

# KOGNITIV TERAPI BRUKT I EN UNGDOMMELIG ALLMENNPRAKSIS

AV GUNHILD FELDE

## *Hva er kognitiv terapi?*

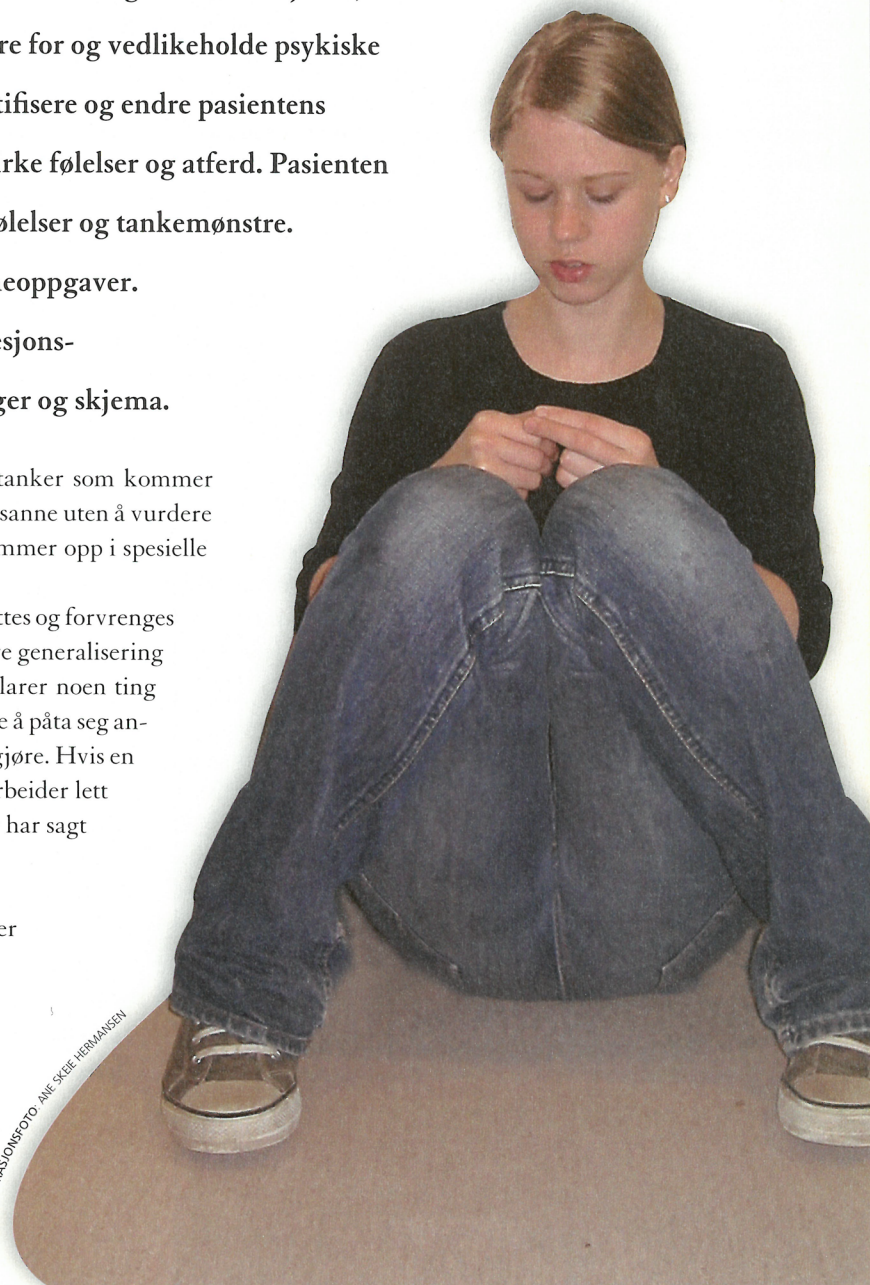
Kognitiv terapi er en forholdsvis ny terapiform sammenlignet med andre retninger innen psykoterapi, som psykodynamisk psykoterapi og atferdsterapi. Utgangspunktet for kognitiv terapi er at innholdet i et menneskes tanker er avgjørende for den følelsesmessige opplevelsen som igjen leder til en bestemt type atferd. «Feiltolkninger» av situasjoner, såkalt dysfunksjonell tenkning, kan disponere for og vedlikeholde psykiske problemer. Behandlingen tar sikte på å identifisere og endre pasientens dysfunksjonelle tenkning og slik kunne påvirke følelser og atferd. Pasienten skal selv delta aktivt for å få tak i sine egne følelser og tankemønstre. Typisk for denne terapien er bruk av hjemmeoppgaver. Sentrale begreper innen den kognitive depresjonsmodellen er automatiske tanker, feiltolkninger og skjema.

