

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 1 • ÅRGANG 11 • APRIL 2010 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



Tidsskrift for Kognitiv Terapi 1/2010

4
Redaksjonelt

7
Kognitiv terapi ved lettere
psykisk utviklingshemning

17
Behandling av panikkangst i
kognitiv atferdsterapi-gruppe

22
Behandling av tvangslidelser

33
Bokomtale

34
Lederen har ordet

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2010 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**

Torkil Berge

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

FOTO: ME. L.C. REPÅL



Fordeler ved å tenke negativt

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

REFERANSER

■ Byrne, R. (2006). *The Secret*. Simon & Schuster.

■ Ehrenreich, B. (2009). *Bright-sided. How the Relentless Promotion of Positive Thinking Fooled America & The World*. New York: Metropolitan Books.

■ Solomon, A. (2004). *Mørke midt på dagen. En bok om depresjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Det er vanskelig å tenke positivt. Det er vanskelig å skrive om det positive. Den gode fortellingen handler om tap, savn og lengsel. Den kan ende godt, men denne tilstanden, som mange av oss bare anser som en overgang, er ikke det som skildres. Fortellingen handler om kampen for å nå dit. Noen kjenner et lite sting av vemodig glede når heller ikke det lykkes. Min samling av film noir, filmer som kjennetegnes av undergangsstemning, håpløshet og en ulykkelig slutt, er økende. Gode romaner som omhandler livets positive sider er nærmest fraværende i mine bokhyller.

Det var derfor med en viss interesse jeg leste om Barbara Ehrenreich sin bok «Bright-sided. How the Relentless Promotion of Positive Thinking Fooled America & The World». Boken er også utgitt på norsk under tittelen «Livets lyse sider» på forlaget Oktober. Forfatteren har et kritisk blikk på de mer sære sidene ved retninger innenfor den positive psykologien, hvor tanker flytter fjell, helbreder kreft, gjør deg rik eller bidrar til katastrofale avgjørelse på grunn av fravær av realistiske motforestillinger.

POSITIV PSYKOLOGI

Positiv psykologi er en retning innen psykologien som gjerne knyttes til psykologene Martin Seligman og Mihaly Csikszentmihalyi. De er begge kjente navn innen kognitiv psykologi. Seligman er særlig kjent for å ha introdusert begrepet «lært hjelpeløshet», mens Csikszentmihalyi er mannen bak begrepet «flow». Utgangspunktet er godt nok: Psykologer har vært for opptatt av årsaker til at man ikke lykkes og for lite flinke til å peke på faktorer som kan bidra til at vi når våre mål. Hva er det som ligger til grunn for at noen på tross av en vanskelig bakgrunn eller livssituasjon ikke utvikler psykiske lidelser, men heller ser ut til å fungere godt og trives? Hvordan kan våre tanker og forestillinger hjelpe oss til å mestre egne liv? Viktige spørsmål. Problemet oppstår når positiv tenkning blir springbrett for naive holdninger og moralisme. Selvhjelpsboken «The Secret» skrevet av Rhonda Byrne er et godt eksempel på dette. I omtalen av boken kan man lese at: «I denne boken presenteres ulike tekster om hemmeligheten bak lykke, god helse, velstand og økonomiske mirakler. Tjuefire forskjellige personer med ulik bakgrunn har delt metoder, snarveier og tips for å få et bedre liv. Hemmeligheten har vært kjent og anvendt av noen av verdens største personligheter som Platon, Galilei, Beethoven, Edison, Einstein foruten andre oppfinnere, teologer, vitenskapsmenn og

tenkere. Nå er Hemmeligheten tilgjengelig for alle, og Hemmeligheten vil forandre livet til alle som tar den i bruk.» Blant mye annet henter den elementer fra den positive psykologien, men da på en måte man skulle tro de fleste med litt kunnskap om faget ville finne svært så spekulativ og villedende. Den har imidlertid solgt godt over hele verden og er også utgitt på norsk under tittelen «Hemmeligheten». Sannsynligheten er stor for at en av dine pasienter har lest den.

Flere av de teknikkene som benyttes innen kognitiv terapi ved behandling av depresjon er hentet fra positiv psykologi. Depresjon gjør oss til dårlige problemløserer. Vi gir letter opp. Det enkle blir uoverkommelig. Vår vurderingsevne blir svekket. Da trenger vi teknikker som kan hjelpe oss videre. For den deprimerede er ikke problemet at man er for opptatt av det positive, men at man er fullstendig overveldet av det negative. Det er ikke ukritisk positiv tenkning vi jakter på når vi sammen med pasienter prøver å bekjempe depresjonen, men et noe mer balansert syn på livets positive og negative sider. Andrew Solomon gir følgende råd i boken «Mørke midt på dagen» om det å kjempe mot depresjonen: «Lytt til mennesker som er glade i deg. Tro at de er verdt å leve for, selv når du ikke tror det. Let frem de minnede depresjonen har tatt fra deg og skyv dem over i fremtiden....Sørg for mosjon, selv om hvert skritt veier et tonn. Spis, selv når synet av mat får det til å velte i deg. Snakk fornuft med deg selv når fornuften er borte. Disse ukebladsrådene kan virke banale, men den sikreste veien ut av depresjonen er å mislike den og ikke tillate deg å bli vant til den. Steng ute de grusomme tankene som fyller bevisstheten.» Han burde vite hva han skriver om, både ut fra kunnskap og egen erfaring med lidelsen.

NEGATIV TENKNING

I moden alder er det bare å erkjenne at mitt indre liv i stor grad har vært preget av negativ tenkning. Jeg er ikke alene. Mange av mine venner og pasienter har lagt seg på samme strategi: Tenk negativt! Strategien er også utbredt blant store deler av pressen, og de vet jo hva folk vil ha. Jeg er altså ikke alene. Når jeg ser tilbake på mitt eget liv skal jeg likevel ikke klage. Jeg har ikke gjort det verre en folk flest. Strategien har da båret noen frukter. Noe har jeg rett og slett lykkes med! Tanken på hva jeg kunne fått til med et mer positivt vinklet tankemønster unngår jeg helst å tenke på: Man bestemte seg i sin tid for å

«Det er ikke ukritisk positiv tenkning vi jakter på.»

«Fordelene ved negativ tenkning er mange.»

bygge Telemarkskanalen og det har vært folk på månen! Mitt poeng er at også negativ tenkning kan være en konstruktiv strategi. Noen ganger kan den være en nødvendig motsats til ukritisk positiv tenkning. Fordelene ved negativ tenkning er mange: Man får et realistisk forhold til livet og verden, man føler gjenkjennelsens glede når man ser filmer eller leser bøker hvor hovedpersonene sliter med sine liv, det er lettere å møte livets skuffelser med et stoisk sinn, man unngår at selvbildet blir for stort og påtrengende for omgivelse og man unngår ukritiske pengeplasseringer, for å nevne noen.

Det finnes selvsagt negative sider ved negativ tenkning. En av dem er at den kan lede inn i depresjonen. Dersom man er i ferd med å komme for nær det sorte hullet skal man vokte seg. Da kan det være hjelp å finne også i den positive psykologien. Som kognitive terapeuter bør vi kjenne vår gjeld til de gamle filosofene. «Den gyldne middelvei» er et begrep eller en leveregel som kan spores tilbake til Aristoteles. Jeg tror den har gyldighet også innenfor feltet positiv psykologi. Å tenke negativt med et glimt i øyet er kanskje i tråd med en slik leveregel. ■

Kognitiv terapi ved lettere psykisk utviklingshemning

KARI FASTING

Artikkelen beskriver kognitiv atferdsterapi (KAT) anvendt i angstbehandling av ungdom med lett psykisk utviklingshemning. Behandlingsmetoden vil bli belyst ved hjelp av litteraturstudier og beskrivelse av et behandlingsforløp. Pasienten var en 17 år gammel gutt med lettere psykisk utviklingshemning som var henvist for helseangst.

PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE

Mennesker med psykisk utviklingshemning har i mindre grad enn befolkningen for øvrig blitt utredet for psykiske lidelser, og har dermed heller ikke fått adekvat psykiatrisk hjelp (Kroese, Dagnan og Loumidis 2006). Samtidig vet vi at risikoen for å utvikle en psykisk lidelse er høy for denne gruppen. Eknes hevder at det er belegg for å si at risikoen for å utvikle psykiske lidelser er mer enn tre ganger større for mennesker med utviklingshemning, enn for befolkningen som helhet (Eknes, 2000). Ifølge WHO er ca. 3 % av befolkningen i industrialiserte land psykisk utviklingshemmede. Det er med andre ord en stor gruppe mennesker som ikke har fått adekvat hjelp for sine psykiske lidelser.

I diagnosesystemet ICD-10 er psykisk utviklingshemning beskrevet som «en tilstand med stagnert eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som særlig kjennetegnes av svekkede ferdigheter som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Dette er ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, som kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter.» ... «Tilpasningsatferden er alltid svekket, ...» (ICD-10, 2002, s 224). Dette kan oppsummeres som at den generelle læreevnen og muligheten til å klare seg i samfunnet er mer eller mindre hemmet (Linaker, 1991, s. 8). Det er fire undergrupper av psykisk utviklingshemning basert på IQ-mål: lett, moderat, alvorlig og dyp. Diagnosen stilles ved bruk av standardiserte og normerte utredningsverktøy, observasjoner og intervju av barnas nærpersoner. Ifølge ICD-10 vil en person med lett psykisk utviklingshemning ha en IQ på mellom 69 og 50 og en mental alder på mellom 9 og 12 år (ICD-10, 2000).

Felles for mennesker med psykisk utviklingshemning er at de lærer saktere og har nedsatt språkforståelse, mindre effektive strategier for innlæring og hukommelse, svikt i abstraksjonsevnen og vansker med oppmerksomhetsfunksjon og korttidshukommelse (Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle, 2008, Gjørum, 2002). De har vansker med å overføre læring fra en situasjon til en

REFERANSER

- Barret, P. (2008). *Friends for life*. Bowen Hills QLD: Australian Academic Press.
- Berge, T. og Repål, A. (red.) (2009). *Håndbok i Kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eknes, J. (red.) (2000). *Utviklingshemning og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eknes, J., Bakken, T. L., & Løkke, J. A. (red.) (2008). *Utredning og diagnose, utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Friedberg, R. D., & Gorman, A. A. (2007). Integrating Psychotherapeutic Process with Cognitive Behavioural Procedures. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37:185–193.
- Friedberg, R. D., & McClure J. M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents. The Nuts and Bolts*. New York: The Guildford Press.
- Ginsburg, G. S. & Kingery, J. N. (2007). Evidence-based Practice for Childhood Anxiety Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 37:123–132.

