvis, ... , det må jo bare være slik fordi,);

✓ Positive;

✓ Negative;

Situasjon 1	Situasjon 2	Situasjon 3
Detaljert beskrivelse av situasjon, samhandling og hendelse; hva, hvor , hvem, når, hvem sa hva, - hvem gjorde hva ...		
Automatisk tanke. Hva går / gikk gjennom hodet nå / da	AT	AT
Betydning og overbevisning av AT. 0 – 100	Betydningen av AT	Betydningen av AT
Følelse – hvilke følelse i forbindelse med de automatiske tankene	Følelse	Følelse
Atferd – detaljert beskrivelse. Hva gjorde han / hun da	Atferd	Atferd
Kroppsformelse – hva kjente han / hun i kroppen og hvor i kroppene	Kroppsformelse	Kroppsformelse

Mellomliggende antagelser (fylles i etter hvert)

1. norm	3. negative formodninger
2. pos formodninger	4. regler
	5. kompensatoriske strategier

De mest framtrepende automatiske tanker under grublingen/ angsten:

Innledningsvis brukte vi en problemsjekkliste (Oestrich 2000) som består av 75 ledd som del av kartleggingen. Denne gir en god indikasjon på problembelastning og hvilke målområder som bør prioriteres. (Utdrag av listen i fig. 3, egen oversettelse. For hele listen i dansk utgave gå til <http://www.pegahuman.no/Samlet.pdf>)

Figur 3 – Problemsjekkliste – oversatt fra Oestrich (2002)

Les «problemsjekklisten» nøye. De punktene som du mener passer deg merkes med **1** ikke så viktig **2** viktig og **3** veldig viktig.

Redusere røyking

Redusere inntak av rusmidler, herunder alkohol eller narkotika

Slutte å spise for mye

Kontrollere min trang til å føle meg tiltrukket av andre av mitt eget kjønn

Kontrollere min trang til å føle meg tiltrukket av andre av det motsatte kjønn

Kunne tåle å være nervøs uten å gå helt i «kjelleren»

Problemsjekklisten ble utfylt mellom første og andre sesjon og deretter gjennomgått. Foreløpige prioriteringer av målområder for terapien ble satt opp. BAI og BDI ble utlevert og utfylt til tredje terapisesjon og gjennomgått i denne. Problemsjekkliste ble utfylt på nytt 7. og 14. time. BAI og BDI ble utfylt på nytt og levert til 14. time.

I det følgende illustreres et utdrag fra konseptualiseringen i den aktuelle saken. Kartlegging og re-kartleggingen ble gjennomført med samme verktøy. Det gjorde det mulig å dokumentere endring underveis og ved avslutning. Det ble planlagt oppfølging med ny gjennomgang av problemsjekkliste etter cirka fem måneder.

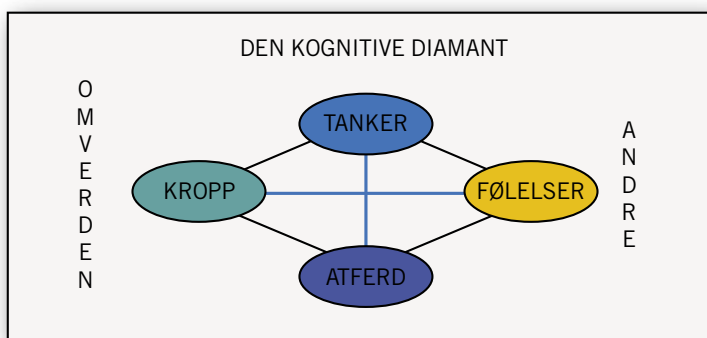
Figur 4 – Kartlegging og rekartlegging i saken

<p>Ved første hovedgjennomgang – mai 06</p> <ul style="list-style-type: none"> • problemsjekkliste (Oestrich 2004) • innledende anamnese – oppvekst, familie, relasjons og utdanningshistorikk • status presens • nåværende familiesituasjon • nåværende arbeidssituasjon • aktuelle mål med terapien • BAI & BDI <p>Tentative funn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lav selverdi • angst • uro ved tanke på egen framtid • samvittighetsfull, sentral i opprinnelig familie, ansvarsfull, opplevd svik fra foreldre, opplevd kritiske voksne • tidvis sterk skyld og skamfølelse • BAI skåre: 3 • BDI skåre: 3 	<p>Ved andre hovedgjennomgang – sept. 06</p> <ul style="list-style-type: none"> • Re-utfylling av problemsjekkliste, utvidet kartlegging av egen situasjon • Re-utfylling av BAI & BDI <p>Funn</p> <ul style="list-style-type: none"> • Re-utfylling av problemsjekkliste: fortsatt noe lav selverdi, signifikant bedring på tolv områder (differensiering 1 – 3); nr 3, 27, 28, 30, 38, 48, 54, 60, 71, 72, 74, noe bedring på 69 – 2. • BAI skåre: 2 • BDI skåre: 3
--	--

REFERANSER

- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought & Action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice – Hall, Inc, Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1994). Self – efficacy. I: V.S. Ramachaudran (red.). *Encyclopedia of human behavior* vol 4 (71-81). New York: Academic Press.
- Beck, A. T., Emery, G. (1985 / 2005). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Cambridge, MA: Basic Books.
- Beck, J. (1995/ 2006). *Kognitiv Terapi – teori, utøvelse og refleksjon*. København: Akademisk Forlag
- Boniwell, B. & Zimbardo, P.G. (2004). Balancing time Perspective in Pursuit of Optimal Functioning. I: P. A. Linley & S. Joseph (eds.). *Positive Psychology in Practice*. NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- d’Elia, G. (2003). *Kognitiv Psykoterapi. Ett Samarbetsprosjekt med Patienten*. Svenska föreningen för psykisk helse.
- Fennell, M. (1999 / 2002). *At Overvinde Lavt Selvværd. En selvhjælpsguide på grundlag af kognitiv adfærdsterapi*. Århus: Forlaget Klim.
- Götestam, G. K. (2003). *Angstlidelser: diagnostikk og behandling*. I S. Eikeseth & F. Svartdal (red). *Anvendt Atferdsanalyse. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hougaard, E., Rosenberg, R., Nielsen T. (2002). *Angst og angstbehandling*. København; Hans Reitzels Forlag.
- Kendall, P. C. (2006). *Guiding Theory for Therapy with children and Adolescents*. I.P. C. Kendall (red). *Child and Adolescent Therapy. Cognitive behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Kåver, A. (2005). *Å leve et liv, ikke vinne en krig – Om akseptering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Locke, E. A. & Latham, G.P. (1990) *A theory of Goal setting & Task performance*. NJ: Englewood Cliffs, Prentice – Hall.

Vi arbeidet med utgangspunkt i den kognitive diamanten (fig. 5). Detaljerte situasjons og hendelsesbeskrivelser dannet grunnlag for identifisering av automatiske tanker, følelser, kroppsformennelser og atferd. Pasientens overbevisninger i forbindelse med automatiske tanker ble målt på en skala fra 0 – 100 og grunnfølelsene på en skala fra 0 – 10. Den kognitive diamanten ble et godt grunnlag for edukasjon, og med terapeuten som guide brukte klienten selv fremgangsmåten i 7. og 11. konsultasjon for å arbeide med egne antagelser. Det som kom fram ble utgangspunkt for videre arbeid hvor vi benyttet nedadgående pil teknikk, med spørsmål som: ”da det skjedde, hva gikk gjennom hodet ditt da”, ”hvis så skjer – hva da.” Oppgaver mellom sesjonene ble knyttet til det aktuelle temaet og brukt som en metode for å trene på bruken av modellen. I 5. og 12. time ble det gjennomført en enkel instruksjon knyttet til pusteteknikker og avslapping. Det ble brukt skriftlig støttemateriale og foreslått flere bøker. Blant annet ble Anna Kåver (2005) sin bok om akseptering og Fennell (1999) sin bok om å overvinne lav selvverdi gode hjelpere i terapien.



