

KOGNITIV ATFERDSTERAPI: INNFORING I GRUNNLEGGENDE TEORI OG METODE.

Roger Hagen

Psykologspesialist i klinisk psykologi.

Ph.d, Førsteamanuensis,

Psykologisk Institutt, NTNU.

Kognitiv terapi

- Utviklet av A.T. Beck i begynnelsen av 1960-tallet.
- Kognitiv terapi er en innsikt-givende terapiform.
- Forvrengninger i tenkningen eller dysfunksjonelle tanker er grunnleggende ved alle psykologiske forstyrrelser.
- Evaluering og modifisering av denne tekningen vil føre til en forbedring i følelser og atferd.
- Kognitiv terapi har vist seg effektiv på de fleste symptomidelser samt ved enkelte akse II-lidelser.

Kognitiv terapi (cont)

- Kognitiv terapi anvender en rekke teknikker som alle har til hensikt med å hjelpe pasienten med å utforske:
 - Hvilke hendelser som utløser problemer, ubehag og symptomer;
 - Hvilke dysfunksjonelle tanker som automatisk er forbundet med disse hendelsene og hvordan påvirker dette atferd og følelser?
 - Hvilke alternative tanker kan erstatte den dysfunksjonelle tenkningen, og hvilket resultat har dette på atferd og følelser?

Kognitiv terapeori

- Det er ikke hendelsen i seg selv som er avgjørende for våre følelser, men meningen vi knyttet til hendelsen.
 - For å kunne forandre det vi føler omkring ulike hendelser og situasjoner trenger vi å forandre måten vi tenker omkring dem på.
 - Det er alltid mer enn en måte å se hendelser på, og enhver person velger sin egen måte.
 - Det å utvikle alternative måter å fortolke situasjoner eller hendelser på er viktig fokus i kognitiv terapi.

Kognitiv terapeori (cont)

- Informasjonsprosessering blir forvrengt når man opplever et følelsemessig ubehag.
 - Kognitiv terapi baserer seg på en informasjonsprosesseringsmodell som predikerer at under et følelsemessig ubehag vil en persons tenkning bli mer rigid, overgeneralisert og absolutt, og personens grunnleggende antagelser og tanker om seg selv og verden, blir derfor fiksert.
 - Et viktig prinsipp i den kognitive terapien blir da å lære pasientene for hvordan man identifiserer og korrigerer disse feilene i deres tenkning, samt at pasienten returnerer til et tenkesett som er mer evidensbasert, fleksibelt og relativt (ikke tenker i absolutter)

Kognitiv terapeori (cont)

- En emosjonell forstyrrelse blir vanligvis forstått ut i fra tre nivåer av tenkning.
 - Disse tre nivåene er:
 - NAT: Negative automatiske tanker
 - Sekundære leveregler og regler.
 - Negative grunnleggende leveregler.
 - Disse tre nivåer av tenkning interagerer med hverandre.
 - Intervenere først på de automatiske tanker, deretter fortsette til de sekundære leveregler og regler, og til slutt arbeide med de negative grunnleggende leveregler.

Kognitiv terapeori (cont)

- Tanker, følelser, atferd, fysiologi og miljøet er sammenbundet med hverandre.
 - Kognitiv terapi antar at hvert av disse elementene er i stand til å øve en påvirkning på de andre elementer. Å forstå hvordan disse elementer interagerer med hverandre vil gi en bedre forståelse av problemet.
 - F. eks en person mister jobben sin (miljø), ser seg selv som verdiløs (tanke), føler seg deprimert (følelse), trekker seg tilbake fra sosial aktivitet (atferd), og føler seg konstant sliten og trøtt (fysiologi).
 - En forandring i et av disse elementene produserer positive forandringer i de fire andre.

Kognitiv terapeori (cont)

- Emosjonelle reaksjoner på hendelser kan forstås ut i fra et kontinuum.
 - Kognitiv terapi foreslår at det er et kontinuum mellom "normale" emosjonelle reaksjoner og mer overdrevne sterke emosjonelle reaksjoner (forstyrrelser i tanker, følelser og atferd). De kognitive forvrenginger er ekstreme som igjen øver en påvirkning på følelser og atferd.
 - Prinsippet om et kontinuum gjør at ulike psykologiske reaksjoner kan forstås ut i fra et normalperspektiv.

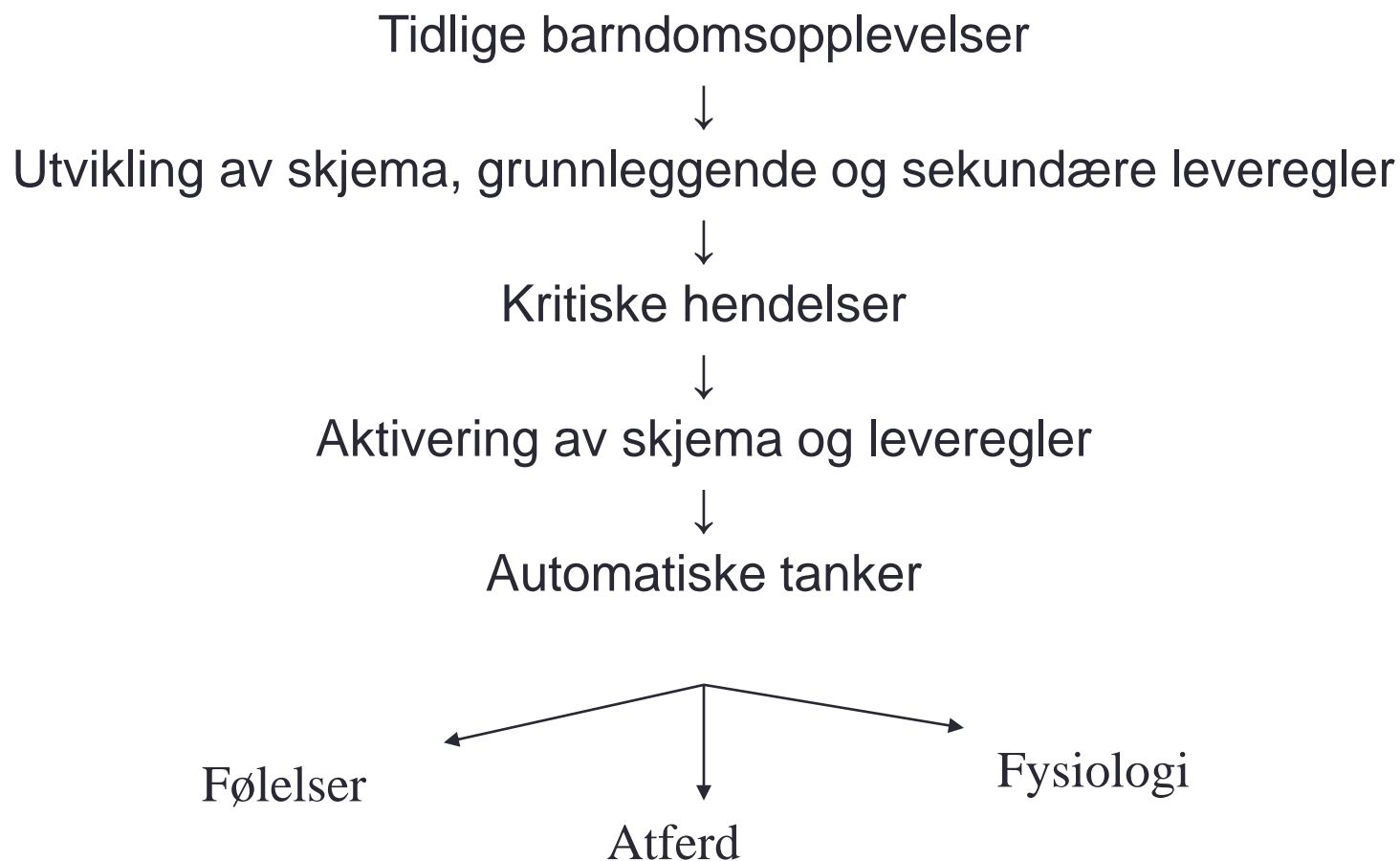
Kognitiv terapeori (cont)

- Kognitiv sårbarhet for psykologiske forstyrrelser.
 - Denne sårbarheten er et samspill mellom ulike faktorer som f. eks barndomsopplevelser, personlighetstrekk og utviklingshistorie.
 - Dette kan forstås ut i fra et stress-sårbarhetsperspektiv ved at stress utgjøres av de ytre livshendelser, mens sårbarheten bestemmes av de unike, spesifikke kognitive sårbarhetspunkter.
 - Men kognitiv terapi hevder ikke at dysfunksjonell tenkning forårsaker psykiske lidelser, den er heller en integrert del av lidelsen.

