

Anvendelse av kognitiv terapi for depresjon og angst i allmennpraksis

5.årsoppgave i Stadium IV - medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø



Linn-Mari Andersen, MK-03

Helle Morisbak Brækken, MK-03

Veileder: Overlege Dr.med. Trond Bratlid, Psyk. forskn. og
utvikling avd. Åsgård/UNN

Tromsø, 14.09.08

Innholdsfortegnelse

Resymé.....	s.3
Introduksjon.....	s.3
Metode.....	s.4
Resultat.....	s.4
Studier om kognitiv terapi.....	s.4
Studier om internettbasert kognitiv terapi.....	s.6
Kognitiv teori.....	s.7
Kognitiv terapi i praksis.....	s.8
Depresjon.....	s.14
Depresjon sett fra en kognitiv synsvinkel.....	s.15
Kognitiv terapi ved depresjon.....	s.17
Angstlidelser.....	s.18
Kognitiv terapi ved angstlidelser.....	s.20
MoodGym.....	s.22
Intervju med Nils Kolstrup.....	s.25
Intervju med Ove Lintvedt.....	s.27
Diskusjon.....	s.30
Vedlegg.....	s.34
Litteraturliste.....	s.37

Resymé

Depresjon og angst er psykiske lidelser som er hyppig forekommende i befolkningen. I Norge blir 90 % av alle psykiske problemer behandlet i allmennpraksis¹. Denne litteraturstudien redegjør for bruk av kognitiv terapi i allmennpraksis som et ledd i behandlingen av disse lidelsene. Vi har også sett på hvordan dette kan kombineres med internettbaserte selvhjelpsprogrammer. I tillegg til å lese ulik litteratur om emnet har vi intervjuet fagpersoner og gjennomført og vurdert et internettbasert selvhjelpsprogram, *MoodGym*.²

Konklusjonen vår er at kognitiv terapi er en velegnet metode for bruk i allmennpraksis fordi den er strukturert og lett anvendelig, og studier viser god effekt.^{3,4} Bedre og mer utbredt behandling i førstelinjetjenesten vil lette presset på spesialisthelsetjenesten. En forutsetning for å ta i bruk kognitiv terapi i allmennpraksis må være at legene har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap om metoden. Som en del av behandlingen anser vi det gunstig å kunne kombinere konsultasjoner hos fastlege med et selvhjelpsprogram på internett som MoodGym. Vi tror imidlertid at MoodGym, per i dag, er for omfattende til at leger vil være villig til å sette seg inn i det, og det vil være vanskelig å geleide en pasient gjennom et slikt program uten å være godt kjent med innholdet.

Introduksjon

Det er anslått at 25 % av alle kvinner og 15 % av alle menn vil få en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet. På ethvert tidspunkt vil 3-5 % av befolkningen lide av depresjon. 25 % av alle kvinner og 20 % av alle menn vil minst én gang rammes av en angsttilstand. I Norge blir omtrent 90 % av alle psykiske problemer behandlet i allmennpraksis.¹ Denne oppgaven ser på muligheten for at primærlegen skal kunne anvende et verktøy som kognitiv terapi i behandlingen av disse lidelsene.

Det er de senere år vist en økende interesse for å bruke internett som hjelpemiddel til ulike problemer, inkludert psykiske lidelser. Antall treff på *self+help+depression* på

www.google.com økte fra under 2 millioner i oktober 2002 til over 7 millioner i juni 2005.⁵ Vi ville se nærmere på hvordan allmennpraktikere kunne bruke kognitiv terapi i kombinasjon med internettbaserte selvhjelpsprogrammer i behandling av depresjon og angst. Siden Institutt for Psykologi ved Universitet i Tromsø har utviklet en norsk versjon av det australske internettprogrammet MoodGym valgte vi å ta dette programmet som utgangspunkt i vår oppgave.

Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Foruten å tilegne oss generell kunnskap om kognitiv terapi, depresjon og angst gjennom ulik litteratur, har vi sett nærmere på utformingen av MoodGym og dokumentasjon av effekten av dette og andre programmer i samme kategori.^{1,6,7,8,9,10,11,12,13,14} Som databaser for våre litteratursøk har vi brukt PubMed og Google Scholar.^{15,16} I tillegg har vi intervjuet Nils Kolstrup, som er allmennpraktiker og utdannet kognitiv terapeut, og Ove Lintvedt som er psykolog og doktorgradsstudent ved Institutt for psykologi, UiTø. Hans doktorgradsprosjekt er en uttesting av internettbaserte selvhjelpsprogrammer i Norge.

Resultat

Studier om kognitiv terapi

Studiene om kognitiv terapi er mange. Ved søk på PubMed finnes det over 2000 treff ved søk på "cognitive therapy" + "depression"/"anxiety" (13.08.08).¹⁵ Det ble derfor klart at vi måtte begrense søket for å finne fram i den enorme informasjonsmassen. Vi bestemte oss for å bare lete etter metaanalyser, som er megastudier som sammenfatter en konklusjon etter å ha sett på mange ulike studier gjort innenfor samme tema. Vi begrenset også søket til bare engelskspråklige artikler og bare studier med voksne mennesker. Resultatet ble to metaanalyser, en om angstlidelser og en om deprimerede pasienter.^{3,4} (Søk på "cognitive therapy" + "depression"/"anxiety" + "meta-analysis" + "english" + "all adults:19+" gav respektive 30 og

17 treff (13.08.08). De fleste studiene var uaktuelle grunnet feil aldersgruppe, begrensning til spesifikke sykdomsgrupper som HIV- og kreftpasienter og begrensning til andre psykiske lidelser som PTSD, alvorlig depresjon, bulimi etc.)

I 2008 presenterte Hofmann og Smits en metaanalyse av studier om voksne pasienter mellom 18 og 65, som fylte DSM-III-R eller DSM-IVs krav til en angstlidelse og som ble randomisert til enten kognitiv terapeutisk behandling eller placebo.³ 1165 studier ble initialt identifisert, men bare 27 med til sammen 1496 pasienter bestod alle krav og ble inkludert. Placebo metodene varierte fra støttende rådgivning, gruppeterapi og systematisk avslapning til pille-placebo. Det ble sett på effekt og ulikheter mellom akutt stress lidelse, generalisert angst, obsessiv kompulsiv lidelse (OCD), post traumatisk stress syndrom (PTSD) og sosial angst og det ble også sett på effekt ved depresjon som komorbiditet til angstlidelser.

Resultater: Størst effekt ble målt ved obsessiv-kompulsiv lidelse og akutt stress lidelse. Effekten på alle lidelser var signifikant ($p < 0,05$, se tabell 1 s.34) og forskjellene mellom de ulike angstlidelsene var også signifikant. For depressive symptomer ble bare funnet signifikant effekt ved PTSD og OCD. Det ble ikke funnet noen systematisk forskjell mellom de ulike placebometodene. Konklusjonen til forfatterne er at kognitiv terapi er effektivt ved angstlidelser hos voksne.

Gloaguen og kolleger publiserte i 1998 en metaanalyse omhandlende personer med symptomer fra dystymi til alvorlig depresjon som ble randomisert til kognitiv terapi og minst én annen sammenligningsgruppe; venteliste, placebo, antidepressiva, adferds terapi og annen psykoterapi.⁴ Av 78 studier funnet ble 48 inkludert med til sammen 2765 pasienter. *Beck Depression Inventory*, BDI, ble brukt for å evaluere alvorlighetsgrad og endring.¹⁷

Resultatene fra studien viste at kognitiv terapi var signifikant mer effektiv enn venteliste/placebo, $p < 0,0001$, antidepressive medikamenter, $p < 0,0001$ og ulike psykoterapier, $p < 0,01$, mens adferdsterapi fikk samme resultat som kognitiv terapi, $p = 0,95$. I diskusjonen til forfatterne tilskrives likheten mellom kognitiv terapi og adferdsterapi til dels mange likheter i behandlingen. Det ble i tillegg undersøkt for hyppighet av tilbakefall ved kognitiv terapi versus antidepressiva minst ett år etter behandling, men grunnet lite materiale ble det kun gjort en enkel sammenligning. Det ble funnet 29,5 % tilbakefall i kognitiv terapi gruppen og 60 % tilbakefall i antidepressiva gruppen. Konklusjonen til forfatterne er at kognitiv terapi er bevist

effektivt hos pasienter med mild og moderat depresjon, og at effekten overskrider den av antidepressiva.

Studier om internettbasert kognitiv terapi

Ved søk etter metastudier omhandlende internettbasert kognitiv terapi ("internet-based" + "cognitive therapy" + "meta-analysis") på PubMed fant vi kun én studie¹⁸.

I 2007 publiserte Spek og kolleger en metaanalyse om effekt på symptomer for depresjon og angst ved internettbasert kognitiv terapi.¹⁸ 12 randomiserte kontrollerte studier med til sammen 2334 deltakere ble inkludert. Resultatene viste at det totalt sett var moderat effekt for symptomer på depresjon og angst, men det ble vist signifikant heterogenitet og studiene ble derfor delt inn i subgrupper. Den ene subgruppen basert på symptomer viste effekt på reduksjon av angst, og etter ekskludering av en studie som skilte seg ut fra de andre, ble det også vist effekt på depresjon uten signifikant heterogenitet. I den andre subgruppen ble det sett på effekt av støttende terapi gitt i tillegg til internettbasert kognitiv terapi, og gruppen med støtteterapi viste bedre effekt enn gruppen uten slik terapi. Også her uten signifikant heterogenitet. Konklusjonen til forfatterne er at type symptom (angst eller depresjon) har mindre å si for effekten av internettbasert kognitiv terapi. Det er av større betydning om det gis støttende terapi eller ikke.

Ved søk på PubMed med søkeord "internet-based cognitive therapy randomized controlled trial" fikk vi 26 treff (18.08.08). En av dem var en randomisert kontrollert studie fra 2004 av Christensen og kolleger i Australia, der en vurderte effekten av to internettbaserte selvhjelpsprogrammer brukt av individer med symptomer på depresjon; en psykoedukativ internettside som tilbyr informasjon om depresjon (*BluePages*) og en interaktiv nettside som tilbyr kognitiv terapi (*MoodGym*).¹⁹ Disse intervensjonene ble sammenlignet med en kontrollintervensjon der det ble brukt en "attention placebo", som gav ukentlig kontakt med en intervjuer for å diskutere livsstilfaktorer. For å vurdere grad av depresjon ble *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)* brukt.²⁰

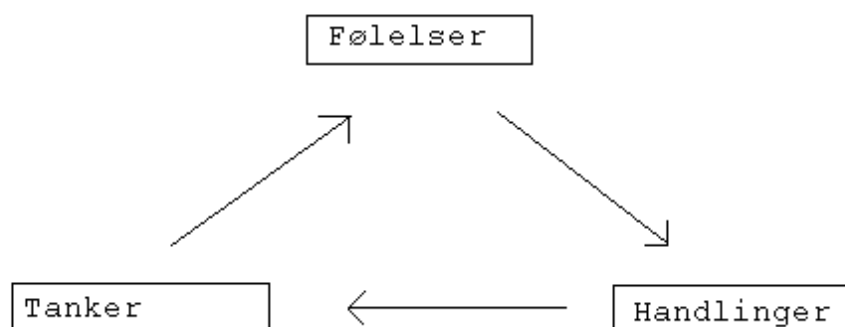
Resultater: Både MoodGym og BluePages var mer effektiv enn kontrollintervensjonen når det gjaldt bedring av symptomer på depresjon. For MoodGym var reduksjonen i score på CES-D på 3,2 (95 % konfidensintervall 0,9 – 5,4). For BluePages var reduksjonen 3,0 (95 %

konfidensintervall 0,6 – 5,2). Konklusjonen til forfatterne er at både kognitiv terapi og psykoedukasjon som tilbys på internett er effektive når det gjelder å redusere symptomer på depresjon.

