

Kognitiv atferdsterapi

Marit Grande og Jan Ivar Røssberg

Ingen interessekonflikter oppgitt

Kognitiv atferdsterapi

Det sentrale er at pasienten lærer å bruke KAT-teknikkene på egen hånd – som «hjelp-til-selvhjelp», fremhever Marit Grande og Jan Ivar Røssberg.

Hovedideen med kognitiv atferdsterapi (KAT) er at følelsesmessige reaksjoner og atferd er påvirket av våre tanker og kognisjoner. Situasjoner kan gi opphav til tanker og følelser spontant, men det er vår fortolkning som avgjør hvilke konsekvenser de får for oss. Samme situasjon vil bli oppfattet forskjellig fra person til person og vil derfor gi ulike følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner. Det innebærer at det er hvordan vi tolker situasjonen som er av betydning for følelsene våre og ikke situasjonen i seg selv (Beck, 1979; Beck & Weishaar, 1989). Tolkningen skjer gjennom en indre samtale som kommer til uttrykk som tanker, forestillingsbilder, stemninger, fantasier og minner.

Det grunnleggende behovet som mennesker har for å skape mening i opplevelsene sine, er utgangspunktet for KAT. Mennesker med psykiske lidelser har ofte en indre samtale som oppfattes som problematisk. En som sliter med depresjon, har for eksempel ofte negative tanker om seg selv, omverdenen og fremtiden, mens en med angst har tanker om fare og mangel på kontroll. Selv om tankene er overdrevne og urimelige, oppfatter personen dem som troverdige, slik at de påvirker både følelser og atferd, spesielt i situasjoner der vanskene er fremtredende (Beck, 1979).

KAT er en helhetlig psykoterapeutisk metode der søkelyset er på pasientens informasjonsprosessering. Terapeuten arbeider systematisk for å hjelpe pasienten til å se sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Et sentralt mål er å gi innsikt i hvilke situasjoner som utløser ubehag, problemer, stress og symptomer. Dette illustreres best gjennom ABC-modellen (figur 1).

Ved hjelp av ABC-modellen undersøker terapeuten og pasienten i samarbeid hvilke kognitive prosesser (negative automatiske tanker og leveregler) pasienten anvender i problematiske situasjoner. Ved hjelp av sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse er målet deretter å erstatte uhensiktsmessige antagelser med mer hensiktsmessige antagelser som kan redusere de plagsomme symptomene, bedre funksjonen og øke livskvaliteten. Målet er at pasienten lærer å bruke framgangsmåtene i KAT på egen hånd som «hjelp-til-selvhjelp». KAT er således en øvelse i å se på tankene sine og ikke bare gjennom dem, slik det ofte er i situasjoner med sterkt ubehag.

Figur 1

Sentral i kognitiv atferdsterapi: ABC-modellen

Merknad. Figuren er basert på ABC-modellen utviklet av Albert Ellis (1962).

Teori og menneskesyn

KAT er ikke bare én form for psykoterapi, men innebærer egentlig flere tilnærminger som er tilpasset ulike psykiske lidelser. Fellesnevneren er at man legger vekt på sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd (Berge & Repål, 2022). KAT ble utviklet på 1980-tallet og er en sammenslåing av atferdsterapi og kognitiv terapi.

Atferdsterapi er basert på et menneskesyn der man er opptatt av observerbar atferd og hvordan den påvirkes av ytre reaksjoner. Siden tanker ikke er synlige eller kan måles slik som atferd, fokuserer man ikke på tanker i atferdsterapi. Psykiske problemer forstås som et resultat av feillæring og behandles ved å avlære symptomatferd. Atferdsterapi vokste fram på 1950–60-tallet og bygger på fysiologen Pavlovs forskning om fryktrespons ved klassisk betinging og psykologen Skinners forskning om hvordan atferd endres som følge av konsekvenser (Pavlov, 1928; Skinner, 1938). Atferdsterapi har vært viktig for utvikling av vitenskapelige metoder for å evaluere psykoterapi (Martinsen et al., 2021).

Når det gjaldt å forklare kompleksiteten ved psykiske lidelser, kom atferdsterapien til kort. Det banet vei for utviklingen av kognitiv terapi på 1960-tallet. Kognitiv terapi har et menneskesyn som er opptatt av hvordan mennesker er drevet av og handler ut fra tanker eller kognisjoner. Røttene strekker seg tilbake til de stoiske filosofene i oldtidens Hellas og perseren Abu Zayd al-Balkh på 900-tallet. Stoikerne holdt følelser og fornuft adskilt og mente at valg ble gjort uten å involvere følelsene. Al-Balkh beskriver samspillet mellom tanker, følelser og atferd, og hvordan en kan forstå, forebygge og behandle psykiske lidelser (Berge & Repål, 2022).