Figur 5 – Den kognitive diamanten

Målet med å arbeide etter den kognitive diamanten var å kartlegge Negative Automatiske Tanker (NAT), og å se på sammenhengen mellom disse og pasientens følelser, kroppsformennelser og atferd i de aktuelle situasjonene. Utgangspunktet var klientens egne vanskelige opplevelser mellom sesjonene. Det ble gjort detaljerte nedtegnelser av hva som skjedde, hvor, når, hvem som var til stede med mer. I tilknytning til beskrivelsen ble de negative automatiske tankene (NAT), følelsene, kroppsformennelsene og atferden identifisert. Dette var utgangspunktet for å arbeide med økt innsikt og for å etablere sammenhenger. Fra og med tredje økt arbeidet klienten med egen bok og egne nedtegnelser av kritiske situasjoner mellom terapisesjonene. Hun fikk detaljert instruksjon om hvorledes tre - kolonne skjemaet fylles ut. Hun ble instruert i å ta utgangspunkt i egne humørskifter og gjøre beskrivelsene i stikkordsform. Instruksjonene var at hun skulle skrive ned ”hva som gikk gjennom hodet,” altså få tak i ”de varme kognisjonene” (Oestrich 2000, s 72). Denne framgangsmåten arbeidet klienten med under hele terapiforløpet.

Figur – 6 - Skjematisk oversikt over automatiske tanker, betydningen av disse, følelser, kroppsformennelser, handlinger og kjerneantagelse etter den kognitive diamanten

Situasjon 1 – april	Situasjon 2 – mai	Situasjon 3 – mai
Skal ha samtale med sin mentor	I (samboer) kommer hjem fra USA (01. mai – 06)	Legger seg alene (ikke på cd – en) (12. mai – 06)
AT Jeg gjør ikke jobben min godt nok	AT Jeg vil unngå å ha sex I er tjukk Han kunne vert kulere	AT Dette (forholdet) er ikke riktig Jeg sårer I Dette er ikke riktig Å være sammen er ikke riktig Forholdet vårt er galt Hva skjer om vi gjør det slutt
Betydningen av AT – 0 – 100 Jeg får kanskje ikke beholde jobben	Betydningen av AT Jeg er fæl Jeg svikter I	Betydningen av AT Jeg er ikke ærlig Jeg er ikke bra Jeg holder han for narr Jeg lyver Han er bedre enn meg Jeg er ikke god nok
Følelse 0 – 10 Lei seg Redd	Følelse Lei seg Redd Skam	Følelse Redd Skam Skyld
Atferd Sjekker e – post svært hyppig – venter på kommentarer fra mentor på rapportog på innspill til møte	Atferd Holder seg unna I, foreslår at de skal gå ut	Atferd Står opp, drikker vann, prøver å lese litt i ukeblad Gråter
Kroppsformennelse Klump i magen Urolig Pustebevsvær	Kroppsformennelse Klump i magen Hodepine	Kroppsformennelse Klump i magen Pustebevsvær Numenhet i hender og føtter Svettetokter
Kjerneantagelse; - Jeg er ikke god nok		
Andre bekymringstanker under grublingen / angsten; - jeg lyver, jeg er uærlig, jeg holder I for narr, det er forbudt å tenke slik om meg og I, - jeg må snakke med familien om hvorledes det er, - hva med huset, - hva med at vi kanskje skal adoptere et barn		

Det viste seg at negativ grubling om framtidige prestasjoner, egen historikk og gjenforening med samboer utløste automatiske tanker som medførte angst. De negative automatiske tankene (NAT) innebar grubling over at det kunne bli slutt med samboer. Det førte til nye bekymringer om at huset måtte selges og tanker om at hun ble eldre og ville ha mindre og mindre sjanser for å bli gravid. Den negative grublingen ledet videre til skam og skyldfølelse og forsterket overbevisningen om å ikke duge eller strekke til. Grublingen forsterket og vedlikeholdt dermed i seg selv hennes negative grunnleggende antagelser: ”Jeg er ikke god nok, det kommer jeg heller aldri til å bli, - det er verst, og jeg blir redd når de jeg bryr meg om kommer nær og når andres lykke overskygger min.”

REFERANSER

■ Matre, P. J. (1999). Forsvarleg målarbeid i barne- og ungdomspsykiatriske behandlingsheimar. *Temaer i sosialt arbeid, nr 4, HiO-hovedfagsrapport nr 21*, Oslo.

■ Nordahl, H. M. (1996). Kasusformulering ved personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 1065 – 1072

■ Oestrich, I. H. (2000). *Tankens kraft. Kognitiv Terapi i Klinisk Praksis*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.

■ Seligman, M. E. P. (2002/2004). Lykkens psykologi. Ny psykologi sætter fokus på dine fortrin. København: Aschehoug.

■ Seligman, M. E. P. (1998/2005). Optimistisk tenking. Fra negativitet til positivitet. Oslo: WEM3 as.

■ Seligman, M. E. P. (1975/1992). Helplessness. On Development, Depression & Death. New York: W. H. Freeman and Company.

■ Sällmann, J. I. (2006). Behandling av angst og skolevegring hos ung gutt ved hjelp av enkle atferdsanalytiske prinsipper. *Norsk Tidsskrift for Atferdsanalyse*, 33. (2) nr 2, 49 – 56.

■ Tubbs, M. E. (1993). Commitment as a moderator of the goal - performance relation: A case for clearer construct definition. *Journal of applied psychology*, 78, 86 - 97.

■ Tubbs, M. E. & Dahl, J. G. (1991). An empirical comparison of self report and discrepancy measures of goal commitment. *Journal of applied psychology*, 76, 708 - 716.

■ Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual - differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, s. 1271 – 1288.

OPPSUMMERING

Første konsultasjon startet med en grunnleggende kartlegging og informasjon om behandlingsmetoden. Det ble avklart hvilke innledende mål klienten hadde, og hvilke oppfatninger hun hadde av egne utfordringer og problemer. Vi ble enig om mål for terapien, og konseptualiseringsdiagrammet ble brukt underveis for å etablere sammenhenger og for å gi opplæring i modellen. Med små avvik har terapisesjonene fulgt samme struktur, og kan kort oppsummeres slik:

- Hva har skjedd siden sist, hva er situasjonen og hva er aktuelt å ta opp.
- Humørsjekk, det vil si sjekk av hvilke humør hun var i ved det aktuelle tidspunktet og måling av dette på skala fra 1 – 10.
- Gjennomgang av hjemmeoppgaver
- Gjennomgang av kritiske hendelser / situasjoner siden sist og prioritering for bruk i aktuell time.
- Enighet og oppsett av dagens agenda.
- Bruk av den kognitive diamanten, - innhenting av informasjon, avdekking av negative automatiske tanker (NAT), følelser, kroppsfornemmelse og atferd, - utfyllende spørsmål, nedadgående pil teknikk og bearbeiding
- Kognitiv omstrukturering med måling av overbevisning og utdyping av alternativer
- Formulering av nye hjemmeoppgaver til neste gang.
- Evaluering og avslutning av timen.