En annen randomisert kontrollert studie gjort i 2006 sammenlignet korttidsbruk av et internettbasert selvhjelpsprogram i kognitiv terapi med mer langvarig bruk.²¹ Konklusjonen her var at korttidsintervensjoner i kognitiv terapi ikke er like effektive som utvidede intervensjoner. Dog var lengre programmer assosiert med høyere frafall.

Kognitiv teori

Kognisjon er menneskets kontinuerlige bearbeidelse av inntrykk og informasjon. Våre tanker, forestillinger og minner. Vår kognisjon vil påvirke hvilke følelser og reaksjoner som blir knyttet til en hendelse. Mennesket blir mer påvirket av hva de tenker om en hendelse, enn av hendelsen i seg selv. Hvordan vi tenker om en hendelse vil være avhengig av vår personlighet, sinnstemning og tidligere erfaringer. Vår kognisjon, den indre samtalen vi fører til enhver tid, vil kunne forsterke og føre følelsene våre i forskjellige retninger.



Figur 1. Den kognitive sirkel

”Hvis du står i en kø og personen foran deg trækker deg hardt og smertefullt på tærne, er det ikke rart at du blir irritert. Dersom det imidlertid viser seg at personen har en hvit spaserstokk i

hånden, som tegn på at vedkommende er blind, er det trolig at du ikke bare vil tenke annerledes om det som har skjedd. Du vil sikkert oppleve at følelsene dine brått vil endre seg – kanskje blir du beskjemmet over at du ble sint i utgangspunktet. Uansett om det fortsatt gjør vondt i foten, har din tolkning av situasjonen endret seg radikalt og dermed også dine følelser.”²²

De fleste tanker skjer automatisk og vi er oftest ikke klar over hva vi tenker. Tankene flyr igjennom hodet på oss og påvirker oss i større eller mindre grad uten at vi registrerer mer enn en brøkdel av dem. Mennesker som sliter med depresjon og angst har en stor del automatiske tanker av negativ og destruktiv karakter. Tankene, og de forestillingsbildene de gir, virker høyst reelle, og de kan være basert på virkelig hendelser og minner, dog ofte overdrevne eller misforståtte.

Fra spedbarnsalder begynner vi å samle våre tanker og forståelse av verden i «skjema». Skjemaet ”hund” forbindes for de fleste med pels, fire ben, hale og bjeffing. Det barn som først møter en snill hund vil i tillegg ha kos, moro og slikking i sitt skjema, mens et annet barn med en uheldig erfaring med hunder vil kanskje ha knurring, fare og trussel i sitt. Et skjema er altså en struktur og samling av opplysninger og kunnskap knyttet til en ting eller hendelse. De fleste skjemaer er i kontinuerlig endring, mens noen skjemaer kan etter hvert bli fastlåste og inngrodd. Aktivering av ett skjema kan bidra til å aktivere andre skjema med liknende innhold. En deprimert person vil ha lettere for å aktivere skjemaer som inneholder f.eks. sorg, tristhet, skyldfølelse, tap, mistriivsel eller ubehag.

Kognitiv terapi går ut på å hjelpe pasienten til å identifisere slike negative automatiske tanker og destruktive skjema, og styrke hans evne til å selv å ta kontroll og endre sin måte å tenke på. Metoden er å danne et samarbeid mellom klient og terapeut, der innsikt, problemløsning og endring i tanke- og handlemåter står sentralt. Målet er ikke å lære pasienten å tenke positivt. Tvert imot kan urealistisk overpositiv tenkning føre til følelse av nederlag og motløshet da pasienten ikke greier å nå målene sine. Målet er heller å få klienten til å reflektere rundt betydningen av ulike måter å tenke på.

Kognitiv terapi i praksis

Opprinnelig var den kognitive terapien kun brukt i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, men grunnet de gode behandlingsresultater, den enkle behandlingsmetoden og en bakgrunnsteori

som er lettfattelig både for pasienter og leger er det de siste årene blitt mer populært blant allmennpraktikere å tilegne seg kunnskap om kognitiv terapi. Det arrangeres stadig kurs i regi av den norske legeforening, både innføringskurs og mer omfattende kurs som til sist smykker deltakeren med tittelen ”kognitiv terapeut”.

Kognitiv terapi gir teknikker som kan brukes på pasienter med en klassisk psykiatrisk diagnose, men den gir også en metode å bruke i samtale med pasienter som har følelsesmessige vansker grunnet f.eks. livskriser som dødsfall og alvorlig sykdom, eller som går igjennom en situasjon med samlivsbrudd eller økonomiske vanskeligheter. Dette er pasienter som, med en viss disposisjon, kan være i faresonen for å utvikle depresjoner eller angsttilstander hvis ikke reaksjonene håndteres på en tilfredsstillende måte i starten. Slike pasientene er daglig innom fastlegens kontor, og hvis man innehar de rette verktøy til å håndtere enklere problemer kan det ha store forebyggende muligheter for den enkelte pasient og lette presset på den psykiatriske spesialisthelsetjenesten.

Hvem er egnet for kognitiv terapi i allmennpraksis?

- Pasienter med en velavklart mild til moderat psykiatrisk diagnose. Alle somatiske differensialdiagnoser skal være utelukket, både av pasient og av lege.
- Pasienter som motivert for en psykiatrisk behandling der de selv må være aktive
- Pasienter som er i stand til å forstå sin rolle i behandlingen og ta imot terapeutens lærdom

Faktorer som kan vanskeliggjøre kognitiv terapi i allmennpraksis;

- Pasienten er psykotisk, suicidal eller har redusert mental kapasitet.
- Pasienten tror ikke han har et psykiatrisk problem
- Pasienten har et alvorlig rusproblem
- Pasienten har en alvorlig personlighetsforstyrrelse.

Det er avgjørende for en vellykket behandling at pasienten er godt informert på forhånd. Han skal være stand til å forstå og ta imot legens kunnskap om hans diagnose. Det skal være klarhet i behandlingsmetoder og målsetting. Behandlingen må ventes å være emosjonelt involverende og det er viktig at pasienten kan takle en reaksjon etter en behandling uten å gjøre noe som kan skade pasientens liv eller helse. Dette kan være et problem hos suicidale pasienter, selvskadende pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse eller f.eks.

rusmisbrukere som kan dyttes tilbake til gamle vaner.

Det er viktig at legen mestrer metoden før han tar på seg behandlingsansvaret for en pasient. Eventuelt kan fastlege og spesialisthelsetjenesten samarbeide om de pasienter fastlegen ikke føler seg helt trygg på.

Forløpet i en behandlingsprosess:

1. Kartlegging.

Det viktigste å tenke på når en starter en behandling, før/etter at pasienten er bekreftet egnet for kognitiv terapi (se ovenfor), er kartlegging av problemene. Dette kan være pasientens første hjemmelekse. En mulighet er at pasienten får med seg en liste over mange tenkelige, vanlig problemstillinger og sitter hjemme og krysser av og prioriterer problemene etter hvilke pasienten anser som mest belastende og viktig å jobbe med (f.eks. skjema ”identifikasjon af problemer”¹⁴). En fordel med en liste med mange spørsmål, er at man får en oversikt over omfanget av ulike problemer pasienten sliter med. Og selv om pasienten angir flere problemstillinger vil han stort sett alltid ha en mye større andel som han ikke krysser ut, og kanskje se positivt på å få svart på hvitt at det finnes mange ting som han ikke har problemer med. I tillegg må man kartlegge alvorlighetsgrad, varighet og påvirkning av livskvalitet. For å vurdere alvorlighetsgrad finnes det mange skjema til ulike problemstillinger som f.eks. MADRS ved vurderingen av alvorlighetsgraden av en depresjon (se figur 2 s.35). Kartleggingen begynner da med den problemstillingen pasienten kommer med til første konsultasjon og fortsetter som hjemmelekse til den andre konsultasjonen.

2. Etablering av tillitsforhold.

For at en pasient skal ha tro på det terapeuten sier er et tillitsbånd en viktig start. For mange fastleger er dette båndet allerede dannet, eller i starten av å dannes, i tidligere konsultasjoner, mens for nye pasienter og nye leger kan en rask dannelse av tillit være avgjørende for videre suksess. En fin måte å bygge bro på er å meddele sin kunnskap om det man finner er pasientens problem, vise forståelse og ønske om å hjelpe og gi grundig innføring i den metoden som man mener er løsningen på pasientens problem og forklare hvorfor denne metoden er egnet. For god ”compliance” er god informasjon helt nødvendig. En manglende allianse er en vanlig årsak til terapieresistens. Dessverre er det ofte vanskelig for legen å gjenkjenne at pasienten er misfornøyd med samarbeidet. Mange pasienter holder igjen negative følelser ovenfor legen for å unngå å såre legens følelser. Men det er legens ansvar at samarbeidet skal fungere og det må

tidlig vurderes å skifte behandler hvis flere forsøk på å opprette en allianse feiler.

3. Lage en målsetting for behandlingen.

Denne kan med fordel bestå av både delmål og ett eller flere hovedmål, der man prøver å være så konkret som mulig. Det er viktig at målene ikke er for optimistiske, men mest mulig realistiske så pasienten slipper å bli demotivert og droppe ut av behandlingen dersom fremgangen er mindre enn forventet. Målplanen kan f.eks. være laget som en trapp der man først har et enkelt mål som første hindring, og ikke gå videre til neste mål før det første er overvunnet. Denne målplanen bør ikke være statisk. Den må tilpasses svært individuelt av pasienten selv, i samråd med terapeuten, og revurderes under hele behandlingsforløpet.

Kognitiv terapi er korttidsterapi som varierer fra 2 konsultasjoner ved de mildeste typer spesifikk angst til ca. 10-20 timer ved depresjon. Dette er imidlertid kun overslag og det er svært viktig at hver pasient vurderes etter sine behov, og at man fastsetter behandlingsslengde etter evaluering av fremgang.

4. Intervensjon.

Ofte begynner man med *tankeregistrering*. Her kan det ofte være nyttig å bruke et skjema;

Hendelse: En situasjon forklares i detalj. Hva skjedde? Hvem var med? Hva gjorde jeg?

Tanker: Hva tenkte jeg? Hvilke automatiske tanker løp igjennom hodet?

Følelser: Hva følte jeg? Hvor sterke var følelsene? (Bruk gjerne en skalering der følelsene graderes fra 0-10) Hva var det som trigget følelsene? Endret de seg underveis? Var det et vendepunkt før følelsene endret form eller styrke?

Tabell 2: Hendelse-tanker-følelser skjema

Første gangen skjemaet fylles ut kan det gjøres sammen under konsultasjonen. Deretter kan pasienten ta det med seg hjem og fylle det ut raskest mulig etter en hendelse.

Videre kan en utvikle skjema til å inneholde *sannhetsvurdering*; ”hvor stor sannsynlighet er det for at tankene mine er riktige?” Og *tankeutfordring*; ”hvilke andre alternative måter å oppfatte situasjonen på finnes det? Ville andre i mitt tilfelle tenkt det samme som meg?”

