

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 4 • ÅRGANG 9 • DESEMBER 2008 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 4/2008

4

Et umøblert hjørne

7

Implementering av kognitiv terapi som helhetlig metode på en rusinstitusjon

17

Spennende satsing på kompetanseheving

19

Min indre lava

21

Lederen har ordet

23

Redaktørens julehilsen

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2009 sendes**

Redaktør Arne Repål
Psykiatrien i Vestfold HF
P.B. 2267, 3103 Tønsberg
Tlf. 918 83 339

E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

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

• **NFKTS leder**

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



FOTO: BJARNE NYGÅRD / SAMFOTO



Et umøblert hjørne

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Da jeg gikk i barneskolen fantes det et eget sted hvor vi skulle oppholde oss når læreren mente vi burde skamme oss. Det bar det beskrivende navnet skammekroken. Stedet var som så mye på den tiden spartansk utstyrt. Det bestod for min skoles vedkommende bare av et hjørnet til høyre for tavlen. Her skulle den angrende synder stå med ryggen til klassen i en passe tilmålt tid og skamme seg. Et lite hjørne uten utsikt, ment å skulle gi tid til innsikt! Jeg tror ikke det finnes slike fysisk anviste steder for skamfølelse lenger. Derimot har jeg truffet mange som har god kjennskap til følelsen.

Skam er ikke bare en negative følelse. «Eier du ikke skam i livet» sier vi, når noen etter vår egen oppfatning har oppført seg på en måte som ikke er bra. Det ligger mer enn bare kritikk i et slikt utsagn; vi aner en moralsk forargelse. Samtidig ligger det i utsagnet et implisitt budskap om at det også er noe positivt i det å kunne føle skam.

Det er vanskelig å beskrive skam. Motsatsen er stolthet. Å føle skam vil si å sette seg selv utenfor flokken, gjør seg selv til noe mindreverdig. Det innebærer helt og holdent å ta inn over seg ikke bare andres, men også egen avsky og eget mishag. Den som skjemmes møter ikke andres blikk. I boken «Alle mine triste horer» lar forfatteren Gabriel Garcia Márquez hovedpersonen, en 90 år gammel mann, føre pennen. I et tilbakeblikk på sitt lange liv beretter han følgende:

«Fra jeg var smågutt, har jeg hørt at når en person dør, kommer de lusene som har hatt tilhold i hårmanken, farende vettskremt over puten, til familiens store skam. Det har jeg tatt sånn skrekk av at jeg alltid har gått snauklipt på skolen, og de få fjonene jeg har igjen, vasker jeg fremdeles med Biskens Gladsåpe. Det vil si, sier jeg nå til meg selv, at jeg fra barnsben av har hatt en sterkere sans for sosial skam enn for døden.»

Ved siden av å peke på hvor sterk denne følelsen er, viser hovedpersonen her også til en annen egenskap ved skammen, det at vi kan skamme oss på andres vegne, at det ikke bare omfatter vår egne handlinger. Mennesker vi har følelsemessige bånd til, eller som vi på en eller annen måte kan assosieres med, kan påføre oss skam.

Skam beskrives av mange som et intenst ubehag hvor en føler sterk trang til bare å kunne forsvinne, synke i jorden. Dag Solstad innleder Romanen T. Singer med å skrive om skam:

«Singer led av en særegen form for skamfølelse, som slettes ikke plaget

ham til daglig, men som nå og da dukket opp, som en erindring om en pinlig misforståelse av en annen art, og som fikk ham til å stanse opp, stiv som en stokk, med et fortvilet uttrykk i ansiktet, som han straks skjulte ved å føre begge sine hender opp foran det, mens han utbrøt: – nei, nei.»

Han beskriver videre hvordan minner fra bestemte scener fra barndommen kan utløse denne skamfølelsen. Det er ikke er en bestemt handling som utløser skammen, men det å bli iaktatt av noen som ikke skulle ha sett, en hendelse som utløser tanker knyttet til eget selv om ikke å være verdig.

Den portugisiske forfatteren Fernando Pessoa synes å mene at skam er en menneskelig grunnstilling:

«Menneskesjelen er en karikaturens dårekiste. Hvis en sjel hadde vært i stand til å kle seg fullstendig naken, ville det fremkalle en så dyp skamfølelse at den ville få enhver kjent og definert skam til å blekne. Den ville, som man sier om sannheten, være en brønn, men en uhyggelig brønn av vage ekko, bebodd av ufysiske eksistenser, klebrige og livløse substanser, sjelløse bløtdyr, subjektivitetens slim.»

Charles Darwin beskrev i boken «The Expression of the Emotions in Man and Animals» sentrale kjennetegn ved skamfølelse som rødming, intens følelse av varme, senket blikk, sammensunket kroppspositur og bøyd hode. Kognitivt beskrev han tilstanden som en generell følelse av forvirring. Han beskrev også skamfølelsen som universell.

Som det fremkommer av eksemplene har skamfølelsen både en kroppslig og en kognitiv komponent. Jeg tror det er en underkjent følelse. For noen år siden deltok jeg på en fagsamling hvor det var diskusjon om hvor vidt skam skulle anerkjennes som en følelse i seg selv, eller mer var å anse som en form for angst. Selv kan jeg vanskelig se skam som annet enn en genuin som er noe mer enn av angst. Der angst i et evolusjonsperspektiv er svaret på en observert fare, oppfatter jeg skam mer som en følelse, som ut fra en felleskapstenking, kan bidra til å begrense uønsket atferd. Det å eie i alle fall litt skam i livet, så lenge den ikke tar overhånd, kan ha en sosial funksjon, og burde i så fall kunne ses på som en dyd. Oppslag i bøker som Matt Ridleys «Dydenes opprinnelse» eller André Comte-Sponvilles «Liten avhandling om store dyder» gav imidlertid ikke støtte for en lik oppfatning. Ingen av dem berører temaet.

«Å føle skam vil si å sette seg utenfor flokken»

EN VANSKELIG FØLELSE

Mange er hemmet av skamfølelse. Jeg har snakket med pasienter som rent intellektuelt utmerket godt skjønner hva som er drivkraften bak deres problemer, og hva de kan gjøre for å komme ut av dem. De har vært i stand til å sette opp sin egen kasusformulering og behandlingsplan bedre enn mange kognitive terapeuter. De kan fortelle deg alt om trygghetssøkende strategier og andre former for unntakende atferd. De har lange lister av konstruktive tiltak for å bryte ut av sin depresjon. Men de gjør det ikke! En viktig årsak, i mange av disse tilfellene, har vært skam. Skammen er knyttet til det å bli synlig, stå frem med egne behov, vise stolthet over å ha fått noe til. Der angsten ofte slipper taket om vi kommer oss bort fra situasjonen blir skamfølelsen ofte sitende lenge etterpå. Noen har flere ganger atferdsmessig trosset følelsen og opplevde at det som skulle vært noe positivt ikke gav dem noen som helst glede. De har så alt for mye skamfølelsen. Andre mangler tilsynelatende total evnen til å føle skam. Det kan være en nokså ubehagelig opplevelse for omgivelsene. Det å være skamløs synes heller ikke å være en tilstand å trakte etter!