■ Gjørum, B. (1993). *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

■ Gjørum, B., & Ellertsen, B. (red.) (2002). *Hjerne og Atferd. Utviklingsforstyrrelser hos barn og ungdom i et neurobiologisk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

■ Haavind, H., & Øvreide, H. (red.) (2007). *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåte*. Bind II. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

■ Hannesdottir, D. K., & Ollendick, T. H. (2007). The Role of Emotion Regulation in the Treatment of Child Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10: 275–293.

■ ICD -10 (2002). *Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og Diagnostiske Retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

■ Kendall, P. C. Martinsen, K. D., & Neumer S. P. (2007). *Mestringskatten. Kognitiv atferdsterapi for barn med angst*. Terapeutmanual og arbeidsbok. Oslo: Universitetsforlaget.

■ Kroese, B. S., Dagnan, D., & Loumidis, K. (2006). *Cognitive behaviour Therapy for people with learning disability*. London: Routledge.

■ Linker, O. M. (red.), Jullumstrø, E., & Rasmussen, K. (1991) *Mennesker med psykisk utviklingshemning og psykiatrien*. Trondheim: Trøndelag Psykiatriske sykehus.

■ March, J. S., & Mulle, K. (2003). *Tvangslidelser hos barn og unge. En kognitiv-atferdsterapeutisk behandlingsmanual*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

■ Wells, A. (2008). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorder. A Practice Manual and Conceptual Guide*. New York: John Wiley & Sons Ltd.

■ Wilhelmsen, I. (1997). *Hypokondri og Kognitiv Terapi*. Oslo: Pax Forlag.

annen. De trenger flere gjentakelser for å lære, og de lærte ferdighetene må i større grad holdes ved like for at de ikke skal gå tapt (Eknes, 2000).

Det er vanlig at psykisk utviklingshemmede har store sprik i funksjonsnivå når det gjelder kognitiv fungering og adaptive ferdigheter. Det er derfor vesentlig å foreta en bred og omfattende utredning og kartlegging for å skreddersy tilrettelegging av hjelpetiltak og behandling (Eknes, Bakken, Løkke og Mæhle, 2008, og Skran i Gjørum, 1993).

LETT PSYKISK UTVIKLINGSHEMNING OG PSYKISK HELSE

Mennesker med lett psykisk utviklingshemning har høyere forekomst av angstlidelser enn de med alvorligere grad av psykisk utviklingshemning. Dette kan henge sammen med at de har en større innsikt i, og opplevelse av, å være annerledes. Lett psykisk utviklingshemmede vil dessuten ofte identifisere seg med sine jevnaldrende normalt fungerende. Det innebærer at de stadig kommer til kort. Når egne og andres forventninger ikke står i forhold til ens evner, vil det kunne bidra til lav selvfølelse og angst (Eknes 2000, Gjørum, 1993), noe som påvirker intellektuell og atferdsmessig fungering (Kroese, Dagnan & Loumidis, 2006). Mennesker med psykisk utviklingshemning er mer sårbare for stress og tåler angst og angstprovoserende situasjoner dårligere enn normalbefolkningen (Eknes, 2000).

KOGNITIV ATFERDSTERAPI VED ANGSTLIDELSER

Kognitiv atferdsterapi bygger på kunnskap om at vi hele tiden velger ut informasjon og tolker den. Vi konstruerer vår oppfatning om oss selv og verden rundt oss, men våre antagelser er ikke alltid korrekte. Videre antar man at en persons antagelser er bestemmende for følelser, fysiske reaksjoner og atferd. KAT har som mål å gjøre pasienten bevisst sine eventuelle uhensiktsmessige fortolkninger. De blir gjort til gjenstand for undersøkelse og vurdering. Et slikt metakognitivt perspektiv kan hjelpe pasienten til å finne mer hensiktsmessige fortolkninger av seg selv og verden.

Unngåelsesatferd og kompensatoriske strategier bidrar til å opprettholde angst. Gjennom eksponering for den angstfremkallende stimulus er hensikten at pasienten skal få nye erfaringer som endrer pasientens forståelse og atferd. Ved angstlidelser er det overvurdering av sannsynligheten for fare, og undervurdering av egne evner til mestring, som ligger til grunn for lidelsen. Disse oppfatningene blir gjenstand for undersøkelse.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI I FORHOLD TIL BARN OG PSYKISK UTVIKLINGSHEMMEDE

Det er blitt hevdet at «innsiktsterapi og andre kognitivt baserte tilnærminger

ikke er forenlige med utviklingshemmedes intellektuelle kapasitet» (Spreat og Behar i Eknes, 2000, s. 40). Samtidig kan Lindsay, Neilson og Lawrenson vise til flere rapporter der kognitiv atferdsterapi overfor mennesker med psykisk utviklingshemning har hatt god effekt (Kroese, Dagnan og Loumidis, 2006). Forfatterne hevder at basisprinsippene i KAT kan brukes overfor psykisk utviklingshemmede hvis en tilpasser og forenkler teknikkene. De viser til at tilpassning allerede benyttes overfor andre grupper, blant annet mennesker med kronisk depresjon eller psykoseproblematikk og i forhold til barn. Interessen for KAT i forhold til psykisk utviklingshemmede har imidlertid vært liten.

Det har også vært innvendinger mot å benytte kognitiv atferdsterapi overfor barn på grunn av deres «... begrensede kognitive kapasitet, deres mangel på abstraksjonsevne og deres begrensede muligheter til å innta metaperspektiv» (Grova, i Haavind og Øvreide, 2007, s. 206). En rekke studier har likevel vist at KAT er en effektiv behandlingsform overfor barn med ulike angstlidelser: «... most studies have shown that the treatment is effective for about 60 – 70 % of children ...» (Hannesdottir & Ollendick, 2007 s. 275). En viktig forutsetning for at barn skal kunne dra nytte av KAT, er at terapeuten tar hensyn til barnets alder samt sosiale og kognitive ferdigheter (Kimball, Nelson, & Politano, 1993; Ronen, 1997).

KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR BARN MED ANGSTLIDELSER

Hovedelementene i behandling av barn med angst er gjenkjenning av følelser og kroppslige reaksjoner, klargjøring av tanker i angstprovoserende situasjoner, eksponering, evaluering og belønning. Det finnes en rekke ulike manualer som er tilpasset barn der disse elementene inngår. Eksempler er «Friends» (Barret, 2008) og «Mestringskatten» (Kendall, Martinsen & Neumer, 2007). Målet er at vanskelige temaer håndteres på en måte som gjør dem mer forståelige og spennende å utforske for barna.

Eksternalisering av barnets angst er en metode som har vist seg å ha god terapeutisk effekt. Lidelsen skilles fra barnet som individ og gjøres til noe barnet, foresatte og terapeut sammen forsøker å bekjempe. Ved å gi problemet et egennavn er det lettere for både pasienten og foreldrene å holde fast ved denne forståelsen, og det blir mindre fokus på skyld og skam (Haugland, 2008). Dessuten bidrar eksternalisering av problemet til å styrke den terapeutiske alliansen (March & Mulle, 2003).

Foreldreinvolvering er en viktig forutsetning for at terapi med barn skal lykkes. «Doing child psychotherapy is impossible without working with adults» (Friedberg & McClure, 2002, s. 299). Foreldres forventninger og krav til barnet, og deres evne til støtte og ros, er avgjørende for et godt behandlingsresultat (ibid.). Psykoedukasjon til foreldre om angst og angstbehandling,

«Lidelsen skilles fra barnet som individ og gjøres til noe barnet, foresatte og terapeut sammen forsøker å bekjempe.»

samt veiledning om god foreldreatferd i forhold til barn med angst, styrker foreldres kompetanse til å møte barnets angst på en god måte (Haugland, 2008). Både barnet og foreldrene kan oppleve eksponeringsøvelser som ubehagelige. Det er derfor avgjørende at foreldrene forstår hensikten med, og prinsippene bak, eksponeringsøvelser. En felles forståelse av problemet og hvilke tiltak som er nødvendig for positiv utvikling, er avgjørende (Haugland 2008; Ginsburg & Kingery, 2007; Friedberg & Gorman, 2007). De ulike teknikkene og metodene som er beskrevet over, vil ha begrenset effekt dersom det ikke ligger en god terapeutisk allianse i bunnen. Den må være basert på varme, gjensidig tillit og fortrolighet, og med et felles mål for øye (Berge og Repål, 2008).

KOGNITIV ATFERDSTERAPEUTISK TILNÆRMING VED HELSEANGST

I henhold til ICD-10 er sentrale kjennetegn ved hypokondri: «en vedvarende oppfatning av muligheten for å ha en eller flere alvorlige og fremadskridende somatiske lidelser. Pasienten gir uttrykk for vedvarende somatiske plager eller vedvarende oppfatning av deres legemlige utslag. Normale eller trivielle fornemmelser og tegn blir ofte tolket som unormale eller foruroligende, og oppmerksomheten konsentreres vanligvis rundt bare ett eller to organer eller organsystemer i kroppen. ...» (ICD-10, 2002, s.163). I den videre beskrivelsen av hypokondri vil jeg bruke ordet helseangst. Det er brukt både i norsk og amerikansk litteratur (Wilhelmsen, 1997 og Wells, 2008).

Jeg vil basere behandling og forståelse av helseangst på Wells' modell og metoder hentet fra Wells' bok *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, A Practice Manual and Conceptual Guide* (Wells, 2008). De vanligste tolkningsfeilene ved helseangst er diskvalifisering av ufarlige forklaringer på symptomer, selektiv distraksjon og katastrofetenkning. Sjekking, unngåelse, sikkerhetsatferd og søking etter forsikringer er med på å opprettholde feiltolkningen.

Ifølge Wells er sosialisering til den kognitive helseangstmodellen kjernen i behandlingen. Sosialiseringen har til hensikt å hjelpe pasienten til å erkjenne at helseplagene har en psykologisk forklaring som kan erstatte pasientens opprinnelige sykdomsmodell. Terapien handler dermed om å hente inn bevis som svekker sykdomsmodellen og styrker helseangstmodellen. «Bevisene» hentes inn blant annet gjennom veiledet oppdagelse, psykoedukasjon om normale fysiologiske fenomener og reaksjoner ved angst, samt gjennom eksponeringstrening.

«Det første steget i behandlingen fokuserer på symptomlette ...»

metoder hentet fra Wells' bok *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, A Practice Manual and Conceptual Guide* (Wells, 2008). De vanligste tolkningsfeilene ved helseangst er diskvalifisering av ufarlige forklaringer på symptomer, selektiv distraksjon og katastrofetenkning. Sjekking, unngåelse, sikkerhetsatferd og søking etter forsikringer er med på å opprettholde feiltolkningen.

Det første steget i behandlingen fokuserer på symptomlette gjennom å prøve å redusere tiden pasienten bruker på helseangstrelatert atferd. Sjekking av kroppen for mulige tegn på sykdom er en slik helseangstrelatert atferd. Den fører til økt fokus på kroppen, noe som bidrar til at normale kroppslige signaler lettere feiltolkes og gir angst. Angsten på sin side bidrar til endrede fysiologiske reaksjoner som gir ubehag og øker pasientens tro på alvorlig sykdom ytterligere. Psykoedukasjon om normale kroppslige fenomener som pasienten tolker som unormale og farlige, er derfor viktig.

