

# Kognitiv trening ved anoreksi

Marianne Garte

Kari Graver

Maria Øverås

Ian Frampton

Per Johan Isdahl  
psykolog

Gjennom kognitiv trening oppmuntres pasienten til å innta en metakognitiv holdning til sin egen kognitive stil. Intervensjonen fokuserer mer på tenkestil enn på det emosjonelle innholdet, og mange finner det befriende at temaer som mat, kropp og vekt ikke inngår i treningen.



**DETALJERT:** Pasienter med anoreksi har en tenkestil preget av overopptatthet av detaljer og vansker med kognitiv fleksibilitet. Denne tenkestilen er ikke en følge av undervekten, men eksisterer forut for spiseforstyrrelsen. Gjennom kognitiv trening lærer pasientene å utvikle nye mentale strategier, uten å måtte berøre utfordrende emosjonelle temaer eller temaer som mat og kroppsvekt. Foto: Flickr.com

Personer som lider av anoreksi, har vansker med visse nevropsykologiske funksjoner som «set-shifting» (Tchanturia, Morris, Breclj Anderluh, Collier, Nikolaou & Treasure, 2004; Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate & Treasure, 2007), sentral koherens (Lopez, Tchanturia, Stahl & Treasure,

2008a og 2008b) og visuospatiale funksjoner (Frampton & Hutchinson, 2007). Set-shifting refererer til det å veksle mellom ulike mentale kategorier, strategier eller regler. Sentral koherens handler om en iboende tendens til å behandle informasjon i form av helheter; det vil si evnen til å se hele skogen og ikke bare trærne. En nevrokognitiv profil som innebærer vansker med å veksle mellom mentale kategorier, samt en detaljorientert prosesseringsstil, kan føre til en tenkestil preget av kognitiv rigiditet og stort detaljfokus. Dette har ført til at kognitiv trening (Cognitive Remediation Therapy, (CRT)) har blitt utviklet og tilpasset til denne pasientgruppen (Tchanturia & Davies, 2008). Kognitiv trening (CRT) er en psykologisk behandlingsmetode som på en direkte og konkret måte øver opp pasientens kognitive fleksibilitet og metakognitive evner. Metoden hjelper pasientene med å identifisere og reflektere over sin kognitive stil og sine mentale strategier, og vår erfaring er at metoden oppleves som interessant og motiverende for pasientene å engasjere seg i.

## Bakgrunn

Anoreksi er en alvorlig lidelse med relativt dårlig prognose og alvorlige psykiske og somatiske konsekvenser (Statens helsetilsyn, 2000; Steinhausen, 2002). Lidelsen karakteriseres av angst for mat og vektoppgang, og pasientene baserer i stor grad sin selvfølelse på vekt og kroppens utseende. Dette resulterer gjerne i et svært restriktivt spisemønster og medfølgende alvorlig undervekt. Pasientenes forstyrrede kroppsbilde fører også til at de ønsker å gå ned i vekt selv om det kan være farlig for liv og helse.

Anoreksi har en multifaktoriell etiologi, og det er vanlig å skille mellom disponerende, utløsende og opprettholdende årsaksfaktorer (Nicholls, 2007). Både kulturelle, sosiale, psykologiske og biologiske forhold virker inn på utviklingen av lidelsen (Southgate, Tchanturia & Treasure, 2005). Anoreksi er vanskelig å behandle, og dette gjør at man stadig søker å utvikle mer virksomme behandlingsmetoder (Skårderud & Rosenvinge, 2001). Nylig forskning peker på betydningen av underliggende nevrokognitive faktorer i utviklingen av anoreksi (Nunn, Frampton, Gordon & Lask, 2008). Dette er faktorer som tidligere ikke har vært adressert i tradisjonell behandling av anoreksi. Det er mulig at den dårlige prognosen som denne pasientgruppen har hatt, til en viss grad kan skyldes at en ikke har tatt pasientenes nevrokognitive profil på alvor i behandling.

