

Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utvikling av klinisk ekspertise

Asle Hoffart

Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utvikling av klinisk ekspertise

Klinikere trenger tydeligere modeller for mentale problemer for å kunne utvikle sin kliniske ekspertise.

Psykoterapi dreier seg om å hjelpe pasienter med deres mentale problemer. Flere former for terapi har vist seg effektive for en rekke problemer (Roth & Fonagy, 2005). Likevel framstår psykoterapi som en profesjon uten ekspertise (Shanteau, 1992; Kirkebøen, 1999; Tracey, Wampold, Lichtenberg & Goodyear, 2014). Ekspertise kan defineres som økt kvalitet av profesjonell utførelse ved økende erfaring (Shanteau, 1992). Det er til dags dato ikke demonstrert at terapeuter gir bedre terapi over tid (Tracey et al., 2014). Tracey et al. forklarer denne uheldige tilstanden med at terapeuter (1) i liten grad får tilbakemelding om utfallet av sine intervensjoner og (2) benytter feilbarlige strategier for å bearbeide informasjon også når informasjon om utfall foreligger. Disse strategiene omfatter *bekreftelsesskjevheter*, ensidig søken etter informasjon som bekrefter en hypotese, og *etterpåkløkskap*, terapeuten finner en forklaring etter at utfallet er kjent og tenker at denne spekulasjonen uten videre er sann.

For å få til en utvikling av ekspertise hos terapeuter foreslår Tracey et al. en alternativ klinisk strategi: å framskaffe og bruke tilbakemeldinger om pasientens endring ved hjelp av en avkrefteende, vitenskapelig tilnærming. Kontinuerlig tilbakemelding til terapeuten om endring av pasientens problemer under behandlingsforløpet er en nødvendig del av denne strategien. Terapeutiske intervensjoner virker gjennom å utløse helende prosesser hos pasienten, for eksempel gjennom å få pasienter med panikkelidelse til å revurdere faren for at kroppslige symptomer skal føre til en katastrofe, det vi kan kalle *mekanismer* for endring (Kazdin, 2009). Dermed trengs også tilbakemelding om hvorvidt disse antatte mekanismene igangsettes og endrer seg når intervensjonene utføres slik at en kan vurdere om denne endringen faller sammen med endring i problemene.

Intensjonale og funksjonelle forklaringer benyttes hyppig i psykologers virke, men ofte uten at terapeuten selv er klar over implikasjonene forklaringene har for praksisen deres

Hva slags kunnskap må terapeuter besitte for å kunne bruke denne informasjonen om endring i mekanismer og problemer optimalt? Tracey et al. (2014) hevder at terapeuter må kunne avlede hypoteser om sammenhenger mellom intervensjoner i terapien, mekanismer og problemer fra klart artikulerte modeller for klienters informasjonsbearbeiding og atferd. Ved at hypotesene avledes fra modeller, blir testing av hypotesene også en testing av modellene. Tracey et al. utdyper

ikke hva de mener med en «artikulert modell». I kognitiv psykologi er det vanlig å modellere informasjonsbearbeiding som en serie av atskilte mentale prosesser der utfallet av én påvirker de(n) neste (Reisberg, 2006). Disse påvirkningene fører til at de enkelte prosessene i bearbeidingen samvarierer med hverandre og med opplevelse (fornemmelser, følelser) og atferd (uttrykk, handlinger). Med utgangspunkt i en artikulert klinisk modell, hvor bestemte prosesser i bearbeidingen knyttes til den opplevelsen og atferden som utgjør et mentalt problem, kan en spesifisere kliniske hypoteser om at disse prosessene medierer problemet. Artikulerte modeller kan dermed brukes til å utvikle *betingede prediksjoner* om endringer i klinisk praksis: hvis mekanismen endres, så vil – under vanlige omstendigheter – problemet endres. En panikkpasients revurdering av sine katastrofetanker skal føre til en minking av panikkanfall. Hvis derimot den antatte mekanismen endres, og ikke problemet, så avkreftes ikke bare prediksjonen, men også at den underliggende modellen gjelder for pasienten. Avkreftende evidens gjør at terapeuten må korrigere sin modellbaserte formulering av pasientens problem. Dette gir terapeuten mulighet til å lære noe nytt og med dette utvikle sin ekspertise.

Hvordan skal så terapeuter bruke tilbakemeldingene? De må brukes *planmessig* på den måten at terapeutens hypoteser spesifiseres *a priori*, det vil si at terapeuten beskriver hvilken framtidig informasjon som betyr at en hypotese er henholdsvis riktig og gal. En *a priori* spesifisering øker sjansen for at hypotesen vurderes før andre forklaringer når «svaret» foreligger. På denne måten motvirkes tendensene til bekreftelsesskjevheter og etterpåklokskap når terapeuter tydeliggjør sine forventninger på forhånd.

Gitt dette fokuset på artikulerte modeller, så er de *forklaringsmodeller* eller, kortere, *forklaringer* av mentale problemer som tilbys i feltet, svært relevante i en planmessig og avkreftende strategi. Slike forklaringer angir nettopp hvilke faktorer som driver problemene og dermed mekanismene, det vil si det som må påvirkes for at endring i problemene kan skje.