Kognitiv terapeori (cont)

- Våre tanker og antagelser er både kjente og tilgjengelige for oss.
 - Vi har tidligere beskrevet de ulike nivåene av kognisjoner. Disse tre nivåene korresponderer igjen med vanskelighetsgraden med å få tilgang til disse.
 - NAT → Sekundære leveregler → Negative grunnleggende leveregler
 - Ved at pasienten blir spurt spørsmål omkring disse kognisjonen og at pasientens oppmerksomhet blir vendt innover, gjør at maladaptive kognisjoner kan bli restrukturert hos pasienten.

Den kognitive modell



Misforståelser omkring kognitiv terapi.

- Bare artikulerte og intelligente pasienter kan virkelig nyttiggjøre seg av kognitiv terapi.
- Kognitiv terapi fokuserer ikke på følelser.
- Kognitiv terapi handler grunnleggende kun om positiv tenkning.
- Kognitiv terapi er for enkelt til at den kan ha en varig effekt.
- Kognitiv terapi handler kun om symptomlettelse, og ingen dype forandringer.

Misforståelser omkring kognitiv terapi (cont)

- Kognitiv terapi er ikke interessert i pasientens fortid eller barndomsopplevelser.
- Kognitiv terapi tar ikke bruker den terapeutiske relasjon som et middel i pasientens endringsprosess.
- Kognitiv terapi er ikke interessert i de sosiale og miljømessige faktorene som bidrar til pasientens problemer.
- Kognitiv terapi er kun bruken av sunt bondevett på pasientens problemer (alle kan gjøre dette!)

Prinsipper i kognitiv terapi

- Kognitiv terapi baserer seg på en konseptualisering av pasienten og hennes problemer ved hjelp av kognitiv terminologi.
- Kognitiv terapi baserer seg på en god terapeutisk allianse.
- Kognitiv terapi vektlegger samarbeid og aktiv deltagelse.
- Kognitiv terapi er målorientert og problemfokuset.
- Kognitiv terapi vektlegger ”her-og-nå”.

Prinsipper i kognitiv terapi (cont)

- Kognitiv terapi er edukativt, retter seg mot å lære pasienten å bli sin egen terapeut, og vektlegger tilbakefallsprevensjon.
- Kognitiv terapi er en tidsbegrenset terapi.
- Kognitiv terapisesjoner følger en bestemt struktur.
- Kognitiv terapi lærer pasienten å identifisere, evaluere og respondere på deres dysfunksjonelle tanker og antagelser.
- Kognitiv terapi bruker en rekke ulike varierte teknikker for å forandre tenkning, følelser og atferd hos pasienten.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI- TEORI OG METODE

Den kognitive samtalen:
Mål, struktur og eventuelle problemer.

Mål for den første samtalen.

1. Etablering av tillit og allianse.
2. Sosialisering av pasienten til kognitiv terapi.
3. Edukasjon av pasienten omkring hans lidelse, omkring den kognitive modell, og hvordan terapiprosessen vil gå.
4. Normalisering av pasientens problemer og installering av håp til pasienten.
5. Frembringe pasientens forventninger for terapien.
6. Samle inn informasjon omkring pasientens problemer
7. Bruke denne informasjon til å utvikle en liste for mål for terapien (som forhåpentligvis korresponderer med pasientens problemliste)

Struktur for den første samtalen

1. Lage en agenda (og forklare rasjonalet for pasienten hvorfor man gjør det).
2. Gjøre en "mood check", i tillegg til å ha objektive vurderinger for dette.
3. Gjennomgå kort de presenterte problemer og se om det har skjedd noe nytt etter henvisningen er skrevet.
4. Identifisere problemer for å sette mål.
5. Edukasjon ovenfor pasienten omkring den kognitive modellen
6. Frembringe pasientens forventninger for terapien.
7. Edukasjon for pasienten omkring hans lidelse
8. Gi en hjemmeoppgave.
9. Summere opp timen.
10. Få feedback fra pasienten.

Struktur for den første samtalen (cont)

- Sette opp en problemliste
 - Pasienten kommer som oftest med mer enn et problem.
 - Prioritet for hvert problem bestemmes av terapeut og pasient i fellesskap.
 - Problemene bør være så konkrete som mulig.
- Målsetninger.
 - Terapeut og pasient blir enige om de mål man skal sette for terapien. Disse målsetninger bør korrespondere med de problemer man har skrevet opp i problemlisten.
- SMART.
 - Spesifikt og enkelt.
 - Målbart.
 - Akseptert enighet
 - Realistisk
 - Tidsskala

Struktur for den første samtalen (cont)

- Hjemmeoppgaver kan deles inn i to kategorier.
 - Kognitive
 - Atferdsmessige
- Viktig å gjennomgå resultater av hjemmeoppgaver i hver time
- Eventuelle hindringer som oppstod og hvordan løse disse
- Planlegge nye hjemmeoppgaver for pasienten.

Struktur for senere samtaler

- Bruker et format som bli repetert i de følgende sesjoner. Nybegynnere i kognitiv terapi bør i størst mulig grad ha denne strukturen inne for å lære seg kognitiv terapi på en strukturert måte.
 1. Kort oppdatering og mood check.
 2. Spørre omkring det er noe pasienten vil gjennomgå fra forrige time.
 3. Lage en agenda.
 4. Gjennomgang av hjemmearbeide.
 5. Diskusjon av saker på agendaen, lage nye hjemmoppgaver og ha periodiske oppsummeringer.
 6. Endelig oppsummering og feedback fra pasienten.

Kort oppdatering og en "moodcheck".

- Oppdatering og en "stemningsjekk" tar vanligvis en liten del av timen.
- Terapeuten sammenligner ofte pasientens subjektive beskrivelse av siste uke og sammenligner dette med testskårer (f. eks BDI, BAI, etc).
- Hvis det er forskjeller i pasientens selvrappport og testskårer spør man pasienten omkring dette.
- Terapeuten sammenligner også testskåren med skårer fra tidligere sesjoner og forteller pasienten hvordan skåren denne gangen relaterer seg til de andre skårene.

Kort oppdatering og mood check (cont)

- Opplysninger som terapeuten får i denne delen av timen kan skape ulike muligheter for terapeuten til terapeutiske intervensjoner.
 - Vise empati for hvordan pasienten har følt seg i den siste uken.
 - Terapeutene og pasienten kan monitorere pasientens progresjon i terapien.
 - Terapeuten kan identifisere (og forsterke eller modifisere) pasientens forklaring for fremgang (eller mangel på sådan).

Spørre omkring det er noe pasienten vil gjennomgå fra forrige time.

- Hensikten med denne delen av timen er å sjekke pasientens persepsjon og forståelse av den forutgående timen.
- Det at pasienten *vet* at de blir spurt omkring dette, motiverer pasienten til å forberede seg for den nåværende sesjonen ved å tenke på terapien i forrige uke.
- Hvis pasienten tar opp noe som plaget han fra forrige time, kan terapeuten utforske dette med en gang eller han kan velge å notere dette ned på agendaen.

Lage en agenda.

- Generelt kan man si at terapeuten tar mest samsvar for agendasettingen i de tidigste sesjoner og gradvis overlater ansvaret for dette til pasienten.
- Viktig for pasienten å lære dette slik at man kan fortsette med dette etter terapien tar slutt.
- Terapeuten sosialiserer pasienten til å ta opp problemer som pasienten trenger hjelp til å løse.
- Hvis det er mange punkter tar pasienten og terapeuten sammen og prioriterer punktene.
- Terapeuten og pasienten spesifiserer hvor mye tid man skal bruke på hvert punkt.
- Terapeuten holder seg unna periferte emner som ikke har blitt satt på agendaen og som man tror ikke er viktig å fokusere på for pasientens fremgang.

Gjennomgang av hjemmearbeide

- Studier viser at pasienter som gjør hjemmearbeid mellom timene viser til en større forbedring enn pasienten som ikke gjør det.
- Det å gjennomgå hjemmearbeid i hver time forsterker denne positive atferden og kommuniserer også verdien av arbeid mellom timene
- Hvis hjemmearbeid ikke blir gjennomgått begynner pasienten å tro at dette ikke er viktig, og compliance omkring dette synker dramatisk.
- Noen ganger kan dette ta kort tid noen ganger tar det lengre tid avhengig av de resultatet pasienten har hatt.

Diskusjon av saker på agendaen, lage nye hjemmoppgaver og periodiske oppsummeringer.

