

Grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi¹

I kognitiv atferdsterapi skal terapeuten ha en grunnleggende kompetanse i å etablere rammene for det terapeutiske samarbeidet. Målet er at terapeuten innledningsvis formidler begrunnelsen for prinsippene i behandlingen, samarbeider med pasienten om å sette opp en agenda for hver time, samarbeider om aktiv problemløsning i timen og stimulerer pasienten til å videreføre denne læringen i form av utforskning og trening i hjemmesituasjonen. Her følger en utfyllende beskrivelse av grunnleggende ferdigheter i kognitiv atferdsterapi. 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.

Kunnskap om grunnleggende prinsipper i kognitiv atferdsterapi

Terapeuten har kunnskap om prinsippene som ligger til grunn for behandlingen, og kan anvende kunnskapen i praksis. Her er noen sentrale prinsipper:

I kognitiv atferdsterapi er man opptatt av hvordan vi tenker og skaper mening i forhold til Det som skjer i livet vårt. Denne meningsdannelsen er igjen knyttet til hvordan vi utvikler antakelser om oss selv, andre mennesker og verden vi lever i. Det er et gjensidig forhold mellom tanker og forestillingsbilder, følelser og atferd.

Et sentralt mål er å hjelpe pasienten til å bli mer bevisst på hvordan han/hun resonnerer og tillegger hendelser mening. Pasienten hjelpes til å utvikle alternative synspunkter og forklaringer på problemene, og til å teste ut hvor holdbare alternativene er, gjennom atferdseksperimenter. Pasienten hjelpes til å føle seg trygg. Trygghet er viktig for å kunne teste ut skremmende antakelser, og for å endre atferd.

¹ Beskrivelsene av de fem kompetanseområdene i kognitiv atferdsterapi er utarbeidet for britiske helsemyndigheter med Anthony D. Roth og Stephen Pilling som redaktører. Beskrivelsene er bearbeidet og tilpasset norske forhold av Torkil Berge for Norsk forening for kognitiv atferdsterapi.

For en redegjørelse for den evidensbaserte metoden som er benyttet for å utarbeide beskrivelsen av de fem kompetanseområdene i kognitiv atferdsterapi, se 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

Kognitiv atferdsterapi kalles også kognitiv terapi, og legger stor vekt på betydningen av atferd. Når mennesker opplever stress og ubehag, reagerer de gjerne med atferd som bidrar til å forverre problemet. Eksempler er å unngå situasjoner eller begrense visse aktiviteter. Problemløsning og trening i mestring av vanskelige situasjoner er en viktig del av behandlingen.

Samarbeidet med pasienten står sentralt. Dette er en gjennomgående filosofisk, etisk og praktisk forpliktelse i kognitiv atferdsterapi. Målet er å hjelpe pasientene til å mestre problemene sine ved at de lærer å utnytte sine egne ressurser. Pasientene bruker tiden mellom timene til å prøve ut i praksis det de har lært i terapien. Hjemmeoppgaver (også kalt hjemmearbeid, praksisoppgaver, egentrening, etc.) bidrar til dette.

Kunnskap om kognitive forvrengninger

Terapeuten bør ha kunnskap om vanlige kognitive forvrengninger i bearbeiding av informasjon, og evne å utnytte denne kunnskapen terapeutisk. Kognitive forvrengninger, også kalt feiltolkninger eller tankefeller, spiller en viktig rolle i utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser. Alle mennesker gjør slike feiltolkninger, men de er spesielt relevante i forhold til utforskning av hvordan pasienter tenker om sine symptomer og problemer. Her er noen eksempler:

- Enten/eller-tenkning innebærer å bedømme situasjoner, hendelser og oppfatninger som enten gode eller dårlige, rette eller gale; en sort-hvitt-tenkning som medfører at det ikke finnes noen mellomting, man overforenkler hendelser slik at de passer inn i én av de to kategoriene
- Katastrofetenkning innebærer å forvente at det som kommer til å skje, er negativt, eller at det kommer til å gå galt, uten å overveie andre mulige utfall
- Diskvalifisering av det positive innebærer å fortelle seg selv at positive opplevelser eller egenskaper ikke teller
- Følelsespreget tenkning eller emosjonell resonnering innebærer å trekke slutninger på bakgrunn av følelser og ikke ut fra observasjoner og data; det man føler, blir grunnlaget for hvordan man tenker om det som skjer
- Stempling innebærer å sette faste, altomfattende merkelapper på seg selv eller andre,