Psykologen Albert Ellis og psykiateren Aron Beck, begge amerikanere, regnes som grunnleggerne av kognitiv terapi. Gjennom kliniske studier oppdaget de hvordan negative kognitive skjemaer bidrar til å utvikle og opprettholde depresjon (Berge & Repål, 2022). Fokuset i behandlingen var å identifisere og korrigere uhensiktsmessige og dysfunksjonelle antagelser pasienten hadde om seg selv, omverdenen og framtiden. Ellis hevdet at psykiske problemer er forårsaket av irrasjonell tenkning, og at de avtar etter hvert som tankene blir mer rasjonelle. Beck var også opptatt av dette, men studerte i tillegg hvordan atferd påvirker både tanker og følelser. Han inkluderte

atferdsterapeutiske elementer i behandlingen. Det førte til at atferdsterapeuter fattet interesse for teorien hans (Martinsen et al., 2021).

Atferdsterapi og kognitiv terapi ble slått sammen til KAT på 1980-tallet for å utvikle effektive behandlingsmetoder for panikk lidelse (Martinsen et al., 2021). For eksempel bygger Clarks panikkmodell på forskning som viser hvordan panikkanfall blir utløst og opprettholdt av feiltolkninger av kroppslige reaksjoner og uhensiktsmessig atferd (Clark, 1986). I årene etter er det blitt utviklet forskningsbaserte kognitive terapimodeller for de fleste psykiske lidelser og flere somatiske problemstillinger (Berge & Repål, 2022). Felles for terapimodellene er oppfatningen av / ideen om at det er personens tolkning av en hendelse som har betydning for hans/hennes følelser og handlinger i en gitt situasjon. Tolkningen er ofte påvirket av personens antagelser om seg selv, andre og omverdenen som er dannet gjennom erfaringer i oppveksten (leveregler).

Utløsere og opprettholdere

KAT er en strukturert, målorientert, her-og-nå-fokusert og tidsavgrenset samtalerapi. Pasientenes psykiske plager forstås som en gjensidig interaksjon mellom følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd. KAT beskriver tre nivåer av kognisjoner: negative automatiske tanker, sekundære leveregler og grunnleggende leveregler. I behandlingen prøver man å forstå og modifisere alle disse tre nivåene av tenkning samt endre atferd som opprettholder problemene. Fokuset er på hva som vedlikeholder de psykiske plagene/symptomene til pasienten, og hvordan man kan jobbe for å redusere dem. I KAT er man generelt ikke så opptatt av den spesifikke årsaken til psykiske lidelser. De kan være mange, både biologiske, psykologiske og sosiale. For den enkelte pasient er det likevel viktig at pasient og terapeut har en felles forståelse for hvordan de psykiske plagene har utviklet seg, og hva som opprettholder dem.

Tidlig i terapiforløpet samarbeider pasient og terapeut om å lage en oversikt over hva som har bidratt til at pasientene har blitt rammet av en psykisk lidelse, hva som opprettholder den, og hvordan symptomene kan reduseres slik at pasienten får bedre funksjon og livskvalitet. Dette formuleres i en *kognitiv kasusformulering*. Det er en samling av hypoteser om årsaker og opprettholdende faktorer. Den endres gjerne underveis når ny informasjon kommer fram. Det finnes ulike utforminger for kasusformulering, og noen er tilpasset spesifikke typer psykiske lidelser. En kasusformulering inneholder som regel følgende punkter (Berge & Repål, 2022):

- Pasientens aktuelle hovedproblemer (problemliste)
- Erfaringer som kan ha bidratt til utvikling av problemene
- Tanker, følelser og atferd i problematiske situasjoner
- Underliggende oppfatninger som opprettholder problemene (leveregler)
- Beskrivelser av hva pasienten gjør for å beskytte seg selv (sikkerhetsatferd og kompensatoriske strategier)
- Pasientens sterke sider og ressurser

Senere i artikkelen viser vi hvordan Nadines kasusformulering kan se ut (figur 2).

Hvis pasienten forteller om hendelser fra oppveksten eller erfaringer fra senere i livet som kan ha medvirket til vanskene, eller har tanker om hva som har utløst dem, så tas det med i kasusformuleringen. Det kalles for kritiske hendelser. For å få mer forståelse for hvordan pasientens problemer kommer til uttrykk i hverdagen, blir pasienten bedt om å utdype vanskene ved å beskrive tanker, følelser og handlinger i problematiske situasjoner. Spesielt er det viktig å identifisere *negative automatiske tanker*. Det er kortvarige og ureflekterte tanker som raskt passerer bevisstheten og fører til / eller forsterker ubehag. Negative automatiske tanker spiller en sentral rolle for utvikling og opprettholdelse av psykiske vansker.

En kasusformulering kan være mer eller mindre omfattende. *Negative primære leveregler* kan være en del av kasusformuleringen – men ikke nødvendigvis, som ved enkelte angstlidelser. Primære leveregler er globale og stabile oppfatninger personen har om seg selv, andre og omverdenen. De er utviklet under oppveksten og uttrykker hvordan individet har lagret kunnskap om seg selv, andre mennesker og omverdenen ut fra sine erfaringer. Leveregler er resultatet av barnets behov for å forstå og skape mening i opplevelsene de har. For eksempel gir en oppvekst som er preget av kjærlighet, trygghet og forutsigbarhet, grunnlag for positive leveregler (*Jeg er verdifull. Jeg er bra nok. Andre er til å stole på. Verden er trygg*), mens en oppvekst med mye kritikk, avvisning og manglende anerkjennelse kan gi grobunn for negative leveregler (*Jeg er udugelig. Ingen liker meg. Alt er farlig*).