*Å ha et bevisst forhold til tenkestilen sin gjorde henne mer fleksibel, og det tillot henne å ha alternativer for hvilke mentale strategier hun kunne benytte i ulike oppgaver og situasjoner*

Kognitiv trening (CRT) er en lovende psykologisk behandlingsmetode nylig utviklet for denne pasientgruppen som nettopp tar utgangspunkt i pasientenes nevrokognitive profil (Tchanturia & Davies, 2008). Nyere forskning peker på at pasienter med anoreksi har en karakteristisk tenkestil preget av overopptatthet av detaljer og vansker med kognitiv fleksibilitet (Tchanturia et al. 2004; Roberts et al. 2006; Lopez et al., 2007a og 2007b). Gjennom kognitiv trening lærer pasientene å innta en metakognitiv holdning til sin tenkestil. Dette bidrar til utvikling av nye mentale strategier som kan kompensere for utfordringene med stort detaljfokus og liten kognitiv fleksibilitet.

## Nevrokognitiv profil

Nevropsykologisk forskning på spiseforstyrrelser har hovedsakelig fokusert på anoreksi. Hovedfunnene så langt viser at personer med anoreksi har kognitive problemer i forhold til

eksekutive funksjoner (planlegging, inhibisjon, flyt og veksling), visuospatial prosessering, visuell oppmerksomhet, verbal fungering, læring og hukommelse (Lask, Gordon, Christie, Frampton, Chowdhury & Watkins, 2005; Frampton & Hutchinson, 2007). En tenker seg altså at disse karakteristiske tenkestilene eksisterer hos et menneske *forut for* utviklingen av en spiseforstyrrelse, og ikke at tenkestilene er en konsekvens av undervektens påvirkning på kognitiv fungering og evne (Nunn et al., 2008).

Mange pasienter med anoreksi har en bestemt nevrokognitiv profil med svak sentral koherens, det vil si en detaljorientert prosesseringsstil og vansker med å se helheter (Lopez et al., 2008a; Lopez et al., 2008b). Pasienter med anoreksi har også visse problemer med «set shifting», altså vansker med å skifte mellom ulike kategorier, regler eller tenkesett (Roberts et al., 2007). En studie av søstre til kvinner med anoreksi viste at søstrene hadde samme type nevropsykologiske profil som de som var rammet (Holliday, Tchanturia, Landau, Collier & Treasure, 2005). Dette indikerer at den spesifikke nevropsykologiske profilen ved anoreksi har et genetisk korrelat. Det at slektinger av pasienter med AN viser den samme profilen, understøtter at profilen er et primært fenomen og ikke et resultat av selve undervekten. Gitt at den nevropsykologisk profilen hos personer med anoreksi både er med på å disponere for tilstanden og å opprettholde den, kan behandling som retter seg spesifikt mot den nevrokognitive fungeringen hos personer, være et svært viktig område å fokusere på i behandling.

Kognitiv trening (CRT) retter seg direkte mot de nevrokognitive profilene pasientene har. Det er en behandlingsform hvor pasienter får anledning til å trene på, reflektere og reorganisere sin kognitive stil og sine mentale strategier. Tidligere har kognitiv trening vært mest brukt i behandlingen av kognitive svekkelser ved psykoser og schizofreni (Wykes & Reeder, 2005), og også i Norge er kognitiv trening tatt i bruk som behandling av psykoser (Ueland og Rund, 2004; Ueland, 2008). Ved Institute of Psychiatry på Maudsleysykehuset i London har teamet rundt nevropsykolog Kate Tchanturia utviklet et kognitivt treningsprogram for anoreksipasienter (Tchanturia & Davies, 2008). Selv om metoden er relativt ny i behandlingen av spiseforstyrrelser, har foreløpige funn fra pilot- og kasusstudier gitt lovende resultater (Davies & Tchanturia, 2005; Tchanturia et al., 2007). Ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Ullevål sykehus, er vi i gang med å prøve ut metoden på ungdommer og unge voksne på med anoreksi. Fram til i dag har vi prøvd ut manualen på 12 personer, og videreutvikling og tilpasning av materialet er underveis.