Tankeutfordring er spesielt vanskelig og noe av det terapeuten kan bruke store deler av en

konsultasjon på å utforske. Her er det viktig at terapeuten virker genuint interessert, at han hjelper pasienten på vei i sin utforsking av alternative tankemuligheter. En viktig teknikk som kan brukes er sokratisk utspørring, en metode for å få pasienten til å reflektere rundt sine tanker og betydningen av dem. Eksempel på slike spørsmål kan være: "Hva er det verste som kan skje? Hva så? Hva er så galt med det? Hvor mye tror du på denne tanken, på en skala fra 1 til 100?" Dette er en måte å få frem de negative automatiske tankene på. Deretter kan terapeuten bruke den samme teknikken til å få pasienten til å reflektere over sine tanker og grunnleggende antagelser. Situasjonen kan være at pasienten sier hun ikke tør å snakke med noen på den nye jobben, fordi hun tenker at hun kommer bare til å si noe dumt. Eller at pasienten ikke tør å gå inn i en heis fordi hun da vil få et angstanfall som kommer til å ta livet av henne. Eksempler på spørsmål som kan fungere her: "Er dette noe du vet er sant, eller er det noe du antar? Hva bygger du dine antakelser på? På en skala på 1 til 100, hvor mye tror du på dette?" Ved å komme frem til mer rasjonelle og hensiktsmessige tanker, som "Et angstanfall er ikke farlig selv om det er ubehagelig, og å utsette meg for situasjoner som kan fremkalle det er en svært viktig del av behandlingen", vil pasienten ofte innse fordelene med disse i forhold til de negative automatiske tankene. Å prøve å overbevise pasienten om at han tenker feil og heller burde tenke på den måten legen foreslår har sjelden noe for seg. Ofte vil det slå tilbake med motsatt effekt da pasienten kan reagere med motvilje på at tankenes valgfrihet forsvinner med utsagn som "du må, du burde, du skulle heller..." og han vil da heller holde sterkere på sine egne tanker.

Selv om pasienten skjønner under en konsultasjon at noen av tankene hans kan være urealistisk og overdrevne, er de ofte så innøvd at de kommer automatisk tilbake neste gang man er i samme situasjon. Omstrukturering av tankene tar tid og man må vise tålmodighet og forståelse når pasienten kommer tilbake etter å ha opplevd samme situasjon på nytt og fremdeles har hatt de samme tankene som sist.

Ellers er *eksponering* og *hypotesetesting* viktige verktøy i kognitiv terapi. For- og motargumenter kan brukes for å vurdere verdien i situasjoner der pasienten er ambivalent, f.eks. å tørre å utsette seg for det som fremkaller angsten for å komme videre i behandlingen selv om man vet at det kommer til å være svært ubehagelig og skremmende. Det går nærmere inn på dette i kapitlene om angst og depresjon.

Hjemmelekse er en obligatorisk del av hver eneste konsultasjon. Det er ikke tiden inne hos

legen som kurerer pasienten, men tida innimellom når han bruker det han har lært for å endre sin hverdag. En del av hjemmeleksen kan være internettbaserte selvhjelpsprogrammer som f.eks. MoodGym som vi kommer mer tilbake til på side 22.

5. Tilbakefallsforebygging.

Ved avslutning av behandling er det viktig å forberede pasienten på muligheten for tilbakefall, og gi han noen virkemidler til å møte denne utfordringa. Det er viktig at han ikke venter for lenge med å søke profesjonell hjelp på nytt, da det alltid er lettere å bekjempe et nyoppstått problem.

Den gode konsultasjonen

Et par viktige forutsetninger burde være på plass før man starter med konsultasjoner i kognitiv terapi. Det er en ganske omfattende og personlig behandling som rører pasienten dypt. En standard time er på 45 min, og det bør derfor alltid avsettes en dobbeltime for disse konsultasjonene. I tillegg bør det gjøres klart for medarbeidere av avbrytelser som banking på dører og telefoner må vente til konsultasjonen er ferdig. Kontorutforminga på et legekantor med en skrivepult mellom pasienten og terapeuten er ugunstig. Helst burde man sitte i behagelig møblement på skrå ovenfor pasienten uten å ha noe imellom seg. Eventuelt kan man ha et lavt bord. Ved å sitte rett mot hverandre kan man gjøre pasienten utrygg ved å bli for intens, da pasienten har vanskeligere for å unnvike blick o.l. Man bør prøve å unngå å notere febrilsk, og heller ta noteringa i fellesskap så pasienten ikke føler seg utelatt og blir mer opptatt av hva legen skriver enn konsultasjonens innhold. Man kan f.eks. bruke tavle, så det er fullstendig åpenhet om hva man skriver. Pasientens mobiltelefon bør slås av og legens datamaskin snus vekk.

Struktur er viktig i kognitiv terapi og det gir pasienten sikkerhet å vite at innholdet er mest mulig fastlagt på forhånd. Et eksempel på oppbygging av en kognitiv konsultasjon kan være:

1. Statussjekk. Hvordan har du det i dag? Hvordan har det gått siden sist? Etterfølges av en systematisk gjennomgang av hjemmelelse, hendelser og tankeregistrering pasienten synes er verdt å ta opp

2. Selve terapien. Her er det mange ulike virkemidler som brukes. Disse må selvfølgelig tilpasses individuelt. Tankeutfordring, hypotesetesting og eksponering står sentralt. Utforming

av ny hjemmelekse skal alltid være med.

3. Oppsummering. Pasienten bes oppsummere dagens time. Hva har han lært? Hva er planen videre? Finnes det spørsmål eller misforståelser som bør gjennomgås?

Depresjon

Depresjon hører til under affektive lidelser, hvor forstyrrelser av affekter og stemningsleie er det grunnleggende. Alvorlig depresjon er her det ene ytterpunktet, mani er det andre. Mani kan kort beskrives som episode på minst en uke hvor pasienten har hevet stemningsleie med økt psykisk eller fysisk aktivitet, og hvor forstyrrelse av arbeid eller sosial aktivitet er alvorlig. (ICD-10).²³ Hypomani er en mildere form, hvor forstyrrelsene ikke trenger å være framtreddende.

ICD-10 diagnosesystem definerer depressive episoder som perioder med følelsesmessige, kognitive og atferds- forstyrrelser som vanligvis varer over 2 uker. Hovedsymptomene er:

- Depressivt stemningsleie
- Interesse- og gledesløshet
- Energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet

Andre vanlige symptomer er:

- Redusert konsentrasjon og oppmerksomhet
- Redusert selvfølelse og selvtillit
- Skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse
- Triste og pessimistiske tanker om fremtiden
- Planer om, eller utføring av, selvskade eller selvmord
- Søvnforstyrrelser
- Redusert appetitt

ICD-10 deler depressive episoder inn etter alvorlighetsgrad, hvor en skiller mellom mild, moderat og alvorlig depresjon.

Dersom pasienten kun har og har hatt depressive episoder uten symptomer på mani eller hypomani, er depresjonen unipolar. Ved kun én kjent depressiv episode, kalles lidelsen

depressiv episode, hvis pasienten har hatt mer enn én depressiv episode, snakker vi om en tilbakevendende depressiv lidelse.

Depresjon sett fra en kognitiv synsvinkel

Et typisk trekk hos deprimerte personer er at de har en urimelig negativ oppfatning av egen person og av sin livssituasjon. De oppfatter ofte livet som meningsløst og fremtiden som uten håp. Mennesker som rammes av depresjon kan i aller høyeste grad ha reelle livsbelastninger, som nettopp kan utløse en depresjon. Men strømmen av automatisk negative tanker kan føre til at en føler seg som en taper, verdiløs og uten håp, selvkritikken kan være nådeløs. Dette igjen fører gjerne til handlingslammelse og ubesluttsomhet.

Det er flere kognitive modeller for forståelse av depresjon. Under følger vesentlige tilnærminger:

Den kognitive triade

Denne består av det deprimerte menneskets negative syn på seg selv, omverdenen og fremtiden. Negative antakelser kan være et resultat av tidligere vonde opplevelser og erfaringer. Både måten vi forstår en hendelse på i ettertid og forventningene før har betydning for hvordan vi føler oss. Alle mennesker vil kunne ha negative tenkemåter. Men hos deprimerte mennesker er disse tenkemåtene ofte rigide og absolutte. Dersom en gjør en feil, vil det alltid bety at en er et dårlig menneske.

Negative automatiske tanker

Disse forekommer ofte hos deprimerte. Typisk er de overdrevne og urimelige, men de strømmer på så fort og de er vanskelige å huske, slik at det er vanskelig å reflektere over deres gyldighet. Disse tankene virker ofte selvinnyttende for en deprimert person i de situasjoner hvor de utløses, men ved nærmere ettertanke kan de vise seg å være uhensiktsmessige og lite realistiske.

Bearbeiding av informasjon

Mennesket filtrerer ut informasjon fra sine omgivelser. Hvilken informasjon vi velger å legge vekt på og hvordan vi tolker denne informasjonen, er avhengig av den individuelle personens tenkemønster. En deprimert person vil ha et negativt tankemønster, og dermed fokusere på det

negative ved utvelgelse av informasjon, og overse det positive. En kan kalle denne konsekvente fokuseringen på det negative for kognitive feil. Eksempler på slike kognitive feil:

- Overgeneralisering. En enkelt hendelse med negativt utfall fører til at en tenker at det aldri skjer noe positivt. ”Jeg klarer aldri å gjøre noe rett”.
- Personliggjøring. Dette medfører at en tar skylden på seg for hendelser man egentlig ikke kan klandres for, kanskje hendelser som en egentlig ikke har mulighet til å påvirke. Eksempel på slik personliggjøring kan være: ”Dersom min sønn ikke fullfører utdannelsen sin, er jeg mislykket som forelder”.
- Trekke for raske konklusjoner. Betyr at en tror en vet hva andre tenker om en, eller at en tror en vet hva som vil skje i framtiden, uten å ha noe form for grunnlag for det. En lager negative tolkninger tross manglende overbevisende fakta.
- Maksimering og minimalisering. Det vil si at en enten overdriver betydningen av negative hendelser (krisemaksimering) eller undervurderer betydningen av positive hendelser eller egne prestasjoner. ”Jeg forstod ikke hva foreleseren nettopp forklarte, jeg kommer til å stryke til eksamen!”. Eller at en får en rosende kommentar og tenker: ”Hun sa det bare for å være hyggelig, ikke fordi jeg gjorde en god jobb”.
- Skal/bør-tenking. Det at en tenker hva en burde, må og skulle ha gjort. Dette fører ofte til et syn som ikke er i tråd med virkeligheten: ”Jeg burde ikke behøve å jobbe så hardt for å nå målene mine” eller ”Jeg må være god i alt”.
- Emosjonell resonnering. Det at en tenker følelser reflekterer virkeligheten: ”Jeg føler meg som en stor taper. Derfor må jeg være verdiløs”.

Onde sirkler

Et typisk trekk ved en depresjon er at den virker forsterkende på seg selv. Depresjon fører til pessimisme, som igjen fører til depresjon. En deprimert person vil ofte føle seg tiltaksløs og uten energi. Det kan være vanskelig å komme i gang med gjøremål, og en kan få følelsen av at ting går seint og ikke blir fullført skikkelig. Dette kan føre til en følelse av utilstrekkelighet og håpløshet, noe som igjen forsterker depresjonen og dermed tiltaksløsheten.

Den deprimerte kan oppleve at det dannes et negativt samspill med pårørende og folk generelt rundt seg. Overdreven fokusering på det negative, lav selvfølelse og mangel på lyst og interesse, er noen av tingene som gjør det til en utfordring å leve sammen med den deprimerte. En kan merke at den deprimerte trekker seg vekk eller ikke tar noe initiativ, noe som kan oppfattes som at personen vil være i fred. Som regel er det slik at en som er deprimert egentlig

ønsker nærhet og støtte, men det ligger i depresjonens natur at det kan være vanskelig for den som er rammet å formidle hva en egentlig trenger. Den deprimerte kan oppfatte det å få være i fred, som å bli avvist og ikke forstått. Dermed forsterkes følelser som håpløshet og fortvilelse, og den deprimerte føler seg bare dypere deprimert. Informasjon til pårørende rundt dette er viktig.