Primære leveregler er underliggende oppfatninger som er lite tilgjengelig for bevisstheten i det daglige. De fungerer likevel som et slags mentalt filter som hendelser tolkes gjennom, og påvirker hvordan personen oppfatter det som skjer. En person med leveregelen «Jeg er verdifull» føler seg som regel trygg sammen med andre og legger merke til det som bekrefter regelen. Dette forsterker følelsen av å være verdifull. En person med leveregelen «Ingen liker meg» vil i den samme situasjonen føle

seg utrygg og være oppmerksom på tegn fra andre som bekrefter regelen og dermed følelsen av å bli mislikt. I situasjoner der personen er sårbar, kan primære leveregler bli aktivert og komme til uttrykk som negative automatiske tanker.

Aktiverte negative leveregler utløser følelsesmessig ubehag. For å beskytte seg mot at de aktiveres, utvikler personen sekundære negative leveregler og kompenserende strategier. *Sekundære leveregler* er den kognitive delen av beskyttelsen og består av holdninger/regler om hvordan man bør, skal eller må oppføre seg for å ha det bra. De kommer gjerne til uttrykk som en konsekvens: «Hvis ..., så ...» eller «Siden jeg er ..., så må/skal/burde jeg ...» For eksempel: «Hvis jeg føyer meg og gjør som de andre forventer, så liker de meg.» Sekundære leveregler har derfor en adaptiv funksjon som gjør det mulig å mestre livet og fungere bra til tross for negative primære leveregler. De kan sågar gi positive ringvirkninger hvis det ikke oppleves som stress å leve opp til reglene. Dog kan det ha en pris; sekundære leveregler endrer ikke personens negative tanker om seg selv, andre og omverdenen, de bare kamuflerer dem. Dersom personen bryter regelen eller ikke klarer å leve opp til den, kan det aktivere negative leveregler, og det oppstår ubehag (Grande & Jensen, 2016).

Kompenserende strategier er det personen gjør for å hindre at primære leveregler blir aktivert. Unngåelse, tilbaketrekking, grubling, bekymring og selvkritikk er eksempler på det. Slike handlinger har både fordeler og ulemper. Fordelen er at personen føler seg bedre eller tryggere i øyeblikket. Ulempen er at de opprettholder problemer og leveregler. I kaususformuleringen er det derfor viktig å få tak i hva pasienten gjør i problematiske situasjoner for å unngå at negative tanker blir aktivert.

Ressurskartlegging kan være en del av kaususformuleringen. Det er gjerne pasientens sterke sider som vil kunne bidra til mestring og muligheter for støtte fra omgivelsene.

Sentrale prosesser og intervensjoner

I begynnelsen av terapien formuleres en *problemliste*. Den gir en oversikt over de problemene som pasienten ønsker hjelp med. Den utformes i mest mulig grad med pasientens egne ord for at han/hun skal kjenne seg igjen i den. Arbeidet med å utforme den starter tidlig og revurderes fortløpende. Mot slutten av terapien bringes den inn for å oppsummere endringer og forebygge tilbakefall.

Samtalene i KAT bygger på en godt utprøvd *struktur*. Med unntak av den første timen brukes den samme strukturen i hver time. Det gir samtalen et tydelig fokus. Over tid blir det en gjenkjennelig struktur for pasienten. Strukturen er følgende: kort oppdatering og humørsjekk siden forrige time,

oppsummering av forrige time, bli enig om agenda, gjennomgå hjemmearbeid, gjennomgå tema på agendaen, bli enig om nytt hjemmearbeid, oppsummere timen og få tilbakemelding fra pasienten på hvordan timen har vært.

Sammen legger terapeut og pasient opp en plan for behandlingen. Målsettingen med terapien kan samles under *SMART*-kategorien, hvor S («specific») = målet med terapien skal være spesifikt, M («measurable») = målet skal være målbart, A («achievable») = målet skal være oppnåelig, R («realistic») = målet må være realistisk, og T («timeframe») = målet må være mulig å nå innen en viss tid.

Tema på *agendaen* er ofte en situasjon fra hverdagen der de problemene som pasienten ønsker hjelp med, kommer til uttrykk. Et sentralt fokus under samtalen er at terapeuten stiller pasienten åpne spørsmål for å få tak i og kartlegge vedkommendes typiske reaksjonsmønstre. Ved hjelp av den kognitive diamanten eller ABC-modellen identifiseres pasientens negative automatiske tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd. I kasuseksempelene viser vi hvordan dette gjøres i praksis.

