

NFT TIDSSKRIFT FOR KOGNITIV TERAPI

– NR 3 • ÅRGANG 7 • OKTOBER 2006 –

RETURADRESSE

Norsk Forening for Kognitiv Terapi
Forskningsavdelingen Modum Bad
3370 Vikersund

ISSN 1504-3142



NORSK FORENING FOR KOGNITIV TERAPI

Tidsskrift for Kognitiv Terapi 3/2006

4
Redaksjonelt

6
Kognitiv terapi ved psykoser

14
Cognitive Therapy Adherence
and Competency Scale

30
Kognitiv terapi på
Norsk Psykologkongress

32
Minneord

34
Lederen har ordet

36
Metaforspalten

38
Konferanser

• **Redaksjon**

Redaktør Arne Repål

• **Redaksjonskomité**

Tonje W. Kennair

• **Bidrag for 2006 sendes**

Redaktør Arne Repål
Psykiatrien i Vestfold HF
P.B. 2267, 3103 Tønsberg
Tlf. 91883339

E-post: repaal@online.no

• **Utgivningsplan**

Mars, juni, oktober, desember.
Manusstopp: februar, mai,
september, november.

• **NFKTS leder**

Egil W. Martinsen
Norsk forening for kognitiv terapi,
Forskningsinstitutter
Modum Bad, 3370 Vikersund
Tlf. foreningen: 32 74 98 62
eller 32 74 97 00
E-post: post@kognitiv.no
Bankgiro nr. 2270 14 46686





Ord

ARNE REPÅL

REDAKSJONELT

REFERANSER

■ Graham Greene. *Ways of Escape*. Penguin Books (1981)

■ Colm Tóibín. *The Master*. Picador (2005)

Når mennesket nå i 5500 år har uttrykt sine tanker, gjennom bruk av etter hvert mer og mer sofistikerte redskaper, nedfelt på alt fra leirtavler, stein, papyrus og papir til våre dagers digitale koder gjengitt analogt på flytende krystallskjermer, er det spennende å se om det finnes spor eller mønster som speiler sammenhengen mellom våre tanker og følelser og hvordan vi fortolker verden rundt oss. Ikke minst etter at dikt, romaner og biografier ble en viktig form for skriftspråk er det interessant å spørre: Hvorfor er det så mange som skriver? Hva er det som driver dem? Og hvorfor er det enda flere som leser? Hvorfor går de ikke ut og lever sine egne liv, isteden for å lese om andres? Kan svaret være at mange gjennom lesning opplever bekreftelse på seg selv, hjelp til mestring av egne liv og flukt fra en grå hverdag?

I den selvbiografiske boken *Ways of Escape* skriver forfatteren Graham Green at det å skrive for ham er en form for terapi og at det tidvis er uforståelig for ham hvordan de som ikke skriver, komponerer eller maler klarer å beholde forstanden eller unngå den melankolien og panikkangsten som er en iboende del av alle menneskers tilværelse. Ett svar kunne være «Ved å lese!» Slik sett blir både det å skrive og det å lese en måte å overleve på. Men hva er det ved denne metoden som synes å være så virkningsfullt? En av mange ting litteratur kan bidra med er å hjelpe oss til å se at det perfekte ikke finnes. Den gode roman hjelper oss til å se det sammensatte i mennesket og det faktum at det som på overflaten kan virke vellykket og problemfritt ofte skjuler noe helt annet. Vi leser for å få en bekreftelse på at vi ikke er alene med våre tanker, refleksjoner og opplevelser. Vi leser for å kjenne oss igjen. Vi leser for å bli sett og kjærtegnet. Lesing kan være den beste form for lindring når vi sliter med våre liv. Det skrevne ord kan også løfte oss ut av hverdagen og vise oss magien i tilværelsen. Det gjelder de opphøyde og klassiske romaner så vel som de enkleste kriminalnoveller. Hvordan dette skjer, er ikke alltid så lett å beskrive. Det er ikke alltid ordene alene som er avgjørende for hvordan vi opplever en tekst. Like viktig er de assosiasjoner de skaper hos leseren, det vi selv legger til og de forestillingsbilder som dannes hos oss. Det er ikke bare det meningsbærende i setningen som påvirker oss, men de bilder og minner teksten forløser. Jeg har ofte tatt meg selv i å nyte en bok uten å få med meg detaljene i innholdet. Jeg må gjerne gå tilbake i teksten for å få tak i hva den egentlig handlet om. Det har liten verdi å prøve å forklare slike fenomener. Man får nøye seg med å være takknemlig de gangene den gode leseopplevelsen oppstår. Men slike erfaringer viser oss noe viktig: at det er en sammenheng

mellom ord og følelser! Og det er et under at en forfatter kan sitte ensom i sitt skrivekammer tidlig på 1800 tallet og sette ord på sine følelser, ord som vekker følelser hos en leser to hundre år senere.

Colm Tóibín har i romanen *The Master* gitt ett levende portrett av forfatteren Henry James, bror til William James, grunnleggeren av den amerikanske psykologien. Etter premieren på et teaterstykke som får dårlige anmeldelser, skriver forfatteren følgende om hvordan Henry James arbeider med å ikke bukke under for sine depressive tanker:

In these days after his opening night and his return from Ireland he discovered that he could control the sadness which certain memories brought with them.He told himself that the memory would fade, and with that admonition he tried to put all thoughts of his failure out of his mind. Instead, he thought about money, going over amounts he had received and amounts due; he thought of travel, where he would go and when. He thought of work, ideas and characters, moments of clarity. He controlled these thoughts; he knew that they were like candles leading him through the dark. They could easily, if he did not concentrate, be snuffed out and he would again be pondering defeats and disappointments, which if not managed could lead to thoughts that left him desperate and afraid. (s.49)

En vakker og instruktiv beskrivelse i kunsten å holde depresjonen stangen, og et godt eksempel på spor av selvhjelp med en kognitiv vinkling. Det er høst, og nok en gang er tidsskriftet her til trøst og inspirasjon. Og for dere som fortsatt er i tvil: Ord *kan* bevege. Noen ganger kaller vi det kognitiv terapi. God lesning. ■

«...Og det er et under at en forfatter kan sitte ensom i sitt skrivekammer tidlig på 1800 tallet og sette ord på papiret, ord som vekker følelser hos en leser to hundre år senere»



Kognitiv terapi ved psykoser

BODIL KRÅKVIK

Adresse for korrespondanse:
Bodil Kråkvik,
St.Olavs Hospital, Tiller DPS
E-post: bodil.krakvik@stolav.no

«For å forstå psykosen, må en forstå symptomene.»

Den stoiske filosofen Epictetus hevdet at mennesker påvirkes mer av måten de betrakter en hendelse på enn hendelsen i seg selv. Stoiske filosofer mente at individet kunne modifisere dysfunksjonelle betraktninger, og dermed redusere ubehaget som følger med disse (Hadas, 1962). Dette er i samsvar med dagens kognitive modell, hvor man er opptatt av at en persons følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner på en hendelse påvirkes av hvordan man fortolker eller oppfatter den. Kognitiv terapi ble opprinnelig utviklet som en strukturert, tidsbegrenset og her og nå orientert psykoterapi ved depresjon. I dag er terapiformen anvendt overfor en rekke lidelser.

Det har vært reist spørsmål ved i hvilken grad psykotiske vrangforestillinger er kvalitativt forskjellige fra andre forestillinger og i hvilken grad de lar seg endre. Brooks et al. (1968) viser i sin studie at hos mennesker som er vurdert til å ha en kronisk schizofreni vil 34% vise en total mangel på innsikt, 44% vil ha delvis innsikt, mens 32% vil vise full innsikt. Til tross for at flertallet av pasientene har redusert evne til innsikt, har flere studier i bruk av kognitiv terapi ved vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner vist gode behandlingsresultater i form av reduksjon av det subjektive ubehaget som knyttes til å ha slike symptomer og økt grad av mestring. (Kuipers et al., 1997; Sensky et al., 2000; TARRIER et al., 1998; Rector & Beck, 2001). Selv om studiene omfattet kognitiv terapi er det verdt å merke seg at behandlingsfokuset kan være forskjellig. Intervensjonene i TARRIERS studie er for eksempel atferdsmessig orientert, mens Senskys studie vektlegger mer skjemabasert metoder.

FRA SYNDROM TIL SYMPTOM

Ulike studier estimerer at mellom 25 – 60% av de som er diagnostisert med en schizofren lidelse fortsatt har psykotiske forestillinger til tross for antipsykotisk medikamentell behandling (Curson et al., 1985), noe som bidrar til omfattende negative følger for fungering (Falloon & Talbot, 1981). Psykotiske vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner er komplekse og multidimensjonale opplevelser, som kan opptre enkeltvis eller samtidig hos samme individ. Hvor mye pasienter er opptatt av, overbevist om og forstyrres av vrangforestillingene og stemmene, varierer for den enkelte.

Tradisjonelt har psykotiske symptomer vært betraktet som kvalitativt forskjellige fra normale opplevelser, og derfor blitt definert som bisarre og abnormale. Berrios (1991) sier at: «Delusions are ... empty speech acts whose in-

formational content refers neither to self, nor world and are not a symbolic expression of anything» (s. 12).