Skam er en vanskelig følelse. Rent kognitivt bærer den i seg en frykt for andres vurdering kombinert med en omfattende indre selvkritikk. Men det handler ikke bare om noe «jeg» har gjort, det omhandler hele «meg». Den kan virke hemmende, men jeg blir som nevnt også bekymret når jeg møter mennesker som tilsynelatende mangler evnen til å føle skam. Den som evner å føle skam har noe genuint menneskelig over seg. Et kort opphold i skammekroken trenger ikke være ødeleggende. Verre er det når folk tar med seg sin pjalter og slår seg ned der. Skammekroken er en bolig uten utsikt, hvor man føler alle kan se inn. Skal man føles skam bør man ha noe å skamme seg over. Mange har ikke det. ■



Implementering av kognitiv terapi som helhetlig metode på en rusinstitusjon

SUSAN ETELTELT

BAKGRUNN

I Tidsskrift for Kognitiv Terapi nr. 2 2007 skrev Repål i sin artikkel «Kompetanseheving innen rusfeltet» at det var igangsatt en omfattende satsing på innføring av kognitive prinsipper i behandlingen på Enhet Vivestad/Avdeling Vestfoldklinikken ved Psykiatrien i Vestfold HF. Dette er en døgnenhet med 20 plasser, som tilbyr langtidsbehandling for kvinner og menn over 18 år med rus- og tilleggslidelser. Første del av behandlingen strekker seg over ca seks måneder og foregår mens pasientene er døgninnlagte. Deretter kan de overføres til en treningsbolig eid av Vestfoldklinikken, eller til egen bolig. Det tilbys oppfølging med hovedvekt på gruppebehandling for en periode på ca. ett år.

Vedtaket om at behandlingsmodellen skulle legges om til å være basert på kognitiv terapi (KT) ble fattet av Vestfoldklinikkenes ledergruppe i 2006. Begrunnelsen for valget var at den nye tilnærmingen skulle:

- Være dokumentert virksom.
- Ruste enheten til å tilnærme seg komorbide tilstander.
- Kunne benyttes og beherskes av alle faggrupper.
- Kunne brukes i gruppe, miljø og individuelt.
- Bidra til at personalgruppen får et felles språk og arbeider i samme retning.
- Bringe pasienten i en aktiv og medbestemmende posisjon i behandlingen.

Videre mente man at KT er forenlig med verdiene «respekt, brukermedvirkning, motivasjon og ansvarliggjøring» som Enhet Vivestad har utviklet gjennom sin tid som kollektiv før rusreformen og overgangen til spesialisthelsetjenesten i 2004.

Artikkelen er en statusrapport to år etter at vi begynte med implementering av KT på Vivestad. Første del beskriver konkrete tiltak vi har iverksatt for å fremme implementeringen. Del to beskrives kort hvordan den interne Arbeidsgruppen KT jobbet, og hvordan den har samarbeidet med den eksterne styringsgruppen i PiV HF. Siste delen av artikkelen presenterer resultatet fra en medarbeiderundersøkelse, hvor personalet ble spurt om hvordan vi har lykket med implementeringen.

Innføringen av KT har også bidratt til at min arbeidssituasjon på Vivestad har forbedret seg betraktelig. Psykologer kan oppleve sin rolle som vanskelig på rusinstitusjoner med en sosialfaglig/pedagogisk/ideologisk tradisjon. Jeg har i begynnelsen møtt sterke krefter, både mot framheving av individet versus fellesskapet («grupper er viktigst»), psykiatriske diagnoser («her snakker

REFERANSER

- Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert Rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.
- Berge, T. & Repål, A. (red.) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bratteig, M., Hove, I., Aakerholt, A. (2006). *Rusa eller gal? Sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Ettelt, S. & Stangeby, S. (2008) *Psykoedukasjon*. Internt material.
- Ettelt, S. (2008). *Brosjyre Enhet Vivestad*. Internt materialet.
- Ettelt, S. (2008). *Metodikk Evaluering & Ukeplanmøte*. Internt material.
- Fugeli, T. (2005). *Sinnets helse. Gode helse råd fra landets fremste psykiatere og psykologer*. Nasjonalforening For Folkehelsen.
- Graham, L. H. (2004). *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment (C-BIT). A Treatment Manual for Substance Misuse In People with Severe Mental Health Problems*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Greenberger, D., Padesky, C. A. (1995). *Mind over Mood. Change how you feel by changing the way you think*. New York: The Guilford Press.
- Hansen, O. P. og Ettelt, S. (2008): *Kognitiv Terapi i Rusbehandling – en manual til bruk for pasienter*. Internt materialet.
- Holm, I. (Red.), Oestrich, I. H. (Red.), Austin, S., Beck, S., La Cour L. L., Lykke, J. (2006) *Kognitiv Miljøterapi. At skape et behandlingsmiljø i likeverdige samarbejde*. 2. udg. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hovland, O. J. (2003) Agenda. www.kognitiv.no/terapeutiske_hjelpermidler.
- Hva en god kognitiv terapeut? Forside www.kognitiv.no

- Jessen, S., A. (2005). *Prosjektledelse trinn for trinn – en håndbok i ledelse av små og mellomstore prosjekter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, K. D., Bjørnsrud, J. B., Johnson, G. (2008) *Metodikk Tilbakefallsgruppe*. Intern material.
- Johnson, G. & Ettl, S. (2008). *Refleksjonsoppgave etter tilbakefall*. Intern material.
- Kalechstein, A. og van Gorp, W. Q. G. (2007). *Neuropsychology and Substance Use*. New York: Taylor & Francis.
- Krogstad, D. & Hansson A-L.R. (2007) Erfaring med innføring av kognitiv miljøterapi. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*. Nr.1, årgang 8, side 6-13.
- Miller, R. W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing People for Change*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørch, M. M. & Rosenberg, N.K. (2005). *Kognitiv Terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Repål, A. (2007) Kompetanseheving innen rusfeltet. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*. Nr.1, årgang 8, april, side 16-18.
- Simonsen, I. E. (2007). Psykologer og miljøterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44.
- Wilhelmson I. (2008). *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi*. Stavanger. Hertevig Forlag.
- Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., DiClemente, C.C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse. A Stages-of-Change Therapy Manual*. New York. The Guilford Press.
- Yuki, G. (2007). Å lede organisasjonsendringer. I Marthinsen, Ø., L.: *Perspektiver på ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