Et sentralt mål med å kartlegge typiske reaksjonsmønstre til pasienten i problematiske situasjoner er å åpne for alternative og mer nyanserte måter å tenke på. Dette fører til bedre problemløsning, styrker troen på egen mestring og bryter reaksjonsmønstre som opprettholder psykiske problemer (Berge & Repål, 2022). Etter hvert som pasienten blir bevisst på de negative automatiske tankene, stiller terapeuten åpne sokratiske spørsmål på en systematisk måte for å stimulere pasienten til å reflektere og bli nysgjerrig på egen tenking (Beck, 1989). Denne måten å stille spørsmål på kalles *veiledet oppdagelse*. Hensikten er å stimulere pasienten til å utvikle en ny forståelse av hendelsen basert på informasjon som pasienten selv, og ikke terapeuten, kommer med under samtalen. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å se sine opplevelser fra ulike perspektiver og veie fordeler og ulemper ved disse perspektivene. Typiske åpne spørsmål er: Hender det at du ser annerledes på dette? Hvis en venn hadde tenkt det samme som deg, hva ville du sagt til vedkommende? Hva bygger du tankene på? Det er viktig at disse spørsmålene stilles på en empatisk og validerende måte. Det gjør at pasienten føler seg trygg nok til å se på tankene sine fra et annet perspektiv, og dette kan fremme bedre fungering.

Negative automatiske tanker kan være påvirket av *tankefeller*, som er repeterende mønstre i informasjonsbearbeidingen som forleder personen til feiltolkninger. De mest vanlige tankefellene er: sort-hvitt-tenkning, katastrofetenkning, følelsesmessig (emosjonell) resonnering, tankelesning og

overgeneralisering. Det er viktig at dette tas opp med pasienten og problematiseres i timene, slik at pasienten blir oppmerksom når slike tankefeller slår inn.

Et hovedmål i KAT er at pasienten lærer sunnere måter å håndtere stress og påkjenninger på i hverdagen. *Hjemmeoppgaver* brukes til å stimulere pasienten til å trene på nye måter å løse utfordringer på. Innholdet springer ofte ut fra sentrale tema i samtalen og hva pasienten ønsker hjelp med. Flere studier har vist at hjemmeoppgaver øker effekten av behandlingen (Berge & Repål, 2022).

Et av hovedmålene i KAT er at pasienten lærer å bli sin egen terapeut. Det vil si at pasienten kan ta i bruk teknikker eller intervensjoner selv etter at terapien er ferdig. Mot slutten av terapien er det fokus på hvordan pasienten selv kan hindre tilbakefall, og hvilke risikosymptomer han/hun bør være oppmerksom på. Ofte kan det være aktuelt å gi oppfølgingstimer etter at den ordinære terapien er over. Det vil si at pasienten kommer en gang i måneden i tre måneder for at terapeuten skal få sjekket hvordan han/hun mestrer hverdagen.

Empirisk grunnlag

Det finnes en rekke vitenskapelige undersøkelser (randomiserte kontrollerte studier, kvalitative studier og prosess-studier) som har vist at KAT er en effektiv behandling for en rekke psykiske lidelser (Butler et al., 2006). Siden den første randomiserte studien ble publisert i 1977 (Rush et al., 1977), er det nå blitt gjennomført nærmere 1000 randomiserte studier. KAT har spesielt vist seg å være en veldokumentert behandlingsform for ikke-psykotiske lidelser som depressive lidelser, angstlidelser (panikk lidelser, sosial angstlidelser, OCD, agorafobi og helseangst) (Springer et al., 2018), spiseforstyrrelser (bulimi) (Monteleone et al., 2022) og ruslidelser (Ray et al., 2020). KAT er også den best dokumenterte samtaleterapien på de mer «alvorlige» psykiske lidelsene som schizofreni og bipolar lidelse (Jauhar et al., 2019; Laws et al., 2018; McKenna et al., 2019; Turner et al., 2014), selv om effekten er noe mindre enn for de ikke-psykotiske lidelsene (Turner et al., 2014). KAT er også effektiv som en tilleggsbehandling ved somatiske lidelser, blant annet ved tinnitus og som smertebehandling ved migrene (Beck, 2020).

Status i Norge

KAT har etter hvert fått stor utbredelse i Norge, og mange har tatt både innføringsseminarer og veiledningsseminarer i regi av Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT). I dag er det rundt 10 000 kognitive terapeuter som er utdannet gjennom NFKT, og årlig deltar 700–800 terapeuter på denne utdanningen. Psykologer og psykiatere er den største gruppen med tilleggstudanning i KAT. Mange fastleger og leger som jobber innen rehabilitering og smertebehandling, har også tatt utdanningen. Videre er det egne utdanninger for sykepleiere, ergoterapeuter og andre som tar treårig helsepersonellutdanning.

KAT er anbefalt som en kunnskapsbasert behandling for en rekke psykiske lidelser i nasjonale retningslinjer og i norske lærebøker. Det gjelder blant annet angstlidelser (Martinsen et al., 2021), depressive lidelser (Andreassen et al., 2020) og psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten blir det gitt opplæring i KAT. Omtrent 10 % av fastlegene har også gjennomført KAT-utdanning.