## Metoden

Kognitiv trening for pasienter med anoreksi går ut på å øve opp pasienters evne til større kognitiv fleksibilitet og utfordre deres detaljorienterte tenkestil. Treningen tar sikte på å reflektere over tankeprosesser i stedet for å endre på tankeinnhold. Kort sagt arbeider vi med hvordan pasienten forholder seg til sin egen tenkning. Pasienten trener på å utvikle en metakognitiv holdning til sine egne mentale strategier, uten å måtte berøre vanskelige og utfordrende emosjonelle temaer, eller temaer som er knyttet til mat, kroppsfigur eller kroppsvekt. Dette gjøres ved å praktisere kognitive øvelser i en trygg ramme sammen med en terapeut (Tchanturia & Davis, 2008; Pretorius & Tchanturia, 2007).

Manualen vi bruker i vår utprøving, er en noe forkortet utgave av den som er utviklet av Tchanturia og Davies (2008). Den er oversatt, modifisert og tilrettelagt for norske forhold ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser våren 2008 (Isdal, 2008) med tillatelse fra forfatterne. Den er prøvd ut på 12 pasienter foreløpig. Det kognitive treningsprogrammet består av ti sesjoner som varer ca. 45 minutter. I hver sesjon gjøres en rekke treningsøvelser som blir etterfulgt av en refleksjon. De kognitive øvelsene vi bruker, er: *Geometriske figurer*, der pasienten får et bilde av en geometrisk figur

og blir bedt om å beskrive den for terapeuten, som ikke ser figuren, slik at terapeuten kan tegne den. En annen oppgave er *visuelle illusjoner*, for eksempel vase kontra ansikt. Pasienten blir oppmuntret til å utforske flertydigheter i bildet. I *Stroop-oppgavene* skal pasienten trene på å veksle fokus mellom ulike aspekter ved stimuli som farge eller betydning. I *manipuleringsoppgavene* skal pasienten reversere en sekvens av tall, bokstaver eller tegn. I *tegning av uendelighetstegn* blir pasienten bedt om å tegne uendelighetstegn med hver hånd basert på ulike regler for bevegelse. *Estimering av linjer* er en oppgave hvor pasienten skal markere midten av ulike linjer basert på rask vurdering. I *gjemte ord* er pasientens oppgave å sortere ut for eksempel «kalde ord» gjemt i en liste av mange andre ord. I *hovedidé* skal pasienten trene på å finne hovedpoengene i tekst.

I løpet av ti sesjoner går man igjennom flere ulike trinn. Først forsøker man sammen med pasienten å identifisere tenkestil og mental strategi som benyttes i en valgt kognitiv oppgave. Det gjøres ved at terapeuten stiller spørsmål som oppmuntrer pasienten til å fokusere på dette aspektet. Et eksempel på spørsmål kan være:» Hvilken strategi brukte du for å løse oppgaven?» Etter hvert blir det viktig å oppmuntre pasienten til å relatere tenkestiler brukt i øvelsene til eksempler i hverdagslivet sitt. Terapeuten kan hjelpe ved å stille spørsmål som: «Er denne måten å tenke på noe du kjenner igjen fra hverdagslivet ditt?» Personer med detaljorientert tenkestil vil ofte løse linjedelingsoppgaven veldig nøyaktig, men samtidig bruke lang tid (Pretorius & Tchanturia, 2007). Videre blir pasientene oppmuntret til å prøve ut alternative måter å løse oppgaver på, spesielt på områder som er potensielt problematiske eller utfordrende. Et eksempel kan være at pasienten blir bedt om å forsøke å gjøre linjedelingsoppgaven så raskt hun kan, heller enn å gjøre alt så nøyaktig som mulig. For å prøve ut den nye strategien i hverdagslivet kan for eksempel pasienten bli bedt om å øve seg på å gjøre seg ferdig med hjemmelekser uten at resultatet er perfekt. Samtalene og refleksjonene rundt øvelsene er viktige deler av treningsprogrammet, da det er her pasientene får anledning til å utvikle en metaposisjon omkring sin tenkning. De kognitive øvelsene blir altså brukt som et springbrett for refleksjon. Når pasientens metakognitive ferdigheter har nådd et visst nivå, introduseres vedkommende for atferdsoppgaver. Hensikten med disse er å bidra til å overføre ny læring til pasientens liv. Atferdsoppgaver er særdeles viktige for å arbeide med å forstå forbindelseslinjene fra lette, ufarlige kognitive øvelser i terapirommet til å erfare hvordan konsekvenser av pasientens egen tenkestil utspiller seg i omgivelser som er mer økologisk relevante.

