

# *NT* TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 4 • ÅRGANG 12 • DESEMBER 2011 –



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

# Tidsskrift

4

Redaksjonelt

7

Behandling av besvimelse  
ved blod-, sår- og sprøytefobi

11

Veiledningsseminaret MCT på norsk,  
Kristiansand 19.–21. august 2011

13

Kognitive sidesprang

15

Veiledersamling og  
inspirasjonskonferanse  
på Gardermoen

19

Lederen har ordet

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2012 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

NFKT

Helgelandsmoen Næringspark,

bygg 32a, 3512 Hønefoss

Telefon: 90 54 37 54

E-post: post@kognitiv.no

Bankgiro nr. 2270 14 46686

# for Kognitiv Terapi 4/2011





## Fra tanker til tidsskrift

REDAKSJONELT

ARNE REPÅL

Så er nok et år omme. Ikke noe spesielt ved det. Det har vel også for mange blitt en selvfølge at *Tidsskrift for Kognitiv Terapi* kommer med sine fire nummer i året. Det har det ikke blitt for redaktøren. Når jeg ser tilbake på denne og tidligere årganger av tidsskriftet, fremstår det mer som et lite under at det har latt seg gjøre. Det hadde det da heller ikke, om det ikke var for de mange bidragsyttere som opp gjennom årene, uten annet vederlag enn æren av å få sitt navn og sitt bidrag på trykk, har sendt meg sine artikler, synspunkter og reportasjer; noen i en litt nølende og spørrende tone: «Kunne dette være av interesse?», andre litt mer selvsikre: «Her er et bidrag til tidsskriftet». Noen har også blitt gjengangere. Takk til dere alle! Som en liten honnør til dere som har bidratt, og som inspirasjon til fremtidige bidragsyttere, tenkte jeg at jeg i denne utgaven av «Redaksjonelt» ville si noe om hvordan vårt lille Tidsskrift for Norsk Forening for Kognitiv Terapi blir til. Da er det kanskje like greit å begynne med begynnelsen.

### UTGIVELSESPLAN

Som de fleste kanskje har sett er det på side to av tidsskriftet trykket en plan for utgivelser. Her står det at tidsskriftet skal komme ut i mars, juni, oktober og desember, med manusstopp i februar, mai, september og november for de respektive nummer. Når dere av og til mottar tidsskriftet noe senere, kan det skyldes sen trykking, men vel så ofte at det tar en tid fra tidsskriftet er ferdig trykket, til posten formidler det som B-post. Jeg har således ofte et eksemplar i hendene flere uker før dere mottar det i postkassen.

### BIDRAG

Som redaktør har jeg et ansvar for at tidsskriftet kommer ut med sine fire nummer i året. Det har det tidvis knyttet seg en del spenning til fra min side, særlig når frist for trykking nærmer seg uten at det er kommet noen bidrag. Løsningen på dette har vært å ha noe egenprodusert stoff liggende, eller å prøve å skrive noe på kort varsel. Det har også hendt jeg har kontaktet potensielle bidragsyttere med en blanding av bønn og milde trusler i et forsøk på å få dem til å skrive en artikkel. I de siste årene har det heldigvis være en viss økning i tilsendte bidrag, slik at jeg for det meste har noen artikler liggende på vent. Det betyr samtidig at den utålmodige bidragsyter må vente noe lenger på publisering, men for meg som redaktør gjør dette tilværelsen litt mer

«De fleste bidrag ender med å bli trykket i en eller annen form.»

forutsigbar. Samtidig sikrer det en mer jevn kvalitet på tidsskriftet og en større stabilitet med hensyn til faglige bidrag.

Bidragene mottas på e-post. Adressen står i hvert nummer av tidsskriftet. De fleste numrene er satt sammen av stoff som er sendt uoppfordret. Det er vi helt avhengige av å få dersom det hele skal gå rundt. Så har det vært noen nummer hvor jeg har bedt om bidrag fra konkrete personer, eller som ved forrige nummer av tidsskriftet, egne temanummer hvor alle bidrag er bestilt. Tonje W. Kennair har bidratt som redaktør ved utgivelsen av flere slike temanummer, senest i nummer tre for i år.

Når bidrag er mottatt sender jeg en bekreftelse til avsenderen, og det mottatte manuskriptet legges i mappe for gjennomlesning. Når det blir lest, avhenger litt av hvor hektisk den vanlige arbeidsdagen er, og hvor opplagt jeg er i tidlige morgentimer. Jeg prøver uansett å skimme igjennom manus for å kunne gi en tilbakemelding om at det er aktuelt for trykking. De fleste bidrag ender med å bli trykket i en eller annen form. Terskelen for trykking skal ikke være for høy. Her prøver jeg å skille mellom mer tradisjonelle fagartikler og faglig stoff som kan gi en litt annen vinkling. Noen bidrag kortes noe ned, mens jeg andre ganger kan be om at manus utvides. Når en bidragsyter mottar redigert manus, skjer dette som regel uten at rettelser er skrevet med rødt! Bidragsytere blir bedt om å lese nøye igjennom den reviderte versjonen og sammenligne den med den opprinnelige. Man kan eventuelt bruke funksjonen spor endring, men det får være opp til den enkelte. Tanken er at den som har noe å bidra med, skal slippe å bruke for mye tid på det skrive tekniske.