Kasus Nadine

Predisponerende faktorer

Ut ifra KAT-modellen er det flere mulige predisponerende faktorer for Nadines psykiske vansker. Selv om medfødte egenskaper, som temperament, ikke står sentralt i KAT-tenkningen, kan hun som det sjenerte og forsiktige barnet hun beskriver seg som, ha vært spesielt sårbar. Hun kan ha følt seg mislykket når hun turte å vise følelsene sine og opplevde at foreldrene reagerte med å trekke seg unna henne eller å straffe henne. Å bli møtt på denne måten av sine nærmeste omsorgspersoner kan føre til at en utvikler negative leveregler som i Nadines tilfelle kan være: «Jeg er mislykket. Det er noe galt med meg. Jeg er verdiløs. Andre liker meg ikke.» For å unngå at disse negative levereglene aktiveres, har Nadine utviklet sekundære leveregler og kompensatoriske strategier. Eksempel på sekundære leveregler er: «Hvis jeg kommer med mine egne meninger, vil andre bli sinte på meg. Hvis jeg viser følelser, vil andre mennesker forlate meg. Hvis jeg viser mitt sanne jeg, vil andre forlate meg og avvise meg.» Eksempel på kompensatoriske strategier: Ikke kreve noe for sin egen del, ikke vise følelser eller si sin egen mening, unngå konflikt.

Ut ifra KAT-modellen kan derfor både leveregler og kompensatoriske strategier være predisponerende faktorer for psykiske lidelser. For Nadine har levereglene sannsynligvis vært lite tilgjengelig for bevisstheten opp gjennom livet. Likevel har hun blitt styrt av dem fordi de har påvirket hva hun har vært opptatt av, spesielt under de depressive periodene. For eksempel har hun vært opptatt av å ikke havne i situasjoner der de blir aktivert og utløser ubehag og tilbaketrekning. Det gjelder konflikter med ektefelle eller kolleger.

Mulige predisponerende faktorer blir uttrykt i kasusformuleringen, som for Nadine ser slik ut:

Figur 2

Nadines kasusformulering

Barndomserfaringer som dannet

Sjenert og forsiktig som barn. Det var lite toleranse for å gi uttrykk for egne følelser (tristhet). Kunne ikke gi uttrykk for egne følelser når hun viste følelser (tristhet). Kunne ikke gi uttrykk for egne følelser straffet ved å bli sendt på rommet sitt. Lærte seg å stenge seg inne for å uttrykke tristheten overfor foreldrene. Brudd med kjærester og misforståelser og konflikter der hun

Primære neg

Jeg er mislykket. Det er noe galt med meg

Sekundære ne

Hvis jeg kommer med mine egne følelser, vil jeg bli oppfattet som
Hvis jeg viser følelser, vil jeg bli oppfattet som
Hvis jeg viser mitt sanne jeg, vil jeg bli oppfattet som

Kompenser

Ikke kreve noe for sin egen del, ikke vise følelser



Situasjon

Uenighet eller konflikt med kolleger på jobben

Merknad. Oversatt og tilrettelagt av forfatterne etter Beck (2020).

Terapeuten deler kasesformuleringen med Nadine og undersøker om den er nyttig, og i hvilken grad hun kjenner seg igjen i den.

Opprettholdende faktorer

Det er sannsynligvis flere faktorer som bidrar til å opprettholde Nadines sårbarhet for en depressiv lidelse, og som ville vært naturlige utgangspunkt for terapien. I KAT ser man for seg at det er spesielt to faktorer som vedlikeholder symptomer. Den ene er tankene og antagelsene vi har om ulike situasjoner eller hendelser som er vanskelige, og som skaper problemer for vedkommende. Den andre faktoren er atferden eller det personen gjør i den konkrete situasjonen som et forsøk på å unngå at de negative tankene blir aktivert (trygghetsatferd). Et sentralt punkt her er at det ikke er situasjonen eller hendelsen i seg selv som skaper problemer for Nadine, men hvordan hun oppfatter den.

Med utgangspunkt i den kognitive diamanten (se figur 3) vil man i KAT fokusere på tanker og atferd. I teorien er det vanskelig å endre følelsene og de kroppslige reaksjonene, men tankene kan man med ulike intervensjoner teste gyldigheten av. Sammen med Nadine kan disse utforskes videre og muligens bli endret til mer realistiske og hensiktsmessige tanker og antagelser. Nadines NAT er også i stor grad farget av det vi kaller tankefeller. Disse vil føre til at de plagsomme symptomene vedvarer så lenge hun ikke er oppmerksom på dem og klarer å se hvor lite hensiktsmessige de er.

Figur 3

Den kognitive diamanten

Problemat

Konflikt og ueni

Negative auto

Jeg skulle ikke sagt d

noe som

Kroppslige reaksjonerSlapp, svimmel, kvalm,
klarer ikke samle tankene**Føl**

Tris

Merknad. Basert på en modell av Padesky og Greenberg (1995) fra Mind over mood.