- Mesteparten av tiden spør terapeuten pasienten hvilket punkt på agendaen man vil starte med. På denne måten får man pasienten til å bli mer aktiv og ta mer ansvar for terapien.
- Noen ganger ”bestemmer terapeuten hvilket punkt man skal ta da man antar at dette punktet er av viktighet for progresjon hos pasienten.
- Terapeuten gjør hele tiden periodiske oppsummeringer av det pasienten forteller for å sjekke om han har forstått pasienten rett, samt at dette også gjør at pasienten føler seg lyttet til.
- Terapeuten spør pasienten hvilken type av hjemmeoppgave det hadde nyttig å gjøre avhengig av de punkter som man har på agendaen og hvilken av disse som er høyest prioritert (og realistisk og øve på).
- Man avtaler hjemmeoppgave og spør litt omkring når pasienten skal gjøre dette, samt tanker omkring problemer om å få dette til.

Endelig oppsummering av timen og feedback fra pasienten.

- Oppsummering er enklest hvis terapeuten og pasienten gjennom timen har gjort gode notater omkring det man har snakket om. Det kan også være lurt at terapeuten får en kopi av det pasienten har skrevet ned (og motsatt).
- På denne måten kan terapeuten få tak i pasientens dysfunksjonelle tanker, i hvilken grad pasienten tror på sine negative automatiske tanker og levereregler, avtalt hjemmeoppgaver (og hvordan det gikk med dem), og eventuelle punkter på agendaen for de neste sesjoner slik at både pasient og terapeut kan forberede seg på hva som skal komme i de neste timer.

Praksisoppgave 1

- Dere skal få se noen minutter fra en video for å se hvordan en time skal struktureres.
- Gå sammen to og to, og lag et rollespill hvor dere bytter på å være terapeut og pasient. Prøv å lage en struktur for en time, hvor hovedfokuset går på å lage en agenda og det å strukturere en time.
- Hva var vanskelig? Noter dette på et ark så kan vi drøfte dette kort i plenum etterpå.

Problemer med å strukturere timene?

- Hvis man har problemer er det veldig viktig å bli klar over at man har et problem i forhold til dette, videre må man spesifisere og konseptualisere problemet, og til slutt prøve å finne frem en løsning
- Viktig å ta seg selv opp på video de første gangene slik at man enten kan se på seg selv, eller få veiledning i forhold til hvordan man skal strukturere en time hvis man har problemer i forhold til dette.
- Problemet kan også ligge hos pasienten slik at det er viktig å undersøke tanker og antagelser hos pasienten i forhold til terapeuten / terapien.
- Som Aristoteles sa er det her viktig å finne den gyldne middelvei, men hos de fleste pasienter oppleves ikke struktur som vanskelig. Kanskje er det du som ikke vil ha en struktur på timen?

Problemer med å strukturere timene? (cont)

- Kort oppdatering.
 - Et vanlig problem er at pasienten starter timen med en for detaljert eller for ufokusert gjengivesle på hva som har skjedd den siste uken. Viktig at terapeuten går inn med spørsmål slik at det blir lettere for pasienten å fokusere på viktige hendelser.
 - Ekstreme reaksjoner på å bli strukturert er likevel ikke uvanlig. Terapeuten tar da og undersøker hva det er som ligger til grunn for pasientens motvilje og driver aktiv problemløsning med pasienten omkring dette.
 - Et triks som det kan være verdt å merke seg er at man foreslår for pasienten at pasienten selv forbereder dagen før selve timen, ved å mentalt gjennomgå siste uke. På denne måten er man forberedt

Problemer med å strukturere timene? (cont)

- "Mood-check"
 - Vanlige problemer er at pasienten har problemer med å fylle ut spørreskjemaer etc., eller har problemer med å beskrive subjektivt hvordan humøret har vært den siste uken. Disse problemer kan løses ved at terapeuten prøver å forklare rasjonale for å gjøre dette, samt undersøke om det er noen praktiske problemer som ligger til grunn eller automatiske tanker som dukker opp.
 - Noen pasienter har også problemer med å spesifisere sine følelser slik at det er viktig at terapeuten sosialisere og lærer pasienten å kjenne igjen ulike typer følelser. Dette kan løses ved at terapeuten stiller spesifikke og fokuserte spørsmål om dette.

Problemer med å strukturere timene? (cont)

- Sette en agenda.
 - Typiske vanskeligheter er at pasienten feiler i det å bidra til punkter på agendaen. Dette kan løses ved at pasienten får i en hjemmeoppgave å skrive ned punkter som hun vil ha på agendaen til neste time.
 - Et annet vanlig problem er at man kan ha problemer med å sette en agenda når pasienten føler en håpløshet omkring det å snakke omkring sine problemer.

Problemer med å strukturere timene? (cont)

- Agenda og intervensjoner.
 - Typiske problemer her inkluderer håpløshet, ufokusert eller perifer diskusjon, eller at terapeuten ikke klarer å skape terapeutiske intervensjoner.
 - Ufokusert diskusjon er oftest et resultat av at terapeuten ikke klarer å strukturere timen god nok, når man ikke klarer å empatisere med pasientens automatiske tanker, følelser, antagelser, og når man ikke klarer å skape gode nok oppsummeringer.
 - ”Rytme” er ofte et problem for nybegynner terapeuten som overestimerer hvor mange punkter man rekker over i løpet av en time. Lurt å prioritere kun et par punkter.
 - Det er ikke nok kun å beskrive pasientens dysfunksjonelle tenkning, man må også gjøre noe med det.

Problemer med å strukturere timene? (cont)

Pasienten feiler i å gjøre hjemmeoppgaver når terapeuten:

1. Foreslår en oppgave som enten er for vanskelig eller ikke er relatert til pasientens problemer.
2. Ikke skaffer til veie et godt nok rasjonale for å gjøre hjemmeoppgaver.
3. Glemmer å gjennomgå hjemmeoppgaver i timene.
4. Vektlegger ikke viktigheten av å gjøre hjemmeoppgaver i pasients generelle dagligliv, og lager for spesifikke oppgaver som ikke pasienten drar nytte av.
5. Ikke eksplisitt lærer pasienten hvordan pasienten skal gjennomføre hjemmearbeidet.
6. Ikke stiller spørsmål omkring potensielle problemer med som kan komme i veien for gjennomføring av hjemmeoppgave.
7. Ikke får pasienten til å skrive ned hjemmeoppgaven.
8. Ikke samarbeider godt nok med pasienten omkring hvilken type hjemmeoppgave pasienten skal ha.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI- TEORI OG METODE.

Automatiske tanker

Kjennetegn på automatiske tanker.

- De er korte og spesifikke. De fremkommer utrolig hurtig, med en gang etter en hendelse.
- De trenger ikke å være hele setninger, men kan fremstå som ord eller bilder.
- De fremkommer ikke fra logisk tenkning.
- De ser ut til å oppstå som en refleks.
- Man klarer ikke å resonnerer over de, eller får de forsvinne.
- De ser ut til å være fornuftige når man tenker de.
- Hvordan tanken fremkommer kan være forskjellig, men veldig ofte vil en person ha en automatisk tanke omkring det samme tema, at man er fiasko, at man er verdiløs, etc.
- Automatiske tanker forstyrrer virkeligheten, når man tror på disse automatiske tanker som sanne.

Hvordan forklare AT for pasienten?

Den kognitive modellen i «et nøtteskall»:

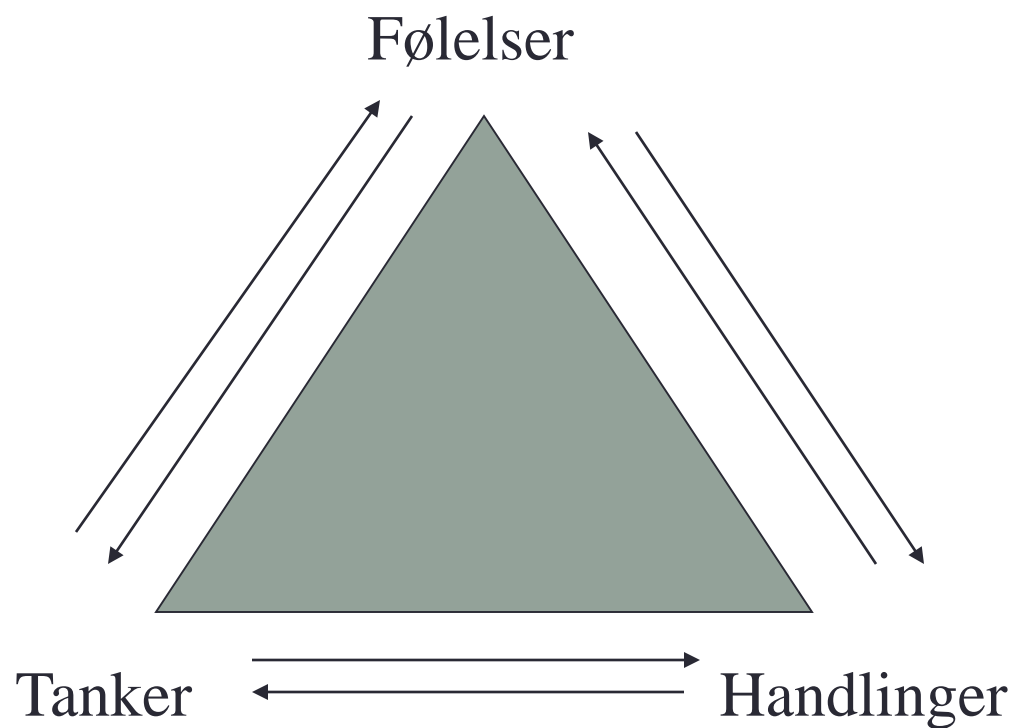
Tanker → Følelser

F. eks: Jeg er ikke like god som andre → Tristhet.

Hva du tenker påvirker også det du føler. Noen ganger er din tenkning helt korrekt. Det vi skal gjøre i terapi er:

1. Identifisere automatiske tanker.
2. Evaluere og respondere på automatiske tanker.
3. Problemløsning i forhold til hvis ikke disse tanker er sanne.