En slik forståelse er i de siste årene blitt utfordret og flere forskere hevder at disse opplevelsene er fenomener som kan forstås på linje med normale psykologiske prosesser og opplevelser. (Se for eksempel Chadwick et al., 1996). Vrangforestillinger kan tilhøre et kontinuum fra helt vanlige tanker til bisarre forestillinger (Cox & Cowling, 1989; Johns & Van Os, 2001).

Tradisjonelt har en vært opptatt av schizofreni som et syndrom og mindre opptatt av enkeltsymptomene. Det er nå en økende interesse i å studere spesifikke symptomer (Bentall et al., 1988; van Os et al., 2000). «For å forstå psykosen, må en forstå symptomene» (Bentall, 1990). Dette paradigmeskifte baseres på ulike typer evidens, som bl.a. at det hos ikke-psykotiske utvalg er en ganske høy prevalens av irrasjonelle og uvitenskapelige antagelser, og at det er variasjon over tid i pasienters grad av overbevisning om sine vrangforestillinger (Catcher et al., 2004).

HVORDAN OPPLEVES DET Å HØRE STEMME?

Romme og Escher (1989) viste at også psykisk friske mennesker som aldri blir psykiatriske pasienter kan høre stemmer. Det anslås at ca. 2 – 4 % av den generelle befolkningen hører stemmer, mens det kun er 1/3 av disse som vil være i behov for behandling. Den gruppen mennesker som vi møter i klinikken, kan fortelle om stemmer som prøver å overtale dem eller kommandere dem til å skade seg selv eller andre, mens andre forteller om stemmer som gir dem råd og vil beskytte dem. Noen hører stemmer som snakker til en, mens andre hører flere stemmer som snakker med hverandre om stemmehører. Hos andre kan det være slik at stemmehører hører sin egen stemme i dialog med en annen stemme eller med flere andre stemmer. Tema er gjerne noe som er av betydning for pasienten og innbefatter gjerne negative vurderinger av personen selv. Stemmene refereres ofte til kjente personer, som familiemedlemmer, venner, offentlige personer, men kan også være uten identitet, eller overnaturlige stemmer som gud eller djevel. Benjamin (1989) beskriver at stemmehører kan utvikle et nært og intimt forhold til stemmen, og at forholdet til stemmen (e) i stor grad reflekterer forholdet stemmehører har i andre sosiale relasjoner (Birchwood et al., 2000; 2004). Studier viser at stemmene ofte har stor makt over pasienten uavhengig av om de oppleves som gode eller onde. Noe av grunnlaget for makten er at de fleste som hører stemmer mer opplever at disse vet alt om dem. De kjenner deres innerste tanker og følelser, svakheter som en frykter at andre skal vite noe om, og vedkommendes livshis-

torie. Stemmene kommenterer atferd, tanker og følelser, og denne personlige kunnskapen om stemmehøreren og mangel på «privatliv», gjør pasienten sårbar og underlagt stemmenes makt.

DANNELSEN OG OPPRETTHOLDELSEN AV VRANGFORESTILLINGER OG HØRSELHALLUSINASJONER

Psykotiske personer tenderer til å tilskrive uvanlige psykologiske opplevelser til en ytre hendelse eller stemme, fremfor å tilskrive dette til egne tankeprosesser (Beck & Rector, 2003). For eksempel vil en person som hører en stemme som sier navnet hans, raskt trekke den konklusjonen at det kan være en beskjed fra en overnaturlig person, fremfor å betrakte det som et fenomen som oppstår hos personen selv. En uttalt forstyrrelse i resonneringsevnen er også vanlig hos mennesker som er psykotisk. Dette kommer bl.a. til uttrykk i tendensen til «jump to conclusion» hvor personen baserer sine konklusjoner på begrenset bevismateriale. Hug, Garety og Hemsley (1988) viser at pasienter med vrangforestillinger tar i bruk minimalt med informasjon for å komme fram til sine konklusjoner. Personifisering er uttalt, hvor irrelevante detaljer i omgivelsene knyttes til personen selv. Det er også en tendens til å dra vilkårlige slutninger uten å ta i betraktning alternative forklaringer. Oppmerksomheten er i stor grad rettet mot omgivelsene og fører lett til mistolking av andres intensjoner og atferd.

Prosessen hvor vrangforestillingene dannes og opprettholdes har mye til felles med ordinære kognisjonsprosesser. Informasjon som støtter opp om antagelsen vektlegges, mens informasjon som ikke støtter opp om antagelsene ignoreres eller minimaliseres (Rector & Beck, 2001). Det er selve innholdet og overbevisningen som tar en ekstrem og fremmed form.

BEHANDLINGSMODELL

Kognitiv terapi ved hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger benytter i stor utstrekning kjente kognitive strategier som er utviklet i forhold til emosjonelle forstyrrelser som depresjon og angst. I tillegg anvendes strategier hentet fra skjemafokusert kognitiv terapi ved personlighetsforstyrrelser (Young, 1990).

Generelt kan en si at kognitiv terapi ved psykoser:

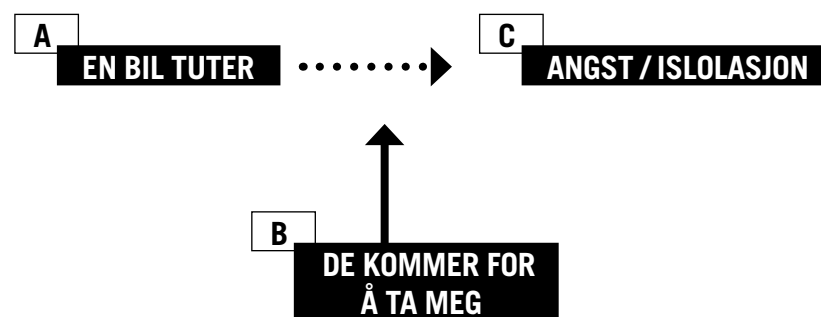
- 1) Fokuserer på individuelle symptomer
- 2) Betrakter vrangforestillinger på linje med andre forestillinger
- 3) Tar utgangspunkt i et «her og nå» - perspektiv
- 4) Tar klientens forestillinger alvorlig
- 5) Vektlegger samarbeidet med pasienten.

Terapien har som mål å lære pasienten å identifisere og registrere sine tanker

og forestillinger i gitte situasjoner, og vurdere disse tankene og forestillingene mot objektivt ytre bevis, for deretter å korrigere disse i henhold til faktiske forhold. Det å svekke en persons forestillinger assosieres med reduksjon i lidelse og ubehag. For å oppnå dette må pasienten lære seg å ta i bruk ulike kognitive teknikker og strategier slik at en kan utvikle mer funksjonelle og adaptive antagelser.

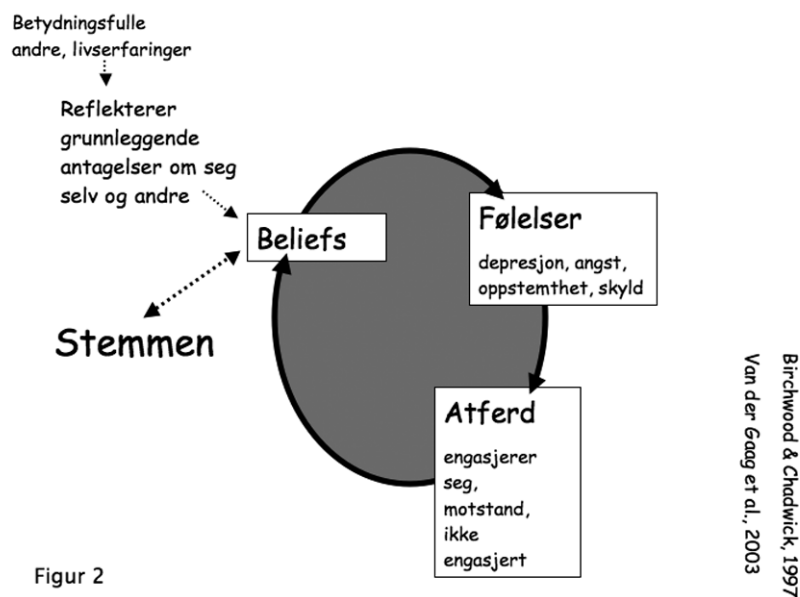
Behandlingsmodellen er utviklet av Chadwick et al. (1996) etter modell av Beck et al. (1979) og Ellis (1962). Den tar utgangspunkt i en tradisjonell ABC modell der vrangforestillinger er Ber (se Fig.1). Til å begynne med ble kognitiv terapi utviklet i forhold til vrangforestillinger. Det var vanskelig å se for seg hvordan man kunne anvende en kognitiv modell i forhold til hørselshallusinasjoner. Det var først da innholdet i hørselshallusinasjonene, dvs. det som stemmen sa, ble betraktet som den aktiviserende hendelse at ABC-modellen kunne anvendes overfor hørselshallusinasjoner.