Hvordan vi som mennesker handler, og hva vi gjør når vi tenker eller frykter at situasjoner eller hendelser kan bli ubehagelige, kan også føre til at plagsomme symptomer vedvarer. Et vanlig atferdsmønster vil være at en unngår situasjoner som kan skape ubehag, eller isolerer seg og trekker seg unna når det oppstår vanskeligheter. Denne unngåelsesatferden som vi også ser hos Nadine, er med på å opprettholde symptomene hennes. Ved å endre atferden kan vi endre hvilke tanker vi har om oss selv, og derigjennom hvilke følelser som vekkes i de ulike situasjonene. På den måten kan endring av et domene i den kognitive diamanten, som i dette eksempelet er en atferdsendring, påvirke og føre til endring i de andre domenene.

Ved at Nadine tester ut hvor hensiktsmessige de er de tankene/antagelsene som hun har om seg selv, andre og framtiden kan hun også redusere de triste følelsene, det kroppslige ubehaget og bli mer sosial. Grublingen hun bedriver, vil også være en vedlikeholdende faktor for de depressive symptomene.

Mål for terapien

Nadine og den kognitive terapeuten vil i starten av behandlingen bli enige om hva som skal være målet med behandlingen. Disse kan endres etter hvert i behandlingsforløpet. For de fleste som har en depresjon som Nadines, vil målet være å redusere de depressive symptomene. Dette vil likevel være veldig individuelt og må settes opp i nært samarbeid med pasienten. Målene til Nadine bør så langt det lar seg gjøre følge SMART-prinsippet som vi har omtalt tidligere. En problemliste for Nadine kan være:

- 1 Ha mindre depressive symptomer
- 2 Få bedre selvfølelse
- 3 Være mer sosial og ikke isolere meg
- 4 Fortsette å holde meg unna alkohol

Ved hjelp av ulike KAT-intervensjoner er målet at Nadine skal få det bedre. Deretter at hun selv tar i bruk disse verktøyene for å hindre tilbakefall når hun senere møter stressende livshendelser.

Sentrale intervensjoner

I de første timene er det viktig at Nadine får tiltro til terapimetoden og et håp om at det faktisk går an å få det bedre. Det er viktig at det etableres en tillitsfull relasjon mellom pasienten og terapeuten. I likhet med Nadine er det mange som sliter med skam i forbindelse med at de er deprimerte. De tenker at de selv er skyld i depresjonen, og at de derfor er «svake» og «udugelige». Tanker som at «jeg greier ikke å komme meg ut av dette engang», er også vanlig. Det er derfor god terapi i seg selv å informere Nadine om hva en depresjon er, at mange rammes, og at de fleste kommer seg ut av depresjonen. Det betyr ikke at man er et svakt menneske. Dette kan normalisere situasjonen og få henne til å se at det ikke er noen sammenheng mellom å være et svakt menneske og det å slite med en depressiv lidelse. God psykoedukasjon om lidelsen vil i seg selv føre til bedring og gi håp. Informasjon om hva vi vet om faktorer som utløser, opprettholder og reduserer symptomene, kan være første skritt mot en bedring.

Sokratiske spørsmål og veiledet oppdagelse

Hovedfokuset i en KAT-samtale er som regel problematiske situasjoner som oppstår i pasientens hverdag, og som pasienten ønsker hjelp til å mestre bedre. I veiledet oppdagelse stiller terapeuten Nadine sokratiske spørsmål for at hun selv skal komme fram til mer balanserte og hjelpsomme alternative tanker. Innledningsspørsmålet i KAT-samtalen er gjerne:

- Kan du fortelle meg om en situasjon som har oppstått siden sist, der du følte deg trist og nedstemt eller mislykket?
- Kan du fortelle meg om en episode siden sist da du grublet over deg selv og problemene dine?

Negative automatiske tanker

Målet er å få tak i hvordan Nadine tenker, og forestillingsbildene hennes i problematiske situasjoner. Etter at hun har beskrevet situasjonen så konkret som mulig, følger terapeuten opp med å stille spørsmål om Nadines negative automatiske tanker i situasjonen: Hvilke tanker gikk gjennom hodet ditt i situasjonen? En av de negative automatiske tankene til Nadine er: «Jeg er mislykket.» De neste spørsmålene fra terapeuten er: Hvilke følelser fikk du? Hva kjente du i kroppen? Hva gjorde du?

Sammen med Nadine tegner terapeuten et ABC-skjema og skriver inn situasjonen, negative automatiske tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd, som vist i figur 4. I KAT er vi opptatt

av å jobbe med tanker som oppleves som troverdige, og som er knyttet til ubehag og dysfunksjonell atferd, de såkalte «hot cognitions». For å utforske tankens styrke og troverdighet og graden av ubehag den utløser, kan terapeuten stille følgende spørsmål:

- Hvor overbevist er du om at tanken er sann (på en skala fra 0 til 100 prosent, der 100 betyr helt sann)?
- Hvor ubehagelig var følelsen (på en skala fra 0 til 100 prosent, der 100 er maksimalt ubehag)?

