

Forfatter: Mette Hallberg - Spesialist i klinisk psykologi

Kognitiv terapi som metode bør ikke bare være forbeholdt psykologer og leger.

Utdanning i kognitiv terapi (KT) for sykepleiere har blitt langt mer utbredt de senere år. Noen steder arrangeres kurs som både psykologer, leger og sykepleiere (eller andre med tilsvarende utdannelse) kan delta på, mens andre skiller mellom ulike yrkesgrupper i undervisningen.

Høyskolene har begynt å etterspørre undervisning i kognitive forståelsesformer og terapi, spesielt på den tverrfaglige utdanningen i psykisk helse. Også på bachelor-studiet har flere læresteder begynt å orientere seg bort fra den psykoanalytiske/dynamiske forståelsen som har preget deres pensum og undervisning i utviklingspsykologi og psykologi/psykiatri.

Kvalitetspris

Vi har drevet et 5-modulskurs for psykiatriske sykepleiere, og vår erfaring er at det på svært mange avdelinger nå er økende interesse for denne behandlingsformen.

Forespørsler om veiledning og undervisning fra DPS-er og psykiatriske avdelinger har økt den senere tid. Erfaringen både fra denne type veiledning og våre undervisningsgrupper er at dette er et perspektiv og en måte å jobbe på som passer utmerket for sykepleiere (1). Den konkrete «her og nå»-tilnærmingen faller dem naturlig, og flere har kommet med utsagn som at dette var slik de ofte hadde tenkt og jobbet tidligere også, men uten å kjenne det teoretiske rasjonalet bak.

Et helhetlig kognitivt program for en akuttavdeling var noe helt nytt da overlege og psykolog i samarbeid med avdelingsledelsen startet opp et slikt program på en av akuttavdelingene ved Blakstad Sykehus i 1997, og programmet fikk Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten i 2001.

Nyttig for flere

Noen mener fremdeles at kognitiv terapi skal forbeholdes individualterapeuter og at terapi ikke skal utøves av andre yrkesgrupper enn psykologer og leger. Vi mener at dette synspunktet er uhensiktsmessig idet en forståelsesramme i tråd med KT er nyttig og riktig for alle som arbeider med pasienter innenfor det psykiske helsevern. I tillegg er metodene fruktbare både i forhold til kommunikasjon og det å gi struktur og orden i en kaotisk tilværelse for pasienten (1). Terapi har vært akseptert som begrep når det gjelder miljøbehandlingen/terapien, og vi ser derfor ingen grunn til at dette begrepet skal forbeholdes individualterapi når det gjelder den kognitive tilnærmingen.

Teknikkene er ufarlige fordi pasienten gjennom aktiv deltagelse i egen behandling, som er basert på common-sense-prinsipper som de forstår, opplever mer kontroll over sin situasjon. Tilnærmingen motvirker således også avmakts- og hjelpeløshetsfølelse.

Innenfor det psykiske helsevern, spesielt utenfor sykehusene, har yrkesgrupper med 3-årige utdannelser fått stadig større individuelt ansvar for oppfølging av behandling og rehabilitering av pasientene. Det er derfor ingen grunn til at disse yrkesgrupper ikke skal skolerer i tenkning og metoder innenfor kognitiv terapi.

Hva er kognitiv terapi?

Kognitiv terapi ble utviklet av psykiater og psykoanalytiker Dr. Aaron Beck i 1960-årene for behandling av depressive tilstander.

Terapiformen er senere videreutviklet både av ham selv og andre og har vist seg effektiv i forhold til en rekke psykiske lidelser, enten som primær, selvstendig behandling ved depresjon, angsttilstander, personlighetsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, eller sammen med psykofarmakoterapi ved schizofreni, bipolare og andre psykotiske tilstander.

Metoden er basert på at kognitive faktorer spiller en betydningsfull rolle i utviklingen og opprettholdelsen av psykiske problemer og at bedring kan finne sted ved modifisering/endring av dysfunksjonell tenkning. Behandlingens mål er å utvikle evnen til å tenke realistisk og analyserende med henblikk på å øke mestring og bedre kvaliteten på de emosjonelle opplevelsene.

