

Kognitiv adfærdsterapi

■ Tak til Marie-Louise Vandborg for en grundig gennemgang af effektforskningen for kognitiv terapi mod angst (Psykolog Nyt 2, 2008). Det er rart at se et seriøst stykke arbejde, som er reelt kritisk over for den kognitive terapi. Jeg vil gerne supplere kritikken, men fra en anden vinkel.

For mig er kognitiv terapi et redskab, som jeg til tider forsøger at anvende med klienter, som ikke kan, tør eller vil gå ind i dynamikken i deres problemer, men som har brug for noget, der kan lindre deres psykiske smerte og give dem en fornemmelse af, at de ikke sidder fast, men kan se en vej frem. Og det er et redskab, jeg er glad for, og som jeg gerne vil blive bedre til at bruge. Jeg er ikke i tvivl om, at det har en positiv effekt, når det bliver lavet godt.

Til tider hører jeg, at den kognitive terapi er det bedste til angst, eller endda at det er den eneste terapiform, hvor man kan påvise effekt, hvorfor det også burde være et krav, at det er den, man bruger. Og der begynder min protest:

Kognitiv terapi er grundigt undersøgt på anerkendte måder, fordi det er en terapiform, som det er muligt at undersøge på en måde, som lægerne vil anerkende. Vi havde den samme diskussion for 20 år siden på spørgsmålet om, hvorvidt terapi overhovedet virker, når vi nu ikke kan påvise effekten, og diskussionen er lige så irrelevant i dag som dengang. Det er da undersøgelsesmetoderne, der er forkerte, og ikke terapien.

Kognitiv terapi er (måske) bedst til angstbehandling, men psykologer skal ikke behandle angst. Vi skal behandle mennesker. At se fx angst som en sygdom, der meningsfuldt kan forstås, uden konkret at forholde sig til mennesket, (og dermed at se angstpatienter som en gruppe, det er meningsfuldt at skille ud) er en reduktionisme, som burde ligge under vores faglige niveau. Det er forkert, fordi vi ikke skal møde et medlem af menneske i nød ved at forholde os til deres "sygdom", fordi de er langt mere end deres angst og skal mødes på det. Det er forkert, fordi vi positivt ved, at et menneskes symptomer er en meningsfuld helhed, og at meningen relaterer til deres samlede livshistorie. Og det er dumt at gøre, fordi vi positivt ved, at diagnoser har en høj grad af vilkårlighed indbygget.

Hvis en kvinde kommer til mig og siger, at hun gennem de sidste par måneder har isoleret sig mere og mere og ikke tør gå ud, så er hun angstpatient og skal behandles for angst. Hvis hun fortæller, at det begyndte efter et voldtægtsforsøg, er hun ikke længere angstpatient, men nu traumatiseret, og dermed skal hun have en anden slags behandling. Indtil det kommer frem, at hun er opvokset med incest, hvorfor hun skal have en tredje slags. Det er jo ikke meningsfuldt at gå til tingene på den måde.

Gennem de seneste 30 år er psykologien vokset fra et underligt inferiørt fag til at være på forsiden af alle dameblade og svaret på ethvert men-

neskeligt problem, og det skyldes de resultater, den dynamiske terapi har opnået. Hvis vi sælger det for at få lægernes anerkendelse for vores arbejde, så er vi ikke rigtig kloge. Selvfølgelig skal vi arbejde på at kunne begrunde vores metodevalg med noget, der rækker ud over vores egen personlige fornemmelse, men det arbejde skal være på terapiens præmisser og ikke på undersøgelsesmetodernes.

Peter Søndergaard

DEBATindlæg

– må højst fylde en A4-side med enkelt linjeafstand. Indlæg, der forholder sig til navngivne personer eller grupper, vil blive forelagt den/de pågældende til eventuel kommentar. Sådanne indlæg kan altså **ikke altid** optages i det førstkomende nummer.