- uten å ta hensyn til informasjon som kan bidra til en mindre bastant konklusjon
- Forstørring og forminskning innebærer å overdrive det negative og gjøre det positive mindre; negative forhold blåses ut av proporsjoner, og positive forhold bagatelliseres
 - Selektiv utvelgelse innebærer å gi negative detaljer ufortjent mye oppmerksomhet på bekostning av å se hele bildet
 - Tankelesning innebærer å anta at man vet hva andre tenker om en selv; man tror man kan lese andres (negative) tanker om en, selv om det ikke er noe som tilsier at den andre tenker på denne måten
 - Overgeneralisering innebærer å trekke overordnede konklusjoner ut fra en enkelt hendelse, og preger hvordan man oppfatter både relaterte og urelaterte hendelser
 - Personliggjøring innebærer å pålegge seg selv ansvar for ytre begivenheter uten at det er noe grunnlag for det
 - Må- og bør-formuleringer (imperativer) innebærer å ha en veldig spesifikk idé om hvordan en selv og andre burde oppføre seg; man overvurderer konsekvensene av ikke å gjøre det man ”må” eller ”bør”
 - Tunnelsyn innebærer å utelukkende se de negative aspektene ved en situasjon

Kunnskap om trygghetssøkende strategier

Terapeuten bør ha kunnskap om de trygghetssøkende strategienes betydning for utvikling og opprettholdelse av pasientens problemer. Det er viktig å kjenne igjen denne typen strategier, både når de er åpenlyse og når de er vanskeligere å få øye på.

Trygghetssøkende strategier (sikkerhetsatferd) gir pasienten en følelse av mestring på kort sikt. Strategiene gjør det imidlertid vanskelig å lære alternative, mer hensiktsmessige metoder for å mestre problemer. De hindrer pasienten i å teste ut om negative forventninger stemmer, og reduserer muligheten til å få avkreftet dem. Et mål i terapien er å hjelpe pasienten til å avstå fra sikkerhetsatferd. Sikkerhetsatferd kan også bidra til tilbakefall.

Forklare begrunnelsen for kognitiv atferdsterapi

Terapeuten forklarer og demonstrerer hvorfor terapien er lagt opp som den er. Dette innebærer å kunne:

- forklare grunnlaget for å rette oppmerksomheten mot atferd og tanker, og sammenhengen mellom den kognitive triade og følelser, motivasjon og atferd. Den kognitive triade omhandler hvordan en tenker om seg selv, omgivelsene/andre og fremtiden, og hvordan disse tankene er knyttet til hverandre
- forklare grunnlaget for å arbeide med atferd. Læring gjennom egen erfaring er den beste måten å lære på. Man får direkte tilbakemelding på forventninger og antakelser, og bevisstgjøres om at man har disse oppfatningene og antakelsene. Bearbeidingen av informasjon blir i større grad følelsesmessig integrert og opplevelsesbasert
- presentere den kognitive modellen gjennom å rette søkelyset mot informasjonsbehandling som fører til uhensiktsmessige konklusjoner
- beskrive den kognitive modellen på en måte som får frem at pasienten tenker på en uhensiktsmessig snarere enn ”irrasjonell” måte

Terapeuten hjelper pasienten til å se hvordan den kognitive modellen er relevant for pasientens problemer. Her er det viktig med dialog og samarbeid fremfor ren undervisning.

Terapeuten demonstrerer hvordan modellen er nyttig ved å bruke den på spesifikke problemer som pasienten presenterer.

Etablere enighet om felles mål for behandlingen

Terapeuten hjelper pasienten til å etablere sine egne mål for behandlingen, og sørger samtidig for at det er enighet om målene. Terapeuten hjelper pasienten med å gjøre om vage eller abstrakte mål til konkrete mål. Det er viktig med mål som kan observeres både subjektivt og objektivt, slik at endringer blir tydelige for pasienten og andre. Terapeuten samarbeider med pasienten om å finne mål som har relevans i forhold til problemer, og som er realistiske og oppnåelige.

Strukturere behandlingen

Terapeuten bør kunne strukturere terapitimene, ved å:

- dele ansvaret for timenes struktur og innhold med pasienten
- følge en avtalt dagsorden (agenda)
- planlegge hjemmeoppgaver og gjennomgå dem når de er utført

- gi regelmessige oppsummeringer og tilbakemeldinger

Delt ansvar for timenes struktur og innhold

For å få til delt ansvar mellom pasient og terapeut bør terapeuten kunne:

- være tydelig på forventninger om ansvarsdeling
- være strukturert, særlig i starten av behandlingen, men unngå unødvendig preg av undervisning
- be pasienten om å ta mer ansvar for agendaen, eller om å komme med sine egne Oppsummeringer
- identifisere og diskutere vansker knyttet til ansvarsdelingen, særlig når de gjenspeiler aspekter ved pasientens problemer, og arbeide med vanskene i lys av den kognitive modellen
- reflektere over sine egne handlinger, slik at terapeuten oppdager det dersom han/hun gjør det vanskeligere for pasienten å dele ansvaret. Eksempler er å være for undervisende, overstrukturere timene eller ta avgjørelser for pasienten

Følge avtalt dagsorden

I samarbeid med pasienten settes det opp en dagsorden i begynnelsen av hver terapitime. Planen for timen tilpasses pasienten og pasientens problemer, stadiet i terapien og problemformuleringen. Punktene på agendaen prioriteres, og dagsordenen må samsvare med tiden man har til rådighet. Terapeuten bør kunne styre tiden i forhold til det som står på planen. Hvor fort man går frem, vil være avhengig av pasientens behov og læringsevne.

