

Selvevaluering av ferdigheter i kognitiv miljøterapi

Asbjørn Johansen , Bjørn Gjervan og Tore Aune

Selvevaluering av ferdigheter i kognitiv miljøterapi

Et nytt måleinstrument kan understøtte utvikling av spesifikke ferdigheter og en mer selvreflekterende praksis hos kognitive miljøterapeuter. Påliteligheten til selvevaluering er imidlertid omdiskutert, og mer forskning trengs for å vurdere om bruken av instrumentet har innvirkning på pasientenes utbytte av behandlingen.

Allerede tidlig på 80-tallet beskrev fagfolk hvordan prinsipper fra kognitiv individualterapi kunne brukes i miljøterapeutiske intervensjoner (Stuart, Wright, Thase, & Beck, 1997; Wright, 1996). Terapiformen omtales ofte som kognitiv miljøterapi (KMT) (Solbjør & Kleiven, 2013) og defineres som «å benytte metoder fra kognitiv terapi i psykiatriske sykehusavdelinger» (s. 13). KMT innebærer en syntese av generell miljøterapi og kognitive prinsipper, der hverdagsmiljøet i sengeavdelinger utformes slik at den kognitive modellen benyttes i alle aktiviteter og intervensjoner (Beck, 2011; Berge & Repål, 2010; Fredheim, 2009; Holm et al., 2007; Solbjør & Kleiven, 2013). Sammenlignet med kognitiv individualterapi stiller KMT større krav til tverrfaglig samhandling og strukturert bruk av daglige aktiviteter som elementer i terapien (Fredheim, 2009; Gunderson, Will, & Mosher, 1983; Skorpen & Øye, 2010). Kognitiv miljøterapi er i dag implementert i flere psykiatriske avdelinger, bofelleskap og barnevernsinstitusjoner (Dahlum & Aune, 2016).

Mens kognitiv individualterapi anses som evidensbasert, effektiv og kostnadsbesparende ved behandling av en rekke psykiske lidelser (McHugh & Barlow, 2010), finnes det relativt få empiriske undersøkelser av effekten av KMT (Geanellos, 2000; Solbjør & Kleiven, 2013). Effektstudier indikerer at metoden har gunstig effekt på generell fungering og livskvalitet (Svensson, Hansson, & Nyman, 2000), bidrar til redusert grad av psykopatologi, økt global funksjon, reduksjon av angstnivå, færre depressive symptomer og økt selvfølelse (Lykke, Oestrich, Austin F., & Hesse, 2010), signifikant bedring av depresjon og psykologisk stress (Borge, Sverdrup, Fyrand, & Angell, 2012), samt reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler (Lykke, Austin, & Morch, 2008). Erfaringsbaserte studier indikerer at KMT bidrar til økt tverrfaglig samarbeid, bedre utnyttelse av personalressurser, større helhet i behandlingstilbudet, etablering av et felles språk og bedre dokumentasjon av behandlingseffekt (Bliksted & Bendix, 2003; Borge, Røssberg, & Sverdrup, 2013; Oestrich et al., 2001; Sverdrup, Borge, Angell, & Fyrand, 2011).

Forskningslitteraturen viser at behandlingseffekt er avhengig av flere faktorer ut over behandlingsmetode. Særlig fremhever flere forskere betydningen av kompetanse, terapeutiske ferdigheter og etterlevelse av metodespesifikke prinsipper som viktig for behandlingsresultatet

(Barber et al., 2007; Fairburn & Cooper, 2011; Kaslow, 2004). Å utvikle måleinstrumenter for terapeutkompetanse er utfordrende, ikke minst fordi forholdet mellom spesifikke teknikker og fellesfaktorenes betydning for therapeuteffekter har vært uklar (Tilden, 2013), og fordi sammenhengen mellom terapeutkompetanse og terapiutfall ikke har vært konsistent (Anderson, McClintock, Himawan, Song, & Patterson, 2016; Webb, Joseph, Yardley, & Michie, 2010). Det er vist at pasienter som behandles av terapeuter med høy kompetanse, blir bedre enn pasienter som behandles av mindre kompetente behandlere (Branson, Shafran, & Myles, 2015). Goldberg og medarbeidere (2016) viste at verken terapeutkompetanse eller erfaring som terapeut predikerer bedre terapiutfall, og at effekten av terapi utført av kompetente terapeuter, blir mindre over tid. Videre er det rapportert større variasjon i behandlingsutfall mellom terapeuter med samme metodiske tilnærming, enn mellom terapeuter i ulike terapimodeller (Ahn & Wampold, 2001; Anderson et al., 2016; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012). I en undersøkelse så forskere på hvordan effekten av veiledning ble påvirket ved bruk av feedback-orienterte metoder. De fant at terapiutfallene bedret seg som følge av at terapeutene fikk økt kompetanse når de brukte feedback-metoder i kombinasjon med veiledning (Anderson et al., 2016). Dette indikerer at terapeutegenskaper, og ikke minst hvordan terapeutkompetanse vedlikeholdes, utgjør en forskjell med hensyn til terapiutfall.

Lite konsistente forskningsresultater på terapeutkompetanse og terapiutfall skyldes at det har vært vanskelig å skille ut terapeutegenskaper fra pasientkarakteristika (Anderson et al., 2016). Men med nyere statistiske metoder har en i sterkere grad klart å skille betydningen av terapeutegenskaper fra hva pasienter selv bidrar med i terapien (Anderson et al., 2016; Wampold et al., 2017). Effektive terapeuter karakteriseres av egenskaper som: evnen til å danne arbeidsallianser med ulike typer pasienter, fasilitative mellommenneskelige egenskaper, selvgranskende profesjonalitet og en selvreflekterende praksis, samt selvbevissthet rundt egen ferdighetsutvikling (Wampold et al., 2017). Videre viser Wampold og kolleger (2017) at tiden terapeuter benytter til kompetanseforbedring, utenfor terapirommet, predikerer gode behandlingsresultater hos pasientene.