Figur 1:



Figur 1 illustrerer ABC-modellen slik: A står for den aktiviserende hendelse, B står for antagelse (beliefs) om den aktiviserende hendelsen, og C står for de emosjonelle og/eller de atferdsmessige konsekvensene som følger av B. Hos psykotiske mennesker er det som nevnt personens fortolkninger (B = beliefs) som vurderes som vrangforestillinger (se fig. 2). Når det gjelder opplevelsene som knytter seg til å høre stemmer viser Birchwood et al. (1997, 2000, 2004) at det spesielt er forestillingene (beliefs) om stemmens identitet, hensikt, kontroll og graden av makt, og forestillinger om hvilke konsekvenser det vil være om en ikke adlyder stemmene, som har sammenheng med reaksjoner som angst, depresjon og isolasjon. Stemmens typografi, innhold eller frekvens har mindre betydning. Et eksempel er pasienten som blir engstelig (C) når stemmen sier «Stopp» (A), «som» fortolkes som at det er Gud som tester min

styrke (B). I de situasjoner hvor reaksjonene kan knyttes direkte til innhold, vil innholdet være i overensstemmelse med pasientens forestillinger og vurderinger om seg selv eller andre. For eksempel; det at pasienten blir trist (C) når stemmen sier at «du er dum» (A), er i tråd med personens grunnleggende leve-regel eller skjema om seg selv «Jeg er mislykket» (B).



Figur 2

Modellen som presenteres i fig. 2 illustrerer at kjernen i B er oppstått fra tidligere erfaringer i personens liv. En kan anta at opplevelsene personen har om seg selv eller de erfaringer han/hun har med betydningsfulle relasjoner tidlig i livet kan farge innholdet i vrangforestillingene (Bowins & Shugar, 1998), samt bidra til utforming og opprettholdelse av hørselshallusinasjonene (Birchwood et al., 2000).

Innen kognitiv terapi vektlegges de subjektive opplevelsene både når det gjelder de emosjonelle følelser og de psykotiske symptomer som hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger. Mange pasienter har ikke sykdomsinnsikt og vrangforestillingene og hørselshallusinasjonene opprettholdes ved støttende bevis, som i seg selv kan være en vrangforestilling. På tross av dette er det mulig med en kognitiv tilnærming med utgangspunkt i pasients eget språk og begreper. Dette uttrykkes gjennom en detaljert kartlegging og vurdering av pasientens subjektive psykotiske forestillinger, samt gjennom diskusjon og refleksjon om konsekvensene av forestillingene og handlingene. Det primære målet

med behandlingen er ikke at pasienten skal oppgi sine forestillinger, eller akseptere at de er symptomer på schizofreni, men å redusere ubehaget som forbindes med dem.

TERAPEUTISKE STADIER.

Det er vanlig å betrakte terapiprosessen i ulike stadier, selv om stadiene ikke nødvendigvis følger etter hverandre. Behandlingsforløpet kan inndeles i følgende overlappende stadier:

- 1) Etablering av behandlingsallianse.
- 2) Kartlegging og vurdering med identifisering av antagelser i en ABC-modell.
- 3) Intervensjonsfase.

Etablering av behandlingsallianse

Et nøkkelord på dette stadiet kan være å trøste (Nordahl, upublisert manuskript). Et viktig element i all terapi er å forstå hvordan hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger oppleves for den som har slike symptomer. Empati, varme og akseptasjon er, som i all psykoterapi, av stor betydning og en forutsetning når en senere i terapiforløpet skal jobbe med å introdusere tvil og endre vrangforestillinger. Uten allianse vil behandlingstilrebelsene være nytteløse. Terapeutens evne til å ta imot og romme pasientens avvikende opplevelser (vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner) er vesentlig. Å alliere seg med pasientens problemer og lidelsestrykk styrker alliansen. Før en starter å utfordre disse opplevelsene, er det tjenlig å få fram faktorer som kan hemme videre framdrift i terapien. Det kan for eksempel være paranoide forestillinger om terapeuten, hørselshallusinasjoner som omfatter terapeuten og misforståelser om selve terapien. Dette kan gi seg utslag på flere måter. Pasientene kan ha forventninger om å bli mistrodd. Andre igjen kan ha forestillinger om at terapeuten vil være straffende og kontrollerende, noe som mest sannsynligvis vil føre til en kamp for symptomene og øke sjansen for at de befester seg ytterligere. Det er ikke uvanlig at pasienter holder tilbake opplevelser knyttet til disse symptomene av angst for å bli varig innlagt. At pasienten ønsker kontroll over symptomene, vil være annerledes enn at terapeuten skal ha kontroll over dem. Det er heller ikke uvanlig at pasienter hører stemmer som prøver å forstyrre forholdet til behandleren. Stemmene kan komme med trusler om at noe vil komme til å skje dersom pasienten forteller om dem, eller snakke negativt om behandleren både før og etter samtalen.

Angstreduserende tilnærming kan være at behandleren formidler å ha erfaring med å snakke med mennesker som hører stemmer, og evt. formidle eksempler på hvordan stemmene kan «oppføre seg». Videre å uttrykke forståelse for den belastningen det må være å måtte forholde seg til disse opplevelsene, og gi kreditt for å ha holdt ut så lenge med dette.

REFERANSER

- Beck, A.T. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. & Rector, N.A. (2000). Cognitive therapy of schizophrenia: a new therapy for the new millennium. *Am. J. Psychotherapy*, 54 (3), 291-300.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley.
- Benjamin, L.S. (1989). Is chronicity a function of relationship between the person and the auditory hallucinations? *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 291-310.
- Bentall, R.P., Jackson, H.F., & Pilgrim, D. (1988). The concept of schizophrenia is dead: long live the concept of schizophrenia? *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 329-331.
- Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull.*, 107(1), 82-95.
- Bentall, R.P. (1993). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. In: A. S. David and J. Cutting (Eds.), *The Neuropsychology of Schizophrenia*. London: Erlbaum, 337-360.
- Berrios, G.E. (1991). Delusions as «wrong beliefs»: A conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 159 (suppl.14), 6-13.
- Birchwood, M. & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., & Miles, N.V. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant «voice» in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychological Medicine*, 34, 1571-1580.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30, 337-344.

REFERANSER

- Bowins, B. & Shugar, G. (1998). Delusions and self-esteem. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(2), 154-158.
- Catcher, C., Penn, D., Otto, M., & Goff, D.C. (2004). Cognitive therapy for delusions in Schizophrenia: Models, benefits and new approaches. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 207 - 222.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, Voices and paranoia*. Chichester: John Wileys & Sons.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Cox, D. & Cowling, P. (1989). *Are you normal?* London: Tower Press.
- Curson D.A., Barnes T.R.E., Bamber R.W., Platt S.D., Hirsch S.R., Duffy J.D. (1985). Long-term depot maintenance of chronic schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry* (1985), 148, 120-127.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Falloon, I.R.H. & Talbot, R.E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.
- Hadas, M. (1962). *Gibbons' the Decline and Fall of the Roman Empire*. Greenwich: Fawcett.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating Scales (PSYRATS). *Psychological medicine*, 29(4), 879-889.
- Huq, S. F., Garety, P. A., Hemsley, D.R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology* 40A:801-812.
- Johns, L.C. & Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1125-1141.

Arbeid med ABC-modellen

Et nøkkelord på dette stadiet kan være å forstå (Nordahl, upublisert manuskript). Det er viktig å få tak i pasientens forklaringer på hvordan og når symptomene oppstod og hva som opprettholder dem. Et av grunnprinsippene er å oppfordre pasienten til å snakke om opplevelsene på en konkret og detaljert måte. En detaljert beskrivelse er i prinsippet både enklere å reflektere omkring og å utfordre enn vage og diffuse opplevelser. Et eksempel på dette kan være spørsmål som «Kan du si mer i detalj hva som hendte da du gikk hjemmefra.» Ulike kartleggingsinstrumenter kan være nyttige til dette formålet. Se for eksempel «Beliefs about Voices Questionnaire» (BAVQ-R, Chadwick et al., 2000) og «Psychotic Symptom Rating Scales» (PSYRATS, Haddock et al., 1999).

Kartleggings- og vurderingsfasen innebærer ikke bare en kartlegging av vrangforestillinger og bevisene som støtter opp om disse. Like viktig er en kartlegging av pasientens selvverdier av hvordan han/hun tror at vedkommende blir vurdert av andre, eller hvordan personen selv vurderer andre. I alle vrangforestillinger ligger det også implisitt en selvbehandling. Muldvarp-teknikken er en velkjent kognitiv tilnærming for avdekking av vurderinger av seg selv og andre. Spørsmål som kan benyttes i så henseende er «Hva er det verste med det?» og «Hva kan det føre til?»

Gjennom kartleggingen vil det komme opp en rekke muligheter for å utfordre vrangforestillingene. Terapeuten gjør ikke bruk av disse før en har en klar idé om hvilke potensielle fordeler og ulemper det vil være for pasienten å svekke vrangforestillingene. For å avklare dette kan en benytte seg av hypotetiske spørsmål hvor en spør om hvordan pasienten tror det hadde vært om det ikke hadde forholdt seg slik vedkommende oppfatter det. Eller spørre om: «Hva hadde du ønsket hadde vært annerledes.» I tillegg vil en gjennom en grundig kartlegging prøve å forstå de følelsesmessige og atferdsmessige reaksjonene. Terapeuten bør være sensitiv i måten kartleggingen foregår på. Der som en blir invaderende kan det svekke den terapeutiske alliansen, skape angst, og i verste fall befeste vrangforestillingen ytterligere.

