

HENRIK TINGLEFF

KOGNITIV TERAPI

METODER I HVERDAGEN 2

COPYRIGHT

COPYRIGHT

Til min datter Sofie
Kys det nu, det satans liv!

COPYRIGHT

© 2008 Henrik Tingleff

Omslag og Grafik: Enellaura.dk

Redaktion: Lise Tingleff Nielsen

Foto: Fotograf Nils Djervad

Forlag: Kognitivt Forlag, København, Danmark

Fremstilling: Books on Demand GmbH, Norderstedt, Tyskland

ISBN 978-87-992524-1-1

HENRIK TINGLEFF

KOGNITIV TERAPI

METODER I HVERDAGEN 2

Cand. psych. Henrik Tingleff
Certified Affiliate; Academy of Cognitive Therapy


Center for Kognitive Psykologer www.cfkp.dk
Center for Kognitiv Formidling www.cfkf.net

INDHOLD

1. Det er tanken der tæller	→ 9
2. Når du ikke kan få fat i tanken	→ 21
3. Metoder til tankeintervention	→ 29
Kvaliteten af beviset	→ 29
Afproblemativering	→ 34
Afsæt bekymringstid	→ 37
Sandsynlighedsberegninger	→ 40
Tankeeksponering	→ 45
4. Uoverensstemmelse og ikke effekt	→ 49
Hoved - Mave dialog - (argument - modargument)	→ 53
To regelsæt	→ 57
5. Adfærdseksperimenter	→ 61
Teste hypoteser eller indsamle information	→ 63
Spørgsmål og fokus i alle eksperimentets faser	→ 68
Eksponering	→ 70
6. Tre gode generelle metoder	→ 79
Progressionsliste	→ 79
Accept	→ 81
Problematisk positive leveregler	→ 83
7. Egensessioner	→ 85
Sessionsramme 1	→ 87
Sessionsramme 2	→ 89
8. Undgå tilbagefald	→ 91
9. Et kig bag den lukkede dør	→ 103
10. Når du skal vælge behandler	→ 135
11. Henvisningsliste	→ 141
12. Litteratur	→ 143

Læsevejledning

Denne bog bygger videre på *Kognitiv Terapi – metoder i hverdagen 1* og forudsætter derfor, at læseren har et grundlæggende kendskab til kognitiv terapi og metoder. Bogen kan imidlertid fint læses uden forudsætninger, hvis man indimellem blot konsulterer *Kognitiv Terapi – metoder i hverdagen 1* eller en anden grundbog i kognitiv terapi. Alle henvisninger til bogen:

Kognitiv Terapi – metoder i hverdagen 1 er markeret med følgende symbol: 

Alle henvisninger/ord er oplistet alfabetisk bagerst i denne bog med angivelse af, hvor de er uddybet eller forklaret i *Kognitiv Terapi – metoder i hverdagen 1*.

COPYRIGHT

Forord

”Står der noget om det i din bog?” Dette spørgsmål er jeg ofte blevet stillet, når jeg i mine daglige sessioner har præsenteret mine klienter for nye metoder, tips eller tilgange til deres arbejde med personlig udvikling. Denne bog er derfor ligesom dens forgænger tænkt som en brugsbog, der kan introducere læseren for forskellige kognitive metoder eller hjælpe en klient med at huske nogle af de pointer, som er kommet frem i samtaler med den kognitive psykolog. Den handler om kognitiv terapi – i hverdagen.

Hvordan adskiller denne bog sig fra 1’eren, Kognitiv Terapi – metoder i hverdagen 1? I denne bog har jeg valgt ikke at gentage de helt grundlæggende kognitive teorier, metoder og principper. Jeg præsenterer derimod nogle af de metoder og pointer, som efterhånden er blevet mine ”favoritter”, og som ikke fik plads i den første bog. Bogen afspejler således på mange måder det, jeg forsøger at gøre både i min psykologpraksis og ved foredrag – nemlig at præsentere forskellige tilgange til den kognitive terapi. Tilgange som bygger på samme principper, men som er forskellige i udtryk, og derfor hver især passer bedre til nogle mennesker eller nogle situationer - Vælg selv!

Det er indlysende, at en bog som denne ikke er i faglig dialog med de mange hyldemeter af fremragende videnskabelig litteratur om kognitiv terapi. Trods det ”lette udtryk” har jeg imidlertid bestræbt mig på at lade bogen være baseret på et solidt fagligt fundament af viden om kognitiv terapi (jf. referenceliste bagest i bogen).