Tanker - følelser - handlinger



Eksempler på automatiske tanker

- Eksempler på automatiske tanker i forhold til en hendelse.
- Som man kan se er tolkningen avhengig av hva man tenker omkring situasjonen.

A	B	C
Ødela en vase	1. Jeg likte egentlig aldri vasen. 2. Vasen var det eneste minnet etter bestemor	1. Glad. 2. Lei meg

Eksempler på automatiske tanker (cont)

- Her er en ny situasjon. Her kan man igjen se hvordan fortolkninger virker inn på følelsen. Det er hva man tenker omkring en hendelse som avgjør hvordan man føler seg.

A	B	C
Gå på en fest	1. Jeg finner ikke på noe å si. 2. Jeg kan kanskje få det gøy.	1. Engstelig 2. Spent.

Eksempler på automatiske tanker (cont)

- Her er de automatiske tanker utelatt.
- Hva man kan tenke her for at man kan få de følelser man får i disse eksemplene?

A	B	C
Sjefen min brøler til meg.	1.?? 2. ??	1.Sint 2. Depressiv.

Eksempler på automatiske tanker (cont)

- Her er både tanker og følelser utelatt.
- Har dere noen forslag til hva som kan stå her under tanker og følelser?

A	B	C
Holder en tale og noen fra salen går ut	1.?? 2. ??	1.?? 2. ??

Hvorfor er det så viktig å få frem AT hos pasienten?

- Hvorfor er det så viktig å få frem AT?
 - Fordi AT er av stor viktighet i den kognitive kasusformuleringen.
 - De tanker som bærer mest affekter er de viktigste å arbeide med i terapien.
 - AT kan underminere pasientens motivasjon, selvfølelse og egenverdi.
 - AT kan forstyrre den terapeutiske relasjon.
- Det grunnleggende spørsmålet i kognitiv terapi for å få tak i AT er: Hva gikk gjennom hodet ditt akkurat da?

Hvordan få frem de automatiske tanker hos pasienten?

- Veiledet oppdagelse:
 - Basert på å stille pasienten en rekke spørsmål for å bringe informasjon omkring sine tanker i bevisstheten.
 - Veiledet oppdagelse er også kjent som "sokratisk" spørring.
- Bruk av "imagery".
 - Noen pasienter finner det vanskelig å peke på deres NAT i spesifikke situasjoner.
 - Terapeuten kan da spørre om de har noen bilder omkring den situasjonen som de føler er emosjonelt ladet.

Hvordan få frem de automatiske tanker hos pasienten (cont)?

- Emosjonelle endringer i timene.
 - Terapeuten må være var når det gjelder emosjonelle endringer i timene, da dette ofte er et varsel omkring at NAT interagerer med følelser.
- Bruk av ABC-modellen.
 - Bruke ABC-modellen for å analysere de ulike situasjoner som pasienten finner vanskelig.
 - På denne måten kan vi få tak i den mening pasienten skaper omkring en situasjon, og få tak i både NAT og de negative følelser.

Hvordan få frem de automatiske tanker hos pasienten (cont)?

- Anta det verste.
 - "Hva er det verste som kan skje"? Pasienten har ofte katastrofale antagelser omkring hva som kan skje i en situasjon. Ved å stille dette spørsmålet kan terapeuten lokke frem pasientens NAT.
- Eksponering "in-vivo".
 - Pasienten eksponerer seg for sine fryktede situasjoner som de vanligvis unnviker, for å komme til sine NAT i disse situasjoner.
- Rollespill.
 - Dette blir ofte brukt når pasienten opplever vanskeligheter med å komme frem til sine NAT i deres problematiske relasjoner med andre.
 - Terapeuten kan da spille den personen pasienten opplever interpersonlige problemer med.

Oppsummering omkring identifisering av NAT

1. Fokuserer på AT.
2. Finne ut mer omkring situasjonen assosiert med de automatiske tanken.
3. Utforske hvor typisk denne automatiske tanken er.
4. Identifiser andre automatiske tanker og forestillingsbilder i den samme situasjonen.
5. Utforske grunnleggende og sekundære levereregler assosiert med AT.

Identifisering av følelser.

- Følelser er av stor viktighet for den kognitiv terapeuten da et viktig mål for terapien er symptomreduksjon.
- Mange pasienter har problemer med å skille hva de føler og hva de tenker. Terapeuten hjelper da pasienten å se på hennes opplevelser i et kognitivt rammeverk.
- Terapeuten organiserer da det materiale som pasienten presenterer i den kognitive modellen:
 - Situasjon - automatisk tanke og reaksjon (følelse, atferd og fysiologiske responser).
 - Særlig er dette viktig når pasienten blander sammen tanker og følelser.

Identifisering av følelser (cont)

- Terapeuten prøver hele tiden å konseptualisere eller reformulere pasientens problemer sett i lys av pasientens opplevelser.
- Han prøver å finne ut hvordan pasientens underliggende antagelser gir opphav til spesifikke AT og hvordan dette påvirker pasientens følelser og atferd.
 - Sammenhengen mellom disse faktorer skal virke fornuftig for terapeuten.
- Det er derfor viktig at terapeuten prøver å undersøke nærmere i timen når pasienten rapporterer en følelse som ikke ser ut til å matche med innholdet i pasientens automatiske tanke.

Identifisering av følelser (cont)

- De fleste pasienter har ikke problemer med å kategorisere sine følelser, men noen ganger kan det oppstå problemer i forhold til dette, eller terapeuten opplever at innholdet i AT ikke matcher følelsen.
- Da kan terapeuten spørre mer spesifikk om det er noe han har misforstått, eller drive litt psykoedukasjon i forhold følelser for pasienten.
 - Mest vanlige negative følelser er: Tristhet, engstelse, sint. etc.

Identifisering av følelser (cont)

- Det er ikke bare viktig for pasienten å identifisere sine følelser, men det er også viktig å kvantifisere graden av den følelsen de opplever.
- Det er ulike skalaer en kunne ha brukt for dette, men vi skal ta i bruk en 100-punkts skal som ligner vår vanlige termometer hvor denne viser 100 grader.
- Nivåene mellom 0 og 100 refererer til ulike former for intensitet eller grader av en følelse.
- På denne måten graderer også pasienten sine problemer slik at det blir lettere for terapeuten å velge ut de følelser og tanker som man må arbeide med i terapien
 - (jo høyere skåre jo mer intens følelse av ubehag)

Praksisoppgave 2

- Dere skal igjen få se et liten terapivignett knyttet til hvordan terapeuten arbeider med å få fatt i pasientens automatiske tanker.
- Etter dere har sett denne vignetten skal dere;
 1. Gå sammen to og to og lag to rollespill hvor dere skifter på å være pasient og terapeut. La pasienten enten være deprimert eller ha angstproblemer slik at vi får frem ulike automatiske tanker til de ulike psykiske problemer.
 2. Skriv ned pasientens automatiske tanker. Vi gjennomgår dette i plenum etterpå.

Hvordan respondere på NAT?

- Veie bevisene.
 - Det å vektlegge bevisene for og i mot en spesifikk NAT er den mest vanligste metoden når det gjelder kognitiv restrukturering.
- Lage alternative forklaringer.
 - Denne teknikken viser pasienten at det finnes mer enn en måte å se en situasjon på. Terapeuten og pasienten kommer sammen frem til alternative forklaringer enn pasientens NAT.

Hvordan respondere på NAT (cont)?