## Emmas tenkestil

Vår pasient, Emma, er en 28 år gammel kvinne som har hatt anoreksi siden hun var 16. I tillegg til anoreksi har hun slitt med depresjon og angst opp gjennom tenårene. Emma fullførte videregående skole med svært gode resultater. Hun trente i perioder svært mye, og spiste både lite og magert. Emma fullførte videregående skole og tok noen fag på universitetet med gode resultater. Innimellom arbeidet hun som ansatt i et varemagasin som vikar. Hun ønsket imidlertid å komme inn på et lukket studium på universitetet og måtte da i gang med å forbedre karakterene sine. Emma flyttet til en stor by alene, bort fra familie og venner. Hennes hverdag ble i stadig større grad preget av rutiner omkring mat og trening. Dette førte Emma inn i en dårligere fase av spiseforstyrrelsen. Det ble for mye lesing, spisevegning og overtrening, og hun greide ikke å nå de målene hun hadde satt seg. Vekten raste ned til et svært lavt nivå, og hennes hverdag ble mer og mer ritualisert med tvangsmessig trening og lite mat. Hun avbrøt til slutt studiene for nedbrutt å flytte hjem. Til slutt ble hun henvist til behandling i den lokale spesialisthelsetjenesten. Etter noen måneders poliklinisk behandling søkte Emmas behandler henne inn til en spesialenhet for spiseforstyrrelser.

Mens Emma var innlagt i avdelingen, gjennomgikk hun en 10-sesjoners intervensjon med kognitiv trening. En sesjon besto av om lag ti utvalgte oppgaver: to geometriske figurer, to stroop-oppgaver, en linjedelingsoppgave, en manipuleringsoppgave, en illusjon, tegning av uendelighetstegn og eventuelt en atferdsoppgave. Målet i de første sesjonene var å gjøre pasienten kjent med selve settingen og metoden. Terapeut og pasient kjente hverandre fra før, og terapeuten som gjennomførte den kognitive treningen, var også den behandleren som var pasientansvarlig psykolog under oppholdet.

I starten av treningen arbeidet vi med å identifisere de kognitive strategiene Emma brukte mens hun arbeidet med oppgavene. Deretter ble hun oppfordret til å reflektere over sin egen tenkestil for å øve opp og forsterke hennes metakognitive holdning til sin egen tenkning. Dette gjorde hun i samarbeid med terapeuten gjennom blant annet å diskutere fordeler og ulemper ved de ulike strategiene. I tillegg ble hun oppmuntret til å utforske mulige alternative tilnærminger til oppgavene. Det ga grunnlag til å bli kjent med hennes tenkestil, og gjennom «guided discovery» ble både Emma og terapeuten mer kjent med hennes ressurser og svakheter. Hennes evne til å identifisere sin egen strategi og tenkestil ble gradvis bedre.