Jeg vil i denne artikkelen ta for meg to utbredte forklaringstyper – intensjonale og funksjonelle forklaringer. Begge typene forklaringer benyttes hyppig i psykologers virke, men ofte uten at terapeuten selv er klar over implikasjonene forklaringene har for praksisen deres. Etter å ha klarlagt disse begrepene og hvordan begge forklaringstypene utfyller hverandre i vår forståelse av mentale problemer, vil jeg drøfte i hvilken grad forklaringene er egnet som grunnlag for utvikling av terapeuters ekspertise. Mer spesifikt vil jeg vurdere om forklaringene angir hvordan mentale prosesser virker sammen i en artikulert modell for informasjonsbearbeiding og atferd slik at terapeuten ut fra

modellen kan predikere utfallet av en intervensjon og eventuelt avkrefte modellen. Jeg vil vise at intensjonale forklaringer, selv om de er uunnværlige i forståelsen av handlinger og emosjoner, ikke kan inngå i artikulerte modeller og dermed ikke er egnede for utvikling av ekspertise. Funksjonelle forklaringer kan imidlertid representeres i artikulerte modeller og er dermed godt egnet som grunnlag for utvikling av ekspertise.

Mitt fokus på en analytisk modus for ekspertiseutvikling betyr ikke en avvisning av betydningen av intuitiv eller «taus» kunnskap, som blant andre hevdes av Eraut (2000). Men utvikling av taus kunnskap foregår uansett – også i studiene som har vist at terapeuter ikke bedrer seg over tid – og har åpenbart ikke alene ført til en utvikling av ekspertise. Nye grep må derfor tas.

Intensjonale forklaringer

Jeg skal innføre begrepet om intensjonale forklaringer gjennom det følgende eksemplet:

En mann beveger seg raskt fra bil til bil over en svær parkeringsplass ved et kjøpesenter. På hver bil griper han fatt i et dørhåndtak, og han ser konstant ned i bakken. Han kommer til bilen nærmest inngangen til kjøpesenteret og stopper opp.

Hva gjør han, og hva vil han gjøre videre? Atferden framstår uforståelig for en tilskuer, og det er vanskelig å ha noen formening om hva han kommer til å gjøre. Atferden blir først forståelig når tilskueren får vite at mannen har et panikkanfall, at han har en sterk fornemmelse av å bli sugd opp i verdensrommet, at denne fornemmelsen får han til å tro at dette er i ferd med å skje, og at han holder seg fast i bilene og ser ned for å forhindre det. Denne forståelsen gir også grunnlag for å predikere hva han vil gjøre videre, nemlig å søke ly for «suget» ved å komme seg inn i kjøpesenteret.

Videre henvender han seg til en kraftig kar og spør om han kan støtte ham over plassen foran inngangen fordi han føler seg ustø. Han føres så fram til inngangen mens han holder et fast tak i hjelperens arm.

Forklaringen tilskueren får, er intensjonal ved at handlinger og emosjonelle reaksjoner forstås i lys av de mentale begrepene *ønske* og *oppfatning* (Dennett, 1987). Mannen *oppfatter* suget han

kjenner som en trussel mot *målet* å holde seg trygt på jordoverflaten og overleve. Han reagerer derfor med emosjonen angst. Videre holder han seg fast i dørhåndtakene (handling) fordi han *ønsker* å forhindre at han blir sugd opp i rommet, og han *tror* at ved å gjøre dette vil han oppnå målet.

Den intensjonale forklaringen er et nødvendig første skritt for overhodet å gi mening til og å gjøre symptomene forståelige og for å avgrense hvilke symptomer som hører sammen

