

# NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 1 • ÅRGANG 8 • APRIL 2007 –

## RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi  
Forskningsavdelingen Modum Bad  
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



NORSK FORENING FOR  
KOGNITIV TERAPI

NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

# Tidsskrift for Kognitiv Terapi 1/2007

4  
Redaksjonelt

6  
Erfaringer med innføring av kognitiv  
miljøterapi

14  
Allmennleger og kognitiv terapi

16  
Kompetanseheving innen rusfeltet

19  
The Depression Report

20  
Kognitiv terapi ved  
psykoser

22  
Workshop i Bergen

26  
Bokanmeldelser

27  
Lederen har  
ordet

30  
Årsberetning  
2006

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2006 sendes**

Redaktør Arne Repål

Psykiatrien i Vestfold HF

P.B. 2267, 3103 Tønsberg

Tlf. 91883339

E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.

Manusstopp: februar, mai,

september, november.

• **NFKTS leder**

Egil W. Martinsen

Norsk forening for kognitiv terapi,

Forskningsinstituttet

Modum Bad, 3370 Vikersund

Tlf. foreningen: 32 74 98 62

eller 32 74 97 00

E-post: post@kognitiv.no

Bankgiro nr. 2270 14 46686





## Saklighetens lidenskap

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

«Saklighetens lidenskap» er en god tittel. Den dufter støv og tørt papir. I lyskjæret fra en skrivbordslampe aner jeg konturene av en sammensunken skikkelse, hvis forstand holdes oppe av et kjølig intellekt på rastløs jakt etter nyanser som kan bidra til å utdype temaet i artikkelen han arbeider med. I virkeligheten er det tittelen på Martin Eides biografi om redaktøren, forlagsmannen og forfatteren Chr. A. R. Christensen. Jeg kjøpte boken for å få innblikk i en redaktørs hverdag; for hvem forskjellen på et punktum eller et semikolon kan koste en god natts søvn. Jeg tenkte med andre ord jeg kunne dra nytte av å få litt innblikk i en redaktør og journalists sære verden.

Christensen levde fra 1906 til 1967, og var en sentral skikkelse i norsk presse. I 1937 fikk han et spørsmål fra ukebladet Hjemmet som ønsket hans synspunkt på hva som var den største utfordringen verden stod overfor. Christensen mente det måtte være å bringe datidens sosiale kunnskap og teknikk på høyde med den naturvitenskaplige og industrielle slik at den ikke virket ødeleggende. På spørsmål om hvordan dette kunne la seg gjøre svarte han: «Ad forskning og opplysningens vei, eller bedre: gjennom utvidet og sannere erkjennelse av virkeligheten. De fleste menneskers oppfatning av livet og verden er emballert i ull og innhyllet i tåke: fraser og konvensjoner, alderstegen svindel og uklarhet, vrøvl og vrangforestillinger...» Svaret virker kjent for den som ser verden gjennom kognitive briller. Jeg oppfatter at noe av det positive ved den kognitive modellen nettopp er viljen til saklighet. Sammen med pasienten ønsker terapeuten, så langt som mulig, å finne ut av hvordan ting egentlig forholder seg.

### BEHANDLING TIL INGEN NYTTE?

Christensen var pressemann og en sentral skikkelse i aviser som Dagbladet og Verdens Gang. Hvordan gikk det med hans ønske om en sannere erkjennelse av virkeligheten?

Jeg kan vanskelig se annet enn at mange presseoppslag er sterkt preget av selektiv oppmerksomhet, sort-hvitt tenkning, katastrofetenkning, forstørring av det negative, tunnelsyn, overgeneralisering, kategorisering og manglende nyansering. Et eksempel på dette er et oppslag knyttet til Kunnskapscenterets rapport fra spørreundersøkelsen om brukererfaringer med døgnenheter i psykisk helsevern. Her slår Aftenposten kategorisk fast i en overskrift 19. januar 2007: «Behandling til ingen nytte.» og «Psykiatriske pasienter misfornøyd med tilbudet.» Ved nærmere gjennomlesning av rapporten viser det seg imidlertid at 75% av pasientene svarte at de hadde fra «en del» til «svært stort» ut-

bytte av behandlingen. 64% av pasientene sa at de i varierende grad var blitt bedre etter innleggelsen, mens 75% svarte at de mente innleggelsen var fra «svært» til «nokså» nødvendig. Hva er en god svarprosent her? Det vet vi faktisk ikke. Innleggelser skjer noen ganger mot pasienters vilje. En sammenligning med somatikk er ikke nødvendigvis gangbart. Når vi så vet at tallene er hentet fra en undersøkelse med så lav svarprosent at det ikke kan trekkes noen entydige slutninger, må en kunne trekke den konklusjonen at Christensen nok ikke har fått sitt ønske om saklighet oppfylt. Eksempelet er dessverre ikke uvanlig.

### ET KRITISK BLIKK

Et viktig element i kognitiv terapi er en viss kritisk distanse til egen tenkning. Det er vanskelig å finne tegn til dette i eksempelet ovenfor. Journalister er ikke terapeuter, men begrepet kritisk journalstikk blir tidvis brukt. Jeg savner evne til kritisk blikk på egen fremstilling av data. Jeg savner et kritisk blikk på bruk av informasjon fra en undersøkelse med en så lav svarprosent at det ikke er mulig å trekke klare slutninger. For folk flest er det viktigste funnet fra Kunnskapscenterets undersøkelse at behandling ikke nytter. Det skal bli spennende å se om noen tar konsekvensen av det, og om Kunnskapscenteret i fremtiden ser seg tjent med å bli brukt på denne måten. Biografien om Christensen kan anbefales til andre enn redaktører og journalister. Hans ønske om at synspunkter skulle ha et saklig grunnlag er i den kognitive terapies ånd. Selv ble han kjent for følgende utsagn: « Det trykte ord er et mektig våpen. Misbruk det ikke!»

I dette nummeret av tidsskriftet er det blant annet et oppslag om kognitiv terapiutdanning for allmennleger. Vi har en artikkel om erfaring med innføring av kognitiv terapi ved en døgnenhet og en reportasje om satsing på kognitiv terapi innen rusfeltet. Kognitiv terapi er et fagfelt i utvikling. Desto viktigere er det å holde et kritisk blikk på det vi holder på med. Martinsens innlegg om behandling av de alvorligste depresjonene i «Lederen har ordet» er et spennende eksempel på dette. God lesning! ■

# Erfaringer med innføring av kognitiv miljøterapi

DAG KROGSTAD OG ANNE-LISE RUI HANSSON



Dag Krogstad



Anne-Lise Rui Hansson

Ved en døgnenhet på et DPS i Psykiatrien i Vestfold HF innførte vi gradvis bruk av elementer fra kognitiv terapi i miljøterapien. Vi ønsket å jobbe mer strukturert og gi pasientene en større grad av brukermedvirkning. Innføringen av elementer fra kognitiv terapi var en positiv, spennende og engasjerende prosess for både pasienter og personale.

## BESKRIVELSE AV AVDELINGEN

Pasientene på enheten kom fra både langtidsavdeling, akutenhet og poliklinikk. For å kunne gi et tilbud til de som trengte det måtte enheten ha dagpasienter i tillegg til de som var innlagt. Det kunne være inntil 20 pasienter på dagtid. Bemanningen på døgnposten var beregnet for syv inneliggende pasienter.

Selv om målgruppen for enheten var unge personer med en psykoselidelse, var realiteten annerledes. Pasientgruppen bestod i tillegg av pasienter med angst og depresjon, personlighetsforstyrrelser, bipolar lidelse, Aspergers syndrom, ADHD og spiseforstyrrelser. Suicidalitet og selvskading var ofte en del av symptombildet. I tillegg hadde vi fremmedkulturelle pasienter med posttraumatisk stresslidelse som også var minoritetsspråklige. Mange av disse hadde psykisk lidelse kombinert med rusproblematikk. Avdelingen bestod både av pasienter under tvunget psykisk helsevern og frivillig innlagte. Alderen var fra 18 og oppover. Pasientene var vurdert som for dårlig fungerende til å kunne nyttiggjøre seg poliklinisk behandling på tidspunktet for innleggelse. Pasienter var ofte innlagt over flere måneder. Terskelen for reinnleggelse var lav, og vi fikk mange slike henvendelser fra poliklinikk, akuttavdeling og pasientene selv. I ettertid kan en spørre seg om noen av disse innleggelsene var unødvendige.

Personalet som var tilknyttet enheten bestod av en psykiater i 40 % stilling. I tillegg var det ansatt en psykolog i 20 % stilling. I miljøet var vi fem psykiatriske sykepleiere, tre psykiatrisk hjelpepleiere og en assistent/aktivitør. Vi forsøkte å drive miljøterapi med fokus på motivasjon, aktivitet, veiledning, informasjon og støttesamtaler. Vi ønsket å legge vekt på pasientens ressurser. I praksis opplevde vi at dette var vanskelig å få gjennomført. Pasientgruppa var for stor og uoversiktlig, og vi savnet gode verktøy vi kunne bruke i behandlingen. I praksis dreide behandlingen seg mye om å tilby pasientene omsorg.