Innholdsmessig har tidsskriftet en form som er noenlunde gjenkjennbar fra nummer til nummer. Den starter med spalten «Redaksjonelt» og avsluttes med «Lederen har ordet». Mellom disse faste spaltene er målet å få med minst én fagartikkel, noe reportasjestoff fra fagsamlinger, kanskje et essay, samt bokomtaler. Noen portrettintervjuer er det også blitt opp gjennom årene. Etter at kommende nummer er planlagt og stoffet skrevet og redigert, har jeg de siste årene hatt gleden av å få det korrekturlest av Dag Gundersen. Han er for å si Store Norske leksikon: «Norsk språkforsker. Cand.philol. 1953. Ordbokredaktør ved Det norske litterære ordboksverk 1958–61 og 1962–72. Dosent 1972–84, professor ved Universitetet i Oslo, Institutt for nordistikk og litteraturvitenskap, avdeling for leksikografi 1985–97. Han har også vært språkkonsulent i NRK for bokmål. Har utgitt en rekke ordbøker og lære bøker.»



Dag Gundersen



Marianne Hope

Da trenger jeg ikke å si mer om hva det betyr for kvalitetssikring av det språklige. Han har dessuten ofte mange interessante og nyttige kommentarer.

### LAYOUT OG TRYKKING

Bladet har en lett gjenkjennerbar utforming som vi har holdt fast ved siden jeg begynte som redaktør. Det fungerer som et fast utgangspunkt, men med tilpasninger fra nummer til nummer. Ferdig redigerte artikler sendes sammen med bilder til Cox Oslo, hvor redaksjonell designer Marianne Hope gjennom flere år har bidratt med layout. Etter noen dager mottar jeg første utkast av det nye nummeret fra henne. Da er det ny runde med korrekturlesing, justering av tekstutdrag og bilder før jeg sender endringer i retur. Er det større ting, tar vi det over telefon, mindre endringer tas via e-post. Hva angår bilder, er hovedregelen at bilder inne i tidsskriftet er i sort-hvitt. Temabilde på s. 2 og 3, er som regel i farger. I de siste årene er det min datter Mie Louise som har bidratt med disse. Etter en siste korrekturrunde, hvor jeg i hovedsak ser etter større faderer som feil på forside, i innholdsfortegnelse eller overskrifter, sender jeg OK til Marianne. Hun sender da det endelige manuset i høyoppløst PDF til BK Grafiske, som er et trykkeri i Sandefjord. Her trykkes og stiftes tidsskriftet før det sendes ut til medlemmene via posten.

### EN LITEN FAMILIE

Når jeg nå nærmer meg de siste tastetrykk for det som skal bli dette årets siste utgave av tidsskriftet, skjer det hjemme ved skrivebordet i det som er et lite bibliotek. Foran meg står iMacen. Til den er det koblet to B&W høytalere som bidrar med litt musikk til arbeidet. Til venstre står en Underwood skrivemaskin Standard Typewriter No. 5, som sammen med en gammel globus minner meg om at verden stadig endrer seg. Til høyre for meg har jeg en PH-lampe designet av dansken Poul Henningsen som jeg fikk til min 50-årsdag, og et vinskap, hvis innhold jeg stort sett pleier å ligge unna når jeg skriver. Til arbeidet går det helst i espresso. Bak meg har jeg et vitrineskap med minner fra mange turer, samt en inkunabel, eller et såkalt vuggetrykk, med en originalsida fra Liber Chronicarum, et oppslagsverk trykket i 1493. Det er jeg litt stolt av å eie. Som dere skjønner, er jeg på noen områder litt materielt anlagt. Det er kanskje et behov som oppstår når det man for øvrig arbeider med, er så flyktig. Det er litt rart å tenke på at flere av dem som bidrar til at tidsskriftet kommer ut, er mennesker jeg aldri har møtt. Det gjelder både Marianne og Dag. Godt nytt år til dere begge, og takk for samarbeidet i året som gikk. Godt nytt år også til alle bidragsytere i året som gikk og til alle tidsskriftets lesere. ■



# Behandling av besvimelse ved blod-, sår- og sprøytefobi

LARS DEHLI

**Blodfobi innebærer angst og påfølgende unngåelse av blod, sår, sprøyter med mer. Besvimelse ved synet av blod og lignende forekommer hos nesten alle disse pasientene. Denne artikkelen viser ved hjelp av kasseksempler hvordan kognitiv terapi og målrettet spenning av kroppen hjelper mot disse plagene.**

Blodfobi er den mest arvelige av angstlidelsene, opptil 60 % av pasientene har et familiemedlem med det samme problemet. Omtrent 4 % av befolkningen har blodfobi til en viss grad. En fjerdedel av de som har blodfobi, unngår å gå til legen. Noen unngår potensielt livreddende medisinske prosedyrer på grunn av denne frykten.