KASUSBESKRIVELSE

Lars har diagnosen lett psykisk utviklingshemning. Han har gode verbale evner til tross for redusert ordforståelse. Lars vegrer seg likevel ofte for å tilkjenne når det er noe han ikke forstår, noe jeg ble mer klar over, og tok mer hensyn til, etter hvert som jeg ble bedre kjent med ham. Lars er flink til visuelt å beskrive egne opplevelser, men har problemer med tid og rekkefølge. Lars har vanskelig for å ta initiativ på egen hånd og trenger struktur og støtte i gjennomføring av oppgaver. Han har lett for å miste konsentrasjonen og spore av både under gjennomføringen av oppgaver og i samtaler. Lars har vanskeligheter med å overføre erfaring og læring til nye situasjoner. Han bruker lang tid på en oppgave, og trenger mange repetisjoner. Lars har svært lav tro på sine egne ferdigheter, og gir lett opp. Samtidig er han en gutt med godt humør som ofte ser humoren i sin egen angstatferd.

HENVISNINGÅRSÅK

Lars ble henvist på grunn av helseangst. Angsten førte til at han til enhver tid måtte være i umiddelbar nærhet av badet hjemme for å ha mulighet for å sjekke kroppen for ulike tegn på at han hadde, eller var i ferd med å utvikle, kreft eller annen alvorlig sykdom. Lars brukte flere timer foran speilet på badet hver dag. Det resulterte blant annet i at han ikke hadde vært på skolen det siste halvåret, ikke kunne bli med på bilturer, gå i butikker, eller delta i andre aktiviteter utenfor hjemmet.

RAMMEBETINGELSER

På første hjemmebesøk ble vi enige om å møtes to ganger i uken, ca. 45 minutter hver gang. Lars ville at vi stort sett skulle ha samtaler uten foreldrene til stede. Til å begynne med skulle vi ha samtaler hjemme hos ham, men etter hvert ville vi også foreta eksponeringsoppgaver utenfor hjemmet. Vi avtalte ikke når vi skulle avslutte behandlingen, men jeg informerte Lars og foreldrene om at vi hadde et tidsperspektiv på seks måneder, med muligheter for forlengelse.

Vi ble også enig om å ha et evalueringsmøte etter halvgått løp sammen med familien og pasientansvarlig på den barne- og ungdomspsykiatriske avdelingen.

SOSIALISERING TIL HELSEANGSTMODELLEN OG PSYKOEDUKASJON

De første samtaler Lars og jeg hadde, var mye rettet mot psykoedukasjon om kreft. Vi samtale om kroppssignaler som oftest ikke har noen kjent patologisk årsak, og er vanlig for alle mennesker. Vi snakket om naturlige signaler kroppen reagerer med når den tror den er utsatt for fare. Vi gjennomgikk hvordan feiltolkning av kroppssignaler kan føre til fysiologiske reaksjoner som føles ubehagelige og kan gi angst, og at angsten forsterker de negative kroppslige signalene ytterligere. Når vi snakket om disse fenomenene, kunne det virke som om Lars forstod mekanismene både for hva som opprettholdt angsten og hvordan tanker og tolkning hadde innflytelse på følelsene og fysiske reaksjoner.

Når vi derimot gikk konkret inn på Lars sin angstatferd, gav han uttrykk for at det fysiologiske ubehaget han kjente, var tegn på reell fare for alvorlig sykdom, og derfor umiddelbart måtte undersøkes. Jeg tolket det slik at Lars hadde vansker med å overføre en generell beskrivelse av angst til sin egen situasjon. Gjennom å gjennomføre tilpassede oppgaver fra «Friends», som illustrerte forskjellen mellom følelser, tanker og situasjon, og knytte dem til Lars sine konkrete erfaringer, ble han bedre i stand til å skille de enkelte komponentene i helseangstmodellen. Dette bidro til at han etter hvert også evnet å se på sine egne tanker, følelser og fysiologiske reaksjoner som tegn på angst heller enn bevis for fysisk sykdom.

UTFYLLING AV KASUSFORMULERING

For ytterligere å sosialisere Lars til den kognitive modellen og utforme en kasusformulering basert på en modifisert versjon av Wells helseangstmodell forsøkte jeg å få tak i hvilke tanker, følelser, fysiologiske reaksjoner og hvilken atferd Lars hadde i en konkret angstsituasjon. Han gav uttrykk for at han kjente igjen det kroppslige ubehaget ved angstaktivering, og kunne beskrive fysiologiske reaksjoner han opplevde i forkant og under sjekking av kroppen. Men Lars hadde vansker med å beskrive en konkret episode med påfølgende tanker, følelser og atferd. Når jeg spurte om han kunne fortelle om en angstopplevelse han hadde hatt dagen i forveien, begynte han å fortelle fra gårsdagen, men var plutselig i gang med å beskrive hendelser mange år tilbake. Vi mistet derfor lett av syne det vi opprinnelig var i gang med å kartlegge. Lars' vansker med tidsbegrep, struktur og oversikt ble tydelig i denne sammenhengen. Dette løste vi gjennom å ta for oss situasjoner som oppstod mens jeg var til stede, og utforske disse sammen. På bakgrunn av disse opp-

lysningene og andre sentrale faktorer i Lars' historie fylte jeg ut en foreløpig kasusformulering.

VEILEDET OPPDAGELSE

Under de første samtalene gikk Lars flere ganger ut på badet for å sjekke kroppen for mulige kreftsymptomer. Vi ble enige om at dersom Lars følte behov for å forlate samtalen for å sjekke, skulle vi først snakke om hvilke tanker han hadde om hva som kunne skje hvis han lot være. Lars sin bevisstgjøring av disse fenomenene bidro at han sluttet å gå på badet under samtalene.

EKSTERNALISERING

Lars beskrev angsten som en skygge som han ikke helt visste hva inneholdt. Til å begynne med gav han uttrykk for at han ikke hadde annet valg enn å la seg styre av den. Gjennom å eksternalisere angsten og gi den navnet «skyggen» ble Lars bedre i stand til å stille spørsmål til «skyggen». Han gav uttrykk for at han ikke alltid var enig med «skyggen», og ved utførelse av eksponeringsoppgaver var det nyttig å stille spørsmål om hva «skyggen» mente kunne skje, og hva Lars selv trodde. I løpet av behandlingen stolte Lars i stigende grad på sin egen vurdering av situasjonen. Under eksponeringsøvelser kunne han ofte si at «skyggen» var til stede, men dersom han ikke tok noen notis av den og fortsatte eksponeringen, gled «skyggen» forbi og ble borte.

HJEMMEOPPGAVER

På bakgrunn av den positive erfaringen ved spørsmålsstilling til tanker og følelser i forkant av «sjekking» på badet ble vi enige om at Lars skulle ha dette som hjemmeoppgave. Vi gjennomgikk spørsmål han kunne stille seg, og han skrev dem ned i arbeidsboken sin. Han hadde likevel vansker med å gjennomføre oppgavene. Lars unnskyldte seg med at han hadde glemt det, at han ikke fant arbeidsboken, og lignende. Det kunne synes som at oppgaven ble for vag for Lars, og krevde større evne til organisering enn det Lars hadde kapasitet til. Vi laget derfor mestringskort, med spørsmål som både han og jeg lurte på i forbindelse med sjekkingen. Eksempler på tekst på kortene er: «Hvor stor er sannsynligheten for at jeg har kreft?», «Hvordan ville jeg tenke på en god dag?», «Har skyggen som sier at jeg skal gå og sjekke, noen gang hatt rett?». Kortene la vi i en boks. Lars' hjemmeoppgave var å trekke tre kort og lese dem før hver sjekkeatferd. Lars klarte å gjennomføre denne oppgaven, og gav uttrykk for at det å lese kortene ofte førte til at angsten forsvant. Han lot da være å gå på badet for å sjekke. Mestringskortene, som stadig ble flere, ble gjennom hele terapiforløpet en viktig følgesvenn for Lars. Etter som bevegelsesradiusen økte, utvidet han bruken av dem.

EKSPONERINGSØVELSER

En av de første dagene utarbeidet Lars og jeg en trappetrinnsplan. Den bestod av ulike eksponeringsoppgaver som han hadde ønske om å gjøre, og som til slutt skulle føre frem til målet om kunne gå på skolen igjen. Et av de første trinnene på planen var å kunne ta en biltur i nærområdet på ca. ti minutters varighet. Etter tre turer utvidet vi turen til femten minutter. Lars ønsket å utføre den samme eksponeringsøvelsen flere ganger, før han gikk over til neste trinn. Det hendte også at Lars ga beskjed om at han syntes det var ok at vi droppet øvelsene og bare snakket sammen. Hadde han først bestemt seg, var det ikke mulig å få ham til å endre standpunkt, og jeg innså etter hvert at det ikke hadde noen hensikt å forsøke å overtale ham.

Overføringsverdien fra en eksponeringsoppgave til en lignende situasjon var liten. Da vi begynte å gå i butikker, måtte vi trene på hver enkelt butikk han ønsket å kunne handle i. Dette innebar at Lars' progresjon gikk svært sakte, og førte til stor frustrasjon fra foreldrenes side. De måtte stadig hjelpes til å se de små fremskrittene. Lars selv virket fornøyd med tempoet og det han fikk til.

FORELDREINVOLVERING

Lars, som nærmet seg 18 år, var opptatt av at ikke foreldrene skulle involveres for mye i behandlingen. Dette var et dilemma. Lars hadde behov for støtte og struktur rundt seg for å klare å gjennomføre hjemmeoppgaver og eksponeringsøvelser. Dessuten viste foreldrene tidvis frustrasjon og irritasjon over den langsomme progresjonen, og mente Lars fikk ta seg litt sammen. Dermed ble det vanskelig for foreldrene å gi den støtten og oppmuntringen Lars hadde behov for. Et eksempel på dette var da Lars og mor hadde avtalt en biltur på 15 minutter, og mor utvidet turen med fem minutter uten å ta hensyn til Lars' protester. Lars mente at bilturen satte ham mange skritt tilbake, og det tok lang tid å bygge opp igjen tilliten til mor.

Etter at Lars og jeg gikk igjennom fordeler og ulemper ved at foreldrene ble mer involvert i behandlingen, godtok Lars at vi innimellom hadde samtaler hvor de var til stede. Ved at foreldrene fikk mer kunnskap, ble de til bedre støtte for Lars. Foreldrene forstod bedre prinsippene bak eksponeringsøvelsene og Lars sitt behov for å bestemme tempoet. De ble også flinkere til å tydeliggjøre forventningene sine til Lars. Lars var ikke lenger «en lat og engstelig gutt». Foreldrene og Lars ble i stedet et team som forsøkte å bekjempe «skyggen». Lars gav uttrykk for at han ble tryggere etter at foreldrene hadde fått mer informasjon. De ga ham større kontroll over når og hvordan «skyggen» skulle bekjempes.