Selv om det ble utarbeidet ukeplaner og arbeidsoppgaver sammen med pasientene, var avdelingen preget av lite struktur og kontinuitet. Det førte til at

personalet hadde nok med å ta seg av de akutte behovene som oppstod der og da, ofte i form av støttesamtaler. Arbeidet på enheten kan kort beskrives slik:

- Personalet arbeidet mye selvstendig – det var lite samarbeid oss imellom.
- Avdelingen var preget mye av «mine og dine pasienter».
- Det var ofte lange innleggelse med få konkrete målsettinger for oppholdet.
- Vi følte vi arbeidet som brannslukkere for akutte situasjoner.
- Arbeid med de samme problemstillingene for «svingdørspasienter», uten at vi observerte synlige endringer i forhold til pasientens måte å takle sine problemer på.

Det at den enkelte ansatte hadde ansvar for mange pasienter gjorde det vanskelig å arbeide i team rundt den enkelte. I ettertid ser vi at personalet ble negativt preget av hvordan avdelingen fungerte.

## EKSTERNE SAMARBEIDSPARTNERE

Enheten vi tilhørte var plassert i samme bygg som poliklinikken. Den fulgte opp mange av de samme pasienter som var innlagt på døgnenheten. De samme overlegene og psykologene deltok i behandlingen begge steder. Dette ga utgangspunkt for et godt og nært tverrfaglig samarbeid. Det var lett å kalle inn til ansvarsgruppemøter, få til samarbeid om individuell plan og sikre deltagelse i avdelingens behandlingsmøter. Flere pasienter fikk under innleggelsen tilbud om å delta i forskjellige grupper i regi av rehabiliteringspoliklinikken. Da kommunene etter en tid fikk etablert boliger til pasientene, ble enhetens ansatte også brukt til å reise ut og veilede til dels ufaglært personale i de bemannede boligene.

## HVILKE ENDRINGER BLE GJORT?

Ordningen med dagpasienter på enheten ble avsluttet. Isteden fikk disse pasientene tilbud om å bruke kommunale dagsentra. De innlagte pasientene fikk i løpet av oppholdet mulighet til å bli trygge og kjente på dagsentrene, slik at det ble lettere å benytte seg av dette tilbudet etter utskrivning. Denne endringen gjorde enheten mer oversiktlig for personalet. Vi fikk bedre tid til å ta oss av de pasienter som var inneliggende.

Det var først en psykiatrisk sykepleier som begynte på kurs i kognitiv tera-

pi og fikk veiledning i bruken av terapiformen og de ulike teknikkene. Det førte til at pasienter og personale ble interessert i hva denne metoden gikk ut på. Kort tid etter utdanned enda en person seg innenfor dette, og vi ansatte i tillegg en psykiatrisk sykepleier som også hadde gjennomført innføringskurs i kognitiv terapi.

Denne type terapi ga så synlige resultater at flere av personalet ønsket å lære å bruke metodene. Det var derfor nødvendig å sette av tid til å gjøre resten av personalet bedre kjent med kognitiv terapi. Det ble bestemt at det skulle gis en kort innføring i form av en egen fagdag som ble ledet av de tre psykiatriske sykepleierne som hadde fullført innføringskurset. Det ble gitt undervisning i grunntrekkene ved kognitiv terapi, forståelsesmodeller for ulike diagnoser, sokratisk dialog og planlegging av fobitrening og eksponering. Det ble også undervist i bruken av ulike skjemaer og hvordan leveregler dannes og påvirker oss.

Det ble gradvis endring i hvordan avdelingen fungerte. Vi la fokus på hva vi hadde lært i utdanningen i kognitiv terapi, og resultater av forskning om hva som virker i terapi. Vi la stor vekt på relasjonen mellom pasient og personale. Det var viktig at det opplevdes trygt å være innlagt på enheten. Vi la også vekt på at vi skulle formidle håp om endring hos pasienten. Personalgruppen hadde endelig en felles forståelse og en felles «grunnmur» som enheten kunne arbeide ut fra.

### PLANLEGGING OG KARTLEGGING

I inntakssituasjonen var vi mer bevisst på hvordan vi ønsket at enheten skulle fungere. Det ble stilt krav til pasienten i form av at det måtte være en målsetting for oppholdet. Det ble også forventet at pasienten skulle være innlagt i en avgrenset periode for å arbeide med sine spesifikke problemer. Tanken bak disse tiltakene var at pasientene skulle bli mer bevisst på hvorfor de var i behov for innleggelse, og bli mer fokusert på å arbeide med problemene tidligst mulig etter innleggelsen. Tidsramme for oppholdet ble satt av overlegen og personalet i samarbeid med den enkelte pasient. Ofte så vi at pasienten ble mer fokusert på problemet, brukte tiden i enheten mer effektivt og faktisk *krevde* behandling. Dette medførte at den tidsrammen vi hadde satt ofte ble holdt. Vi kunne også i visse situasjoner sammen med pasienten planlegge en ny innleggelse frem i tid; en innleggelse som tidligere ville vært mer krisepreget og kommet som et øyeblikkelig behov.

Innkommstamtale med psykiater eller psykolog og øvrig personale var preget av aktuell problemstilling, og hvordan vi skulle samarbeide for å nå målsettingen for innleggelsen. Det ble også avklart når, og hvor ofte, samtaler med nærmeste behandler skulle skje. For pasienter som tidligere hadde vært innlagt

ble mye av fokus lagt på videreføring av arbeidet fra forrige opphold.

Et annet nytt tiltak var at pasienten ved første innleggelse fikk utdelt en perm som skulle brukes under oppholdet. Permen inneholdt i starten bare en kort innføring om kognitiv terapi og informasjon om hvordan vi arbeidet på enheten. Under oppholdet ble problembeskrivelse, målsetting og arbeidsmetoder for den enkelte pasient lagt inn. Permen ble pasientens eiendel og kunne brukes som et selvhjelpsredskap etter utskrivelse. Den ble også brukt ved eventuelle senere innleggelser.

I begynnelsen av oppholdet ble det også gjort en kartlegging av pasientens ressurser. Det ble gjort ved refleksjon under samtaler, utfylling av forskjellige skjemaer og observasjoner fra personalet i avdelingen. Til pasienter med god kognitiv fungering ble det gitt en innføring i psykisk lidelse med utgangspunkt i en kognitiv modell. ABC modellen ble gjennomgått og det ble utarbeidet en kognitiv kasusformulering for den enkelte pasient. Målet var at den enkelte skulle få økt selvinnsikt og tro på positiv endring, noe som ofte førte til økt engasjement i eget endringsarbeid.

### KOGNITIV MILJØTERAPI

I den terapeutiske samtalen med pasienten la vi vekt på å være endringsfokusert. Vi erfarte at vi ved å bruke pasientens teorier om problem og endring, kunne legge opp en best mulig behandling for den enkelte. Pasienten måtte fylle ut et skjema som målte endringen fra innkomst og videre utover i behandlingen, og vi ga ofte tilbakemelding til pasienten om utviklingen.

Når pasienten er innlagt i døgninstitusjon gir dette mulighet for å bruke det som skjer i miljøet terapeutisk. Personalet arbeidet i hovedsak ut i fra «her og nå» situasjoner. I enheten kunne personalet bruke fellesskapet til å gå inn i situasjoner med sokratisk utspørring, eller ta pasienten ut fra miljøet og bruke individualsamtaler til å gå mer i dybden av problemet. Spørsmål som ble mye brukt var:

- «Hva er det verste som kan skje hvis .....?»
- «Hvordan ønsker du å ha kunnet takle denne situasjonen?» og «Hva hindrer deg i å håndtere situasjonen på denne måten?»
- «Hva er fordelen eller ulempen med å tenke slik du gjør?»
- «Hvis tanken påvirker din måte å håndtere situasjonen på, hva ønsker du å gjøre med det?»
- «Hvilke metoder har du tidligere brukt for å løse problemet?»
- «Hvilke råd ville du gitt til din beste venn om han/hun var i samme situasjon?»
- «Hvor mange kjenner du som er perfekt?»
- «Hva er typisk deg?»

For å få tak i automatiske tanker og leveregler, brukte vi situasjoner som pasientene kunne forstå og kjenne seg igjen i. Hendelser i miljøet ble brukt til å kartlegge automatiske tanker og utforske på hvilke måte de påvirket pasienten i situasjonen. Vi brukte kartleggingsskjema for å øke bevisstheten omkring sammenhengen mellom tanker og følelser, og reflekterte over: «Hvor hensiktsmessige er disse tankene nå?» «Hva sier de om deg, andre, nåtid og framtid?» Det ble gitt mange arbeidsoppgaver i forhold til målsettingen pasienten hadde for oppholdet. Fordelen med dette var at vi utnyttet tiden pasienten var i behandling, og i tillegg holdt fokus på årsaken til innleggelsen.

Ved bruk av redskaper som sokratiske utspørring, fokus på sterke sider og tilgjengelige ressurser, informasjon og kartlegging av automatiske tanker, leveregler og atferdsekspirer, kognitiv kontinuum (bruk av skalering) og rollespill, skjedde det en endring i pasientenes måte å bruke avdelingen på. Mange så at behandlingen var grunnnet på egeninnsats, hvor sentrale elementer var bruk av refleksjonsark, hjemmelekser og eksponeringsterapi. De opplevde at de selv bidro til forandring og mestring av lidelsen. Dette førte til at de akutte reinnleggelsene ble stadig færre; for til slutt å utebli for enkelte av dem. Pasientene hadde lært seg et redskap for å tenke på en annen måte. Istedenfor hjelpeløshet ble det fokus på egen mestring. I avdelingen ble det en naturlig forståelse av at både pasienter og personale var aktivt i endringsarbeidet. Vi arbeidet mer strukturert og var mer opptatt av hvordan problemer kunne løses.