Intervensjonsfasen

Et nøkkelord på dette stadiet er endring (Nordahl, upublisert manuskript). Intensjonen med intervensjonene er å øke innsikten og ikke minst å avklastrofare personens fortolkninger av hendelser og hørselshallusinasjoner. Et hjelpemiddel i behandlingsprosessen er utarbeidelse av en kausformulering i form av en hypotese om pasientens opplevelser som ses i forhold til utviklingen av psykotiske tanker og faktorer som bidrar til å opprettholde dem. Den er ment å bidra til et riktig behandlingsfokus, riktig valg av kognitive teknikker, samt hjelpe behandler og pasient med prioritering av pasientens problemer. Kausformuleringen kan inneholde følgende momenter:

- 1) Predisponerende faktorer eller sårbarhetsfaktorer som for eksempel familiehistorie

- 2) Opplevelser som kommer forut for psykosen
- 3) Vedlikeholdende faktorer som for eksempel rus
- 4) Beskyttende faktorer som sosiale relasjoner
- 5) Bekymringer
- 6) Antagelser som knytter seg til de psykotiske opplevelsene (Kingdon & Turkington, 2005).

Å utfordre og modifisere vrangforestillinger (B) kan gjennomføres i en kombinasjon av drøfting og empirisk testing i den hensikt å styrke pasientens problemløsningskapasitet og sårbarhetstærskel. For de aller fleste er det angstprovoserende og vanskelig å gi slipp på vrangforestillingen. I følge Chadwick et al. (1997) er en indirekte modifisering gjennom å fokusere på grunnlaget for forestillingen bedre enn en direkte fokusering på vrangforestillingens innhold. Det er urealistisk å tenke seg at alle dysfunksjonelle forestillinger skal elimineres. De anbefaler videre at en tidlig i kontakten blir enig om hvilket problem en skal fokusere på og hva en ønsker å oppnå. Pasienten formidler nødvendigvis ikke et ønske om å bli kvitt psykotiske symptomer, men for eksempel et ønske om å ta sertifikatet. Da begynner en å jobbe herfra, for å se hva som forhindrer denne i å få sertifikatet.

Det vesentlige er å sette pasientens opplevelser innenfor rammen av en ABC-modell, hvor det skiller mellom situasjon, følelser, atferd og tanker. Modellen er nyttig fordi det blir lettere å finne sammenhenger mellom utløsende hendelser, antagelser og konsekvenser av pasientens vrangforestillinger, og det blir lettere for pasienten å se alternative tanker enn kun automatiske negative ekstremfortolkninger. Ved å omstrukturere fra negative til alternative tanker tenker en seg at dette bidrar til å oppløse en fiksert og uhensiktsmessig forståelse.

Med utgangspunkt i en generell kognitiv modell prøver en å hjelpe pasienten til å se at også vrangforestillingen kan forstås som tolkninger som kan undersøkes og eventuelt revideres. I tråd med kontinuumstenkning, kan en viss anvendelse av normalisering av de psykotiske symptomer hjelpe pasienten å se at hans/hennes forestillinger og symptomer ikke er kvalitativt forskjellig fra andre ikke psykotiske forestillinger. Normalisering kan bidra til å gi pasienten håp, samt redusere stigmatisering og angst knyttet til psykotiske opplevelser (Kingdon & Turkington, 2005).

KONKLUSJON

Kognitiv terapi ved psykoser retter seg mot vrangforestillingene og hørselshallusinasjoner og er en strukturert, symptomfokustert og målrettet behandlingstilbud, hvor psykoedukasjon, pårørende- eller flerfamiliegrupper, nettverksarbeid og medikamentell behandling er andre sentrale elementer. ■

REFERANSER

- Kingdon, D.G. & Turkington D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., et al., (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I: effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 178:379-80.
- Rector, N. & Beck, A. T. (2001) Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.
- Romme, M. A. J., & Escher, A.D.M.A.C. (1989). Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209-216.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D. et al (2000). A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165-172.
- Tarrier, N. et al. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-7.
- Van Os, J., Driessen, G., Gunther, N., & Delespaul, P. (2000). Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 243-248.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorder*. Sarasota: Professional Resource Exchange Inc.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.

Cognitive Therapy Adherence and Competency Scale

Norsk versjon

HANS M NORDAHL, TOR ERIK NYSÆTER OG BJARNE MIKKELSEN

REFERANSER

■ Barber, J. P., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research, 13*, 205-221.

■ Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, T., McGovern, J., Tarrier, N., Kinderman, P., Baguley, I., Lancashire, S., & Harris, N. (2001). An investigation into the psychometric properties of the cognitive therapy scale for psychosis (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 221-233.

■ Nordahl, H. M. (2006). Vurdering av etterlevelse og kompetanse i kognitiv terapi. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi, 7*, 6-11.

■ Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). *The development of the Cognitive Therapy Scale. Unpublished manuscript.* Center of Cognitive Therapy: University of Philadelphia.



Tor Erik Nysæter



Hans M. Nordahl



Bjarne Mikkelsen

I forrige nummer av Tidsskrift for Kognitiv Terapi fokuserte vi på etterlevelse og kompetanse som nødvendige sider ved enhver terapi som ligger som en forutsetning for en vurdering av terapiens effekt (Nordahl, 2006). Her ble spesielt det nye vurderingsskjemaet «Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale» (CTACS) omtalt (Barber, Liese, Abrams, 2003). Dette skjemaet er nå innført i utdanningen av nye veiledere i kognitiv terapi i Norge og er foretrukket fordi den i større grad måler begge de essensielle sider ved terapeutisk integritet, som er etterlevelse og kompetanse hos terapeuten enn hva den gamle versjonen gjør (CTS). I tillegg er den bredere innrettet ved at den kan brukes for vurdering av kognitiv terapi av de aller fleste psykiske lidelser, mens CTS passer best for vurdering av kognitiv terapi ved depresjon (Young & Beck, 1980). Et viktig poeng er at skjemaet fanger opp de relasjonelle og mellommenneskelige ferdighetene i kognitiv terapi, et helt nødvendig fundament for optimal kognitiv terapi.

Etter oppfordring presenterer vi CTACS på norsk i denne artikkelen. Måten CTACS skåres på er ved profilering, hvor styrker og svakheter blir oppsummert på et profilark, noe som gir grunnlag for et generelt inntrykk i en helhetsvurdering av den kognitive terapien. Profilarket, som er vedlagt, er til bruk for vurdering av en kandidats prestasjoner på etterlevelse og kompetanse (kvalitet). Dette er ikke en del av den amerikanske original utgaven, men utviklet av to av de undertegnede som et oppsummerings ark til klinisk og forskningsmessig bruk. For en adekvat anvendelse av skjemaet er det viktig å trene i normeringsgrupper bestående av minst fire kognitive terapeuter på minst 10 saker, som sammen drøfter seg frem til normerte nivåer av etterlevelse og kompetanse. Man kan trene på videoopptak av behandlingstimer hvor både ulike symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser inngår. Dersom man skal vurdere kognitiv terapi av psykose egner CTS-Psy (Haddock et al. 2001) seg bedre.

Adresse for korrespondanse:
Hans M Nordahl, Psykologisk Institutt
NTNU, Dragvoll, 7491 Trondheim
E-post: hans.nordahl@svt.ntnu.no

Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS)¹

Terapeut: _____ Pasient: _____
Time nummer: _____ Dato for time: _____
Sted: _____ Vurderer: _____
Dato for vurdering: _____

Instruksjoner

Hvert ledd i dette skjemaet er tilknyttet en kognitiv terapi prosess eller intervensjon med to vurderinger: **Etterlevelse** (Adherence) og **Kvalitet**. Vurdering av **Etterlevelse** reflekterer grad av terapeutenes inngrep i prosess eller intervensjon. Vurdering av **Kvalitet** (dvs. kompetanse) viser til hvor godt intervensjonen ble utført.

Alle ledd på denne skalaen varierer fra 0 (lavest) til 6 (høyest). Deskriptive referansepunkter er gitt bare for vurderinger med partall, men oddetall (dvs. 1, 3 og 5) kan brukes dersom vurderingen faller mellom to deskriptive referansepunkter. Uansett om terapeuten anvender eller ikke anvender en intervensjon, skal en **Etterlevelse** vurdering fylles ut for hvert ledd. Når en intervensjon eller prosess ikke forekommer, er IU (ikke utført) den mest egnede **Kvalitets** vurderingen.

For hvert ledd skal **Etterlevelse** og **Kvalitet** vurderingen (dvs. 0 til 6 eller IU) noteres i de to tomme feltene til venstre for nummeret til hvert ledd.

¹ For særtrykk eller tillatelse til å anvende dette instrumentet, kontakt: Bruce S. Liese, Ph.D., University of Kansas Medical Center-Family Medicine, 3901 Rainbow Blvd., Kansas City, KS 66160-7370, (913) 588-1912.