Grubling og bekymring er vanlig ved depresjon. En kan begrave seg selv i tanker om hvorfor ting er som de er. Dette fører ofte til at tidligere negative livshendelser trekkes fram og forsterker depresjonen. Man klarer ikke å gi slipp på fortiden, og det blir vanskelig å se fremover.

Kognitiv terapi ved depresjon

Det er viktig at terapeuten før behandlingsstart informerer pasienten om årsaker, symptomer og forløp ved en depresjon. Slik kan pasienten få en mulighet til en mer fordelaktig oppfatning av seg selv og sin egen situasjon. Pasienten kan da endre tankegang slik: ”Jeg er ikke lat eller udugelig, men jeg har en depresjon, som gjør meg trist og umotivert”¹¹ Ved kontinuerlig informasjon flettet inn i terapien, kan terapeuten bidra til at pasienten blir seg bevisst alle sider ved en depresjon. Det kan være negative automatiske tanker, kognitive feil, overdreven grubling osv. Det er også viktig å gjenta informasjon, da deprimerte personer ofte sliter med konsentrasjonsvansker og dermed dårlig hukommelse.

Kognitiv terapi er rettet mot å undersøke alternativer til de negative indre samtalene. Før en kommer så langt, må terapeuten og pasienten i samarbeid kartlegge de negative automatiske tankene. Oppstår de bare i enkelte situasjoner eller strømmer de nærmest kontinuerlig gjennom pasientens hode? Disse dysfunksjonelle tankene kommer gjerne frem under selve konsultasjonene også. Det kan være at terapeuten foreslår at pasienten kan utfylle et hendelse-tanker-følelser-skjema (se side 11), og pasienten får en reaksjon som: ”Nei, det klarer jeg nok aldri”. Da kan terapeuten bruke en slik uttalelse som utgangspunkt for utfylling: ”Hva skjedde akkurat nå? Hvilke tanker gikk gjennom hodet ditt? Hva følte du? Hvordan tror du det påvirker hva du velger å gjøre?” Slik får pasienten øvelse i registrering og utfylling av skjema i samarbeid med terapeuten, før hjemmelekse.

Etter at pasienten har gjort noen skjematiserte registreringer hjemme, kan pasienten og

terapeuten ved neste konsultasjon diskutere disse. Her kan terapeuten ta i bruk hjelpemidler som sokratiske spørsmål, og tankeutfordring. Ved hjelp av sokratiske spørsmål får en pasienten til å tenke over sine tankemønstre, og foreta en sannhetsvurdering. Pasienten vil forhåpentligvis innse at mange av tolkningene hun har av seg selv og verden er med på å gjøre hennes tilstand verre, f.eks. ved at hun føler seg nedtrykt og handlingslammet. Dermed økes motivasjonen til å undersøke og teste ut alternative antakelser og tolkninger som er mer hensiktsmessige og realistiske.

Inaktivitet og tilbaketrekking er et typisk trekk ved depresjonen, og dette virker også selvforsterkende. Registrering og planlegging av aktivitet er en viktig del av veien mot bedring. En skiller gjerne da mellom pliktarbeid og lystbetonte aktiviteter, eller aktiviteter som pasienten tidligere, før depresjonen inntraff, fant lystbetonte. Det kan være en ide å starte med å planlegge enkelte lystbetonte aktiviteter, som å gå seg en liten tur, eller å besøke en god venn, alt ettersom hva pasienten kunne tenke seg å forsøke. En går her gradvis frem, slik at en unngår store nedturer der pasienten føler seg mislykket. En kan i forkant av den planlagte aktiviteten be pasienten registrere forventet mestring på en skala fra 0 til 100 %. (Det er viktig at en påpeker at 100 % mestring betyr maksimal mestring for pasienten i den situasjonen hun er i nå, ikke tidligere, før depresjonen inntraff.) Etter aktiviteten kan pasienten så registrere følelse av mestring på samme skala. Ofte vil en se at pasienten mestret aktiviteten bedre enn hun forventet.

Angstlidelser

Angst kan beskrives som en diffus indre uro, uten at en riktig vet hvorfor en føler det slik. Den kan graderes etter økende intensitet, som spenning – uro – angst - panikk. Angst innebefatter både en subjektiv opplevelse, og kroppslig aktivering, som økt puls, pustevansker, svimmelhet, kvalme, diaré, skjelvinger, utvidede pupiller, tørrhet i munnen og hete- eller kuldetokter. I tillegg kan angst resultere i bestemte handlinger, som fluktforsøk eller unngåelsesatferd. Angst følger ofte andre psykiatriske lidelser, som for eksempel depresjon eller ulike former for psykose.

Angst er en normal reaksjon hos mennesker, dersom de utsettes for trussel eller store påkjenninger. I motsetning til den naturlige angsten for reelle farer, har vi patologisk angst, som er angst for ting eller situasjoner som de aller fleste opplever som ufarlige. Det er denne

angsten vi snakker om ved angstlidelser.

Angstlidelser er psykiatriske lidelser hvor primærsymptomet er angst. Diagnostisk deler vi angstlidelser inn i ulike typer. Det er likevel viktig å huske på at de ulike angstlidelsene har mye mer til felles enn hva det er som skiller dem. Det er glidende overganger mellom dem, og det er ikke uvanlig å slite med flere typer angstlidelser samtidig.

De angstlidelsene vi går inn på her er fobier, panikklidelse og generalisert angst.

Sosial fobi

Felles for fobisk angst, er at angsten fremkalles av visse situasjoner eller objekter som rasjonelt sett ikke er farefulle. Fobiske lidelser debuterer ofte i tenåringsalderen og opp til 40 år.¹³

Sosial fobi er den hyppigst forekommende angstlidelsen, med en livstidsprevalens på 13 %.¹³ Den rammede har angst for å bli latterliggjort og kritisk gransket av andre. Sosial angst er vanligvis assosiert med lav selvfølelse. Eksempler på problematiske situasjoner er å spise mens andre ser på, snakke foran en stor forsamling, gå i selskap, eller å ha kontakt med andre enn den nærmeste familie. Frykten for situasjoner der man kan tiltrekke andres oppmerksomhet fører til unngåelsesatferd og forventningsangst. Vanlige symptomer ved eksponering kan være hjertebank, rødming, svetting og skjelving. Andre symptomer kan være konsentrasjonsvansker, ustø stemme, muskelspenninger, pustevansker og utilstrekkelighetsfølelse. Ofte i motsetning til personer som sliter med agorafobi, vil personer med sosial angst være alene med sin angst, da de er redd for at andre skal se at de er engstelige og dermed vurdere dem negativt.

Agorafobi

Dette er frykt for å bevege seg utenfor hjemmet, og frykt for situasjoner der en kan få angstanfall. Det kan være frykt for å ta bussen, oppholde seg i store folkemengder, på åpne plasser eller generelt på offentlige steder. Mange har samtidig panikklidelse. Personen kan være skremt av tanken på å besvime eller på å bli overlatt til seg selv, eller på å bli fanget på steder uten mulighet til flukt. Personen unngår de fobiske situasjonene. Angsten blir gjerne mindre når de er nær en bestemt, trygg person. Livstidsprevalens er 6-10 %.¹³

Spesifikke fobier

Dette er angst for bestemte objekter eller situasjoner som folk flest ikke er redde for. Det kan

være frykt for dyr, heiser, blod, sprøyter, fly, høyder, tordenvær, tannleger osv. Angsten kan unngås hos mange, f.eks. ved å ikke ta heis. Angsten kan i ekstreme tilfeller bli invalidiserende og føre til isolasjon. Prevalensen er betydelig høyere for kvinner enn for menn, henholdsvis 13 % og 4 %.¹³

Panikklidelse

Angst som kommer i kraftige anfall, der en får ”panikk”. Symptomer er skjelving, svette, hjertebank, brystmerter, svimmelhet, pustevansker, følelsen av å bli gal eller å skulle dø.¹ Disse anfallene utløses ikke i bestemte situasjoner, men kommer helt uventet. Forekommer ofte sammen med agorafobi, da pasienten kan være redd for å få panikkanfall utenfor hjemmet. Livstidsprevalens er 2,5 % for menn og 6,0 % for kvinner.¹³

Generalisert angstlidelse

Kan beskrives som overdreven bekymring for de fleste ting i livet, hvor pasienten ikke klarer å legge bort tankene ved forsøk på dette. Pasienten blir ofte gående med en konstant gnagende angstfølelse. Livstidsprevalens er 5 %, og er høyest blant kvinner.¹

Obsessiv-kompulsiv lidelse

Denne lidelsen består av tvangstanker (obsesjoner) og tvangshandlinger (kompulsjoner). Tvangstanker er tanker som pasienten prøver å unngå, men som likevel vil komme igjen og igjen. Det dreier seg ofte om forestillinger eller handlinger som pasienten ikke ønsker skal skje, men han klarer ikke å bli kvitt dem av egen fri vilje. Tvangshandlinger er stereotype handlinger som pasienten utfører gjentatte ganger mot sin vilje, og trangen til å utføre disse kommer stadig tilbake. Livstidsprevalens er 0,7 %.¹³

Kognitiv terapi ved angstlidelser

Et angstanfall utløses ofte av en eller flere påkjenninger. Det kan være samlivsbrudd, stryke på eksamen, eller mindre belastninger. Når angstanfallet bygger seg opp, raser det mange tanker gjennom hodet. Pasienten har gjerne hatt slike anfall før, og vet hva som kommer, nemlig noe svært ubehagelig og skremmende. Hun kan få tanker om at hun blir gal av redsel, at hun ikke kommer til å holde det ut eller tenke at hun blir så redd at hun dør. Dette fører til følelser som hjelpsløshet og intens frykt, og vil stimulere atferd som flukt og unngåelse. Dermed forsterkes angsten, og vi har en ond sirkel gående:

Belastende hendelser – Angst utløses – Tanker – Følelser – Atferd – Ytterligere angst.

Denne sløyfen går veldig raskt, og det er vanskelig å registrere hva som egentlig skjer. Dermed er det vanskelig for den som sliter med angst å avbryte den, en blir nærmest låst fast. Ved hjelp av kognitiv terapi kan en utstyre pasienten med et redskap til å stoppe denne aktiveringen før den tar overhånd over tanker og følelser, og dermed hindre at angsten når stadig nye høyder under et anfall.

Den kroppslig aktiveringen ved angstanfall, som økt puls, hjertebank, skjelving og svetting, er ubehagelig og kan være med på å vedlikeholde tanker som ”jeg kommer til å besvime” eller ”nå dør jeg”. Det er derfor viktig å informere pasienten om hva som skjer med kroppen når angsten aktiveres, og at disse reaksjonene er helt ufarlige, selv om de er veldig ubehagelige. Det er nødvendig at pasienten ser sammenhengen mellom negative tanker og følelser, og hvordan den onde sirkelen ovenfor aktiveres og vedvarer. Spesielt ved behandling av fobier trenger pasienten en god grunn til å utsette seg for angstskapende situasjoner.

Ved fobier er eksponering en sentral del av terapien. Her må en gå gradvis frem, og ikke sette seg for store mål av gangen. Terapeuten kan begynne med å be pasienten se for en typisk angstskapende situasjon, hvor en i samarbeid finner frem til det en trenger å jobbe med. Det å utfordre seg selv til å stå i angstfremkallende situasjoner, kan være et stort steg å ta, men er helt nødvendig for å jobbe videre med problemene.