Om en person med hundefobi ser en hund, stiger blodtrykket og pulsen raskt. Når en person med blodfobi ser blod, får han en svak økning i blodtrykk etterfulgt av et kraftig fall i blodtrykk og hjerterate, noe som ofte fører til besvimelse. Det er denne spesielle fysiologiske reaksjonen som gjør blodfobi til en egen kategori blant fobiene, og som gjør at den krever en unik behandling. Dette er den nyeste diagnosen innenfor fobiene; den kom med i DSM så sent som i 1994. En nærliggende differensialdiagnose er panikkangst, der mange pasienter har frykt nettopp for besvimelse som rådende plage. Disse pasientene føler seg ofte svimle når kroppen går inn i alarmreaksjon som følge av angsttanker (Berge og Repål, 2004). Alarmreaksjonen fører ofte til svimmelhet fordi blodstrømmen prioriterer store muskelgrupper fremfor distale deler av kroppen som hendene, føttene og hodet. Samtidig fører den også til blodtrykksøkning, som gjør at pasientene ikke besvimer, selv om de føler seg veldig svimle. Mange av disse pasientene rapporterer at de har besvimt – nærmere utspørring viser at de ikke faktisk har besvimt, men følt at det har vært like før, eller at de har besvimt ved synet av blod, sår eller sprøyter.

## BEHANDLING AV BLODFOBI

Behandlingen er en kombinasjon av eksponering og tillært spenning av kroppen som holder blodtrykket oppe; dette gir svært gode resultater (Craske, Antony og Barlow, 2006). Eldre tilnærminger, for eksempel å se en fobi som et uforløst ødipuskompleks som ubevisst projiseres over på et uskyldig objekt, her blod, gir ikke bedring (Rosenhan og Seligman, 2001).

Behandlingen følger logikken til Joseph Wolpe sin klassiske behandling av

## «Blodfobi på sin side skaper en plutselig senkning av blodtrykket.»

fobier, der eksponering kombineres med avspenningsøvelser. Avspenning mobiliserer det motsatte biologiske systemet av frykt, man skaper parasympatisk aktivering som er inkompatibelt med den sympatiske aktivering og musklære spenning som angst skaper. Personen med fobi kan derfor ikke være engstelig samtidig som han er avslappet. Blodfobi på sin side skaper en plutselig senkning av blodtrykket. Den svenske psykologen Lars Göran Öst fant at dersom man lærer pasienten å holde blodtrykket høyt, så ville det være inkompatibelt med senkningen som fører til besvimelse. Kombinasjon av tillært spenning og eksponering har gitt gode resultater. Senere har også kognitiv restrukturering kommet som tillegg til behandlingen (Thompson, 1999).

### BEHANDLINGSFORLØP

Her følger en oversikt over behandlingsforløpet illustrert med kasuseksempler:

#### *1. Informasjon om blod-, sår- og sprøytefobi*

En forklaring på hvorfor man besvimer, er et viktig i behandlingen. Fra et evolusjonsperspektiv kan man beskrive hva som gjør at det er hensiktsmessig å besvime ved denne typen fobi. Ved blodtap er det viktig for kroppen å senke blodtrykket og besvime for ikke å forblø, mens det ved andre fobier er viktig å øke blodtrykket for å mobilisere muskler til å kjempe mot eller komme seg vekk fra objektet. Det er imperativt å få frem at besvimelse i seg selv ikke er farlig.

#### *2. Kartlegging av utløsende faktorer, negative tanker og trygghetsatferd*

Pasienten fører en uttømmende liste over alle situasjoner og tanker han/hun unngår på grunn av frykt for besvimelse. Dette kan for eksempel være fastlege-/tannlegebesøk, bilder av blod, innslag om ulykker i media, tanker og fantasier om skader, osv. Listen rangeres etter alvorlighetsgrad, slik at man senere kan gjennomføre en gradvis eksponering. Det er viktig å utforske negative tanker om farer ved besvimelse. En fortløpende sjekk av slike forestillinger er nødvendig for at pasienten skal samtykke i eksponeringen. Dersom han/hun for eksempel tror at man kan dø under besvimelse, blir det naturlig nok vanskelig å motivere til å utføre øvelsene.