Barber, J. P., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research, 13*, 205-221.

Oversatt og trykket i TNKT med forfatterens tillatelse: Tor Erik Nysæter & Hans M. Nordahl, NTNU (2006)

I. KOGNITIV TERAPI STRUKTUR

_____ / _____ **1. Agenda**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten hadde ingen agenda for timen.
2 Terapeuten agenda for timen var vag eller ufullstendig.
4 Terapeut kartla nøkkelp problemer og forsøkte, med moderat suksess, å prioritere disse og følge den oppsatte agendaen.
6 Terapeuten fastsatte en fremragende, utfyllende agenda, identifiserte viktige nøkkelp problem, prioriterte og fulgte agenda.

_____ / _____ **2. Vurdering av sinnsstemning**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten virket uvitende om pasientens sinnsstemning.
2 Terapeuten sjekket overfladisk pasientens sinnsstemning; oppfattet ikke viktige tema.
4 Terapeuten vurderte sinnsstemning, anerkjente viktige tema (f.eks. depresjon, angst, sinne).
6 Terapeuten vurderte sinnsstemning på en fremragende måte, fulgte opp med oppklarende spørsmål, satte viktige humørrelaterte temaer på agendaen og belyste disse.

_____ / _____ **3. Overgang fra forutgående time**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten virket å ignorere den forutgående timen/ kontakt med pasient.
2 Terapeuten refererte overfladisk til den forutgående timen.
4 Terapeuten skapte en overgang til den forutgående time ved å nevne den, eller ved å spørre pasienten om den.
6 Terapeuten diskuterte den forutgående timen med pasienten; vektla viktige tema; relaterte forutgående time til nåtidige tema på agendaen; la til uløste tema til nåtidig agenda.

_____ / _____ **4. Undersøkelse av pågående problem:**
(Etterlevelse) (Kvalitet) (skriv ned primær problem)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ignorerte pågående problem (f.eks. stoff/alkohol misbruk, depresjon, angst, samlivsproblem etc.).
2 Terapeuten spurte overfladisk om pågående problem, men fulgte ikke opp.
4 Terapeuten spurte spesifikke spørsmål om pågående problem.
6 Terapeuten spurte fremragende spørsmål om pågående problem og fulgte opp med passende responser og intervensjoner.

_____ / _____ **5. Vurdering av aktuelle hjemmeoppgave**
 (Etterlevelse) (Kvalitet)

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten virket å ignorere den gitt hjemmeoppgaven.
- 2 Terapeuten nevnte hjemmeoppgaven, men gikk ikke gjennom den.
- 4 Terapeuten gikk kort gjennom hjemmeoppgaven, eller hvis ikke utført, undersøkte årsak.
- 6 Terapeuten gikk grundig gjennom hjemmeoppgaven, eller diskuterte ufullstendig gjennomført hjemmeoppgave.

_____ / _____ **6. Gav ny hjemmeoppgave**
 (Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ga ingen nye hjemmeoppgaver som var relevante i timen.
- 2 Terapeuten hadde betydelig vanskelighet med å inkorporere ny hjemmeoppgave (tildelte ikke nytt hjemmearbeid i samråd med pasient, ikke tilstrekkelig detaljert, eller begynte ikke på hjemmeoppgave i timen).
- 4 Terapeuten anga hensiktsmessig nytt hjemmearbeid relevant til temaene i timen.
- 6 Terapeuten anga fremragende ny detaljert hjemmeoppgave i samarbeid med pasient; diskuterte hjemmeoppgaven inngående med pasienten og øvde på hjemmeoppgaven i timen.

_____ / _____ **7. Oppsummeringer**
 (Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ga sammenfattende oppsummeringer i timen som var rett og slett feilaktige.
- 2 Terapeuten ga sammenfattende oppsummeringer som virket å være overfladiske eller irrelevante.
- 4 Terapeuten ga sammenfattende oppsummeringer som virket å være nøyaktige og meningsfulle.
- 6 Terapeuten ga pålitelig, nøyaktig og utmerkede sammenfattende oppsummeringer som var meningsfulle for pasienten; terapeuten sjekket også oppsummeringenes nøyaktighet og reviderte dem ved behov.

_____ / _____ **8. Pasient oppsummering og tilbakemelding**
 (Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten hemmet pasienten i å oppsummere eller å gi tilbakemelding om timen.
- 2 Terapeuten spurte overfladisk etter oppsummering eller tilbakemelding men ikke tilstrekkelig.
- 4 Terapeuten spurte direkte etter oppsummering eller tilbakemelding gjennom timen og anerkjente pasientens responser.
- 6 Terapeuten spurte for oppsummeringer og tilbakemeldinger gjennom timen, responderte på en positiv, støttende måte, og hensiktsmessig tilpasset atferden basert på pasientens tilbakemelding.

_____ / _____ **9. Fokus/ struktur**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten var ufokusert. Timen virket målløs.
- 2 Terapeuten virket å ha en viss retning, men ble distraheret av perifere tema.
- 4 Terapeuten var rimelig suksessfull i å opprettholde fokus og følge hovedtemaer.
- 6 Terapeuten brukte tiden særdeles effektivt ved å dirigere flyten i samtalen og dirigere ved nødvendighet. Timen var godt tilpasset tiden, fokusert og strukturert.

II. UTVIKLING AV EN SAMARBEIDENDE TERAPEUTISK RELASJON

_____ / _____ **10. Sosialisering til KT modellen, begrep, prosess eller struktur**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten overså viktige muligheter til å forklare en kognitiv formulering av depresjon, angst eller rusmisbruk; overså muligheter til å diskutere begrep som «feilfortolkninger» eller overså viktige muligheter til å hjelpe pasienten å forstå prosessen eller strukturen ved KT (f.eks. agenda, samarbeid, tilbakemelding, hjemmeoppgave, osv).
- 2 Terapeuten nevnte overfladisk den kognitive modellen, begreper, prosess eller struktur, men ikke på en betimelig måte eller relevant for pasienten.
- 4 Terapeuten beskrev relevant modell, konsept, prosess eller struktur ved KT.
- 6 Terapeuten gjorde en utmerket jobb med å beskrive relevant modell, begreper, prosess eller struktur; brukte disse med pasienten på en betimelig måte; kontrollerte for pasientens forståelse og ba om tilbakemelding.

_____ / _____ **11. Varm/genuin /kongruent**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten fremsto kald, uengasjert, omsorgsløs.
- 2 Terapeuten fremstod litt reservert, distansert, inkongruent.
- 4 Terapeuten fremstod rimelig varm og genuin.
- 6 Terapeuten fremstod optimalt varm, genuin, omsorgsfull og kongruent.

_____ / _____ **12. Akseptering/respekt**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten fremstod kritisk, respektløs, dømmende.
- 2 Terapeuten fremstod litt kritisk, respektløs, dømmende.
- 4 Terapeuten fremstod rimelig aksepterende, respektfull, ikke-dømmende.
- 6 Terapeuten fremstod helt aksepterende, respektfull, ikke-dømmende.

_____ / _____ **13. Oppmerksomhet**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ignorerte viktige åpenbare og subtile (f.eks. verbale og ikke verbale) signal.
2 Terapeuten var oppmerksom til noen tydelige signal, men overså subtile signal.
4 Terapeuten var oppmerksom på tydelige signal og noe oppmerksom på subtile signal.
6 Terapeuten var særdeles oppmerksom på viktige åpenbare og subtile signal.

_____ / _____ **14. Empati**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten viste dårlige evner til empati; virket ikke å forstå pasienten.
2 Terapeuten viste begrenset evner til empati; kunne reflektere og omskrive hva pasienten eksplisitt sa, men overså viktige subtile tema.
4 Terapeuten viste gode evner til empati. Virket generelt å skjønne pasientens perspektiv (fra både pasientens subtile og åpenbare signal).
6 Terapeuten viste særdeles gode evner til empati og innsikt; delte innsikt med pasient.

_____ / _____ **15. Samarbeid**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten monopoliserte timen eller overlot alt ansvar til pasienten.
2 Terapeuten forsøkte samarbeid men tok for lite eller for mye ansvar for å definere eller løse pasientens problemer.
4 Terapeuten var noe samarbeidende; delte ansvar med pasienten.
6 Terapeuten var svært samarbeidende; delte ansvar for å definere pasientens problem og mulige løsninger; fungerte som et «team».

III. UTVIKLING OG ANVENDELSE AV KASUS FORMULERING

_____ / _____ **16. Aktivere automatiske tanker**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ignorerte viktige muligheter for å spørre pasienten om automatiske tanker (AT).
2 Terapeuten aktiverte noen AT, men knyttet ikke disse til pasientens problemer.
4 Terapeuten gjorde en rimelig god jobb med å aktivere AT; relaterte disse kortfattet til pasientens problem.
6 Terapeuten gjorde en utmerket jobb med å aktivere AT; relaterte disse effektivt til pasientens problem.