Måling av terapeutkompetanse benyttes oftest i forskningssammenheng, og foregår som regel ved ekspertvurderinger (Muse & McManus, 2013). Ekspertvurdering er rapportert å ha god reliabilitet, samtidig som de er svært ressurskrevende (McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, & Westbrook, 2012), noe som gjør at ekspertvurderinger sjelden blir benyttet i terapeutisk praksis (Perepletchikova, Hilt, Chereji, & Kazdin, 2009). Selvevaluering av egen terapeutkompetanse er derimot lettere å administrere (McManus et al., 2012), samtidig som metoden innebærer risiko for

både overvurdering (Brosnan et al., 2008) og undervurdering av egen kompetanse (McManus et al., 2012). Risikoen for overvurdering anses som størst når den enkeltes selvevaluering utgjør et vurderingsgrunnlag for andre, der resultatene kan medføre konsekvenser av positiv eller negativ art for terapeuten (Gramzow & Willard, 2006). På tross av dette har undersøkelser vist moderate korrelasjoner mellom ekspertvurderinger og selvevalueringer (McManus et al., 2012). I og med at ekspertvurdering av terapeutkompetanse både er svært kostbart å gjennomføre og blir lite benyttet i klinisk praksis, bør en i større grad bruke evalueringsinstrumenter som er enkle å administrere, er praktisk egnet, og har adekvate psykometriske egenskaper (Muse & McManus, 2013).

For å undersøke om det allerede eksisterte selvevalueringsinstrumenter som måler terapeutkompetanse i KMT, gjennomførte vi et bredt litteratursøk. Samtidig tok vi direkte kontakt med fagmiljøer både i Norge og Danmark. Kartleggingen gav ingen indikasjon på at det verken brukes eller er utviklet et slikt selvevalueringsverktøy direkte rettet mot måling av terapeutkompetanse i KMT. Derimot er det rapportert bruk av en rekke instrumenter for evaluering av terapeutkompetanse ved individualterapi (Barber et al., 2007; Fairburn & Cooper, 2011; Kuyken & Tsivrikos, 2009; Schoenwald & Garland, 2013; Snyder & Ingram, 2000) og spesielt for kognitiv individualterapi. Alle instrumenter som beskrives her, bygger i varierende grad på samme teoretiske modell som Cognitive Therapy Rating Scale (CTS) (Muse, McManus, Rakovshik, & Thwaites, 2016; Young & Beck, 1980). CTS er sammen med den reviderte versjonen Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R) (Blackburn et al., 2001) de to instrumentene som oftest er referert internasjonalt. Både CTS og CTS-R har blitt kritisert for å mangle tilstrekkelig akseptable psykometriske egenskaper for måling av terapeutiske ferdigheter og kompetanse (Muse & McManus, 2013; Muse et al., 2016; Whisman, 1993). Andre instrumenter som omtales i litteraturen, er The Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS) (Hill, O'Grady, & Elkin, 1992; Shaw et al., 1999). CSPRS ble primært utviklet for evaluering av terapeutkompetanse ved behandling av depresjon (Hill et al., 1992; Roth, 2016), og dessuten er kognitiv terapi bare en av tre terapeutiske tilnærminger som måles i CSPRS (DeRubeis & Feeley, 1990; Hill et al., 1992). Det opprinnelige CTS finnes i en omarbeidet versjon for selvevaluering under navnet The Cognitive Therapy Self-Rating Scale (CTSS) (Bennet-Levy & Beedie, 2007). Vi fant ingen studier der en har undersøkt og rapportert de psykometriske egenskapene til CTSS. The Assessment of Core CBT Skill (ACCS) (Muse et al., 2016) ble utviklet og vitenskapelig rapportert i etterkant av vår datainnsamling, og ble derfor ikke vurdert for inklusjon. I Norge brukes en oversatt versjon av Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS)

(Barber, Liese, & Abrams, 2003; Soygut, Uluc, & Tuzun, 2008) i forbindelse med opplæring i kognitiv terapi (Nordahl, Nysæter, & Mikkelsen, 2006; Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2019). CTACS beskrives under metode.

CTACS er tilpasset til et nytt instrument i den hensikt å kunne måle og stimulere bruk av ferdigheter i Kognitiv miljøterapi gjennom selvrefleksjon. Denne studien har til hensikt å beskrive utviklingen og utprøvingen av dette instrumentet.

METODE

Fase 1: Valg av CTACS

Vi valgte CTACS som modell for utvikling av et instrument for selvevaluering av terapeutkompetanse i KMT på bakgrunn av tidligere rapporterte adekvate psykometriske egenskaper, at modellen representerer en tydelig teoretisk tilnærming, samt at CTACS allerede var oversatt til norsk og benyttes i utdanning og veiledning i Norge (Norsk Forening for Kognitiv Terapi, 2019). Det nye instrumentet fikk navnet Selvevaluering – Kognitiv miljøterapi (S-KMT).

CTACS består av 24 ledd fordelt på fire domener. Hvert av domenenene består av tre til ni ledd. CTACS er konstruert for en generell tilnærming til terapeutkompetanse uavhengig av diagnose og symptomer. CTACS kartlegger både kompetanse og etterlevelse, og det gis en mulighet for helhetsvurdering. Av tabell 1 går det frem at leddene i CTACS som måler henholdsvis etterlevelse av terapiformen ($\alpha = 0,92$) og demonstrert terapeutisk kompetanse ($\alpha = 0,93$), viser høye Cronbach's alpha-verdier og derav høy indre konsistens mellom leddene (Barber et al., 2003).

