

Erfaringer med kognitiv terapi

Kognitiv terapi (KT) er en terapiform som en del allmennpraktikere etter hvert har begynt å ta i bruk. Som Jon Aga beskriver, er det nylig gjennomført et kurs med veileder fra Moss DPS, der flere fastleger i området har deltatt. Vi har bedt tre kolleger som har deltatt i kurs og veiledningsgruppe i KT om å besvare noen spørsmål, for å få vite mer om deres erfaring med metoden.



Trine Haug

PRESENTASJON:

42 år, studerte medisin i Tromsø, avsluttet i 1999. Turnustjeneste i Moss. Egen praksis i Moss legegruppe fra 2004. Tilsynslege i Moss fengsel. Jobbet ett år i akuttpsykiatrien ved sykehuset Østfold i 2007/2008. I gang med å starte et nytt legesenter på Jeløya i Moss sammen med 4 andre kolleger.

SVAR:

1) Det viktigste med kurset for meg var å få inspirasjon til å lære meg kognitiv terapi. Det var utrolig inspirerende å høre hvordan man kan behandle vanlige psykiske lidelser med relativt enkle teknikker og noe øvelse. Jeg fikk troen på at også jeg, som allmennpraktiker, kunne bidra med noe mer enn å være en god lytter.

2) Jeg oppdager stadig hvordan jeg kan bruke noen av elementene i KT også i vanlige konsultasjoner, for eksempel når pasienter har uhensiktsmessige forestillinger om medisiner og bivirkninger. Et annet eksempel var en pasient som mente: «jeg må ha perfekt kropp for å finne en kjæreste». Her ville jeg tidligere ha forsøkt å motargumentere. I dag kan jeg spørre pasienten «hvor sikker er du på at det er riktig?», «hvilke bevis har du på det?», «kjenner du noen som har opplevd det motsatte?» osv. Når pasienten må svare, kommer tvilen, som igjen gir grobunn for endring av tankemønsteret.



Pål Innset

PRESENTASJON:

Cand.med. Trondheim 1982. Spesialist allmennmedisin Sverige 1991. Kommuneoverlege i Sarpsborg 2000-2003. Fra 2003 fastlege i 3-legepraksis i Moss.

SVAR:

1) Jeg har fått innblikk i en systematisk metode som kan hjelpe pasienter ut av problemer der mitt eneste

Spørsmål:

- 1) Hva er det viktigste du har lært gjennom utdanningen i KT?
- 2) Har KT forandret din måte å gjennomføre konsultasjoner/pasientmøter på? I så fall, hvordan?
- 3) Hvilke reaksjoner får du fra pasientene?
- 4) Vil du anbefale kolleger å ta KT-kurs? Hvorfor?
- 5) Har du opplevd at KT-utdanningen som et samarbeid mellom fastleger og lokalt DPS har gitt noen andre fordeler, for eksempel med et tettere samarbeid med DPS?

3) Jeg har opplevd et par skeptiske pasienter, men de fleste er positive og fornøyde med å få tilbud om behandling uten å måtte vente. Fordelen ved at pasientene kjenner meg fra før er åpenbar, de føler seg trygge før terapien kommer i gang. Jeg er også overrasket over hvor fort pasientene aksepterer at de selv må gjøre den viktigste jobben, jo mer de øver, jo fortere blir de bedre.

4) Jeg snakker varmt om KT til mine kolleger, selv om KT nok ikke passer for alle. Det er en fordel å være interessert i psykiatri. For meg handler det også om å ha lært meg noe nytt og spennende som samtidig er nyttig å kunne. Det kan være slitsomt og deprimerende å høre en pasient fortelle sin triste historie igjen og igjen. Nå kan jeg tilby pasienten en behandling der hun/han tvinges til å se fremover, og aktiveres i behandlingen. Eller jeg kan fortsette med «støttesamtaler», men ha en mer aktiv rolle, stille spørsmål på en ny måte som krever refleksjon hos pasienten, og som gjør konsultasjonen mer spennende. Man skal imidlertid være klar over at KT i allmennpraksis er tidkrevende og beslaglegger en del av timeboka. Det svarer seg heller ikke økonomisk.

5) Kanskje henvisningene mine blir vektlagt noe mer enn før, siden de pasientene jeg nå henviser til DPS alle får tilbud om behandling.

bidrag før var støttesamtaler og medikamenter. Den endring som virker, er den endring som pasienten tror på og forstår logikken i. Jeg har blitt flinkere til å analysere problemer (sammen med pasienten!) og besitter nå noen redskaper som kan gjøre det mulig å få til en endring som minsker problemene.

2) Jeg har blitt mer bevisst viktigheten av å starte med å klargjøre en agenda for timen og å gjøre oppsummeringer. En agenda gir en struktur som lege og pasienten er enige om. Det er en nyttig øvelse både for meg og for pasienten. Oppsummeringer for å sjekke ut om lege og pasienten «er på samme planet», mener jeg er helt essensielt, også ved rent somatiske problemstillinger.

Angst har blitt mye mer spennende og håndgripelig for meg når jeg forsøker å gå systematisk gjennom dette ut fra modellen situasjon-tanke-følelse-handling sammen med pasienten. Aha-opplevelsen kan komme veldig fort! Jeg «kjøper» ikke alltid pasientens forklaringsmodell lenger, og har blitt mer aktiv i forhold til å utfordre pasienten på alternative muligheter. Dette er kanskje den viktigste personlige gevinsten: Jeg blir mye sjeldnere en container for pasientens problemer, men kan sende dem tilbake til pasienten når hun/han med på veien får et endringspotensial å fundere videre på eller aller helst en konkret arbeidsoppgave til neste gang!

3) De fleste pasienter synes dette virker tiltalende og fornøytig. Jeg pleier å presentere den kognitive modellen svært

kortfattet der jeg tror det kan være nyttig og anbefaler pasientene å sette seg litt inn i det gjennom lesing før vi eventuelt bestemmer oss for å prøve å gå dypere inn i det. Jeg har opplevd pasienter som da kommer tilbake etter to måneder og stort sett har løst problemet selv.

4) Det må kolleger unne seg! Jeg tror alle allmennpraktikere bruker brokker av dette i sin hverdag, men det å forsøke og forstå mer og å bruke det systematisk, åpner nye muligheter. Kognitiv terapi er selvfølgelig ikke sesam-sesam for alle, men jeg opplever at veldig mange pasienter har nytte av det. Jeg tror kurs i kognitiv terapi også er god medisin for legen, spesielt hvis du etter en lang dag på kontoret føler deg som en container for all verdens elendighet.

5) Jeg sogner til et DPS som på forhånd hadde jobbet godt med samarbeidet med fastlegene, men det er åpenbart at det å sitte i en veiledningssituasjon med folk fra ditt lokale DPS gjør samarbeidet både tettere og bedre. Vi vet etter hvert ganske mye om hverandres muligheter og begrensninger!



Asbjørn Ernø

PRESENTASJON:

Født i 1961. Utdannet i Ulm, Tyskland, ferdig i 1990. Har jobbet snart 20 år som lege, hvorav 10 år på sykehus. Spesialist i pediatri 1997, et fag jeg trives svært godt med. Imidlertid lot sykehusjobbing og pendling seg ikke forene med familie, små barn og en kone som også arbeidet turnus. Jeg har også alltid sett allmennmedisin som et interessant yrkesvalg, og da jeg fikk tilbud om å overta en praksis i Rygge i 2001, slo jeg til.

Siden har jeg jobbet i denne praksisen – Varna Legesenter – og ble spesialist i allmennmedisin i 2005. Dette er en svært samkjørt praksis, hvor alle har like lange lister (1000 pasienter), like store innbetalinger til drift, felles personale etc.

SVAR:

1) Jeg har noe mer å tilby pasienter med psykiske lidelser, særlig de med angst og depresjon. I stedet for empatisk lytting og støttesamtaler, kan jeg tilby en strukturert og konkretisert terapiform, som faktisk hjelper dem fremover, til egenbehandling og egenutvikling. Terapien har et mye større fokus på nåtid og fremtid, fremfor å dvele for mye ved fortiden og ved hendelser, eventuelt traumatiske hendelser, som man ikke lenger kan få forandret. Terapien har fokus på å forandre egne tankemønstre i en givende og positiv retning. Jeg har også blitt mer oppmerksom på aktivisering og sosialisering som en nødvendig del av behandlingen av for eksempel depresjon, for å kunne bryte ute av onde sirkler og negative spiraler. Dette settes i system i en kombinasjon av kognitiv terapi og atferdsterapi. Dessuten er KT en terapiform hvor noe av det vesentligste skal foregå mellom konsultasjonene. Ansvar for bedring legges i svært stor

grad på pasienten, og det blir en slags opplæring i egenomsorg.

I tillegg har KT-utdanningen gjort noe med min egen måte å tenke og forholde meg til andre på i mellommenneskelige relasjoner. Jeg prøver på en måte hele tiden å se muligheter for å tolke hendelser på en mer positiv måte, både hos meg selv og hos andre. Dette gjøres uten å belære andre, ved å invitere til refleksjon over egne holdninger og tanker.

2) Jeg har nå satt av et par timer i uken hvor jeg har pasienter i kognitiv terapi. Jeg forsøker å gjennomføre konsultasjoner på 45–60 minutter. I disse timene forsøker jeg å ha en agenda: oppsummering fra forrige time, hva har skjedd siden sist, gjennomgang av hjemmeoppgaver, nye hendelser, nye hjemmeoppgaver og oppsummering av timen. Imidlertid bruker jeg også kognitiv terapi i andre konsultasjoner, som nye innfallsvinkler for pasienten og meg selv, uten at det er spesielt strukturert. Det kan være bare enkelte momenter fra KT, for å prøve å få pasienten til å se sine noe fastlåste tanker fra en ny innfallsvinkel. Dette er også nyttig hos de pasientene jeg tidligere har følt jeg ikke kommer noen vei med, de som jeg på en måte «har gitt opp» – de såkalte «hearthsink»-pasientene.

3) De klart fleste er positive til å prøve denne terapiformen, og av de jeg har behandlet har kanskje tre fjerdedeler profitert på behandlingen. Flere synes det har vært til stor hjelp. Spørsmålene kan av og til konfrontere pasientens egne tanker og hold-

ninger, slik at en skulle tro at flere ville reagere negativt, men dette går fint så lenge en har en empatisk tilnærming. De fleste setter pris på å måtte se på problemene sine med nye øyne.

4) Ja! KT vil gi deg et nytt instrument for å behandle pasienter med en mer aktiv tilnærming, som også har effekt. Du vil kunne møte pasientene på en annen måte, også de pasientene du oppfatter som «vanskelige», de såkalte «heartsink»-pasientene. KT vil kunne gi ny inspirasjon hvis en av og til føler at en kommer til kort overfor en del pasientgrupper i en travel allmennpraksis.

5) De faste veiledningsmøtene mellom allmennpraktiserende leger, som følger denne videreutdanningen, og DPS i Mossregionen, har klart ført til bedre samarbeid. Vi har i vår gruppe bestemt oss for å videreføre denne veiledningsgruppen også etter at selve utdanningen er avsluttet. Jeg anser dette som svært viktig for å opprettholde og videreutvikle den lærdommen vi har tilegnet oss gjennom utdanningen. Uten en viss opprettholdelse av lærdommen, er jeg redd mye kan forsvinne i travelheten.

Kurs i kognitiv terapi

– bedre behandling og bedre samhandling

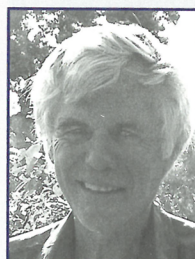
AV JON AGA

Kognitiv terapi (KT) har god dokumentasjon som en nyttig psykoterapeutisk metode for mange psykiske lidelser. Mange fastleger har over tid, gjennom en pragmatisk holdning til disse pasientene, utviklet ferdigheter som er viktige delkomponenter i KT.

Grunnleggende i KT er forståelsen av at det som skaper og/eller vedlikeholder den psykiske smerten ikke nødvendigvis bare er de krenkelser et menneske har opplevd, men like mye de tankemønstre som blir aktivert. Eksempler på negative tanker kan være: «jeg er ikke verdt noe», «livet er meningsløst», «alt er håpløst», «jeg får ingen ting til», «alt er farlig». Slike negative automatiske tanker er det i KT sentralt å identifisere og reflektere over sannheten i, for deretter å søke etter alternative måter å forstå det smertefulle på, som gir håp og muligheter for forandring.

Selv om KT i utgangspunktet var en strukturert korttids-terapi i andrelinjetjenesten, hvor behandlerne har en lengre formalisert utdanning, er det flere steder i utlandet, og etter hvert også i Norge, fastleger som har skaffet seg kompetanse og bruker tilnærmingen i sin legepraksis.

Gjennom Legeforeningen er det nå to kull fastleger som har gjennomgått et introduksjonskurs med flere samlinger over et og et halvt år. Etter å ha deltatt på det første kurset har jeg erfart at KT er vitaliserende for legen og gir mindre slitenhet, tretthet og uopplagthet. Jeg har sluttet å være container for pasientens smerte. Nå er det dialogen som gjelder:



Jon Aga

66 år, allmennlege på samme legekonsultasjon i Rygge i 35 år, med fire 1-års avbrekk, dels for å arbeide i psykiatrien og dels for å seile av gårde på de store hav.

- KT gir en struktur i måten å møte komplekse psykologiske og kroppslige problemer på.
- KT oppmuntrer pasienten til å være nysgjerrig, ta ansvar for forståelsen og mestringen av sine problemer.
- KT forbedrer relasjonen mellom fastlege og pasient. Metoden inviterer til et samarbeid om å se bak symptomene, se sammenhengene i livet og søke nye forståelsesformer.

Min bruk av KT handler mye om situasjonsanalyser. Livet er en kjede av øyeblikk, av situasjoner. Når pasienten presenterer sitt problem inviterer jeg pasienten til å beskrive en nylig opplevd situasjon hvor pasientens problem var sterkt tilstede. Hva skjedde, når, hvor, hvordan? Hva følte du, tenkte du, hvordan tolket du situasjonen, hva gjorde du? Disse forskjellige elementene tegner jeg inn i en sirkel for å anskueliggjøre hvordan disse elementene henger sammen.

Det fundamentale i KT er at måten å tenke og tolke en situasjon på, påvirker følelsene og atferden. Pasienter med depresjon eller angst, tenderer til å ha negative, selvkritiske