RELASJONSBYGGING MED SELVFØLELSE I FOKUS

En viktig forutsetning for den positive og trygge relasjonen vi etter hvert etablerte, var å trygge Lars på at vi skulle gå frem i hans tempo. Lars sine ressurser, som hans gode visuelle evner, gode humør og optimisme, ble fremhevet og utnyttet både i samtaler og eksponeringsøvelser. At jeg avslørte egne manglende ferdigheter i ulike sammenhenger, var med på å ufarliggjøre og å normalisere at vi alle har både gode og mindre gode egenskaper og evner. Lars virket stadig tryggere i relasjonen. Dette viste seg gjennom at han stilte spørsmål ved ting han ikke forstod, og protesterte tydeligere når det var noe han var uenig i. Viktige tiltak for å styrke selvbildet var at Lars ble tatt på alvor når det gjaldt å ha innflytelse på hvilken informasjon som skulle tilfalle foreldrene, og at oppgaver hentet fra «Friends» ble tilpasset hans interesser og erfaringer.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Utgangspunktet for all kognitiv atferdsterapi er at terapien tilpasses den enkelte pasient. Fordi psykisk utviklingshemmede ofte har en ujevn kognitiv funksjonsprofil, innebærer det mer detaljert utredning for at KAT-tilnærming skal bli meningsfull og gi ønsket effekt. Det er blant annet avgjørende å få kartlagt den enkeltes språkforståelse, innlæring og oppmerksomhetsfunksjon, slik at fremstilling og språk kan tilpasses deretter. Samtalen Lars og jeg hadde om helseangstmodellen, er et eksempel på at jeg i starten ikke tok nok hensyn til hans reduserte begrepsforståelse og langsommere informasjonsbearbeiding. Når jeg gikk over til å bruke et konkret og enkelt språk, med færre detaljer, knyttet til konkrete eksempler fra Lars' egen hverdag, ble Lars mer aktiv og deltok i utfyllingen av helseangstmodellen med egne ord og eksempler.

Mange med psykisk utviklingshemning er gode til å kamuflere sin manglende mestring, slik at terapeuten kan komme til å overvurdere pasienten. Særlig i startfasen vil det være vanlig at pasienten er redd for å avsløre sin tilkortkommenhet. Både litteratur og egen erfaring viser at en god terapeutisk allianse, basert på trygghet og respekt, der pasientens styrker og ressurser fremheves, bidrar til at vedkommende tør stå frem med det han ikke forstår og trenger hjelp til.

Mange av de utfordringene en står overfor i møte med ungdom med lett psykisk utviklingshemning, vil være de samme som overfor barn. Samtidig er det viktig å ta hensyn til pasientens faktiske kronologiske alder. For eksempel bør skjema og informasjonsmateriale være tilpasset det kognitive nivået, sam-

«Mange med psykisk utviklingshemning er gode til å kamuflere sin manglende mestring ...»

tidig som valg av eksempler og illustrasjoner bærer preg av å ha ungdom som målgruppe.

Sitt ønske om at foreldrene i liten grad skulle involveres i behandlingen, begrunnet Lars med at han ikke ville at de skulle blande seg i alle hans saker. Dette er en naturlig del av løsrivningsprosessen hos en tenåring. Lett psykisk utviklingshemmede har ofte kjent seg umyndiggjort og annerledes behandlet enn sine jevnaldrende. Å styrke pasientens autonomi og selvfølelse, samtidig som en erkjenner og ivaretar at vedkommende får den støtte som er nødvendig, er en vanskelig og hårfin balansegang. Jeg opplevde at Lars syntes det var i orden at foreldrene ble involvert, så lenge han til enhver tid hadde kontroll over hva som skulle deles med dem.

Forutsatt at man tar hensyn til de særlige utfordringene det innebærer å være lett psykisk utviklingshemmet, er min konklusjon at KAT er en velegnet terapiform i forhold til angstbehandling av ungdom med lett psykisk utviklingshemning. Min erfaring er at mange av de grunnleggende prinsippene i KAT, som struktur, fokus, samarbeid med felles utforskning, er særlig gunstige for personer med kognitive svekkelser. Det er fordi disse faktorene bidrar til forutsigbarhet, gir en ramme om terapien og er lette å tilpasse den enkeltes forutsetninger. Samtidig slutter jeg meg til de mange som hevder at det er et stort behov for mer forskning og kunnskap på dette feltet. ■

Behandling av panikkangst i kognitiv atferdsterapi-gruppe

BENTE OLSEN LINDLAND OG STELLA M. K. OTTESEN

Panikkangst kommer som «lyn fra klar himmel», og pasienten er overbevist om at hun skal dø. Hvordan kan dette behandles? I vår praksis som behandle ved Grorud DPS Gruppeenheten møter vi mange pasienter med denne problemstillingen. I denne artikkelen ønsker vi å presentere behandlingsforløpet for en av våre pasienter.

Ved Gruppeenheten behandles angstpasienter i kognitive grupper med fokus på eksponering og atferdsendring. De kjente gruppeterapeutiske prosessene brukes innenfor en kognitiv atferdsterapeutisk ramme (Bieling, McCabe og Atony, 2006). Gruppene består av 8–10 pasienter med ulike former for angst. Vi følger ikke en manual slik det er vanlig for kognitive angstgrupper, men bruker heller manualer og bøker som vår «idebank» for øvelser og fokus for de enkelte gruppe-medlemmer. Grunnet pågang på vårt DPS, og krav for å nå produksjonsmål, er det ikke hensiktsmessig å vente til vi har 8 aktuelle pasienter med panikkangst før vi starter opp et behandlingstilbud. Derfor vil gruppesammensetningen variere, og fokus må tilpasses hver gruppe.

BEHANDLINGSFORLØP

Pasienten ble først vurdert som rettighetspasient i inntaksteamet vårt. Hun ble så innkalt til Gruppeenheten til vurderingssamtaler. I den forbindelse ble hun kartlagt diagnostisk med BDI, BAI, SCL-90-R og MINI. Pasienten fikk diagnosene panikkangst og moderat depresjon. Hun hadde også noen sosialfobiske trekk uten at denne diagnosen ble gitt. Det ble tatt anamnese, og hun ble presentert for valget mellom å gå i gruppe eller i individuell behandling. Pasienten hadde følt seg mye alene med sin panikkangst. Hun ønsket derfor råd med hensyn til gruppe. Det var vår anbefaling at hun gikk i gruppe, for å møte andre med angst og å få trent seg i en sosial setting.

ANAMNESTISKE OPPLYSNINGER

Pasienten var en kvinne på 33 år. Hun fikk sitt første panikkanfall i en kinosal for ca. 17 år siden. Anfallet bestod av hyperventilering, svimmelhet, kvalme og hjertebank. Hun ble kjørt til legevakten og måtte vente der i et overfylt venterom i over 3 timer. Deretter fikk hun et skriv om hyperventilering og beskjed om at slike anfall kunne være et enkelt tilfelle – eller ikke. Dette gjorde at hun følte seg dum og at hun hadde overreagert på symptomene. Senere fikk hun en time ved privat klinikk. Hun fikk da en «Tolvon-kur» som ikke virket. Hun har

REFERANSER

- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trangrom og åpne plasser*. Oslo: Aschehoug.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York: The Guildford Press.
- Monsen, J. (1996). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: Tano.

prøvd ut ulike SSRI uten særlig effekt. Hun ble henvist DPS-et av sin fastlege for behandling av panikkangst. Hun var på det tidspunktet delvis sykemeldt på grunn av angstanfall med hyperventilering og hjertebank flere ganger i uken.

INNHALDET I VÅR ANGSTBEHANDLING

Gruppen gikk over 10 ganger à 3 timer.

Første gruppemøte:

Primærfokus i første gruppemøte var å etablere gruppen (taushetsplikt hos den enkelte, navnerunde, etablere grupperegler osv.), i tillegg til å gi informasjon om angst, symptomer, behandling med mer. Pasientene fikk i hjemmelekse å fylle ut sin egen angstsirkel.

Andre gruppemøte:

Her fokuserte vi på den enkeltes triggere som fremkom i angstsirkelen de hadde fylt ut. Alle laget egne målsettinger for behandlingen i gruppen. De fikk også informasjon om eksponering og atferdseksperiment, tankene og teorien bak dette og kognitiv behandling. I hjemmelekse skulle alle planlegge og gjennomføre et atferdseksperiment.

Tredje gruppemøte:

I dette gruppemøtet fokuserte vi på trygghetsskapende strategier. Gruppen lærte at slike strategier kan bidra til en følelse av noe større kontroll i selve situasjonen. Men når man på ny kommer i en lignende situasjon er angsten like stor. Et viktig budskap var at strategiene bidrar til å opprettholde angsten. Hjemmelekse var å kartlegge og redusere trygghetsskapende atferd

Fjerde gruppemøte:

Vi startet gruppen med psykoedukativ informasjon om angst og kropp. Videre fokuserte vi på akutt og kronisk hyperventilering, der vi også gjennomførte provosert hyperventilering i gruppen som atferdseksperiment. Hjemmelekse videre var å fortsette med atferdseksperiment og eksponering.

Femte gruppemøte:

Vi hadde nå dypere fokus på trygghetsatferd og så nærmere på hvordan en skiller konstruktive mestringsstrategier fra atferd som opprettholder ansten. Vi brukte også mye tid til presentasjon av ABC-skjema, og hvordan dette brukes for å kartlegge og planlegge atferdseksperiment og eksponering. Hjemmelekse videre var å arbeide med ABC-skjema.

Sjette gruppemøte:

Gruppen var nå godt etablert, med positivt og åpent klima. Det ble derfor naturlig å fokusere mer på å dele tanker og følelser. Det fremkom behov for å skille mellom tanker og følelser, da flere var preget av emosjonell tenkning (Berge og Repål, 2004), der angsten var «språket». Gruppen jobbet med å registrere egne repertoar for følelser og evne til å uttrykke dem, blant annet ved å skille primærfølelser fra angst (Monsen, 1996).

Hjemmelekse: fortsette med ABC-skjema med særlig fokus på differensiering av følelser

Syvende gruppemøte:

Vi hadde fokus på hvordan tankene våre hemmer eller fremmer angst (kognitive «tankefeil») (Berge og Repål, 2004). Pasientene utforsket egne tanker sammen med de andre i gruppen for å nyansere tankene sine. Videre arbeidet de med bevisføring for og mot at tankene deres var «fakta», blant annet ved å bruke ABC-skjema og gruppeprosessen. De fortsatte med utfylling av ABC-skjema i hjemmelekse.