Ingen fagfolk lærer mig mere om kognitiv terapi end mine daglige klienter. I udfordrer mig, holder mig skarp og gør mig klogere hver eneste dag. Vid, at jeg beundrer jer og nærer den dybeste respekt for den del af det terapeutiske arbejde, som I leverer. Denne bog er tilegnet jer. Der skal lyde en oprigtig tak for inspiration, sparring og fælles hverdag, i et fagligt og menneskeligt miljø af højeste kvalitet, til mine daglige kollegaer på Center for Kognitive Psykologer. Derudover skyldes denne bog i høj grad mit samarbejde med min amerikanske

mentor og supervisor Ph.d. Marci G. Fox, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research: Marci, you showed me new perspectives and improved my skills. You made me a better cognitive therapist - and you made me enjoy the entire process!

Intet var dog, som det er, hvis jeg ikke havde kvinderne i mit liv. Der skal lyde en dybfølt tak til Lise for endnu engang at bidrage med den grundighed, der skal til for at løfte mine til tider middelmådige skrivelser til en færdig tekst. Tak er langt fra nok til Lotte og Sofie. Lotte, du giver det hele mening og perspektiv. Sofie, når du engang er stor nok til at læse det her, ved du det forhåbentlig allerede: Din far er mere end pavestolt af dig, og hver eneste dag lærer du mig at værdsætte livet lidt mere.

København, maj 2008
Henrik Tingleff

Den kognitive model er en relationsmodel. Det betyder, at de elementer, som er med i modellen – nemlig tanker, adfærd, følelser, krop og omverden – alle sammen påvirker hinanden indbyrdes. Ideen med den kognitive model er at illustrere, at når der sker noget omkring os, så er det ikke det, der sker, der bestemmer, hvordan vi oplever situationen. Det er vores *opfattelse*, der er afgørende. Det er så at sige det, vi *tænker* om situationen, der er med til at bestemme vores *følelser* og *adfærd* – og omvendt: En bestemt *følelse* eller *kropslig reaktion* kan give os bestemte tanker.

Man kan f.eks. forestille sig en undervisningssituation på gymnasiet eller universitetet. Det, at læreren siger: ”Hvem vil gå til tavlen og gennemgå denne her andengradslikning?” får ikke i sig selv dine øjne til at slå ned, dine skuldre til at falde, din mave til at snurre og din nervøsitet til at stige. Det er det, du tænker om situationen, der bestemmer, hvordan du har det. Hvis dine tanker lyder: ”Åh nej, det kan jeg ikke. Jeg kommer til at dumme mig”, så vil din krop, dine følelser og dine handlinger sandsynligvis se ud som netop beskrevet. Hvis du derimod tænker: ”Hvilken god mulighed for at øve mig og vise hvad jeg kan”, vil du være mere tilbøjelig til at få hånden i vejret, og følelsen i maven vil nok nærmere være spænding frem for nervøsitet.

Det er altså tanken, der tæller. Men hvad, der er nok så vigtigt og netop pointen med at præsentere den kognitive model som en relationsmodel, er, at der i den grad er et tæt samspil mellem menneskets tanker, følelser, kropslige fornemmelser og handlinger. En tanke kan sætte noget i gang. Men modellen virker også ”den anden vej”. Bestemte *følelser* eller *handling*er kan også påvirke vores *tanke*r. Hvis man f.eks. tager mod til sig og går til tavlen og oplever, at det går godt, kan tanken forholdsvis let ændres til: ”Jeg er slet ikke så dårlig til matematik, som jeg først troede”.

Omverdenen bør tænkes med

Bemærk, at den grafiske fremstilling af den kognitive model adskiller sig en smule fra den klassiske, lidt mere simple kognitive model ☹️. I nærværende bog er omverdenen indført som en femte faktor i modellen. Det er der primært to årsager til:

For det første giver det os en forklaring på, hvorfor nogle mennesker er mere tilbøjelige til at få en given tanke eller følelsesmæssig reaktion end andre. Hvis man f.eks. har været udsat for vold eller mishandling gennem længere tid, er det indlysende, at man langt oftere tænker på sig selv som værdiløs, ubrugelig og sårbar. Måske tænker man også, at verden er farlig, utilregnelig og til tider ligefrem uudholdelig. Man behøver imidlertid ikke at have været ude for traumatiske oplevelser, for at ens tanker, følelser, kropslige fornemmelser eller adfærd påvirkes af omgivelserne. Faktorer som social omgangskreds, køn, kultur, religion, medier, arbejdsplads mv. kan påvirke, hvad man tænker og føler.