Terapeuten i samarbeid med pasienten kan kartlegge typiske tankemønstre hos pasienten som går igjen i disse situasjonene. Etterpå kan en vurdere hvor hensiktsmessig og realistiske disse er. Det kan være at pasienten forsøker å registrere tanker og følelser når hun snakker i et møte med en større forsamling. Hvilke negative tanker utløses, og klarer pasienten å se hva som utløser disse. Er det mannen som gjesper, noe pasienten tolker som at det hun sier er uinteressant? Finnes det alternative måter å forstå disse hendelsene på? Kan det være andre grunner til at mannen gjesper? Terapeuten og pasienten kan her i samarbeid komme fram til alternative løsninger. Det kan være at mannen gjesper fordi møtet holdes på slutten av en lang arbeidsdag.

En annen måte å angripe problemene på er rollespill, der pasienten kan øve seg på å forholde

seg til de vanskelige situasjonene. F.eks. kan terapeuten spille en autoritetsperson som pasienten skal diskutere med. Denne teknikken fungerer særlig ved sosial fobi.

Ved generalisert angst kan terapeuten og pasienten jobbe med å utarbeide spesielle teknikker for å skifte fokus bort fra angsten. Pasienten er også her ofte preget av katastrofetanker og unngåelsesatferd. Pasienten tør ikke å slutte å bekymre seg, fordi hun da er redd for å ikke være forberedt på eventuelle katastrofer. Ved unngåelsesatferd vil pasienten aldri erfare at katastrofen faktisk ikke inntreffer, og bekymringen forsterkes og opprettholdes. Terapeuten og pasienten kan i samarbeid tilstrebe en omstrukturering av katastrofetankene.

MoodGym

MoodGym er et internettbasert program der brukeren trenes i å overkomme stress, depresjon og angst. Det er utviklet av *Centre for Mental Health Research* ved *The Australian National University*. Nylig har det blitt utarbeidet en norsk versjon som inngår i et prosjekt kalt *BlueMood* ved Institutt for Psykologi ved Universitetet i Tromsø.²⁴ Det er nå på prøvestadiet i Norge og er ikke fullstendig utviklet. Formålet med BlueMood-prosjektet er å prøve ut MoodGym og *BluePages*, som er en annen internettside som inneholder informasjon om depresjon og behandling.²⁵

Hovedinnhold:

MoodGym har som formål og forklare hvorfor følelser oppstår, forsøke å hjelpe brukeren til å endre måter å tenke på og endre negative tanker. I tillegg trenes det på økt selvsikkerhet og nedstressing. MoodGym består av fem deler med forskjellige tema og inneholder informasjon, eksempler, tester, øvelser og oppgaver. Hver del avsluttes med en oppsummering av modulen med resultat av testene og øvelsene. Disse finnes også i en arbeidsbok der brukeren kan lese hva han har gjort tidligere eller skrive inn nye hendelser fra dagliglivet etter han har gjennomført oppgaver som er blitt gitt i hjemmelekse. En blir kjent med ulike rollefigurer som kommer igjen flere ganger i de ulike modulene.

De ulike modulene:

Modul 1 – Følelsesmodulen.

Modul 1 konsentreres rundt sammenhengen mellom tanker og følelser. En lærer prinsippet ”DDT=DDF”, det du tenker = det du føler, der det forklares hvordan en indirekte kan endre

følelsene med å endre tankene. Brukeren øver på å gjenkjenne negative tanker, både egne og andres, og han blir kjent med de ulike rollefigurene med ulike problemer og personligheter. Scoringsskjemaer for angst og depresjons fylles ut. Disse scoringsskjemaene består av ni spørsmål og kommer igjen i alle modulene. Hjemmeleksa går ut på å registrere tanker når en kommer i en situasjon som setter følelsene i sving.

Modul 2 – Tankemodulen

Målet med denne modulen er å se på typiske feil personer gjør når de tolker hendelser. Det brukes en liste av David Burns, forfatter av *Feeling Good, the New Mood Therapy*, med ti ulike typer av negative tanker som f.eks. *mentalt filter*, der en negativ del av en sammenheng framheves på bekostning av nøytrale eller positive sider, eller *emosjonell resonnering* – å tro at noe er sant på grunnlag av følelser (se side 15). Det gis eksempler på alle typer tanker på lista, deretter trenes det på å gjenkjenne de ulike type tankene. Etter å ha prøvd seg på eksempeloppgaver går brukeren inn i arbeidsboka og prøver å gjenkjenne negative tanker i de situasjonene han selv har skrevet ned fra forrige modul. Etter å ha gjenkjent egne og andres tanker prøver en å utfordre de negative tankene gjennom direkte tale. Brukeren tar så en test på egne negative tanker for å kartlegge egen sårbarhet innenfor syv ulike, vanlige områder som behovet for å bli elsket, behovet for å være perfekt etc. Til slutt går det igjennom strategier for å øke selvtillit og brukeren skriver ned sine egne styrker og svakheter. Hjemmeleksen er å gjøre noe en liker, og si ting til seg selv som en ville sagt til andre.

Modul 3 – Negative tanker modulen

I denne modulen gis det eksempler på konkrete metoder en kan bruke for å utfordre de negative tankene.

- Ta rollen som reporter. Beskriv kun de objektive hendelsene, uten sannsynlige subjektive meninger og tanker. Reportere fakta, ikke tolkninger. Det gis en øvelse der brukeren skal beskrive en hendelse, hvilken tolkning han gjør, deretter beskrive objektive fakta og registrere avvik mellom fakta og egen tolkning.
- Øke positive selvtolkninger; prøve å erstatte negative utsagn med positive.
- Kartlegge hendelser. Skriv ned en hendelse og tolkning en gjør om den hendelsen. Deretter spør en minst 3 andre personer hva deres tolkninger ville vært.
- Eksperimenter: Test ut om tankene en har stemmer med å oppføre seg mot hva tankene sier en skal.
- Være din egen trener. Det gis eksempel på hvordan en kan snakke seg ut av negative

tanker.

- Registrering av alle negative tanker en har i løpet av en dag. Etter tre uker oppdager mange at det blir færre og færre negative tanker.¹⁰

Andre del av modul 3 går ut på å jobbe med de sårbarhetsområder brukeren har størst problemer med. Testen i modul 2 kan hjelpe med å gradere hvilke områder en burde jobbe mest med, eller en kan velge å gå igjennom alle.

I siste del av modulen besvarer brukeren et spørreskjema om hyggelige gjøremål der han blir spurt hvor mye han ville likt å gjøre ulike ting og hvor ofte han gjør dem. Totalt inneholder skjemaet 319 ulike gjøremål, der det oppsummeres hvilke gjøremål en sjelden gjør, men ville hatt stor glede av å gjøre og hvilke ting en ofte gjør selv om en ikke har så stor glede av det. Hjemmeleksa er et aktivitetsskjema der en registrerer hva en har gjort og hvor godt en likte det.

Modul 4 – Stress ned modulen.

Målet med modul 4 er å gi forklaringer på hva som kan være opprørende, hjelpe å endre en stressende hverdag og greie å stresse ned. En lærer at stressor + sårbarhet = stress. Stressor er alle tingene rundt oss som påvirker oss i negativ retning, som sykdom, økonomiske problemer, samlivsbrudd, dødsfall, tidspress, manglende sosialt nettverk osv. Sårbarhet forteller hvordan hver person blir påvirket av stressorer. En del av sårbarheten er genetisk, en er født forskjellig, noe som gjør at man takler stressorer på ulike måter. Den andre delen av sårbarheten vår er formet gjennom livet etter hvert som hendelser påvirker oss.

Gjennom *Livets slag test*, får brukeren en stressvurdering på årets siste hendelser, etterfulgt av en handlingsplan for å unngå lignende situasjoner i den grad det er mulig. Det gjennomføres så en foreldretest for å finne ut om det er noen områder som er problemfylte og det gis forslag til strategier for å bedre forhold til foreldre. Det gis også en del info om avstressing, ikledd som et spørreprogram, og eksempler på ulike former for avspenning med hjelp av f.eks. pusteteknikker, forestillingsteknikk og musikk.

Modul 5 – Forholdsmodulen

I Modul 5 gis det eksempler på typiske negative tanker en kan tenke når en går igjennom et samlivsbrudd og forslag til andre måter å tenke på for å bli kvitt sinne, skyldfølelse, frustrasjon, selvbebreidelse o.l. Brukeren introduseres for en konkret problemløsningsstrategi, *IPERU*, som

kan brukes i alle mulige situasjoner;

1. Identifiser; hva er problemet?
2. Produser; hvilke ulike muligheter har en til å takle problemet?
3. Evaluer; hva taler for og imot de ulike mulighetene?
4. Ranger; hva er det beste alternativet?
5. Utfør; hvordan utføre det på best mulig måte for å lykkes?

MoodGym avsluttes med en siste oppsummering og et spørreskjema der en evaluerer MoodGym og kan komme med forslag til forbedringer.

Intervju med Nils Kolstrup

Nils Kolstrup er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin, og er førsteamanuensis ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT. Kolstrup er utdannet kognitiv terapeut. Han har bistilling som fastlege ved Skansen legekontor, og her praktiserer han kognitiv terapi. Han er også medforfatter av boken "Kognitiv terapi i lægepraksis", som ble utgitt i 2002.

Kolstrup er i ferd med å starte med en forskningsoppgave, der samarbeidspartnere er Ove Lintvedt, stipendiat ved Institutt for psykologi, og Elene Hauge, som er lege og utdannet psykolog. Forskningsoppgaven dreier seg om hvordan en kan få internettbaserte programmer i kognitiv terapi inn i allmennpraksis. De skal se på MoodGym, om bruken av det, og om det kan brukes av allmennleger med interesse. Kolstrup mener at kognitiv terapi burde brukes mer i allmennpraksis, men det er for tidlig å si hva skal en ha som mål: Skal allmennpraktikere tenke i retning av kognitiv terapi, dvs. bruke noen av ideene, men ikke selve terapien? Eller skal så mange som mulig allmennpraktikere utdannes i kognitiv terapi?

Kolstrup har to til tre 45-minutters konsultasjoner ukentlig hvor han bruker strukturert kognitiv terapi. Pasienter som kommer til kognitiv terapi hos Kolstrup, er som regel satt opp til månedlige konsultasjoner. I tillegg har han telefonsamtaler innimellom dersom det er fare for selvmord eller hvor det er andre usikkerhetsfaktorer.

I tillegg til de strukturerte konsultasjonene med kognitiv terapi, bruker Kolstrup kognitive teknikker i tilfeller hvor han tror det kan ha nytte for seg. En kan endre eller tilpasse en

konsultasjon slik at man ikke behøver å kjøre selve den kognitive terapien, men bruke elementer som kan være gode i allmennpraksis. Allmennleger må generelt tenke mer kognitivt, tenke mer sokratiske utspørring, mer søking etter forestillinger, mer hjemmelekser og mer agendasetting, mener han. Allmennleger kommer tidlig inn ved depresjon og angst hos pasientene, og det er kontinuitet i kontakten mellom fastleger og deres pasienter. Dette gir gode muligheter for å komme inn i en dialog hvor det brukes kognitive teknikker. Men da skal man også vite hvordan man kommer seg videre. Det er viktig at legen føler at teknikkene beherskes tilstrekkelig. Manglende kompetanse kan gjøre vondt verre.