AVSLUTNING

Vi har presentert et kasus hvor kartleggingen viste mild grad av angst og moderat til svært lav selververdi. Dette er gjennom forløpet bekreftet av et tanke-mønster kjennetegnet ved svært kritisk egevaluering og moderat til lav grad av framtidsorientering. Mildere grad av generalisert angst og lav selververdi kan forveksles. Lav selververdi kan, slik vi har erfart det, gi uro, bekymring og angst. I terapien ble det arbeidet både med klientens spesifikke uro, bekymringene og angstsymptomene, og med endring av de grunnleggende negative antagelsene hun hadde om seg selv. Etter at angsten var redusert ble det å erstatte den gamle uhensiktsmessige tankekonstruksjonen hennes, om å ikke være god nok, hovedfokus for terapien. Den nye antagelsen: ”Jeg er god nok som jeg er og når det teller,” ble fokusert og arbeidet med. Denne er gjengitt i figur 7, slik hun selv rapporterte den i 12. time og slik hun selv forklarer at hun nå tenker og oppfatter situasjoner hun er i. Rapportene hennes viser at grunnantagelsen var i ferd med å generaliseres til arbeidssituasjon: ”Jeg er en av de eldste,” ”Jeg har mye erfaring,” og til parforholdet: ”Jeg er glad i min mann, han er flott for meg og vi har det godt. Å adoptere er ikke et nederlag og jeg gleder meg til å sett i gang prosessen.”

Figur 7 – Utdrag av siste konseptualisering

Situasjon 1	Situasjon 2	Situasjon 3
Oppdager at yngste bror drikker, ljuger og går på fylla	Bekymret for at bror og samboer ikke er gode nok foreldre	Er sår og irritert for at egne foreldre ikke stiller opp for yngre bror, men at hun må gjøre det – alene
AT Han kommer til å bli en fyllik Han kommer til å ende på gata	AT De kommer til å skille seg. De klarer ikke oppdragelsen	AT De stiller ikke opp De er opptatt av seg selv De har ikke peiling på hva de skal gjøre
Betydningen av AT Det er forferdelig at jeg har en minstebror som går til grunne	Betydningen av AT F kommer til å få en like trøblete oppvekst som meg	Betydningen av AT De (foreldrene) svikter meg igjen De (foreldrene) er tafatte og unnvikende
Følelse Lei meg Overaska Redd	Følelse Lei meg Redd	Følelse Lei meg Sint (irritert)
Atferd Aktiv med å få bror til avrusing og i behandling, snakker med svigerinne (hører på henne), gjør avtaler med de andre	Atferd Grubler, skriver i egen arbeidsbok, analyserer det som skjer	Atferd Ringer, snakker med foreldrene, prøver å få de til å stille opp (uten å lykkes), - skriver i arbeidsboken og oppsummerer at; ” jeg får akseptere det slik det er, - jeg kan ikke forandre dem og det behøver ikke gå ut over meg.”

Kjerneantagelse; Jeg er god nok, - det jeg gjør er godt

- det jeg gjør vet jeg er godt nok, jeg skulle gjort mer men forstår at jeg gjør så godt jeg kan, de andre (mamma, pappa og storesøster) gjør ikke sitt beste, de gjør ikke nok og det får jeg akseptere

Betinge antagelser (hvis, om, at og hvis ikke, om ikke ...) regler;

Positive; - *hvis noen i familien ikke har det bra så stiller jeg opp, - hvis jeg stiller opp gjør jeg det ordentlig,- det er i alle tilfeller bra at noen i familien gjør det*

Negative; - *hvis han fortsetter å drikke ender han som fyllik og på gata, - hvis han fortsetter med drikkingen sin skiller de og Å. har da ikke gode nok foreldre, - hvis denne situasjonen fortsettergår det ut over prøverørsbehandlingen min*

Ved oppfølgingsamtale etter seks måneder uttrykte klienten tro på at endringene hun hadde klart å etablere ville vare ved. Hun fikk fortsatt ”klump” i magen, men dette skremte henne ikke lenger. Følelsen var under kontroll, og hun forsto at det var tankekonstruksjonene som forårsaket den. Hun hadde også erfart at hun kunne gjøre noe med det ved å evaluere og imøtegå sine egne antagelser og overbevisninger. Hun opplevde at hun kunne bruke arbeidsmåtene i hverdagen og at dette i seg selv gav en trygghet. Terapien ble avsluttet da det ikke ble uttrykt behov for ytterligere oppfølging. ■



Utmattelse – kropp og psyke

AV TALE SIMONSEN

Jeg jobber som fysioterapeut ved Stavanger Universitetssjukehus, og har, ved siden av å være tilknyttet tre spesial sengeposter, en del polikliniske pasienter. Artikkelen omhandler mitt arbeid med pasienter som lider av kronisk utmattelsessyndrom. Dette arbeidet er helt i startfasen.

Kronisk utmattelsessyndrom kalles også myalgisk encefalopat (ME), og chronic fatigue syndrom (CFS). Det norske helsevesenet har relativt lite behandlingstilbud for denne tilstanden. Kognitiv atferdsterapi kombinert med tilpasset fysisk aktivitet er så langt den eneste dokumenterte metode med signifikant behandlingseffekt (Johansen, 2007). Dokumenterte studier kommer i stor grad fra USA. Ved Rikshospitalet er det ved Barneklivnikken i løpet av de siste tre år utviklet et standardisert utredningsprogram for barn og unge med utmattelsessyndrom. Utrednings- og forskningsprosjektet har etablert et nært samarbeid mellom ulike fagområder; blant annet med Fysiologisk institutt, Universitetet i Oslo. Det foreligger en rapport om flere omfattende studier med varierende resultater fra Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten (Wyller et al., 2006)

Jeg har 12 års klinisk erfaring med psykiatriske pasienter ved Universitetssjukehuset i Stavanger. Dette er pasienter med ulike psykiatriske diagnoser. Min bakgrunn for å kunne tilby ME pasienter denne behandlingen er at jeg er fysioterapeut og har tilleggsutdanning i kognitiv terapi. De fem pasientene jeg refererer til her er utredet somatisk før de henvises til kognitiv atferdsterapi og gradert trening. Det foreligger ingen objektive funn som kan forklare symptomene. Tre av pasientene har hatt en virusinfeksjon i forkant av symptomdebut. En er ferdigbehandlet med merkbart god effekt, de resterende fire er under behandling. Pasientene er mellom 13 og 40 år gamle. I ICD-10 systemet brukes her koden F-48, Kronisk utmattelse, nevrasteni. Ved medisinsk avdeling SUS brukes kode G-93, Postviralt utmattelsessyndrom. Jeg beskriver videre hvordan behandlingen gjennomføres.

UNDERSØKELSE

Behandlingsrelasjonen starter med en grundig samtale. Pasienten tilbys å ta med nære familiemedlemmer /omsorgspersoner eller en nær venn. Det blir redegjort for teorien bak kognitiv terapi, og betydningen av egen innsats både mentalt og fysisk. Det gis mulighet for pasient og pårørende til å stille spørsmål omkring behandlingen. Aktuelle spørsmål ved behandlingsstart er: Hvordan plagene debuterte, varighet, eventuelle mønster, karakteristika, pasientens hverdag i store trekk, har andre i familien tilsvarende symptomer?