Etter hvert som Emma ble sikrere i å identifisere de strategiene hun brukte i den kognitive treningen, ble hun også bedt om å forsøke å relatere tenkestilen sin til eksempler i sitt eget hverdagsliv. Set-shifting, vekslning av oppmerksomhet og evne til «multitask» er kognitive øvelser som stiller krav til kognitiv fleksibilitet. Når Emma ble bedt om å tenke på situasjoner i livet utenfor terapirommet hvor hun brukte de samme kognitive strategiene, relaterte hun dem raskt til de egenskapene hun fikk bruk for i arbeidet sitt i et varemagasin. Der opplevde hun at hun ofte måtte veksle mellom ulike arbeidsmåter. Hun ble blant annet nødt til å veksle mellom ulike oppgaver som å registrere varer, ta betaling og forholde seg til stadig nye kunder. Det ble altså stilt krav til hennes evne til kognitiv fleksibilitet. Andre paralleller som Emma trakk fra øvelsene til hverdagslivet sitt, var det å veksle mellom to oppgaver, f.eks. å strikke og følge en samtale samtidig, og å forholde seg til at planer ble endret i siste liten.

De oppgavene som i størst grad utfordret Emmas detaljfokus, var geometrioppgavene. Her skulle hun velge ut et enkelt bilde bestående av noen geometriske figurer, og beskrive den aktuelle figuren verbalt for terapeuten, som ikke fikk se den. Terapeutens oppgave ble så å tegne den aktuelle figuren ut fra instruksjonene som pasienten ga. I denne situasjonen startet Emma ofte med å beskrive detaljene i stedet for å identifisere de mer globale definerende karakteristika ved bildet. Detaljer fikk forrang framfor helhet i hvordan hun forholdt seg til bildet. Hun opplevde at det var vanskelig å beskrive verbalt hvordan streker og former var plassert i forhold til hverandre på en overordnet måte, noe som gjorde hennes tilnæringsmåte til en dårlig måte å organisere stoffet på. Dette førte til at det også var vanskelig for terapeuten å tegne de globale, overordnede formene, da beskrivelsene ofte ble rotete og fulle av detaljer.

## **Fordeler og ulemper ved pasientens tenkestil**

Det viste seg raskt at Emma hadde få vansker med «set-shifting» (stroop-oppgaver, manipuleringsoppgaver og oppgaver som krevde vekslning av oppmerksomhet), og hun opplevde at hennes kognitive fleksibilitet som regel var god. Emmas største utfordring i forhold til sin egen tenkestil lå i hennes store detaljfokus, noe som ifølge teorien vil si svak sentral koherens (Lopez et al., 2008a og 2008b). I tillegg ble det også klart for Emma at hun var temmelig perfeksjonistisk i forhold til sine egne prestasjoner og gjøremål. Dette kunne hun kjenne igjen i alt fra det å ha høye standarder

på skole- og studieprestasjoner og til mer hverdagslige ting som det å kle seg pent, gjøre rent og rydde i leiligheten.

I geometrioppgavene ble Emma utfordret på å se etter helheter i bildene når hun skulle beskrive dem. Dette relaterte hun til det å være student og sette seg inn i nytt stoff, det å organisere stoffet for seg selv på en hensiktsmessig og nyttig måte. Hun reflekterte over at det var nyttig å kunne finne fram til hovedideene eller hovedpunktene når hun skulle sette seg inn i nytt stoff. Det å fortape seg i detaljer kunne gjøre innlæringen mer vrien. Emma reflekterte imidlertid over at det i en innlæringsprosess også kunne være en fordel å få med detaljer etter hvert. Hun ble mer klar over at det å ha et bevisst forhold til tenkestilen sin gjorde henne mer fleksibel, og at det tillot henne å ha alternativer for hvilke mentale strategier hun kunne benytte i ulike oppgaver og situasjoner. Det å reflektere på denne måten fikk henne til å se både fordeler, ulemper og alternative måter å forholde seg på.

