

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:

- 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,



Jon Aga

66 år, allmennlege på samme legekontor 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.

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 tanker og unnvikende passive atferdsmønstre. KT har metoder for å jobbe med endring av slike uhensiktsmessige tanker og atferdsmønstre.

Etter et inspirerende innføringskurs var det viktig å vedlikeholde interessen og kompetansen i KT. Innføringskurs nummer to i KT som nettopp er avsluttet, hadde seks fastleger fra Mosseregionen som deltagere. De hadde i løpet av disse et og et halvt årene gruppeveiledning fra avdelingsoverlege Kjetil Horn ved DPS i Moss. Som praksiskonsulent ved DPS var jeg også med i denne gruppen. Til hver veiledningssamling har deltagerne på omgang hatt med hvert sitt videoopptak av en konsultasjon hvor KT har vært benyttet. De forskjellige elementene i konsultasjonen har vært tema for drøftinger, og også gitt utgangspunkt for påfyll av teori fra KT.

Denne gruppen av fastleger og veileder vil nå fortsette med to samlinger à to timer i semesteret, som en smågruppe, og derigjennom vedlikeholde interessen og kompetansen i KT. Dette vil også ha som en sideeffekt et bedret forhold mellom fastleger og DPS i Mosseregionen. Jeg har tro på at med så mange fastleger som driver med KT i et lokalmiljø, vil dette virke inspirerende for andre fastleger. Erfaringen er at KT er en nyttig metode også i allmennpraksis!

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: jo.aga@live.no