Ved de neste konsultasjonene blir pasienten vurdert kroppslig ved generell fysioterapeutisk kroppsundersøkelse, i tillegg gjøres utvalgte deler av DOK un-

dersøkelsen (Bunkan, 2003). Her vurderes den gjensidige påvirkningen mellom muskelkvalitet, respirasjon, ulike smertekarakteristika, spenningsgrad og omstillbarhet i kroppslig forstand. Dette brukes for å kunne reteste og registrere endringer i løpet av behandlingen. Pasientene kan oppleve selve undersøkelsen som smertelindrende og et par av dem sa spontant at den hadde en avspennende effekt.

BEHANDLING

Ved psykiske plager har det generelt vist seg viktig å kartlegge pasientenes kroppslige plager og ressurser og tilby fysioterapi som en del av behandlingen. Pasienter med utmattelsessyndrom møter i første omgang den somatiske del av helsevesenet. De tilbys en omfattende somatisk utredning. Deretter blir de fleste sendt hjem med instruks om å hvile og tilpasse sin hverdag så godt de kan. Svært mange blir etter hvert uføretrygdet, før optimal behandling er tilbudt. Muligens vil behandlingstilbudet se annerledes ut i fremtiden, for eksempel ved at de blir henvist til behandling med kognitiv atferdsterapi og gradert fysisk aktivitet. Målet med behandlingen handler om å kunne forstå sin lidelse på en hensiktsmessig måte, tilegne seg strategier til å mestre hverdagen med de muligheter og begrensninger som foreligger.

Behandlingsprogrammet tar utgangspunkt i pasientens vurdering av egen kapasitet. Det er likevel av betydning at programmet oppleves forpliktende. Dette anses som del av det å vise respekt for pasienten. En pasient sa: "Å ha forventninger og å stille krav til en person er å ha respekt for vedkommende, og gir tro på endring og nye muligheter."

Det er sannsynlig å tenke seg at et langvarig sykdomsforløp av denne typen representerer en formidabel psykisk belastning. Likevel hevder flere av pasientene at de ikke er deprimerte. Jeg har hittil ikke funnet det hensiktsmessig å la dem fylle ut Becks Depression Inventory, BDI. Derimot er jeg i gang med å benytte Becks Hopelessness Scale, HS (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Dette gjør pasientene nysgjerrige og gir dem en mulighet til å komme i kontakt med egne ønsker og håp for fremtiden, slik at det blir et tema i terapien.

MOTIVASJON

Da dette er en type behandling som er relativt ny og har begrenset omfang, blir ME-pasientene henvist til behandlingen uten å ha informasjon om innholdet. De første konsultasjonene vies til orientering om kognitiv terapi, forpliktelser med hensyn til egen innsats, fremmøte, hjemmeoppgaver, atferdsekspiriment, prioriteringer og roller under behandlingen. Psykoedukasjon, so-

sialisering til metoden og ansvarliggjøring er en del av terapien og forgår i nøye tilpasset form.

Josie Geller (2004) har på bakgrunn av William R. Millers arbeid med rusavhengighet utviklet et skåringsinstrument for grad av motivasjon. Denne tenkningen preger første del av min behandling av disse pasientene. Hun introduserer tre ulike faser for motivasjon (rød, gul og grønn) Eksempel: ”Røyking er helsefarlig og jeg burde slutte ” tilsvarer rød fase. Det vil si at personen ikke er klar for å slutte å røyke. Motivasjonen må være atskillig høyere for å få til endring. Det er ikke nok med en entusiastisk terapeut. Det er derfor viktig å kartlegge hva som er pasientens egen bestilling? Er dette det rette tidspunkt? Skal behandlingen utsettes seks måneder, ett år eller enda lenger? Det er en særdeles stor utfordring å behandle ungdommer. Dersom familiemønsteret er særlig fastlåst og grensene er utydelige innad i familien vil det ofte være hensiktsmessig at disse venter med behandlingen til de har flyttet hjemmefra. Å bo i egen leilighet blir i sin tur umulig å gjennomføre dersom pasienten er ute av stand til å gå i jobb eller skole på grunn av sin helsetilstand. To av pasientene er under 18 år. Jeg har en tett dialog med deres foreldre. De er fortvilet og engstelig for fremtiden, og står oppradd i forhold til hva de skal foreta seg.

KROPPSBEVISSTHET

Jeg har søkt etter en offisiell definisjon på kroppsbevissthet (KB) uten at det har lyktes meg å finne noen. Min definisjon er: Tilstedeværelse i kroppen, kontakt med eget pustemønster, kontakt med fundament (underlag/ fotsåler/ tyngde), kontakt med spenningsgrad i muskulaturen, energi og egen kroppslig fleksibilitet og omstillingsevne. I motsetning til å ” løse opp i kroppen” som i alminnelighet betraktes som en løsning på kroppslige smerter og ubehag er en bedre metafor for behandlingen å ”stable folk på beina”. Kroppslig omstilling er noe annet og mer enn avspenning. Kontroll kan ikke betraktes som noe entydig negativt. Balansering er i denne sammenheng et mer relevant ord enn avspenning (Thornquist, 1986).

Pasienter med utmattelsesproblemer er i varierende grad plaget av smerter og ubehag i kroppen som virker forstyrrende på søvn og begrenser livsutfoldelse og deltagelse i familielivet. ”Disse symptomene rommer mange tolkningsmuligheter. Kroppen vår kan aldri forstås uavhengig av vår totale psykososiale og kulturelle utvikling” (Fadnes & Leira, 2006). ”Økt kroppsfølsomhet gir økt tilstedeværelse i samvær med andre” sier psykolog Jon Mønsen når han underviser fysioterapeuter på spesialistutdanningen. ”Økt kroppsbevissthet gir økte ferdigheter til å sette seg realistiske mål på flere plan” (Råheim, 1997).

I teoretiske beskrivelser om kroppsbevissthet blir det lagt vekt på at spedbarnets første møte med omgivelsene er hender som steller og tørker, holder og løfter det. Kvaliteten på denne aller første håndteringen kan ha betydning for barnets opplevelsesverden. Et sitat fra filosofien: ”Kroppen er personlighetens sub-

jekt, det er gjennom kroppen at bevisstheten tar form. Det er med kroppen vi er til stede i verden og er i kontakt med tingene og livet selv” (Merleau-Ponty, 1994).

KOGNITIV TERAPI I KOMBINASJON MED KROPPSBEVISSTHET

Kognitiv atferdsterapi blir brukt ved mange ulike lidelser, og har også vært utprøvd i flere studier av ME / CFS. Rasjonalet for terapien er å utforske tanker og oppfatninger som kan virke vedlikeholdende på tilstanden og motvirke bedring og muligheter til å styrke mestring. Hensikten er å påvirke funksjonsnivået og symptomene via endring av tankemønster og atferd, kombinert med gradvis økt fysisk og mental aktivitet. For eksempel kan det å kjenne seg sliten utløse tanker som: Nå blir jeg sykere, det kan føre til at jeg blir sengeliggende, det betyr at ingenting hjelper, det betyr at jeg blir varig syk etc. En slik prosess bidrar til følelsen av oppgitthet og pessimisme som i sin tur kan forsterke en tilstand av resignasjon og utmattelse. Kognitiv terapi kan langt på vei brukes i behandlingen ved alvorlige sykdomstilstander som ikke direkte har sin årsak i psykologiske faktorer (Wyller et al., 2006).

Bruk av kognitiv terapi som metode i psykiatrisk fysioterapi handler i stor grad om at pasientene får hjelp til å korrigere sin dysfunksjonelle måte å fortolke kroppssansninger og fornemmelser på. Som metode er den forpliktende og lærerik for den motiverte pasient. Når det gjelder kronisk utmattelsessyndrom viser dette seg å være et gunstig sted å starte. ”Dette angår meg. Det handler om meg på en direkte måte. Kanskje er det både kroppen min og tankene mine som hindrer meg i å gjøre det jeg vil?” sa en pasient.