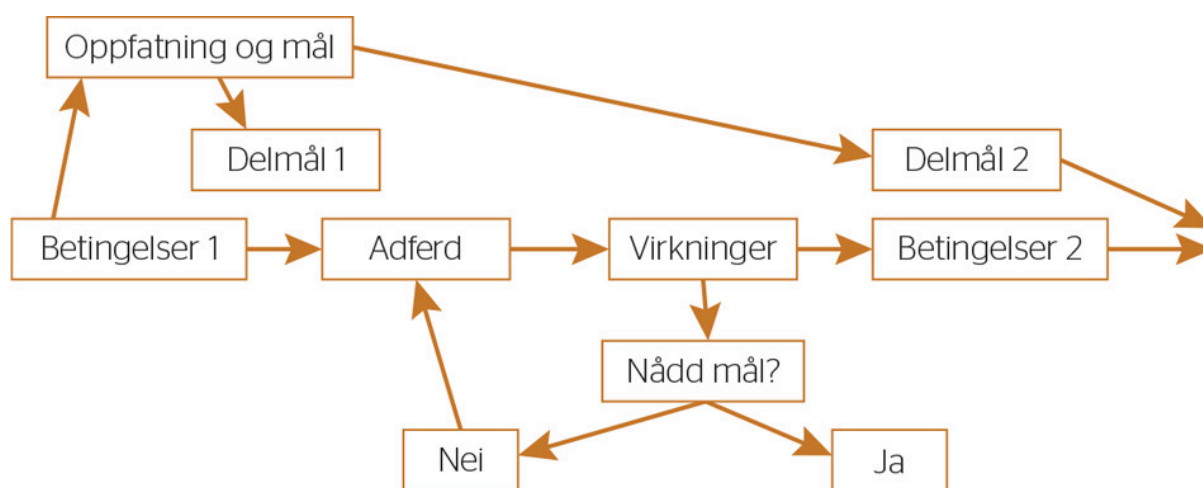
Dennett (1987) påpeker at intensjonale forklaringer gir en tilskuer oversikt og forutsigbarhet i komplekse situasjoner ved å angi et overordnet mønster i andres atferd. Dermed gir de grunnlag for kjede-prediksjoner. Når tilskueren kjenner mannens overordnede intensjon om ikke å bli sugd opp i verdensrommet, så kan han forutsi at mannen vil handle ut fra delmålene å komme seg over parkeringsplassen, å komme seg over plassen rett foran inngangen, og å komme seg hjem. Dennett hevder videre at for å skape oversikt og føre til presise prediksjoner må intensjonale forklaringer være nøytrale med hensyn til *midlene* som brukes for å nå delmålene. Forklaringene sier ikke noe om den konkrete atferden som iverksettes. Atferden bestemmes av de konkrete betingelsene som er knyttet til tid og sted for hendelsen(e), og kan følgelig ikke forutses. Eksempelvis ville mannen funnet noe annet å gjøre foran kjøpesenteret dersom det ikke hadde vært andre å henvende seg til, kanskje fylt opp en handlevogn med noe tungt og holdt seg fast i denne over plassen.

Å «lese» intensjoner og oppfatninger har således gestaltkarakter ved at en tilskuer ser helheter i mønstre av konkrete data. Intensjonen som tillegges, bestemmer hvilke konkrete trekk ved atferden som fokuseres, hva de karakteriseres som, og hvordan de blir kategorisert. Ut fra intensjonen å forhindre oppsuging blir eksempelvis mannens atferd å ta tak i dørhåndtakene bestemt som «å holde seg fast i bilene». Dersom tilskueren hadde tillagt ham den overordnede intensjonen å stjele en bil, ville den samme atferden bli forstått som «å finne ut om døra er låst» og «å forsøke å komme seg inn i bilen». Likeledes kategoriseres ulike atferdsepisoder som samme handling: å komme seg fra bil til bil over parkeringsplassen og å bli hjulpet over plassen foran kjøpesenteret har samme intensjon – å forhindre å bli sugd opp i rommet – og er i denne forstand identiske handlinger.

Denne resonneringen gir den generelle modellen for atferd skissert i figur 1. Her skiller det mellom et overordnet nivå bestående av stabile representasjoner (oppfatning av situasjonen, mål/delmål) og et underordnet nivå med atferdsepisoder bestående av en sekvens av konkrete betingelser, atferder og virkninger. Visse betingelser (åpent rom og følt sug) utløser en oppfatning (blir sugd opp) og et tilhørende mål (forhindre å bli sugd opp), oppfatningen og målet bestemmer delmålet under

betingelsene (komme seg over parkeringsplassen), mens betingelsene og delmålet sammen bestemmer hvilke atferdsmidler som brukes. Hvert delmål definerer, avgrenser og er knyttet til en bestemt iverksettende atferdsepisode. Denne episoden forløper inntil delmålet blir oppfattet som nådd, som for anstrengende å oppnå, eller som umulig å oppnå. I tillegg til atferd inneholder en atferdsepisode en rekke ledsagende opplevelser og aktiviteter knyttet til forfølgelsen av målet, slik som oppmerksomhet, minner, fantasier, tenkning, følelser og emosjonelle uttrykk. Alle disse elementene er fenomener som kan observeres, enten ved atferdsobservasjon eller introspeksjon. Det vil si at de kan følges med oppmerksomheten når de begynner, varer ved og slutter, og at de kan identifiseres uavhengig av hverandre.

FIGUR 1 En generell modell for atferd



Funksjonelle forklaringer

Gjennom den intensjonale forklaringen identifiseres de oppfatninger og intensjoner som gir mening til mannens atferd. Troen på å bli sugd opp i rommet synes for de fleste å være urealistisk, «de fleste» innbefatter kanskje mannen selv når han er ute av den skremmende situasjonen og ikke kjenner suget. Urealistiske oppfatninger korrigeres gjerne gjennom erfaring. En får dermed et behov for å forstå og forklare hva det er som hindrer at en slik korrigerende skjer hos mannen. Hva er det ved mannens reaksjoner som opprettholder frykten etter at synet av det åpne rom og suget har utløst den? Atferdsepisodene inneholder en rekke aktiviteter og opplevelser som bidrar til vedlikeholdelse. Suget fører til at han retter oppmerksomheten mot dette, noe som gjør at det kjennes sterkere og han får mer tro på tanken om å bli sugd opp. Troen på å bli sugd opp skaper intense angstreaksjoner slik