Planlegge og gjennomgå hjemmeoppgaver med pasienten

For å strukturere terapitimene må man kunne planlegge hjemmeoppgaver og gå igjennom dem med pasienten når de er utført. Dette igjen innebærer en rekke ferdigheter:

Terapeuten forklarer pasienten grunnlaget for å bruke hjemmeoppgaver, og sikrer at pasienten har forstått hvor viktige disse oppgavene er. Pasientens holdning til bruk av

hjemmeoppgaver undersøkes.

Det er viktig å få tilbakemeldinger fra pasienten som viser at han/hun har forstått hvorfor man bruker hjemmeoppgaver. Oppgavene innebærer å teste ut ideer, prøve nye ting, forutse og mestre mulige hindre, og eksperimentere med nye måter å reagere og handle på.

Terapeuten skreddersyr hjemmeoppgavene til pasienten slik at de passer med stadiet i terapien og stemmer overens med problemformuleringen. Terapeuten samarbeider med pasienten om å komme frem til passende og overskuelige hjemmeoppgaver med klare og spesifikke mål. I samarbeid finner pasienten og terapeuten frem til strategier som bidrar til at hjemmeoppgavene blir utført.

Noen ganger blir ikke hjemmeoppgavene gjort. Da er det viktig sammen med pasienten å finne årsakene til dette, og gjerne se på disse årsakene i lys av den kognitive modellen.

Hjemmeoppgavene pasienten har tatt på seg, diskuteres og gås nøye gjennom i terapitimen etter. Slik får pasienten hjelp til å se hva han/hun har lært gjennom sine erfaringer. Terapeuten hjelper pasienten til å evaluere hjemmeoppgavene både når utfallet eller resultatet er som forventet, og når det er annerledes enn forventet. Det å lære gjennom hjemmeoppgaver integreres i terapitimene. Planlegging av neste hjemmeoppgave bygger på disse læringserfaringene.

Regelmessige oppsummeringer og tilbakemeldinger

Dette innebærer å:

- få frem verbale og ikke-verbale tilbakemeldinger fra pasienten, og svare på disse
- gi muntlige tilbakemeldinger gjennom hele timen ved hjelp av korte oppsummeringer og sammenfatning av viktig informasjon
- oppmuntre pasienten til selv å komme med oppsummeringer, slik at man får undersøkt om terapeuten forstår pasientens problemer, og om pasienten forstår hva terapeuten mener og sier
- bruke oppsummeringer både mot starten og slutten av terapitimen. Man kan starte

med en gjennomgang av forrige time, og avslutte med å oppsummere hovedpoengene fra timen

Bruk av målemetoder

Bruk av målemetoder i terapien omfatter en rekke kunnskaper og ferdigheter. Det er viktig å ha kunnskap om målinger og å evne å tolke dem, ha kunnskap om selvbeskrivelse, og å kunne integrere målinger og instrumenter for selvbeskrivelse i terapien og i hjemmeoppgaver.

Kunnskap om målinger

Kunnskap om vanlige spørreskjemaer og vurderingsskalaer bidrar til at man kan velge målemetoder som er relevante for pasienten og problemene han/hun presenterer.

Evnen til å tolke målinger

For å kunne tolke testresultater bør man kjenne prinsippene for testkonstruksjon, normer og kliniske kutteskårer, reliabilitet og validitet. Dette er faktorer som påvirker testresultatet og i enkelte tilfeller gjør det ugyldig.

Kunnskap om selvbeskrivelsesinstrumenter

Det er viktig å kjenne til selvutfyllingsskjemaer utviklet for bestemte behandlinger. Disse finner man beskrevet i artikler, lærebøker og håndbøker. Eksempler på selvbeskrivelsesinstrumenter er ABC-skjema, søvnlogg, aktivitetsregistrering og registrering av ulike symptomer.

Selvbeskrivelsesinstrumenter gir en mer nøyaktig og oppdatert beskrivelse av tanker, opplevelser og atferd. De gjør det enklere å tilpasse behandlingen til pasientens fremgang, og gir pasienten tilbakemelding på fremgang og tilbakeskritt.