Den teoretiske basis for KT har blitt forsterket og bekreftet av forskning og klinisk praksis fra de siste 20 år - som har bragt store endringer i kunnskap og forståelse på områder som utviklingspsykologi, kognitiv psykologi og ikke minst innenfor nevrovitenskapene. Psykoanalysen har tapt terreng etter at forskning har vist at det teoretiske grunnlaget og postulatene ikke kunne verifiseres. Likeledes har psykoanalysen som behandlingsform blitt utsatt for kritikk og rettssaker på grunn av manglende evne til å påvise effekt (2).

Tanker og følelser

Både psykoanalysen og senere kognitiv terapi ble utviklet av klinikere på grunnlag av erfaring med pasienter. Til forskjell fra psykoanalysen har KT imidlertid fått forskningsmessig støtte fra nyere viten innenfor biologi, nevrovitenskapene og kognitiv psykologi. Kunnskap om hvordan hjernen utvikler seg og fungerer, og hvorledes mennesket bearbeider informasjon, kan forklare forholdet mellom tanker, følelser og adferd - noe som er det sentrale i KT (3,4). Teorien om det ubevisste, som hos Freud var banebrytende i sin tid, har blitt erstattet med en forståelse av at mesteparten av våre aktiviteter skjer utenfor bevisstheten. Derimot er årsakene ikke nødvendigvis de som Freud antok (forsvar mot angst). Årsaken er snarere at hjernen har begrensede oppmerksomhetsressurser, og den automatiserer aktiviteten slik at vi ikke behøver å bruke bevisst oppmerksomhet hele tiden. Jamfør det å lære seg å kjøre bil (5,6,7).

Endringer i forståelsen av vesentlige fenomener innenfor normal og patologisk fungering har gjort at mange av de sentrale antakelser som psykoanalytisk forståelse har bygget på, har vist seg å være feil. Da er det et paradoks at de som utdannes til pleiepersonale ved mange av våre høyskoler, fremdeles læres opp i en forståelse av mennesker som ikke harmonerer med den kunnskap vi i dag har. Mange av de måter som en tolker på innenfor psykoanalysen tillegger pasienter motiver på et grunnlag som ikke kan verifiseres. Denne tolkningen skaper mer avstand og hjelpeløshet enn tillit og evne til mestring. For eksempel er det slik at moderne teorier om personlighetsforstyrrelser vektlegger vansker i samspillet med andre mennesker, ikke som en strukturell defekt inne i pasienten selv. Denne forskjellen er avgjørende i forhold til valg av behandlingstilnærming. Når en fokuserer på uhensiktsmessige adferdstrategier/følelser og tanker i det sosiale rom, vil en på en helt annen måte kunne hjelpe pasienten til å prøve ut nye måter å handle på (8,9).

Praktisk anvendelse

Kunnskap om dynamikken mellom følelser, tanker og adferd gjør at forståelsen av sykdom blir annerledes. Tilleggelse av egenskaper som splittende eller manipulerende blir uhensiktsmessige og ufruktbare med denne kunnskapen. For eksempel vil et depressivt stemningsleie føre til endringer i tanker og til opplevelse av svikt i vilje og motivasjon. Men de samme tanker og mangelen på aktivitet opprettholder det lave stemningsleiet. Denne onde sirkelen kan brytes ved at man jobber eksplisitt med de elementer som kan påvirkes. Likeledes kan man forstå psykotiske fenomener, som for eksempel vrangforestillinger, som uhensiktsmessige og gale tolkninger av hendelser pasienten føler behov for å forstå. Pasientens klokkeetro på vrangforestillingen kan utfordres ved at en sammen med pasienten utforsker alternative forklaringer eller sjekker om forklaringen faktisk kan bevises ved nærmere undersøkelse.