Kropp og tanke og følelser er det nærmeste man kommer seg selv. Pasientene opplever det relevant og interessant å delta i egen prosess til tross for at det er krevende. Behandlingen består av atferdseksperimenter og bruk av mindfulness-øvelser, som i Mindfulness-based Cognitive Therapy MBCT, som handler om å slippe til tankene uten å bli dradd inn i dem og parallelt fokuserer på å styrke pasientens evne til å tåle kroppslig ubehag /vegetative reaksjoner ved angstfylte situasjoner (jfr.utmattelse): ”Staying with the bodily sensations as a way of relating to strongly experienced emotions ”. Den Psykomotoriske behandlingstradisjon (Bunkan, Bülow-Hansen, Radøy & Thornquist, 1982) ivaretar disse elementene i prosessen og er grunnlaget for den fysioterapeutiske vurdering og behandlingen.

GRADERT FYSISK TRENING

Gradert treningsterapi er strukturert og veiledet fysisk aktivitet hvor målsettingen er en gradvis økning av fysisk og emosjonell utholdenhet. Pasienten får instruksjon i et individuelt tilpasset treningsprogram til bruk mellom timene. Jeg har i stor grad fokus på stabilitetstrening og dosering av kroppens energibruk i behandlingen. En pasient fortalte at det som fikk betydning for henne

REFERANSER

■ Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 42, 861-865.

■ Bunkan, B. H. (2003). *Den omfattende kroppsundersøkelsen: manual*. Oslo: Gyldendal

■ Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Radøy, L., & Thornquist, E. (1982). *Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.

■ Papageorgiou C., & Wells A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: nature, theory, and treatment*. Chichester: John Wiley.

■ Fadnes, B., & Leira, K. (2006). *Balanssekoden: om samspillet mellom kroppslig og mental balanse*. Oslo: Universitetsforl.

■ Flerfaglig medisinsk behandlingsprogram ved dødehavet. (2007, October 23). *Vito Helse AS*. Retrieved October, 2007, from <http://www.vitohelse.no/behandlingstilbud.htm>

■ Geller, J. (2004). *Motivational Therapy*. Forelesning. Den 5. nordiske konferanse om spiseforstyrrelser, Oslo.

■ Johansen, G. A. (2007). Total og kronisk utlading en usynlig sykdom: - ME-rapporten en skandale: - pasientene blir ikke trodd: kursen i sykdommen. *Tidsskriftet Sykepleien*, 95, 24-29.

■ Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.

■ Nyland, H. (2007, June). ME: Ein mystisk sykdom som rammer hardt. *Helse i Vest*, 11-12.

■ Råheim, M. (1997). *Levekårsundersøkelsen i Hordaland blant ungdom mellom 16-19 år. Styringsdokument 2007 Helse Stavanger HF*. (2007) Stavanger: Helse Vest RHF

■ Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.

var ordet ”hensiktsmessighet” med hensyn til bruk av krefter. Hun hadde tydeligvis gått seg vill i ”rett” og ”galt” og en mengde dysfunksjonelle tanker om seg selv og familien sin. Gradert trening innebærer initialt å trene innenfor grensene for det man til en hver tid kan klare. Det ligger implisitt i opplegget at pasienten er villig til å utforske og utfordre disse grensene underveis. Gjennom undervisning og tett personlig oppfølging får pasientene kunnskaper om sammenheng mellom kropp, tanker og følelser. Min erfaring er at kognitiv terapi fasiliterer pasientens motivasjon til å våge å bruke kroppen mer. En pasient sa en dag etter en ryggøvelse: ”Jeg visste ikke at jeg kunne gjøre dette. Jeg har vennet meg av med å prøve ut ting. Jeg bruker mest tid på å hvile og det har uansett ingen virkning.” Hun sa også at det var vanskelig å forholde seg til legens instruks om å gå hjem å hvile, og vente å se mens månedene gikk.

KASUISTIKK

En ung kvinne på 19 år ble henvist til vurdering for behandling. Hun hadde gjennomgått en borellia-infeksjon vel et halvt år tidligere. Prøvene var nå negative. Hun var skoleflink, musikalsk begavet, høflig og mager. Hun hadde på dette tidspunkt sluttet på skolen, sluttet å spille, deltok lite i sammenkomster med venner og familie. Hun tilbrakte store deler av dagen i sengen med minst mulig lys. Hennes symptomer ved behandlingsstart var i store trekk: en opplevd kraftløshet både kroppslig og mentalt, konsentrasjonsvansker, intoleranse for lys, lyd og synsinntrykk. Da hun kom til meg første gangen var hun mikkfattig, ga lite blikkontakt og hadde forlenget latensid i samtalen.

Kroppslig var hun smidig og hun hadde god flyt men lite vitalitet i bevegelsene. Hun hadde bakgrunn i dans. Hun viste nedsatt fysisk og emosjonell utholdenhet. Jeg registrerte generelt redusert muskelvolum og lite kontakt med eget spenningsmønster. Hun oppfattet i liten grad nyanser og forskjeller i kroppen og hadde noe forstyrret stabilitet i kroppen. Hun var plaget av muskulære smerter i rygg og skuldre. Ingen vegetative reaksjoner på undersøkelsen.

Pasienten ble kjørt til og fra sykehuset av sin mor. Ved behandlingsstart lukket hun øynene under bilturen fordi hun ”ørket ikke alle synsinntrykkene langs veien”. Jeg observerte at hun tok av og på seg brillene og jakken ved å la hendene gli langs kroppen som for ”ikke å ta for stor plass.”

Behandlingen besto i begynnelsen av smertelindring, kroppsbevissthet og gradert trening. Tidlig i forløpet introduserte jeg kognitiv terapi som konsept og behandlingsmodell. Sammen ble vi enige om å utforske tankene hennes om det som skjedde med henne. Dette interesserte henne. Hun var motivert og bidro etter hvert godt i terapien med hjemmeoppgaver med å identifisere automatiske tanker og følelser og gjennomgang av disse i timene, diverse selvutfyllings-skjema, rollespill, atferdseksperimenter og økt fysisk aktivitet.

Etter seks måneders behandling var vi kommet et stykke videre. Hun hvilte noe mindre i løpet av dagen, deltok i enkelte familiesammenkomster og hadde

spora disk besøk av venninner. Episoder fra hverdagen ble brukt som tema i terapien. Vi hadde en god arbeidsallianse og jobbet målrettet med de ting hun selv stipulerte som relevante å endre på og ha overskudd til. Etter ett års behandling var hun tilbake på skolen, og fikk der et tilpasset undervisningsopplegg. I alt gikk hun i terapi hos meg i to år. Vi lot det gå lenger mellom hver time mot slutten, slik at hun fikk anledning til å prøve ut ting over tid på egenhånd. Mine observante kollegaer bemerket at hun nå smilte og hilste på dem med tydelig stemme. Den siste tiden svingte hun jakken høyt over hodet mens hun for ut gjennom gangen etter konsultasjonene.