Figur 4

En ABC-formulering for Nadine



Etter at terapeuten og Nadine har fått et bilde av hvilke tanker, følelser og atferder som oppstår i problematiske situasjoner, utforsker de meningen hun tillegger de negative automatiske tankene. Det kan for eksempel være følgende sokratiske spørsmål: Hva er det å være mislykket? Hvordan kan du se at andre er mislykket? På hvilket grunnlag vil du vurdere en annen som mislykket, kan du lage en liste over hva som kjennetegner en person som er mislykket? Hvilke av disse kjennetegnene er det du har?

En annen metode for å utforske den negative automatiske tanken er å se på hvilke belegg Nadine har for antagelsen beskrevet i tabellen over: «Jeg er ikke bra nok.» Hva bygger hun den antagelsen på, hvilke bevis har hun for at den antagelsen skulle være sann? Og hvis hun ikke finner noe særlig støtte for antagelsen, hvor hensiktsmessig er det å holde fast ved den? Da kan man lettere komme fram til alternative tanker/antagelser som er mer realistiske og hensiktsmessige for Nadine. Tanken/antagelsen som skal vurderes, «Jeg er ikke bra nok», er beskrevet i figur 5.

Figur 5

Beviser som støtter antagelsen / ikke støtter antagelsen

Beviser som støtter tanken	Beviser som IKKE støtter tanken
Jeg kjenner at jeg begynner å bli deprimert	Mannen min holder ut med meg
	Det å være deppa betyr ikke at man ikke er bra nok
	Jeg har fått mange gode tilbakemeldinger på jobben
	Ingen har sagt at jeg ikke er bra nok
	Jeg har kommet meg ut av triste og nedstemte tanker tidligere

Andre sokratiske spørsmål man kunne stille, er følgende: «Hender det at du tenker annerledes om deg selv, at du er bra nok? Hvis en venn tenkte det samme som deg, hva ville du sagt til vedkommende? Hva ville en nær venn sagt til deg?»

Atferd

Et annet viktig endringsaspekt er hvordan vi selv kan bidra med atferdsendring, og hvordan det igjen påvirker følelsene og tankene våre. Nadine viser en atferd som er typisk ved depresjon. Hun isolerer seg og trekker seg tilbake. I et kort perspektiv kan dette være hensiktsmessig atferd. Hun vil slippe ubehaget det kan være for henne å oppsøke sosiale situasjoner. På lang sikt holder dette bare symptomene vedlike. Unngåelse hindrer at Nadine får positive tilbakemeldinger og kan oppleve mestring. I starten av terapien kan det også være hensiktsmessig at Nadine registrerer aktivitetene sine / hva hun gjør i løpet av en dag. Samtidig noterer hun hvordan hun har det på en skala fra 1 til 10, hvor 10 betyr å ha det veldig bra, mens 1 er å ha det dårlig. Da kan Nadine sammen med terapeuten få en oversikt over hvordan humøret svinger, hvilke aktiviteter som gir mye glede, og hvilke som ikke gir det. Så kan Nadine prøve å gjøre ting som gir mest mulig glede en periode framover, slik at hun kan bli bedre/friskere.

Hjemmeoppgaver

Hjemmeoppgavene kan innebære mye forskjellig. Det er viktig at Nadine opplever dem som relevante for de problemene hun har. I starten kan en hjemmeoppgave være å lese om hva depresjon er, og hva som er best mulig behandling. Senere kan det være at hun registrerer ulike tanker, spesielt negative automatiske tanker, i en sosial sammenheng. Dette kan så Nadine og terapeuten utforske videre i terapitimen.

Grubling

Nadine isolerer seg ofte ved å trekke seg tilbake og tenke mye over problemene sine. Det gir god grobunn for å gruble over situasjonen hun er i, hvorfor det ble slik, og om det finnes noen løsning. Det er viktig at terapeuten og Nadine i fellesskap undersøker hva som er best for henne, og hvordan grublingen skal kunne løse problemene hennes. Det blir viktig å gi god psykoedukasjon om at grublingen ikke fører til noen løsning, men snarere er med på å opprettholde vanskene hennes. Sammen med terapeuten kan Nadine få hjelp til å utforske hvordan hun føler seg når hun ligger på sofaen og grubler. Har hun det best når hun grubler, eller har hun det bedre når hun er mer aktiv, for eksempel når hun besøker søsteren sin eller er på kafe med en god venninne? På denne måten blir intervensjonen også en form for atferdsaktivering, som beskrevet ovenfor. Etter hvert vil fordelene og ulempene ved å ligge på sofaen og gruble sannsynligvis bli klarere for henne, og hun vil se at grublingen ikke er særlig hensiktsmessig.

Det å sette av tid til grubling som en hjemmeoppgave kan også være nyttig. Slik kan hun få hjelp til å redusere tiden hun bruker på grubling. Nadine kan sette av for eksempel 30 minutter til å gruble over situasjonen sin på et bestemt tidspunkt på dagen, mot at hun lar være å gruble på andre tider. I neste terapitime kan Nadine og terapeuten da sammen vurdere om dette hjelper på de depressive symptomene hennes, og om hun synes at grubling er nyttig.