Ved spørsmål om han har noen tanker om hva som skal til for at kognitiv terapi skal bli mer utbredt i allmennpraksis, er Kolstrup opptatt av å forandre på det pengedrevne systemet. 10-20 minutters konsultasjoner gir mer penger. En taper penger dersom en utfører kognitiv terapi som allmennlege, fordi det krever mer tid. Kolstrup har fire pasienter som kommer til vanlige konsultasjoner per time. Han vil få to problemer dersom han øker antallet pasienter som får kognitiv terapi; han taper penger og får lengre ventetid. Personlig jobber Kolstrup med kognitiv terapi fordi pasienter får det bedre med kognitiv terapi. Det er inspirerende og gir mestringfølelse hos legen. For en allmennlege som ser pasientbehandling i et langsiktig perspektiv er det en stor glede å se at pasientene blir bedre etter hvert. Så for ham personlig får det være at det er økonomisk dumt og at ventetiden øker.

Systemfeil bidrar altså til at kognitiv terapi ikke blir så utbredt. Det er vanskelig å få gjort noe med dette, og det vil ta mange år å forandre systemet. Samtidig satser regjeringen på psykisk helse. Kolstrup har forslag til løsninger. En mulighet er at et kurs på 60 timer i kognitiv terapi kan gi en fornuftig takst, slik at en ikke taper penger på å ha konsultasjoner på 45 minutter. Slik systemet er i dag, må allmennleger ha henvist pasienten til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for å kunne bruke takst på psykoterapi samtalebehandling av allmennlege. Det er lange ventekøer på psykiatriske poliklinikker, noe som Kolstrup mener kan unngås ved at allmennleger selv tar hånd om de mer milde formene for angst og depresjon.

Kolstrup kjenner ikke til utførelsen av MoodGym, og bruker det derfor ikke. Han mener at MoodGym og BlueMood er alt for omfattende til at allmennleger vil ta det i bruk, det tar for lang tid å sette seg inn i. Det er urealistisk slik det er i dag, men kanskje det kan brukes etter en tilpassning til allmennpraksis.

Forhåpentligvis kommer tankegangen i kognitiv terapi mer inn i allmennpraksis. Kolstrup forteller at det nettopp har blitt startet opp en interessegruppe i Allmennlegeforeningen, såkalt ”Referansegruppe i kognitiv terapi”, der en skal jobbe med hvordan en kan få ideologien inn i allmennpraksis, og få flere leger til å ta de store kursene og de mindre kursene som finnes. Men det krever ganske mye av allmennlegene, da de opplever en meget travel hverdag hvor de har nok å gjøre. Kanskje kunne kognitiv terapi inkluderes i en større del av medisinstudiet?

Kolstrups grunnholdning:

- Tankegangen i kognitiv terapi burde inn i de fleste konsultasjoner, og det burde brukes langt mer for ”lette” tilstander i allmennpraksis. Dette fordi pasienten kan få det mye bedre, noe Kolstrup selv har mange erfaringer med. Psykoedukasjon er viktig, og er allerede inne i modellen.
- Allmennleger burde ha en langt større plass i behandlingen av lette tilstander av angst og depresjon. Ved henvisning vil disse pasientene i månedsvis stå i ventekø for behandling i spesialisthelsetjenesten, og lidelsen vil utvikle seg til å bli kronisk.

Konklusjon: ”Ja, vi kan bruke kognitiv terapi i allmennpraksis, men kanskje vi må modifisere det litt og tenke litt annerledes enn psykologer og psykiatere gjør”.

Intervju med Ove Lintvedt

Ove Lintvedt er utdannet psykolog og stipendiat ved Institutt for Psykologi ved UiTø. Han er i ferd med å publisere en studie som forteller noe om potensialet til internettbaserte selvhjelpsprogrammer i kognitiv terapi, det vil si hvor mange en kan nå i en populasjon. Det finnes mange studier fra før som sier noe om effekten av slike internettbaserte selvhjelpsprogrammer. Denne måles gjerne i bedring av symptomer på angst og depresjon, mindre stigmatisering, bedre ”coping”, osv. Men ingen av disse studiene sier noe om potensialet og hvor mange som kan få hjelp.

Lintvedt forteller kort om internettbaserte selvhjelpsprogrammer i kognitiv terapi. Markedet er grovt sett delt inn i to deler; programmer som trenger terapistøtte og rene selvhjelpsprogrammer, ofte kalt ”unattended”.

Programmer som trenger terapistøtte er bygd opp av moduler, hvor brukeren leverer inn

spørreskjemaer og får tilbakemelding fra en terapeut, enten ansikt til ansikt eller elektronisk. Men denne type programmer finnes så å si ikke. De er blitt implementert gjennom forskning, men fordi de trenger så mye økonomisk støtte for å kunne inngå i en behandlingsmodell, blir de ikke brukt videre.

Fordelen med programmer uten terapistøtte er at de koster lite å videreutvikle og vedlikeholde når en først har utviklet og kvalitetssikret dem. Men det er usikkerhet i forhold til hvem som kan bruke slike programmer, da programmet ikke responderer hvis brukeren har veldig spesifikke behov. Her kommer "tailoring" inn. "Tailoring" er en form for elektronisk oppfølging i form av mer eller mindre skreddersydde tilbakemeldinger. Den enkleste form for slik tilpassing kan være å skille mellom om brukeren er deprimert eller ikke deprimert. Informasjon om brukeren samles opp fra tidlig i forløpet, som for eksempel depresjonsscore, grad av angst osv. Deretter brukes denne informasjonen til å gi tilbakemelding under forløpet. En har da muligheten til å vinkle informasjonen tilbake til brukeren på en slik måte at den tilpasses bedre. Det kan for eksempel være at brukeren har vært utsatt for et traume, og trenger å jobbe med dette for å bedre sin angst eller depresjon. Da kan det hende at brukeren ikke føler seg "sett" ved å bruke et program uten tilpassing, som blir for generelt.

Vi spør Lintvedt hva han mener er fordelen med å bruke internett som arena for kognitiv terapi. Han er opptatt av at det fjerner barrierer. Mange har vanskelig for å søke hjelp for sine psykiske plager. En stor del av grunnen kan være at de bagatelliserer plagene, frykter stigma eller synes terskelen for å oppsøke helsepersonell er for stor. Terskelen for å bruke internett er ofte lavere enn for å oppsøke helsepersonell. En er ikke begrenset av tid eller sted, og en forblir anonym.

Men det finnes også mindre fordelaktige sider. Noen bryter ut ganske tidlig i forløpet ved bruk av internettbaserte selvhjelpsprogrammer. Det kan være fordi de innser at de trenger hjelp utenom dette, at de ikke klarer å takle problemene alene sammen med datamaskinen. Eller det kan være at en opplever å ikke bli sett. Internettbaserte selvhjelpsprogrammer er ganske avlåst og begrenset i forhold til hvilke repertoarer en kan spille på. En kan f.eks. ikke si at en har blitt seksuelt misbrukt og få programmet til å respondere deretter. Det er et forhåndslagt løp hele veien som må følges.

Tanken er at metodene som brukes og problemene som belyses er så hverdagslige at alle kjenner seg igjen i det. Man skal lære seg å generalisere for å se hvordan negativ tenkning kan

forandre måten vi føler oss på, og igjen hvilke handlinger eller valg vi gjør i livet. Det blir mye av den samme metodikken som brukes hos en kognitiv terapeut, blant annet basering på skjema. I denne forbindelse nevner Lintvedt en studie som nylig er publisert i Australia. Denne konkluderer med at det er ingen forskjell i behandlingsresultat mellom pasienter som gikk til lege/psykolog og dem som brukte internettbaserte selvhjelpsprogrammer. Dette dokumenterer metoden og gir håp for hvordan en kan løse problemene med depresjon som trolig vil ekspandere i tiden som kommer.

Både dem som går til behandling i førstelinjetjenesten og dem som ikke søker hjelp i det hele tatt kan ha nytte av internettbaserte selvhjelpsprogrammer. Lintvedt mener at MoodGym eller lignende programmer kan brukes som støtte i korttidsterapi hos fastlegen. Pasienten går hjem og bruker MoodGym som treningsarena hjemme, gjør konkret trening og kommer tilbake med statusark til legen. En går gjennom hva en har gjort og hva slags problemstillinger som gjenstår.

Vi påpeker at Kolstrup finner det usannsynlig at MoodGym kan brukes som et hjelpemiddel i allmennpraksis. Lintvedt sier seg noe uenig i det, selv om det er vanskelig å vite sikkert. En trenger å forske på det. Det er funnet en strategi for hvordan en kan forsøke å få MoodGym eller andre internettbaserte selvhjelpsprogrammer implementert i allmennpraksis. Ved å gjøre en pilot blant leger som har videreutdanning i kognitiv terapi kan en finne ut om tilrettelegging av bruken av programmet. En kan vise at bruken i allmennpraksis kan gi veldig god effekt, og er kostnadseffektivt med tanke på legetidsbruk versus resultat. En annen pilot kan undersøke holdningen til kognitiv terapi generelt blant leger, og kan kaste lys på hvordan en kan øke interessen.

Lintvedt forteller om en studie som nylig er gjort i Australia, men som enda ikke er publisert. Det ble rekruttert legesentre og enkeltleger i Sydney for å teste ut hvordan bruken av MoodGym fungerte i praksisen. De fikk tilbud om en forskningsassistent som tok seg av den praktiske tilretteleggingen, eventuelt gjennomføringen, og kunne være til stede og følge opp pasienter som brukte MoodGym. Tross alt dette var frafallet bortimot 80 %. Først trakk enkeltleger seg, deretter hele legesentre. Lintvedt påpeker at man her ikke hadde gjort noen pilot, og dermed ikke kartlagt holdninger og kunnskap om kognitiv terapi blant allmennleger på forhånd. Dette er viktig for å finne ut hvordan man skal implementere internettbaserte selvhjelpsprogrammer i kognitiv terapi i allmennpraksis. Legen føler ofte at terskelen til å bruke slike programmer er for stor, det er lettere å skrive ut en resept. Dette krever noe helt

annet. En må finne ut hvilke ”gulrøtter” som må ligge i bunn for at leger skal ta det i bruk. Det kan f.eks. være utdanning eller kurs som en får kreditt for. Takstsystemer kan også gi god uttelling. Lintvedt mener at det er dødfødt å gå løs på dette før det er gjort pilotstudier. En trenger å oppnå allmenn aksept av kognitiv terapi generelt og nettbasert, noe som igjen vil føre til økt bruk.

Diskusjon

Som beskrevet i introduksjonen er depresjon og angst svært vanlige lidelser som alle allmennleger vil møte i sin hverdag. Vi synes det er viktig å ha et verktøy i allmennpraksis for å kunne hjelpe pasienter med ulike psykiske plager som ikke nødvendigvis trenger henvisning til spesialisthelsetjenesten. Ettersom kognitiv terapi er kjent som en lett forståelig og lett anvendelig terapimetode, ville vi se på fordeler og ulemper med å bruke dette verktøyet i allmennpraksis. I tillegg var vi interesserte i hvordan internettjenester kunne anvendes i denne sammenhengen.

Et viktig argument for å bruke kognitiv terapi i allmennpraksis er at det ikke bare er et verktøy i behandling av pasienter med psykiske lidelser, men det kan også brukes ved andre situasjoner der pasienten ikke kvalifiserer til en psykiatrisk diagnose, men likevel har behov for hjelp. Det kan være pasienter som gjennomgår livskriser etter samlivsbrudd, dødsfall eller alvorlig sykdom. Det finnes her et forebyggende potensial for å motvirke utvikling av depresjon og angst ved å sette inn tiltak i tidlig stadium. I tillegg risikerer en også unødvendig forverring og kronifisering hos pasienter som allerede har fått en angst eller depresjonsdiagnose, ved å plassere disse pasientene i en ventekø i stedet for å starte behandling på stedet. Hvis en kan behandle flere i primærhelsetjenesten bidrar man også til å løse kapasitetsproblemet til spesialisthelsetjenesten.