## RESULTATER

Flere av pasientene fortalte at de opplevde å mestre vanskelige situasjoner på en bedre måte. Det ble lettere å ta rasjonelle valg i vanskelige situasjoner. «Dette er noe jeg selv har lært, og kan bruke.», «Jeg tenker mer positivt, rasjonelt, og angsten er ikke lenger så farlig.» «Jeg har fått et redskap å bruke, fått bevis på hva jeg har jobbet aktivt med i arbeidsboken som jeg får med meg hjem.» Mange uttrykte at det var trygt å være i avdelingen, på grunn av faktorer som humor, varme, felles holdning, respekt og verdighet. De fleste kom med tilbakemeldinger som:

- Jeg føler at jeg blir tatt på alvor.
- Jeg får arbeide med det jeg sliter med.
- Jeg opplever at behandlingen hjelper.
- Jeg har flere måter til å takle mine problemer på.

Vi som arbeidet på avdelingen opplevde at de fleste av pasientene fikk økt innsikt og kunnskap om egen lidelse, at de ble mer aktivt i egen behandling og ble mer deltakende i miljøet og i strukturen på avdelingen. Vi så at flere av pa-

sientene som ønsket reinnleggelse kom med en klar bestilling og et tidsperspektiv for innleggelsen. Det var også morsomt å oppleve at pasientene seg imellom begynte å bruke sokratiske utspørringen for å hjelpe hverandre.

I arbeidet med pasienter som hadde angstskapende vrangforestillinger ble kognitiv kontinuumskjema ofte brukt. Pasientene måtte i samarbeid med personalet finne beviser for og i mot at det de trodde var sant. Skalering av tanker og følelser før og etter samtalen var verdifullt i forhold til å se at metoden virket. Pasienter med spiseforstyrrelser og selvskading hadde også god nytte av terapiformen. Ved å reflektere over egne valg fikk pasientene innsikt og tok i større grad ansvar for egne handlinger. Det bidro til endring av negativ atferd.

## PERSONALETS ERFARINGER

Personalet på enheten hadde gått gjennom store omgjøringer i måten å drive enheten på. Tilbakemeldinger fra oss var at vi fant mange av verktøyene i kognitiv terapi nyttige. De ble brukt og erfart som en praktisk og målrettet måte å arbeide på. Vi opplevde i tillegg at vi fikk:

- en tydeligere rolle i enheten.
- mer tydelighet i forhold til arbeidsoppgaver.
- klare målsettinger å arbeide ut i fra.
- færre problemstillinger å arbeide med.
- bedre samarbeid internt på enheten.
- felles syn på problemet.
- felles syn på arbeidsmetoden.
- felles målsetting.
- mer flyt i behandlingen.
- større opplevelse av mestring.

Personalgruppen begynte å bruke samme språk til å beskrive problemstilling og behandlingsmetode, og vi fikk en mer felles holdning til pasientene vi jobbet med. Dette medførte en trygg og åpen atmosfære som preget hele miljøet på enheten. Den sosiale omgangsformen ble også preget av en humor med mye innhold av sokratiske spørsmål og kognitiv tenkemåte. Personalet jobbet mer i team rundt pasientene, og flere var deltagere i de individuelle samtaler. Gjennom å stå samlet opplevde vi også at vi var mindre utsatt for «splitting» i miljøet. Våre nærmeste samarbeidspartnere, som var ansatte i poliklinikken, ga tilbakemeldinger i form av undring over at det skjedde så store forandringer med pasientenes måte å tenke på, og at de forholdt seg til sine problemer på en mer innsiktsfull måte.

## UTFORDRINGER

Vi måtte legge opp til en svært individuelt tilpasset terapi på avdelingen grun-

net stort sprik i pasientenes funksjonsnivå. Flere av pasientene hadde omfattende kognitiv svikt. Dette begrenset bruken av for kompliserte metoder i behandlingen. Vi måtte således legge vekt på praktiske tilnæringer som var enkle å forstå. Miljøterapien ble preget av fokus på mestring av dagliglivets krav. Dette omfattet opptrening og veiledning på et mer detaljert plan, blant annet med bruk av detaljerte dagsplaner og praktisk undervisning i forhold til ADL-ferdigheter og personlig hygiene.

Det ble gjennomført grundige og detaljerte planleggingssamtaler før gjennomføring av fobi- og atferdstrening sammen med pasienten. Hos enkelte pasienter med lese og skrivevansker, måtte vi tenke kreativt og bruke tegninger istedenfor skriftlige dagsplaner. Fokus på mestring gjennom kartlegging av, og bevisstgjøring om, pasientenes egne ressurser, ble en viktig del av relasjonsarbeidet. Det bidro også til et mer aktivt samarbeid.

Å få pasientene motiverte til å jobbe med selvregistrering og hjemmelekser, var en utfordring for pasienter som var slitne og i hovedsak ønsket ivaretagelse og omsorg. Manglende innsikt i egen lidelse, og nedverdiggende opplevelse av å være tvangsinlagt, kunne av og til by på samarbeidsproblemer. Enkelte pa-

sienter kunne bli ytterligere paranoide ved at de ble utfordret i forhold til sin virkelighetsforståelse. For noen ble det opplevd truende at det ble stilt spørsmål som de måtte reflektere over. Noen hadde stemmer som truet dem hvis de var for åpne overfor personalet.

Motivasjon og vilje til samarbeid er nødvendig for oppnå et ønsket resultat. Det var ofte en utfordring å få til et samarbeid med pasienter med utviklingsforstyrrelser som Asperger og ADHD. De hadde ofte manglende tro på at metoden fungerte, svekket evne til konsentrasjon og ofte en opplevelse av krav de ikke greide å imøtekomme. Pasienter med lese- og skrivevansker krever ekstra tid og tålmodighet fordi de ikke klarer å lese seg til informasjon og for eksempel kan ha vansker med selvregistrering på egen hånd. Dette er også et problem i forhold til fremmedkulturelle pasienter som var minoritetsspråklige.

Pasienter som bare ønsket omsorg ble en større utfordring. De opplevde det som et urimelig krav at de selv skulle bidra til å endre en måte å leve på som førte til innleggelse. Dette kunne være problemer knyttet til rusmisbruk, manglende økonomisk styring eller seponering av medisiner. For pasienter som ikke innså konsekvenser av egen lidelse, og heller ikke var villige til å forandre måten å leve på, var det ofte behov for flere innleggelse. Det kunne da være tidkrevende å skape innsikt og motivasjon for videre arbeid.

«Brukermedvirkning ble en naturlig del i behandlingen på enheten.»

## KONKLUSJON

Vår erfaring er at kognitiv terapi har gode verktøy til å kartlegge og arbeide videre med pasientenes problemer. De opplevde metoden som lett forståelig, og vi opplevde at pasientene tok mer ansvar og ble mer aktiv i forhold til å skape endring. Brukermedvirkning ble en naturlig del i behandlingen på enheten. Resultatet av dette var økt innsikt og økt motivasjon til å arbeide med egne problemer. Metoden gav best resultat når pasientene var motivert for selv å arbeide med sine problemer og hadde tro på endring. Motivasjonsarbeidet var derfor en viktig del av terapien for mange. Det krever også en viss grad av kognitiv fungering for å nyttegjøre seg behandlingen i størst mulig grad.

Personalgruppen var enig i at omleggingen hadde vært positiv for enheten. Vi merket at vi ble mer endringsfokusert og strukturert i arbeidet med pasientene. Vårt fokus var spesielt rettet mot «her og nå situasjonen». Vi ble mer samlet som personalgruppe, og vi fikk en felles forståelse, et felles språk og felles arbeidsmetoder for å nå målene. Det gjorde at vi i større grad kunne veilede hverandre i utfordrende situasjoner. Vår erfaring var at man uten store vansker kan tilrettelegge kognitiv terapi for de fleste pasienter på et individuelt nivå, noe som gjør metoden effektiv og allsidig i bruk. ■

# Allmennleger og kognitiv terapi

ARNE REPÅL



Ole Rikard Haavet.

Det synes å være en økende interesse for kognitiv terapi blant allmennleger. Flere allmennleger deltar på det ordinære 2-årige innføringskurset i kognitiv terapi. Undertegnede har kontakt med en gruppe allmennleger i Tønsberg i form av innføring i terapiformen og samarbeid omkring enkeltpasienter. Boken Kognitiv terapi i lægepraksis av Oestrich og Kolstrup (2002) er skrevet spesielt for denne faggruppen og har allerede vært i salg i noen år. I forordet til boken skriver forfatterne at inntil en fjerdedel av pasientene leger møter i sin allmennpraksis har psykiske eller psykosomatiske plager. Mange leger leter derfor etter en modell for behandling av denne type lidelser som kan integreres i egen praksis.

## UTDANNINGSPROGRAM FOR ALLMENNLEGER

Nytt av året er nettopp et eget utdanningsprogram for allmennleger. Kurset går over ett år, med fem todagers samlinger. Et halvt år etter den femte samlingen blir det arrangert et påfyllingskurs med erfaringsutveksling. I tillegg kommer veiledning i grupper med fremlegg av egne pasienter. Det er et krav at deltagerne skal legge frem minst to egne pasienter i løpet av kurset. Tilbudet stod behørig omtalt i Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 19 2006. Her understreket Egil Martinsen at forskning viser at strukturerte kognitive behandlingsopplegg gir gode resultater ved psykiske lidelser som allmennleger ofte støter på blant egne pasienter. Dette er noe av bakgrunnen for at NIKT og Lægeforeningen har laget et komprimert kurs, der leger lærer en strukturert form for samtaleterapi som kan brukes ved de vanligste psykiske lidelsene man møter i en allmennpraksis. En av deltagerne på kurset er Ole Rikard Haavet:

### *Hvorfor startet du på utdannelsen?*

– Jeg meldte meg på for å lære mer om en behandlingsform jeg har snust på lenge og som jeg tror kan være nyttig i forhold til mange av mine pasienter. Jeg har imidlertid følt behov for mer praktisk opplæring.