Hvordan vurdere endring?

KAT er en fokusert og tidsavgrenset terapiform hvor man hele tiden sjekker om man er på rett spor med tanke på bedring hos pasienten, og om bedringen er i tråd med hva pasienten helst ønsker. Etter hver time er det derfor viktig med en tilbakemelding fra pasienten om man er på rett spor, eller om det er noe man skal gjøre annerledes.

I begynnelsen av hver time gjør terapeuten en «humørsjekk» for å kartlegge og vurdere mulige endringer. I Nadines tilfelle vil det være å sette søkelys på de depressive symptomene og spørre om hvor deprimert hun har følt seg den siste uken på en skala fra 0 til 10 (der 10 er maksimalt deprimert). Uansett om tilstanden er stabil eller om det har skjedd en endring, er det nyttig å sette opp som et eget punkt på agendaen hvorvidt terapien er på rett spor.

Pasienten fyller gjerne ut ulike skjemaer før timen. For å se om det er endringer i depressive symptomer brukes ofte Beck Depression Index (BDI), som er et godt mål for depresjon. En lavere skår hos Nadine her vil si at hun blir bedre og bedre.

Det er viktig at terapien har søkelys på Nadines tendens til å isolere seg. Det samme gjelder målet med å holde seg unna alkohol. Det kan gjøres ved at terapeuten hjelper Nadine til å registrere alkoholbruk og utforske hvordan atferden påvirker de plagsomme symptomene, funksjonen og livskvaliteten hennes.

Avslutning

KAT er en meget veldokumentert samtalerapi og har effekt på en rekke psykiske lidelser. Den er spesielt godt undersøkt for angst og depressive lidelser, ikke bare når det gjelder å komme seg ut av en depresjon, men også det å forebygge nye episoder. Teorien bak KAT er relativt lett å lære, mens det viser seg å være noe vanskeligere med den praktiske gjennomføringen. Det er viktig at terapeutene kan prinsippene bak KAT veldig godt for å kunne lære pasienten å bli sin egen terapeut.

Referanser

- Andreassen, O., Malt, U., Malt, E. & Melle, I. (2020). *Lærebok i psykiatri: basisversjon*. 1. utgave. Gyldendal.
- Beck, A.T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, A.T. & Weishaar, M. (1989). Cognitive therapy. I A. Freeman, K.M. Simon, L.E. Beutler & H. Arkowitz (Red.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* (s. 21–36). Springer US.
https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9779-4_2
- Beck, J.S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications.
- Berge, T. & Repål, A. (2022). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461–470.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
- Grande, M. & Jensen, L.H. (2016). *Kognitiv terapi ved psykose*. Universitetsforlaget.

- Greenberg, D & Padesky, C.A. (1995) *Mind over mood*. Guildford.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.
- Jauhar, S., Laws, K.R. & McKenna, P.J. (2019). CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychology Medicine*, 49(8), 1233–1236. <https://doi.org/10.1017/s0033291718004166>
- Laws, K.R., Darlington, N., Kondel, T.K., McKenna, P.J. & Jauhar, S. (2018). Cognitive Behavioural Therapy for schizophrenia – outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. *BMC Psychology*, 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0243-2>
- Martinsen, E.W., Røssberg, J.I., Falkum, E. & Haavet, O.R. (2021). *ABC i kognitiv terapi: startbok for helsearbeidere*. Fagbokforlaget.
- McKenna, P., Leucht, S., Jauhar, S., Laws, K. & Bighelli, I. (2019). The controversy about cognitive behavioural therapy for schizophrenia. *World Psychiatry*, 18(2), 235 - 236. <https://doi.org/10.1002/wps.20636>
- Monteleone, A.M., Pellegrino, F., Croatto, G., Carfagno, M., Hilbert, A., Treasure, J., Wade, T., Bulik, C.M., Zipfel, S., Hay, P., Schmidt, U., Castellini, G., Favaro, A., Fernandez-Aranda, F., Il Shin, J., Voderholzer, U., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., ... Solmi, M. (2022). Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 142, 104857. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104857>
- Pavlov, I.P. (1928). Conditioned reflexes in dogs after destruction of different parts of the cerebral hemispheres. I I.P. Pavlov & W.H. Gantt (Trans.), *Lectures on conditioned reflexes: Twenty-five years of objective study of the higher nervous activity (behaviour) of animals* (pp. 97–98). Liverwright Publishing. <https://doi.org/10.1037/11081-005>
- Ray, L.A., Meredith, L.R., Kiluk, B.D., Walthers, J., Carroll, K.M. & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(6), e208279. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17–37. <https://doi.org/10.1007/BF01173502>
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms: an experimental analysis*. Appleton-Century.

- Springer, K.S., Levy, H.C. & Tolin, D.F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *61*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002>
- Turner, D.T., van der Gaag, M., Karyotaki, E. & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, *171*(5), 523–538. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>