Terapimodeller med utspring i Becks kognitive teori er godt egnet for et helhetlig behandlingsopplegg i en psykiatrisk avdeling av følgende årsaker:

- *Terapiformen har fokus på både patologi og ressurser.
- *Den er strukturert, målrettet og avgrenset med fokus på nåtid
- *Den er således i tråd med sykepleiefaglig forståelse.
- *Den er anvendbar som miljøterapi.

At behandlingsformen er basert på common sense-prinsipper og psykoedukasjon gjør at den blir lett forståelig både for de som skal behandle pasienten og for pasienten selv. I behandlingen legges det opp til en aktiv deltagelse fra pasientens side. Pasient og terapeut anses som et forskerteam, der terapeuten ved hjelp av sokratiske spørreteknikker (vitenskaplig fremgangsmåte) som går på presisjon, saklighet og alternativ tenkning, hjelper pasienten til å teste ut dysfunksjonelle hypoteser han/hun har om seg selv og omverdenen. Terapien kan beskrives som en hjelp til selvhjelp, der behandleren er ekspert på metoden, problematikken, og pasienten har ansvaret for å innhente erfaringer som kan avkrefte eller bekrefte de antagelser/hypoteser som er blitt diskutert.

Hurtig effekt

Målsetting som symptomreduksjon og innlæring av mestringsstrategier passer godt i forhold til målsetningen for behandling ved ulike typer psykiatriske avdelinger, også akuttavdelinger. Dette er fordi en slik tilnæringsmåte i løpet av relativt kort tid kan bidra til å stanse en kriseutvikling og bringe pasienten tilbake til det funksjonsnivået pasienten hadde før det akutte psykiatriske problem oppstod (en vanlig målsetting for akuttavdelinger). En hurtig, merkbar effekt virker dessuten motiverende på en pasient i krise, og fører til at pasienten relativt raskt får en mer offensiv holdning til sine problemer, og derved påskyndes bedringsprosessen.

Kognitiv terapi på en avdeling kan inkludere: psykoedukasjon, individual- og gruppeterapi samt miljøterapi. De førstnevnte kan anvendes både i sykehus og utenfor. I en avdeling vil miljøterapeuten naturlig være den som er ansvarlig for å iverksette de planlagte miljøterapeutiske tiltak som er bestemt i teamet eller i samarbeid med avdelingens overlege/psykolog.

Dokumentert metode

De kognitive behandlingformer består av psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening, kognitiv terapi (KT) og kognitiv opptrening (10). De to førstnevnte er allerede tatt i bruk ved mange av våre institusjoner i behandlingen av pasienter med psykoser, bipolare lidelser og schizofreni. Kognitiv terapi har mer vært anvendt av individualterapeuter, og metoden har dokumentert effekt for et bredt spekter av psykiske plager og symptomer (11-16). Dette gjør kognitiv terapi til en godt egnet behandlingsmetode i en psykiatrisk institusjon. Senere års studier har påvist effekt av et integrert kognitivt miljøprogram. Gruppeterapi etter de samme kognitive prinsipper er også en naturlig oppgave for miljøterapeuter med utdannelse i kognitiv terapi. (17).

Erfaringer fra Blakstad

Erfaringene fra Akuttavdelingen på Blakstad ble blant annet beskrevet i en brukerundersøkelse, utført av en sykepleier som ikke arbeidet på avdelingen. Sykepleieren intervjuet utskrivningsklare pasienter fra tre ulike akuttavdelinger på Blakstad sykehus, hvorav bare en drev kognitivt (18). Pasientene ved avdelingen med kognitiv terapi var i større grad kjent med hva behandlingen gikk ut på enn ved de andre avdelingene.

Flere pasienter ga uttrykk for at det skjedde (mer) aktiv behandling ved avdelingen, at individualbehandlere og miljøterapeuter arbeidet godt sammen, og at de opplevde en samkjøring i behandlingen. De følte seg også ivaretatt og var stort sett fornøyd med kvaliteten på behandlingen samt at personalet fremsto som kompetent.

Fornøyd personale

En anonym spørreundersøkelse foretatt blant miljøpersonalet ved avdelingen som drev kognitivt viser at de som var kjent med kognitiv terapi, trivdes med behandlingsformen ved avdelingen.