vi ikke om diagnoser, men om resurser»), og medisinerer («lykkepiller synes vi ikke noe om»). Disse betenkelighetene bestod etter min vurdering av en blanding av redsel for å måtte kaste bort eksisterende kompetanse, redsel for forandring som man ikke visste utfallet av, og en del manglende kunnskap. Alt dette er normal menneskelige fenomener i en endringsprosess. Jeg valgte å synliggjøre og alminneliggjøre min psykologisk kunnskap, og har satset på samarbeid og modellering. Det er blant annet gjort gjennom å ha personale med i samtaler hvor det brukes psykologisk kartleggingsverktøy eller kognitive teknikker. Det finnes mange andre verdifulle anbefalinger i artikkelen «Psykologer og miljøterapi» av Inge-Ernald Simonsen (2007).

Tiltak som fremmet implementeringen av KT

I boken *Kognitiv Miljøterapi* (Holm et al., 2007) sies det at den kognitive miljøenheten kan etableres på flere måter, men at alle modellene bygger på noen generelle prinsipper:

- Behandlingsmiljøet er planlagt og designet etter kognitive prinsipper.
- Den kognitive behandlingsfilosofien skal være akseptert av hele det tverrfaglige teamet.
- Tverrfaglige team benyttes i behandlingen.
- Kognitiv gruppebehandling benyttes som supplement til individuell kognitiv terapi.
- Pasientene gis hjemmeoppgaver i miljøet.
- Psykoedukative programmer etableres for å sosialisere pasienten og de pårørende til den kognitive modellen.
- Pårørende skal være involvert i behandlingen der hvor det er mulig.
- Endring av behandlingstilbudet til delvis hospitalisering eller ambulant behandling skal begynne tidlig under innleggelsen.
- Trening og fortsatt utdanning i kognitiv terapi av hele det tverrfaglige personale skal være etablert.

PERSONALRETTEDE TILTAK

Etter at alle ansatte med pasientansvar fullførte den 1.-årige grunnutdanningen i KT i regi av Norsk Forening for Kognitiv terapi desember 2007, bestod en god del eksamen i januar 2008. Tre av våre ansatte gikk også opp til, og bestod, høyskoleeksamen i mars i år. Bestått høyskoleeksamen ble markert med kake og en premie i form av boken «Sjef i eget liv» av Wilhelmson (2008).

Internundervisning

I løpet av våren 2008 ble det annen hver tirsdag etablert Internundervisning (IU) en time før lunsj. Ansvarlig for undervisningen var vår psykiater Hekne-

by sammen med undertegnede. Tema har vært generell kunnskap om psykiatriske lidelser (prevalens, symptomer, etiologi, medisinsk behandling), innføring i den kognitive forståelsesmodellen og tilnæringsmåten, og informasjon om somatiske lidelser som våre pasienter kan ha, for eksempel hepatitt. Målet med internundervisningen er å øke personalets kunnskap om de vanligste psykiske og somatiske tilleggslidelser pasientene har, noe vi håper skal føre til:

- Mer trygghet i omgang med pasienten, som igjen kan gjenspeile seg i økt behandlingsoptimisme.
- En tidligere men tidsbegrenset overføring til en mer egnet institusjon ved for eksempel alvorlig suicidalitet, eller henvisning til en spesialenhet ved for eksempel psykose.
- Redusert følelse av hjelpeløshet hos personalet, noe som kan redusere fare for utbrenthet.
- Økt mestringsfølelse med derav større trivselen og redusert sykefravær.

Heldagsseminar i KT

Ledelsen bestemte seg for en «kognitiv høst 2008» ved å satse på fire heldagsseminarer med påfyll av kognitiv metodikk. Disse ble ledet av psykiatrisk sykepleier Dag Krogstad, førsteforfatter av artikkelen «Erfaring med innføring av kognitiv miljøterapi» (Krogstad og Hansson, 2007) og psykolog Susan Ettl. Temaer har blant annet vært:

- Vivestads visjon for framtiden (Ettl, 2008).
- Hvordan sosialisere pasientene i den kognitive modellen (Hansen og Ettl, 2008).
- Hvordan lage en kognitiv kasusformulering (Beck, 1995).
- Hva utgjør en god kognitiv terapeut (www.kognitiv.no).
- Agenda i kognitive samtaler (Barth, Børtveit, Prescott, 2001).
- Konfronterende versus motiverende samtalestil (Miller og Rollnick, 2002; Barth, Børtveit og Prescott, 2001)
- Tilbakefall i lys av endringshjulet (Miller og Rollnick, 2002; Barth, Børtveit, Prescott, 2001 og Velasquez et al., 2001)
- Hvordan gjennomføre en tilbakefallsgruppe med kognitiv metodikk (Johannessen et al., 2008)

Tilbakemeldingen fra personalet etter seminarene har vært gjennomgående positive, forbundet med et sterkt ønske om å videreføre denne typen tiltak.

PASIENTRETTEDE TILTAK

Sentralt i implementeringen stod utviklingen av et behandlingsmiljø bygget på kognitive prinsipper, hvor ulike former for psykoedukasjon har vært et viktig element.

Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en skreddersydd pasientundervisning med fokus på psykiske vansker og lidelser og deres sammenheng med rusmisbruk. Det finnes også en egen undervisningsdel om konsekvenser av rusmisbruk som dreier seg om somatiske følgetilstander. Psykologen har hovedansvar for psykoedukasjonen og gjennomfører den sammen med en vernepleier. Undervisningsbolkene varer i tre kvarter og består av en repetisjon av forrige undervisningstime, nytt tema, øvelse, hjemmeoppgave og tilbakemeldingsrunde. Stilen er undervisende, opplysende og ikke-konfronterende. I stedet for å spørre: «Har noen av dere hatt depresjoner?» spør vi: «Kjenner dere noen som sliter med depresjoner?» Dette for at pasientene lettere kan gi seg til kjenne. Grunnen til å velge denne stilen er at psykiske lidelser fortsatt er stigmatisert i samfunnet og at vi har med en pasientgruppe å gjøre som ofte har opplevd at det å innrømme et hjelpebehov ofte oppleves som en svakhet. Ved å snakke og undervise om rus og psykiske lidelser ønsker vi:

- Å redusere hjelpeløshet.
- Å ufarliggjøre tema om psykiske lidelser ved å fortelle hvor hyppig og utbredt i samfunnet enkelte lidelser er.
- Å øke kunnskap om sammenheng mellom rusmisbruk og psykisk helse som kan bidra til å øke dissonans og bidra til at pasienten kommer videre i endringsprosessen.
- Å formidle håp gjennom å undervise om hvilke behandlingsmuligheter som finnes og hvilke som brukes på enheten.
- Å hente inn pasientens ekspertise om for eksempel positive og negative virkninger av diverse rusmidler på psyken/kroppen.