#### *3. Utfordring av negative tanker*

Klassisk sokratisk utspørring som «hva er det verste som kan skje?» brukes til å få frem katastrofetanker. Overvurdering av farene ved besvimelse, for eksempel hjerteinfarkt og senskader, kan møtes med hjemmelekse om å finne ut faktisk informasjon om temaet. Som ved de fleste angstplager er kunnskap makt også ved denne fobien. Pasienter kan ofte ha katastrofetanker om hvor

pinlig det vil være å besvime i en sosial sammenheng. Her kan spørsmål som «hva ville du sagt om det skjedde noen andre?» brukes. De fleste vil ha en oppfatning av at besvimelse er en ufrivillig, men i noen situasjoner naturlig reaksjon, og ikke sosialt pinlig.

#### *4. Selvstyrt blodtrykksøkning*

Spesifikke øvelser for å holde blodtrykket høyt gjør at pasientene kan bli værende i de fobiske situasjonene uten å besvime. Her understrekes det at det er umulig å ha høyt og lavt blodtrykk samtidig, så ved å gjøre øvelser som holder blodtrykket oppe, kan man ikke besvime. Den vanligste øvelsen er: «Bøy føttene sammen så hardt du klarer, med tærne krøllet inn mot fotsålen, samtidig knytter du nevene alt du makter helt til du ser at knokkene blir hvite, mens du strammer rumpeballene mot hverandre så hardt du kan». Spenningen av disse tre kroppsområdene holdes intenst i fem sekunder, så følger en fem sekunders pause. Dette gjentas tre ganger, og regnes til sammen som en omgang med målrettet spenning (Thompson, 1999). Pasienten og terapeuten øver sammen på denne teknikken først uten tilstedeværelse av fryktede stimuli. Det bør tas forholdsregler for realistiske farer, for eksempel skader under fall. Derfor er det lurt å trene med en medhjelper i begynnelsen av behandlingen, da besvimelse er mer sannsynlig.

#### *5. Eksponering*

I vanlige fobier er eksponering i seg selv tilstrekkelig for å bekjempe fobien. Ved blod-, sår- eller sprøytefobi må eksponering suppleres med den selvstyrt blodtrykksøkningen. For øvrig følger behandlingen de vanlige prinsippene ved systematisk desensivering. Pasienten lager en gradert liste over flest mulig scenarier som skaper angst. Legebesøk som innebærer å ta en sprøyte eller blodprøve, vil ofte stå øverst på lista. De fleste vil synes at å observere når andre personer får en sprøyte, er mindre ubehagelig enn å få en selv, men fortsatt skremmende. Lenger ned på listen kommer det å se på blod eller sprøyter på film, her kan man bruke Internett til å finne slike filmklipp. De fleste vil ha bilder av blod og det å snakke om det nederst på listen. Etter at pasienten er informert om prinsippene ved gradvis eksponering, begynner man nederst på listen. Ofte vil pasientene føle trygghet ved å ha med en bekjent som medhjelper. (For mer om bruk av medhjelper i angstbehandling se kapittel 22, Berge og Repål, 2004.) En pasient hadde en søster som var sykepleier, de gikk til Blodbanken på sykehuset sammen. Her kan kreativiteten få spillerom, en filminteressert pasient så filmer med blod og lignende, blant annet så hun Quentin Tarantino-filmen *Inglorious Bastards* flere ganger som ledd i eksponeringen.

## REFERANSER

- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser*. Oslo: Aschehoug.
- Craske, Antony og Barlow 2006. *Mastering Your Fears and Phobias. Treatments that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. (2007). Stress inoculation training: A preventative and treatment approach. I P. M., Lehrer, R. L., Woolfolk, W. E., Sime (red.), *Principles and practice of stress management* (3. utgave) (ss. 497–516). New York: Guilford Press.
- Rosenhan, D. L. & Seligman, M. E. P. (2001). *Abnormal Psychology*. New York: WW Norton & Company.
- Thompson, A. (1999). Cognitive-behavioural Treatment of Blood-Injury-Injection Phobia: A case Study. *Behaviour Change*, 16, 182–190.
- Öst, L., Fellenius, L. & Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561–574.

## 6. Selvinstruksjoner

Å roe seg selv ned med innøvde setninger er fruktbart i møte med de fleste angstskapende situasjoner (Meichenbaum, 2007). For pasienter med blodfobi kan spesielt selvinstruksjoner som «Jeg har høyt blodtrykk nå, da er de ikke mulig å besvime» være nyttige i den fobiske situasjonen. For noen pasienter faller behovet for selvstyrt blodtrykksøkning bort underveis i eksponeringen og blir erstattet av kun bruk av selvinstruksjonen. Trolig har da blodtrykksøkningen blitt en automatisert respons til den fryktede situasjonen (Thompson, 1999).