- **Automatiske tanker** er pontane forestillinger og tanker som kommer inn i vår bevissthet og som vi oftest aksepterer som sanne uten å vurdere hvor realistiske de er. Disse dukker opp når vi kommer opp i spesielle situasjoner eller er i en spesiell sinnstemning.
- **Feiltolkninger** er måter informasjon kan misoppfattes og forvrenges på. Vanlige feiltolkninger ved depresjoner kan være generalisering ved for eksempel å konkludere med at en ikke klarer noen ting hvis en har gjort en feil. Et annet eksempel kan være å påta seg ansvar for hendelser som ikke har noe med en selv å gjøre. Hvis en kollega er i dårlig humør, kan en deprimeret medarbeider lett tenke: «Hun liker meg ikke, hun er sur på meg, jeg har sagt noe galt.»
- **Skjema** eller leveregler er det pasienten bruker for å tolke og analysere hendelser. Skjemaene uttrykker hvordan vi oppfatter oss selv, andre mennesker og den samhandlingen vi har med dem. Eksempel på skjema er: «Hvis noen kritiserer meg, betyr det at jeg er helt mislykket.»



**Gunhild Felde**, født 1971. Med. embetseksamen 1999 i Oslo. Kandidateksamen Norges Musikkhøgskole 1996. Turnus på Stokmarknes og Lurøy, to år som fastlege på Melbu i Vesterålen, nå ass.lege på medisinsk avd. Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen. Snart tilbake i allmennmedisinen. Ferskt redaktør i Utposten.

ILLUSTRASJONSFOTO: ANNE SEBE HERMANSEN



*Kognitiv terapi kan deles i følgende faser:*

**1. Kartleggingsfase** der man vurderer om pasienten egner seg for kognitiv terapi. Når det gjelder depresjoner blir det generelt sagt at lettere depresjoner egner seg best for denne type tilnærming, ved alvorligere depresjoner er medikamentell behandling bedre.

**2. Valg av problemfokus.** Legen lager her en liste sammen med pasienten over aktuelle problemer og hvilke av dem det skal fokuseres på. Det er viktig å velge ut problemer som det er mulig å endre.

**3. Innføring i hva terapien er,** forklare sammenhengen mellom tanke, følelse og atferd og betydningen av hjemmeoppgavene.

**4. Avdekke dysfunksjonell og irasjonell tenkning** ved å fokusere på situasjoner i pasientens dagligliv. Pasienten får i lekse å registrere tanker og følelser i vanskelige situasjoner og lærer seg ved dette å skille mellom tanker og følelser. Eks: Høre lyd om natten (situasjon), innbrudd (automatisk tanke), angst (følelse), vind (alternativ tanke). Man kan også gjerne be pasienten gradere følelsene på en skala fra 0 til 100. På bakgrunn av den uhensiktsmessige tenkningen man identifiserer, prøver man så å få tak i de underliggende levereglene.

**5. Realitetsteste tenkning og atferd.** Pasienten stilles spørsmål som gjør at de selv kan komme fram til en mer funksjonell konklusjon. Typiske spørsmål kan være: Hva bygger du det på? Kan du se det på en annen måte? Er dette din tolkning?

**6. Kognitiv rekonstruering.** Pasienten skal ved terapeutens hjelp formulere mer hensiktsmessige leveregler og tankemønstre.

**7. Forebygge tilbakefall.** Diskutere problemer som kan oppstå senere og løsning av disse. Tilby time en stund etter avsluttet terapi.

**En typisk oppbygning av en terapitime** er først å sette dagsorden for timen, deretter snakke om hva som har skjedd siden sist, kommentarer fra forrige time og gjennomgang av hjemmeoppgaven. Deretter dagens fokus/problem, ny hjemmeoppgave og tilslutt få en tilbakemelding på dagens time med utbytte og reaksjoner.

*(Dette er bygget på Tone TangenHaug's kapittel om kognitiv terapi i Depresjonshåndboka)*

## Kognitiv terapi i en «ungdommelig» allmennpraksis»

I Siren Hauglands allmennpraksis på Danmarks plass i Bergen er det stort sett ungdommen som fyller venterommet. Haugland jobber dels som fastlege og dels som 1. amanuensis ved Institutt for Samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Hun har et stort engasjement innen ungdomsmedisinen. For tiden er hun opptatt med å skrive og redigere en Håndbok for skolehelsetjenesten, sammen med helsesøster Nina Misvær. Boka retter seg mot alle som interesserer seg for helsefremmende og forebyggende arbeid, og for fastleger som ønsker å gjøre en god jobb for ungdom gjennom et samarbeid med skolehelsetjenesten. Haugland har også erfaring med kognitiv terapi brukt på ungdom.

– Kognitiv terapi egner seg svært godt i allmennpraksis, sier hun. Behandlingen er konkret, målrettet og tidsavgrenset. Som allmennleger kan vi lære oss teknikker på relativt kort tid som vi kan ha stor nytte av. Men vi trenger gode kurs som inneholder praktiske øvelser, det er ikke nok å lære dette i teorien. Teknikken egner seg også godt for oppfølging med praktisk veiledning etter at kurset er avsluttet, og deltakerne har fått litt erfaring med terapiformen. Kognitiv terapi egner seg godt som del av spesialistutdannelsen i allmennmedisin, etter at en har fått noe erfaring med egen praksis, og før andre teknikker blir for innarbeidet i hverdagen.