Etter som sesjonene forløp, ble Emma i økende grad bevisst på temaer som gikk igjen i hennes kognitive stil. Perfeksjonisme, det at hun konstant hadde en følelse av at ting hun gjorde, ikke var bra nok, dukket opp som et gjentakende tema. Etter hvert som timene forløp, ble det lettere å se en parallell mellom hvordan hun perfektionistisk løste enkelte oppgaver i timene, og hennes perfektionisme i andre deler av livet. Hennes sans for detaljer ble tydelig for henne både i øvelsene i timene og på andre arenaer i livet. Ved at Emma ble seg mer bevisst sin tenkestil, kunne hun se at det å være god til å sortere ut detaljer både kunne være en fordel og en ulempe. Emma ble gradvis mer bevisst på at det var en parallell mellom hennes opptatthet av enkelte kroppsdelene (detaljfokus) og det at hun hadde en kognitiv stil hvor hun tenderte mot å fokusere på detaljer. Dette gjaldt også hennes detaljfokus på mat og måltider. Etter hvert ble det lettere for Emma å arbeide med å forholde seg annerledes både til sitt forhold til mat og til sin egen kroppsfigur. Det innebar at hun i større grad greide å innstille seg på at det var en fordel både å se trærne og skogen, og at det å ha et fleksibelt forhold til sin egen tenkning var nyttig for henne. Emma opplevde at det gradvis føltes lettere å fokusere på større mål i livet, som det å få seg en utdanning, heller enn å la en ekstrem overopptatthet av detaljer gi seg utslag i ekstrem misnøye med enkelte kroppsdelene.

Midtveis i forløpet ble Emma introdusert for atferdsoppgavene. De brukes for å støtte opp under overføringen av nye lærte mentale strategier til hverdagslivet. Pasientene kan for eksempel bli oppmuntret til å utføre små endringer i livet sitt i form av gitte atferdsoppgaver mellom timene. Dette er med på å styrke pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring og tro på at endring er mulig. Atferdsoppgavene bidrar til å befeste en økt metakognitiv bevissthet ved at ulike kognitive stiler blir internalisert, og sikrer derved overføringen av ny lærdom til pasientens liv utenfor terapirommet.

*Hun ble gradvis mer bevisst på at det var en parallell mellom hennes opptatthet av enkelte kroppsdelene og det at hun hadde en kognitiv stil hvor hun tenderte mot å fokusere på detaljer*

Emmas liv var preget av mange rutiner og regler. Hun opplevde også selv at hun var ganske regelbundet, og at denne måten å forholde seg på ikke utelukkende var knyttet til måltider, kalorier og trening. Emma spiste gjerne de forskjellige matvaretypene på middagstallerkenen i en bestemt rekkefølge, måltidene besto av et bestemt antall kalorier, og hun trente på bestemte måter på bestemte tidspunkter. Hun rengjorde leiligheten sin etter et forhåndsbestemt system, og hun ryddet etter et spesielt mønster. Ved å øve seg på å innføre små endringer i rutinene sine ble Emma mer klar over at hun faktisk kunne utfordre seg selv ved å gjennomføre endringer i livet sitt. Selv om hun i første omgang endret på små hverdagslige ting som å foreta seg noe hun aldri før pleide: gå i gallerier, gjøre

rutiner i en annen rekkefølge enn hun pleide, kjøpe tøy med andre farger enn hun vanligvis valgte, opplevde hun at det å gjennomføre endringer var noe hun mestret. Dette ga henne mer tiltro til at hun også kunne greie å gjennomføre mer omfattende forandringer i livet.

I Emmas tilbakemelding fra hvordan hun selv hadde opplevd den kognitive treningen, pekte hun på at hun syntes det var nyttig å bli mer bevisstgjort på sin egen kognitive stil. Spesielt det å ha en detaljorientert tenkestil ble opplevd som et relevant tema for henne å jobbe videre med. Likedan ble hun mer bevisst på sin perfektjonisme. Hun satte disse to egenskapene i sammenheng med hvordan spiseforstyrrelsen ble opprettholdt, siden detaljfokuset også viste seg i hennes opptatthet av detaljer om kropp, mat og kalorier. Gjennom denne bevisstgjøringen ble hun bedre i stand til å forstå ulike sammenhenger i sitt eget liv, og slik ble det lettere for henne å bryte gamle mønstre. Emma opplevde også at tiltroen til egne mentale evner økte gjennom treningen. Med dette økte også hennes selvtillit, tiltro til egen mestring og evne til å gjennomføre forandringer.