## AVSLUTNING

Behandling av blod-, sår- og sprøytefobi kan være potensielt livreddende for pasienter som på grunn av lidelsen unngår viktige medisinske tester og behandlinger. Terapien er lettforståelig, svært effektiv og hjelper fort. ■

# Veiledningsseminaret MCT på norsk, Kristiansand 19.–21. august 2011

GUNVOR LAUNES, BJARNE HANSEN OG AUDUN IRGENS

Masterclass i metakognitiv terapi (MCT) er en meget bra utdanning. Etter fullført masterclass i fjor var vi noen som savnet videre drøfting av MCT på norsk, for å videreutvikle vår praksis med bruk av metoden i det språket vi bruker i terapi. Vi inviterte alle deltakere fra de tre masterclassene som er igangsatt til nå, og 11 terapeuter deltok på et helgeseminar i Kristiansand, i lokalene til DPS Solvang, Sørlandet sykehus.

## FREDAG

Oppstart var satt til fredag kl. 15, slik at alle kunne nøye seg med én fraværsdag fra jobb. Bjarne viste en video hvor pasienten var bedt om å forklare oss om sine problemer, som omfattet symptomer på sosial fobi, tvangslidelse, perfektjonisme og generalisert angstlidelse. Det å be pasienten fortelle bredt om sine problemer ga en annen lærings- og veiledningseffekt enn når vi som vanlig ser utsnitt fra en terapitime, og det kan være nyttig også for det videre terapiforløpet. Kvelden ble avrundet på restauranten Pieder Ro på fiskebrygga.

## LØRDAG

Morgenøkten lørdag gikk til videobasert veiledning på en av Auduns pasienter som led av generalisert angstlidelse. Vi startet med gjennomgang av noen timereferater, noe som ga anledning til å drøfte og prøve ut konkrete MCT-teknikker, blant annet «skyveøvelsen», eller «gliøvelsen», som Audun foretrekker å kalle den, fordi «skyve» kan bli for nær det å skulle få bort en tanke. Slutten av timen demonstrerte verdien av å fremkalle sterk affekt i timen, for så å be pasienten fortelle om noe som opptok henne. Vi fikk se pasienten oppleve et stemningsskifte på under 30 sekunder på grunn av skifte av fokus, og så at det ga henne en skikkelig aha-opplevelse.

I økten etter lunsj beskrev Marit Grande to pasientforløp. Den første pasienten hadde tydelige symptomer på GAD, men også en ugrei oppvekst. Dermed fikk vi drøftet om GAD eller PTSD skulle prioriteres først, eller om tilstandene kan behandles parallelt med MCT. Med den andre fremleggelsen fikk vi en demonstrasjon av hvordan MCT-baserte teknikker kan hjelpe en paranoid psykotisk pasient på vei tilbake i retning av en jobb, uten noen diskusjon av det paranoide innholdet i tankene. Begge deler var meget nyttig læring.

## KULTURELL UTFLUKT

Gunvor hadde skaffet oss billetter til et enmannsteater med Knut Walle i Ny-

Hellesund. En praktfull båttur i ettermiddagssol i et av Norges nydeligste skjærgårdsområder (hvor Bjarne har trådt sine barnesko), jf. Amaldus Nielsens bilde *Morgen i Ny-Hellesund*, ble nok det utenomfaglige høydepunkt for seminaret. Etterpå inviterte Gunvor oss på hytta til god mat, fagprat og vin.

### **SØNDAG**

Søndagens økt ga oss en gjennomgang av en pasient hvor vi måtte sette sammen tiltak for GAD, spesifikk fobi og søvnvansker for en pasient som Carina Sköld la fram. Nettopp det er et godt bilde på nytten av et slikt seminar: at vi kan drøfte hvordan MCT kan legges opp for pasienter som har sammensatte problemer, slik det ofte er i en vanlig poliklinikk.

### **EVALUERING**

Evalueringen viste at deltakerne syntes det var nyttig med drøfting av praktisk bruk av MCT på norsk, og det var et klart ønske om et slikt seminar igjen om et år, med omtrent de samme rammene. Vi trenger et forråd av norske ord og begreper i vår MCT-verden, og vi har godt av å få se og snakke om forskjellige måter MCT kan brukes på. Terskelen for at alle kan delta, blir mindre når det foregår på norsk, og i en mindre gruppe.

Neste seminar bør også inneholde en sekvens med demonstrasjon og øving på teknikker for å godta tanker uten å bry seg om dem (vi har ikke noe helt godt alternativ til uttrykket «detached mindfulness» ennå). Vi ønsker oss en form for deling av tanker og erfaring på nett, både som fellesutsendelser på e-post til alle som er eller har vært med på masterclass om MCT, og som et diskusjonsforum. Erlend Hunstad tok på seg å lage til et slikt forum på Google. Vi har fått vite at det planlegges et liknende seminar også i 2012.