- Identifisere tankefeller:
 - Alt eller intet: Angir en tendens til å tenke i ekstremer, svart-hvitt. Man ser lite nyanser og lite gråtoner.
 - Katastrofering: Innebærer en tendens til å dvele ved det verst tenkelige resultat i enhver situasjon.
 - Diskvalifisering av det positive: Noen ganger plukker vi ut en tanke eller et fakta fra en hendelse eller situasjon for å understøtte ens depressive og negative tenkning.
 - Emosjonell resonnering: Innebærer å ta sine følelser til inntekt for hvordan ting virkelig er. Følelser blir sannhetsvitner.
 - "Labeling" (merkelapp): Tendensen til å tildele seg selv eller er hendelse en etikett, som f. eks "mislykket", "et null", "ubrukkelig"

Hvordan respondere på NAT (cont)?

- Identifisere tankefeller: (II)

- Kikkertsyn: (minimering og maksimering). Den relative betydningen av en begivenhet eller en hendelse tillegges altfor stor (hvis det taler i vår disfavør) eller for liten (hvis det kunne dempe vår selvforakt) betydning. Selektiv abstraksjon (mentalt filter).
- Tankelesing: Refererer til den ide at vi tror vi vet hva den andre personen tenker omkring oss.
- Overgeneralisering: Man trekker en allmenn slutning ut fra en enkelt situasjon eller erfaring.
- Personalisering: Man tolker en ytre, nøytral begivenhet som den kun har med seg selv å gjøre, oftest på en negativ måte ved at man ser på seg selv som årsak til ytre og negative hendelser.
- Skulle-, burde- eller må- tenkning (imperativer): Mye slik tenkning har sin rot i irrasjonelle levereregler og er spesielt velegnet for å skape falsk skyldfølelse og dårlig samvittighet.

Praksisoppgave 3: Tankefeller

- Hvilke tankefeller refererer disse utsagnene til?
 - Hvis jeg ikke er en suksess, er jeg en fiasko
 - Jeg kommer til å dø!
 - Selv om jeg gjordet godt på prøven, betyr det ikke at jeg er flink, det var kun flaks.
 - Selv om jeg får til mange ting på jobben, føler jeg fortsatt som en taper.
 - Jeg er en taper!
 - Selv om jeg får høye karakterer betyr det ikke at jeg er smart.
 - Fordi jeg fikk noen dårlige kommentarer på min oppgave (selv om det var noen meget positive også), betyr det at jeg har skrevet noe skikkelig dårlig.
 - Han tror at jeg er dum!
 - Fordi jeg føler meg ukomfortabel på dette møtet, betyr det at jeg ikke er særlig flink til å skaffe meg venner.
 - Det er min skyld at vi tapte.
 - Det er forferdelig at jeg gjorde en tabbe. Jeg må alltid gjøre mitt beste.

Hvordan respondere på NAT (cont)?

- Undersøke fordelene og ulempene.
 - Denne teknikken hjelper pasienten til å komme frem til fordeler og ulemper med å "underordne" seg en spesifikk NAT.
- Dekatastrofering.
 - Denne teknikken referer til å ta bort angsten for at ting skal gå galt i en fryktet situasjon, ved å få pasienten til å se seg selv mestre de katastrofale prediksjoner de har omkring denne situasjonen.
 - Tenke på måter å lykkes på, fremfor å feile.
- Undersøke doble standarder.
 - Enkelte pasienter bruker en streng standard ovenfor seg selv, men ikke ovenfor andre.
 - Viktig å frem disse doble standardene, hvorfor kan man ikke være mot seg selv, som mot andre?
- Atferdseksperimenter.
 - Blir brukt for å teste ut validiteten i pasientens NAT.

Hvordan respondere på NAT (cont)?

- Veiledet oppdagelse (sokratisk spørring).
 - Blir brukt for å ”åpne opp” pasientens tenkning for å utvikle alternative fortolkninger av de problematiske situasjoner.
- Skrive ned alternative responser på NAT.
 - Bruker et ABCDE- skjema hvor man fyller inn alternative fortolkninger, og reattribusjoner av den initiale situasjon.

Registrering av negative tanker.

Situasjon.	Automatisk tanke(r)	Følelse(r)	Revurdering	Utfall

Registrering av negative tanker (cont)

- Situasjon.
 - Aktuell hendelse som vekker en ubehagelig følelse, eller tankerekke, dagdrømmer eller minner som vekker ubehagelige følelser, eller ubehagelige fysiske symptomer.
- Automatisk tanke.
 - Skriv ned automatisk tanke som dukket opp like før følelsene
 - Skriv ned hvor mye du tror på tankene fra 0-100
- Følelser.
 - Spesifisere følelse
 - Angi styrken på følelsen fra 0-100.
- Revurdering.
 - Skriv ned en alternativ og mer realistisk tolkning av situasjonene.
 - Angi hvor mye du tror på den alternative fortolkningen fra 0-100.
- Utfall.
 - Angi hvor mye du tror på AT nå, fra 0-100.
 - Navngi og angi styrken på følelsen du sitter igjen med fra 0-100

Registrering av negative tanker (cont)

- Guidelines:
 1. Terapeuten skal selv ha mestret registreringen av FKS før man presenterer det for pasienten.
 2. Terapeuten gjør det i to steg. De tre første kolonner presenteres i steg 1, de to siste i steg 2.
 3. Terapeuten skal være sikker på at pasienten virkelig forstår og tror på den kognitive modellen før man introduserer dette skjemaet.
 4. Pasienten skal demonstrere en evne til å identifisere hennes AT før man introduserer skjemaet.
 5. Pasienten skal klare å fylle ut de tre første kolonner før man introduserer henne til de to siste.
 6. Terapeuten skal tidligere ha verbalt evaluert en AT hos pasienten med et resultat av forandring i humør, før man sammen med pasienten fyller ut de to siste kolonner.
 7. Lurt å få pasienten til å gjøre dette som hjemmeoppgaver da man får inn denne formen for tenkning.

Oppsummering: Registrering og restrukturering automatiske tanker.

- Hvor mye tror du på denne tanken? (0-100 %).
- Hvordan får denne tanken til å føle deg (emosjonelt)?
- Hvor sterk (0-100) er {denne følelsen}?
- Når har du denne tanken? I hvilke spesifikke situasjoner?
- Hvilke andre stressende tanker eller forestillingsbilder har du i denne situasjonen?
- (Særlig for engstelige pasienter): La du merke til noe spesielt som skjedde i kroppen din?
- Hva gjorde du etterpå du fikk denne tanken?

Oppsummering: Registrering og restrukturering automatiske tanker (cont)

1. Hva er bevisene? Hva er bevisene som støtter denne ideen? Hva er bevisene mot denne ideen?
2. Er det en alternativ forklaring?
3. Hva er det verste som kan skje? Overlever jeg det? Hva er det beste som kan skje? Hva er det mest realistiske utfallet?
4. Hva er resultatet hvis jeg tror på denne automatiske tanken? Hva kan resultatet bli hvis jeg endrer på denne tenkningen?
5. Hva skal jeg gjøre med det?
6. Hva ville jeg fortelle (en venn) hvis han eller henne var i den samme situasjonen?

Praksisoppgave 4.

- Lag et lite rollespill hvor dere prøver å spørre til pasientens automatiske tanker, og restrukturere disse. Prøv ulike teknikker.
- Ha disse spørsmålene i bakhodet under rollespillet.
 - Hva er forskjellen på en sokratisk utspørring og et forsøk på å overtale pasienten til å gi slipp på sine automatiske tanker?
 - Hvilke følelser er assosiert med de automatiske tankene dere fant?
 - Hva er vanskelig, hva finner dere mindre vanskelig?

Hvis restruktureringen av AT går dårlig.

- Hvis pasienten fortsatt tror på den automatiske tanken og ikke føler seg bedre, prøver terapeuten å forstå hvorfor. Man kan tenke seg at den første kognitive restruktureringen ikke har vært effektivt nok. Grunnen til dette kan være:
 1. Det er andre mer sentrale AT som ikke har blitt identifisert.
 2. Evalueringen av AT er overfladisk eller ikke god nok.
 3. Pasienten har ikke i tilstrekkelig grad uttrykt bevisene hun tror støtter AT.
 4. AT er egentlig en grunnleggende leveregel.
 5. Forstår intellektuelt at AT ikke er korrekt, men tror fortsatt på AT på et mer emosjonelt nivå.
 6. Pasienten ser bort fra evalueringen og tror fortsatt like sterkt på AT.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI- TEORI OG METODE

Sekundære leveregler

Hva er sekundære leveregler?

- Leveregler kan bli klassifisert i to kategorier.
 - Sekundære: Regler, holdninger og antagelser.
 - Grunnleggende: Absolutte, rigide, globale ideer omkring en selv eller andre.
- Terapeuten og pasienten arbeider først med de automatiske tanker før man går over til å håndtere pasientens leveregler.
- Fra begynnelsen av terapien arbeider terapeuten med en kognitiv kasusformulering som logisk binder sammen de automatiske tanker med de mer dypereliggende antagelser.

Hva er sekundære levereregler (cont)?