### *Anvender du kognitiv terapi i din praksis som allmennlege i dag?*

– Jeg har i flere år brukt prinsippet med identifisering av tankemønstre og skjema, forsøkt å få fram alternative tanker, handlinger og følelser og gitt pasientene hjemmearbeide, men jeg har altså følt behov for klinisk veiledning.

### *Hvilke grupper tror du det kan være nyttig å anvende KT for i en allmennpraksis?*

– Min erfaring er så langt at KT er særlig nyttig for pasienter med milde til moderate tilstander av depresjon og angst. Én av tre av mine omkring tjue daglige pasienter har psykiske plager og for mange av disse kan KT være en

nyttig tilnærming. Jeg ser at i utvalgte tilfeller med angst, kan jeg knytte behandlingen til eksponeringsbehandling, som er et instrument jeg allerede har brukt noen år. Jeg interesserer meg spesielt for unge, og har allerede sett at denne aldersgruppen har stor nytte av KT, men jeg har tro på denne behandlingsformen i andre aldersgrupper også.

### *Hvordan legger du til rette for å kunne anvende KT i allmennpraksis?*

– Jeg setter KT pasienter opp med lengre konsultasjoner. Foreløpig ser behovet ut til å være to til tre slike konsultasjoner daglig. Disse setter jeg oftest opp på slutten av dagen, slik at presset fra andre oppgaver ikke forstyrrer.

### *Mener du KT er en behandling som egner seg for å bli benyttet av allmennlegene?*

– Ja, jeg tror KT er velegnet i allmennmedisin. KT kan spille på mange av de strengene allmennlegene allerede benytter. Min påstand er dessuten at helsegevinsten av å bruke KT i allmennmedisin kan bli vesentlig større enn for eksempel helsegevinsten vi i dag tar ut på blodtrykksbehandling. Myndighetenes beskjedne satsing på KT og enorme satsing på blodtrykksbehandling, kan derfor bare vekke undring. Men det handler selvsagt ikke om et enten eller. Størst blir gevinsten av KT hvis vi får til god samhandling med spesialisthelsetjenesten, f.eks. med veiledning fra kliniske spesialister i psykologi og psykiatere, og gode rutiner når det er nødvendig å samarbeide om den enkelte pasient.

### *Utdanningen er i startfasen, men hva er ditt inntrykk så langt?*

– Allerede etter den første samlingen er mitt inntrykk at dette kurset i KT er svært relevant for oss allmennleger. Nå har jeg dessuten, i tråd med opplegget, gjort det første videoopptaket av en konsultasjon med en angstpasiert som jeg skal bruke i det forestående møtet i veiledningsgruppa. Det skal bli interessant å få tilbakemeldinger fra veileder og øvrige deltakere. Jeg tror jeg har mye å lære. Pasienten var meget fornøyd med å bli tatt på alvor. Så selv om kursavgiften er ganske høy og deltakelsen medfører tapt inntekt, føler jeg meg overbevist om at dette kan bli en meget god investering.

Vi får håpe investeringen er til det gode både for Haavet og pasientene hans. Med et økende antall kognitive terapeuter i spesialisthelsetjenesten, og flere allmennleger som behersker det grunnleggende ved kognitiv terapi, er vi kanskje i ferd med å se konturene av en mer aktiv og målrettet samhandling til beste for alle parter. ■

## REFERANSE

■ Oestrich, I. H. & Kolstrup, N. (2002). *Kognitiv terapi i lægepraksis. En manual for leger*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

«Myndighetenes beskjedne satsing på KT og enorme satsing på blodtrykksbehandling, kan derfor bare vekke undring»



## Kompetanseheving innen rusfeltet

ARNE REPÅL

Ved Psykiatrien i Vestfold HF, avdeling Vestfoldklinikken, Behandlingsenhet Vivestad er det igangsatt en omfattende satsning på innføring av kognitive prinsipper i behandlingen. Samtlige ansatte med pasientansvar har startet på en ett-årig grunnutdanning i kognitiv terapi tilsvarende 30 studiepoeng. Denne skal være fullført i løpet av våren 2008.

Behandlingsenhet Vivestad er en enhet som tilbyr behandling til kvinner og menn over 18 år. Behandlingen består av døgninnleggelse på Vivestad hvor varigheten av oppholdet har et snitt på 6 måneder. Deretter kan pasienten overføres til egen bolig eller til en overgangsbolig eid av Vestfoldklinikken. Det tilbys en oppfølging med hovedvekt på gruppebehandling for en periode på ca. 1 år.

Enhetsleder Arild Aasen har vært en sentral person bak vedtaket om å iverksette denne kompetansehevingen. Det er derfor naturlig å spørre ham om bakgrunnen for satsingen:

På mange måter ligger bakgrunnen i rusreformen og overgangen til spesialisthelsetjenesten. Vi ble da underlagt nytt lovverk, ble en del av Psykiatrien i Vestfold HF, og rekrutterte medarbeidere med helsefaglig utdanning i større grad enn vi hadde gjort tidligere. Vi ble på mange måter en del av en ny kultur. Det var mange positive sider ved dette. Jeg opplevde at vi ble en del av en organisasjon som var innrettet på et formål: pasientbehandling. Det ble stilt krav til at ressursene våre ble utnyttet på en god måte. Det at vi fikk en tverrfaglig sammensatt personalgruppe var en berikelse, men det førte også med seg en del utfordringer. Etter min oppfatning lå utfordringene i stor grad i ulik faglig sosialisering, ulik forståelse av hva rusmisbruk er og ulik tilnærming til hva behandlingen skulle bestå av. Vi jobbet mye med disse utfordringene – på ulike måter. Gjennom dette arbeidet oppsto et behov for å komme fram til en grunnleggende metodikk som kunne deles og benyttes av de ulike faggruppene. En av våre psykologer hadde i forbindelse med sin utdanning hatt praksis ved Sct. Hans hospital, Center for kognitiv terapi, i Roskilde. Hun anbefalte meg å reise på en studietur til en avdeling der. Vi var to fra Vestfoldklinikken som reiste. På forhånd hadde vi fått tak i boken «Kognitiv miljøterapi». Flere av forfatterne var tilknyttet Center for kognitiv terapi. I tillegg hadde vi lest en del på nettsidene deres. Vi ble godt mottatt i Roskilde. Vi møtte en avdelingsleder og en av forfatterne av den omtalte boken. I tillegg ga de oss to manualer de benyttet i behandlingen – en til pasientene og en til per-



Tilfredse kursdeltakere fra Vestfoldklinikken.

sonalet. For å gjøre en lang historie kort så ble vi fort ganske sikre på at vi ønsket å satse på denne tilnærmingen.

### *Hva var begrunnelsen for dette valget?*

– Det var flere begrunnelser. Det var en viktig føring for oss at den metodikk vi valgte skulle være dokumentert som virksom. Videre var det viktig at dette var en metodikk som kunne benyttes og beherskes av alle faggrupper. Det at metodikken kunne brukes i gruppe, miljø og individuelt var også en klar fordel. Ikke minst for pasientene var det av avgjørende betydning at en slik tilnærming bidrar til en personalgruppe som arbeider i samme retning. Vi hadde også stor sans for at det metodisk ble lagt opp til at det er pasienten som definerer hva som er problemet og ikke de ansatte. Dette kan høres ut som en selvfølge, men store deler av rusfeltet – oss selv inkludert – har nok en historie der det er vi som har fortalt pasienten hva som er problemet og hva som er løsningen. Gjennom det vi nå er i gang med håper jeg vi bidrar til en bedre kontakt, og samarbeid med pasientene.

Som en del av prosessen vår gjennom flere år hadde vi kommet fram til at verdiene respekt, brukermedvirkning, motivasjon og ansvarliggjøring var viktige verdier i behandlingen. Innføringen av kognitiv terapi er forenelig med

disse verdiene. Det er heller ikke slik at kognitiv terapi var ukjent for oss fra tidligere. Vi hadde flere elementer av dette allerede. Sånn sett handler denne satsningen om i større grad å sette de ulike delene av behandlingstilbudet inn i en sammenheng. Det betyr at vi beholder elementer fra tidligere, men også at det er elementer som må tas ut og erstattes.

Videre er det viktig at personalgruppen får en felles faglige referanse som en del av «grunnmuren» vår. Gjennom denne satsningen får de i tillegg til den faglige referansen en felles prosess. I tillegg har de sine fagspesifikke kunnskaper som fortsatt er viktig. Gjennom denne satsningen tror jeg også at vi framstår tydeligere

overfor våre omgivelser. Det gjelder de som henviser pasienter til oss og det gjelder andre samarbeidspartnere både innenfor og utenfor Psykiatrien i Vestfold HF. Det er også et godt bidrag til en større grad av tverrfaglig samarbeid.