Tabell 1 gir en oversikt over domener og ledd som inngår i CTACS. CTACS har demonstrert tilfredsstillende robusthet med høy indre konsistens (Cronbach's Alpha) ved måling av etterlevelse ($\alpha = 0,92$) og kompetanse ($\alpha = 0,93$) (Barber et al., 2003).

Tabell 1: Domener og ledd i Cognitive Therapy Adherence and Scale (CTACS)

Domener og ledd	
Domene 1 Kognitiv terapi struktur	
1.	Agenda
2.	Vurdering av sinnsstemning
3.	Overgang fra forrige time
4.	Undersøke pågående problem
5.	Vurdering av aktuelle hjemmeoppgaver
6.	Gav ny hjemmeoppgave
7.	Oppsummeringer
8.	Pasientens oppsummering og tilbakemelding
9.	Fokus/struktur
Domene 2 Utvikling av en samarbeidende terapeutisk relasjon	
10.	Sosialisering til kognitiv terapimodell, begrep, prosess og mål
11.	Varm/genuin/kongruent
12.	Aksepterende/respekt
13.	Oppmerksomhet
14.	Empati
15.	Samarbeid
Domene 3 Utvikling og anvendelse av kasesformuleringer	
16.	Aktivere automatiske tanker
17.	Aktivere grunnleggende leveregler og skjema
18.	Aktivere mening/forståelse/attribusjon
19.	Fokus på nøkkeltema
20.	Kasesformulering: koble fortid med nåtid
21.	Dele formulering med pasient
Domene 4 Kognitive og atferdsteknikker	
22.	Veiledet oppdagelse

Fase 2: Utvikling av S-KMT

Artikkelforfatterne og fagpersoner ved Klinikk for psykisk helsevern og rus, Levanger HNT, omformet og tilpasset CTACS til bruk som et selvevalueringsverktøy for KMT. S-KMT ble konstruert for å fange opp spesifikke miljøterapeutiske aspekter som tverrfaglig samarbeid, kollegial veiledning, tverrfaglig kommunikasjon og rolleavklaring. Disse elementene blir ikke kartlagt i CTACS. Derfor ble domenet «Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid» lagt til. Enkeltledd som kartlegger elementer fra tradisjonell miljøterapi, som eksempelvis bruk av omgivelser og aktiviteter, ble lagt til av samme grunn. Alle ledd ble omformulert fra å være observasjonspunkter for ekspertvurdering i CTACS til å være observasjoner av egne ferdigheter i S-KMT. For eksempel ble CTACS-leddet «Sosialisering til kognitiv terapimodell, begrep, prosess eller struktur» i S-KMT omformulert til «Jeg lager en tydelig plan for den kognitive samtalen».

Tabell 2: Domener i CTACS og S-KMT

Rekkefølgen på domene er endret fra CTACS til S-K

CTACS	S-KMT
1 Kognitiv terapi struktur	1 Ferdigheter i utvikling av terapeutisk relasjon
2 Utvikling av en samarbeidende terapeutisk relasjon	2 Din rolle som ko-terapeut og tverrfaglig samarbeidspartner
3 Utvikling og anvendelse av kasusformulering	3 Ferdigheter i å strukturere og presentere informasjon i pasienthistorie
4 Kognitive og atferdsteknikker	4 Ferdigheter i utvikling av og anvendelse av kognitive og atferdsteknikker i kasusformulering, problemstilling, og utarbeidelse av behandlingsplan
5 Helhetsvurdering.	5 Kognitive og atferdsteknikker
	6 Helhetsvurdering

Utprøvningsfase S-KMT

Den første versjonen av S-KMT ble brukt til å samle inn tilbakemeldinger på instrumentets innhold og brukervennlighet, fra et strategisk utvalg av ansatte fra Helse Nord-Trøndelag, Helseforetak (HNT HF). Av 24 inviterte besvarte 15 respondenter S-KMT. Tolv av de 15 som besvarte, deltok i to plenumsmøter der instrumentets innhold og brukervennlighet var tema. I tillegg deltok tre behandlere fra Klinikk for psykisk helsevern og rus (HNT HF) med kompetanse i kognitiv individualterapi. Inklusjonskriteriet for deltagelse i undersøkelsen var minimum formell grunnutdanning i kognitiv terapi eller KMT, eller erfaring og opplæring tilsvarende dette. Deretter ble en gruppe med åtte erfarne klinikere med kompetanse i kognitiv individualterapi bedt om å kommentere instrumentets struktur og innhold.

Justering og ferdigstillelse av S-KMT

Resultatene og tilbakemeldingene som kom frem gjennom utprøvningsfasen, ble vurdert av førsteforfatter og andreforfatter i samråd med to representanter fra Fag og Forskningsenheten ved Klinikk for psykisk helsevern og rus (HNT HF). Alle hadde erfaring og kompetanse i kognitiv terapi, KMT og evaluering av terapeutkompetanse. Basert på konsensus i gruppa ble S-KMT justert og ferdigstilt.

Figur 1: Prosedyre for utvikling, utprøving, justering og ferdigstilling av S-KMT

Konstruksjon av S-KMT basert på CTACS og sentrale teoretiske prinsipper fra generell miljøterapi.