som «sommerfugler i magen» og hjerteklapp, noe som forsterker følelsen av å miste kontrollen. Atferden å se ned beskytter ham mot synet av rommet, men gir rom for livlige fantasier der han ser seg sveve hjelpeløst ut i det, noe som igjen forsterker suget. Denne atferden gjør også at han går glipp av erfaringen å se ut i rommet og merke at suget faktisk går ned etter hvert. Å holde seg fast i noe forhindrer avkrefteelse av troen på at han faktisk vil bli sugd opp i rommet, han tenker heller at denne atferden redder ham fra katastrofen.

Ved hjelp av funksjonelle forklaringer blir det enklere for en kliniker å redegjøre nettopp for denne kausale dynamikken innenfor hver enkelt atferdsepisode

Denne forklaringen følger mønsteret til en *funksjonell analyse*. I en slik analyse forklares et fenomen med dets indre struktur, det vil si ved dets (a) funksjonelle bestanddeler (hendelser eller aktiviteter) og (b) måten disse er organisert på (Cummins, 2000). Det foregår en kausal innflytelse over hendelsene/aktivitetene, slik at variasjon i én fører til variasjon i en annen. En funksjonell forklaring avslører mekanismen i fenomenet, som består i ett sett av aktiviteter organisert slik at de foreviser fenomenet som skal forklares (Craver, 2007). En funksjonell forklaring er interessant i den grad de analyserende aktivitetene og hendelsene er (a) enklere enn og (b) ulik i type fra det analyserte fenomenet. Jo større sprang i kompleksitet og type mellom analyserte og analyserende fenomener, jo større kompleksitet kreves av det anvendte programmet for organisering.

Denne forklaringen av angstanfallet er funksjonell fordi anfallet analyseres i enklere aktiviteter slik som å innta et oppmerksomhetsfokus mot kroppslige fornemmelser og automatisk tolke disse fornemmelsene som tegn på en katastrofe. Videre angis flyten av kausal påvirkning, det vil si hvordan variasjon i én aktivitet bestemmer variasjonen i en annen. De analyserende bestanddelene er også av et annet slag enn den analyserte hendelsen. Mens panikkanfallet framstår som en ukontrollerbar hendelse som personen mer eller mindre tilfeldig utsettes for, så er bestanddelene enten aktiviteter som personen i prinsippet kan styre eller indirekte regulere, eller utløsere og utfall av disse aktivitetene. I forklaringen organiseres bestanddelene slik at trekkene ved panikkanfallet følger, for eksempel at anfallet utvikles raskt (en positiv tilbakevirkningssirkel mellom tro på katastrofetanke og intensitet av angstfornemmelser) og at det lett kan oppleves som spontant uten noen utløsende hendelse (den raske utviklingen av anfallet gjør det vanskelig å skille de utløsende kroppslige stimuli fra de forsterkede kroppslige stimuli).

Samspeilet mellom intensjonale og funksjonelle forklaringer

Jeg har redegjort for et utbredt mentalt problem (symptom) – panikkanfall – forklart på en intensjonell og en funksjonell måte. Den intensjonale forklaringen gir en forståelse av det *felles meningsinnholdet* i anfallet og de andre symptomene (bekymringen for å få nye anfall, unnvikelse av visse aktiviteter) ved panikkklidelse. Symptomene er alle uttrykk for oppfatningen at følt kroppslig sug er tegn på at han blir sugd ut i verdensrommet og det derav følgende ønsket om å forhindre denne katastrofen. Utsagn om hensikter og oppfatninger har til hensikt å representere hva som er stabilt og forutsigbart ved en persons reaksjoner over tid, enten i en situasjon eller over situasjoner. Den intensjonale forklaringen er et nødvendig første skritt for overhodet å gi mening til og å gjøre symptomene forståelige (Smedslund, 2004) og for å avgrense hvilke symptomer som hører sammen.

For å nå et mål (unngå å bli sugd opp i verdensrommet) er det nødvendig å gjøre konkrete aktiviteter som kan ha den ønskede mentale, materielle eller sosiale virkningen, for eksempel å holde seg fast i dørhåndtak på biler og se ned. Imidlertid vil målrettede handlinger og ledsagende aktiviteter og opplevelser kunne ha en rekke uintenderte virkninger, som å forsterke et skremmende sug eller å gi rom for livlige fryktfantasier. Likeledes kan en tro at en handling har den intenderte virkningen uten at dette er tilfellet, slik at handlingen blir forsterket på et feilaktig grunnlag. Eksempelvis trodde mannen at å holde seg fast i bildører holdt han på jorda selv om denne handlingen neppe hadde en slik virkning. Ved hjelp av funksjonelle forklaringer blir det enklere for en kliniker å redegjøre nettopp for denne kausale dynamikken innenfor hver enkelt atferdsepisode/hvert enkelt symptom. Mer spesifikt forklares hvordan de aktivitetene og opplevelsene som anfallet består av, påvirker hverandre, hvordan denne dynamikken leder til trekkene ved symptomet, hvordan den forhindrer korrigerende erfaringer med hensyn til den sentrale oppfatningen knyttet til symptomet, og hvordan symptomet oppleves.