Teoretisk har psykoedukasjonen vært basert på den kunnskapen som i dag finnes om prevalens, etiologi og terapi av rus- og komorbide lidelser. Mye er hentet fra boken «Integret behandling av rusproblemer og psykiske lidelser» (Mueser et al., 2006). Samtidig er undervisningen skreddersydd i forhold til at vi har innført KT som behandlingsmetode. Vi innfører således både kognitive forståelsesmodeller, som for eksempel Becks kognitive triade eller Becks onde sirkel ved rusbruk, og terapiteknikker som for eksempel sokratiske utspørring. «Rusa eller gal?» (Bratteig et al., 2006) ble brukt som arbeidshefte. Det har fine pasienteksempler og lett forståelige definisjoner av psykiske lidelser. Videre brukte vi boken «Sinnets helse» (Fugeli, 2005) som er lettfattelig skrevet, presenterer årsaksmodeller til lidelser og nevner kognitiv terapi som behandlingsmetode for de fleste lidelsene. I tillegg brukte vi rollespill for:

- Å identifisere automatiske tanker/tankefeil ved en lidelse. For eksempel spiller pasientene inntaksutvalg som har fått en henvisning fra en fastlege. Pasientene oppfordres til å danne seg hypoteser om utløsende og opprettholdende faktorer.

- Å utfordre automatiske tanker gjennom å trene pasienter i å stille sokratiske spørsmål og i å reflektere rundt egen tenkemåte.

Under sesjon «Fysisk aktivitet og psykisk helse» ble det gjennomført en lett intervalltrening ute, før pasienten gikk inn på grupperommet og fikk presentert teorien og forskningsresultater. Psykoedukasjon skal oppleves som et ufarlig gruppetilbud som berører emner som ofte oppleves som farlige og ubehagelige. Målet er å snakke om egen psykisk helse på en ikke konfronterende, opplysende, positiv og engasjerende måte. Manualen er skrevet av Ettelt og Stangeby (2008).

Innkjøringsgruppe

For alle nye pasienter var deltakelse i innkjøringsgruppe obligatorisk. Dette er ukentlig gruppemøter som har som mål at pasienten skal bli sosialisert i forhold til institusjonen, med sin aktive rolle som pasient og med den kognitive modellen. Innkjøringsgruppen bestod av fem obligatoriske sesjoner. Hver sesjon var 90 minutter lang og bestod av to undervisningsbolker. Den ble gjennomført av to erfarne gruppeledere. Første del av møtene ble brukt til å informere om tema som:

- Hvem er hvem på enheten.
- Hvem gjør hva (behandlingsansvarlig, klinisk team, psykolog, psykiater, lege).
- Husordensregler (null toleranse for rusmisbruk og vold).
- Ukeplan.
- Rettigheter og plikter som pasient.

Andre halvdel brukes til å informere om eller øve på:

- Hva er kognitiv terapi, hvorfor ble det innført på Vivestad
- Hva er en automatisk tanke, følelse, kroppssymptom, atferd
- Hvordan henger de sammen (kognitiv modell)
- Å jobbe med Automatisk Tanke skjema
- Hva er kjernetro, kompensatoriske strategier, antagelser.

Målet med innkjøringsgruppen er at nye pasienten skal få informasjon som gjør oppholdet på enheten forutsigbart, få informasjon om sine rettigheter (noe som spesielt for vår pasientgruppe kan ha positiv effekt på følelsen av selvverd), og å formidle hvilke krav det stilles til dem i behandlingen. Det siste både i forhold til å følge husets regler og til egen innsats, noe som skal fjerne «sanatoriumstanken» om at god mat og frisk luft alene gjør meg frisk, eller den tidligere «kollektiv tanken» om at aktiviteter i fellesskapet gjør en frisk. Pasienten ble introdusert til at kognitiv terapi er resultatorientert, noe som også forbereder pasientene på faktumet at også samfunnet stiller forventning-

ger til dem. Det å sosialisere pasientene i den kognitive tenkemåten i en gruppe hvor vi gjør aktivt bruk av øvelser, anses som mer effektivt, men også mer lystbetont, enn å sosialisere pasientene i individualsamtalen. Ideen om å skrive en pasientmanual er fra Sct. Hans Hospital i Danmark. Vår manual er skreddersydd til vår enhet og skrevet av Ole Petter Hansen og Susan Ettelt (2008)

Ukeplanmøte

Ukeplanmøte er et ukentlig gruppemøte hvor formålet er å evaluere hvordan den siste uken har gått i forhold til de mål pasienten har satt seg i ukeplanen (for eksempel delta på morgenrunden eller ringe en venn), noe som igjen er delmål av de hovedmål pasientens har satt opp i behandlingsplanen. Pasienten fører et personlig «regnskap» over de tingene han/hun har klart og det som står igjen. Å rapportere om ting en har klart øker mestringsfølelsen, noe som i seg selv bidrar til økt aktivitet. Kalechstein og van Gorp (2007) har vist at en subgruppe av pasienter med substansavhengighet treffer like dårlige valg i så kalte «decision making tasks» som pasienter med ventromediale lesjoner. Det å skrive ukeplan kan være med på å bygge opp en langsiktig tenkemåte, som motvirker impulsive handlinger og bidra til å realitetsorientere pasienten i forhold til egen mestringssevne.

Evalueringsdelen består av en individuell gjennomgang av så kalte «kritiske situasjoner» som pasienter eventuelt har opplevd på treningsturene sine. En kritisk situasjon er definert som en situasjon som øker sannsynlighet for å ta inn substanser (stoff/alkohol). På Vivestad skiller vi mellom situasjoner som er vanemessig forbundet med stoff/alkoholinntak (for eksempel gå på fest) og situasjoner som kan utløse negative automatiske tanker (for eksempel krangel med mor). Mørch og Rosenberg (2005) kaller slike situasjoner «høyriskosituasjoner» og skiller mellom sted, tid, gjenstander, smerte og følelser. Formålet med fokus på dette temaet er bevisstgjøring av individuelle ytre og indre faktorer som kan utløse rusatferd. Dette er en viktig del av arbeidet med å forebygge tilbakefall.