Grunnleggende leverregel → Jeg er verdiløs



Sekundære levereregler

(positive): Hvis jeg arbeider ekstra hardt, så kan jeg gjøre det ok!

(negative): Hvis jeg ikke arbeider hardt, vil jeg mislykkes.



AT ved depresjon: Jeg får ikke dette til. Dette er for vanskelig. Jeg kommer aldri til å lære noe av dette

Identifikasjon av sekundære levereregler

- Utsagn som inneholder hvis-så.
 - Siden sekundære levereregler er formulert i hvis-så setninger er det viktig at terapeuten er på vakt når slike utsagn kommer, og utforske disse.
- Legge merke til "skulle-burde-må tenkning".
 - Det er imperative utsagn som motiverer en persons atferd, og noen ganger er disse maladaptive av natur. Skulle-burde-må utsagn er som regel forbundet med et "hvis ikke", slik at noen ganger kan det være viktig for terapeuten å utforske disse kognisjoner nærmere.
- Minner, familieuttrykk, mottoer.
 - Levereregler har sine røtter i erfaring. Noen ganger kan terapeuten finne frem til disse ved å se tilbake på pasientens tidlige minner, hvilke verdier som har vært viktig i familien man har vært oppdradd i. Ved å undersøke disse faktorer kan også pasienten være bedre i stand til å forstå hvor sine egne levereregler kommer i fra.

Kompensatoriske strategier

- Mens sekundære leveregler relaterer seg til hvordan man kan mestre sine negative grunnleggende leveregler, handler kompensatoriske strategier om hvilke atferdsmessige strategier pasienten utviklet for å mestre sin(e) NGL.
- De sekundære leveregler og de kompensatoriske strategier er ofte knyttet sammen.
 - Hvis jeg (tar i bruk min kompensatoriske strategi) så vil (kanskje ikke min NGL bli sann)
 - Men hvis jeg (ikke tar i bruk min kompensatoriske strategi) så vil (min NGL bli sann).
- Kompensatoriske strategier er normalatferd som alle tar i bruk fra tid til annen. Det blir et problem at man har et overbruk av disse strategiene på bekostning av mer funksjonelle strategier.

Kompensatoriske strategier (cont)

- Unngå negative følelser.
- Prøv å være perfekt.
- Vær ekstra ansvarsfull.
- Unngå intimitet.
- Søk anerkjennelse.
- Unngå konfrontasjoner.
- Prøv å kontrollere situasjoner.
- Oppføre seg "barnslig"
- Prøv å tilfredsstille andres behov.
- Agere inkompetent eller hjelpesløs.
- Søke uhensiktsmessig form for intimitet
- Unngå ansvar.
- Unngå oppmerksomhet.
- Provosere andre.
- Oppføre seg autoritært.
- Distansere seg fra andre.
- Etc., etc.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI- TEORI OG METODE

Grunnleggende levereregler

Grunnleggende levereregler.

- Den andre måten vår måte å tenke på kan bli påvirket på feil måte er gjennom det vi kaller negative grunnleggende levereregler, også det vi kan kalle skjema. Mens automatiske tanker ofte er spesifikk til situasjoner, er levereregler mye mer generell og reflekterer ens person holdning til livet, til seg selv , og til andre mennesker.
- Terapeuten bruker de samme metoder til å få tak i disse negative grunnleggende levereregler på samme måte som ved andre antagelser.

Grunnleggende levereregler (cont)

- Viktig at pasienten forstår at:
 - At dette er en ide, og ikke nødvendigvis sannheten.
 - At selv om man tror sterkt på den, trenger den ikke å være sann.
 - At som en ide kan den bli testet.
 - At den kommer i fra hendelser langt tilbake i barndommen.
 - At den blir opprettholdt gjennom forvrengninger i tenkning og pasientens skjema.
 - At pasienten og terapeuten kan gjennom en variasjon av ulike kognitive teknikker og strategier forandre disse ideene slik at pasienten kan se på seg selv på en mer realistisk måte.

Identifikasjon av negative grunnleggende levereregler

- Muldvarpsteknikken
 - Du kan finne ut mer omkring dine assosiasjoner ved å sakte gjennomgå;
 - dine ABC- sekvenser en etter en,
 - ved å fokuserer på følelsen og den første automatiske tanken,
 - å anta at den automatiske tanken er sann;
 - og ved å stille seg selv tre spørsmål
 - Hvis dette var sant....
 - Hvilken mening/ hva betyr dette for meg?
 - Hvorfor virker dette så oppskakende for meg?
 - Hvorfor ville dette være skadelig for meg?

Identifikasjon av negative grunnleggende levereregler (cont)

- Muldvarpsteknikken (II)
 - En fotballspiller bommet på en straffe, som gjorde at laget tapte en avgjørende kamp, med det resultat at de rykker ned en divisjon neste sesong. Hans kjede av assosiasjoner kan se slik ut hvis man bruker muldvarpsmetoden.



Utvikle og styrke nye / eksisterende grunnleggende levereregler.

- Edukasjon omkring negative grunnleggende levereregler.
 - Det å lære pasienten hva NGL er og gjør, og dens rolle i deres problemer, er det første trinnet i restruktureringen av disse.
 - Skjema-vedlikeholdelse: Pasienten handler i henhold til sine NGL.
 - Skjema-unntak: Kognitive, atferdsmessige og emosjonelle strategier som en pasient bruker for å unngå å aktivere sine NGL.
 - Skjema-kompensering: Tanker og atferd som brukes for å kjempe i mot, eller overkompensere for en eller flere NGL.

Utvikle og styrke nye / eksisterende grunnleggende levereregler (cont).

- Bruken av et kontinuum.
 - Pasientens NGL har ofte en dikotomisk form (alt eller intet). Bruken av et kontinuum (en skala fra 0 til 100) hjelper pasienten med å se det som ligger i mellom deres svart-hvitt tenkning. Noen ganger kan det være hjelpsomt for pasienten at man sammenligner seg selv enten med en reell person eller en imaginær sådan, som er på en negativ ekstrem av den kvaliteten som er relatert til pasientens NGL. På denne måten har pasienten noen å sammenligne seg med.
 - Eksempel på bruk av teknikk:
 - Jeg er en veldig ond person (hvor ond %)
 - Vet du om noen som er veldig ond?
 - Bin-laden! (hvor ond %)
 - Vet du om flere (ond %)
 - Hvordan er du sammenlignet med ham (de andre)?
 - Hva betyr dette?

Utvikle og styrke nye / eksisterende grunnleggende levereregler (cont).

- Utfordre hver tanke som dukker frem i muldvarpsteknikken.
 - Muldvarpsteknikken har blitt gjennomgått og demonstrert tidligere. Når terapeut og pasient har kommet frem til bunnlinjen (NGL) kan man begynne å utfordre de ulike tanker som har oppstått på hvert trinn nedover. På denne måten kan konklusjonen (altså bunnlinjen) bli restrukturert.
- Rollespill
 - Denne teknikken er utviklet av Young. Den er veldig nyttig når en pasient forteller at man kan intellektuelt se at en antagelse er dysfunksjonell men fortsatt på et følelsesmessig plan fortsatt føler at antagelsen er sann. Terapeuten lar da pasienten spille den emosjonelle delen, mens terapeuten spiller den rasjonelle delen. I den neste delen av rollespill bytter de roller. Legg merke til at i begge segmenter av rollespillet snakker både terapeuten og pasienten som pasienten, ved at de bruker ordet "Jeg".

Utvikle og styrke nye / eksisterende grunnleggende levereregler (cont).

- Historisk gjennomgang av NGL
 - Det er også noen ganger nyttig å få pasienten til å gjennomgå hvordan en antagelse ble dannet og hvordan den har blitt opprettholdt gjennom årene
- Undersøke nyttiligheten på kort og lang sikt for sinelevereregler.
 - Hva vil nytten på kort og lang sikt være?
- Undersøke fordeler og ulemper ved de levereregler.
 - Lage en liste over fordeler og ulemper ved en spesifikk leveregel.
- Undersøke bevis for og i mot en leveregel
- Atferdseksperiment (teste ut i virkeligheten)

Utvikle og styrke nye / eksisterende grunnleggende levereregler (cont).

- Utvikle alternative grunnleggende levereregler.
 - Så snart som mulig etter at pasientens negative grunnleggende levereregler har blitt identifisert, og de har en forståelse omkring skjemaenes betydning, er det viktig for pasienten å utvikle nye og mer adaptive grunnleggende levereregler.
 - Positiv Data Logg (PDL) er en metode å gjøre dette på. PDL er en bevislogg som støtter et individs positive eller balanserende skjema.
 - Retningslinjer for bruken av PDL:
 - Skaffe til veie et rasjonale til hvorfor vi skal ta dette i bruk.
 - Identifiser det alternative eller det balanserende skjema for det negative. Husk å skrive opp dette skjemaet i konkrete og spesifikke termer.
 - Innfør bruken av PDL i en time, slik at pasienten blir kjent med hvordan dette skal brukes, og blir sikker på hvordan informasjon skal føres.
 - Instruere pasientene til å føre inn bevis i PDL så raskt som mulig

Viktig i forhold til restrukturering av pasientens levereregler.