Funksjonelle forklaringer forutsetter intensjonale forklaringer. Gjennom de sistnevnte klarlegges oppfatningen som funksjonelle forklaringer skal forklare opprettholdelsen av. Videre tilfører intensjonale forklaringer de hensiktene med atferd som er nødvendige for å forstå den kausale dynamikken. Å forstå at mannen forsøker å holde seg fast på jordoverflaten gir grunnlag for å identifisere tanken at han ville bli sugd opp dersom han ikke hadde holdt seg fast. Denne tanken er med på å opprettholde den sentrale oppfatningen at det følte suget betyr at han faktisk vil bli sugd opp. Således vil en ikke være i stand til identifisere alle aktiviteter/opplevelser som inngår i en funksjonell forklaring uten en forståelse av intensjon.

Intensjonale forklaringer og utvikling av ekspertise

Som vist i innledningen dreier en artikulert modell av informasjonsbearbeiding og atferd seg om *samvariasjon*, det vil si om hvordan variasjon i stimuli fører til variasjon i informasjonsbearbeiding som igjen fører til variasjon i opplevelse og atferd. Når vi bruker intensjonale forklaringer, dreier det seg imidlertid om det motsatte, nemlig om å redegjøre for hva som er *konstant* i en atferdsepisode eller over atferdsepisoder, nemlig at aktivitetene og opplevelsene i disse alle avspeiler en og samme oppfatning og er ment å bidra til å nå ett og samme mål. Mannen med romangsten sine aktiviteter er alle rettet mot eller relatert til målet om å forhindre å bli sugd opp i verdensrommet. Intensjonale forklaringer sier ikke noe om hvordan aktivitetene/opplevelsene påvirker hverandre. Dette kan illustreres ved måten terapeuten her forklarer klientens panikkanfall på i såkalt støttende–ekspressiv terapi (Leichsenring & Salzer, 2014):

«You regularly experience attacks of panic when you are in conflict with your mother. Maybe getting anxious is easier for you to stand than being in conflict with her» (s. 231).

Denne forklaringen sier at et mangfold av atferder – slik som å unnlate å snakke om konflikttemaet med mor, tilbaketrekningen fra henne, spenningen i kroppen, og angstanfallene – alle har et felles trekk, nemlig at de er uttrykk for oppfatningen at det er farlig å møte konflikten og for ønsket om å unngå denne. Videre hevder terapeuten her at dette ønsket er sterkere enn ønsket om å unngå panikkanfall. Men forklaringen sier ikke noe om hvilke aktiviteter/opplevelser som inngår i disse atferdene og emosjonene, eller hvordan aktivitetene/opplevelsene påvirker hverandre. Uten modeller som angir samvariasjon mellom aktiviteter/opplevelser, kan en ikke utlede betingede prediksjoner om sammenhengen mellom dem som i neste omgang kan avkrefte modellen.

Når en terapeut benytter seg av intensjonelle forklaringer, vil hans/hennes kjedeprediksjoner ganske enkelt dreie seg om at en intensjon (unngå konflikt med mor/unngå å bli sugd opp i rommet) vil fortsette inntil den utløsende situasjonen (for eksempel utsatthet for åpent rom) er over. Slike prediksjoner bygger på de intensjonene personen har vist og kommunisert til terapeuten så langt, og ikke på en modell for informasjonsbearbeiding og atferd. Avkreftelse av en kjedeprediksjon, for eksempel av den at mannen med romangsten vil søke ly for det åpne rom, betyr at mannens