Refleksjon: Ofte har ME pasienter tapt verdifull tid og muligheter til å gjøre nye erfaringer mens de var syke. Det er ikke å undre seg over om de blir deprimerede og opplever dette problematisk. Min pasient sa at hun hadde gått glipp av en del alminnelig kunnskap om koder for adferd, om å finne fram i egen by, vite hvor busser gikk, hvor man kunne kjøpe ulike varer, gjøre de nødvendige tabber etc.. Hun sa at ”det virker som mine jevnaldrende har en innebygget håndbok som jeg mangler”. Vi tok toget sammen etter en av de siste terapitimene våre. Jeg viste henne en snarvei til stasjonen. Hun var et hyggelig og avslappende reisefølge. Denne pasienten bor nå i egen leilighet i en storby og er i gang med krevende studier.

Hun kontaktet meg for et par måneder siden, dvs 2 ½ år etter avsluttet behandling.

Hun hadde da vært plaget av tretthet og konsentrasjonsvansker i ca tre måneder. I tillegg hadde hun smerter langs begge armene. Jeg tilbød henne fire behandlinger hvor vi repeterte de kognitive tankestrategier, mindfulness og groundingøvelser. Hun merket at hun i løpet av denne korte perioden kunne hente fram gammel kunnskap om tanker, kropp og følelser, og at energien og konsentrasjonsevnen kom raskt tilbake.

AVSLUTNING

Den innbyrdes sammenhengen mellom helse og aktivitet er ikke ukjent. Kroppslige plager må uansett ses i sammenheng med pasienten som person. Det er nødvendig å vurdere problemene på bakgrunn av pasientens livshistorie og den sosiale sammenheng den enkelte er i. Mange ting påvirker oss gjennom livet. Livshendelser på godt og vondt nedfeller seg i kroppen og påvirker vår væremåte og hva vi tenker om oss selv og andre. Vår måte å forstå ting på bestemmer i vesentlig grad hvordan vi føler oss og hvordan vi oppfører oss (Papageorgiou & Wells, 2004).

Professor Harald Nyland ved Haukeland Universitetssjukehus i Bergen er blant dem som har høyest kompetanse på ME i Norge. Han fremholder at mye kan gjøres i forhold til å videreutvikle behandlingstilbudet til ME pasienter.: ”Skolemedisinen har et stort problem vis-à-vis ME. Det er et nederlag for oss at vi har liggende 50 pleietrengende pasienter i mørke rom som vi ikke kan gi et

REFERANSER

■ Wyller, W. B., Bjørnekleit, A., Brubakk, O., Festvåg, L., Malt, I., Malterud, K., et al. (2006). *Diagnostisering og behandling av kronisk utmattessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)* (No. 9): Nasjonalt kunnskapssenter for helsestjenesten.

behandlingstilbud.” (Nyland, 2007)

I styringsdokumentet til helseforetakene i Helse Vest som beskrives i magasinet til Helse Vest (juni 2007), går det fram at dette arbeidet skal prioriteres for inneværende år. Dette vil innebære kompetanseutvikling og forskning, informasjon og tilrettelegging av behandlingstilbudet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det påpekes at Lærings- og Mestringssentrene vil være en viktig arena.

The Norwegian Dead Sea Clinic og DMZ Medical Centre tilbyr et behandlingopplegg som består av ulike tiltak. Behandlingen skal ivareta kosthold, psykososiale faktorer, tilpasset trening og hvile, medikamentell behandling og kognitiv samtaleterapi (”Flerfaglig medisinsk behandlingsprogram ved Dødehavet, 2007). Flere pasienter har uttrykt at de har hatt god effekt av dette opplegget. Jeg spurte en av mine ME pasienter hva som hadde hatt størst betydning for bedring. Hun svarte ” Da jeg merket at jeg ble nødt til å utfordre mine egne tanker og oppfatninger om meg selv og hva jeg kunne klare.” ■

Røde Wilhelm

Intervju med Egil W. Martinsen

ARNE REPÅL

Den gang Martinsen bar en kledelig mørk bart, hadde han en fremtoning som minnet om en blanding av den ridende fredagsdetektiven McCloud og den portugisiske nasjonalskalden Fernando Pessoa. Der først nevnte var en handlingens mann til hest i storbyen, var sistnevnte en alkoholisert kontorist med hang til det melankolske, som brukte nettene til å skrive.

Martinsen er glad i villmarkslivet og har en hang til det melankolske. Skrive gjør han også, og har nylig flyttet tilbake til storbyen. Utover disse fakta og barten skal jeg ikke trekke sammenligningen for langt. Barten er for øvrig fjernet for flere år siden. Oppveksten i Maridalen, med den tids obligatoriske fritidssysse ”cowboy og indianer”, har imidlertid satt sine spor. Mannen har en stor lidenskap for de episke westernfilmene. På kontoret henger et bilde av Wyatt Earp sammen med sine brødre på veg til duell i Ok Corall. Det sier kanskje noe om Martinsens opplevelse av hverdagen, men neppe alt.

UNGE ÅR

Hva leste du som barn?

Det første var vel Hardyguttene. Siden ble det mye krigshistorie og sports-

bøker. Så kom Fønhus, og etter hvert Børli, Jacobsen, Nyquist og Olav H. Hauge. Av poeter er jeg for øyeblikket særlig opptatt av Kolbein Falkeid. Ellers har jeg mye glede av kriminallitteratur. Stig Larsson gikk unna på svensk nå i sommer

Når vi først snakker om fritid, hvilke andre interesser har du utover faget?

Jeg er nokså altetende når det gjelder musikk, men har en særlig hang til femti- og sekstitalls pop.

Her kan det være på sin plass å opplyse om at Martinsen er en anstendig svingdanser, en ferdighet han tilegnet seg på kurs etter Johan Fastings metode. Dette er en fysisk aktivitet som har gitt mye glede og som i tillegg har vært til stor nytte sosialt. Han kan også traktere en torader om det skulle være ønskelig, og når vi i tillegg får vite at han er en ivrig lytter til radioprogrammet Go’foten om lørdagskveldene begynner vi å få et bilde av allsidig herre hva musikk angår.

Martinsen bodde de første 25 år av sitt liv i Maridalen. Han studerte til lege i Oslo og hadde sin turnustjeneste i Nord Norge. Mellomnavnet er Wilhelm og i studietiden gikk han under betegnelsen røde Wilhelm. Fargen har bleknet noe med årene. I dag stemmer han SV, og nøyer seg som leserne har sett i spalten ”Lederen har ordet” med å skrive mellomnavnet med forkortelsen W. Av ulike arbeidssteder kan nevnes psykisk helsevern i Tromsø, 12 år i Sogn og Fjordane og 15 år ved Modum Bad. Interessen for kognitiv terapi kom på 80-tallet, en tid da denne tilnærmingen ikke stod så sterkt.

KUER OG PLANTER

Nylig skiftet Martinsen arbeidssted og er nå ansatt som professor ved Klinikken for psykisk helse, Aker Universitetssykehus. Grunnen til skiftet var ønske om å bli del av et større forskningsmiljø. Han har mange prosjekter på gang, blant annet knyttet til spiseforstyrrelser, pasienter med brystsmertter og hjertebank og ikke minst to prosjekter om betydningen av henholdsvis stueplanter og kuer for psykisk helse. Han har således ansatt en stipendiat som steller kuer og en som steller stueplanter. Undertegnede har en stipendiat i Psykiatrien i Vestfold HF som forsker på hest, så dette er tydeligvis ett vekstområde. Det er kanskje ikke helt tilfeldig at han har forskningsprosjekter innen disse områdene. Blant de mange tingene Martinsen brenner for er også bål og turer i skog og mark. Nordmarka er et velkjent turområde. Ved siden av forskning har han en dag i uken med klinisk arbeid ved angstpoliklinikken på Gaustad. Den nye jobben omfatter også undervisning, noe Martinsen synes er en hyggelig aktivitet.