Et annet forhold er at pasientene våre i økende grad har tilleggsdiagnoser utover rusen. Det går i stor grad på angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Den metodiske tilnærmingen vi har valgt gjør oss også bedre rustet til å arbeide med dette integrert.

#### *Hvordan er det videre arbeidet lagt opp?*

– Vi har delt ansattegruppen inn i to kull som vil gjennomføre det 1.-årige innføringsseminaret for helsepersonell med 3-årig helsefaglig bakgrunn som går i regi av NFKT. Vi har vært så heldig at vi har fått psykolog Liv Hedley til å forestå undervisningen. Parallelt med dette skal et par av våre ansatte også reise på et hospiteringsopphold til Roskilde. Dette for å se nærmere på hvordan de arbeider der med tanke på tilpasning hos oss. Vi har også nedsatt en styringsgruppe som blant annet består av fagsjef i Psykiatrien i Vestfold HF, Arne Repål, avdelingsoverlege ved Vestfoldklinikken, Svein Dittmann og psykologspesialist Ingrid Stokke Jensen. Sistnevnte er leder ved ruspoliklinikken i Søndre Vestfold DPS. Her må jeg nevne at det også er to deltakere med fra hver av ruspoliklinikkene ved DPS ene i Psykiatrien i Vestfold HF. Dette er også et viktig bidrag til utvikling av tverrfaglig samarbeid på tvers av avdelingene.

Styringsgruppen vil i tillegg til å følge implementeringen også bidra til ulike beslutninger underveis. Den må også ta stilling til ulike russpesifikke undervisningsopplegg som kommer i tillegg til grunnutdanningen. Det er et spennende arbeid vi står foran. Et forhold er å ha tatt avgjørelsen om å innføre kognitive prinsipper. En annen ting er å implementere det på en god måte. Dette er et arbeid jeg ser fram til. En viktig faktor er på plass – og dette er noe ansattegruppen ønsker og er godt motivert for. Vi har også en psykolog og en psykiatrisk sykepleier som har denne utdanningen fra tidligere og som vil være viktige nøkkelpersoner internt. I tillegg har vi god støtte innad i egen organisasjon og i miljøet i Danmark som har stilt seg åpne og positive i forhold til å bidra.

«...dette er noe ansattegruppen ønsker og er godt motivert for»

#### *Dere er allerede i gang?*

– Ja, i februar hadde vi en kompetanseutviklingsdag som markerte en start på prosjektet. Totalt var det ca 50 deltagere og alle enhetene på Vestfoldklinikken var representert på seminaret. Foredragsholdere var Arne Repål som snakket om de grunnleggende elementene i kognitiv terapi. Svein Dittmann, som selv snart er ferdig med innføringskurset for leger og psykologer, snakket om «Kognitiv terapi i rusfeltet» og psykiatrisk sykepleier Dag Krogstad snakket om praktiske erfaringer med implementering av kognitiv miljøterapi. Avslutningsvis var det åpent for spørsmål og kommentarer fra forsamlingen til et panel bestående av foredragsholderne. ■

## The Depression Report

ARNE REPÅL

*The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders* ble publisert i England i juni 2006 av The Center for Economic Performance's Mental Health Policy Group. Rapporten ble sendt til alle abonnenter av The Observer og er blant annet støttet av Royal College of General Practitioners og andre ledende organisasjoner innen psykisk helse. Det spesielle med rapporten er at den er entydig i sitt budskap som kort kan sammenfattes slik:

Depresjon og angstlidelser er i dag det største helseproblemet i England, men de fleste får ikke adekvat behandling. Ved siden av den menneskelige lidelsen dette medfører for de deprimerte og deres pårørende, koster det samfunnet store summer i form av sykemeldinger og uføretrygd. Det finnes nå kunnskapsbaserte behandlinger tilgjengelig og disse er omtalt i National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines. (NICE) Dette er de offisielle retningslinjene for hva som skal være god klinisk behandling i England. Her pekes det på at CBT er dokumentert like effektivt som medikamenter i behandlingen av depresjoner og angst, og at kostnadene ved å anvende denne behandlingsmetoden ikke er større en ved vedvarende medisiner over tid. En behandling er beregnet til å koste 750£. Problemet er at det mangler terapeuter som kan praktisere denne behandlingen. Resultatet er at mange ikke mottar terapi i hele tatt eller kun får foreskrevet medikamenter, noe som ikke anses som adekvat behandling alene og er en form for behandling mange mennesker ikke ønsker eller slutter med på grunn av bivirkninger.

Rapporten peker på at veien ut av dette uføret er å sørge for at retningslin-

«Problemet er at det mangler terapeuter...»

## REFERANSE

■ National Institute for Health and Clinical Excellence: [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

jene i NICE blir implementert. Dette foreslås gjort gjennom en 7-års plan hvor man skal utdanne terapeuter innen CBT. En ønsker også å øke kompetansen blant allmennleger og peker på at også disse i mange tilfeller kan bidra med CBT. I rapporten pekes det også på at det ville blitt opprør blant publikum og politikere om man for eksempel ikke hadde implementert retningslinjer som foreligger for behandling av brystkreft.

Helse- og sosialdirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle veiledere eller eventuelt retningslinjer for prioritering av rett til nødvendig helsehjelp innen psykisk helsevern og somatikk. Det er nedsatt arbeidsgrupper bestående av spesialister, allmennleger og brukerrepresentanter som skal utarbeide disse, og det er lovet at det også skal foretas en horisontal prioritering, det vil si ikke bare innen for hver enkelt spesialitet, men mellom spesialiteter. I en slik horisontal prioritering burde psykiske lidelser komme bedre ut med hensyn til tilførsel av resurser enn det som er tilfelle i dag. På tross av opptrappingsplaner sakker psykisk helsevern akterut sammenlignet med somatikk.

Det skal bli spennende å se om rapporten får gjennomslag blant politikere i England og om den lar seg realisere. Den burde være interessant lesning også for norske politikere, brukerorganisasjoner og andre som er opptatt den videre utviklingen av helsetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i Norge. ■

## Kognitiv terapi ved psykoser

ARNE REPÅL

Vi har i tidligere nummer av tidsskriftet omtalt kognitiv terapi ved stemmer og vrangforestillinger. Dette er et felt som er i stor utvikling og hvor KT har vært en viktig bidragsyter. Internasjonalt blir en rekke tiltak regnet som en del av den kognitive tradisjonen. Psykoedukasjon, pårørendearbeid, problemløsende familiesamtaler, tilbakefallsforebygging og kognitiv vinklet individualterapi inngår således som sentrale elementer i et helhetlig behandlingstilbud ved psykoser. Dette er behandling som anbefales av ledende fagmiljøer i stadig flere land som for eksempel England (NICE guidelines), Danmark (Retningslinjer fra den Danske sunnheitsstyrelsen og Canada (Retningslinjer for den

kanadiske psykiaterforeningen). Sentralt i tilnærmingen står målsetting om mestring av egen lidelse. Noen har sikkert alt mottatt e-post med informasjon om opprettelse av et nettbasert forum for behandling av psykoser. Vi gjengir her en lett redigert utgave av invitasjonen fra Reidar Kjær:

### FORUM FOR KOGNITIV TERAPI VED PSYKOSER!

Kognitiv terapi ved psykoser er en vel dokumentert behandlingsform, spesielt for hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det er utviklet flere gode manualer for behandling av schizofreni, men i den norske kliniske hverdag er dette foreløpig ikke tatt i bruk i vesentlig grad.

Forumet er i første omgang tenkt å være en e-post liste som gjøre det mulig for fagfolk og interesserte å bli oppdatert på det som skjer på feltet her i Norge. Samtidig er det et viktig mål å få kjennskap til andre som arbeider med KT ved psykoser.

Mange steder er man interessert i å ta i bruk denne behandlingsformen. Man ønsker å få til noe, men er ikke kjent med at nærmeste avdeling eller enhet tenker på det samme.

Forumet blir til ved at interesserte melder seg på og deler informasjon en måtte ha om feltet. Kun ved at vi er sjenerøse og deler informasjon med hverandre, vil forumet kunne bli en kilde til videre inspirasjon og fornyelse i den kliniske hverdagen.

Med jevne mellomrom vil det bli sendt ut e-post med informasjon om litteratur, kongresser, kurs, påtenkte og pågående prosjekter, studiegrupper etc.

Ved å samordne den kompetanse og interesse som er tilstede, vil vi kunne bidra til at KT ved psykoser blir et reelt behandlingstilbud til pasienter rundt om i hele landet.

Påmelding skjer ved å sende en e-post til undertegnede. Opplys gjerne om yrke, hvor du jobber og andre ting som kan være av interesse for forumet. Senere skal det opprettes en liste som sendes ut til alle som har meldt seg. Interesserte kan sende mail til: [rekjaer@online.no](mailto:rekjaer@online.no)

### UTDANNING I KOGNITIV TERAPI VED PSYKOSER

Det har i de senere årene kommet ulike innspill med ønsker om egen utdanning i kognitiv terapi ved psykoser. Styret i NFKT har nå besluttet at det settes ned en arbeidsgruppe som skal komme med forslag til en slik 1-årig utdanning. Arbeidsgruppen vil bli ledet av Arne Repål og sentrale spørsmål vil være om utdanningen skal være tverrfaglig, hvilke tema som skal dekkes og aktuelt pensum. Det må også tas stilling til om deltagerne skal ha kunnskap om kognitiv terapi på forhånd eller hvordan det eventuelt skal legges til rette for dem som ikke har det. Dersom vi skal lykkes med å implementere KT ved psykoser vil forankring i ledelse og bredde i kompetansehevingen være viktig. Målet er å ha ferdig et forslag til utdanning som kan legges frem for styret høsten 2007. ■



## Workshop i Bergen Komplekse angstlidelser og lav selvfølelse

MARGARETHA DRAMSDAHL

*Kurset er på intermediert/avansert nivå, og er beregnet på erfarne kognitive terapeuter.*

Slik lød invitasjonen. Vårt vestlandske samarbeidsprosjekt hadde båret frem sin første frukt!