Ved bruk av kognitiv terapi blant allmennleger kan det være fare for at det startes opp behandling på pasienter som er uegnet. En kan f.eks. risikere å provosere frem reaksjoner hos pasienter som i verste fall kan føre til selvmordsforsøk. En spesiell risikogruppe er de pasientene som tildekker alvorlighetsgraden av sin depresjon, noe som gjør at de virker å ha en mildere depresjon enn det de faktisk har.

En fordel med kognitiv terapi i allmennpraksis er at en del pasienter allerede har dannet et tillitsforhold til sin fastlege før oppstart av psykiske symptomer. Det kan gjøre oppstarten av behandlingen enklere og i tillegg har legen ofte forkunnskaper om pasienten som gjør at han får en bedre forståelse av pasienten og dens livssituasjon. På den annen side kan et langvarig tillitsforhold gjøre at pasienter har vanskeligere for å komme med negativ tilbakemelding og f.eks. presentere et ønske om en annen terapeut hvis behandlingen ikke fungerer. Det vil være svært uheldig hvis en pasient blir sittende fast i et mislykket behandlingsopplegg og ikke får den hjelpen han trenger.

Med tanke på varigheten av kognitiv terapi finnes det positive og negative sider. Noen problemer kan løses på to konsultasjoner, og det synes svært unødvendig hvis disse må henvises for å få hjelp da de er lite krevende å behandle i primærhelsetjenesten. På den annen side er lengden av behandlingen svært individuell og en må beregne at noen depresjoner trenger over 20 konsultasjoner. Det vil da ta nesten ett år å gjennomføre et slikt behandlingsopplegg hvis en har konsultasjoner annenhver uke. Når en tar til ettertanke at det må settes av en dobbeltime til hver konsultasjon og med tanke på tidspresset som finnes i dagens legepraksiser er det ikke rart hvis det virker uoverkommelig å ha pasienter på listen som øker presset ytterligere. I tillegg er takstsystemet i allmennpraksis per i dag bygd opp slik at kortere konsultasjoner gir økt inntjening, og allmennlegen vil derfor tape penger på å starte en slik behandling, selv om de totale kostnadene for samfunnet sannsynligvis vil bli mindre.

Det finnes mange gode studier som dokumenterer effekten av kognitiv terapi, både når det gjelder angstlidelser og depresjon (se side 4). Det er et interessant poeng at Gloagen og kollegers metaanalyse fra 1998 viser at kognitiv terapi er mer effektivt enn antidepressive medikamenter i behandling av mild og moderat depresjon. Samtidig tyder studien på at antall tilbakefall er færre etter behandling med kognitiv terapi sammenlignet med bruk av antidepressiva. Med kognitiv terapi løser du ikke bare problemet her og nå, du investerer i fremtiden ved å utstyre pasienten med et forsvar som følger pasienten videre; en psykoedukativ behandling. I tillegg til bedre behandlingsresultat risikerer ikke pasienten de medikamentelle bivirkningene som er forbundet med antidepressiva. Men selv om pasienten behandles med antidepressiva, er det ingen hindring å stå på slike medikamenter i kombinasjon med kognitiv terapeutisk behandling.

Internett er i dag tilgjengelig i de fleste hjem og er en velbrukt kilde til ulik informasjon. Mange med psykiske lidelser kan ha vansker for å søke hjelp. Det kan være at de synes terskelen er for stor, de minimaliserer problemene eller frykter negative reaksjoner. Siden terskelen for å bruke internett til orientere seg for de fleste er lav, vil lett tilgjengelige, kostnadsfrie selvhjelpstjenester på internett fjerne barrierer for disse pasientene. En annen fordel med internett er at en ikke blir begrenset av tid eller sted; kanskje ikke behandler har tid når pasient trenger det, f.eks. hvis han har en utfordring foran seg. Men på samme måte som gjør at terskelen for å oppsøke slike selvhjelpsprogrammer er lav, vil nok også terskelen for å avslutte behandling være mindre enn sammenlignet med å oppsøke lege eller annen behandler. Det vil være uheldig hvis man ikke greier å beholde pasienter som har behov for hjelp inni et behandlingsopplegg. Kanskje blir terskelen for å søke hjelp neste gang enda større.

MoodGym er et australsk selvhjelpsprogram i kognitiv terapi som er oversatt til norsk. Vi har gått igjennom hele MoodGym og prøvd og sett på det både fra en pasients og behandlers ståsted. MoodGym er veldig generelt oppbygd og kan være til hjelp også hos personer som ikke kan sies å ha en psykisk lidelse. F.eks. er tema som forståelse av sammenheng mellom tanker og følelser, nedstressing, oppbygging av selvtillit og læring av problemløsningsstrategier noe mange personer kan ha nytte av uavhengig av psykisk lidelse eller ei. Ellers får vi inntrykk av at det spesielt passer bra for pasienter med depresjon. Når det gjelder angstlidelser, som er en heterogen gruppe, vil MoodGym sannsynligvis passe bedre for pasienter med generalisert angst og sosial fobi enn obsessiv-kompulsiv lidelse og spesifikk fobier, som kanskje trenger litt mer målrettet behandling. En ulempe med at MoodGym og lignende program er bygd opp svært generelt for å passe flest mulig, er at de med spesielle behov kan føle at de ikke blir sett. Det finnes ingen mulighet å fortelle at man har gjennomgått et traume som f.eks. en voldtekt og at det kan være årsaken til mange av problemene og følelsene.

Det virker som om MoodGym har en mer yngre del av befolkningen som målgruppe. Det ser vi f.eks. på en del av eksemplene og oppgavene som blir gitt. Ofte er problemstillingene konsentrert rundt studier, foreldre og søsken og andre yngre faser i livet (ses blant annet ved en foreldretest som har som mål å bedre forholdet til foreldrene). Ingen plass er det f.eks. nevnt noe om å ha barn selv. Rollefigurene som brukes virker også å være i alder fra sene tenår til midten av 20-årene. Det kan gjøre at eldre personer vil føle seg malplassert hvis de starter med et slikt program.

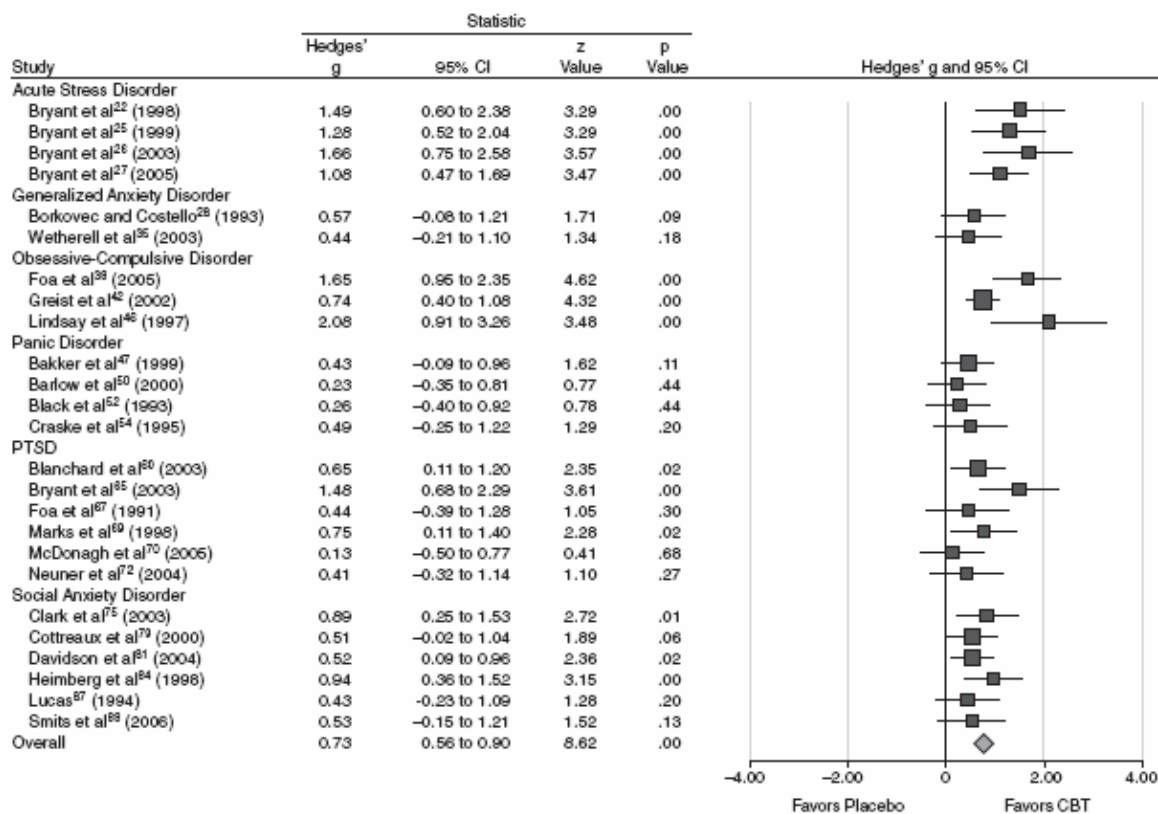
Noen av ulempene med kognitiv terapi i allmennpraksis og internettbaserte selvhjelpsprogrammer hver for seg kan unngås ved å kombinere disse to. Det kan minske litt av tidspresset på legekantoret ved å flytte en del av den informasjonen og forståelsen som er viktig at pasienten har til hjemmet og datamaskinen. Samtidig kan bruk av programmet og oppgavene som blir gitt være den hjemmeleksa som gis av legen, der man kommer tilbake til legen med resultater fra tester og nedskrevne oppgaver og kan sammen diskutere hva som har skjedd, og hvorfor. Noen av de oppgavene og eksemplene som gis kan være vanskelige å forstå eller vanskelige å transformere til å passe pasientens individuelle situasjon. Ved å ha en erfaren lege som vet hva oppgavene går ut på kan en da få hjelp til denne tilpassingen som er viktig for at oppgaven skal bli vellykket gjennomført og dermed unngå at pasienten sitter hjemme alene og blir frustrert.

I MoodGym går det igjen et skåringsskjema for depresjon og angst i alle modulene. Disse består kun av ni ja/nei spørsmål og det er øyensynlig veldig upresist og litt variasjon i svarene vil gi veldig forskjellig resultat. Vi antar at grunnen til at skjemaene går igjen er for å overvåke utviklingen underveis for å finne en evt. forbedring. Vi synes det er en svakhet med MoodGym at det ikke foretas mer nøyaktig kartlegging av symptomer og at det er også en viktig fordel med kombinasjon med allmennpraksis der legen kan stille en korrekt diagnose og en mer nøyaktig vurdering av alvorlighetsgrad ved f.eks. MADRS (se figur 2 side 35). Et viktig poeng her er at det finnes personer som ikke er like egnet for behandling i allmennpraksis (se side 9). De vil nok heller ikke være egnet for egenbehandling på internett, og her finnes det ingen som kan identifisere at de trenger en type behandling som kun kan gis i spesialisthelsetjenesten, f.eks. for å unngå å få reaksjoner som kan være vanskelige å takle alene.