Åttende gruppemøte:

Vi arbeidet videre med tankefeil og omstrukturering. Det var mye fokus på at den enkelte skulle ta opp NAT og drøfte dem med resten av gruppen.

Niende gruppemøte:

Pasientene fylte ut Jeffrey Youngs skjema for grunnleggende leveregler. Vi hadde en gjennomgang av resultater og drøfting rundt tendenser og mønster hos den enkelte. Pasientene delte funnene sine ut fra eksempler fra sin egen oppvekst.

Tiende gruppemøte:

Her var det fokus på evaluering av behandlingen, og alle laget egen plan for videre mål og utvikling. Kun 3 av 10 pasienter fra gruppen hadde behov for videre kontakt med DPS. I så måte var ikke pasienten som vi beskriver, alene om å få godt utbytte av behandlingstilbudet.

PASIENTENS UTVIKLING

Ved oppstart av gruppen hadde hun hyppige hyperventileringsepisoder og mye hjertebank. Dette kom ofte på jobben og etter diskusjoner i familien, særlig med mor. Hun opplevde i gruppen at hun selv var stille og sa lite, mens hun for oss gruppeterapeuter – og resten av gruppen – fremstod som ressurssterk og talefør.

Ved eksponering for hyperventilering og hjertebank (øvelser i gruppen) opplevde hun at hun ikke fikk til å fremprovosere hyperventilering, og at hun ved fremprovosert hjertebank heller ikke fikk noen tanker eller følelser av å dø. Dette var hun veldig overrasket over, og hun hadde etter denne treningen ingen flere anfall av hyperventilering eller panikkanfall under resten av vår kontakt.

Pasienten hadde en generell leveregel: «Jeg er dum.» Den kom særlig frem i sosiale sammenhenger, der hun ble redd for å bli oppfattet som dum. Hun unngikk konflikter og sosiale situasjoner for å mestre angsten. Ved å jobbe i gruppen og utforske tankene sine med de andre fikk hun redusert tanken om at hun var dum, fra 100 % til 50 % på angstskalaen. Hun arbeidet med dette videre hjemme og kom tilbake til neste gruppesamling og hadde redusert tanken ytterligere til 20 %. Ved utskrivning oppfattet hun seg ikke som dum i det hele tatt, og hadde ingen sosialfobiske trekk. Hun kunne si at dette ikke var en gyldig leveregel for henne mer. Videre brukte hun erfaringene fra skema for grunnleggende leveregler for å bli mer bevisst og ta et oppgjør med rollene i familien sin. Dette ga seg utslag i at hun satte grenser for noen familiedlemmer og åpnet opp for en kontakt med andre som hadde vært låst og konfliktfylt over lang tid.

STATUS VED AVSLUTNING

Pasienten fremstod uten symptomer på angst ved avsluttet gruppebehandling. Hun hadde avsluttet SSRI-behandling i løpet av gruppen uten tilbakefall. Hun hadde også vært hos sjefen sin og bedt om mer lønn! Videre satte hun grenser overfor familien sin, og avsluttet et 8-årig ambivalent og destruktivt forhold. Hun fremstod som tryggere på seg selv og tok selv initiativ til kontakt med andre. Det var en felles vurdering at hun ikke hadde behov for videre behandling.

STATUS 2 ÅR ETTER AVSLUTNING

Pasienten fremstod uten symptomer på angst. Har ikke hatt noen tilbakefall i de to årene som har gått siden avslutning. Hun har heller ikke hatt behov for medisiner. Hun har et godt samboerforhold, fungerer bra i arbeidet sitt på nytt arbeidssted, og har avgrensede og funksjonelle relasjoner til familien sin.

PASIENTENS EGEN BESKRIVELSE AV BEHANDLINGEN

Mitt første angstanfall kom på en kinotur med familien i 1992 og var mitt første besøk i helvete. I årene som kom, var det mange legebekker, turer på legevakta og Volvat. Trodde hver gang at jeg skulle dø. Det ble mange runder med antidepressiver, som Tolvon og Cipralex. Jeg fikk vektøkning på grunn

av medisinene, likegyldighet og en følelse av å være «flat» for følelser. Fikk Vival for å ta ved behov, den lå alltid i lomma. Ungdomstida mi forsvant, ble heller hjemme hvor det var «trygt» og godt. Ble jeg «syk» her, så trengte jeg ikke en unnskyldning, jeg var jo sånn....

Oppveksten var bra. Foreldre som sjelden kranpla eller diskuterte. En grei storebror. Underveis fikk jeg vite om en halvsøster, et greit slag i magen, det viste seg at alle andre visste dette. Min «opposisjonstid» og ungdomstid kom noe senere enn andre og med en mor som ble mer og mer kontrollerende, mistenksom og stilte spørsmål ved meg. Så gikk jeg mer og mer inn i meg selv. Kommentarene jeg fikk, var svært negative og sårende i en allerede sår og vanskelig tid.

Angsten herjet masse i kroppen. Skjelvinger, hyperventilering, svimmelhet, usikkerhet og dårlig søvn var blant reaksjonene. Venner forsvant, var også i et dårlig forhold. Men med min selvtillit var jeg ikke verdt noe annet, så jeg ble i ca. 8 år. Forholdet holdt meg psykisk nede, og min indre glede forsvant.

Hverdagen besto av løgner, negative kommentarer og utroskap.

Så kom tilbudet om angstgruppe ved DPS. Var inne til et svært ærlig intervju og tenkte at nå får jeg sjansen, grip den. Kom med i en gruppe med to fantastiske behandlere og en gjeng «likesinnede» med svært forskjellig bakgrunn. Men alle med samme problem.

Så her satt vi, en gjeng som aldri før hadde møttes, men som fortalte hverandre alt, absolutt alt og ingen dømte oss. Det ble mye latter og gråt, det ble knallhard jobbing og «verktøyene» vi fikk var mange. Det var knalltøft, vondt og kosta mye. Men styrken og gleden kom sakte, men sikkert tilbake. Jeg så at jeg har mye å by på, jeg er verdt så mye mer enn det jeg hadde da, og brøt den dårlige relasjonen jeg var i.

Men så kom det til dét å stole på noen igjen. Kunne jeg tørre å utsette meg selv for å åpne hjertet mitt igjen? Men man må risikere noe for å vinne noe!

Jeg tok sats og har møtt verdens mest fantastiske fyr, som får meg til å føle og motta en kjærlighet jeg ikke trodde det var mulig å oppleve. Han får frem det beste i meg. Jeg har vært ærlig om min bakgrunn og ser at ærlighet helt klart varer lengst. Følelsene med ham er unike for meg, og jeg har aldri ført vært så trygg på meg selv. Vi lever livet og setter pris på de små tingene!

Når det gjelder mamma, så blir

det aldri perfekt. Jeg har klart å skape en avstand, og vi har en all right kommunikasjon. Det har vært mange tøffe tak, men hun er og blir mamma'n min, så det er klart jeg er glad i henne. Livet er herlig og angstfritt. Antidepressiva og Vival tilhører historien. Det nytter å ta tak i det vonde og jobbe hardt, gevinsten er stor. ■

KONTAKT

Bente Olsen Lindland
Grorud DPS
Akershus universitetssykehus
1478 Lørenskog
beni@ahus.no
Klinisk spesialist i psykiatrisk sykepleie

Stella Marie Kennair Ottesen
Idrettens Helsecenter AS
Pb. 3910 Ullevål Stadion
Sognsveien 75 F
0806 Oslo
stella@idrettshelse.no
Psykologspesialist

«Men man må risikere noe for å vinne noe!»

Behandling av tvangslidelser: Plan for nasjonal implementering av dokumentert virksom behandling

FOR NFKT: BJARNE HANSEN, TORKIL BERGE, UNN BEATE KRISTIANSEN, GUNVOR LAUNES, THORBJØRN OLSEN, JON THORESEN OG ELI TØNSETH.

Pasienter med tvangslidelser har i dag et mangelfullt behandlingstilbud. Problemet ble nylig belyst i en reportasje i TV2, og har vært debattert i Stortinget. Etter henvendelse fra helsemyndighetene har Norsk Forening for Kognitiv Terapi i samarbeid med Norsk OCD-forening Ananke kommet med innspill om hvordan situasjonen kan forbedres. Rapporten fra foreningen trykkes her i sin helhet.

HOVEDKONKLUSJONER I RAPPORTEN

Tvangslidelser (OCD) er en av de mest invalidiserende psykiske lidelsene og er vanligvis forbundet med stort funksjonstap, problemer knyttet til samliv, stor belastning for pårørende og betydelige kostnader for samfunnet. Det er anslått at rundt 0,2–0,5 % av befolkningen lider av OCD. I klinikken er lidelsen underrepresentert, men opptar ofte betydelige ressurser gjennom langvarige behandlingsforløp uten at pasientene opplever vesentlig bedring.

Basert på omfattende forskning er eksponering med responsprevensjon (ERP) en godt dokumentert behandlingsmetode for OCD. Flertallet av pasientene som fullfører slik behandling, oppnår betydelig bedring i løpet av kort tid. Det er faglig enighet om at ERP er behandlingssmessig førstevalg, men metoden er i liten grad tilgjengelig. I Norge finnes det per i dag ikke noe opplæringstilbud som gir tilstrekkelig kompetanse i ERP-behandling. Etersom lidelsen har lav klinisk forekomst, har behandlere begrenset mulighet til å oppnå kontinuerlig praksis gjennom dagens organisering av behandlingstilbudet.

For å implementere ERP-behandling vurderes det som nødvendig at det opprettes spesialiserte OCD-team knyttet til eksisterende klinikker. For å sikre tilstrekkelige opptaksområder anbefales det at disse følger helseforetakene. Det anbefales at disse teamene mottar tilstrekkelig undervisning og praksis under veiledning. Planen vurderes å kunne gjennomføres med en tidsramme på fire år, og bygges på dokumenterte metoder for implementering og kontinuerlig evaluering.

Det er sannsynlig at implementeringstiltaket vil føre til at flere pasienter blir diagnostisert på et tidligere tidspunkt. Pasientene vil da kunne tilbys dokumentert effektiv behandling utført av personer med spesialkompetanse og kontinuerlig praksis på området. Gjennom dokumentert virksom behandling og kort behandlingstid er det sannsynlig at øvrige klinikker i opptaksområdene vil bli avlastet, og at behandlingstidene for bundet med den aktuelle pasientgruppen reduseres.