Vi avslutter med et nyord fra Olof Sköld: Farespaning (for «threat monitoring»). ■



## Om å være langtenkt

KOGNITIVE SIDESPRANG

ARNE REPÅL

Forfatteren Georg Johannesen er blitt omtalt som en av de mest talføre nordmenn gjennom tidene. Han kunne være nokså direkte og påståelig. Selv har jeg ikke alltid hatt like lett for å forstå ham. Jeg møtte ham bare en gang. Det var foran en bankautomat som ikke virket. Da var han elskverdigheten selv. Vi var begge enige om at her var det ikke mye å hente.

I boken *Sitater fra femti års muntlig praksis* redigert av Øyvind Rimbereid og Arnfinn Åslund er mange av hans utsagn samlet mellom to permer. Det gir større mulighet for å dvele ved innholdet i det som blir sagt, noe som for meg gjør at budskapet trer tydeligere frem. Mange av ytringene til Johannesen handler om språket og hva vår tenkning gjør med oss.

Det burde således være interessant lesning også for kognitive terapeuter. Ett av mange sitater fra boken er dette:

*Essayet er en metasjanger. Det handler om å stoppe opp og vurdere hva du holder på med. Dersom jeg skriver en avhandling om et emne, så kunne jeg plutselig stoppe midt ute i avhandlingen og si: Men stopp lite grann nå, det har vært et forferdelig vær i dag, og jeg lurer på om jeg skal skrive videre. I det jeg skriver slik, blir jeg essayist. Da har jeg vist at jeg selv er tilstede i teksten, og slik sett nærmer essayet seg lyrikken og fortellingen. Essayet er den viktigste litteraturformen vi har i vårt samfunn. Det er den jeg tror mest på...*

Essayisten er til stede i sin egen tekst slik vi er alle til stede i vår egen tenkning. Tanker er subjektive. Det siste trenger vi imidlertid ikke være oss bevisste om. Det hender ofte vi tar tanker for sannheter uten å undersøke dem nærmere. Et viktig mål for kognitive terapeuter er jo å gjøre klienter oppmerksomme på hvordan de selv bidrar til å utforme sine tanker, og hvilke konsekvenser tenkning kan ha for følelser. Den gode terapeut bestemmer ikke hva som er rett, men gjør oppmerksom på at det kan være verdt å undersøke om det finnes flere «sannheter». Det gjør det ofte. Sitatet ovenfor minner meg om at vi alle er til stede i vår egen tenkning på den måten at vi selv bidrar til å utforme innholdet i tankene, men at det er lett å glemme det.

### GJØR DET VONDT Å TENKE?

Gjør det vondt å tenke, heter en bok om filosofen Arne Næss. Det er en god tittel, og svaret er selvsagt ja, til tider gjør det vondt å tenke. Uvitenhet kan

■ *Sitater fra femti års muntlig praksis*. (2006). Georg Johannesen. Redigert av Øyvind Rimbereid og Arnfinn Åslund. Oslo: Spartacus Forlag AS

«Essayisten er til stede i sin egen tekst...»

noen ganger være et gode. Men det å vite hva som kan være farlig, er også en av våre styrker. Det kan spare oss for mye ubehag. Johannesen beskriver forholdet mellom kunnskap og mot på denne måten:

*Det står hos Platon at mot er evnen til alltid å huske hva som er farlig, i gode så vel som i onde dager, i lyst så vel som i nød. Når barn løper ut i trafikken etter en ball, er de ikke modige, bare dumdristige. Langtenkte folk er derimot modige.*

Det kan være en nyttig påminnelse for oss som terapeuter. Mange av våre pasienter er langtenkte. Altfor langtenkte. Det gjør dem engstelige og fortvilte. Veien ut av uføret krever ofte mer enn hva vi forstår. I alle fall om vi selv hører til de dumdristige. Respekt for motstand mot endring er en viktig terapeutisk egenskap. For den som ønsker å fordype seg i tankevekkende utsagn om det å stille seg kritisk til både egen og andres tenkning, kan boken, *Sitater fra femti års muntlig praksis*, anbefales. ■

# Veiledersamling og inspirasjonskonferanse på Gardermoen

ARNE REPÅL

Mange medlemmer av Norsk Forening for Kognitiv Terapi hadde funnet veien til Gardermoen de første dagene av november. Andre november ble det avholdt veiledersamling, tredje og fjerde november var det Inspirasjonskonferanse med tett program, hvor internasjonale og nasjonale fagpersoner bidro. Årsmøte ble det også plass til. Mange møter til disse samlingene med forventning om både faglig og sosialt påfyll. Ut fra stemningen tror jeg begge deler ble innfridd. NFKT er en stor organisasjon innenfor sitt fagområde, også om vi sammenligner oss med andre europeiske land. Kognitiv terapi har utviklet seg i ulike retninger, og det er en styrke at disse kan samles under en paraply, til slike kraftfulle mønstringer som de gjentakende Inspirasjonskonferansene har utviklet seg til å bli.

