



ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER

Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Hva er kognitiv terapi – og kan vi bruke det i allmennpraksis?

AV NILS KOLSTRUP

Kognitiv terapi er en av hovedretningene innenfor psyko-terapi. Den er i de senere år blitt populær fordi den har vel-dokumentert og overlegen god effekt i behandlingen av mange psykiske lidelser. Hovedformålet er å endre følelser og adferd som hemmer pasientens livsutfoldelse. Det sentrale angrepspunkt i terapien er tenkningen – kognisjonen – som gir adferds- og følelsesmessige problemer.



Nils Kolstrup

f 1950. Fastlege ved Skansen Legekontor i Tromsø og førsteamanuensis på Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø. Kognitiv terapeut. Blant mye annet interessert i å videreutvikle pasientkommunikasjon som redskap i allmennpraksis.

Historikk

Terapiformen oppstod i midten av 1960-årene. George Kelly introduserte i 1955 ideen om at vi alle konstruerer en personlig modell av omverdenen. I 1958 introduserte Albert Ellis en rasjonell psykoterapi bygget på å endre de personlige modeller som skapte problemer for pasienter. Aron T. Beck fikk terapiformen til å slå an i midten av 1960-årene. Hans evne til systematisk teoribygging basert på empirisk erfaring og vitenskapelig grundighet og redelighet har siden fundamentalt preget kognitiv terapi.

Kognitiv terapi har blitt gradvis mer populær. De siste ti til tjuårene har interessen for alvor skutt fart.

Basale ideer og begreper

Beck beskriver hvordan han under sine terapitimer la merke til at pasienten hadde både en indre og en ytre dialog. Den indre dialogen påvirket hvordan en pasient reagerte følelsesmessig.

Han postulerte at det skjer en utveksling mellom en persons indre psykiske struktur og omverdenen ved hjelp av psykologiske prosesser. Disse prosesser fører til produkter som omverdenen eller personen selv opplever. Prosessene er dynamiske, basert på summen av fortolkning og persepsjon.

Fortolkningen er ikke objektivt nøytral. Oppfattelsen av omverdenen farges hele tiden av fortolkninger og forventninger basert på tidligere erfaringer. Persepsjonen er også selektiv. Alle velger vi ubevisst ut deler av virkeligheten som på basis av sinnsstemning og tidligere erfaring tillegges særlig betydning og mening.

Problemene oppstår hvis utvelgelsen av virkeligheten og den betydning den tillegges hemmer en persons utfoldelse. Dette skjer i langt de fleste psykiske plager og sykdommer. Den syke har en konstruksjon av sin virkelighet som er basert på forestillinger og tanker som er **dysfunksjonelle**.

Terapien

Terapien går ut på å finne disse dysfunksjonelle tanker og forestillinger. Men hvis man stoppet der – vil ikke terapien virke. Gjennom bevisstgjøring av tankemønstre og ved **konkrete eksperimenter**, forsøker man i terapien å endre forventninger og følelser som knytter seg til persepsjonen av virkeligheten slik at pasienten får det bedre. Disse eksperimentene kan være **adferdseksperimenter**, for eksempel kan man utfordre den fobiske forutsigelse om at «noe aldeles forferdelig skjer hvis jeg kommer nær en hund», ved å eksponere for hunder og så registrere om pasientens forutsigelse stemmer. Tvangsforutsigelsen «jeg vil aldri klare ikke å vaske meg etter å ha tatt i dørhåndtak» kan utfordres ved å ta i dørhåndtak og så se om noe aldeles forferdelig skjer. Angstforestillingen knyttet til hyperventilasjon kan utfordres ved å hyperventilere sammen med pasienten på kontoret og observere hva som skjer. Det kan også være rene **tankeeksperimenter**, «hva vil skje hvis jeg besvimer», og pasienten registrerer så hvilke tanker, følelser og reaksjoner som provoseres frem ved disse tankene.

Angst for trange rom...



ILLUSTRASJONSFOTO: ROBERT REHLEN

De grunnleggende strategier er altså å øke innsikten i destruktive og konstruktive tankeprosesser. Dette gjøres ved å arbeide pedagogisk slik at pasienten får økt mestring og evne til problemløsning. De grunnleggende metoder er analyse og omstrukturering av dysfunksjonelle tankemønstre.

Hver psykisk lidelse har typiske dysfunksjonelle tanker og forestillinger som er basert på spesielle psykiske prosesser – **skjemata**. Fordi behandlingen tilpasses disse skjemata blir selve terapien avhengig av god diagnostikk. Teknikker for behandling av dysfunksjonelle tanker og antagelser ved angst er forskjellig fra teknikker som anvendes ved depresjon, psykotiske tilstander eller rusproblemer. Hvis feil teknikk anvendes kan man forverre den tilstand man ønsker å behandle. Derfor er det påkrevet med en grundig utdanning før man begynner med egentlig terapi.