Terapeuten bør ha kunnskap om den rolle instrumenter for selvbeskrivelse har i kognitiv atferdsterapi. Disse målemetodene brukes som et middel for å gjøre pasienten til en aktiv deltaker i terapien. Pasienten kartlegger og vurderer selv hvordan han/hun reagerer

på hendelser, i form av kroppsreaksjoner, handlinger, følelser og tanker.

Kunnskap om måling er viktig for å sikre at prosedyrene for selvbeskrivelser er relevante, valide og reliable. De skal være knyttet til spørsmålet som stilles, måle det de har til hensikt å måle, og stemme rimelig godt overens med virkeligheten.

Integrere målinger i behandlingen

Måleinstrumenter brukes gjennom hele behandlingen. I starten beskriver dataene en grunnlinje (baseline) som fremgang og tilbakegang kan ses i forhold til. Eksempler på måleinstrumenter er Becks depresjonsinventorium og Becks angstinventorium.

Terapeuten deler informasjonen fra målingene med pasientene, slik at de får tilbakemelding om sin fremgang underveis. Terapeuten utarbeider en tidsplan for målingene og innhenter data på flere tidspunkter i behandlingen.

Hjelpe pasienten med å bruke selvbeskrivelsesinstrumenter

Terapeuten bør kunne lage spesielt tilpassede selvutfyllingsskjemaer, eller tilpasse standardskjemaer til pasienten. Dette sikrer at målingene er relevante for hver enkelt pasient.

Informasjonen som målingene retter seg mot, skal være meningsfull i forhold til de problemene pasienten vil arbeide med i terapien. Det man tar sikte på å måle, bør være klart definert og detaljert, slik at registreringen blir reliabel.

Terapeuten forsikrer seg om at pasienten forstår hvordan selvutfyllingsskjemaene skal brukes. For å få til dette kan man gå igjennom et ferdigutfyllt eksempel i terapien.

Integrere selvbeskrivelse i behandlingen

Systematisk selvbeskrivelse er en integrert del av terapitimen og hjemmeoppgavene.

Gjennomgang av selvutfyllingsskjemaene må med jevne mellomrom stå på dagsordenen for timene. Terapien tilpasses i lys av informasjonen som kommer frem ved bruk av selvbeskrivelsesinstrumenter.

Utvikle hypoteser om opprettholdende faktorer og bruke dette som mål i behandlingen

Terapeuten og pasienten samarbeider om å utvikle hypoteser om hvordan pasientens tanker, kroppslige symptomer, følelser og atferd henger sammen og påvirker hverandre på en måte som opprettholder pasientens problemer. Terapeuten diskuterer åpent sine hypoteser om opprettholdende faktorer med pasienten. Det er viktig å forsikre seg om at pasienten forstår tankegangen om faktorer som holder problemene ved like (onde sirkler), for eksempel panikksirkelen eller tiltakende grubling, passivitet og isolasjon ved depresjon, og ser denne modellen som relevant for sine problemer.

I samarbeid med pasienten utvikles og endres hypoteser kontinuerlig, til man til slutt får en delt forståelse av de opprettholdende faktorene for pasientens problemer. Denne kunnskapen blir utgangspunkt for samarbeid om å finne egnede mål for behandlingen.

Problemløsning

Terapeuten bør være i stand til å:

- oppdage sammenhenger mellom pasientens symptomer og problemer, og finne egnede problemer for problemløsning
- forklare pasienten begrunnelsen for systematisk problemløsning som metode
- hjelpe pasienten til å velge ut problemer som er viktige for pasienten, og som det er mulig å sette oppnåelige mål i forhold til
- hjelpe pasienten med å spesifisere problemet, og til å bryte større problemer ned til mindre og mer håndterlige deler
- hjelpe pasienten til å finne frem til mulige løsningsforsøk gjennom idemyldring ("brainstorming")
- hjelpe pasienten med å velge ut, planlegge og sette i verk gode løsningsforsøk
- hjelpe pasienten til å evaluere forsøkene på problemløsning
- hjelpe pasienten med å teste ut antakelser eller forventninger som kan hindre Problemløsning

Avslutning og tilbakefallsforebygging

Terapeuten bør kunne avslutte terapien på en planlagt måte. Terapeuten snakker om avslutning på passende tidspunkter gjennom hele terapien.

Det er viktig å planlegge hvordan det som er oppnådd gjennom behandlingen, kan holdes ved like. Terapeuten bør kunne:

- hjelpe pasienten med å kartlegge og utdype bekymringer omkring det å avslutte terapien, for eksempel at man vil få tilbakefall uten støtte fra terapeuten
- hjelpe pasienten til å forstå hvilke hendelser som tidligere har bidratt til depresjon, angst etc., sentrale risikosignaler og hvordan pasienten gjennom en beredskapsplan kan bruke mestringsstrategier ved slike hendelser

Referanser

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.)

Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2006). *Learning cognitive-behavior therapy*. An illustrated guide. Washington, DC: American Psychiatric Publishing