_____ / _____ **17. Aktivere grunnleggende leveregler og skjema**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ignorerte viktige muligheter til å undersøke pasientens grunnleggende leveregler eller skjema.
- 2 Terapeuten gjorde en hederlig jobb med å aktivere antagelser/ skjema, men relaterte ikke disse til pasientens problemer.
- 4 Terapeuten gjorde en akseptabel god jobb med å aktivere grunnleggende leveregler/skjema; relaterte disse kort til pasientens problemer.
- 6 Terapeuten gjorde en utmerket jobb med å aktivere grunnleggende leveregler/ skjema; relaterte disse til pasientens problemer.

_____ / _____ **18. Aktivere mening/forståelse/attribusjon**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten ignorerte viktige muligheter for å undersøke pasientens forståelse eller attribusjon (f.eks. «meningen») ved fremtredende problem (f.eks. «Hvordan forstår du ditt misbruk?»).
- 2 Terapeuten gjorde en hederlig jobb med å undersøke mening, men fulgte ikke hensiktsmessig opp.
- 4 Terapeuten gjorde en god jobb med å undersøke meningen med fremtredende hendelser og antagelser; fulgte noe opp.
- 6 Terapeuten gjorde en utmerket jobb ved å undersøke mening; fulgte opp svært hensiktsmessig og fokuserte på det vesentligste.

_____ / _____ **19. Fokus på nøkkeltema**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten identifiserte eller diskuterte aldri viktige nøkkeltema (f.eks. tilpasning, autonomi, forpliktelse, integritet, intimitet, osv).
- 2 Terapeuten nevnte overfladisk minst ett nøkkeltema, men fulgte aldri opp.
- 4 Terapeuten nevnte minst ett nøkkeltema og diskuterte det kortfattet.
- 6 Terapeuten tok opp svært viktige og fremtredende nøkkeltema, diskuterte disse utførlig med pasienten, og relaterte nøkkeltema til skjema, grunnleggende leveregler, AT osv.

_____ / _____ **20. Kasus formulering; koble fortid med nåtid**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten overså muligheter til å undersøke utviklingen av pasientens problem.
- 2 Terapeuten gjorde en hederlig jobb med å undersøke utviklingen av problem, men koblet ikke informasjonen til nåværende fungering.
- 4 Terapeuten undersøkte utviklingsprosessen, og relaterte informasjonen løselig til nåværende fungering.
- 6 Terapeuten undersøkte utviklingsprosessen; koblet informasjonen nøyaktig til nåværende antagelser, tanker og atferd; ba om tilbakemelding fra pasienten om nøyaktighet/ nytteverdi.

_____ / _____ **21. Delte formulering med pasient**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten delte ikke viktig informasjon i kasus formuleringen med pasienten.
- 2 Terapeuten nevnte kort og overfladisk formuleringen til pasienten.
- 4 Terapeuten delte viktige elementer med kasus formuleringen med pasienten.
- 6 Terapeuten delte med pasienten en ypperlig, grundig formulering av hans eller hennes problemer; ba om tilbakemelding fra pasienten vedrørende nøyaktighet/ nytteverdi.

IV. KOGNITIVE OG ATFERDSTEKNIKKER

_____ / _____ **22. Veiledet oppdagelse**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten brukte ikke veiledet oppdagelse; var i stedet for passiv eller styrende.
- 2 Terapeuten var noe passiv eller styrende men var fremdeles støttende for pasienten.
- 4 Terapeuten brukte noe utspørring og noen reflekterende responser for å hjelpe pasienten til å begynne å forstå viktige tema.
- 6 Terapeuten brukte veldig kompetent en balanse mellom åpne spørsmål, reflekterende, konfronterende og fortolkende responser for å veilede pasientens forståelse av viktige tema.

_____ / _____ **23. Ba om bevis/alternative tolkninger**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten gikk glipp av viktige anledninger for å etterspørre «bevis» eller «alternative syn» som respons til maladaptive antagelser (f.eks. «Hva er dine bevis for den antagelsen?» eller «Hvordan kunne du ellers ha betrakte det?»).
- 2 Terapeuten nevnte overfladisk viktigheten av «bevis» eller «alternative syn».
- 4 Terapeuten spurte hensiktsmessig etter «bevis» eller «alternative syn».
- 6 Terapeuten spurte på en veldig betimelig og effektiv måte, om pasientens bevis for maladaptive antagelser; når hensiktsmessig etterspurte alternative syn; og fulgte det opp på en hensiktsmessig måte

_____ / _____ **24. Bruk av alternative kognitive og atferdsteknikker**
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Spesifiser hvilke teknikker: _____

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 Terapeuten gikk glipp av viktige muligheter til å anvende standard metoder (f.eks «Tankeregistreringsskjema, analyse av fordeler/ulemper, Aktivitetsskjema, Skalering, 3-kolonners teknikk, visualisering»).
- 2 Terapeuten forsøkte å anvende standardiserte metoder; men på en ineffektiv måte.
- 4 Terapeuten brukte standardiserte teknikker på en rimelig effektiv måte.
- 6 Terapeuten gjorde en enestående jobb med å velge ut og anvende standardiserte metoder.

V. HELHETSVURDERING

_____ / _____ 25. Helhetsvurdering som kognitiv terapeut
(Etterlevelse) (Kvalitet)

Vurdering av Etterlevelse:

0 **2** **4** **6**
Ingen **Noe** **Betraktelig** **Fullstendig**

Vurdering av Kvalitet («IU» dersom ikke utført):

- 0 I denne timen viste ikke terapeuten å ha forstått behandlingsmodellen; bruker ikke kognitiv kasus formulering på en god måte; alvorlige mangler i anvendelse av kognitive teknikker.
- 2 Terapeuten demonstrerte noen grunnleggende evner men bruker ikke den kognitive modellen konsistent. Terapeuten kan ha brukt kognitive teknikker men trenger å arbeide med innhold, timing, eller taktfull bruk av intervensjoner. Har en viss forståelse for pasientens maladaptive antagelser, men overser eller bommer ofte på relevant materiale i den kognitive formuleringen.
- 4 Terapeuten prestasjon i denne timen er god. Har lært den kognitive kasusformuleringen godt og anvender den veltilpasset. Er konsistent nøyaktig ved formulering av pasientens maladaptive antagelser. Er dyktig i anvendelse av kognitive teknikker.
- 6 Terapeuten prestasjon i denne timen er ypperlig. Kognitiv terapi er praktisert på et nivå som er lik eller overgår bedømmers eget nivå av ferdighet. Terapeuten vet tilsynelatende behandlingsmanualen særdeles bra. Anvender den kognitive kasus formuleringen med letthet og på en fleksibel måte. Dette representerer «kognitiv terapi på sitt beste».

Hvor vanskelig var denne pasienten (merk av en)?

0 **2** **4** **6**
Overhode ikke **Noe vanskelig** **Meget vanskelig** **Særdeles vanskelig**
vanskelig

Terapeutens styrke, som demonstrert i gjeldende time:

Terapeutens svakhet, som demonstrert i gjeldende time:

Andre kommentarer:

Profilark CTACS

Etterlevelse

Lav ----- Høy

Kompetanse

Lav ----- Høy IU

Kognitiv terapi struktur

| | | | |
|---------------------------|---|---------------------------|----|
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 1. Agenda | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 2. Vurdering av sinnsstemning | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 3. Overgang fra forutgående time | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 4. Undersøkelse av pågående problem | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 5. Vurdering av aktuelle hjemmeoppgave | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 6. Gav ny hjemmeoppgave | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 7. Oppsummeringer | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 8. Pasient oppsummering og tilbakemelding | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 9. Fokus / struktur | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |

Samarbeidende terapeutisk relasjon

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|----|
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 10. Sosialisering til KT modellen etc. | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 11. Varm / genuin kongruent | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 12. Akseptering / respekt | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 13. Oppmerksomhet | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 14. Empati | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 15. Samarbeid | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |

Anvendelse av kasus formulering

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|----|
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 16. Aktivere automatiske tanker | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 17. Aktivere grunnleggende leveregler | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 18. Aktivere mening / forståelse / attribusjon | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 19. Fokus på nøkkeltema | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 20. Kasus formulering: koble fortid / nåtid | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 21. Dele formulering med pasient | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |

Kognitive og atferdsteknikker

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|----|
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 22. Veiledet oppdagelse | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 23. Ba om bevis / alternative tolkninger | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 24. Bruk av alternative teknikker | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |
| 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | 25. Helhetsvurdering som kognitiv terapeut | 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 | IU |



Kognitiv terapi som tema på Norsk Psykologikongress 2006

ARNE REPÅL

350 kunnskapshungrige psykologer hadde funnet veien til Norsk Psykologikongress 2006 med temaet «Kunnskapsbasert psykologisk praksis – nye utfordringer.» Kongressen foregikk over to dager i Folkets Hus i Oslo. Kognitiv terapi var godt representert, både i plenumsforedragene og i parallellsesjonene. Professor Paul Salkovskis fra University of London, som noen av medlemmene kjenner fra foreningens tur til Kenya i 2004 og som ble intervjuet i nr. 2 av TNKT 2004, foreleste om «Empirically grounded psychological treatments for anxiety disorders.» Han er en sentral skikkelse innen kognitiv terapi og har utviklet metoder for behandling av angstlidelser, tvangslidelser og hypokondri som både i effektstudier og naturalistiske undersøkelser har vist gode resultater. Han holdt et inspirerende foredrag selv om en time ikke gir muligheter

«Psykologene hadde også sluppet en psykiater inn i salen»

for å gå i dybden innen temaet. Salkovskis er kjent for sine klare meninger, og hevdet at kognitiv terapi var redningen dersom en skulle få mest mulig helse ut av hver krone. Nå er det ikke sikkert alle i salen lot seg overbevise om det, men Salkovskis høstet

god applaus fra forsamlingen.