## En metode i utvikling

Det kognitive treningsprogrammet som er beskrevet, oppmuntrer og stimulerer pasienten til å innta en metakognitiv holdning til sin egen kognitive stil. Dette førte til at hun ble seg bevisst flere områder i livet sitt hvor hennes tenkestil var preget av overdrevet detaljfokus og perfektjonisme. Det bidro igjen til at det ble lettere for henne å reflektere over hvordan hennes kognitive tenkestil opprettholdt spiseforstyrrelsen. I sin tilbakemelding vektlegger Emma særlig muligheten kognitiv trening gir til å «leke» med temaer i en ufarlig setting. Intervensjonen er fri for temaer som mat, kropp og vekt, og fokuserer på tenkestil framfor emosjonelt innhold, slik tradisjonell psykoterapi gjerne gjør.

Metoden gir en helt ny innfallsvinkel til behandlingen av alvorlig anoreksi. Voksne pasienter med alvorlig og langvarig anoreksi har ofte vanskeligheter med å engasjere seg i sin egen behandling. Det er svært vanlig med tilbakefall, og det er ikke uvanlig at pasientene avbryter behandlingen. Ved å tilby kognitiv trening kan en bidra til at personer med alvorlig anoreksi opplever økt motivasjon for mer kompliserte og emosjonelt krevende terapiformer som kognitiv atferdsterapi eller mentaliseringsbasert terapi. Kognitiv trening gir pasienter en innfallsport til å reflektere over sin egen tenkning, og en større tro på sin egen evne til å innføre små endringer i livet sitt.

I Maudsleymodellen utføres kognitiv trening av egne terapeuter, dvs. at det ikke er samme person som på et senere tidspunkt vil tilby tradisjonell psykoterapi med pasienten. Grunnen til dette er ønsket om å være entydig om ikke å blande inn emosjonelle temaer i treningen. Våre erfaringer peker imidlertid i retning av at man godt kan ha begge roller. For pasienten som er beskrevet, foregikk kognitiv trening parallelt med at pasienten fikk en annen type psykoterapi av samme behandler. Dette bidro etter vår mening til å fremme refleksjon og utvikling av en metakognitiv posisjon fra pasientens side også i andre deler av behandlingen.

Kognitiv trening er en metode i utvikling, og videre utprøving og forskning er nødvendig for å få kunnskap om hvordan kognitiv trening best kan anvendes i behandlingen av alvorlig anoreksi. En tenker seg at virkningsmekanismene til kognitiv trening både innebærer styrking av nevralt nettverk og innlæring av nye mentale strategier (Baldock & Tchanturia, 2007). Dette innebærer at kognitive øvelser bør omfatte både gjentagelser, repetisjon og innlæring av nye strategier.

*Kognitiv trening gir muligheten til å «leke» med temaer i en ufarlig setting. Intervensjonen er fri for temaer som mat, kropp og vekt, og fokuserer på tenkestil framfor emosjonelt innhold*

Det mest spennende i den videre utviklingen av metoden i anoreksibehandling er å finne mer ut om resultatene på nevropsykologiske tester etter at pasienten har fått kognitiv trening, vil gi bedring i kognitiv funksjon og bedring i pasientens spiseforstyrrede kjernesymptomer (som overopptatthet av kroppsfigur og kroppsvekt, sulting). En pilotstudie fra Tchanturia et al. (2007) fant at pasienter som gjennomgikk et kognitivt treningsprogram, oppnådde bedret kognitiv funksjon på en rekke nevropsykologiske tester; de oppnådde altså signifikant bedring i kognitiv fleksibilitet. Den samme studien viste at pasientene også i samme tidsrom oppnådde en normalisering av BMI (kroppsmasseindeks). Også i historien om Emma så vi en lignende utvikling. Emmas vekt normaliserte seg etter behandling med kognitiv trening. Hun fikk imidlertid også annen behandling i døgnposten, slik at vi i dette tilfellet ikke kan årsaksforklare endringen til å komme av den kognitive treningen.