Utprøving og innsamling av tilbakemeldinger fra respondenter. 24 inviterte, ansatte i Psykiatrisk klinikk HNT HF. 15 respondenter svarte elektronisk, og 12 gav tilbakemelding i plenumsmøte. Klinikere med erfaring fra forskning og terapeutevaluering (N = 8) kommenterte instruksjonsstruktur og egenskaper.

Justering og ferdigstilling av S-KMT før psykometriske undersøkelser basert på tilbakemeldingene fra utprøving.

Psykometriske undersøkelser. Av 190 inviterte besvarte 82 (43 %) ferdigstilte S-KMT i elektronisk form. Respondenter var ansatte i HNT HF (N = 49) og barne- og ungdomsinstitusjoner utenfor HNT HF (N = 33).

Validitet ble undersøkt med «face validity». 6 av 9 inviterte eksperter besvarte S-KMT elektronisk og besvarte spørsmål om instrumentets

Fase 3: Psykometriske undersøkelser

Psykometriske egenskaper ved S-KMT ble undersøkt ved analyser av data fra 190 respondenter, bestående av ansatte fra Klinikk for psykisk helsevern og rus, HNT HF (n = 49), og voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner utenfor HNT HF (n = 33). I alt 82 (44 %) av de forespurte besvarte undersøkelsen. Av disse var 71 miljøpersonale (86,6 %), 10 var

ledere (12 %), og 1 deltaker var pasientansvarlig behandler. Femti deltakere (41 %) av de som deltok, hadde enten formell grunnopplæring eller formell videreutdanning i kognitiv terapi. Antall år med erfaring i bruk av kognitiv varierte med 2–5 år for 40 personer (48,8 %) og over 5 år for 22 (22 %). De øvrige 24 i utvalget hadde enten ingen erfaring eller maksimalt 1 års erfaring (19,7 %).

Statistiske analyser

Statistiske analyser ble utført med IBM SPSS Statistics versjon 23 (IBM, 2013). Reliabilitet ved indre konsistens ble undersøkt ved Cronbach's alpha (#). I tillegg ble gjennomsnittskårer og standardavvik for alle ledd kartlagt.

Fase 4: Kartlegging av instrumentets «face validity»

I hvilken grad S-KMTs evne til å måle kompetanse i KMT ble undersøkt med «Face validity» (Thomas, Hathaway, & Arheart, 1992), der erfarne klinkere inspiserer og vurderer S-KMT på bakgrunn av brukervennlighet, klinisk relevans og validitet. Ekspertvurdering av en nytt instruments subjektive validitet er vanlig tidlig i utviklingsprosessen av nye instrumenter (Brewer & Hunter, 2006). «Face validity» er et uttrykk for i hvilken grad et måleinstrument oppfattes som relevant for det fenomenet som skal måles (Thomas et al., 1992). Fagpersoner med lang klinisk erfaring og vitenskapelig tilnærming til KMT ble i forbindelse med vurdering av instrumentets subjektive validitet invitert til å besvare følgende tre spørsmål.

1. I hvilken grad synes du S-KMT er egnet til å måle ferdigheter i KMT?

2. I hvilken grad mener du at en høy skåre på S-KMT indikerer høyt ferdighetsnivå, og lav skåre indikerer lavt ferdighetsnivå?

3. Har du andre kommentarer til S-KMT?

De to første spørsmålene ble besvart i en 5-punkts Likert-skala fra 1 = irrelevant til 5 = extremely suitable (spørsmål 1), og 1 = low til 5 = high (spørsmål 2).

Etikk

Alle deltakerne mottok skriftlig informasjon om hensikten med prosjektet, at det var frivillig å delta, og at alle besvarelser var anonyme. Innsamling av data ble administrert med det elektroniske verktøyet Questback. Kommunikasjon mellom Questbackservere og brukere av tjenesten krypteres, og har passord-beskyttet tilgang. Prosjektet var ikke meldepliktig (NSD, 2015).

RESULTATER

Instrumentet S-KMT

S-KMT består av 31 ledd, fordelt på fem domener der en benytter en Likert skala fra 0 (Ikke i det hele tatt) til 6 (Svært ofte). På spørsmål om hvor ofte respondenter utfører ferdigheter i KMT, representerer 0 «ikke i det hele tatt», og 6 representerer «svært ofte». Tabell 3 gir en oversikt over de fem domenene, og eksempler på ledd som inngår i hvert domene.

Tabell 3: Domener og eksempler på ledd i S-KMT.

* Ledd som er lagt til S-KMT, og som ikke finnes tematisk i C

Domener og ledd
Ferdigheter i utvikling av samarbeid og terapeutisk
1. Jeg forklarer den kognitive modellen til pasienten
2. Jeg er bevisst på å bruke pasientens egne ord og beskrivelser
Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid
9. Jeg bidrar til et kognitivt fokus i det tverrfaglige samarbeidet
10. Jeg søker kollegial hjelp/veiledning for utvikling av egen kognitiv terapi *
12. Jeg bidrar til å avklare roller i det tverrfaglige samarbeidet med pasienten *
Ferdigheter i å skape og opprettholde struktur i pasientens
13. Jeg lager en tydelig plan for den kognitive samtalen
16. Jeg lager treningsoppgaver for pasienten
18. Jeg lar pasienten oppsummere og gi tilbakemeldinger
Ferdigheter i utvikling og bruk av kasusformulering og kognitiv problemstilling, mål og tiltak.
20. Jeg bruker registreringsskjema som 3- og 5-kolonne skjema for å strukturere arbeidet
23. Jeg drøfter hypoteser rundt pasientens problemstilling
Kognitive teknikker og verktøy
24. Jeg bruker veiledet oppdagelse
25. Jeg bruker sokratiske spørsmål