Forløp av en time i kognitiv terapi

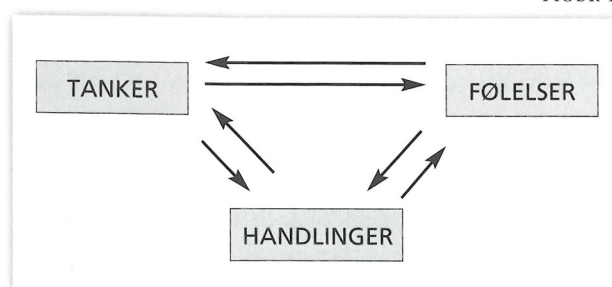
Struktur er svært viktig i kognitiv terapi. Enhver terapitime skal ideelt vare 45 minutter. Den har en fastlagt struktur. Først «**mood check**» – hvordan er humøret i dag. Så «**siden sist**». Hvordan er det gått siden siste møte, har pasienten gjort det som var avtalt. Hvis ikke – hvorfor. Heretter «**selve terapien**». Terapeuten søker sammen med pasienten etter ny viten om prosessene i pasientens forestillingsverden. Terapien kan også omfatte **eksperimenter**. Så fastlegges hvilke bevisstgjørende øvelser eller eksperimenter som pasienten skal jobbe med til neste gang – «**hjemmelektse**». Heretter pasientens evaluering av «**realismen i hjemmelektsen**». Til slutt må pasienten selv gi et **resymé av terapien i dag**.

Sentrale kognitive modeller

Den mest sentrale modellen er enkel (se figur 1). Den postulerer at det er et samspill mellom følelser, handlinger og tanker.

For eksempel kan **tanke** om mindreverd i et selskap gi en **følelse** av avmakt hvorefter man **handler** ved være taus, ingen snakker til en og man får derved bekreftet tanken om mindreverd. Det blir en dysfunksjonell sirkel.

FIGUR 1





...og angst for åpne plasser kan behandles med kognitiv terapi.

Depresjon

Depresjon er karakterisert ved at pasientens dysfunksjonelle tanker domineres av rigide **negative forestillinger** (skjemata) om seg selv, andre og fremtiden. Ut fra disse utvikles dysfunksjonelle antagelser og strategier.

Det skjer en **negativ forvrengning** ved depresjon. Man legger kun merke til det som er negativt (selektiv abstraksjon). Man overgeneraliserer, dvs. man slutter fra en negativ hendelse til mange andre. Handlinger hos andre personaliseres, dvs. andres (negative) handlinger ses som kun rettet mot den deprimerte.

Fobi og angst

Disse kan utvikle seg plutselig, som ved første angstanfall i forbindelse med fobi. De kan også komme gradvis ved vedvarende stress som utvikler mer generalisert angst. Felles er skjemata og dysfunksjonelle antagelser som omhandler ukontrollerbar trussel eller fare. Personen opplever et sterkt ønske om sikkerhet.

Forvrengningene er selektiv abstraksjon mot potensielle farer, katastrofetenkning og personalisering av farer («de rammer meg»). Sikkerhetsadferd og unngåelse forsterker

symptomene fordi pasienten aldri utsetter seg for farene. Typisk tør en person med angst ikke å tenke til ende hva som kan skje. Tankene stopper ved «det verste» evt. «jeg bryter sammen» eller «jeg klarer det ikke». Terapien er diagnosespesifikk og presis diagnostikk derfor er viktig.

Hvor er det best dokumentert effekt

Effekten av kognitiv behandling av angst og depresjon er godt dokumentert. Tidlig behandling av fobier og sosial fobi gir ofte frapperende effekter på kort tid. Effekten på mild til moderat depresjon, med eller uten tilleggsmedisinering, er også veldokumentert. Kognitiv terapi gir også gode resultater ved mange andre psykiske lidelser (1).

Hvordan kan kognitiv terapi brukes i allmennpraksis

Egentlige kognitive terapier

Kognitiv terapi er korttidsterapi, ofte fem til ti terapier à 45 minutter. Fordelen er å komme tidlig inn med effektiv behandling. En allmennlege med utdanning i kognitiv terapi vil kunne samarbeide om pasienter som får kognitiv terapi i annenlinjetjenesten. Dessverre motiverer ikke takstsystemet for slike «lange» konsultasjoner på 45 minutter.

Allmennleger uten utdanning som kognitiv terapeut, men med kjennskap til kognitive teknikker og «knep», vil kunne bruke disse på mange måter.

Teknikker som vi alle kan bruke

Terapiens sentrale teknikker er «**empatisk lytting**» (det kan vi allmennleger), «**sokratisk spørreteknikk**» der terapeuten stiller spørsmål som øker pasienterkjennelse (det krever øvelse), «**eksperimentet**» (mange gode ideer for oss), «**hjemmelekse**» (som skapt for oss allmennleger) og «**evaluering**» (det burde vi alltid gjøre, men glemmer det ofte). For å se om terapien har virket, er en klar «**målformulering**» helt essensiell (det burde vi alltid gjøre).

Kjennskap til tematikken for den indre dialog vil lette forståelsen av pasienter. Når en pasient kommer med et hyperventilasjonstilfelle eller fobi kan man forklare angstens karakteristika og evt. foreta et kontrollert eksperiment og derved ufarliggjøre symptomene før de blir et problem.

Legen vil kunne forklare depresjonens ensidige negative fokusering og i en tidlig fase alminneliggjøre symptomene og derved lette en følelse av ensom desperasjon og håpløshet.

Kartlegging av den indre dialog og rådgiving ved problemer med røykeslutt, slanking og misbruk av smertestillende preparater krever ikke utdanning som kognitiv terapeut. Ved smertetilstander, hypokondri og kroniske sykdommer er det verdifullt å penetrere pasientenes indre dialog og prøve å endre pasientens fokus.

Gode knep fra kognitiv terapi

Noen «knep» er gode å kjenne til. **Normalisering** dvs. alminneliggjøring av psykiske symptomer, trøster ofte pasientene, fordi de ikke lengre føler seg aleine med sine «sære» forestillinger eller symptomer. **Hjemmelekser** kan brukes mer aktivt i konsultasjonsforløp. **Skriftliggjøring** og repetisjon ved bruk av **huskekort** som styrking av beslutninger kan brukes i mange situasjoner, for eksempel ved forsøk på reduksjon av smertestillende preparater, røykeslutt, slanking eller oppnåelse av bedre compliance. Felles vurdering av **gjennomførbarhet av plan** samt **pasientresymé** av konsultasjon kan brukes mer. **Målsetnings skjemaer** med klare delmål (trappeskjema) vil kunne avklare hvor man er i en behandling. **Aktivitetsregistreringer** vil hjelpe mange deprimerte til å innse at de faktisk gjør noe.

Hvordan kan man utdanne seg i kognitiv terapi

Hvis en allmennlege ønsker å utdanne seg til kognitiv terapeut kan det gjøres ved å delta i Grunnkurs i Kognitiv Terapi for leger og psykologer. Kurset består av ti samlinger à to dager og 56 timers veiledning over en periode på to år. Veiledningen tar utgangspunkt i deltakernes egne videoer. Etter en eksamen kan man kalle seg kognitiv terapeut.

Legeforeningen avslutter sommeren 2008 et omfattende kurs i kognitiv terapi for allmennleger. Kurset består av seks samlinger à 15 timer samt gruppeundervisning med fem til åtte deltakere som diskuterer terapivideoer. Basert på erfaringene fra dette kurset tar Legeforeningen sikte på å utvikle innføringskurs i samarbeid med lokale distriktpsyrkatiske sentre og allmennleger. I tillegg planlegger Legeforeningen en rekke kortere kurs som gir en innføring i kognitive teknikker. Det vises til kurskatalogen.

Nyttig litteratur

- Mørch, M.M. og Rosenberg N.K. (red.) (2005). *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag. Dette er en god og grundig innføring i kognitiv terapi med mange gode litteraturhenvisninger. Kanskje litt for avansert for en nybegynner.
- Willson R. og Branch R. (2006). *Cognitive Behavioural Therapy For Dummies*. Chichester, England: J Wiley and Sons Ltd.. Selvhjelpsbok, lettlest. Masse gode ideer og «knep» for den som ønsker å få et begrep om kognitiv terapi.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guildford Press. Nybegynnerklassikeren. Elegant innføring.
- Berge og Repål har skrevet flere gode bøker om kognitiv terapi. De jeg bruker mest er:
 - Berge T. og Repål A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag. God lettlest innføring både for leger og pårørende.
 - Berge T. og Repål A. (2004). *Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Oslo. Aschehoug. En av klassikerne, den anbefaler jeg til alle mine pasienter som strir med angst.
- Fenell M. (2007). *Å bekjempe lav selvfølelse. En selvhjelpsguide basert på kognitiv terapi*. Oslo. Tapir Akademisk Forlag. Bra bok, tro mot prinsippene i kognitiv terapi. Jeg anbefaler de lett til moderat deprimerte pasienter å lese den i forbindelse med mine terapier.
- Oestric I.H. og Kolstrup N. (2005). *Kognitiv terapi i legepraksis. En manual for læger*. København: Dansk Psykologisk Forlag. Ganske OK hvis man ønsker en innføring i kognitiv terapi.
- I erkjennelse av at kognitiv terapi er et godt redskap i allmennpraksis har det danske *Månedsskrift for praktisk lægegerning* fra sommer 2007 og et år frem en rekke gode artikler om kognitiv terapi.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: nils.kolstrup@ism.uit.no