De mente tilnæringsmåten virket positivt på de fleste pasientene/samarbeidet rundt pasienten ble bedret.

De kjente seg mer betydningsfulle i teamet. De fikk mer selvtilit i forhold til yrkesidentiteten.

De fikk større mulighet til å jobbe selvstendig, og det føltes meningsfullt å jobbe sammen med pasienten.

Konklusjon

KT kan sies å være tilpasset de nye krav som stilles innenfor det psykiske helsevern når det gjelder effektivitet og tverrfaglighet og det å bruke dokumenterte metoder.

Pasientens aktive deltagelse i behandlingen er i overensstemmelse med gjeldende lovverk, stortingsmelding 25 og opptrappingsplanen for psykiske helse; helsedirektoratets (tidligere Helsetilsynets) retningslinjer.

Metoden inneholder dessuten også faktorer, som ifølge Friis' internasjonalt anerkjente undersøkelse er viktige for en vellykket behandling i akutt- og psykoseavdeling: Støtte, forutsigbarhet, praktisk

orientering, programklarhet, engasjement og personlig problemorientering (19).

Konklusjonen vår er dermed at det er ønskelig at opplæring i kognitive forståelsesformer og behandlingsmetoder gjøres tilgjengelig både for studenter ved høyskolene og ved våre institusjoner innenfor det psykiske helsevern, og at dette er metoder som kan anvendes, på noe ulike måter, av alle yrkesgrupper.

Litteratur:

1. Berntsen U, Rønning B. Tankene styrer følelsene. Tidsskr Sykep 2000; 14: 61-63.
 2. Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. American Journal of Psychiatry 1998; 155: 457-69. Review
 3. Carter R. Hjernen. Den nye forskningen som kartlegger våre tanker og følelser. Oslo: Aschehough, 1998.
 4. Stein DJ. Cognitive affective neuroscience of depression and anxiety disorders. London: Martin Dunitz, 2003.
 5. Overskeid G, Svartdal F. Det ubevisste og moderne vitenskap. Oslo: AdNotam, 1997. Gyldendal.
 6. Metzinger T. (Ed). Neural correlates of consciousness. MIT Press, 2000.
 7. Roth G, Wulliman MF. Brain evolution and cognition. Wiley, 2000.
 8. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Florida: Professional Resource Press, 1999.
 9. Nordahl HM, Stiles TC. Kognitiv psykoterapi ved personlighetsforstyrrelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1993; 30: 760-770.
 10. Mørch MM, Rosenberg NK, Elsass P. Kognitive behandlingsformer. København: Hans Reitzels Forlag, 1995.
 11. Roth, A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of Psychotherapy research. Guilford Press, 1996.
 12. Wright J. Inpatient cognitive therapy. I: Salkovskis P.(Ed) Frontiers of cognitive therapy. Guildford Press, 1996.
 13. Chadwick P, Birchwood M, Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley & Sons, 1996.
 14. Garety PA, Fowler D, Kuipers E. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant symptoms. Schizophrenia Bulletin 2000; 26: 73-86.
 15. Kingdon DG, Turkington D. Cognitive-Behavioral Treatment of Schizophrenia. New York: Guilford Press, 1994.
 16. Alford BA, Beck AT. Cognitive therapy of delusional beliefs. Behavioural Research Therapy 1994; 32: 369-380.
 17. Oestrich ICH, Holm L. Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i likeværdigt samarbejde. København: Dansk psykologisk forlag, 2001.
 18. Borg M, Nordvik, Øvergaard F, Dullum J. «Å møte folk som folk». En brukerundersøkelse ved klinikk for akuttpsykiatri, Blakstad sykehus, 2000.
 19. Friis S. What kind of ward atmosphere is therapeutic for psychotic and non-psychotic patients? Necessity of differentiated treatment milieus. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 848-52.
- Sosial og Helsedepartementet. Stortingsmelding. 25 (1996-1997): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- Stortingsproposisjon nr. 63(1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006).