Domenet «Din rolle som kognitiv terapeut i det tverrfaglige samarbeidet» ble lagt til de opprinnelige domenene i CTACS. Leddene i dette domenet ble omformulert til operasjonaliserte påstander om utøvelsen av ulike ferdigheter i KMT (eks: «Jeg bidrar til kognitivt fokus i det tverrfaglige arbeidet»). Innholdet fra 21 av de 24 leddene i CTACS er overført til S-KMT. Noen av de 21 leddene fra CTACS er delt opp i flere operasjonaliserte ferdigheter. Som eksempel er leddet fra CTACS «Bruk av alternative kognitive og atferdsteknikker» operasjonalisert i ledd som «Jeg bruker eksponeringsteknikker» og «Jeg bruker registreringsskjema som 3- og 5-kollonneskjema». Tre ledd fra domenet «Kognitiv terapi struktur», to ledd fra domenet «Utvikling av en samarbeidende terapeutisk relasjon» og fire ledd fra domenet «Utvikling og anvendelse av kasusformulering» ble utelatt. I stedet er nye ledd lagt til og formulert for å vekke den miljøterapeutiske og samtalebaserte terapien bedre (eks: «Jeg oppfordrer pasienten til å bruke omgivelser og aktiviteter som en del av miljøterapien»). Med bakgrunn i kommentarer og tilbakemeldinger fra ulike informanter i den innledende fasen i utviklingen av S-KMT, ble i alt ni ledd justert med tanke på innhold og ordlyd. Det ble særlig kommentert at meningsinnholdet i enkelte ledd var uklart. Ett ledd ble slettet da det ble oppfattet som overflødig fordi meningsinnholdet i leddet ble ivaretatt av øvrige ledd.

Tilbakemeldinger fra respondenter indikerte at S-KMT er enkelt å administrere i en klinisk hverdag. Instrumentet er selvinstruerende, lett å forstå og besvares elektronisk på ca. 5 - 15 minutter.

Subjektiv relevans og «Face validity»

Tilbakemeldingene fra ekspertene i KMT indikerte at S-KMT ble oppfattet som velegnet for måling av ferdigheter i KMT. På spørsmål 1 («I hvilken grad mener du at S-KMT egner seg til måling av ferdigheter i KMT») på en fempunkts Likert-skala (Ikke relevant = 1 og ekstremt egnet = 5), varierte ekspertenes vurdering fra 3 til 5, med en gjennomsnittskåre på 4,0. På spørsmål 2 («I hvilken grad vil du si høye skårer indikerer høyt ferdighetsnivå og lave skårer indikerer lavt ferdighetsnivå»), i samme type skala (lav = 1 og 5 = høy), varierte svarene også her fra 3 til 5, med en gjennomsnittskåre på 4,3.

Psykometriske egenskaper

S-KMT viste akseptabel indre konsistens for hele instrumentet ($\alpha = 0,95$). Alfaskåren for de fem domenene varierte fra 0,71 til 0,90. Se tabell 4.

S-KMT skåres på en Likert-skala med verdier fra 0 til 6. For den totale skalaen ble det funnet en gjennomsnittsskåre på 4,7, med standardavvik fra 0,7 til 1,9. Høye gjennomsnittsskårer og liten spredning på standardavvik indikerer liten variasjon i respondentenes selvevaluering. Tabell 4 gir en

oversikt over gjennomsnittsskårer (M) og standardavvik (SD) for hvert enkelt ledd og for hvert enkelt domene.

Tabell 4: Gjennomsnitt, standardavvik (SD) for ledd.
Cronbach's alpha (α) for domener (n = 82).

Datainnsamlinger n=82			
Domener	Ledd	Gj.snitt	SD
1 Ferdigheter i utvikling av samarbeid og terapeutisk relasjon	1	4,3	1,7
	2	5,6	1,2
	3	5,6	1,1
	4	5,8	0,8
	5	6,0	0,8
	6	5,9	1,0
	7	5,5	0,9
	8	5,9	1,2
2 Din rolle som kognitiv terapeut i tverrfaglig samarbeid	9	4,9	1,3
	10	4,9	1,2
	11	4,8	1,2
	12	4,7	1,2
3 Ferdigheter i å skape og opprettholde struktur i pasientsamtaler	13	4,0	1,4
	14	5,5	1,3
	15	5,0	1,4
	16	4,4	1,5
	17	4,6	1,5
	18	4,7	1,4
	19	5,0	1,4
4 Ferdigheter i utvikling og bruk av kaususformulering; felles kognitiv problemstilling, mål og tiltak	20	3,2	1,9
	21	4,6	1,3
	22	4,4	1,4
	23	4,6	1,3
5 Kognitive teknikker og verktøy	24	4,0	1,6
	25	4,9	1,5
	26	5,6	1,3
	27	4,0	1,6
	28	4,4	1,5
	29	3,2	1,7

DISKUSJON

Tilbakemeldinger fra fagpersoner og eksperter i kognitiv miljøterapi beskrev S-KMT som gyldig, relevant og brukervennlig. Endringene fra CTACS til S-KMT gav en god brukervennlighet ifølge respondentene. Adekvat brukervennlighet innebærer at leddene er enkle å forstå og bidrar til å sikre instrumentets gyldighet. Videre ser det ut til at omformulering av domener og ledd fra CTACS til S-KMT har ivaretatt den spesifikke kognitive atferdsterapeutiske metodikken, samtidig som de særskilte kognitive miljøterapeutiske aspektene blir tatt hensyn til.