– *Er det behov for allmennpraktikere som behersker dette?*

– Det er en stor fordel i allmennpraksis å beherske kognitiv terapi! Ved hjelp av denne teknikken kan en ofte hjelpe relativt raskt, med en metode som en selv og de fleste pasientene forstår prinsippene for. For meg er det viktig å kunne si at jeg verken er psykolog eller psykiater, men at jeg kan hjelpe til med å komme ut av fastlåste situasjoner, og sette konkrete mål. Ved hjelp av teknikker fra kognitiv terapi kan jeg hjelpe pasienten til å bli bevisst hva problemet består i, avdekke automatiske tanker og hjelpe til å se alternative tolkninger av en situasjon. I tillegg kan jeg bidra til en realistisk vurdering av hva vi kan gjøre noe med. Ofte kan man komme langt med dette. Jeg har også opplevd at pasienter som har gått i annen terapi i flere år, har bedret sitt funksjonsnivå og sin livskvalitet betydelig i løpet av noen uker med kognitiv terapi i allmennpraksis. Dette kan skje hvis fokuset rettes mot de automatiske tankene. Da vil følelsene automatisk endres tilsvarende. Dette dreier seg altså ikke om «være glad-leken», men å bli bevisst hva som fører til følelser som nedstemthet og angst. Unge som har gått i annen terapi kan være svært godt egnet, fordi de allerede har fått et begrepsapparat for å snakke om psykisk helse.

*Siren Haugland jobber som 1.amanuensis ved Institutt for samfunnsmedisinske fag UiB og i fastlegepraksis på Danmarks plass i Bergen. Skriver for tiden Håndbok for skolehelsetjenesten.*

For andre unge kan det være nødvendig med noen forsamtaler før en kan gå i gang med strukturert kognitiv terapi. Kognitiv terapi kan også være nyttig som supplement til medikamentell behandling, eller i påvente av spesialistbehandling. I en by som Bergen kan ungdom som henvises til psykolog regne med å måtte vente i et år, da er det godt å føle at jeg kan tilby noe i ventetiden.

– *Hvordan er din erfaring med kognitiv terapi brukt på ungdom?*

– Ungdom er godt egnet for kognitiv terapi da det er i disse årene at mønsteret for mange automatiske tanker etableres. Generelt er erfaringen at pasienten må ha en viss motivasjon og en del ressurser for at kognitiv terapi skal lykkes. Jeg har mange studenter i min praksis, og denne gruppen er godt egnet da de er vant med og liker problemløsning, og det å være aktiv i prosessen. Det å få litt hjelp til å sortere tanker og følelser i en krisesituasjon kan sette ungdommen i stand til å løse problemene selv, eller med mindre hjelp, neste gang problemene er der.

Når det gjelder hvilke lidelser teknikken egner seg for, gjelder de samme vurderingene som for voksne. Jeg bruker den mye ved lettere depresjoner og ved angstlidelser, spesielt fobier og sosial angst. Behandlingstiden kan variere, vanligvis avtaler vi mellom fire og ti behandlingstimer (hver på 30 minutter). Det er viktig å ha regi og innhold på timene. Evaluering underveis er også en viktig del av behandlingen. Om ungdommen ikke klarer å følge opp hjemmeleksene kan det være nødvendig å begynne 'på nytt', eller avbryte og gå over til annen behandling som er mindre krevende for pasienten.



Jeg synes det er et mål på allmennlegekontoret å komme ut av «Hvordan har det vært siden sist?»-behandlingen, hvor jeg sier hm, ja og tja, mens pasienten forteller sin historie. Det føles mer tilfredsstillende å kunne gjøre noe mer ut av situasjonen. Som allmennpraktikere blir vi flinke til å sortere problemer, og ofte er det en forventning hos både pasient og lege om at legen skal løse problemet. Med tidspress og betydelig erfaring i hvordan problemer kan løses, blir vi kanskje for ivrige til å forslå løsninger – «kanskje du kan...». I kognitiv terapi er pasienten selv den aktive med legen som strukturert veileder. Dette er i tråd med prinsippene for godt forebyggende og helsefremmende arbeid på individnivå. Tidlig og målrettet terapi kan også hindre at ungdom med mindre problemer taper funksjon og sykeligjøres. Det å få hjelp til å nå et funksjonsnivå hvor en klarer eksamen kan være nok til at ungdommen kan gå videre ved hjelp av egne ressurser.

*Intervjuet av Gunhild Felde*

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på [gunhild.felde@sensewave.com](mailto:gunhild.felde@sensewave.com)

–refleksjon fremfor sutring