- Undervise pasienten i dens antagelser.
 - Antagelser er lært, ikke arvelige.
- Forandre levereregler til antagelser.
 - Det er enklere for pasienten å se forvrengningen i form av en antagelse fremfor en regel eller en holdning.
- Undersøke fordeler og ulemper med sine antagelser.
 - Kan være nyttig for pasienten å se fordeler og ulemper med de antagelser man nå har.
- Formulere nye antagelser.
 - Hvilke antagelser hadde vært mer funksjonelle for pasienten?
 - På denne måten er man også med på å reformulere noen av de antagelser man har.

Praksisoppgave 5

- I tidligere rollespill har dere fått frem negative grunnleggende levereregler hos hverandre når dere har byttet på å være pasient og terapeut. Prøv nå to og to;
 - Hvordan ville dere ha gått frem for å modifisere eller reformulere disse? Prøv å gjøre dette ved hjelp av det du har lært.
 - Hva ville pasientens nye grunnleggende levereregler bli / være etter reformuleringen?

KOGNITIV TERAPI- TEORI OG METODE

Kognitiv kasusformulering

Kognitiv kasusformuleringer og behandlingsplanlegging.

- Viktig å utvikle en kognitiv kasusformulering fordi dette virker dirigerende for forståelse og behandling
- En kognitiv kasusformulering spesifiserer hvilke livshendelser som aktiverer hvilke skjema som produserer hvilke symptomer og problemer, og beskriver hvilke kognitive, atferdsmessige og følelsesmessige komponenter i pasientens depressive symptomer
- En kognitiv kasusformulering virker støttende:
 - En delt kasusformulering kan styrke den terapeutiske alliansen
 - Virker guidende for behandlingsplanleggingen.
 - Guider valg av behandlingsmål, som igjen guider hvilke elementer man skal ha i terapisesjonen.
 - Kasusformuleringen hjelper terapeuten å forvente, forstå og håndtere problemer som oppstår i terapien, som at pasienten ikke gjør hjemmeoppgaver eller andre problemer i den terapeutiske relasjonen.

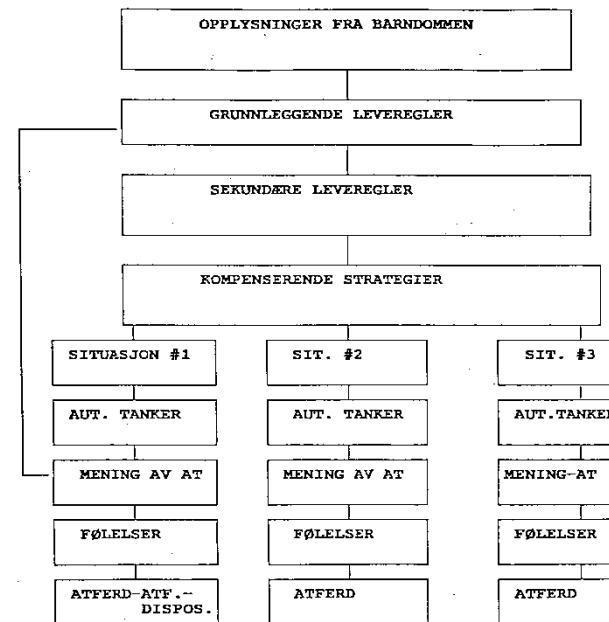
Retningslinjer for å utvikle en kassusformulering

- Kasusformulering er en stadig pågående og interaktiv prosess. Det betyr at formulering og behandlingsplan hele tiden må revideres.
- For å skape en initial kassusformulering i begynnelsen av terapien:
 - Lag en utfyllende problemliste.
 - Beskriv problemer på en konkret måte i atferdsmessige termer.
 - Start kassusformuleringen tidlig.
 - Del kassusformuleringen med pasienten for å feedback i henhold til validitet og forslag til behandlingsintervensjoner.
- Problemer som kan oppstå:
 - Bruker for mye tid på dette?
 - Vanskeligheter med å få til en problemliste?
 - Terapeuten og pasienten er uenige omkring problemliste og behandlingsmål
 - Terapeuten og pasienten er uenige omkring kassusformuleringen og behandlingsplanen.

Kognitiv kasusformulering

- Terapeuten starter med å lage en kognitiv kasusformulering straks man føler at man har fått samlet inn nok informasjon omkring pasienten.
- Denne typen fremstilling er den mest brukte innenfor kognitiv terapi.
- Utviklet av Judith Beck
 - "Cognitive Therapy- Basics and Beyond"

Diagram for kognitiv tilnærming



Kognitiv kasusformulering (cont)

- Barndomsdata:
 - Hvilke hendelser bidrog til utviklingen og vedlikeholdelsen av den grunnleggende leveregelen?
- Grunnleggende leveregler:
 - Hva er pasientens mest sentrale antagelse omkring seg selv?
- Sekundære leveregler:
 - Hvilken positiv antagelse / tanke har hjulpet pasienten med å mestre sin grunnleggende leveregel?
 - Hva er den negative motparten til denne antagelsen?
- Kompensatoriske strategier:
 - Hvilken type atferd har hjulpet pasienten med å mestre den grunnleggende leveregelen?

Kognitiv kasusformulering (cont)

- **Situasjon:**
 - Hva er den problematiske situasjonen?
- **AT:**
 - Hva gikk gjennom hodet til pasienten?
- **Mening av AT:**
 - Hvilken mening ga AT til pasienten?
- **Følelse:**
 - Hvilken følelse var assosiert med AT?
- **Atferd:**
 - Hva gjorde pasienten da?

Praksisoppgave 6

- Med utgangspunkt i den negative grunnleggende leveregelen: **JEG ER SVAK**, skal dere lage en kognitiv kasusformulering.
- Husk å fylle ut alle punktene i den kognitive kasusformuleringen som dere har liggende i dette kompendiet.
- Kan en slik leveregel være felles for flere typer lidelser?

CBT-terapeutens verktøykasse

- Kasusformulering, psykoedukasjon og normalisering
 - Arbeide med kognisjoner
 - Arbeide med atferd
 - Arbeide med følelser

Kognisjoner

- Monitorering av tanker
 - Identifikasjon av
 - Negative automatiske tanker
 - Sekundære og grunnleggende levereregler
 - Dysfunksjonelle antagelser
 - Identifikasjon av
 - Tankefeller og kognitiv stil

Kognisjoner (cont)

- Evaluering av tanker og antagelser
 - Teste og evaluere tanker
 - Kognitiv restrukturering
 - Utvikle en mer balansert tenkning
- Utvikle av nye kognitive ferdigheter
 - Nye og mer positive selvinstruksjoner ("self-talk")
 - Konsekvenser av tenkning
 - Problemløsningsferdigheter

Atferd

- Aktivitetsmonitorering
 - Linke aktiviteter, tanker og følelser
 - Identifisere viktige forsterkere
- Planlegge mål
 - Identifisere og bli enige om mål
- Målsetninger
 - Øke aktiviteter som gir glede og lyst
 - Nye aktiviteter

Atferd (cont.)

- Atferdseksperimenter
 - Teste prediksjoner og antagelser
- Gradvis eksponering og responsprevensjon
- Lære nye ferdigheter
 - Rollespill
 - Modellering
 - Øvelse og repetisjon

Følelser

- Affektiv læring
 - Skille mellom ulike kjernefølelser
 - Identifisere fysiologiske symptomer
- Affektiv monitorering
 - Linke følelser med atferd og tanker
 - Gradere følelser
- Håndtere følelser
 - Nye ferdigheter (f. eks avspenning, minfulness)

HVORDAN UTVIKLE DEG SOM KAT TERAPEUT?