Har pasienten opplevd en kritisk situasjon skal hun/han på et evaluerings-skjema skrive en situasjonsanalyse med følgende spørsmål:

- Hvor var du?
- Med hvem?
- Når på dagen?
- Hvordan var dagsformen din?
- Hva gikk gjennom hodet på deg?
- Hva følte du?
- Hva kjente du i kroppen?
- Hva gjorde du?

- Hvilke positive/negative konsekvenser hadde det du gjorde?
- Hva tenker du om situasjonen i dag? Hva har du lært av situasjonen?

Ukeplanmøte ledes av to faste gruppeledere fra det teamet pasienten tilhører. Begge har kunnskap om pasientens og vedkommendes behandlingsplan. Én leder gruppen, den andre observer og skriver notater. Avtaler med pasienten etter godkjent ukeplan skrives rett inn i avtaleboken for å organisere hverdagen for oss og pasienten. Gruppen består av maksimum åtte pasienter. Manualen er skrevet av Susan Ettelt (2008).

Tilbakefallsgruppe

Tidligere har tilbakefall blitt ansett som et feiltrinn, og pasienten har måttet rettfærdiggjøre seg for å kunne bygge opp tillit på nytt i en såkalt familiegruppe. Fellesskapet ble da ansett som familien. Etterpå ble vedkommende konfrontert med spørsmål fra fellesskapet. Først deretter ble pasient reintegrert i fellesskapet/familien. Dette ble ansett som pedagogisk riktig, men er terapeutisk sett lite gunstig.

Vi har i personalgruppen jobbet med en holdningsendring i retning av å se tilbakefall som en naturlig del av endringsprosess; noe som er mer regel enn unntak. (Barth, Børtveit og Prescott, 2001; Graham, 2004). Gruppedeltakerne skal gjennom de metoder som brukes få å økt innsikt i hva som opprettholder gamle tankemønstre (for eksempel «bare en stund med glede») og konkrete behandlingsbehov (for eksempel «Jeg kan ikke være alene»). Samtidig må medpasientene får en sjanse til å si noe om hva personens tilbakefall utløste hos dem (automatiske tanker, følelser), hvordan det påvirket relasjon til vedkommende, og konstruktive innspill med hensyn til hva vedkommende kan gjøre for å redusere faren for fremtidige tilbakefall. Det foreligger et forslag for en metodikk skrevet av Johannsen, Dale, Bjørnsrud og Johnson (2008).

Refleksjonsoppgave

Refleksjonsoppgaven brukes etter tilbakefallsepisoder. Pasienten skal sette seg ned og reflektere rundt det som har skjedd før vedkommende utsettes for spørsmål fra pasientfellesskapet i tilbakefallsgruppen. Det er utarbeidet en mal etter kognitive prinsipper (Johnson og Ettelt, 2008). Refleksjonsoppgaven skal hjelpe pasienten til:

- Å forstå/akseptere sitt tilbakefall som en naturlig fenomen i en endringsprosess.
- Å identifisere kritiske situasjoner/gamle tankemønstre.
- Å identifisere konkrete terapibehov for den resterende behandlingstiden.

ARBEIDSGRUPPE OG STYRINGSGRUPPE

På Vivestad ble det dannet en arbeidsgruppe KT som i begynnelsen bestod av et miljøpersonal, en gruppeleder, psykiatrisk sykepleier og psykolog med kognitiv ekspertise, en teamleder og enhetslederen. Arbeidsgruppen skulle representere personale fra forskjellige nivåer på Vivestad og personale med kompetanse innenfor valgte metode. Arbeidsgruppen hadde både en «åndelig» og en «håndverksmessig» funksjon. I den første formen drøftet vi ideer, framgangsmåter og materiale. I sin mer «håndverksmessige» funksjon ble det utviklet, designet og skreddersydd skjemaer, planer, manualer og metoder, samt skrevet et hoveddokument om implementeringsprosessen. Det ble blant annet utarbeidet:

- a) Behandlingsplan med SMARTER mål (Holm et al., 2006). (S (spesifikke) M (målbare) A (aksepterte av pasienten/behandleren) R (realistiske) T (tidsbegrenset) E (evalueres)).
- b) Metoder for å gjennomføre ukeplanmøter og tilbakefallsgruppe.
- c) Manualer for psykoedukasjon og innkjøringsgruppe.
- d) Refleksjonsoppgave, Automatisk Tanke Skjema (Greenberger og Padesky, 1995), Kjernetto Skjema (Beck, 1995).

Inspirasjon i arbeidsgruppen kom både fra møtene med styringsgruppen og en fantastisk fin tur til Gaustad hvor arbeidsgruppen arbeidet og bodde i Psykiatrien i Vestfold HF sine flotte personalhytter.

En gang i halvåret møtte to medlemmer av arbeidsgruppen (enhetslederen Aasen/senere Jønsberg og psykolog Ettet) styringsgruppen i PiV HF, som bestod av fagdirektør Arne Repål, avdelingsoverlege ved Vestfoldklinikken Svein Dittmann, og enhetsleder og psykologspesialist Ingrid Stokke Jensen ved Søndre Vestfold DPS. Her ble mye av det materialet som var utarbeidet i arbeidsgruppen presentert, og det ble innhentet faglig veiledning. På møte i september i år presenterte vi en idé om å oversette og tilpasse en amerikansk gruppebehandlingsmanual (Velasquez et al., 2001) som er basert på Prochaska og DiClementes endringshjul. Videre drøftet vi bruk av psykodrama sammen med kognitiv terapi. Jeg føler meg privilegert som har fått være med i denne styringsgruppen, noe som har vært både inspirerende og støttende.

MEDARBEIDERUNDERSØKELSE

I november i år ble det gjennomført en enkel medarbeiderundersøkelse, som ikke oppfyller noen vitenskapelige kriterier, men som har en viss «face validity». Undersøkelsen ble gjennomført elektronisk og anonymt. Inntil artikkelen ble levert inn, hadde ni ansatte besvart. Det er ca. 56% av personalet. Følgende fem spørsmål ble stilt med mulighet for graderte svar:

- 1) I hvilken grad synes du implementeringen av kognitiv terapi har lyktes på Vivestad?
- 2) I hvilken grad opplever du at det å bruke kognitiv terapi i behandling av pasienter gjør din arbeidshverdag lettere?
- 3) I hvilken grad føler du deg kompetent som kognitiv terapeut?
- 4) I hvilken grad bruker du kognitive metoder på deg selv?
- 5) I hvilken grad ville du anbefale andre rus- og psykiatriske institusjoner å implementere kognitiv terapi som helhetlig metode?