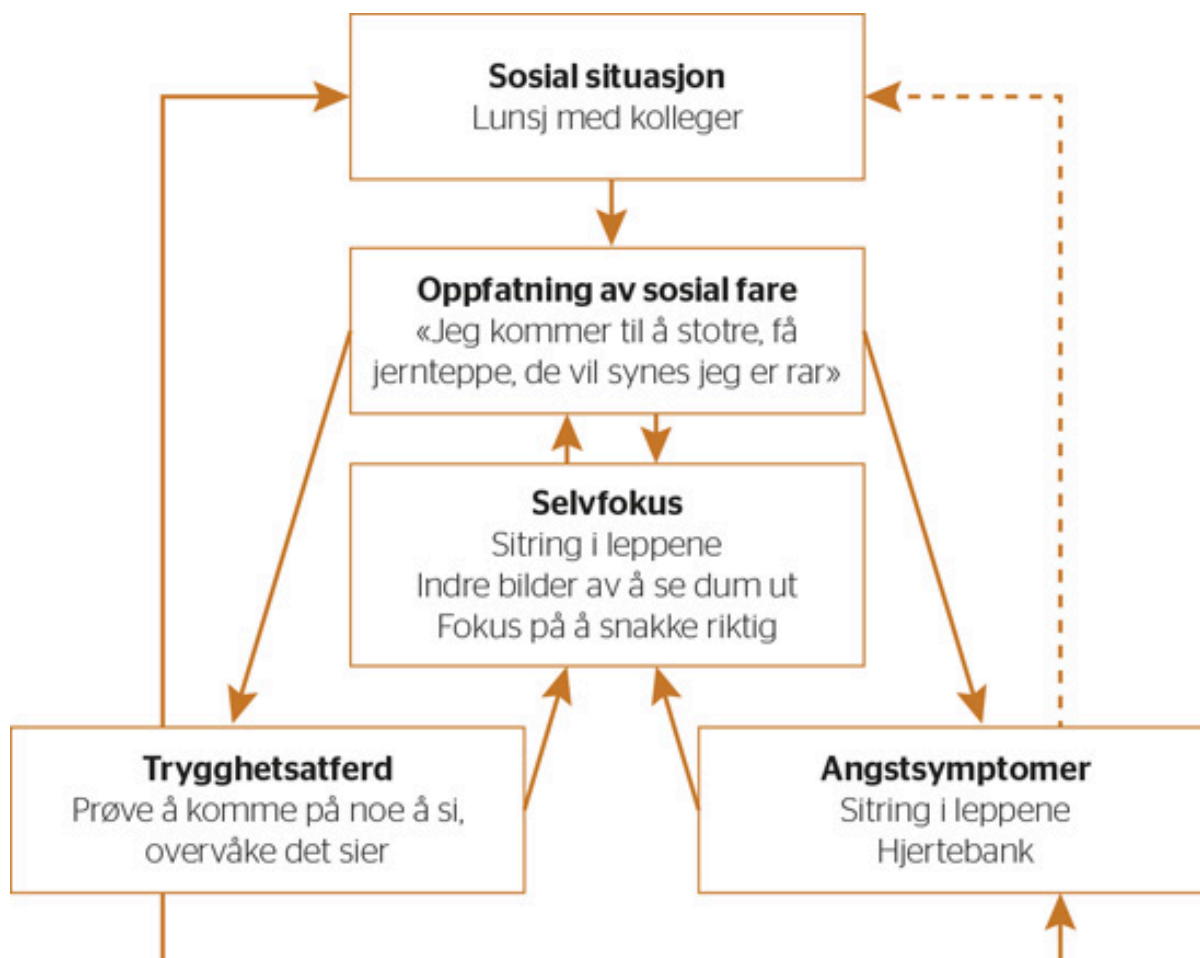
oppfatning av situasjonen og derved hans intensjon har endret seg. Den betyr ikke at den intensjonale forklaringen av forutgående atferd har vært gal. Avkreftelse av en kjedeprediksjon reiser ikke tvil om den intensjonale forklaringen som prediksjonen bygger på, og krever dermed ikke noen justering av den opprinnelige forståelsen. Derved gir den heller ikke grunnlag for læring og utvikling av ekspertise.

Intensjonale forklaringer utgjør ikke en artikulert modell for informasjonsbearbeiding og atferd og gir dermed ikke grunnlag for betingede prediksjoner som kan føre til avkreftelse av forklaringen. Dermed gir ikke disse forklaringene mulighet for terapeuters læring og utvikling av ekspertise gjennom en avkreftende strategi.

Funksjonelle forklaringer og utvikling av ekspertise

Forklaringer i kognitiv terapi følger som regel mønsteret for intensjonell-funksjonell analyse (Clark, 2004). I den kognitive modellen for sosial angstlidelse (Clark & Wells, 1995) tar en utgangspunkt i at den sosialt engsteliges frykt for å gjøre noe pinlig og bli nedvurdert er overdreven i forhold til faren for nedvurdering som faktisk foreligger. I tråd med analysen foran spør en hvordan det dynamiske samspillet mellom personens aktiviteter og opplevelser i sosiale situasjoner hindrer en korrigerende oppfatningen av at han/hun vil gjøre noe pinlig og bli nedvurdert. En forståelse av hindringene for å «motta» korrigerende erfaringer gir grunnlag for å fjerne hindringene og dermed løse problemet. Den kognitive modellen er framstilt i figur 2 og fylt ut med pasienten «Karl» sine reaksjoner.

FIGUR 2 En kognitiv modell for sosial fobi (Clark & Wells, 1995)



Modellen antar tre selvforsterkende sirkler:

- 1 Når sosial fare oppfattes, så utløses angstrelaterte følelser og kroppsfunnelser. Personen retter oppmerksomheten mot disse subjektive reaksjonene (for eksempel følt sitring i leppene) og bruker dem til å danne seg et inntrykk av hvordan hun/han framtrer for andre (for eksempel en forestilling om at vedkommende stotrer). Videre tar hun/han for gitt at dette forestillingsbildet avspeiler hvordan hun/han faktisk ser ut. Slike bilder viser seg imidlertid å ha lav pålitelighet som tegn på hvordan en faktisk framtrer, og bruken av dem bidrar dermed til en feilaktig og overdreven tro på den sentrale oppfatningen at hun/han opptrer på en pinlig måte og nedvurderes.
- 2 Når sosial fare oppfattes, engasjerer personen seg naturlig i trygghetsatferd. Hun/han søker å avverge eller begrense nedvurderingen ved å motvirke (prøve å komme på noe å si, overvåke det hun/han sier) det pinlige. Dette engasjementet gjør personen opptatt av om hun/han lykkes

i det, og forsterker dermed et vaksomt selvfokus. Dette vaksomme selvfokuset medfører en bekreftelsestendens til å «oppdage» feil og mangler ved egen framtrede, og troen på den sentrale oppfatningen forsterkes.

