

Kompetansegrunnlaget for utøvelse av kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er ikke en samling teknikker, men en helhetlig måte å forstå et menneske og dets problemer på. Terapeuten prøver kontinuerlig å forstå pasienten og dennes problemer i henhold til den kognitive modellen og bygger de ulike tiltakene på denne forståelsen. Utøvelse av kognitiv atferdsterapi berører fem kompetanseområder:

- Generelle terapeutiske ferdigheter
- Grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi
- Spesifikke teknikker i kognitiv atferdsterapi
- Problemspesifikke intervensjoner
- Metaferdigheter

Kognitiv atferdsterapi utøves av helsepersonell, og mange av ferdighetene bygger på kompetanse terapeuten har tilegnet seg gjennom sin grunnutdanning. Noen ferdigheter vil være særlig nær knyttet til personlige egenskaper ved terapeuten, for eksempel evnen til å innta en konsekvent varm og empatisk holdning, og å være kreativ og oppfinnsom i samarbeidet med pasienten. I videreutdanningsprogrammene til Norsk forening for kognitiv atferdsterapi vektlegges trening i ferdigheter i kognitiv atferdsterapi og i å styrke terapeutens evne til å integrere teori og praksis. Sentralt her er evnen til å knytte sammen alle de ulike nivåene av terapeutiske ferdigheter, etablere en terapeutisk allianse og tilpasse behandlingen til den enkelte pasients behov.

De ulike videreutdanningsprogrammene vil i forskjellig grad omfatte intervensjoner ved ulike former for psykiske lidelser. Det innebærer at ikke alle de terapeutiske modellene som er beskrevet under ”problemspesifikke intervensjoner”, vil være berørt i ett enkelt videreutdanningsprogram.

Beskrivelsene er ment som et redskap for utvikling av kompetanse i kognitiv atferdsterapi. De er ikke absolutte krav, men må ses som viktige mål å strekke seg mot.

Beskrivelsene av kompetanseområder i kognitiv atferdsterapi er utarbeidet for britiske helsemyndigheter og programmet Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), ved

British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, og med Anthony D. Roth og Stephen Pilling som redaktører. Du vil finne mer informasjon om IAPT på vår hjemmeside. En rekke fremstående britiske kognitive atferdsterapeuter og forskere satt i redaksjonsgruppen, ledet av Philippa Garety, og med blant annet Aaron T. Beck, David Clark, Anke Ehlers, David Barlow, Tom Borkovec, Michelle Craske, Rick Heimberg, Mark Freeston og Gail Steketee som fagfellevurdere. Beskrivelsene er bearbeidet og tilpasset norske forhold av Torkil Berge for Norsk forening for kognitiv atferdsterapi.

Hva er kognitiv atferdsterapi?

Kognitiv atferdsterapi er en populær og etterspurt terapiform både internasjonalt og i Norge. Terapiformen anvendes i stadig nye sammenhenger. Det er utviklet tilnærminger som er spesielt tilrettelagt for en rekke former for psykiske og somatiske lidelser. Dessuten har behandlingsmetoden dokumentert sin nytteverdi gjennom forskning. Dette er bakgrunnen for at kognitiv atferdsterapi anbefales i helsemyndighetenes behandlingsveiledere og prioriteringsforskrifter, også her i Norge.

Kjernen i kognitiv atferdsterapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, og å endre uhensiktsmessige tankemønstre og uhensiktsmessig atferd som er forbundet med problemene, og som kanskje også har bidratt til dem. Terapien er et aktivt samarbeid mellom pasient og terapeut. Premisset er at det er pasientens egne svar som er de viktige. Derfor legges det vekt på bruk av såkalte sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse for å skape et erfaringsgrunnlag for vurdering av problemer og løsningsmuligheter. Behandlingen er oversiktlig og godt strukturert og direkte rettet mot problemene slik de fremtrer i pasientens hverdag. Pasienten støttes i å involvere seg i og å bruke sine sosiale nettverk. Han eller hun lærer metoder for å mestre sine vansker, metoder som også kan anvendes etter at behandlingen er avsluttet. Den gode terapi er også hjelp til selvhjelp.

Et viktig utgangspunkt er at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering; det dreier seg om *gradsforskjeller* og ikke *vesensforskjeller*. Derfor vil vi alle, i hvert fall til en viss grad, kjenne oss igjen i hva et menneske med psykiske problemer opplever.