Psykologene hadde også sluppet en psykiater inn i salen. Professor Ingvard Wilhelmsen foreleste om det å være sjef i eget liv. Ingvard trenger ikke noen presentasjon innen det kognitive miljøet i Norge. Han hadde fokus på hvordan vi kan stimulere pasientene til å ta ansvar for egne holdninger, følelser og atferd. Som vanlig holdt Ingvard et glitrende foredrag hvor han balanserte på stram line mellom underholdning og faglighet. Forsamlingen lot seg i hvert fall rive med i Wilhelmsens fabuleringer rundt sitt nye forbilde kong Harald. Om han er misunnelig på Salkovskis som kommer fra et land hvor alle sentrale institusjoner har ordet «Royal» i navnet skal være usagt, men jeg har ham mistenkt for å være på jakt etter tittelen «Norsk kongelig hypokonderklinikk» for sin lille, men etter hvert berømte seksjon av Medisinsk Poliklinikk ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.

PARALLELLESJONER

Under parallellsesjonen var flere kognitive terapeuter i sving. Jeg fikk naturlig nok ikke med meg alle, men Tore Stiles fra NTNU foreleste om nyere psykologiske behandlingsmetoder for ulike kroniske smertetilstander. Stine Laberg ved Avdeling for Psykosomatisk Medisin, Haukeland Universitetssykehus foreleste om kognitiv atferdsterapi ved behandling av spiseforstyrrelser. Børge Sivertsen ved Universitetet i Bergen fokuserte på søvnvansker hos eldre og vis-

te til gode behandlingsresultater fra en behandlingsmodell tuftet på kognitiv atferdsterapi. Det er et tankekors at standard behandling for denne lidelsen er medikamenter på tross av dårlig dokumenterte behandlingseffekter. Professor Lars-Göran Öst fra Universitetet i Stockholm foreleste om en-sessionsbehandling av spesifikke fobier; en tilnærming basert på en kognitiv atferdsanalyse av de katastrofetankene pasientene har. Asle Hoffart, forsker ved Modum Bad og kjent for leserne fra tidligere artikler i tidsskriftet, holdt foredrag under temaet «Fra klinisk praksis til forskning og tilbake: en teoriveiledet bevegelse» og brukte utvikling av kognitive terapimodeller for angstlidelser som eksempel. Marianne Hansen ved Statens Institutt for Rusmiddelforskning orienterte om utvikling av behandlingstilbud til personer med spilleavhengighet i Norden og viste til at kognitive forståelsesmodeller også står sentralt her. På samlingen var det også en rekke postere hvor kognitiv terapi var tema.

PRISUTDELING

Åsa Gruda Skards pris for popularisering av psykologisk kunnskap ble i år tildelt Torkil Berge for sitt mangeårige engasjement innen feltet. Den virksomheten, i form av bøker, foredrag og utadrettet virksomhet i pressen må også kunne sies å være godt tuftet på kognitiv grunn. At han påberoper seg fordelene ved å ha 17 000 elleville jublende Brannsupportere i hodet, som heier ham fremover i hverdagen, må skyldes manglende kjennskap til supporterernes stemmebruk når laget er i motgang. Meg bekjent er den gjengen en uberegnelig horde. Jeg viser for øvrig til artikkelen om stemmehøring i dette nummer av tidsskriftet. ■



Michael J. Mahoney
1946 – 2006

Michael J. Mahoney døde helt uventet i sitt hjem 31. mai 2006 bare 60 år gammel. Han etterlater seg kone og en datter. Mahoney var en svært produktiv forfatter og innflytelsesrik forsker med anerkjente bidrag innenfor det konstruktivistiske perspektivet i klinisk psykologi og psykoterapi. Som en eksponent for konstruktivismen vektla han for det første at vår persepsjon ikke bare er en direkte registrering av sanseinntrykk. Som bidragsyter i vår erkjennelse innbefatter persepsjon nemlig hypoteser, forventninger, tidligere erfaringer og kunnskap samt emosjonelle og motivasjonelle faktorer. Da all informasjonstilegnelse dermed påvirkes av hypoteser og forventninger mente han at vi i stor grad på forhånd konstruerer et bilde av verden, dvs., kunnskapen vår er i en viss forstand snarere proaktiv enn reaktiv. For det andre vektlegga han at vår psykologiske virkelighet ikke kunne forståes atskilt fra den mellommenneskelige sammenheng den oppstod i. Eller som det ofte formuleres innenfor konstruktivismen: «knowledge does not exist in the mind of the single individuals but rather in the social processes of symbolic interaction and exchange.» Den erfaring som skapes i forbindelse med en terapitime er dermed en delt konstruksjon mellom pasient og terapeut mer enn en ren bearbeidelse av det som pasienten bringer til terapirommet.

ET AKTIVT LIV

Han var også opptatt av atferdsteori og har i årenes løp stått for, eller vært med på, utgivelsen av 19 bøker med innhold varierende fra atferdsmodifika-

sjon til konstruktivismens betydning innenfor psykoterapi. I tillegg er han også hovedforfatter eller medforfatter på 245 artikler utgitt i internasjonale fagtidsskrift. Temaene her varierte fra atferdsforsterkning og -modellering i atferdsterapi via konstruktivisme til en humanistisk oppfatning av terapeuters personlige liv. Temaene knyttet sammen atferdsteori, kognitiv terapi, konstruktivisme og humanisme i et forsøk på å gi et mer helhetlig syn på psykoterapeutisk behandling og hvordan denne påvirker pasienter så vel som behandlere. Ved sin død var ytterligere ni av hans artikler under utgivelse.

Som en ville forvente ut i fra hans store faglige engasjement var han også aktiv i styrene til mange nasjonale og internasjonale profesjonsfaglige organisasjoner. Noe som kanskje var mindre kjent var at Mahoney også hadde en rekke medaljer fra nasjonale og internasjonale konkurranser i olympisk vektløfting hvor han også var regjerende nasjonal mester (USA) i sin vektklasse. I tillegg var han medlem av «American Association U.S. Olympic Committee».

En allsidig humanist med et stort og variert engasjement innenfor psykoterapeutisk forståelse og behandling av psykiske lidelser er gått bort. Han vil bli sterkt savnet som forfatter og foreleser innenfor vårt fagfelt. Mange av hans tanker vil engasjere fagfolk innenfor psykologien i årrekker fremover. ■

Vi lyser fred over hans minne.

«Mange av hans tanker vil engasjere fagfolk innenfor psykologien i årrekker fremover»



Hva kognitiv terapi ikke er II

I forrige nummer tok jeg utgangspunkt i et notat som lederen av The Academy of Cognitive Therapy i USA, Robert Leahy, hadde skrevet om vanlige motforestillinger andre terapeuter har om hva kognitiv terapi er. Jeg nevnte den gang forstillingene om at kognitiv terapi innebærer å undertrykke negative tanker, og at kognitive terapeuter ikke er opptatt av pasientenes følelser eller den terapeutiske relasjon. En annen motforestilling er at kognitive terapeuter tror at den eneste måten å endre tanker på, er å argumentere mot dem. Målsetningen er å hjelpe pasienter til å tenke mindre irrasjonelt og mer rasjonelt, og dermed vil mentale plager bedres. Dette kan nok av og til være gunstig, men heldigvis er det få kognitive terapeuter som ser det som sin hovedoppgave å drive med argumentasjonslære.

FORHOLDET MELLOM TEKNIKK OG FORSTÅELSE

Et annet tema, som ofte nevnes, er forholdet mellom teknikk og forståelse. Innen kognitiv terapi er det utviklet en rekke teknikker. Mange av disse er potente hjelpemidler for å hjelpe mennesker til forandring i fastlåste situasjoner, hvor andre tilnærminger ikke har ført fram. Og det er ikke uvanlig å høre terapeuter fra andre skoleretninger si at de ønsker å lære seg noen kognitive teknikker. Men de ønsker å beholde en annen, gjerne en psykodynamisk, forståelse.

Det kan være greit å starte som kognitiv terapeut med å lære seg noen konkrete metoder. På denne måten kan en få tidlige terapeutiske suksesser, og dette kan gi gode stimulanser til videre læring og utvikling. Men dersom en ikke lærer seg den kognitive teori og forståelse, er det lett å stagnere.