De første to spørsmålene går på en generell tilfredshet og mestringsfølelse med den nye metoden. Spørsmål tre går på en subjektiv opplevelse av å være kompetent nok i møte med pasienten. Spørsmål fire og fem går på tro på metoden og opplevelsen av om innføringen var verdt innsatsen.

Av personalet som har svart opplever over 80% at implementering av KT har lyktes til en viss grad, og ingen opplever at implementering har mislykkes.

Over 70% opplever at metoden til en viss grad gjør arbeidsdagen lettere. Det kan tolkes som at vi har valgt en riktige vei, og forhåpentligvis kommer til å merke det framover i form av færre sykemeldinger og et engasjert personale som blir hos oss lenge. Av de spurte føler kun

«Prosjektet startet med en del motstand»

en tredjedel seg kompetente som kognitive terapeuter, noe vi bør gjøre noe med. Dette er meldt til lederen, og vi vurderer videre tiltak. Over 60% oppgir at de i noen grad bruker kognitive metoder på seg selv. Det er et godt tegn på at man har tro på metoden. 60% ville i stor grad anbefale andre institusjoner implementering av metoden og ingen ville fraråde dette.

ERFARINGER SÅ LANGT

Vår enhetsleder Jønsberg har oppsummert erfaringene så langt: Innføring av en ny behandlingsmodell er en stor endringsprosess i en organisasjon. Endringsprosesser medfører ofte større eller mindre grad av motstand både hos enkeltmennesker og i organisasjoner (Yukl, 2007). Skal et prosjekt som dette lykkes er det vesentlig at det tidlig i fasen forankres hos de som skal utøve selve tiltakene (Jessen, 2005). Prosjektet startet med en del motstand. Enkelte medarbeidere opplevde at beslutningen om ny behandlingsmodell ble vedtatt over hodet på dem, og at de således ikke hadde noe forhold til dette. Motstanden gikk også på det å skulle miste andre gode metoder som virker i rusbehandling. I ettertid ser en at det å finne løsninger på problemer og motstand som dukker opp underveis er en naturlig del av prosessen. Arbeidsgruppens møter startet ofte med en skalering av stemningskala fra 1–10, og avsluttet ofte med en oppsummering. Dette har jevnlig gitt oss en indikasjon på hvor langt vi har kommet i implementering av modellen. Det har også vært viktig å anerkjenne at det vil ta tid før modellen er fullt ut implementert.

Våren 2008 gjennomførte vi en arbeidsmiljøkartlegging ved enheten. Når det gjaldt implementering av kognitiv terapi konkluderte rapporten med at de fleste medarbeiderne nå er positive til metoden og at det er viktig å holde fokuset oppe for å lykkes med behandlingsmodellen. Vi opplevde likevel en stillstand i prosjektet på forsommeren og besluttet ekstra satsing utover høsten. Begge de kliniske teamene har således som tidligere nevnt i løpet av høsten gjennomført fire heldagssamlinger hver. På disse samlingene er ulike tiltak presentert og terapeutene har trent på metoden blant annet gjennom rollespill.

Proessen har vært krevende, men det har vært to lærerike og interessante år. I medarbeidersamtaler nå i høst kom det fram at mange opplever metoden som samlende, og at faggruppene nå har en felles retning i behandlingen av pasientene.

Jessen (2005) peker på at det er viktig at prosjekter er forankret i ledelsen og at det er entusiasme hos prosjektets sentrale utøvere. Ved Behandlingsenhet Vivestad opplever vi nå full støtte til prosjektet. Alle terapeuter har som nevnt deltatt på innføringskurset i kognitiv terapi. I tiden fremover er det nødvendig at også nyansatte får dette tilbudet.

VEIEN VIDERE

Enhet Vivestad ønsker å være et flaggskip i integrert, tverrfaglig, kognitiv rusbehandling, som både er en institusjon andre kan lære av og lære i (for eksempel i form av hospitering). Vi ønsker å være en institusjon der personalet trives på arbeidsplassen, videreutvikler sine ferdigheter som kognitive terapeuter, driver empirisk forskning, og ikke minst opplever høy grad av mestring i behandling av en spennende og krevende pasientgruppe. Det er viktig å sørge for at prosjekter går over i faste opplegg som er en integrert del av virksomheten. Planen er å utarbeide en sluttrapport som legges frem for styringsgruppen i løpet av første halvdel av 2009. Det blir viktig å gjøre en grundig vurdering av behovene videre fremover, slik at behandlingsmodellen sikres en solid forankring ved enheten. Til slutt ønsker jeg å gi en stor takk til personalgruppen på Vivestad som har vært gjennom en krevende prosess med samtidig utdanning, omstilling og pasientbehandling. En takk også til enhetsleder og andre sentrale fagpersoner som har bidratt til å gjøre prosjektet mulig. ■



Spennende satsing på kompetanseheving

ARNE REPÅL

I beskjeden avstand fra slottet, i Kristian Augusts Gate 13, finner vi Psykologbistand. Tar du den trange og knirkende heisen opp i 4. etasje og går inn døren til høyre, kommer du inn i et lyst og luftig forværelse med resepsjon og en egen sittegruppe. Her blir du møtt av en hyggelig resepsjonist, og dersom du er tidlig ute kan du nyte en kopp kaffe eller te mens du blar i en bok eller et blad; eller bare sitte og betrakte bildene på veggene. Et innbydende først inntrykk med andre ord.

Psykologbistand er et privat foretak bestående av i alt 11 psykologer. De tilbyr blant annet lederutvikling, coaching, kriseberedskap, organisasjonsutvikling og psykologhjelp; samt en rikholdig kurs- og seminararmen. Nå kunne dette lett lede leseren hen til den tro at dette er en virksomhet fjernt fra den kliniske hverdagen til mange kliniske psykologer. Det er i så fall en litt rask slutning. Psykologbistand har avtale med mange bedrifter om at ansatte ved behov kan få inntil 10 konsultasjoner, og mange av dem som benytter seg av dette tilbudet har psykiske plager ikke helt ulikt det jeg vil tro mange psykologer og psykiatere møter i sine privatpraksiser.

Når Psykologbistand får oppmerksomhet i dette tidsskriftet er det fordi de som bedrift har valgt å satse på en felles kompetanseheving ved å la de ansatte samlet ta det 2.-årige innføringskurset i kognitiv terapi for leger og psykologer. Sammen med ni eksterne deltakere har således hele den faste psykologgruppen på 11 deltatt i utdanningen. Som et privatdrevet foretak kjenner jeg ikke til andre som har valgt en så omfattende satsing på kompetanseutvikling med utgangspunkt i en kognitiv behandlingsmodell. For meg som veileder har det vært et spennende møte med en litt annen kultur enn den jeg ferdes i til daglig.