Innledende analyser av de psykometriske egenskapene av S-KMT viser en høy Cronbach's alfa-verdi (0,95), eller høy indre konsistens mellom leddene som inngår i hele instrumentet. Dersom S-KMT var utviklet som et endimensjonalt instrument, ville en slik høy alfa-verdi indikere at S-KMT inneholdt overflødige ledd (Tavakol & Dennick, 2011). For de enkelte domenene varierer alfa-verdiene mellom 0,71 og 0,90, noe som viser at de leddene som inngår under hvert domene, relaterer seg til hverandre på en adekvat måte (Sijtsma, 2009).

Selvevaluering medfører en risiko for både under- og overvurdering av egen kompetanse (Brosnan et al., 2008; McManus et al., 2012; Rosenman, Tennekoon, & Hill, 2011). Man ser ofte en underrapportering av kontranormativ atferd, og en overrapportering av atferd som er mer normativ, og kanskje sosialt ønskelig å fremvise (Tracy, Guzman, & Burton, 2014). Påliteligheten til selvrappotering henger dermed i stor grad sammen med hvilken rolle, tanke og idé de som fyller ut skjemaene, har om hvem som har tilgang til resultatene, og hva resultatet skal benyttes til i neste omgang (McManus, Rosen, & Jenkins, 2010; McNamara & O'Hara, 2005). Samtidig vet man at påliteligheten til resultater av selvevaluering øker med grad av trening i bruk av selvevalueringsverktøy (MacManus et al., 2010). Med et slikt kunnskapsgrunnlag er det avgjørende å gjøre vurderinger av når, og i hvilke sammenhenger, selvevaluering skal benyttes som kompetansehevende virkemiddel, og at det legges til rette for trening i bruk av selvevalueringsverktøy.

Nye studier av evaluering av terapeutkompetanse fremhever betydningen av at terapeutene stimuleres til selvrefleksjon omkring bruk av egne ferdigheter og hvordan man forholder seg til ulike pasienter (Anderson et al., 2016; Wampold et al., 2017). S-KMT inviterer til selvevaluering av egen terapeutkompetanse gjennom en selvreflekterende praksis. I kognitiv terapi og i KMT er en spesifikt opptatt av terapeuters evne til å danne arbeidsallianser og relasjoner som en grunnmur for

det terapeutiske arbeidet (Skorpen & Øye, 2010). Alliansebygging og terapeutegenskaper er spesifikt innarbeidet under Domene 1 i S-KMT. En bevisst og strukturert bruk av S-KMT vil legge til rette for økt selvbevissthet med hensyn til spesifikk ferdighetsutvikling hos den enkelte terapeut.

KMT er en behandlingsform der alt tverrfaglig personale bidrar i behandlingen gjennom hele døgnet (Solbjør & Kleiven, 2013). Hele 86 % av yrkesgruppene i den psykiske spesialisthelsetjenesten innehar miljøterapistillinger (Vold, Gurmu, & Hatlebakk, 2014). Disse yrkesgruppene karakteriseres av varierende grad av utdanning og kompetanse (Vatne, 2005), og med begrenset mulighet til evaluering av terapeutkompetanse sammenlignet med leger og psykologer i sine utdanningsløp.

Dersom S-KMT stimulerer terapeuter til en mer selvgranskende og selvreflekterende terapeutpraksis, vil instrumentet kunne være nyttig i utviklingen av egenskaper som Wampold og medarbeidere (2017) viser til at kjennetegner effektive terapeuter.

Begrensninger og styrker

Den innledende utvikling av et selvevalueringsverktøy for miljøterapeuter har noen svakheter. For det første hadde det vært ønskelig at flere eksperter innledningsvis hadde gitt en overflatevurdering av instrumentet. Videre hadde det styrket studien dersom flere miljøterapeuter hadde deltatt i den første utprøvingen av S-KMT, noe som ville medført at en allerede kunne ha gjennomført en bredere psykometrisk evaluering av S-KMT. Samtidig er det riktig å påpeke at prosessen med å utvikle instrumentet har vært dynamisk, omfattende og involvert fagpersoner med lang og bred erfaring både innenfor KMT og kognitiv individualterapi. Videre indikerer moderate til høye Cronbach's alfa-verdier at leddene som danner de enkelte domenene, relaterer seg til hverandre på en adekvat måte.

Implikasjoner

Som et første steg i en videreutviklingsprosess av S-KMT er det ønskelig at avdelinger og institusjoner som har kognitiv miljøterapi som et bærende teoretisk fundament, tar S-KMT i bruk. Det vil være avgjørende om terapeuter i praksisfeltet opplever S-KMT som nyttig, om et slikt selvevalueringsverktøy vil lede til konkretisering av ferdigheter og framgangsmåter i kognitiv miljøterapi, samt om bruk av instrumentet fasiliterer selvreflekterende prosesser rundt egen terapeutrolle. Psykometriske egenskaper bør undersøkes videre ved faktoranalyse for å avklare i hvor stor grad den teoretiske domenestrukturen til S-KMT statistisk trer frem. S-KMTs samtidige

validitet kan undersøkes ved å sammenligne instrumentet med andre metoder for evaluering av terapeutkompetanse, eksempelvis ekspertvurderinger.

Nyere publisert forskning (Wampold et al., 2017) indikerer at verken ekspertvurderinger av terapeutkompetanse eller utdanningsnivå hos terapeuter konsistent predikerer gode terapiutfall. Det gjenstår å utforske i hvor stor grad en selvreflekterende praksis ved bruk av et selvevalueringsverktøy som S-KMT kan bidra til å predikere terapiutfall.