En utfordring for å kunne inkludere MoodGym eller lignende program i allmennpraksis er at leger burde vite en god del om programmet på forhånd. De burde ha satt seg godt inn i de ulike oppgavene og metodene som brukes der før de kan anbefale programmet til sine pasienter og i tillegg geleide dem gjennom det. MoodGym er et langt program og det vil være en omfattende prosess og sette seg inn i hele programmet. Det er forståelig hvis mange leger vil føle at de ikke har kapasitet til slikt ekstraarbeid, og som Ove Lindvedt poengterer i intervju (side 27), vil en være avhengig av en god pilotstudie før man introduserer dette til allmennlegene. En må finne ut hvilke ”gulrøtter” som må til for at legene skal ta dette i bruk. Nils Kolstrup mener MoodGym er altfor omfattende til at allmennleger vil ha tid til å sette seg inn i det. Det er mulig det må det gjøres en tilpasning og forenkling før det kan brukes i allmennpraksis.

Vedlegg

Figure 2. Effect Size Estimates (Hedges' g) and the Statistical Tests of the Acute Treatment Efficacy of CBT Compared to Placebo on the Primary Continuous Anxiety Measures for the Identified Studies³



³With the exception of the Barlow et al.⁵⁰ trial, all effect size estimates are based on the combination of the main outcome measures. The Barlow et al.⁵⁰ trial was based on the Panic Disorder Severity Scale.⁵¹ Abbreviation: CBT = cognitive-behavioral therapy.

Tabell 1: Resultat fra en meta-analyse som viser effekten av kognitiv terapi versus placebo ved ulike angsttilstander.³

MADRS

Graderingen skal baseres på et klinisk intervju som beveger seg fra bredt formulerte spørsmål om symptomer til mer detaljerte spørsmål som tillater en presis vurdering av alvorlighetsgrad. Intervjueren må avgjøre om vurderingen ligger på ett av de definerte trinnene på skalaen (0, 2, 4, 6) eller mellom dem (1, 3, 5).

Det er viktig å huske at det bare er ytterst sjelden man treffer på en deprimert pasient som ikke kan vurderes ut fra spørsmålene i skjemaet. Hvis man ikke kan få et klart svar fra pasienten skal alle relevante ledetråder så vel som informasjon fra andre kilder brukes som grunnlag for graderingen i tråd med vanlig klinisk praksis.

Vennligst kryss av i den passende ruten for hvert spørsmål.

Pkt. 1. Vurderes av undersøker. Pkt. 2-10 fylles ut på grunnlag av pasientens angivelser (ingen tolkninger!).

1 Ytre tegn på tristhet	3 Indre spenning
<p>Sikter til håpløshet, dysterhet og fortvilelse, (mer enn vanlig forbigående nedstemthet) som gjenspeiles i tale, ansiktsuttrykk og kroppsholdning. Vurder ut fra dybde og manglende evne til å lysne opp.</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ingen tristhet</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Ser trist og humørløs ut, men lysner opp uten vanskelighet.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Virker trist og ulykkelig det meste av tiden.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Ser ekstremt trist og fortvilet ut hele tiden. Dyp håpløshet.</p>	<p>Sikter til følelser av vagt ubehag, øket irritabilitet, indre uro, eller anspenthet stigende til enten panikk, forferdelig frykt eller overveldende angst. Gradér ut fra intensitet, hyppighet, varighet og behov for støtte og beroligelse.</p> <p><i>Har du merket noen uro, spenning eller angst siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Rolig. Bare antydning til indre spenning.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Leilighetsvis følelse av å være ansent og vage følelser av indre kroppslig ubehag .</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Vedvarende følelse av indre spenning eller panikk som kommer og går og som pasienten bare kan mestre med vanskelighet</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Vedvarende og overveldende frykt eller angst. Overveldende panikkfølelse.</p>
2 Rapportert tristhet	4 Nedsatt søvn
<p>Sikter til utsagn om nedstemthet, uansett om denne gir seg ytre uttrykk. Omfatter senket stemningsleie, tristhet og fortvilelse eller følelsen av å være hinsides hjelp og håp. Gradér i henhold til intensitet, varighet og i hvilken grad stemningsleiet angies å bli påvirket av ytre omstendigheter.</p> <p><i>Har du vært vedvarende deprimert eller nedfor mesteparten av dagen hver dag de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Leilighetsvis tristhet når omstendighetene tilsier det.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Trist eller nedstemt, men lysner opp uten vanskelighet.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Gjennomtrengende følelse av tristhet eller dysterhet. Stemningsleiet blir likevel påvirket av ytre omstendigheter.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Vedvarende eller konstant tristhet, fortvilelse eller håpløshet</p>	<p>Sikter til opplevelse av nedsatt varighet eller dybde av søvnen sammelignet med personens vanlige søvnmønster når han eller hun føler seg bra.</p> <p><i>Har du hatt søvnproblemer nesten hver natt de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Sover som vanlig.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Visse vanskeligheter med innsovning eller noe nedsatt, lett eller usammenhengende søvn.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Søvn redusert eller avbrutt med minst to timer.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Mindre enn to-tre timer søvn.</p>

<p>5 Nedsatt appetitt</p> <p>Sikter til følelsen av minsket appetitt sammenlignet med når personen føler seg bra. Gradér i forhold til tap av matlyst og behovet for å tvinge seg selv til å spise.</p> <p><i>Hvordan har det vært med matlysten de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Vanlig eller økt appetitt.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Lett nedsatt appetitt.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ingen appetitt. Maten smaker ikke.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Må overtales for i det hele tatt å spise.</p>	<p>8 Ute av stand til å oppleve følelser</p> <p>Sikter til den subjektive opplevelsen av nedsatt interesse for omgivelsene eller for aktiviteter som vanligvis gir glede. Evnen til å reagere med adekvate følelser på omstendigheter eller mennesker er svekket.</p> <p><i>Har du i de siste tre døgn vist mindre interesse for de fleste ting, eller vært mindre i stand til å glede deg over ting som pleide å gi deg glede?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Normal interesse for omgivelsene og for andre mennesker.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Nedsatt evne til å glede seg over det som vanligvis gleder.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Tap av interesse for omgivelsene. Tap av følelser for venner og kjente.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Opplevelse av å være emosjonelt lammet, ute av stand til å føle sinne, sorg eller glede og en fullstendig eller endog smertelig svikt når det gjelder å føle noe for nære slektninger og venner.</p>
<p>6 Konsentrasjonsvanskeligheter</p> <p>Sikter til vanskeligheter med å samle tankene stigende til invalidiserende mangel på konsentrasjon. Gradér i henhold til intensitet, hyppighet og graden av invalidisering.</p> <p><i>Har du hatt vansker med å konsentrere deg de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ingen konsentrasjonsvanskeligheter.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Av og til vanskeligheter med å samle tankene.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Vanskeligheter med å konsentrere seg om enkle rutineaktiviteter og gjennomføre disse uten anstrengelser.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Ute av stand til å lese eller samtale med andre uten store vanskeligheter.</p>	<p>9 Pessimistiske tanker</p> <p>Sikter til tanker om skyld, mindreverd, selvbebreidelse, synd, anger og fordervelse i fremtiden.</p> <p><i>Har du følt deg verdiløs eller skyldbetyngt de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ingen pessimistiske tanker.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Fluktuerende forestillinger om å være mislykket, selvbebreidelse eller nedvurdering av seg selv.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Vedvarende selvanklager, eller klare men likevel rasjonelle forestillinger om skyld eller synd. Stadig mer pessimistisk med hensyn til fremtiden.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Vrangforestillinger om fordervelse, anger eller utilgivelig synd. Selvanklager som er absurde og urokkelige.</p>
<p>7 Initiativløshet</p> <p>Sikter til vanskeligheter med å komme i gang eller treghet med å starte og utføre dagligdagse aktiviteter.</p> <p><i>Har du hatt vansker med å komme i gang, ta initiativ eller utføre dagligdagse aktiviteter de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Nesten ingen vanskeligheter med å komme i gang. Ingen treghet.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Vanskeligheter med å komme i gang med aktiviteter.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Vanskeligheter med å komme i gang med enkle rutineaktiviteter som bare kan utføres med anstrengelse.</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Fullstendig initiativløshet. Ute av stand til å gjøre noe uten hjelp.</p>	<p>10 Selvmordstanker</p> <p>Sikter til følelsen av at livet ikke er verdt å leve, at en naturlig død ville være kjærkomment, selvmordstanker og forberedelser til selvmord. Selvmordsforsøk skal ikke i seg selv påvirke graderingen.</p> <p><i>Har du selvmordstanker eller har du ønsket at du var død de siste tre døgn?</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0. Gleder seg over livet eller tar det som det kommer.</p> <p><input type="checkbox"/> 1.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Lei av livet. Bare flyktige selvmordstanker.</p> <p><input type="checkbox"/> 3.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ville helst være død. Selvmordstanker er vanlige og selvmord blir sett på som en mulig løsning, men uten at det foreligger konkrete planer eller hensikter</p> <p><input type="checkbox"/> 5.</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Uttalte planer om selvmord når det byr seg en anledning. Aktive forberedelser på selvmord.</p>

Sum MADRS-skår, 1-10. (0-60): _____

Figur 2: MADRS depresjonsgradering²⁶

Litteraturliste

- 1) Hunskår (2003) «Allmenmedisin» Gyldendal akademisk.
- 2) <http://moodgym.anu.edu.au/welcome>
- 3) Hofmann, Smits (2008) «Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials» J Clin Psychiatry. 2008 Apr;69(4):621-32.
- 4) Gloaguen, Cottraux, Cucherat og Blackburn (1998) «A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients» av J Affect Disord. 1998 Apr;49(1):59-72.
- 5) <http://pb.rcpsych.org/cgi/reprint/30/8/318>
- 6) Kolstrup, N (2008) «Hva er kognitiv terapi – og kan vi bruke det i allmenpraksis?» Utposten 1.
- 7) Oestrich H. and Kolstrup N. (2002) «Kognitiv terapi i lægepraksis. En manual for læger.» Psykologisk Forlag.
- 8) Berge T, Repål A (2004) «Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis.» Gyldendal akademisk.
- 9) Berge T, Repål A (2005) «Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon» Aschehoug.
- 10) Burns David M.D (2002) «Feeling good, the new mood therapy» HarperCollins Publishers Inc
- 11) Mørch og Rosenberg (2005) «Kognitiv terapi - modeller og metoder» Hans Reitzels Forlag
- 12) Wilhelmsen (2005) «Sjef i eget liv. En bok om kognitiv terapi» Hertervig forlag
- 13) Kringlen (2006) «Psykiatri» Gyldendal akademisk.
- 14) <http://www.kognitivterapi.info>
- 15) <http://www.pubmed.com>
- 16) <http://scholar.google.no>
- 17) http://www.ibogaine.desk.nl/graphics/3639b1c_23.pdf
- 18) Spek, Cuijpers, Nyklicek, Riper, Keyzer og Pop (2006) «Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis» Psychological Medicine, 2007, 37, 319-328.
- 19) Christensen, Griffiths og Jorm (2004) «Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial» BMJ 2004 January 31; 328(7434): 265.
- 20) <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/cesdscale.pdf>

- ²¹⁾ Christensen, Griffiths, Mackinnon og Brittliffe (2006) «Online randomised controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression» *Psychological Medicine*, 2006, 36, 1737-1746.
- ²²⁾ Berge T, Repål A (2004) «Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis.» Gyldendal akademisk, side 14.
- ²³⁾ Statens Helsetilsyn (2007) «ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser» Universitetsforlaget
- ²⁴⁾ <http://www.bluemood.no>
- ²⁵⁾ <http://bluepages.anu.edu.au/no>
- ²⁶⁾ www.med.uio.no/ipsy/studier/madrs.doc