### SAMARBEID MELLOM DE FIRE HELSEFORETAKENE

På veiledersamlingen på Gardermoen i 2005 ble stemningen loddet for en årlig workshop i kognitiv terapi på Vestlandet. Dette gav støtet til et samarbeid mellom de fire helseforetakene med hver sin kontaktperson; Tone Madland Skeie for Stavanger, Marit Skjerdal for Førde, Solveig Arne for Fonna og undertegnede for Bergen. Kompetanseinngang ved Psykiatrisk Divisjon, Haukeland Universitetssykehus, ved leder Helge Jordahl, gav klarsignal til å være arrangør i 2007. Takk til ham og til Elin Gullaksen som gjorde alt nødvendig praktisk arbeid! Da den økonomiske garantien fra de øvrige tre regioner kom på plass, begynte jakten på forelesere. Den varte ikke lenge. Tone foreslo «Damen i Oxford», og Gillian Butler og Melanie Fennell takket raskt ja.

### GILLIAN BUTLER OG MELANIE FENNELL

Begge er utdannet kliniske psykologer og har tatt sine PhD ved universitetet i Oxford som for øvrig har nære bånd til Oxford Cognitive Therapy Centre og Warneford Hospital. Gillian Butler var en av de første til å utvikle CBT i behandlingen av angstlidelser. Hun har drevet forskning innen behandling av sosial fobi og generalisert angstlidelse. I den senere tid har hun arbeidet med utvikling og tilpasning av standardmetoder i arbeidet med komplekse problemer. Hun underviser mye og har skrevet flere bøker.

Melanie Fennell er en av grunnleggerne av Oxford Cognitive Therapy Centre, og hun er leder for Oxford Diploma/Master of Science in Advanced Cognitive Therapy Studies. Hun har bidratt til utviklingen av kognitiv terapi ved depresjon og angstlidelser, og har hatt spesielt fokus på lav selvfølelse. I sin undervisning vektlegger hun praktiske kliniske ferdigheter innenfor en klar teoretisk ramme. Hun har skrevet flere bøker vedrørende depresjon og lav selvfølelse. Og så er hun ganske modig; i Bergen bestilte hun lutefisk, - og spiste den opp!

### DAG 1. KOMPLEKSE ANGSTLIDELSER

Gillian Butler fokuserte på komplekse angstlidelser der standard metoder ikke fungerer. Hovedmålet i angstbehandling er å svekke pasientens opplevelse av

fare, og styrke evne til å mestre. Agendaen for dagen omfattet fire punkter. Det første omhandlet komorbiditet og kompleksitet ved angst. Komorbiditet gir økt uforutsigbarhet av utløsende faktorer. Pasientens problemer blir mer omfattende og forårsaker problemer med å holde fokus på en problemstilling. Det tar lengre tid å oppnå endringer hos pasienten, og det er større fare for tilbakefall til gamle tanke- og atferdsmønstre.

Som andre punkt på agendaen kom prosessen med å gi mening. Gillian understreket flere ganger viktigheten av å forenkle, samt å avdekke den individspesifikke betydning av pasientens utsagn og atferd. «Hva handler dette om? Hva betyr dette for deg? Hva innebærer det? Hva er hensikten?» Den underliggende mening er ofte angstens drivstoff. Samarbeidet som terapeuten og pasient har i denne prosessen, gir indirekte signaler (meta-messages) til pasienten som for eksempel: «Dette kan endres. Du kan klare det! Du trenger ikke slite med dette for alltid.» Det er for øvrig viktig å kartlegge og beskrive ikke bare dysfunksjonelle prosesser, men også mer velfungerende mønstre hos pasienten.

Anvendelsen av generelle prinsipper var tredje punkt på agendaen. Ved å anvende tre generelle prinsipper vil man få avdekket både funksjonelle og dysfunksjonelle prosesser. Målet er at pasienten lettere skal kunne leve med uvisshet. Livet er uforutsigbart, og pasienten kan aldri oppnå full visshet uansett. Pasienten må få økt fleksibilitet i sin oppfatningsverden. Dette kan oppnås ved å møte frykten, blant annet gjennom atferdsekspirer. Videre må pasienten få kognisjonen i fokus. Med «kognisjonen» menes den individspesifikke betydning, grunnleggende leveregler, feiltolkninger, spådommer, observasjoner. Til sist må pasienten få en holdning preget av nysgjerrighet fremfor behov for kontroll.

*Gillian avsluttet med å skissere de viktigste elementer i behandlingsstrategien:*

1. Terapeuten må forenkle.
2. Terapeuten må fremme nysgjerrighet fremfor kontroll, fleksibilitet og ikke rigiditet, aksept fremfor unngåelse.
3. Terapeuten må skille primære problemer og underliggende dysfunksjonelle prosesser fra sekundære prosesser, som for eksempel kompensatoriske strategier og unngåelsesatferd.

### DAG 2. LAV SELVFØLELSE

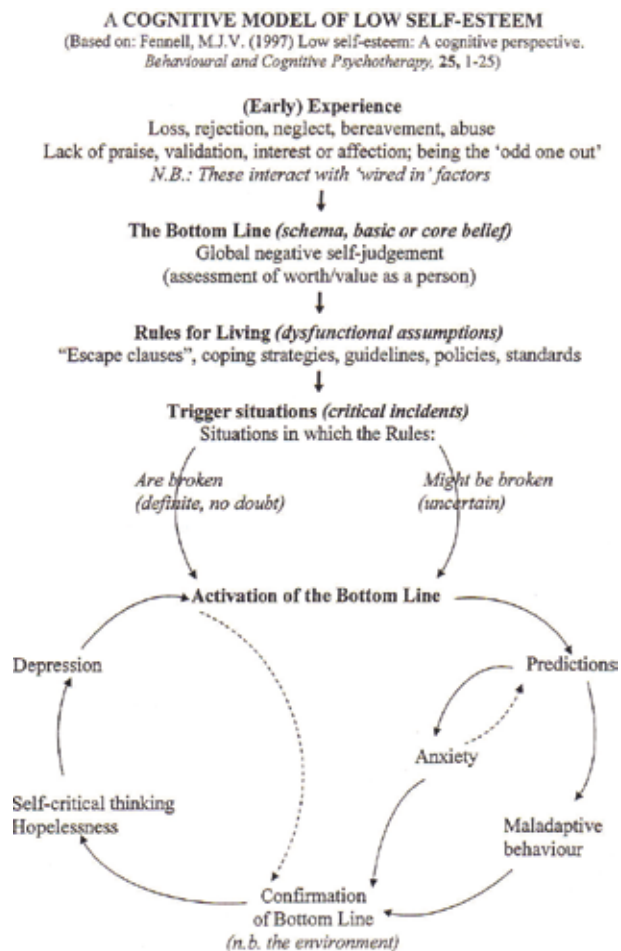
Melanie Fennell startet med å be oss fylle ut et skjema med 11 påstander som omhandlet troen på, samt godhet og omsorg for, seg selv. Først skulle vi ha oss



Svein Arne Trengereid og Melanie Fennell.

selv i fokus, deretter en pasient vi kom på. Denne øvelsen førte oss rett inn i problematikken med lav selvfølelse og hva lav selvfølelse egentlig er. Lav selvfølelse innebærer en negativ grunnleggende oppfatning av en selv som er til-lært, selvpopprettholdende og vanskelig å endre. Lav selvfølelse kan være del av det aktuelle problem, som for eksempel depresjon. Men lav selvfølelse kan også være en konsekvens av et aktuelt problem, som for eksempel ved PTSD. Sist, men ikke minst, er lav selvfølelse en sårbarhetsfaktor for en rekke tilstan-der som depresjon, spiseforstyrrelser, sosial angst og personlighetsforstyrrelser.

Vi fikk presentert en kognitiv modell for lav selvfølelse. Aktivering av ne-gative grunnleggende leveregler kan føre til spådommer som igjen kan forårsake angst og maladaptiv atferd. Den grunnleggende leveregelen blir på denne måten bekreftet. Aktiveringen av de grunnleggende leveregler kan også føre til selvkritikk og håpløshet som igjen leder til depresjon.



Kognitiv terapi ved lav selvfølelse tilstreber metakognisjon og underminering av gammelt tankegods. Melanie kom med følgende tommelfingerregel: Start med aktuelle tanker, følelser og atferd som opprettholder problemet. Ikke start med å fokusere på bakenforliggende årsaker eller mer omfattende forhold som kan ligge under, selv om det senere kan vise seg nødvendig å jobbe med identifisering og endring av grunnleggende leveregler. Målet er uansett å oppnå økt fleksibilitet og evnen til metakognisjon hos pasienten. Pasienten må kunne innta fugleperspektivet i forhold til seg selv. Terapeuten må sammen med pasienten arbeide frem og styrke et alternativt og mer positivt perspektiv som pasienten kan ha på seg selv; «Constructing av new self». Padeskys modell om fordommer (The «Prejudice Model») er en god metafor for dysfunksjonelle grunnleggende leveregler, og dette bildet kan øke pasientens forståelse av hvordan det gamle «selvet» opprettholdes, og hvorfor det er så vanskelig å endre grunnleggende oppfatninger av en selv og konsekvensene av disse.