Den anden årsag til at inddrage omgivelserne i den kognitive model er, at dette perspektiv kan være med til at undgå, at vi alt for let laver *omstruktureringsfejl* ☹️, når vi evaluerer og nuancerer vores tænkning. Hvis vi medtænker omgivelserne, så forfalder vi – forhåbentlig – sjældnere til ukritisk optimisme eller negligering af sandheden. Målet er ikke, at vi altid blot skal ”tænke positivt og springe ud i det”. Der findes overdrevent autoritative lærere og klasser med en undertrykkende social kultur, og her er det objektivt set sandsynligt, at der vil blive grinet af dig ved tavlen. Nervøsiteten og de negative tanker er derfor helt forståelige. Der er med andre ord mange situationer, hvor *omverdenen* – de sociale og kulturelle rammer eller de konkrete fysiske forhold – vitterligt gør det vanskeligt at handle på en bestemt måde. Her er det langt fra nok blot at ændre sine tanker. Selvom vi har inddraget omgivelserne i den kognitive model, er en væsentlig pointe imidlertid stadig: Det er ikke den overdrevent autoritative lærer, der giver os ondt i maven. Det er ikke den knirkende dør, der får os til at gemme os under sengen. Det er og bliver vores

opfattelse af læreren, eller det der sker ved døren, der bestemmer, hvordan vi har det med læreren eller døren.

I kognitiv terapi arbejder vi meget med de *tanker*, som fører til uhensigtsmæssig *adfærd*. Det er imidlertid et ligeså betydningsfuldt aspekt at arbejde med handlingernes betydning for vores tanker. En væsentlig del af kognitiv terapi er således også at tilegne sig ny og/eller udvikle eksisterende *adfærd*. Derfor hedder det også kognitiv adfærdsterapi.

Du er, hvad du tænker og gør

Med henvisning til *omverdenen* i den kognitive model har man mulighed for at illustrere, at alle mennesker har en unik forståelse af dem selv og deres omgivelser – det vi kalder *basale antagelser* og *kerneoverbevisninger* ☞ - som netop er opstået på baggrund af deres tidligere erfaringer og opvækst.

Mennesket er således indrettet, at vi hver eneste dag gør alt, hvad vi kan for at bekræfte disse antagelser ved selektivt at inddrage den information, der ”passer til” vores antagelser og overbevisninger. Hvis vi ser os selv som værdifulde og elskelige mennesker, har vi tendens til at overse de episoder, der ville kunne afkræfte det. Hvis vi derimod grundlæggende betragter os selv som værende inkompetente, har vi travlt med at lægge mærke til folks afvisninger, de fejl vi begår og de ting, der ikke lykkes.

De *adfærdsmæssige* reaktioner er ofte med til at vedligeholde fortolkningen. For hver gang man undgår at gå til tavlen, vedligeholder man tanken om, at man ikke har, hvad der skal til for at stå deroppe. For hver gang man scanner udhuset for edderkopper, vedligeholder man tanken om, at edderkopper er farlige.

De *følelsesmæssige* reaktioner er ofte med til at forstærke fortolkningen. Når man sidder i klassen og mærker, at maven snører sig sammen, er det let at tænke, at en sådan reaktion må være et tegn

på, at det ikke bare er ubehageligt, men måske ligefrem skadeligt at gå til tavlen: ”Når jeg føler mig angst bare ved tanken om det, hvordan vil jeg så ikke få det, når jeg rent faktisk står deroppe?”

Når vi på denne måde vedligeholder vores antagelser, betyder det også, at vores daglige aktiviteter, vores adfærd og de strategier, vi følger, i høj grad er bestemt af vores tanker om os selv og omverdenen, og af vores umiddelbare *adfærdsmæssige* reaktioner på de udfordringer vi møder. Det bliver i høj grad tankerne, der afgør, hvad vi beskæftiger os med, hvad vi forsøger at undgå, hvad vi roser os selv for, hvad vi skælder os selv ud for osv.