Kognitiv teori kan i noen grad forklare hvorfor psykiske lidelser oppstår. Men teorien har sin største styrke i evnen til å forklare hvordan plager vedlikeholdes, og hvorfor de ikke går over. I mange tilfeller vil våre anstrengelser for å dempe plager bidra til at de vedlikeholdes. Dermed får ikke de selvhelende krefter virke, og problemer og plager vedvarer over tid. Kognitiv terapi ved ulike psykiske lidelser vil ofte ta utgangspunkt i å hjelpe mennesker til å slutte

«I mange tilfeller vil våre anstrengelser for å dempe plager bidra til at de vedlikeholdes.»

å gjøre det som de selv tror hjelper dem, men som i virkeligheten vedlikeholder plager, for eksempel ulike former for trygghetsatferd ved angstlidelser.

TILPASSNING AV MODELLEN

Men en ting er å lære generelle teoretiske modeller. Det kan de fleste klare uten altfor store anstrengelser. Den vanskeligste, men samtidig morsomste delen av arbeidet, er å tilpasse modellene til den enkelte pasienten som sitter på kontoret mitt nå, og som jeg skal forsøke å hjelpe. De generelle modellene må gjøres idiosynkratiske, de må tilpasses pasienten og gjøres individuelle for den enkelte. Hva er denne personens fryktede situasjoner, katastrofetanker og trygghetsatferd? Hvilke maladaptive skjemaer vil mest sannsynlig bli aktivert under stress. Og så kan en tegne og legge fram en individuelt tilpasset modell for det mennesket en arbeider sammen med. Og hvordan skal en vite om modellen er rett, og om en har forstått pasienten? Jo, lakmustesten på dette er om pasienten kjenner seg igjen, og kan si at dette er en god måte å beskrive mine plager på. Og enda bedre når de opplever at det virker i praksis.

Jeg har hatt gleden av å være veileder på noen innføringskurs i kognitiv terapi. Min erfaring er at mange strever med denne delen av utdanningen; å kunne tilpasse modellene til det enkelte mennesket. Og det er på langt nær alle som etter avsluttet innføringskurs klarer å lage gode individuelle kasusformuleringer for de pasientene de arbeider med. Jeg har noen ganger lurt på om utdanningen, i hvert fall innføringskurset for leger og psykologer, er for ambisiøst. Vi forsøker å dekke hele feltet av psykiske lidelser. Faren med dette er at det blir for lite fordypelse på hvert enkelt område, og dermed vil forståelsen kanskje bli for grunn. For kognitiv terapi er et stort fagfelt, og det er ikke noen gitt å beherske alt. For å bli god må en øve seg, det vil si behandle pasienter, med tilgang på kompetent veiledning. Og så må en lese. Det er mulig vi hadde vært tjent med et snevrere innføringskurs, som kanskje kunne bedret mulighetene for fordypelse og forståelse. ■



Brev fra en pasient

METAFORSALTEN

SOLFRID RAKNES

Det er no ikkje alltid like kjekt å behandle depresjonslidningar, tykkjer eg. Men i vår har eg hatt spesielt ei behandling som har vore minst like kjekk for meg som for pasienten. Etter jamleg bruk av BDI, slik Beck gir råd om og eg ofte finn nyttig, fekk pasienten igangsett følgjande tankerekke som eg fann i postkassa mi her om dagen. Og dette var ei gåve eg tykte var så morosam at eg gjerne deler ho med andre behandlarar. Pasienten, som er ein raus einar, har gitt meg løyve til vidareformidling:

TIL HØIT AKTEDE PSYKOLOG SPETSIALIST FRU S. RAKNES; KUNSTEN AT BLIVE ET NUL!

Efter en tid i behandling og terapi hos Dem har jeg blitt klar over det interessante faktum at der er tallenes tale der siger noget om min tilstand. Ved førstehånds konsultation fikk jeg utleveret et stykke papir der var nedtegnet en række spørsmål. Av undertegnede, en møysommelig gjennomgang av de skematiske spørsmål blev utført, og svar blev avleveret i avkrydsnings form. Avkrydsningen blev så gjennomgået av Dem Fru Raknes. De summerede det hele og kom frem til tallet 36.

Tallet 36 kunne sige noget om min Depressive Neurose, eller tilbakevendende Depressive Lidelse som de så treffende kallede min Diagnose i brev til respektive Etater. Tallet 36 er med andre ord uttrykk for min tilstand, en dyp og alvorlig Depretion.

Nå når det har gått en tid blev dette skema på ny utleveret mig, og ny avkrydsning blev foretaget. Summeringen denne gang viste tallet 12. «En klar forbedring,» var uttrykket De benyttet. Depretionen hadde nået et stadium som kunne uttrykkes som Lett til Middels.

Ser man på tallenes klare tale, giver neste gangs skemaavkrydsning tallet 4. Den noe omstændelige, men dog så åpenbare logikk, siger at det hele kan reduseres med en tredel, eller at tallet 3 er en nøgle i min progretion.

Hvad bør man så strebe efter ved denne nestegangs avkrydsning? Svaret nevnes ovenfor og er 4. Men tallet 4 blir problematisk at forholde seg til i en tredeling. Således foreligger den åpenbare løsning at undertegnede må arbeide iherdig med sig selv så at resultatet bliver 3 istedenfor 4.

Dersom så hender, at tallet 3 er summarum efter denne ekstra innsats, er det hele svært enkelt: Fremhåldende medisiner, noget mere samtaleterapi, så på 1,2, 3 har man blevet frisk. Man har blivit fri fra sin Depressive tvangstrøye ved at formulere 3 minus 3 giver nul.

Den dagen dette faktisk oppstår, den dagen jeg bliver frisk, så skal jeg bestige den høieste topp, kle mig nøgen, strække mine armer over hodet, og rope av fulle lungers kraft: «Jeg er et nul, og jeg er frisk!» Så får man bare håpe på det deiligste solskind og varme vinde på denne dag, ellers kan man jo ane en kold erfaring. ■

«Jeg er et nul, og jeg er frisk!»

Med vennlig hilsen

VIDEREGÅENDE SEMINAR I KOGNITIV TERAPI

HOVEDTEMA: KRISER OG KOGNISJON

Nairobi og Masai Mara, Kenya 13.– 22. april 2007

Den første delen av seminaret vil holdes i Nairobi sammen med andre fagfolk i Kenya sentrert rundt tema om traumatisering og psykologisk intervensjon etter traumehendelser. Det vil her særlig trekkes fram erfaringer fra Kenya og andre afrikanske land. Den andre delen av seminaret vil foregå i naturreservatet Masai Mara. Her vil den norske gruppen av deltakere samles med fokus både på kognitive intervensjoner i sorgarbeid, og på ulike aspekter ved kognitiv terapi innenfor behandling av andre tilstander. Hovedforeleser på seminaret vil være psykolog Atle Dyregrov.

NAIROBI:

- Psykolog Atle Dyregrov:
Posttraumatic stress disorder. Significance, evaluation and treatment.
- Clinical Psychologist Gladys Mwititi:
Traumatic Stress Resiliency
- Chairman of Dept. of Psychiatry, Kenyatta Hospital, Caleb Othieno:
TSD research in Kenya.
- Psykolog Håkon Stenmark:
Narrative exposure-therapy of PTSD. Lessons learned from treatment applications in Uganda, Sri Lanka and Norway.
- Dr. Merete Ling Kituy, United Nations, Nairobi:
The Crisis Professional: the Humanitarian Aid worker and PTSD.
- Chairman Kenya Psychiatric Association and President African Psychiatric Association, Frank Njenga: Closing lecture.

MASAI MARA:

- Psykolog Atle Dyregrov:
En mening i det meningsløse? Hvordan tenker mennesker om mening etter traumatiske hendelser?
Stimulering av meningsskapning i traume-terapeutisk arbeid – er det mulig?
Skyld og selvbepreidelse etter traumer og tap.
Kognitive metoder i arbeid med skyld og selvbepreidelse.
- Sosiolog Kari Dyregrov:
Oppfølging etter krisehendelser – hva ønsker de kriserammede?
- Psykiater Elisabeth Haug:
Kognitiv terapi i arbeid med schizofreni.
- Psykolog Solfrid Raknes:
Atferdseksperiment som metode.
- Psykiater Bjarne Mikkelsen:
Kognitiv terapi og ledelse.
- Psykiater Ingvard Wilhelmsen:
Hvordan kan vi beholde endringsfokus i terapien?

PÅMELDING

- Bindende påmelding til NFKT, tlf. 32 74 98 62 eller post@kognitiv.no innen **15.01.07** (obs! begrenset antall plasser)
- Flybillett bestilles separat av hver deltaker etter bekreftelse om plass på seminaret.
- Det er reservert billige flybilletter med British Airways, pris med flyskatt kr. 5.762.
- Billettene kan bestilles hos Nina Grebstad, Via Flyspesialisten: nina.grebstad@viatravel.no tlf. 73552208)

ANNET

- Pris (seminaravgift, overnatting, kost og sosialt program) kr. 12.700 pr. deltaker,
- Ledsagerpris i dobbelt rom: 10.700.
- Pris pr. barn 0-12 år i rom m/foreldre: kr. 6.600.
- Enkeltromstillegg kr. 2.800.

Nærmere informasjon om seminaret finnes på foreningens websider:

www.kognitiv.no