HVORFOR KOGNITIV TERAPI?

Bedriften hadde lenge ønsket seg et faglig løft. Gjennom at flere ansatte hadde vært aktive deltagere i IAP, var kognitiv terapi ikke helt ukjent mark. Da det gjennom kontakt med foreningen ble mulig å få tilpasset utdanningsprogrammet til egen profil var steget lett å ta. Nå nærmer det seg slutten. I januar er det eksamen. Alt i alt virker de jeg har snakket med i min veiledningsgruppe fornøyd med utdanningsprogrammet. Noe har det vært å sette fingeren på, men utdanningen sett under ett har vært tilfredsstillende. Noe de ikke er fornøyd med er imidlertid begrepene innen kognitiv terapi. Det gjelder alt fra navnet «kognitiv terapi» til uttrykk som «kompenserende strategier». Her trives man bedre med ord som «tanketrening» og uttrykk som «når løsninger blir problemer.» Det virker hjemmekoselig og bringer tankene hen på psykologisk husflid. Holdningen om ikke å spise alt med hud og hår virker sunn, og det er kanskje ikke for mye å forvente en artikkel til tidsskriftet med en fornorsket liste over kognitive

begreper? Hvorfor man på det samme stedet med mild stemme og uten streif av samme skepsis hele tiden snakker om «hjerstekohrens» kan man jo bare lure på!

IN VIVO TERAPI OG VEILEDNING

Det har vært inspirerende å møte en aktiv gjeng som ikke har vært redd for å kaste seg ut på. Ved oppstart av veiledningen diskuterte vi veiledningsform, og ideen om in vivo veiledning kom raskt opp. Kort fortalt går det ut på at vi isteden for å gjøre bruk av videoopptak, i stor grad har latt pasienter møter til behandlingstimer med veileder og resten av veiledningsgruppen som bisittere. Den som blir veiledet har i forkant gitt en beskrivelse av hvor i terapiprosessen han eller hun er, og gitt gruppen beskjed om hvilke områder vedkommende spesielt ønsker tilbakemelding på. Tilbakemelding har så dels skjedd med klient til stede; både gjennom at terapeut og klient har kunne lytte til gruppens refleksjoner og gjennom at klienten har kunnet ha direkte dialog med medlemmer av veiledningsgruppen. Klientene har selvsagt vært informert om dette opplegget i forkant og har hatt full anledning til å takke nei. Alle som har deltatt har imidlertid i etterkant gitt uttrykk for at de har opplevde denne formen for terapitime både nyttig og positiv. Det er således en veiledningsform jeg kan anbefale til andre.

MANGE BRUKSOMRÅDER

Ved siden av å anvende kognitiv terapi som behandlingsmetode finner deltakerne fra Psykologbistand at modellen har en rekke andre anvendelsesområder. De finner således anvendelse for kognitiv kunnskap både innenfor coaching, undervisning, krisehjelp og organisasjonspsykologi. Når utdanningen nå går mot slutten er det derfor bare å ønske lykke til videre med å integrere kunnskapen i en travel arbeidshverdag. For meg som veileder har det vært et inspirerende møte med en hyggelig og kvalitetsbevisst gjeng. ■



En glad gjeng.



Min indre lava

METAFORSALTEN

STIAN SOLEM

Dypt inne i hjernen min et sted befinner det seg en slags vulkan som har hyppige utbrudd. Den spyr ikke ut lava, men «gørr», gjerne i form av korte visuelle glimt eller enkle setninger. Denne vulkanen er utenfor min kontroll. Utbruddene varer heldigvis ikke lenge. Det er spennende å tenke på at man har en slik vulkan, men vanligvis bryr jeg meg lite om den. Jeg engasjerer meg ikke i den. Når den først klarer å fange min oppmerksomhet, prøver jeg å bli bevisst på at dette skjer, for så å gi blaffen i utbruddene. Hjernevulkanens lava er nemlig ikke av den skadelige typen.

Mange av tankene våre vil vi oppleve som teite, merkelige, ja til og med grusomme. De fleste av oss godtar og forstår at disse tankene dukker opp i form av utbrudd som de jeg har beskrevet innledningsvis. Men, jeg møter også mange som misliker vulkanen sin og prøver å kontrollere den. De vil forhindre utbruddene. Om slike likevel måtte forekomme, må de gjøre noe med det. Gjentar utbruddene seg over tid kan bekymringen og grublingen over hvordan man skal få has på vulkanen ta overhånd og dominere fullstendig i deres liv. Disse menneskene er hele tiden på vakt i forhold til eventuelle etterutbrudd, prøver å planlegge hvordan man kan håndtere dem, og er bekymret for konsekvensene av å gå slik over lengre tid. Hyppige seismologiske undersøkelser blir gjennomført i håp om å kunne finne en måte å få has på dette problemet.

UTENFOR KONTROLL

Det hender at jeg demonstrerer min tankelava til andre ved ubesværet å skrive: «Jeg håper at sønnen min dør snart, for da får jeg mye forsikringspenger.» Sånn, der har jeg til og med skrevet det i et tidsskrift! Mange hopper til i stolen og sier: «Det er forferdelig! Mener du virkelig dette?», og: «Får du ikke dårlig samvittighet av å skrive det?» Formålet mitt er å demonstrere at siden vulkanen ikke kan kontrolleres, må man godta all gørra den spyr ut. Også om dette skulle være i form av svært negative beskrivelser og tanker om de som betyr mest for oss. Siden vulkanen er utenfor min kontroll, definerer den ikke meg som person. Det er heller sannsynlig at du vil oppleve flere av disse utbruddene om du bestemmer deg for at du ikke har «tillatelse» til å få slike utbrudd.

Noen av dem jeg treffer kan fortelle om interessante opplevelser som de



hevder å kunne forklare hvorfor de ikke lengre anser lavaen sin som ufarlig. Noen ganger kan en enkelt episode overskygge mange tusen lignende situasjoner: «Da jeg satt bakpå motorsykkelen hans, tenkte jeg at det kommer til å skje noe fælt, og så gjorde det dét». Plutselig er ikke tanker bare tanker lengre, de har blitt magiske! Slike automatiske tanker kan få negative ting til å skje. Dessverre møter jeg sjelden noen med evnen til å få positive ting til å skje.