## EVALUERING

Dette var en workshop i ordets rette forstand, og ingen langdryge kateterforelesninger. Begge foreleserne leverte i tråd med grunnleggende prinsipper for god kognitiv terapi med agenda, oppsummeringer og bevisstgjøring i forhold til hva vi skulle lære. De vekslet mellom engasjerende undervisning og praktiske øvelser blant deltagerne. De var ivaretagende og forståelsesfulle, og er bevisst verdien av humor: Det ble mye latter i disse to dagene. Det var 40 entusiastiske og aktive deltagere, noe som også ble bemerket av foreleserne. Evalueringsskjemaene reflekterte en svært vellykket workshop der både tema, forelesere og form scoret høyt. Den 10. januar var den 74. dagen med regn i Bergen. I stedet for blomst ble det derfor en vindresistent paraply av merket Fulton, beste engelske merke selvfølgelig, til hver av damene. (Det ble dessverre ingen regnrekord; kun 84 dager!) Forstyrrende faktorer var ventilasjon som ikke virket, og at mangler ved IT utstyret skapte problemer med powerpoint presentasjonene. Likevel: jeg ser frem til neste års workshop, og håper at Stavanger kan stille med bedre fasiliteter! ■

## REFERANSER

- Butler G., Hope T. (2nd ed. 2007) *Manage your mind: The mental fitness guide*. Oxford University Press
- Butler G. (1999) *Overcoming social anxiety and shyness. Self help course*. Constable and Robinson, London
- Fennell M. (2006) *Overcoming low self-esteem. Self-help course*. Constable and Robinson, London
- Fennell M. (1999) *Overcoming low self-esteem*. Constable and Robinson, London

## SJEF I EGET LIV OG KONGEN ANBEFALER – HOLDNINGER FOR FOLKET.

BOKOMTALE

ANMELDT AV ARNE REPAAL

### REFERANSER

■ Ingvard Wilhelmsen (2006). *Sjef i eget liv*. Stavanger: Hertervig forlag. 158 s.

■ Ingvard Wilhelmsen (2006). *Kongen anbefaler – holdninger for folket*. Stavanger: Hertervig forlag. 106 s.



Fra forlaget har tidsskriftet fått tilsendt to bøker av Ingvard Wilhelmsen. Det er *Sjef i eget liv* og *Kongen anbefaler – holdninger til folket*. Bøkene henvender seg i første omgang til allmennheten, men kan også med utbytte leses av fagfolk. Mens *Sjef i eget liv* beskrives som en innføring i kognitiv terapi er *Kongen anbefaler – holdninger til folket* en praktisk anvendelse av de samme prinsippene. Bøkene kan således sees i sammenheng selv om de også kan leses hver for seg.

### SJEF I EGET LIV

*Sjef i eget liv* er den mest konvensjonelle av dem. Den er bygget opp av tre deler som omhandler pasienthistorier (Del 1), diagnoser (Del 2) og terapeutiske teknikker (Del 3). Pasienthistoriene er knyttet opp til sentrale tema som hva som er drivkraften bak pasientens symptomer, forskjellen på ekte og tenkte problemer, selvbildet, tanker om fremtiden og perfektionisme. Her er mange konkrete historier som på en fin måte illustrerer forfatterens poeng. Alle vil kunne kjenne seg igjen i pasienthistoriene, og Wilhelmsen makter å skape en betryggende følelse hos meg som leser om at: «Nå, har andre det på denne måten også!» Slik fungerer del 1 av boken som en normalisering av det å ha psykiske plager. Den har en klar og fin fortellestemme som på et lettfattelig språk formidler forfatterens budskap. Denne delen utgjør nærmere halvparten av boken og skaper forventninger til hva som kommer senere. Som leser blir man nysgjerrig og motivert til å gjøre noe med sine problemer.

Del 2 er en beskrivelse av ulike angstlidelser, affektive tilstander og spiseforstyrrelser med utgangspunkt i ICD-10. Diagnostosene kommenteres ut fra en kognitiv modell med spesielt fokus på spesifikke tankemønstre og opprettholdende faktorer. Denne delen fungerer som en kortversjon for hvordan de omtalte tilstandene forstås i en kognitiv modell. Del 3 gir en innføring i kognitiv terapi som metode. Den skiller seg litt fra resten av boken ved at den, slik denne leseren opplever den, retter seg mer mot terapeuten enn pasienten. Samtidig vil pasienter ved å lese denne delen få et bilde av hva terapi går ut på. For den som er i tvil om han eller hun skal starte i terapi eller ikke, kan denne delen bidra til å tydeliggjøre hva det vil innebære.

### KONGEN ANBEFALER

*Kongen anbefaler – holdninger for folket* skiller seg fra mange mer tradisjonelle selvhjelpsbøker både i form og innhold. Her er en kognitiv modell brukt som utgangspunkt for en livsfilosofi: Hvilken holdning skal vi ha til livet for at det skal bli best mulig? Tråden er knyttet til de gamle greske filosofer hvor kognitiv terapi har sine røtter. Wilhelmsen har funnet sitt stoiske ideal i kong Harald; derav tittelen på boken. Den har betydelige innslag av humor og er fornøylig illustrert av Per Dybvig. Konseptet med å bygge teksten rundt kongen og hans gjøren og laden i ulike situasjoner fungerer godt. Kongen er trykt forankret i den norske folkesjelen, og de fleste har i noen grad fulgt hans opptreden i det offentlige rom. Halve boken omhandler således holdninger og standpunkt kongen har gitt uttrykk for i ulike sammenhenger. Med dette som utgangspunkt prøver Wilhelmsen å vise oss en mulig farbar vei gjennom det ulendte terrenget som heter livet. Det lykkes han godt med. Jeg lar meg gjerne rive med på denne ferden som er ledsaget av en lun og underfundig humor.

Siste del av boken bærer tittelen Nøkkelen til det gode liv. Her hevder forfatteren med tyngde at vi ikke skal stole på følelsene, ikke skal stole på tankene og ikke skal lytte til kroppens signaler. Hvem skal vi da stole på og lytte til? Wilhelmsen byr på seg selv, samtidig som han understreker at folk må ta egne valg. Som et godt forbilde bruker han kongen og skriver ett sted at man kanskje kunne kalle tilnærmingen konge-nitiv terapi. Jeg undres om kongen får royalty? Boken kan anbefales både til pasienter og fagfolk.

## Lederen har ordet

EGIL W. MARTINSEN



### BEHANDLING AV ALVORLIGE DEPRESJONER:

## Skal vi konsentrere oss om tanker eller atferd?

Utviklingen av kognitiv terapi skjøt for alvor fart med at Aaron Beck og kolleger utviklet virksom psykologisk behandling for depresjon (1979). Forut for dette fantes det en modell for atferdsterapi ved depresjon, men denne var ikke så virksom som ønskelig (Lewinsohn, 1974). Det var derfor rom for forbedringer. At Aaron Beck tok inn atferdselementer i sin depresjonsmodell, bidro til at den ble tatt vel i mot også blant atferdsterapeutene.

### DEN KOGNITIVE MODELL FOR DEPRESJON

Depresjonsmodellen, som Beck utviklet på slutten av 1970-tallet, er fortsatt aktuell. Det har ikke vært noen stor utviklingen på dette området i kognitiv terapi. Fagutviklingen har vært større på andre områder. Kjerneelementene for å oppnå bedring ved depresjon er endring av atferd og identifikasjon og modifikasjon av negative automatiske tanker. Effekten av kognitiv terapi er godt dokumentert, og gjennomgående er kognitiv terapi like effektiv i behandling av depresjon som antidepressive medikamenter, som er den best dokumenterte behandlingsformen.

### BEHANDLING AV DE DYPESTE DEPRESJONENE

Til tross for alle studier som har dokumentert effekten av kognitiv terapi ved depresjon, har det vært knyttet usikkerhet til effekten for de mest alvorlig deprimerede pasientene. Noen undersøkelser viser her at kognitiv terapi har dårligere effekt for denne gruppen (Elkin et al. 1995), mens andre tyder på at effekten også her er like god som for medikamenter (deRubeis et al. 2005). Det har også vært usikkert hvilke elementer i kognitiv terapi som er mest virksomme. En vanlig mening har vært at for de alvorligst deprimerede pasientene er de atferdsterapeutiske elementene viktigst, mens for dem som er mindre alvorlig syke er det mest hensiktsmessig å arbeide med tankene. Men vi har i liten grad hatt fors-

kningsmessig basis for å bedømme hvilke av intervensjonene, de atferdsmessige eller kognitive, som har størst betydning. På den siste årlige europeiske kongressen i Paris i fjor deltok jeg på et seminar med Steven Hollon, som har vært med på en stor undersøkelse hvor en har sett på dette (Dimidjian et al. 2006). I denne studien kom det fram flere viktige funn, som kan være viktige for klinisk praksis. I et stort kontrollert forsøk ble 241 pasienter med alvorlig depresjon randomisert til kognitiv terapi, atferdsaktivisering (behavioral activation), antidepressive medikamenter og placebo. Kognitiv terapi og atferdsaktivisering ble gitt i form av maksimalt 24 sesjoner á 50 minutter i løpet av 16 uker.