BAKGRUNN FOR RAPPORTEN

Den 4. november 2009 viste TV2 dokumentarfilmen «Psyk forvandling», der det ble påpekt at det finnes effektiv behandling for pasienter som lider av tvangslidelser (OCD), men at få pasienter får tilbud om dette. Dette ble tatt opp i et skriftlig spørsmål fra leder for helse- og omsorgskomiteen Bent Høie til helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen 06.11.2009. *Det ble blant annet spurt om «...hva som gjøres for å sikre at pasienter med psykiske lidelser, herunder pasienter med tvangslidelser, får tilbud om rett og effektiv behandling for sin diagnose første gang de oppsøker behandling».*

I sitt svar datert 16.11.2009 skriver helse- og omsorgsministeren blant annet at «Det er bekymringsfullt at ikke alle får tilbud om effektiv behandling for sin psykiske lidelse» og at «...jeg vil også be Helsedirektoratet gi et særskilt oppdrag til Institutt for kognitiv terapi om å holde kurs med opplæring i eksponeringsterapi i samarbeid med de regionale helseforetakene».

Etter å ha mottatt forespørsel fra Helsedirektoratet om å utarbeide et forslag til implementeringsplan har Norsk Forening for Kognitiv Terapi opprettet en arbeidsgruppe for å evaluere dagens situasjon og utarbeide forslag til hvordan det er mulig å implementere dokumentert virksom behandling for pasienter med OCD.

Arbeidsgruppens oppgave er for det første å beskrive utbredelse av OCD, hva som er dokumentert virksom behandling for lidelsen, og i hvilken grad slik behandling er tilgjengelig. For det andre skal arbeidsgruppen utarbeide et forslag til implementeringsplan for å sikre at flere pasienter med OCD kan få tilbud om dokumentert virksom behandling.

Arbeidsgruppens sammensetning er:

Norsk Forening for Kognitiv Terapi: Torkil Berge og Eli Tønseth
Norsk OCD-forening Ananke: Jon Thoresen
NTNU og St. Olavs Hospital: Bjarne Hansen
Sørlandet sykehus: Gunvor Launes
Oslo Universitetssykehus: Unn Beate Kristiansen
Psikiatrisk klinikk Førde: Thorbjørn Olsen

REFERANSER

- 1 American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 2 Rasmussen, S. A. & Eisen, J. L. (1988). Clinical and epidemiological findings of significance to neuropharmacologic trials in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 466–470.
- 3 Koran L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 783–788.
- 4 Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166, 19–22.
- 5 Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 441–443.
- 6 Magliano, L., Tosini, P., Guarneri, M., Marasco, C., & Catapano, F. (1996). Burden on the families of patients with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *European Psychiatry*, 11, 192–197.
- 7 Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094–1099.

8 Nelson, E., & Rice, J. (1997). Stability of diagnosis of obsessive-compulsive disorder in the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 826–831.

9 Stein, M. B., Forde, D. R., Anderson, G., & Walker, J. R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 1120–1126.

10 Fireman, B., Koran, L. M., Leventhal, J. L., & Jacobson, A. (2001). The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 1904–1910.

11 Nestadt, G., Samuels, J. F., Romanoski, A. J., Folstein, M. F., & McHugh, P. R. (1994). Obsessions and compulsions in the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89*, 219–224.

12 Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., Rapoport, J. L., Kalikow, K., Walsh, B. T., Davies, M., Braiman, S., & Dolinsky, A. (1990). Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 487–496.

13 National Collaborating Centre for Mental Health (2006). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder*. London (UK): British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists (National Clinical Practice Guideline; no. 31).

14 Abramowitz, J. S. (2006). *Obsessive-compulsive disorder. Advances in psychotherapy: Evidence based practice*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.

TVANGSLIDELSER

Tvangslidelser (OCD) består som oftest av både tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangstanker er tilbakevendende forstyrrende eller meningsløse tanker, ideer, fantasier eller impulser som pasienten forsøker å ignorere eller se bort fra, uten at dette lykkes. Tvangshandlinger er gjentatt meningsløs eller overdreven atferd som vasking og sjekking. Det kan også være mentale ritualer som telling og gjentakelse av spesielle ord. Disse utføres for å forebygge fare eller nøytralisere ubehag og angst (1).

Det har blitt vist at OCD er en av de mest invalidiserende psykiske lidelsene, forbundet med stort funksjonstap, problemer knyttet til samliv, stor belastning for pårørende og betydelig kostnader for samfunnet. De fleste med tvangslidelse rammes tidlig i livet, og ubehandlet varer lidelsen som regel livet ut (2–6). Det finnes dokumentert effektiv behandling for lidelsen, og 60–70 % av pasientene som mottar denne behandlingen, opplever betydelig bedring i løpet av kort tid. Til tross for dette mottar få pasienter tilbud om slik behandling.

UTBREDELSE

I flere befolkningsstudier har det blitt rapportert at OCD er den fjerde mest utbredte psykiske lidelsen, og at rundt 1–3 % av befolkningen til enhver tid er rammet (7). Selv om det ofte blir referert til disse anslagene, har det blitt vist at slike studier har en tendens til å produsere kunstig høye anslag. Rundt 80 % av dem som i disse studiene har blitt vurdert å ha hatt OCD i løpet av livet, blir ikke vurdert å tilfredsstillende kriteriene når utredningen i etterkant blir utført av spesialister på området (8–9).

Selv om den reelle forekomsten i befolkningen antas å være 0,2–0,5 %, er pasienter med OCD underrepresentert i behandlingsapparatet, og det tar vanligvis lang tid fra pasienter utvikler lidelsen, til de mottar rett diagnose og behandling (10–12). Den lave kliniske forekomsten innebærer betydelige utfordringer knyttet til organiseringen av behandlingstilbudet, ettersom utvikling og opprettholdelse av behandlingskompetanse krever kontinuerlig praksis.

BEHANDLING

Det finnes to dokumentert virksomme behandlingsmetoder for OCD: medikamentell behandling med SRI-preparater og eksponering med responsprevensjon (ERP). På grunn av kort behandlingstid, høyere grad av symptombedring, mindre bivirkninger og lavere risiko for tilbakefall etter endt behandling er det vanlig å anbefale ERP som førstevalg (13).

Det er utviklet flere steg-for-steg-manualer for gjennomføring av ERP-behandling (14–18). Gjennom et titall studier har det blitt demonstrert at me-

toden er kostnadseffektiv, og at ERP kan gi betydelig symptomreduksjon hos 60–70 % av pasientene i løpet av rundt 15 konsultasjoner (19). ERP vil ofte skje i kombinasjon med ulike former for kognitive intervensjoner, rettet mot tvangstanker og mot å øke etterlevelse av behandlingen og redusere risikoen for frafall.

KLINISKE RETNINGSLINJER

Faglig er det bred enighet om at ERP er behandlingsmessig førstevalg. Dette støttes av eksempelvis The American Psychological Association, som har konkludert med at ERP er tilstrekkelig dokumentert til å vurderes som behandlingsmessig førstevalg for både barn og voksne med OCD (20). Dette er også i tråd med retningslinjer fra Storbritannia, «NICE Clinical Guidelines» for behandling av tvangslidelser, som konkluderer med at ERP bør være en sentral del i all behandling av OCD.

Også i Norge har det vært enighet om at behandling med ERP er rett behandling for tvangslidelser. I Helsetilsynets Kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser angis det at ERP er rett behandling for OCD (21). Dette er også i tråd med den nyeste Veileder for DPS, og Prioriteringsveilederen innen psykisk helsevern for voksne der eksponeringsterapi omtales som en relevant terapi, samt uttalelser av helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen om at dette skal være tilgjengelig behandling.

BEHANDLINGSTILGJENGELIGHET

Til tross for faglig enighet om at pasienter med OCD bør få tilbud om ERP, er slik behandling i liten grad tilgjengelig. Dette har blitt påpekt gjennom tidligere opprop fra behandlings- og forskningsmiljøer samt pasientorganisasjonen Norsk OCD-forening Ananke.

I intervjuer sendt på TV2 november 2009 har dette også blitt tatt opp av divisjonsdirektør i Helsedirektoratet Ellinor Major, leder for Helse- og omsorgskomiteen Bent Høie og statssekretær Ragnhild Mathisen. I svar på skriftlig spørsmål fra Bent Høie uttalte også helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen at rett behandling for OCD i liten grad er tilgjengelig.

BEGRENSET OPPLÆRING

For å oppnå kompetanse i å gjennomføre ERP-behandling er det i tillegg til tradisjonell undervisning nødvendig med spesialisert klinisk veiledning og mulighet til å møte et tilstrekkelig antall pasienter (22). I løpet av grunnutdanningen på psykolog- og legestudiet ved norske universiteter gis det 0–4 timer undervisning om behandling av OCD. For leger som tar spesialistutdanning i psykiatri, eller for psykologer som gjennomfører en klinisk spesialistut-

15 Franklin, M. E., & Foa, E. B. (1998). Cognitive-behavioral treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. I P. Nathan, & J. Gorman (red.), *A guide to treatments that work* (s. 339–357). Oxford: Oxford University Press.

16 Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive compulsive disorder. A cognitive behavioral approach. Therapist guide*. San Antonio: The Psychological Corporation.

17 Riggs, D. S., & Foa, E. B. (1993). Obsessive-compulsive disorder. I D. H. Barlow (red.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.

18 Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.

19 Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*, 1310–1325.

20 Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training and dissemination of empirically validated psychosocial treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, *48*, 3–23.

21 Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyns utredningsserie 4–99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

22 Grol, R., Wensing, M., & Eccles, M. (2004). Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Oxford: Elsevier.

23 Håndbok i å endre praksis. Kunnskapsbasert håndbok i implementering. <http://sites.google.com/site/fagressurser/implentering/hndbok-i-implentering>

danning, er den mest omfattende organiserte opplæringen et to dagers valgfritt kurs. Klinisk veiledning av fagpersoner med kompetanse i ERP-behandling er i liten grad tilgjengelig.

Den mest omfattende opplæringsinnsatsen på OCD-feltet har blitt gjennomført av Norsk Forening for Kognitiv Terapi og Norsk OCD-forening Ananke. Disse organisasjonene har begge arrangert kurs for et meget høyt antall helsepersonell i psykisk helsevern. Formålet med kursene har vært å øke kompetanse i diagnostikk og å gi en innføring i prinsippene for gjennomføring av ERP-behandling. Erfaringene har vært at behandlere opplever økt kunnskap om lidelsen og får økt kompetanse i diagnostisering, men at slike en eller to dagers kurs ikke gir det nødvendige kompetansegrunnlag for å gjennomføre effektiv behandling. Det er dessuten en gjennomgående tilbakemelding at få har mulighet til å oppnå den mengdetrening som er nødvendig, som følge av lav forekomst av OCD i de fleste klinikker.

ORGANISERING AV BEHANDLINGSTILBUDET

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse er det bygget opp 75 DPS-er over hele landet. De har hovedansvaret for å yte spesialisthelsetjenester til befolkningen i et gitt geografisk område. Som supplement til disse enhetene tilbys det også behandling gjennom privatpraktiserende psykologer og psykiatere. Det forventes i dag at alle enheter skal ha kompetanse og kunne tilby behandling til et bredt spekter av lidelser.

