

Kognitiv terapi i hverdagen

AV BJØRN LICHTWARCK

Interessen for kognitiv terapi ble for alvor vekket i løpet av et tre-dagers kurs for tre år siden som omhandlet kognitiv terapi ved somatoforme lidelser med Ingvard Wilhelmsen som foreleser-kursleder (hypokonderklinikken i Bergen). Jeg har etter dette drevet en del selvstudium og brukt behandlingsformen noe usystematisk inntil jeg meldte meg på Legeforeningens kurssamlinger: Kognitiv terapi i allmennpraksis. Jeg har det siste året til enhver tid hatt jevnt over fire til seks pasienter som går hos meg i kognitiv terapi ca. hver 14. dag.

Hvordan få dette til i en travel allmennpraksis?

Sett av nok uforstyrret tid

For å lykkes setter jeg av nok tid til hver konsultasjon. Jeg pleier som regel å sette av 40 min., men er nøye med at den tiden skal jeg ha til rådighet dvs. at jeg stor sett alltid bruker 40–45 min. pr. konsultasjon selv om jeg er forsinket av andre grunner. Man kan ikke ha det «travelt» i en slik konsultasjon. Steng av telefoner, og ikke aksepter noen forstyrrelser. I allmennpraksis vil pasientene ofte ønske å ta opp «alle» sine problemer, men det er viktig at en har forklart pasienten på forhånd at måling av blodtrykk, utslettet og celleprøven ikke hører hjemme i terapitimen, men må tas i en separat time.

De første konsultasjonene: utredning viktig – introduser behandlingsformen

Jeg bruker alltid første timen til utredningen dvs. diagnose-setting, og avklaring av problemlisten. Det bør en jo gjøre uansett behandlingsform. Dette gjør jeg på en vanlig 20 min. time, og om vi ikke blir ferdige med det i første time, fortsetter vi i neste «dobbeltime» om ca to uker. I tillegg gir jeg på første time pasienten muntlig og skriftlig informasjon (for eksempel fra NEL) om sykdommen og mulige behandlingsformer, deriblant kognitiv terapi (eget skriv om dette). Jeg gir som regel pasienten i «hjemmelekse» å lese det skriftlige materialet, og å fylle ut BDI (Beck Depression Inventory, selvskåringskala for depresjon) eller BAI (Beck Anxiety Inventory, skala for angst) til neste time. I andre time avklarer vi problemliste og behandlingsform, og hvem som skal være behandler, dvs. om pasienten skal henvises eller gå hos meg, og gjennomgår grundig prinsippene for kognitiv terapi dersom dette velges. Jeg fører en kort journal som vanlig i datasystemet, men har ved siden av en litt mer kladdebokpreget arbeids- og huskeliste for hver pasient, som jeg makulerer når vi avslutter. Pasienten gir jeg alltid en kladdebok for egne notater og for hjemmeoppgavene. Timene er strukturerte og følger en fast mal hver gang i henhold til metoden. Det gjør det lettere å gjennomføre.



Med kognitiv terapi kan allmennlegen bidra til bedre livsmestring.

Hvilke pasienter egner seg best til kognitiv terapi i allmennpraksis?

Som regel tar jeg pasienten tilbake hver 14. dag, og det betyr at en ikke kan ha så mange pasienter til behandling av gangen da timelisten ellers fort vil fylles opp. Jeg har spredt pasientene til ulike dager nettopp for variasjonen sin del. I hovedsak har jeg hatt til behandling pasienter med depresjoner og angstlidelser (panikkangst, sosial fobi og GAD). Jeg har som regel valgt ut pasienter som ikke har hatt for komplekse problemer (store personlighetsforstyrrelser eller store sosiale vansker), og har i stedet henvist disse til spesialisthelsetjenesten.

Egne erfaringer er gode, og det har vært givende for meg som lege (dog ikke økonomisk). Jeg ser at det har gitt mine pasienter et tilbud de ofte ikke ville fått på grunn av lang ventetid ved vårt DPS, og fordi ikke alle ved vårt DPS arbeider systematisk etter denne metoden.

Bjørn Lichtwarck, 49 år, fastlege. Spesialist i allmennmedisin, uteksaminert i 1986 fra Universitet i Tromsø, gruppepraksis (3 leger og turnuslege) ved Sentrum Legegruppe, Mo i Rana. BISTILLING: sykehjemslege og rådgivende lege i kommunens demensteam (til sammen 13 timer pr. uke). LISTESTØRRELSE: 1400. Evt spm. og kommentarer kan sendes til: bjornlic@online.no