LA DEG FASCINERE

Jeg har funnet ut at det nærmeste man kan komme det å få kontroll over vulkanen er å gi slipp på den. Om man godtar all gørra og ikke engasjerer seg i den, får erfaring med at den ikke har noen betydning, kan man etter hvert oppleve at man reagerer mindre sterkt på utbruddene. Man kan oppleve at de ikke fanger oppmerksomheten like ofte, og fokus kan flyttes vekk fra den indre vulkanen over på det som forgår utenfor en selv. Setningen om min sønn blir ikke noe mer enn blekk på papir, på samme måte som min øvrige lava kun består av bilder og lyder. Når man godtar sin indre vulkan kan man heller la seg fascinere av den. Det er fantastisk hvordan den fungerer og hvor mye den klarer å koke opp! ■

Stafettpinnen går videre til Bjarne Hansen.

Emosjoner i kognitiv terapi

Emosjoner og psykisk lidelse er knyttet sammen på mange måter. Noen mennesker opplever følelser som skam, sinne, sorg eller angst, for ofte eller for sterkt. De eksploderer i sinne, bryter sammen i gråt, knuges av sterk skyldfølelse eller rammes av full panikk. Andre kjenner slike følelser for sjelden eller for svakt. De unngår følelser eller situasjoner som er knyttet til følelser; noen drukner alle tegn på følelser i logikk, eller har en opplevelse av å være død innvendig, som ved kronisk depresjon. Andre igjen har kontakt med sine følelser, men har problemer med å formidle dem til andre, enten det er å gi uttrykk for kjærlighet og lengsler, eller skuffelse og sinne. Dermed blir de utydelige, og de får vansker med å være selvhevdende.

De fleste psykoterapeuter er enige om at emosjonell aktivering er en nødvendig betingelse for endring, og ifølge Aaron T. Beck kan forandring bare finne sted hvis pasienten er engasjert i sin situasjon og opplever følelsesmessig aktivering. Bare da blir de viktige kognisjonene tilgjengelige for endring. Terapirommet gir dessuten muligheter for å uttrykke sterke følelser i en trygg situasjon, for eksempel få utforsket sitt sinne etter år med mishandling og undertrykkelse. Terapi gir anledning til emosjonell erkjennelse og innsikt, for eksempel å bli klar over sterke kontaktbehov og savn etter år med ensomhet. Det er et sted der en kan utvikle adaptive emosjoner, som stolthet over å ha greid seg i møte med store livsbelastninger. Det er i tillegg en arena for emosjonell eksponering, atferdseksperimenter og ny læring.

Innenfor kognitiv terapi har en betont hvordan emosjoner ofte er en konsekvens av kognitive prosesser, som C'en i A-B-C-modellen. Behandlingen har først og fremst vært rettet mot informasjon, problemløsning og endring av tenkning og atferd. Man har i mindre grad lagt vekt på hvordan emosjoner i seg selv er en kilde til tilpasning og erkjennelse. Dette er i ferd med å endre seg, og følelsene får en større plass i den kognitive modellen, både i teori og i praksis. Dette er etter min mening en gunstig utvikling.

Hjerneforskning om «the emotional brain», for eksempel av LeDoux og Damasio, viser at emosjoner involverer grunnleggende informasjonssystemer som gir oss tilbakemeldinger om hva som er vesentlig eller uvesentlig, godt eller dårlig, farlig eller trygt. Følelser står ikke i motsetning til fornuft, men

bidrar til resonnering, tilpasning og problemløsning. Skillet mellom tenkning og følelser er ikke absolutt. Tvert om vil de ofte være to sider av samme sak, parallelle fenomener som fungerer sammen. Visdom oppstår gjennom en integrasjon av følelser og rasjonell tenkning.

I psykoterapiforskning er empatisk refleksjon av og utforskning av pasientens emosjoner generelt sett knyttet til bedre resultater. Det er gjort noen studier som har sett direkte på betydningen av å inkludere et fokus på følelser i kognitiv terapi. Et eksempel er en analyse av kognitiv terapi ved depresjon, som viste at terapeuter som kombinerte kognitive og atferdsmessige metoder med ivaretagelse og utforskning av pasientens følelser, oppnådde bedre resultater enn de som ikke gjorde dette.

For ordens skyld, la meg understreke dette: Jeg har alltid opplevd kognitiv terapi som en varm og følsom terapiform. I sentrum står de «hete» kognisjoner, den delen av pasientens tenkning som ligger nær den enkeltes fortvilelse, angst, sorg, sinne, skam, skyldfølelse og lengsler. Det legges opp til et tett, aktivt og mest mulig likeverdig samarbeid mellom terapeut og pasient – to mennesker som står sammen i det alltid spennende og krevende utforskningsarbeidet som psykoterapi er. En er opptatt av å bruke et fenomenært og jordnært språk, tett opp til den virkeligheten pasienten selv erfarer. Min erfaring som terapeut og som veileder av andre terapeuter er at kognitiv terapi er sterkt følelsesmessig engasjerende for terapeut og pasient. ■

Redaktørens julehilsen

Så er nok en årgang av tidsskriftet i havn. Som vanlig etterlyser vi bidragsytere som har noe på hjertet, det være seg rene fagartikler eller stoff som omhandler kognitiv terapi på mer indirekte måter. Et av målene for 2009 er å kontakte de kognitive foreningene i våre naboland for å se på muligheten for å utveksle artikler. I 2009 fyller Norsk Forening for Kognitiv Terapi 15 år og det bør jo også markeres med tilbakeblikk og refleksjoner rundt videre utvikling av fagfeltet.

I løpet av høsten ankom en epost fra professor Enzio Sanavio på vegne av Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale Via E. De Amicis 5 i Padova. Professoren skrev på vegne av den italienske kognitivforeningen med ønske om at lenken til deres hjemmeside ble gjort kjent her i Norge. Jeg fikk også tilsendt et eksemplar av tidsskriftet deres, som er en fyldig sak på 120 sider. Det tilsendte eksemplar var nr 1 2008. Ut fra nettsiden ser det ut til at det utgis tre nummer i året. Den italienske foreningen kan kanskje være en nyttig kontakt for NFKT i forbindelse med noen av våre fremtidige fagsamlinger som jo ofte legges til Italia. Adressen er:

www.erickson.it/erickson/product.do?categoryid=118&id=1011

Lenken er også lagt ut på NFKT sine hjemmesider. Siden har ikke engelsk tekst. Tidsskriftet har korte abstracts på engelsk men er ellers på italiensk. Henvendelsen er en nyttig påminnelse om at det finnes mange kognitive nettsider der ute. Foreningens egen nettside er også verdt ett besøk. Den er som mange kanskje alt har oppdaget under utvikling og inneholder etter hvert mye nyttig stoff.

Det er kommet en rekke nye norske bøker om kognitiv terapi de siste årene. Noen av dem har vært omtalt her i tidsskriftet. Vi skal prøve å bringe en oversikt i løpet av året som kommer. Da gjenstår det vel bare å ønske alle våre lesere en god jul og et godt nytt år.