- 3 Utføring av trygghetsatferd (slik som å øve i hodet på hva en skal si mens andre prater) og den tilhørende selvopptattheten gjør at personen virker mindre vennlig og omgjengelig. Dette skaper en mindre vennlig holdning hos andre og dermed et reelt grunnlag for å oppfatte sosial fare.

Spørsmålet om opprettholdelse av den sentrale oppfatningen besvares altså ved å angi funksjonelle sammenhenger mellom opplevelser og indre og ytre aktiviteter knyttet til oppfatningen. En finner hvordan den kausale påvirkningen gjennom sekvensen av reaksjoner motvirker endring av oppfatningen. I forklaringen organiseres bestanddelene slik at de beskrivende trekkene ved den sosial angsten følger. Eksempelvis viser modellen at personen tar inn lite sosial informasjon, og dette fører til symptomene beskrevet i *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013): «eksponering fører nesten alltid til angst» og «angsten er overdreven».

Funksjonelle analyser gir modeller for informasjonsbearbeiding og atferd ved at de framstiller prosessen i hvordan stimuli produserer visse aktiviteter/opplevelser og hvordan disse igjen fører til andre aktiviteter/opplevelser. Eksempelvis framstiller modellen for sosial angst-lidelse hvordan variasjon i stimuli (for eksempel, være alene eller sammen med andre) påvirker variasjon i persepsjon (ikke-fare, kan bli nedvurdert), som igjen påvirker variasjon i oppmerksomhetsaktivitet (ytrefokus, indrefokus), osv. En modell som på denne måten angir sammenhenger mellom observerbare størrelser, gir grunnlag for å stille opp betingede prediksjoner når modellen anvendes i klinisk praksis. Siden disse prediksjonene avledes av modellen, så avkreftes også modellen/forklaringen når prediksjonen avkreftes. Avkreftelse av prediksjonene medfører en avkreftelse av modellen.

Klinisk eksempel på læring ved bruk av en funksjonell modell

Jeg vil gjennom et klinisk eksempel vise hvordan prediksjoner avledet av en funksjonell modell kan brukes til å produsere tilbakemeldingsinformasjon og stimulere læring. I kognitiv terapi for sosial angstlidelse er en standard øvelse å variere selvfokus og trygghetsatferd (Clark & Wells, 1995). Formålet med denne øvelsen er både sosialisering – demonstrere sammenhenger i modellen

ved egenerfaring – og motivasjon – få pasienten til å oppleve angstnedgang og dermed få tro på behandlingen.

Det kliniske og opplæringsmessige potensialet ved å bruke funksjonelle forklaringer i kognitiv terapi kan sannsynligvis utnyttes i langt større grad

Pasienten Karl gjorde denne øvelsen i en poliklinisk terapi. Den gikk ut på å småprate med en ukjent medhjelper, en sekretær ved poliklinikken. Han fryktet at det følgende ville skje: 1. At han ville få jernteppe, bli tom i hodet (dette oppga han å være 100 % sikker på). 2. At han ville begynne å stottere (han var 80 % sikker på at dette ville skje). I første fase av øvelsen skulle han forsterke selvfokus og de trygghetsatferdene han vanligvis bruker for å avverge disse katastrofene: overvåke hva han selv sier, øve på setninger i hodet mens den andre snakker, unngå øyekontakt. I andre fase skulle han gjøre motsatt: rette oppmerksomheten utad på medhjelperen hele tiden, si det som faller ham inn, lytte oppmerksomt på det den andre sier, og ha en naturlig vekslings mellom øyekontakt og ikke. Han skulle registrere hvor mye angst han følte, og i hvilken grad katastrofen skjedde i hver fase på skalaer fra 0 til 100 prosent, og dermed gi entydig informasjon. Ut fra den funksjonelle modellen framstilt foran predikeres (i motsetning til hva pasienten forventer) at hans tro på at de sosiale katastrofene skjer og dermed angsten blir mindre den andre gangen. Dette er fordi modellen tilsier at variasjon i bruk av trygghetsatferd og selvfokus vil føre til variasjon i troen på at katastrofene skjer, og dermed i angsten. Dersom de predikerte endringene ikke inntreffer – til tross for at pasienten lykkes i å variere trygghetsatferd og selvfokus – så avkreftes også modellen. I så fall må en lete etter en alternativ funksjonell modell som er forenlig med erfaringene.