Ulike systemer knyttet til terapeutvikling

Ulike systemer knyttet til terapeutviking



Ulike systemer knyttet til terapeutviking (cont)

- Deklarativ kunnskap
 - "Vite hva"
 - Kunnskap eller faktainformasjon
 - Eks forstå KAT modellen for panikkidelse
 - Lært igjennom undervisning, lesing, observasjonslæring, veiledning
 - Blir ubrukt kunnskap hvis ikke denne typen av læring blir overført til prosedural kunnskap (rollespill, klinisk erfaring, etc)

Ulike systemer knyttet til terapeutviking (cont)

- Prosedural kunnskap
 - "Vite hvordan" eller "når gjør man hva"
 - Regler, planer og prosedyrer som leder til direkte anvendelse av ferdigheter
 - Denne typen av kunnskap endrer seg etter hvert som man utvikler seg som terapeut
 - Forskjell knyttet til novise (tilegnelse) til den erfarne (raffinering) av prosedural kunnskap
 - Tilegnelse gjennom didaktisk læring, modellering, praksis og feedback

Ulike systemer knyttet til terapeututvikling (cont)

- Refleksjon
 - Strategien man må ta i bruk fra å være en gjennomsnittelig terapeut til å bli en ekspert omhandler bruken av refleksjon av prosedural og deklarativ kunnskap
 - Reflection- on- action
 - Etter en time
 - Reflection- in –action
 - Under en time
 - Med en praksis om refleksjon –på- handling, vil man også bli bedre til refleksjon i -handling
 - ” A therapist can have 20 years of experience or one year of experience 20 times. What makes the difference? A key component is reflection” (Skovholt, 1997)

Det deklaratve system

- Består av tre komponenter
 - Konseptuell kunnskap
 - Grunnleggende teori og forståelses av terapimodellen
 - CBT generelt og diagnosespesifikke modeller
 - Interpersonlig kunnskap
 - Mikroferdigheter på både et generisk nivå og tilknyttet ens spesifikke terapitilnærming
 - Teknisk kunnskap
 - Terapeut spesifikk kunnskap
 - Hvordan sette opp et atferdseksperiment

Det prosedurale system

- Systemet hvor deklarativ kunnskap blir aktualisert i praksis og rafinneres
- Input og output er kommunikasjon fra klient og kommunikasjon fra terapeut
 - Terapeuten avvender sine i forhold til pasientens kommunikasjon, som blir prosessert gjennom terapeutens selv skjema og selv- som terapeut skjema
 - Selv- som terapeut skjema blir konstruert når terapeuten begynner å lære seg terapeut spesifikke ferdigheter
 - Viktige begreper: Interpersonlige perspetuelle ferdigheter, selv skjema og selv- som terapeut skjema

Det prosedurale system (cont)

- Interpersonlige perspetuelle ferdigheter
 - Når man arbeider med pasienter er det to grunnleggende elementer i terapi
 - Som input: Interpersonlige perpspetuelle ferdigheter for å vurdere hva som skjer i klienten i timen
 - Som output: Responder verbalt og ikke verbalt med ens egne følelser og reaksjoner
 - Output kan observeres, mens terapeutens indre hendelser knyttet til terapeutens inntoning i forhold til "hvor pasienten befinner seg" er vanskeligere å få tak i
 - Ser ut som disse ferdigheter er meget viktige i forhold til god praksis og gode terapeuter
 - Inkluderer elementer som empati, mindfulness og refleksjon i handling

Det prosedurale system (cont)

- Empati
 - Holdning til klienten
 - Aktiv lytting
 - Inntoning til klients problemer og livsverden
- Mindfulness
 - Oppmerksomhet til det som klienten forteller
 - Dirigere ens oppmerksomhet mot ens egne tanker, følelser og fantasier i forhold til hva som skjer i møtet med pasienten, uten å miste oppmerksomheten i forhold til det pasienten forteller om
 - Fokus på de nåværende øyeblikk i terapien
- Refleksjon i handling
 - Kapasiteten til å prosessere kompleks informasjon i forhold til hva som skjer i terapien og utlede passende handlingsplaner basert på dette

Det prosedurale system (cont)

- Selv-skjema
 - Terapeutens personlighet
 - Personlige attributter før man ble terapeut
 - Ens normale selv i normale situasjoner (f. eks med familie og venner)
 - Relatert til ens personlige historier
 - Personlige hendelser vil dermed påvirke dette skjemaet gjennom hele livet
 - Etter hvert som terapeuten utvikler terapeut spesifikke ferdigheter skjer det en utvikling av selv skjema til selv som terapeut skjema
 - Viktig å kjenne sin egen historie og hvordan dette påvirker en selv
 - Overføringer og motoverføringer
 - Egenterapi?

Det prosedurale system (cont)

- Selv som terapeut skjema
 - Når man blir trent til å bli en terapeut utvikler man en terapeut identitet
 - Miks mellom ens egen selv skjema og terapeut spesifikke ferdigheter og konseptualiseringer
 - Fire elementer viktige
 - Terapeutholdninger
 - Varme, forståelse, respekt og ekthet
 - Interpersonlige relasjonelle ferdigheter
 - Blir bestemt av terapeutholdninger, interpersonlig deklarativ kunnskap og eksisterende interpersonlige ferdigheter (selv-skjema)
 - Konseptuelle ferdigheter
 - Implementering av deklarativ kunnskap
 - F.eks lage en kasusformulering
 - Tekniske ferdigheter
 - Implementering terapeut spesifikk kunnskap

Det reflekterende system

- Sammenlignende funksjon
 - Analysere fortid, nåtid og fremtidig erfaring
 - Sammenligne den med lagret informasjon
 - Lage en handlingsplan hvis nødvendig
 - Endre eller vedlikeholde informasjon i lys av analyser man gjør
 - Systemet er innholdsritt
 - Informasjon blir hentet inn fra det deklorative eller prosedurale system for analyse og evaluering
 - Eksportert tilbake for planer for handling, endring eller vedlikeholde status quo
 - Viktige prosesser: Fokuseret oppmerksomhet, autenoetisk bevissthet, kognitive operasjoner

Det reflekterende system (cont)

- Fokuserert oppmerksomhet
 - Refleksjon krever fokuserert oppmerksomhet
 - Blir stimulert på for forskjellige måter
 - Følelse av "ubehag"
 - Mismatch mellom forventninger og realitet
 - Nysgjerrighet
 - Sokratiske spørsmål
 - Veiledning
 - Når terapeuten strever med et spesifikt problem, blir oppmerksomheten fokuserert rundt dette og kognitive operasjoner blir brukt i forhold til å skape mulige løsninger på problemet

Det reflekterende system (cont)

- Autoenotisk bevissthet
 - For å ha evnen til å reflektere krever dette et system hvor man kan mentalt representere fortiden, nåtiden og fremtidige erfaringer
 - Evaluere dette opp i mot innholdet i prosedural og deklarativ kunnskap
- Kognitive operasjoner
 - Det reflekterende tar også i bruk en serie av kognitive operasjoner for å analysere, sammenligne, kontrastere og evaluere innholdet i ens autoenotiske bevissthet
 - Eksempler: Følge ens tankerekker, sokratiske spørsmål til seg selv eller fra andre
 - Finne forskjeller
 - Når likheter følge eksisterende regler og implementere dette
 - Når forskjeller, fortsette analysen, gjøre endringer i prosedural og deklarativ kunnskap og nye handlinger

Utvikling av terapeutferdigheter

- I begynnelsen
 - Oppgaver knyttet til å samle inn konseptuell kunnskap
 - Lære relevante ferdigheter
- Videre utvikling
 - Forkskjellige måter å anvende kunnskap og ferdigheter i spesifikke kontekster hvor reflekterende læring ser ut til å spille hovedrollen

Hjelpsomme læringsstrategier: Deklarativ system

- Utvikle kunnskap og ferdigheter
 - Lese
 - Kasusstudier
 - Forelesninger og kurs
 - Didaktisk/modellerende veiledning
 - Kliniske demonstrasjoner
 - Problembasert læring
 - Klinisk erfaring
 - Skrive kasusformuleringer
- Raffinere kunnskap og ferdigheter
 - Reflekterende praksis
 - Sokratisk veiledning
 - Selvpraksis og selvrefleksjon

Hjelpsomme læringsstrategier:

Proseduralt system

- Utvikle kunnskap og ferdigheter
 - Praksis
 - Opplevelsesbasert trening
 - Rollespill
 - Klinisk erfaring
 - Selvpraksis og selvrefleksjon
 - Egenterapi
 - Kliniske demonstrasjoner
 - Opplevelsesbasert veiledning
 - Feedback
- Raffinere kunnskap og ferdigheter
 - Reflekterende praksis
 - Problem- basert læring
 - Praktisere nye strategier i nye situasjoner
 - Selvpraksis og selvrefleksjon
 - Sokratisk veiledning

Hjelpsomme læringsstrategier: Reflekterende system

- Reflekterende holdning
- Reflekterende praksis
- Selvpraksis og selvrefleksjon
- Egen terapi
- Reflekterende og sokratisk veiledning
- Veiledning av seg selv
 - Reflection- on- action
 - Reflection- in –action
- Reflekterende skriving
- Reflekterende lesning
- Feedback fra pasienter!

Oppsummering og feedback omkring kurset.

- Hva synes dere fungerte godt?
- Hva fungerte mindre bra?
- Hva har dere lært?
- Hvordan skal dere bli gode kognitive terapeuter?
- E-mail: Roger.Hagen@svt.ntnu.no