## VEILEDERSAMLINGEN

NFKT har nå et relativt stort veilederkorps. Det trengs med alle de utdanningsprogrammene som er i gang rundt omkring i landet. Det har også vært et savn å kunne tilby veiledning til ferdigutdannede terapeuter etter endt utdanning. Årets veiledersamling var formet som en dialogkonferanse med fokus på implementering av kognitiv terapi. Etter en innledning av Knut Taraldsen om hva som skal til for å lykkes med implementering av kognitiv terapi, og tilbakemelding fra en spørreundersøkelse om kognitiv terapi i praksis av Siv Iren Juklestad, var dagen viet gruppearbeid. Forsamlingen var delt i 12 grupper som fikk seg forelagt forskjellige problemstillinger:

1. Hvordan kan NFKTs utdanningers form og innhold styrkes, for å øke muligheten for implementering?
2. Hvordan kan tilrettelegging og organisasjonsmessige rammer, samt de faglige miljøer på arbeidsplassen, styrkes for å øke muligheten for implementering?
3. Hvordan kan veiledningens form og innhold styrkes, for å øke muligheten for implementering?
4. Ivaretar kognitiv terapi på en god nok måte behovene for pasienter og pårørende vi møter i den kliniske hverdag?
5. Identifiser områder eller problemstillinger som det oppleves «fagpolitisk ukorrekt» å drøfte innenfor NFKT. Har du eksempler på situasjoner der du har opplevd rollen som kognitiv terapeut / veileder som en begrensning for arbeidet ditt?

6. Hva trenger veilederne av oppfølging og støtte for å øke muligheten for implementering?

Tilbakemelding fra de ulike arbeidsgruppene ble samlet inn i referatform og vil danne utgangspunkt for videre arbeid i NFKT med utfordringer knyttet til implementering av behandlingsmetoden. Planen er å komme tilbake til denne oppsummeringen i et senere nummer av tidsskriftet.

### INSPIRASJONSKONFERANSEN

Inspirasjonskonferansen samlet nærmere 300 deltakere. Programmet bestod av plenumsforedrag og parallellsesjoner. Hovedforelesere begge dager var Paul Gilbert og Anke Ehlers, begge fra Storbritannia, og Ronald M. Rapee fra Australia.

Paul Gilbert er en av de sentrale utviklerne av kognitiv terapi internasjonalt, og har skrevet en rekke bøker om behandling av psykiske lidelser. Han presenterte en ny form for kognitiv terapi – compassion focused therapy – rettet mot å øke evnen til egenomsorg og selvmedfølelse for personer med mye skamfølelse, selvkritikk og selvforakt. Anke Ehlers foreleste om en modell for kognitiv terapi ved traumer som hun har utviklet sammen med medarbeidere i London. Ronald M. Rapee, professor i Sydney, Australia, er internasjonalt kjent for sitt mangeårige arbeid med angstlidelser hos både barn, ungdom og voksne. Han foreleste om behandling av angst hos barn og unge. Under parallellsesjonene kunne man velge å følge hovedforeleserne videre eller lytte til lokale bidragsyttere med temaer som spente fra kognitiv idrettspsykologi til utveksling av egne erfaringer.



*Inspirerte deltakere.*



*Paul Gilbert og Anke Ehlers*

## ÅRSMØTE OG FESTMIDDAG

Om kvelden tredje november ble det avholdt årsmøte. Beretning og regnskap ble godkjent med noen mindre merknader. Ingen av delene burde gi grobunn for bekymringstenkning. Det ble også vedtatt noen mindre justeringer av vedtektene. Leder Torkil Berge ble valgt for en ny periode. Psykiater Kjetil Horn og psykolog Brit W. Backman takket for seg som styremedlemmer etter verdifull innsats. Godt jobbet! Valgkomiteens innstilling til nytt styre ble vedtatt. Det ble også vedtatt at vararepresentanter fra nå av likestilles med øvrige styremedlemmer. Det nye styret for NFKT består nå av:

Bodil Kråkvik, psykiatrisk sykepleier  
Jan Otterdal, psykiatrisk sykepleier  
Solfrid Raknes, psykolog  
Bjørn Ravneberg, psykiater  
Tone Madland Skeie, psykiater  
Bente Aschim, allmennlege  
Annelise Fredriksen, psykolog