### ATFERDSAKTIVERING

I modellen for atferdsaktivisering la de stor vekt på sammenhengen mellom aktivitet og sinnsstemning, og hvordan mange deprimerte mister kontakten med positive forsterkere som kan motvirke depresjon. Mønstre av unngåelse og tilbaketrekning fra mellommenneskelige situasjoner, arbeidslivet, dagliglivets rutiner eller forpliktelser, og ubehagelige tanker og følelser ble regnet som sentrale. Fordi kontakt med positive forsterkere, som kan motvirke depresjon, på kort sikt kan oppleves som ydmykende og ubehagelig, vil unngåelse av kontakt forbigående redusere ubehag. På lang sikt vil imidlertid unngåelse og tilbaketrekning øke problemene, både fordi mulighetene for kontakt med potensielle antidepressive forsterkere reduseres, og ved at den reduserte aktiviteten skaper nye eller forverrer gamle problemer.

Et eksempel på dette er en mann som sykmelder seg på grunn av konflikter med en kollega på arbeidsplassen. Fraværet fra arbeid demper på kort sikt ubehaget ved å møte kollegaen. Men jobbfraværet fratrukker også muligheter til å lykkes med arbeidsoppgaver som tidligere har hatt en antidepressiv funksjon. Å gå hjemme skaper også nye problemer. Han tjener mindre penger, og sjefen blir frustrert over at arbeid ikke blir gjort. Problemet med kollegaen er uløst, og når han går hjemme bruker han mye tid til å gruble over dette.

Atferdsaktivisering i form av fokuserte aktiviseringsstrategier presenteres som en strategi for å bryte denne onde sirkel. Ved atferdsaktivisering søker en å identifisere og fremme engasjement i aktiviteter og sammenhenger som er positive forsterkere, og som er i samsvar med individets langsiktige mål. Spesifikke atferdsfokuserte aktiviseringsstrategier er blant andre selv - observasjon, å lage en timeplan over daglige aktiviteter, skåre grad av glede og mestring ved ulike aktiviteter i løpet av dagen, utforske alternative atferder for å oppnå sine mål, og bruk av rollespill for å arbeide med manglende ferdigheter.

Den utvidede modell for atferdsaktivisering inkluderer økt fokus på evaluering og behandling av unngåelsesatferd, samt å etablere og vedlikeholde regelmessige rutiner. I tillegg anvendes atferdsstrategier, hvor en er opptatt av grubling, hvilken funksjon grubling har og hvordan en kan lære å flytte oppmerksomheten vekk fra grubling til direkte, umiddelbare erfaringer.

### KOGNITIV TERAPI

Kognitiv terapi ble gjennomført etter A. Becks (1979) og datter J. S. Becks (1995) modeller, med hovedfokus på atferdsmessig dysfunksjon, situasjons-spesifikk negativ tenkning og tankefeil, og underliggende dysfunksjonelle skjemaer. Kognitive terapeuter kunne benytte alle strategier innen atferdsaktivisering, med unntak av elementene som er nevnt i den utvidede modellen.

### KOGNITIV TERAPI ELLER ATFERDSAKTIVERING?

Studien viste at atferdsaktivisering var like virksomt som antidepressive medikamenter for de alvorligst deprimerte pasientene, og begge var signifikant bedre enn kognitiv terapi og placebo. Det var flere pasienter som kom i remisjon ved atferdsaktivisering enn ved antidepressive medikamenter. For de minst deprimerte pasientene var det ingen statistiske forskjeller mellom de ulike aktive terapiformene, og det var heller ikke signifikante forskjeller mellom antidepressive medikamenter og placebo.

Resultatene fra denne vel gjennomførte undersøkelsen er interessante. Behandlingsresultatene for pasienter som fikk kognitiv terapi var på høyde med det som er funnet i andre studier, så resultatene skyldes ikke dårlig utført kognitiv terapi. Undersøkelsen bekrefter betydningen av enkle atferdsstrategier i behandling av depresjon: Målsetting, selvobservasjon, aktivitetskartlegging og planlegging, problemløsning og gradvis progresjon i oppgavens vanskelighet. For meg med min spesialinteresse for fysisk aktivitet som behandlingsmetode ved depresjon, er dette spennende lesning. Fysisk aktivitet kan jo være en utmerket form for atferdsaktivisering, og det er en økende dokumentasjon for nytten av denne behandlingsformen (Martinsen 2004).

Som det gjelder for de fleste nye oppdagelser, har andre beskrevet dette tidligere. I sin bok fra 1979 anbefaler Aaron Beck at terapeutene fokuserer på atferdsstrategier i de tidlige faser i behandlingen, når pasientene er mest deprimert, og at de vender tilbake til disse dersom pasienter blir verre. Den aktuelle undersøkelsen tyder på at atferdsmetoder alene er tilstrekkelige til å medføre bedring av depresjon, og dette er uavhengig av om endringen medieres av kognitive endringer.

For å kunne uttale oss med sikkerhet om et tema, ønsker vi flere undersøkelser, og vi får håpe at flere forskergrupper vil gå løs på dette. Det blir også spennende å se resultatene fra etterundersøkelsen, som ennå ikke er publisert. En av de viktigste egenskapene ved kognitiv terapi er jo den reduserte tendens til tilbakefall etter at behandlingen er avsluttet. En av forklaringene på denne reduserte tilbakefallstendensen er at pasientene i løpet av behandlingen lærer seg å identifisere og observere negative automatiske tanker og depressive følelser. Dette hjelper dem til å kunne identifisere tendenser til tilbakefall tidlig, og dermed hindre at en ny depresjonsepisode får utvikle seg. Det blir spennende å se om atferdsaktivisering vil ha den samme forebyggende effekt. ■

### REFERANSER

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press
- deRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S. (2006). Randomized trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T. et al. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioural approach to depression. I: R. J. Friedman og M. Katz (red.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (s. 157-178). Oxford, England: Wiley
- Martinsen, E.W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og mental helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

# Årsberetning 2006

NASJONALT INSTITUTT FOR KOGNITIV TERAPI (NIKT)

NIKTs formål er å koordinere drift og utvikling av utdanninger innen kognitiv terapi. NIKT har egen adresse og fører eget regnskap med offentlig revisjon. NIKT er budsjett- og regnskapsansvarlig overfor styret i Norsk Forening for Kognitiv Terapi (NFKT)

Det ble i 2006 startet opp 6 kurs for leger/psykologer (5 i 2005) og 16 kurs for personer med 3-årig høyskoleutdannelse (11 i 2005). Kursvirksomheten foregår over hele landet. Nytt innføringskurs for leger i fysisk medisin og rehabilitering er fullført, og dette har vært vellykket. I samarbeid med Lægeföreningen har vi planlagt et innføringskurs for leger i allmennmedisin, og dette starter opp i 2007. Disse kursene har mindre omfang enn de vanlige innføringskursene for leger og psykologer.

I 2006 startet også videregående kurs i kognitiv terapi for helsepersonell med 3-årig utdanning. Dette har lenge vært etterlengtet. Den videregående delen består av 80 timer undervisning og 50 timer veiledning. Sammen med innføringskurset vil dermed volumet for undervisning og veiledning bli det samme som ved innføringskurset for leger og psykologer.

Veilederutdanningen, som startet i 2005, har fortsatt i 2006. Den planlegges avsluttet i første semester 2007. Vi arrangerte i år den andre nasjonale samling for veiledere, og tema i år var forholdet mellom motiverende intervju og kognitiv terapi. Det var god deltagelse og styret fikk gode tilbakemeldinger på arrangementet. I de fleste deler av landet er det siden siste veiledersamling startet med regionale veiledersamlinger.

NIKT utgir Tidsskrift for Kognitiv Terapi, som utkommer med 4 nummer per år. Dette er blitt oppgradert og framstår som et profesjonelt tidsskrift. Det koster en del å gi det ut, men vi har fått mange gode tilbakemeldinger på det, og det bidrar sannsynligvis til å styrke miljøet og å øke rekrutteringen.

Instituttets virksomhet kan ikke sies å forurense det ytre miljøet.

Forutsetning om fortsatt drift er lagt til grunn ved utarbeidelsen av årsregnskapet.

Etter styrets oppfatning gir det avgitte resultatregnskapet, balansen og

kontantstrømanalysen, med tilhørende noter, fyllestgjørende informasjon om driften og om instituttets stilling pr. 31.12.2006. Det er ingen usikkerhet knyttet til årsregnskapet, og heller ingen ekstraordinære forhold som har påvirket regnskapet.

Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi søker hvert år om tilskudd til utdanningsvirksomheten fra Sosial- og helsedirektoratet, og eventuelt overskudd gir fratrukk i tilskuddet.

NIKT hadde et driftsresultat på 34 468 kroner. Vi fikk 2 275 000 kroner i tilskudd fra Sosial- og helsedirektoratet. NIKT har ikke mulighet for å legge seg opp kapital, da eventuelle overskudd på budsjettet trekkes fra på neste års tilskudd. Det er vanskelig å beregne utgifter og inntekter nøyaktig, selv om vi har bedret budsjettkontrollen og økonomistyringen. ■

*Modum Bad, 20. februar 2007*

*Egil W. Martinsen*  
leder

*Torkil Berge*  
nestleder

*Ingvild Aabakken*  
styremedlem

*Brit W. Backman*  
kasserer

*Gunnar Morken*  
styremedlem

*Eli Tønseth*  
styremedlem