KONKLUSJON

Tilbakemeldinger fra eksperter og fagpersoner innenfor både kognitiv miljøterapi og kognitiv individualterapi tyder på at instrumentet Selvevaluering – kognitiv miljøterapi (S-KMT) bidrar til en brukervennlig selvevalueringsprosess av operasjonaliserte ferdigheter innenfor kognitiv miljøterapi. Samtidig vil påliteligheten til denne formen for selvrappotering henge nøye sammen med omstendighetene rundt bruken av verktøyet, og man må derfor vurdere i hvilke sammenhenger S-KMT er best egnet som et kompetansehevende virkemiddel. Brukervennlighet, nytteverdi, psykometriske evalueringer og hvordan S-KMT relaterer seg til terapiutfall, vil være avgjørende områder å utforske videre.

Referanser

- Ahn, H.N., & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C.L. (2016). A Prospective Study of Therapist Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Treatment Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Barber, J.P., Liese, B.S., & Abrams, M.J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research*, 13(2), 205–221.
- Barber, J.P., Sharpless, B.A., Klostermann, S., & McCarthy, K.S. (2007). Assessing Intervention Competence and Its Relation to Therapy Outcome: A Selected Review Derived From the Outcome Literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 493–500. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.493>

- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Bennet-Levy, J., & Beedie, A. (2007). The Ups and Downs of Cognitive Therapy Training: What Happens to Trainees' Perception of their Competence During a Cognitive Therapy Training Course? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, (35), 61–75. <https://doi.org/10.1017/S1352465806003110>
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen, lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Blackburn, I.M., James, I.A., Milne, D.L., Baker, C., & Standart, S. (2001). The Revised Cognitive Therapy Scale (CTS-R): Psychometric Properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29(4), 431–446. Journal Article.
- Bliksted, V.F., & Bendix, S. (2003). *Implementering af kognitiv miljøterapi: Et pilotprosjekt*. Århus: Psykiatrisk Hospitals Trykkeri: [http://pure.au.dk/portal/da/publications/implementering-af-kognitiv-milj...\(453e4290-1fa4-11df-b95d-000ea68e967b\).html](http://pure.au.dk/portal/da/publications/implementering-af-kognitiv-milj...(453e4290-1fa4-11df-b95d-000ea68e967b).html).
- Borge, L., Røssberg, J.I., & Sverdrup, S. (2013). Cognitive milieu therapy and physical activity: experiences of mastery and learning among patients with dual diagnosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 932–942. <https://doi.org/10.1111/jpm.12090>
- Borge, L., Sverdrup, S., Fyrand, L., & Angell, O.H. (2012). *Tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnose (TEDD): en behandlingsmodell til etterfølgelse og læring? Rapport (Vol. 2012)*. Oslo: Diakonhjemmet Høgskole. Hentet fra http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_34585
- Branson, A., Shafran, R., & Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 68, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.03.002>
- Brewer, J., & Hunter, A. (2006). *Foundations of multimethod research: synthesizing styles*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9781412984294>
- Brosnan, L., Reynolds, S., Moore, R.G., Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2008). Self-evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581–587. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S1352465808004438>

- Dahlum, E., & Aune, T. (2016). Implementering av kognitiv miljøterapi i en barnevernsinstitusjon. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 17(1), 6–19.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 469–482. <https://doi.org/10.1007/bf01172968>
- Fairburn, C.G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Fredheim, K.N. (2009). The implementation of cognitive milieu therapy in an acute psychiatric ward. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 161–167.
- Geanellos, R. (2000). The milieu and milieu therapy in adolescent mental health nursing. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 5(3), 638–648. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11011658>
- Goldberg, S., Rousmaniere, T., Miller, S., Whipple, J., Lars, S., Hoyt, W., & Wampold, B. (2016). Do Psychotherapists Improve with Time and Experience ? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- Gramzow, R.H., & Willard, G. (2006). Exaggerating current and past performance: motivated self-enhancement versus reconstructive memory. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(8), 1114–1125. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16861314>
- Gunderson, J.G., Will, O.A., & Mosher, L.R. (1983). Principles and practice of milieu therapy. (J.G. Gunderson, O.A. Will, & L.R. Mosher (red.). Maryland: Jason Aronson Inc. Publishers.
- Hill, C.E., O’Grady, K.E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 73–79. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556289>
- Holm, L., Oestrich, H.L., Austin, S., Beck, S., La Cour, L., & Lykke, J. (2007). Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde. København: Dansk Psykologisk Forlag AS.
- IBM. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows. Amonk, New York: IBM Corporation.

- Kaslow, N.J. (2004). Competencies in professional psychology. *The American Psychologist*, 59(8), 774–781. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.774>
- Kuyken, W., & Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(1), 42–48. <https://doi.org/10.1159/000172619>
- Lykke, J., Austin, S.F., & Morch, M.M. (2008). Cognitive milieu therapy and restraint within dual diagnosis populations. *Ugeskrift for Læger*, 170(5), 339–343. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18252162>
- Lykke, J., Oestrich, I., Austin F., S., & Hesse, M. (2010). The implementation and Evaluation of Cognitive Milieu Therapy from Dual Diagnosis Inpatients: A pragmatic Clinical Trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 6(1), 58–72. <https://doi.org/10.1080/15504260903498763>
- McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *The American Psychologist*, 65(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292–306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>
- McManus, F., Rosen, K., & Jenkins, H. (2010). Developing and progressing as a CBT therapist. I M. Mueller, H. Kennerly, F. McManus, & D. Westbrook (red.), *Oxford Guide to Surviving as a CBT Therapist* (pp. 301–322). New York: Oxford University Press.
- McNamara, G., & O'Hara, J. (2005). Internal review and self-evaluation – The chosen route to school improvement in Ireland? *Studies in Educational Evaluation*. <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2005.11.003>
- Muse, K., & McManus, F. (2013). A systematic review of methods for assessing competence in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 484–499. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.010>
- Muse, K., McManus, F., Rakovshik, S., & Thwaites, R. (2016). Development and Psychometric Evaluation of the Assessment of Core CBT Skills (ACCS): An Observation-Based Tool for Assessing Cognitive Behavioral Therapy Competence. *Psychological Assessment Assess.* <https://doi.org/10.1037/pas0000372>