Om kvelden var det festmiddag som ble innledet med musikalsk bidrag fra Norges bluesdronning Rita Engedal. For undertegnede, som kommer med ny bok om sjalusi utpå nyåret, vakte Engedals versjon av sangen «You can have my husband, but please don't mess with my man» av Irma Thomas noen refleksjoner. Kvelden var som vanlig vellykket med en rekke kreative bidrag fra de ulike feststemte bord. Jeg tror de fleste hadde få problemer med å leve i nuet disse kveldstimene. ■



*Avtroppende styremedlemmer Psykiater Kjetil Horn og psykolog Brit W. Backman.*



*Ronald M. Rapee*



## Lederen har ordet

TORKIL BERGE

# Psykodynamisk og kognitiv terapi bør likestilles i psykiaterutdanningen: behov for en åpen debatt

Vår tidligere nestleder Kjetil Horn har innledet en viktig debatt i Tidsskrift for Den norske legeforening. Han fremholder at en spesialistutdanning i psykiatri som ikke inneholder utdanning og praktisk erfaring med kognitiv terapi ikke er faglig optimal. Kravet til veiledning er nå 105 timer, der to av årene (70 timer) skal være psykodynamisk veiledning og ett av årene kan være psykodynamisk, kognitivt eller gruppeterapeutisk fundert. Man kan altså fullføre en utdanning i psykiatri uten å ha psykoterapiveiledning i en kognitiv tilnærming.

I et svar skriver leder i Psykoterapiutvalget og leder i Spesialitetskomiteen at det i utdannelsen bør være en toårig grunnleggende innføring i lege-pasientforholdets dynamikk, og at psykodynamisk teori best ivaretar dette behovet. Her vil fagfeltet være delt i sine synspunkter, og vi etterlyser argumentasjonen: Hva er grunnlaget for å hevde at det kun er veiledere med utdanning i dynamisk terapi som kan gi veiledning i lege-pasientforholdets dynamikk?

Psykoterapiveiledning vil ikke bare ha fokus på lege-pasientrelasjonen, men også være veiledning i gjennomføring av behandling. Utdanningskandidatene i psykiatri må behandle pasienter etter en teoretisk modell, og dermed blir psykoterapiveiledning også en opplæring i en psykodynamisk psykoterapi. Hva er det vitenskapelige grunnlaget for å hevde at denne modellen skal velges framfor kognitiv terapi? Hverken i den svenske eller den danske psykiaterutdanningen har den psykodynamiske tradisjonen en slik særstilling, og kandidatene må lære kognitiv terapi.

Kognitiv terapi er dokumentert effektiv og gir høy grad av pasienttilfredshet, og mange leger finner det inspirerende å lære seg og å utøve denne terapiformen. Norsk Forening for Kognitiv Terapi mener at kognitiv terapi skal være en obligatorisk del av spesialistutdanningen i psykiatri. Det er viktig at psykiatere og leger engasjerer seg i denne debatten i Legetidsskriftet og i alle relevante organer. ■

# PORTUGAL

4.-10. juni 2012

## Uten manual. Kognitive terapeuter i fri dressur

Om terapirollen, selvhjelp og egenomsorg



**ESTORIL:** Hotel Inglaterra, Estoril  
[www.hotelinglaterra.com.pt](http://www.hotelinglaterra.com.pt)  
Flyplass: Lisboa

### Pris pr person:

Doble rom: Kr. 6.290.-  
Enkeltrom: kr 10190

**Kursavgift:** kr 1500

### Flybilletter med SAS/TAP:

Oslo - Lisboa t/r: Kr. 3.500.- pr person  
Lisboa - Trondheim t/r: Kr. 4.400.- pr person  
Fra andre byer på forespørsel

Norsk Forening for Kognitiv terapi har i 2012 lagt den årlige fagsamlingen til Lisboa i Portugal. Sett av tid og begynn å spare! Endelig program vil bli annonsert i neste nummer av tidsskriftet. Som det fremgår av tittelen vil det denne gangen være fokus på terapeutrollen, selvhjelp og egenomsorg.

### Forelesere:

Ingvard Wilhelmsen  
Bjørnar Olsen  
Beathe Winther  
Tom Henning Øvrebø  
Arne Repål

Dersom du alt nå er interessert kan du send epost med navn og kontaktinformasjon til Nina Berg:  
[nina@4seasonstravel.no](mailto:nina@4seasonstravel.no)

Du vil da bli kontaktet når endelig program foreligger. Foreløpig påmelding er ikke bindende.

**RETURADRESSE**

NFKT

Helgelandsmoen Næringspark, bygg 32a  
3512 Hønefoss

**ISSN 1504-3142**



**NORSK FORENING FOR  
KOGNITIV TERAPI**