Videre forskning vil kunne gi økt forståelse for hvilken rolle kognitiv trening har i den helhetlige behandlingen av alvorlig anoreksi. Regionalavdelingen for spiseforstyrrelser har foreløpig prøvd ut metoden både på ungdommer og voksne med anoreksi. Manualen, slik den er utviklet for anoreksi (Tchanturia & Davis, 2008), vil trenge en videreutvikling og tilpasning for å kunne benyttes overfor ungdom. Rasp planlegger en utforskende behandlingsstudie med kognitiv trening for ungdom med anoreksi. En tilpasning av manualen til barn og unge etterfulgt av en utforskende behandlingsstudie vil gi oss anledning til å studere på en mer inngående måte hvordan kognitiv trening kan forbedre både kognitive og atferdsmessige sider ved alvorlig anoreksi.

Marianne Garte  
Regional avdeling for spiseforstyrrelser  
Helseregion Sør-Øst Psykiatrisk divisjon  
Oslo Universitetssykehus, Ullevål  
0407 OSLO  
Tlf. 23 016 230  
E-post marianne.garte@ulleva.no

## Referanser

- Baldock, E., & Tchanturia, K. (2007). Translating laboratory research into practice: foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Therapy*, 4, 285–292.
- Davies, H., & Tchanturia, K. (2005). Cognitive Remediation Therapy as an Intervention for Acute Anorexia Nervosa: A Case Report. *European Eating Disorders Review*, 13, 311–316.
- Frampton, I. and Hutchinson, A. (2007). The brain in eating disorders (s). I B. Lask, & R. Bryant-Waugh (red.). *Early Onset Eating Disorders* (3. utg.). London: Wiley.
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2005). Is impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *The American Journal of Psychiatry*, 12, 2269–2276.



- Isdal, P. (2008). *Kognitiv trening (CRT) ved anoreksi*. Rasp, Ullevål sykehus.
- Lask, B., Gordon, I., Christie, D., Frampton, I., Chowdhury, U., & Watkins, B. (2005). Functional Neuroimaging in Early-Onset Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 49–51.
- Lopez, C. A., Tchanturia, K., Stahl, D., Treasure, J. (2008a). An Examination of the Concept of Central Coherence in Women with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 2, 143–152.
- Lopez, C. A., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008b). Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 37, 1075–1084.
- Nunn, K.P., Frampton, I., Gordon, I. and Lask, B. (2008). The fault is not in her parents but in her insula – a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 16, 355–360.
- Nicholls, D. (2007). Aetiology. I Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (red.) (3rd ed.) *Eating disorders in childhood and adolescence* (ss. 51–74). London: Routledge.
- Pretorius, N., & Tchanturia, K. (2007). Anorexia Nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy. *Therapy*, 4, 423–431.
- Roberts, M., E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37, 1075–1084.
- Skårderud, F. & Rosenvinge, J. (2001) Eating disorders across Europe. *European Eating Disorders Review* 9, 217–228.
- Southgate, L., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2005). Building a model of the aetiology of eating disorders by translating experimental neuroscience into clinical practice. *Journal of Mental Health*, 14, 553–566.
- Statens Helsetilsyn (2000). *Behandling av alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Steinhausen, H-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284–1293.
- Tchanturia, K., Morris, R., Brecelj Anderluh, M. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and the relationship to childhood and adult OCPD. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 545–552.
- Tchanturia, K., Davies, H., Campbell, I.C. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Annals of General Psychiatry*, 5, 6–14.
- Tchanturia, K., & Davies, H. (2008). *Cognitive Remediation Programme for Anorexia Nervosa. A Manual for Practitioners*. London: South London and Maudsley NHS Trust.
- Treasure J., & Tchanturia, K. (2005). Developing a model of the treatment for eating disorder: Using neuroscience research to examine the how rather than the what of change. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 191–202.
- Ueland, T., & Rund, B. R (2004). A controlled randomized treatment study: the effect of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, 70–74.
- Ueland, T. (2008). Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1164–1168.
- Wykes, T., & Reader, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizofrenia: theory and practice*. London and New York: Routledge Taylor and Francies Group.