- Nordahl, H.M., Nysæter, T.E., & Mikkelsen, B. (2006). Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 3.
- Norsk Forening for Kognitiv Terapi. (2019). For veileder [Web Page]. Hentet fra <https://www.kognitiv.no/utdanning-i-kognitiv-terapi/for-veileder/#>
- NSD. (2015). Skal det registreres personopplysninger? Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Hentet fra <http://www.nsd.uib.no/>
- Oestrich, I.H., Holm, L., Bech, S., & Lykke, J. (2001). Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i likeværdigt samarbejde. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Perepletchikova, F., Hilt, L.M., Chereji, E., & Kazdin, A.E. (2009). Barriers to Implementing Treatment Integrity Procedures: Survey of Treatment Outcome Researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 212–218. <https://doi.org/10.1037/a0015232>
- Rosenman, R., Tennekoon, V., & Hill, L.G. (2011). Measuring Bias in Self-reported Data. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 2(4), 320. <https://doi.org/10.1504/IJBHR.2011.043414>
- Roth, A.D. (2016). A New Scale for the Assessment of Competences in Cognitive and Behavioural Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000011>
- Schoenwald, S.K., & Garland, A.F. (2013). A Review of Treatment Adherence Measurement Methods. *Psychological Assessment*, 25(1), 146–156. <https://doi.org/10.1037/a0029715>
- Shaw, B.F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, M.T., Dobson, K.S., ... Imber, S.D. (1999). Therapist Competence Ratings in Relation to Clinical Outcome in Cognitive Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 837–846.
- Sijtsma, K. (2009). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Skorpen, A., & Øye, C. (2010). Milieu Therapy: Background, Models and Challenges – A Literature Review. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 12(3), 15–27.
- Snyder, C.R., & Ingram, R.E. (red.) (2000). *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Process and Practice for the 21. Century*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Solbjør, M., & Kleiven, H.H. (2013). Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Rapport. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

- (NAPHA), Trøndelag Forskning og Utvikling. Hentet fra <http://napha.no/content/14663/>
Kognitiv-miljøterapi – en kunnskapsoppsummering.
- Soygut, G., Uluc, S., & Tuzun, Z. (2008). A Pilot Study of the Reliability and Validity of the Turkish Cognitive Therapy Adherence And Competence Scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(2), 177–186. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18561050>
- Stewart, J., O'Halloran, C., Barton, J.R., Singleton, S.J., Harrigan, P., & Spencer, J. (2000). Clarifying the Concepts of Confidence and Competence to Produce Appropriate Self-evaluation Measurement Scales. *Medical Education*. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00728.x>
- Stuart, S., Wright, J.H., Thase, M.E., & Beck, A.T. (1997). Cognitive Therapy with Inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 19(1), 42–50. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9034811>
- Svensson, B., Hansson, L., & Nyman, K. (2000). Stability of Outcome in Comprehensive, Cognitive Therapy Based Treatment Programme for Long-term Mentally Ill Patients. A 2-year Follow Up Study. *Journal of Mental Health*, 9(1), 51–61. <https://doi.org/10.1080/09638230016958>
- Sverdrup, S., Borge, L., Angell, O.H., & Fyrand, L. (2011). Evaluering av tverrfaglig enhet for dobbeltdiagnoser (TEDD). Rapport (Vol. 2011). Oslo: Diakonhjemmet Høgskole. Hentet fra http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_16554
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making Sense of Cronbach's Alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thomas, S.D., Hathaway, D.K., & Arheart, K.L. (1992). Face validity. *Western Journal of Nursing Research*, 14(1), 109–112. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1546473>
- Tilden, T. (2013). Det nødvendige samvirket mellom spesifikke og generelle faktorer, 1006–1010.
- Tracy, K., Guzman, D., & Burton, M. (2014). Treatment Process and Participant Characteristic Predictors of Substance use Outcome in Mentorship for Addiction Problems (MAP). *Journal of Alcohol and Drug Dependence*, 2(3), 1–12. <https://doi.org/10.4172/2329-6488.1000171>
- Vatne, S. (2005). Korrigere og anerkjenne: relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vold, B., Gurmu, E.D., & Hatlebakk, I.M. (2014). Spesialisthelsetjenesten, 2013. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2014-06-19#content>

- Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N.E., Frost, N.D., Pace, B.T., ...
Hilsenroth, M.J. (2017). In Pursuit of Truth: A Critical Examination of Meta-analyses of Cognitive Behavior Therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14–32. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Webb, T.L., Joseph, J., Yardley, L., & Michie, S. (2010). Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 12(1), 1–18. <https://doi.org/10.2196/jmir.1376>
- Whisman, M.A. (1993). Mediators and Moderators of Change in Cognitive Therapy of Depression. *Psychological Bulletin*, 114(2), 248–265.
- Wright, J.H. (1996). Inpatient Cognitive Therapy. I P.M. Salkovskis (red.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 208–227). United States of America: The Guilford Press.
- Young, J., & Beck, A.T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating Manual*. Hentet fra <http://www.beckinstitute.org/>