For OCD som har lav klinisk forekomst og hvor behandlingsmetodene er kompliserte, kan dette være utfordrende. På den ene siden vil det være kostbart å skulle tilby nødvendig opplæring til ansatte ved alle enhetene. Samtidig vil dette praktisk være vanskelig å gjennomføre ettersom utvikling av nødvendig kompetanse krever kontinuerlig praksis og kollegaveiledning.

TIDLIGERE IMPLEMENTERINGSTILTAK

Det er meget godt dokumentert at ferdighetsbasert opplæring, og evaluering av utøver, virker (23). I Norge har det tidligere blitt gjennomført flere implementeringsprosjekter der behandlere har fått opplæring i å gjennomføre eksponering med responsprevensjon (ERP). Behandlingsresultatene fra flere av disse har vært svært gode og blitt publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrifter.

Felles for disse tiltakene er at behandlerne har mottatt spesialisert opplæring med hovedvekt på klinisk veiledning, og prosjektene har hatt større oppfølgingsområde enn DPS-er har. Disse tiltakene har i stort grad vært knyttet til forskningsprosjekter som har vært tidsbegrensede, og har i liten grad ført til endring av klinisk drift over tid. Slike prosjekter har vist at det er mulig å opp-

nå gode resultater, og sannsynliggjør at det er mulig å overføre erfaringene fra slike prosjekter til klinisk praksis.

PLAN FOR IMPLEMENTERING AV EKSPONERING MED RESPONSPREVENSJON FOR PASIENTER MED TVANGSLIDELSER

Målet med implementeringsplanen er å gjøre eksponering med responsprevensjon (ERP) tilgjengelig for flere pasienter som lider av tvangslidelser (OCD). Planen er utviklet for å sikre at et tilstrekkelig antall behandlere oppnår tilstrekkelig opplæring og praksis under veiledning. Planen vurderes å kunne gjennomføres med en tidsramme på fire år og bygger på dokumenterte metoder for implementering av de aktuelle metodene. Ved å gjøre ERP-behandling tilgjengelig er det sannsynlig at flertallet av OCD-pasientene vil kunne oppleve betydelig symptomreduksjon i løpet av kort tid. Dette vil kunne frigjøre behandlingsskapasitet som kan være til stor hjelp for andre pasientgrupper. Implementeringsplanen består av ni hovedområder:

1. Opprettelse av spesialiserte behandlingsteam

Det vurderes ikke som realistisk at alle behandlere innenfor psykisk helsevern kan oppnå tilstrekkelig kompetanse i gjennomføring av ERP-behandling. Dette ville kreve betydelige resurser og ikke være hensiktsmessig, ettersom den kliniske forekomsten er for lav. Ved å opprette polikliniske OCD-team som hvert består av minimum fire personer, vil det være mulig å sikre kontinuitet og nødvendig kollegaveiledning. For å sikre tilstrekkelig praksis vil det være hensiktsmessig at minimum 50 % av disse personenes praksis er knyttet til behandling av pasienter med OCD.

2. Sikre tilstrekkelig opptaksområde

Det anbefales at OCD-teamene knyttes til eksisterende klinikker, men at det kun opprettes ett slikt team i hvert av helseforetakene som tilbyr behandling for psykiske lidelser. Det er for å sikre tilstrekkelig pasientgrunnlag for teamene. Basert på antall pasienthenvisninger til klinikker som i dag tilbyr ERP-behandling, antas dette å være tilstrekkelig for å oppnå tilnærmet full behandlingsdekning.

3. Ledelsesforankring

For å sikre effektiv implementering vurderes det som nødvendig med tilstrekkelig ledelsesforankring nasjonalt, regionalt og lokalt. Det vurderes som viktig å sannsynliggjøre overfor de enkelte helseforetakene at opprettelsen av spesialiserte OCD-team vil frigjøre mer midler enn utgiftene som er forbundet med drift av disse. Samarbeid med de lokale helseforetakene vil også være avgjøren-

de for å sikre samarbeid mellom de ulike kliniske enhetene. Dette vurderes å være viktig for å sikre at pasienter fra opptaksområdet blir henvist til OCD-teamene.

4. Tilstrekkelig opplæring og veiledning

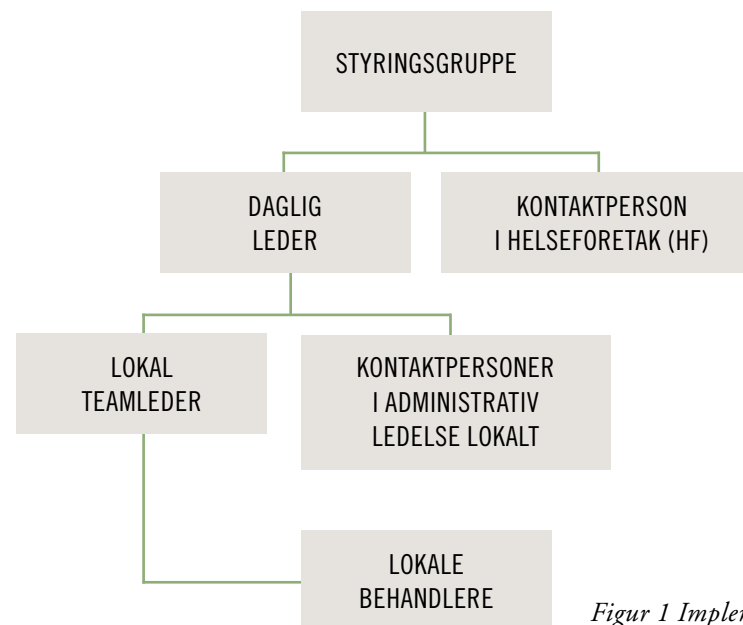
Det er godt dokumentert at ferdighetsbasert opplæring i eksponering med responsprevensjon (ERP) er effektivt. Opplæringen av behandlere vil derfor bygge på både undervisning (seks to dagers samlinger) og betydelig klinisk veiledning (minimum 50 timer i gruppe) i løpet av 18 måneder. Kompetansebevis vil kunne tildeles når kandidatene har gjennomført opplæringen og gjennomført minimum tre godkjente behandlingsforløp. Gjennom denne opplæringen vil behandlerne kunne oppnå nødvendig kompetansen for å tilby evidensbasert behandling. Gjennom opplæringen vil det også legges et godt grunnlag for fortsatt kollegaveiledning i de enkelte teamene. Det anbefales at utdanningen organiseres og gjennomføres i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv Terapi, som har betydelig erfaring og kompetanse knyttet til slik opplæring.

5. Kontinuerlig evaluering

Det finnes flere godt validerte måleinstrumenter for diagnostikk og vurdering av behandlingseffekt ved OCD. Det forutsettes at de ulike OCD-teamene forplikter seg til å benytte en felles standard for systematisk evaluering av diagnostikk og behandling. Gjennom dette vil det være mulig å tilby kontinuerlig tilbakemelding og veiledning til behandlerne, samt sikre at behandlingen blir utført rett. Dette vil også gjøre det mulig å vurdere effekten av implementeringsplanen.

6. Organisering

Det anbefales at det opprettes en styringsgruppe for gjennomføring av tiltaket. Denne gruppen bør bestå av personer med erfaring fra implementeringsarbeid, representant for Norsk Forening for Kognitiv Terapi, eksperter innenfor ERP-behandling for OCD og representant for brukerorganisasjonen Norsk OCD-forening Ananke. Det anbefales videre at det ansettes en prosjektleder og en person i merkantil stilling. Ettersom gjennomføring avhenger av forankring i ledelsen, anbefales det at en representant fra hvert av de aktuelle helseforetakene blir invitert til å delta. Gjennom samarbeid med de enkelte helseforetakene vil det bli tatt kontakt med aktuelle klinikker og ledelsen ved disse. Rekruttering av aktuelle teamledere og behandlere vil kunne gjennomføres i samarbeid med disse representantene.



Figur 1 Implementeringsorganisasjon

7. Finansiering

Det vurderes som sannsynlig at driften av OCD-teamene vil frigjøre mer ressurser for de enkelte helseforetakene enn den kontinuerlige driften vil utgjøre. Opprettelse av slike team vurderes derfor å være et effektiviseringsiltak. For klinikkene der teamene opprettes, anbefales det at det blir gjort avtale med lokalt helseforetak om eventuell kompensasjon for inklusjon av pasienter utenfor eget opptaksområde. Det anbefales at utgifter forbundet med gjennomføring av implementeringsplanen blir dekket nasjonalt. Dette vil innebære utgifter forbundet med ansettelse av prosjektleder og en person i merkantil stilling samt øvrige utgifter til drift og opplæring av teamledere og behandlere.

8. Fremdriftsplan

Implementeringsplanen vurderes å kunne gjennomføres i løpet av fire år. I fase I vil det være viktig at implementeringsorganisasjonen blir etablert. Det innebærer å opprette styringsgruppe og å ansette daglig leder og person i merkantil stilling. Behandlingsmanual og annet materiell vil deretter kunne utvikles og tilpasses. Det vil også være mulig å opprette hjemmeside med ressursdatabank for pasienter, pårørende og behandlere. Dette vil inkludere nyttig

informasjon om lidelsen, om diagnostikk og om behandling. Denne siden vil også være viktig for å formidle informasjon om opprettelse av OCD-team og hvordan pasienter, pårørende og behandlere kan komme i kontakt med disse. I denne fasen arbeides det med å rekruttere kontaktpersoner i helseforetakene og aktuelle klinikker. I samarbeid med disse vil det være mulig å rekruttere teamledere og behandlere. I fase I vil det i samarbeid med pasientorganisasjonen kunne arbeides systematisk inn mot media, noe som vil kunne bidra til større kunnskap om lidelsen og om behandlingstilbudet.

I fase II starter opplæring for den første gruppen av teamledere og behandlere. Parallelt med dette arbeides det for å rekruttere ytterligere helseforetak og klinikker som ønsker å delta i andre opplæringsrunde. I denne fasen arbeides det med innsamling av pasientdata som er relevant for evaluering av implementeringsplanen. I fase III blir det gjennomført kontinuerlig evaluering og veiledning av første gruppe teamledere og behandlere. Det blir også gjennomført oppstart av opplæring for andre gruppe teamledere og behandlere. I fase IV arbeides det med stabilisering og kontinuerlig veiledning og oppfølging av alle teamene. Det vil også bli utarbeidet en grundig sluttrapport der effekten av tiltaket blir evaluert på pasient- og systemnivå.

1. ÅR	2. ÅR	3. ÅR	4. ÅR
Etablering av organisasjon	Utdanning av første gruppe av teamledere og behandlere	Evaluering og veiledning av første gruppe av teamledere og behandlere	Stabilisering gjennom kontinuerlig veiledning og oppfølging av teamene
Utarbeidelse av behandlingsmateriell og hjemmeside/ressursdatabank	Rekruttering av klinikker og teamledere til andre gruppe	Oppstart av utdanning av andre gruppe av teamledere og behandlere	Utarbeidelse av sluttrapport
Etablere rutiner for registrering og lagring av pasientdata			
Rekruttere kontaktpersoner i helseforetak og klinikker. Rekruttere teamledere og behandlere til første gruppe.			