Hofmann (2014) påpeker at ulike funksjonelle modeller kan forklare symptomene ved sosial angstlidelse. Han beskriver pasienten Sally, som har kjerneoppfatningen «jeg er verdiløs og kan ikke bry andre». For henne blir for eksempel det å levere et klesplagg tilbake til forretningen en uoverstigelig oppgave fordi hun tenker at hun vil bli fordømt og skjelt ut. Hvis hun likevel må gjøre det, så reagerer hun med selvnedvurderende tanker, skamfølelse og atferder som å unngå øyekontakt, senke stemmen og rødme. Sallys hovedproblem er således negative tanker når hun skal belaste andre, og i mindre grad frykt for å vise dårlige sosiale ferdigheter eller se rar ut. Følgelig vil hun heller ikke benytte seg av trygghetsatferd for å skjule eller avverge dette. Hvis hun skulle gjøre øvelsen og prøve ut motsatte atferder – se medhjelperen i øynene, ha høyere stemme og snakke mer – ville hun lett oppfatte dette som mer belastende for medhjelperen og dermed få mer angst og skam. Reaksjonene hennes ville således ha avkreftet standardprediksjonene.

Hva kunne en terapeut som fra før kjenner den kognitive modellen til Clark og Wells (1995), lære av en slik avkrefteende erfaring? Noen innsikter kunne være: at det fins flere funksjonelle forklaringer av sosial angstlidelse, at den forklaringen av sosial angst som gjelder for Sally, dreier seg om selvnedvurderende tanker, at øvelsen å variere trygghetsatferd og selvfokus ikke har den forventede nytte når denne forklaringen gjelder, at det er forskjell mellom spontane emosjonelle handlingstendenser (se ned og senke stemmen ved skam) og strategisk trygghetsatferd som har spesifikke mål (øve på setninger i hodet for ikke å stotre).

Funksjonelle forklaringer er artikulerte modeller for informasjonsbearbeiding og atferd hvorav betingede prediksjoner kan utledes. Dette gir mulighet for avkrefteelse av modellen og dermed for læring og utvikling av ekspertise.

Oppsummering og konklusjon

Jeg har undersøkt to forklaringstyper i psykoterapi – intensjonale og funksjonelle forklaringer – med tanke på om de gir grunnlag for terapeuters læring og utvikling av ekspertise. Intensjonale forklaringer er nødvendige for å gi mening til mentale problemer, gjøre dem forståelige for pasient og terapeut, og avgrense hvilke problemer som hører sammen. Intensjonale forklaringer representerer imidlertid ikke artikulerte modeller for informasjonsbearbeiding og atferd som betingede prediksjoner kan avledes av. Dermed gir ikke disse forklaringene grunnlag for terapeuters læring og utvikling av ekspertise gjennom en avkrefteende strategi. Avkrefteelsen av de kjedeprediksjoner som følger av en intensjonal forklaring, fører ikke til avkrefteelse av forklaringen. For en terapeut er det altså ikke nok å kunne forklare problemer ut fra hvilken mening de har for individet.

Funksjonelle forklaringer representerer artikulerte modeller for informasjonsbearbeiding og atferd ved å angi samvariasjon mellom observerbare aktiviteter og opplevelser. Dermed kan betingede prediksjoner utledes av dem og gi grunnlag for modellavkrefteelse, læring og utvikling av ekspertise. Til tross for at en i kognitiv terapi i stor grad anvender slike forklaringer, så kjenner jeg ikke til at prinsippene om å framsette kliniske hypoteser *a priori* og vektlegge avkrefteende like mye som bekrefteende informasjon blir formidlet i programmer for opplæring i kognitiv terapi. Det kliniske og opplæringsmessige potensialet ved å bruke funksjonelle forklaringer i kognitiv terapi kan sannsynligvis utnyttes i langt større grad. Den foreslåtte avkrefteende strategien for ekspertiseutvikling må utsettes for empirisk testing.

Referanser

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Clark, D. M. (2004). Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1089–1104.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (s. 69–93). New York: Guilford Press.
- Craver, C. (2007). *Explaining the brain: Mechanism and the mosaic unity of neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Cummins, R. (2000). ‘How does it work?’ versus ‘What are the laws?’: Two conceptions of psychological explanation. I F. Keil & R. Wilson (red.), *Explanation and cognition* (s. 117–144). Cambridge, MA: MIT Press.
- Dennett, D. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, *70*, 113–136.
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, *45*, 576–587.
- Kirkebøen, G. (1999). Skjønn, formler og klinisk praksis: Hvorfor vurderer erfarne klinikere så dårlig enda de vet så mye? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *36*, 523–536.
- Leichsenring, F. & Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy*, *51*, 224–245.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Reisberg, D. (2006). *Cognition: Exploring the science of the mind* (3. utgave). New York: Norton.
- Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *53*, 252–266.
- Smedslund, J. (2004). *Dialogues about a new psychology*. Chagrin Falls: Taos Institute Publications.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy. An elusive goal? *American Psychologist*, *69*, 218–229.