ET FAGFELT I UTVIKLING

Martinsen har sittet tre perioder som leder.

Når du ser tilbake på disse årene; hva er det du spesielt vil fremheve?

«Han kan også traktere en torader...»

«Det har jo vært en ganske formidabel utvikling»

Det har jo vært en ganske formidabel utvikling. Da jeg begynte å interessere meg for kognitiv terapi var det mange kritiske røster. Dette synes jeg har endret seg. Når det gjelder foreningen så har denne blitt formalisert med sekretær og utdanningsprogrammer. Vi har en stabil økonomi. Medlemsmassen har økt fra 200 til 600. Perioden har vært preget av en nybyggerånd hvor mange har bidratt.

Har du noen formanende ord til menigheten nå når du trer tilbake som leder?

Nei, jeg har ikke noen pekefinger. Jeg er fornøyd med det vi har fått til i denne perioden, men nå må den nye lederen og det nye styret stake ut kursen videre. Men jeg vil fortsatt være aktivt med i miljøet.

Andre faglige tema du er opptatt av?

Jeg er opptatt av selvhjelp og ser at kognitiv terapi her har mye å tilby. Selvhjelp er også viktig i et folkehelseperspektiv. Det er langt flere som sliter med psykiske plager en hva det finnes tradisjonelle behandlingstilbud til. Et annet område er å nå frem med budskapet om at kognitiv terapi ikke bare er teknikker. Individuell tilpasning av den kognitive modellen er også noe mange synes å slite med og som det er viktig å fokusere på i undervisning og veiledning.

Jeg tror mange av foreningens medlemmer har et bilde av Martinsen som en lun og ettertenksom mann. Det er lite i det daglige som minner om en radikal fortid under kallenavnet røde Wilhelm. Oppslag i gamle avisårganger kan imidlertid tyde på at han også har en annen side. "Raser mot rødme-operasjon" står det å lese i en utgave av VG fra 1999. Videre kan vi lese at "Psykiateren reagerer mot inngrepet thoracal sympatektomi, som gjøres ved Volvat medisinske senter. Grunnen er at inngrepet er et ikke-reversibelt inngrep." Martinsen kan tydeligvis la seg engasjere faglig og gå på barrikadene om det skulle være nødvendig. At han er forspurt av det anerkjente internasjonale forlaget John Wiley & Sons om å skrive en engelsk bok om psykisk helse og fysisk aktivitet er heller ikke til å kimse av.

DE MØRKE SIDER

Det er vanskelig å intervju foreningens avtroppende leder uten å komme inn på mer personlige sider som fobier og negative grunnleggende antagelser. "Hvor er det skoen trykker Egil?" Som leseren kanskje har lagt merke til har jeg lagt an et mer terapeutisk stemmeleie og tiltaler Martinsen ved fornavn.

Jeg er mørkeredd, svarer Martinsen med lav stemme.

Ute er det mørkt og mange timer til daggry. Dette er kanskje ikke en mann som nyter adventstiden, tenker jeg. Vinterdepresjon er jo et kjent fenomen, men vinterangst er kanskje underdiagnostisert.

Nå, så der har vi forklaringen på din lidenskap for brenning av bål. Hva med negative grunnleggende antagelser?

Det må vel være det å ikke være god nok, det å ikke strekke til. Jeg har vel

også en liten melankolsk side.

Hvordan forholder du deg til det?

Her har jeg god nytte av både litteratur og fysisk aktivitet. Jeg har også nytte av det jeg kan om kognitiv terapi.

Tenkte jeg det ikke. Martinsen er en helstøpt mann som lever som han taler. Det er langt mer enn hva som kan sies om en del av de gamle stoikerne. Vi avslutter intervjuet med lett mimring over tider som var.

Martinsen viser til at han jo er oppvokst under pietistiske forhold med et nøkternt forhold til tilværelsen. Det er ikke helt lett å få dette til å stemme med hans lidenskap for ABBA, men kanskje det ligger en lengsel her etter glitter og glamour som ikke ble tilfredstilt i barndommen.. "Vil du lese intervjuet før det går i trykken" spør jeg Martinsen. "Nei, det trengs ikke, du vil meg vel vell." Jeg tok det som et kompliment. Det var da, noen dager etter intervjuet, jeg så for meg Martinsen forlate vervet som leder i Norsk forening for kognitiv terapi. Duellen i Ok Corall er over. Han tar med seg stipendiatene sine, kuene og potteplantene, og sammen vandrer de ut i vinternatten for å slå seg ned ved leirbålet. Martinsen, iført platåsko og glitrende ABBA kostyme, myser mot månen og trekker frem en diktsamling av Børli og leser et dikt, før han hiver en ny pinne på bålet, tar frem toraderen og spiller noen strofer av ABBA's "Why Did It Have To Be Me." Jo da Egil. Vi vil deg vell. Takk for innsatsen, og neste gang du føler deg alene når det blåser opp til storm i Ok Corall så gi oss ett hint. Vi er en gjeng på 600 stykker nå. The Mild Bunch! ■



Inspirasjonskonferansen 2007

ARNE REPÅL



David M. Clark

Inspirasjonskonferansen i regi av Norsk Forening for kognitiv terapi gikk i år av stabelen ved Clarion Hotell Gardermoen 1. og 2. november. Deltakerne fikk med seg et faglig program bestående av plenumsforedrag og parallellsesjoner. Første dag startet med David M. Clark, professor i psykologi ved The Institute of Psychiatry, Kings College London og leder for Centre for Anxiety Disorders and Trauma ved Maudsley Hospital i London. Han gav de fremmøtte en engasjerende forelesning om kognitiv terapi ved angstlidelser. Clark fortsatte i en av parallellsesjonene med fokus på kognitiv terapi ved sosial angst. Dag to holdt han en workshop om kognitiv terapi ved PTSD hvor det også ble vist video av en terapisekvens.

Jan Scott, Professor of Psychological Treatments Research ved Institute of Psychiatry, London, foreleste om kognitiv terapi ved bipolare lidelser. Hun refererte også til en egen studie som ikke utelukkende viste positive resultater. Det var i seg selv en nokså befriende opplevelse innen et felt som svært ofte kan vise til positive funn. Hun viste for øvrig til at det går lang tid fra pasienter debuterer med lidelsen til de får stilt diagnosen, og mente man burde vurdere bipolar lidelse som en mulighet når unge mennesker beskrev andre og mer livsrelaterte problemer.



Jan Scott

WORKSHOPS

Det var ellers workshops innenfor ulike områder. Hans M. Nordahl bidro med grunnleggende kognitiv terapi første dag og foreleste om kognitiv terapi ved personlighetsforstyrrelse dag to. Bodil Solberg foreleste om OCD: "Tvangssyndrom, tvilsyken og psykiatriens kameleon," mens Jens Fauskanger Bjåstad redegjorde for FRIENDS programmet som er et gruppebasert tiltak for barn og unge med angst basert på kognitiv atferdsterapi. Det var også en egen sesjon med korte innlegg om pågående norske forskningsprosjekter.

Det var som vanlig på Inspirasjonskonferansene festmiddag med underholdning. Også denne gangen var stemningen høy. Foreningen har kreative medlemmer og avtroppende formann Egil Martinsen stod frem som lidenskaplig ABBA tilhenger. Det ble også avholdt årsmøte (se referat i dette nummeret) med valg av ny formann. Ny leder ble psykolog Torkil Berge. Vi kommer tilbake til en presentasjon av ham i neste nummer av tidsskriftet. Lene B. Finnerud hadde gjort en god jobb med planlegging og tilrettelegging av alt det praktiske. ■

Tida hjelper ingen

METAFORSPALTEN

TORBJØRN TVETEN

Dette er ingen metafor, men et uttrykk jeg ofte bruker i terapien. Det er sannn passe spissformulert at det får de fleste til å reagere. folk er jo vant til å "vente litt og se om det går over". Et annet ordtak er "tida reparerer alle sår". Så når jeg kommer med uttrykket "tida hjelper ingen," blir pasienten spørrende: "Kan det være riktig?" Og det er nettopp denne undrende sinnstilstanden som er så bra for å få til en forandring.

Da er tida kommet for å gi pasienten en nærmere presisering av hva jeg mener. Hvis du vil at ting skal forandre seg til det bedre, så hjelper det ikke å ta tida til hjelp. Det som kan hjelpe er å tenke annerledes om ting og gjøre ting annerledes. Målet er å fokusere på nødvendigheten av egen innsats for å oppnå effektivitet i forandrarbeidet. Det er jo så opplagt. Ingen blir vel en bedre musiker eller en bedre sjåfør ved å ta tida til hjelp. Og fra idretten vet vi at gode resultater skapes av 10 % talent og 90 % hardt arbeid

Likevel møter jeg ofte pasienter som har så stor tro på tida at de blir helt passive i sitt eget forandrarbeid. Da kan det være effektivt å komme med uttrykket "ja men tida hjelper ingen". ■

«Målet er å fokusere på nødvendigheten av egen innsats»



Lederen har ordet

EGIL W. MARTINSEN

Takk for meg

En av mine favorittaktiviteter er å gå. Jeg følger Søren Kirkegaards råd om å gå hver dag til mitt daglige velbefinnende. Og selv om jeg ikke, slik som Søren, kan si at jeg har gått meg fra enhver sykdom, så har jeg, i likhet med ham, gått meg til mine beste tanker. Jeg er i den heldige situasjon at jeg kan gå til jobben. Og når beina går, følger tankene med. Dette kalles tankegang, og kan i gode øyeblikk være kreativt. Forrige sommer gikk jeg noen dager i fjellet sammen med kona mi. En ettermiddag kom vi fra Finse ned til Geiterygghyt-

ta, hvor vi skulle overnatte. Det var mange mennesker som skulle innlosjeres, og turistverten hadde en krevende oppgave med å finne plass til alle. I tillegg til å skaffe sengeplasser skulle han også ta imot bestillinger på middag. Foran oss i køen sto en kvinne med sønnen sin. Hun hadde svært vanskelig for å bestemme om hun skulle ha middag eller ikke, og jeg tenkte i mitt stille sinn at hun kanskje hadde en spiseforstyrrelse. Hun sa først nei, men like etterpå kom hun tilbake og sa hun ville ha mat likevel. Hun hadde nok oppfattet at sønnen var sulten. Turistverten var like blid, selv om hun brukte tid og køen var lang. Jeg takket ham for hans gode humør, og spurte om ikke dette var en slit-som jobb. Jo, det kunne jo være det i perioder, det måtte han innrømme. Men det kunne han tåle, fordi han møtte så mange hyggelige mennesker. – I de mer enn ti åra jeg har arbeidet her, har jeg møtt to-tre idioter, resten har vært flotte og hyggelige mennesker.

Dette passer godt med mine erfaringer fra Norsk forening for kognitiv terapi. Som leder har jeg fått et stort nettverk og blitt kjent med mange mennesker. Og nesten uten unntak har de vært hyggelige og positive mennesker, som har vært innstilt på å bidra og samarbeide. Dette har vært det største frynsegodet ved lederoppgaven. Da jeg gikk av på årsmøtet på Gardermoen 1. november etter seks år som leder, var det en glede for meg at Torkil Berge overtok. Vi har arbeidet godt sammen i styret i mange år. Det har vært morsomt å være med på utviklingen av kognitiv terapi i Norge i denne perioden. Det er blitt utviklet et spennende og kompetent fagmiljø. Antall utdannede terapeuter og veiledere har økt betydelig, og det samme har forskningsaktiviteten. Inspirasjonskongressen på Gardermoen 1.-2. november ble en fin bekreftelse på dette, med godt program både faglig og sosialt. Jeg har sjelden fått så mange gode tilbakemeldinger under et fagmøte. Underholdningen på festmiddagen stod deltagerne selv for, og det er et godt tegn for miljøet at så mange våger å stå fram og bidra. Stor takk til Tine Møller, som nok en gang var ansvarlig for arrangementet.

Målsetningen for Norsk forening for kognitiv terapi er å bidra til utbredelse av terapiformen ved å utdanne behandlere. Hovedinnsatsen er innen psykiatrien, men vi har også utviklet tilbud til helsepersonell som arbeider innen andre fagfelt, slik som allmennmedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering. På denne måten kan virksomme psykologiske metoder komme til nytte for stadig nye grupper av mennesker.

Jeg har hatt gleden av å få arbeide sammen med et styre med kompetente og hyggelige mennesker. Og så er vi så heldige at vi har Lene Beate Finnerud som administrativ leder. Hun er en spesiell person. Alltid vennlig, rolig og imøtekommende, med full oversikt over situasjonen. Det har vært betydelig lettere å være leder etter at hun overtok ansvaret for det daglige arbeidet. Og det er

mye hennes fortjeneste at vi har fått på plass et system som fungerer. Jeg ønsker Lene og det nye styret lykke til med arbeidet framover. Det er fortsatt store uløste oppgaver i arbeidet med å tilby nye grupper mennesker virksom psykologisk behandling. ■

Årsmøtet 2007

Årsmøtet ble holdt den 1. november på Clarion Hotell Gardermoen i forbindelse med foreningens inspirasjonskonferanse. Egil W. Martinsen var møteleder, og Lene B. Finnerud referent. Det var 47 deltakere.

Innkalling var ikke sendt ut innen fristen på tre uker. Leder beklaget dette, og innkallingen ble godkjent av årsmøtet.

Det sittende styret ble presentert, og leder Egil W. Martinsen gjennomgikk styrets beretning. Han fortalte om nye kurs (trinn 2 for høgskoleutdannede, innføringskurs for leger i allmennmedisin, innføringskurs for leger i fysikalsk medisin), videregående seminar i Italia og Kenya som nå arrangeres i regi av NIKT, nytt veilederkull ferdige i sommer.

Styrets beretning ble godkjent. Det ble også regnskap for 2005 og 2006.

VALG

Valgkomiteen hadde innstilt Torkil Berge som ny leder. Han ble enstemmig valgt.

Gunnar Morken, Ingvild Aabakken (styremedlemmer) og Geir Thingnæs (varamedlem) gikk ut av styret. Som nye styremedlemmer ble enstemmig valgt Asbjørn Søviknes, Margaretha Dramsdal og Bodil Kråkvik, og Solfrid Raknes og Margit Øiesvold som nye varamedlemmer.

ØNSKER FRA MEDLEMMENE

Det kom et ønske fra medlemmene i salen om oppstart av nytt veilederkurs. Leder informerte om at Hans M. Nordahl har sagt seg villig til å være kursleder for et nytt veilederkurs, men at tidspunktet for oppstart enda ikke er bestemt.

Det er ønskelig at Inspirasjonskonferansen fortsetter i samme format. Et forslag til tema neste veiledersamling var personlighetsforstyrrelser.