9. Evaluering av implementeringstiltaket

Det vil være relevant å evaluere effekten av implementeringstiltaket på en rekke områder: For det første å kontinuerlig evaluere faktisk progresjon mot milepæler som er spesifisert i fremdriftsplanen. For det andre å evaluere effekten av tiltaket i forhold til hovedmålene, som er:

- I hvilken grad får flere pasienter med tvangslidelse (OCD) rett diagnose på et tidlig tidspunkt?
- I hvilken grad får flere pasienter tilbud om effektiv behandling av behandlere med tilstrekkelig opplæring og kontinuerlig praksis?
- I hvilken grad opplever pasienter og pårørende økt tilfredshet med tilbudet?
- I hvilken grad har tiltaket ført til at øvrige klinikker avlastes, og at behandlingstkostnadene forbundet med den aktuelle pasientgruppen reduseres?
- I hvilken grad har tiltaket ført til endringer på systemnivå ved at holdninger, kunnskap og kompetanse videreføres?

UTDYPNINGER OM FINANSIERING OG ORGANISERING

Etter at rapporten ble sendt inn, har foreningen kommet med følgende utdypninger om hvordan finansiering og organisering kan skje:

Opprettelse av OCD-team vil sannsynligvis være et effektiviseringstiltak, og det vurderes som unødvendig at helseforetakene skal motta ekstra bevilgninger. For institusjonene som OCD-teamene blir lokalisert til, vil derimot driften av disse innebære en ekstrautgift, ettersom de opererer med et utvidet opptaksområde. Det anbefales derfor at helseforetakene foretar nødvendige omprioriteringer og tilfører disse institusjonene ekstraressurser i størrelsesorden en behandlerstilling.

Det anbefales at utgiftene i forbindelse med implementeringstiltaket blir dekket nasjonalt. Dette vil inkludere utgifter til ansettelse av to personer i en fireårsperiode, utgifter i forbindelse med opplæring av personale (kurs og veiledning) og noe driftskostnader. De årlige utgiftene forbundet med implementeringstiltaket anslås å være i størrelsesorden 1,5 millioner. Gjennom tiltaket vil helseforetakene kunne tilbys gratis opplæring av eget personale og tilgang til relevante hjelpemidler, men må selv bære utgiftene forbundet med drift av OCD-teamene.

Teamene foreslås knyttet til helseforetakenes områder. Enkelte helseforetak har lite opptaksområde. Vi anbefaler at det opereres med rundt 150 000 som minimum, og at mindre helseforetak kan samarbeide med større. Ved å benytte teknologi som telefon og telematikk vil det være mulig å tilby spesialisert behandling lokalt, og dette kan skje i nært samarbeid med førstelinjetjenesten. Med en slik inndeling vil det totalt være snakk om å opprette 12–13 OCD-team.

Norsk Forening for Kognitiv Terapi har betydelig erfaring med å gjennomføre utdanning i kognitiv atferdsterapi, og vil kunne ta på seg oppgaven med å organisere og gjennomføre opplæringsdelen. Det anbefales at prosjektlederstilling og merkantilstilling lokaliseres til St. Olavs Hospital avdeling Østmarka. Dette er et fagmiljø med betydelig kompetanse i behandling av OCD og implementering av eksponering med responsprevensjon. Fagmiljøet har også et nært samarbeid med OCD-miljøet ved NTNU og er samlokalisert med hovedkontoret til Norsk OCD-forening Ananke. ■

Fri fra angsten

BOKOMTALE

ARNE REPÅL

Beate Winther har skrevet boken «Fri fra angsten» med undertittelen «Jeg ble min egen kognitive terapeut.» Den kan beskrives som en selvhjelpsbok i ordets egentlige betydning. Forfatteren skildrer hvordan angsten til slutt lammet henne fullstendig, og hvordan hun ved hjelp av behandling med kognitiv terapi fikk tilbake kontrollen over eget liv. Forfatteren, som har lang fartstid innen forlagsbransjen som redaktør, oversetter og forfatter, er en skrivefører person. Det merkes på språket. Boken er lettlesst, og beskriver forfatterens erfaringer med angsten, og veien ut av den, på en engasjerende måte.

I forordet til boken foreteller Winther at en av grunnene til at hun valgte å dele sin historie med andre var at hun ønsket å bygge bro mellom den kognitive terapeuten og pasienten. Hun ønsket å formidle behandlingsprosessen sett fra pasientens ståsted. Det har hun etter min mening lyktes godt med. Hun gir et nyansert og realistisk bilde av både angsten og behandlingen. Samtidig gir den personlige vinklingen leseren muligheten til å følge behandlingsforløpet på en engasjerende måte.

Boken er på 211 sider fordelt på 18 kapitler. Hoveddelen fokuser på arbeidet med å bekjempe angstlidelsen. Jeg kjenner ikke til noen annen bok på norsk som gir et så grundig innblikk i hvordan det er å motta kognitiv terapi og anvende de kognitive prinsippene i forhold til egen lidelse. Den subjektive vinklingen går hånd i hånd med en innføring i de kognitive prinsippene ved angstbehandling. Jeg tror boken vil fungere både som en inspirator og som en selvhjelpsbok for mennesker med ulike angstlidelser. Den gir et realistisk bilde av den egeninnsatsen som kreves og av de tilbakeskrittene en kan oppleve underveis. Dette er en bok jeg vil anbefale til mine angstpasienter. ■

Fri fra angsten
Jeg ble min egen kognitive terapeut
Beate Winther
Tapir forlag, 2010



«Hun ønsket å bygge bro mellom den kognitive terapeuten og pasienten.»



Veiledet selvhjelp ved depresjon og angst

Et nyttig ord som innføres i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon er *veiledet* eller *assistert* selvhjelp. Det innebærer at helsepersonell formidler eller henviser til selvhjelpsmateriale, enten i form av brosjyrer, bøker eller internettbaserte programmer. Samtidig tilbys pasienten et begrenset antall oppfølgende samtaler, der en diskuterer hans eller hennes konkrete erfaringer med opplegget. En rekke kontrollerte studier har dokumentert at denne tilnærmingen, når den er basert på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, er til god nytte for mange.

Retningslinjen gjelder for alt helsepersonell som møter personer med depresjon og deres pårørende. Den finnes i elektronisk form på www.helsedirektoratet.no, og det er utarbeidet en egen versjon for brukere og deres pårørende.

I retningslinjen anbefales veiledet selvhjelp og rådgivning som førstevalg ved mild depresjon, før andre tiltak som psykoterapi eller medikamentell behandling. Men veiledet selvhjelp kan dessuten ha verdi som del av eller supplement til ulike former for behandling, også ved mer alvorlig depresjon. Tilnærmingen benyttes dessuten ved andre lidelser som søvnproblemer, diabetes og høyt blodtrykk.

Veiledet selvhjelp er et begrep som benyttes i de engelske NICE-retningslinjene for angstlidelser og for depresjon («guided self-help»). I litteraturen finnes også begrepet «self-management» og selvadministrert behandling. De nye svenske retningslinjene for behandling av depresjon og angst, benytter begrepet «tekstbasert behandling» om bruk av selvhjelps litteratur i behandlingen. I retningslinjene anbefales også «internettbasert kognitiv atferdsterapeutisk behandling med behandlerstøtte» for pasienter med depresjon, panikk lidelse eller sosialfobi. I de svenske retningslinjene fremheves forøvrig kognitiv atferdsterapi som et førstevalg ved angstlidelser og depresjon, og helsemyndighetene anbefales å satse stort på utdanning av helsepersonell med slik kompetanse!

Veiledet selvhjelp er altså en spesiell form for systematisk og planmessig samarbeid mellom helsepersonell og pasient, der pasienten er den primære endringsagenten. Selvhjelpsmaterialet er vanligvis bygget på kognitiv terapi. Det dreier seg imidlertid om sentrale prinsipper for endring som etter min mening kan være en del av eller supplement til andre behandlingstilnærminger.

«Selvhjelpsmaterialet er vanligvis bygget på kognitiv terapi.»

STORT SAMFUNNSPROBLEM

Depresjon og angst er lidelser som rammer svært mange, og er en hovedårsak til sykefravær i Norge. Disse problemene har ofte et kronisk eller stadig tilbakevendende forløp. Men bare et mindretall mottar i dag adekvat behandling. Av de som får behandling består denne hovedsakelig av medikasjon foreskrevet av allmennlege. En fersk studie fra USA viser at av de om lag 15.6 millioner amerikanere som har behandlingstrengende depresjon, mottar bare 21 prosent det forskerne betegner som «minimally adequate care», definert som minimum fire besøk hos en som yter behandling for psykiske lidelser. Derfor er det viktig å satse på veiledet selvhjelp som en del av helsevesenets tilbud. Da kan flere mennesker få raskere hjelp, noe som vil motvirke sykefravær og tiltakende psykiske, somatiske, sosiale og økonomiske problemer.

SATSING PÅ FOREBYGGING

I tillegg til å gi befolkningen økt mulighet for behandling og veiledet selvhjelp, er det viktig å satse på forebyggende tiltak. Folkehelseinstituttet har gitt ut en interessant rapport om forebygging ved depresjon. Her fremgår det at depresjon – etter koronare hjertelidelser – er den lidelsen der forebygging trolig vil ha størst effekt på folkehelsen målt i samfunnets sykdomsbyrde. Eksempler er etablering av møtesteder for å fremme sosial integrasjon, tiltak for å styrke dårlig fungerende arbeidsmiljø og støttegrupper overfor personer som har vært utsatt for belastende livshendelser, som uventet dødsfall i nærmeste familie, seksuelle overgrep, skilsmisse eller alvorlig somatisk sykdom. Når det gjelder eldre har gruppeaktiviteter for å motvirke ensomhet og passivitet vist seg effektivt når det gjelder forebygging av depresjon. Forebygging av depresjon omfatter altså også tiltak mot bakenforliggende sosiale årsaksfaktorer, som økonomiske problemer, arbeidsledighet, dårlig skole- og arbeidsmiljø, dårlig bomiljø, sosial isolasjon og utfordringer knyttet til innvandring og integrasjon.

Ved de nye sentrene for «Improving Access to Psychological Therapies» i Storbritannia tilbys store deler av befolkningen nå behandling for depresjon og angst. Tilbudet er først og fremst basert på individuell kognitiv terapi og rådgivning. Men samtidig er en viktig del av tilbudet veiledet selvhjelp rettet mot å øke brukernes egenkraft («empowerment»), redusere stigma, sosial isolasjon og arbeidsløshet, og stimulere til kontakt ut mot ressurser i lokalmiljøet. Jeg opplever at denne satsningen har et samfunnsmessig engasjement som er svært inspirerende. ■

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI