



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 tjuen årene 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 BRÄNN

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

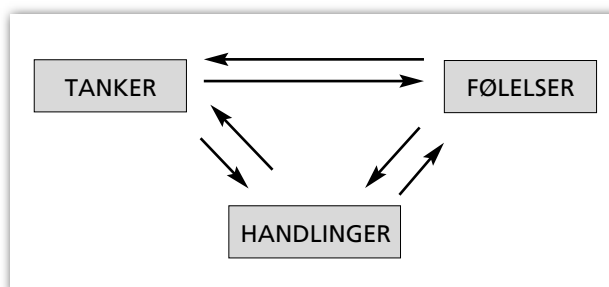
Struktur er svært viktig i kognitiv terapi. Enhver terapitime skal ideelt være 45 minutter. Den har en fastlagt struktur. Først **«mood check»** – hvordan er humøret i dag. Så **«siden sist»**. Hvordan er det gått siden siste møte, har pasienten gjort det som var avtalt. Hvis ikke – hvorfor. Heretter **«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 – **«hjemmelekse»**. Heretter pasientens evaluering av **«realismen i hjemmelekse»**. 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 hyperventilasjonsstilfelle 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 distriktpsychiatriske 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 mestrings 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 lægepraksis. 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

Sokratiske spørsmål

Ved å stille gode spørsmål kan vi få ny informasjon, vurdere ideer og lage nye.

Å stille spørsmål som er tenkt spesielt for å stimulere andres læring kalles *sokratiske spørsmål*, etter Sokrates i det antikke Hellas.

Sokratiske spørsmål krever at du lytter mye og nøye til den andre. Det vil hjelpe deg å vurdere deres behov og å formulere dine spørsmål på en hjelpsom, konstruktiv og forhåpentligvis ikke-konfronterende måte. De kan være et middel for å hjelpe andre til å reflektere.

Noen eksempler:

KLARGJØRENDE SPØRSMÅL

Hva mener du når du sier _____?

La meg se om jeg har forstått deg riktig; mener du at _____ eller _____?

Hvordan kobler du dette til vår diskusjon?

Nina, kan du summere i egne ord det Tom sa?

...Tom, er det dette du mener?

Kan du gi meg et eksempel?

SPØRSMÅL SOM TESTER ANTAGELSER

Hva er det du antar her?

Hva skulle vi anta i stedet?

Hele resonnetet ditt bygger på tanken om at _____.

Hvorfor begrunner du resonnetet ditt med _____ i stedet for _____?

Det virker som om du går ut fra at _____.

Hvordan forsvarer du at du tar det for gitt?

Er det alltid slik? Hvorfor tror du denne antagelsen gjelder her?

SPØRSMÅL SOM TESTER ÅRSAK OG BEVIS

Kan du forklare dine begrunnelser til oss?

Fins det noen grunn til å tvile på dette beviset?

Hva ville du sagt til noen som sa at _____?

Hvordan har du resonnetert for

å komme til den konklusjonen?

Hvordan kan vi finne ut om dette er sant?

SPØRSMÅL OM SYNSPUNKT OG PERSPEKTIV

Hva vil du si med det?

Men, om det skulle skje, hva ellers vil da skje? Hvorfor?

Hvilken effekt vil det få?

Vil det nødvendigvis skje eller bare muligens?

Hva slags alternativer fins?

SPØRSMÅL SOM TESTER IMPLIKASJONER OG KONSEKVENSER

Hvordan kan vi finne det ut?

Ville _____ stilt dette spørsmålet på en annen måte?

Er dette spørsmålet lett eller vanskelig å svare på?

Hvorfor?

Er dette det viktigste spørsmålet, eller ligger det et viktigere spørsmål bak?

Kan du se hvordan dette kanskje kan relateres til _____?

Spørsmålene er hentet fra internett: <http://moodle.math.ntnu.no> og er inspirert av Paul, R. (1993). *Critical Thinking: How To Prepare Students for a Rapidly Changing World*: Foundation for Critical Thinking, Santa Rosa, CA.

Kognitiv terapi – en kasuistikk

AV BENTE ASCHIM

Trine er 15 år. Både hun og mor er pasienter på min liste. Foreldrene ble skilt for noen år siden, det har vært et konfliktfylt foreldreforhold. Trine har alltid hatt et nært forhold til moren, men nå er hun i opposisjon, og hun føler seg ikke hjemme hos far i hans nyetablerte familie. Helsesøster er bekymret, Trine gjør dårligere arbeid på skolen. Trine er henvist videre til psykolog og har gått der, delvis sammen med mor. Alt dette kjenner jeg til gjennom mor.

Trine har problemer med smerter og ubehag i brystet, og oppsøker meg som fastlege. Hun trener med jogging og har opplevd at hun har hatt anfall hvor hun har stoppet opp fordi hun ikke får puste. Når vi utforsker tankene hennes ved sokratiske samtale, kommer det frem at hun tror det er noe i veien med hjertet og at hun kan komme til å dø. Jeg gjør en somatisk utredning, hun er frisk. Så gjennomgår vi hva som skjer ved panikkanfall. Når hun ser listen over symptomer ved panikkanfall kjenner hun seg igjen, men hun tror ikke egentlig på det.

Etter to konsultasjoner hos meg er hun villig til å gjøre en hjemmelektur: hun skal forsøke å jogge igjen. Hun har en god venninne som hun tør å fortelle om sitt problem til, og de avtaler å jogge sammen. Planen er at hun skal fortsette å jogge selv etter at hun får smerter og tror hun skal dø. Venninnen er med som en sikring hvis det skulle skje noe. Trine får ikke noe kraftig anfall denne gangen, bare litt ubehag. Det er ikke noe vanskelig å løpe videre. Etterpå er hun fornøyd med at hun har gjennomført, og gir meg nesten rett i at dette er et angstanfall.

Vi har ikke snakket om forholdene hjemme før dette. Men hun har fått tiltro til meg og vi har etablert en gjensidig respekt. Vi har noen samtaler om hvilke strategier hun kan bruke i forhold til foreldrene for å markere sine egne behov i konflikten mellom dem.

Min konklusjon: mange unge mennesker er lett tilgjengelige for en kognitiv tenkemåte. Det er greit å starte med en avgrenset problemstilling som her. Trine fikk en opplevelse av å messtre og var en sidestilt partner i denne tilnærmingen. Hun fikk også et tillitsforhold til et voksent menneske med taushetsplikt som hun bruker som samtalepartner når hun har behov for det.

Bente Aschim, 54 år. Fastlege for 1200 i Oslo, spesialist og veileder i allmennmedisin. Har gjennomført toårig innføringskurs i kognitiv terapi og har tatt initiativ til, og vært med å arrangere kurs i kognitiv terapi for allmennleger. Evt spm. og kommentarer kan sendes til: bentema@online.no

Erfaringer med kognitiv terapi i allmennpraksis

AV ARNE GOTTEBERG

Prinsipper fra kognitiv terapi (KT) har jeg brukt lenge uten å vite det! Der symptomer og sykdom burde kunne mestres på en mer hensiktsmessig måte, har jeg tatt opp tanker og følelser pasientene går med for å endre fortolkning, fokus og adferd.

Samtalen er for meg et virkemiddel til livsmestring. KT bruker jeg helst hos «gjengangere». Eksempler er noen typer kronikere, «vanskelige» pasienter, smertepasienter, mennesker med depresjon og/eller angst, f.eks. «helseangst» og psykosomatiske plager.

Når somatisk utredning/behandling ikke fører fram, introduserer jeg gradvis prinsipper fra KT som en alternativ vei å gå. Jeg sier kanskje at «med så krevende sykdom som du har, må vi gå på to eller flere veier samtidig». Det er min erfaring at presset på somatisk utredning avtar hos disse pasientkategoriene ved samtidig KT-tilnærming. Pasientene virker tilfredse over at jeg ikke «forlater dem» når somatikken kommer til kort og er trygge på at jeg ivaretar somatisk utredning godt nok videre. For meg er det ikke noe «enten-eller», men en «både-og» tilnærming. Det er ikke noen brå og unaturlig overgang fra ordinær allmennmedisin til kognitiv terapi i allmennpraksis. Det er to sider av samme sak. Her mener jeg allmennpraktikeren har et viktig fortrinn.

Grunnet press på to kurative dager prøver jeg å bruke gjentatte, enkle prinsipper fra KT innen rammene for vanlige konsultasjoner på 20 minutter. Jeg setter gjerne opp timen på slutten av dagen. Bare unntaksvis setter jeg opp dobbelttime.

Pasienten og jeg utarbeider en stikkordspreget **problemliste**. Problemene kan være mange, for eksempel en dysfunksjon eller et (psykosomatisk) symptom. Sammen med pasienten defineres ett til to av de viktigste problemene.

Pasienten tenker ut en helt **konkret situasjon** de siste 14 dager hvor problemet/symptomet var på det aller verste («Du sier at du har problemer og fungerer dårlig når du har slike plager/symptomer. Kan du gi meg et eksempel på en slik si-

tuasjon?»). Vi tar så fatt i den helt konkrete situasjonen som pasienten husker godt. Samtalen går videre etter et såkalt **ABC-skjema** (se figur 1). Eksempel på dette har jeg lagt inn i datamaskinen og skriver det ut på et A4-ark som pasienten og jeg bruker flittig. I KT gjør vi bruk av mye notering.

For å avdekke **automatiske tanker** bruker jeg sokratiske (undrende) utspørring. Dette krever litt trening. Et utvalg av slike nøkkelspørsmål har jeg liggende i datamaskinen (red anm: se også faktarammen på side 11).

Vi bruker mye tid på å få fram **alternative tanker/fortolkninger** hos pasienten (om f.eks. symptomet eller situasjonen) og om der er **alternativ** og **mer hensiktsmessig adferd** enn det rådende (feil-) mønster. Dette er viktig endringslæring for pasienten.

Andre tiltak er å **teste evidens**: Sette opp en tabell over hva som taler for og hva taler mot at tanken/den automatiske tanken er sann/ikke sann. Vi graderer sannhetsverdien av de automatiske tankene før og etter samtalen/testen. Problemet blir gjerne langt mindre fryktingytende etter samtalen. Pasientene får **hjemmelekse**. Det kan være å sette opp en ABC-tabell som nedenfor og ta den med til neste time. Annen hjemmelekse kan være å teste ut alternativ adferd til den uhensiktsmessige adferden som vi sammen har avdekket. (F.eks. la være å telle pulsen eller la være å ringe legen ved palpitasjoner.)

Konklusjon

Etter min erfaring er KT et meget nyttig hjelpemiddel innenfor allmennmedisin. Utdanning i KT burde være obligatorisk for allmennleger. Det er tilfredsstillende å oppleve at pasientene tar mer kontroll over eget liv. Lege-pasientforholdet blir styrket gjennom den likeverdige samtale og tilnærming som KT er.

Arne Gotteberg, 59 år. Kommuneoverlege og helsesjef i Volda i 60% stilling. Fastlege ved Volda Legesenter for 600 pasienter 2 dager i uken. «Landsbylege» i Volda med et par avbrudd siden 1980. Evt spm. og kommentarer kan sendes til: a-go@online.no

FIGUR 1

Situasjon —	→	Tanke Automatisk tanke (AT) ↔	→	Atferd Handling —
		Alternative tanker Alternative fortolkninger —		Alternativ atferd Alternative handlinger —

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, utslattet 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. diagnosesetting, 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 allmenlegen 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