Psykiske vansker, som angst eller alvorlig depresjon, er ofte knyttet til en strøm av ubehagelige tanker om fortid, nåtid og fremtid. De negative tankene *virker* troverdige, og de kan være basert på høyst virkelige hendelser, men er ofte overdrevne eller direkte ugyldige. Et eksempel er at depressive følelser er forbundet med tanker om verdiløshet, meningsløshet og håpløshet. I terapien gjøres personen oppmerksom på virkningen av angstfremkallende, urimelig selvkritiske eller pessimistiske tankemønstre. Terapeut og pasient drøfter muligheten for alternative tenke- og handlemåter som er konstruktive og nyttige i den svært vanskelige situasjonen pasienten befinner seg i. Terapien forutsetter en god allianse mellom terapeut og pasient, der de har en felles forståelse av hvilke problemer de arbeider med å løse, og hvordan de skal gå frem for å løse dem.

Fem sentrale kompetanseområder

Utøvelse av kognitiv atferdsterapi berører altså fem kompetanseområder: generelle terapeutiske ferdigheter; grunnleggende ferdigheter i kognitiv terapi; spesifikke teknikker i kognitiv terapi; problemspesifikke intervensjoner; metaferdigheter.

Det er gitt en utfyllende og detaljert beskrivelse av hvilke forventninger til kunnskap og ferdigheter som stilles til terapeuten innenfor alle de fem kompetanseområdene. Her følger en kort sammenfatning av disse ferdighetene.

1. Generelle terapeutiske ferdigheter

Behandlingsalliansen står sentralt i kognitiv atferdsterapi. Terapi preget av et aktivt samarbeid mot tydelig definerte mål fungerer best. Pasientens engasjement og involvering er avgjørende for et positivt resultat av behandlingen. Terapeuter som oppnår gode resultater, beskrives gjerne av pasienter som respektfulle, empatiske, varme og ekte. Viktige ferdigheter er forståelse for hvilket endringsstadium pasienten er i, bruk av motiverende intervju og hvordan en kan styrke alliansen når det oppstår samarbeidsproblemer.

Terapeuten bør ha oppdatert kunnskap om psykiske lidelser og evne å anvende denne kunnskapen i kartlegging og behandling. Dette inkluderer kunnskap om psykiske lidelser og deres symptomer; årsaker, både i form av sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og

oppretholdende faktorer; funksjonsproblemer forbundet med psykiske lidelser, både i forhold til familieliv og arbeidsliv.

Terapeuten skal ha kjennskap til og ha en forsvarlig praksis i forhold til lover, forskrifter og etiske retningslinjer for klinisk virksomhet. Eksempler er taushetsplikt, pasientrettigheter og profesjonsetiske retningslinjer.

2. Grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi

Terapeuten skal ha en grunnleggende kompetanse i å etablere rammene for det terapeutiske samarbeidet. Målet er at terapeuten innledningsvis formidler begrunnelsen for og hovedprinsippene i behandlingen, samarbeider med pasienten om å sette opp en prioritert agenda for hver time, foretar aktiv problemløsning i timen og viderefører denne læringen mellom timene i form av utforskning og trening i hjemmesituasjonen.

3. Spesifikke teknikker i kognitiv atferdsterapi

Noen behandlingsteknikker danner kjernen i de fleste former for kognitiv atferdsterapi. Eksempler er utforskning av tenkemåter gjennom sokratiske spørsmål, bruk av atferdseksperimenter, eksponeringstrening og tilbakefallsforebygging.

4. Problemspesifikke intervensjoner

Det er utviklet kognitive tilnærminger tilrettelagt for en rekke pasientgrupper med ulike former for psykiske og somatiske lidelser. Eksempler er sosial angstlidelse, psykotiske opplevelser, spiseforstyrrelser og kroniske smerter. De ulike behandlingsmodellene inneholder en rekke spesifikke teknikker og prosedyrer som den kognitive terapeut bør ha kjennskap til og kunne beherske.

5. Metaferdigheter

Metakompetanse er å kunne integrere alle de ulike nivåene av terapeutiske ferdigheter og tilpasse behandlingen til den enkelte pasients behov. Terapeuten må kunne integrere teori og praksis. Det innebærer fleksibel tilrettelegging samtidig som man sikrer at de relevante komponentene i behandlingsmodellen blir inkludert på en konsistent og meningsfull måte.

Referanse

Roth, A. D. & Pilling, S. (2007). *The competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for people with depression and with anxiety disorders*. Department of Health, United Kingdom. (Redegjørelse for den evidensbaserte metoden som er benyttet for å utarbeide beskrivelsen av de fem kompetanseområdene i kognitiv terapi.)