Afsættet for kognitiv terapi er således, at det i sidste ende er karakteren af vores antagelser, der er afgørende for, om vi er velfungerende eller ej. Hensigtsmæssige og funktionelle antagelser vil gøre os velfungerende, mens uhensigtsmæssige, dysfunktionelle antagelser vil gøre vores liv anstrengt og begrænset. Netop derfor er essensen i kognitiv terapi, at man ser enhver psykisk problemstilling som forårsaget af dysfunktionelle, forvrængede tanker.

Enkelt – men ikke så enkelt endda

Når de kognitive metoder og principper fremstilles, som de gør her, så virker det hele dejligt enkelt. Det er det sådan set også:

Kognitiv terapi går i sin mest simple form ud på, at hjælpe folk der har det skidt – dvs. oplever negative følelser – med at identificere den tanke, der genererer følelsen, og derefter undersøge og evaluere i hvor høj grad tanken stemmer overens med ”virkeligheden”. Viser det sig, at tanken ikke stemmer overens med ”virkelighedens verden”, så reformuleres den i samarbejde med klienten, og den nye fortolkning/tanke vil give en ny og bedre følelsesmæssig tilstand. Evaluering og nuancering af tanker sker oftest samtidig med, at klienten forsøger at ændre eller tilpasse de handlemønstre, som er med til at vedligeholde dysfunktionelle og forvrængede tanker.

I *praksis* går det selvfølgelig ikke altid lige efter bogen. Som i alle andre udviklingsprocesser møder man også i arbejdet med kognitiv

terapi udfordringer og vanskeligheder. Princippet i kognitiv terapi er imidlertid som netop beskrevet forholdsvis enkelt.

Det, at der findes en forholdsvis enkel beskrivelse af kognitiv terapi, har desværre gjort, at der de senere år er opstået mange fordomme om, hvor simpel og ufølsom kognitiv terapi kan være. Fordommene opstår dels pga. manglende viden, men desværre også pga. uprofessionel og ukorrekt anvendelse af kognitiv terapi.

Fordomme

Nedenfor præsenteres og kommenteres kort en række af de fordomme, som huserer om kognitiv terapi. Intentionen med dette er langt fra at lange ud efter nogen eller at præsentere dogmatiske modsvar. Intentionen er snarere at bruge fordommene til – ved hjælp af modargumenter – at præsentere nogle af de elementer ved kognitiv terapi, som jeg finder særligt væsentlige og værdifulde.

Fordom: Kognitiv terapi lærer blot folk at se alting i et positivt lys, selvom situationen virkelig er negativ.

Kognitiv terapi: Kognitiv terapi forsøger ikke at lære mennesker at se ting mere positivt. Kognitiv terapi søger at lære mennesker at evaluere situationen og se tingene i et mere realistisk lys. Det er som udgangspunkt ikke interessant, om en tanke er positiv eller negativ. Det interessante er, om tanken stemmer overens med ”virkelighedens verden” eller ej.

Forskning har vist, at hvis en person har en psykisk lidelse, vil vedkommende ofte se en række situationer på en forvrænget og uhensigtsmæssig måde. Sygdommen forvrænger altså billedet af virkeligheden, således at tanker og opfattelser ikke længere er realistiske. Formålet med kognitiv terapi bliver hermed at lære personen at evaluere og nuancere disse forvrængninger af tænkningen, så tankerne i højere grad kommer til at afspejle et realistisk verdensbillede.

Fordom: Kognitiv terapi handler kun om overfladeproblemer og gør ikke meget for at ændre kernen i folks problemer.

Kognitiv terapi: Kognitiv terapi starter med at behandle de problemer, klienten oplever i sin hver dag her-og-nu. Dette har til formål at hjælpe klienten til hurtigst muligt at få en lettere hverdag. I takt med at klient og terapeut får flere og flere informationer om, hvad klienten tænker om de problematiske situationer, som klienten møder i sin hverdag, bliver der imidlertid et bedre og bedre grundlag for at forstå, hvordan klienten overordnet ser sig selv, andre og verden. Klientens antagelser og overbevisninger er ofte skabt i barndommen og er derfor dybtliggende. De kan dukke op i hverdagssituationer som angstfyldte eller depressive tanker, der leder til negative følelser og uhensigtsmæssige adfærdsmæssige reaktioner.

Den kognitive terapeut arbejder sammen med klienten på at analysere, hvad der sker i en given her-og-nu-situation. Der arbejdes helt konkret med at undersøge nye måder at handle eller reagere på samt med alternative måder at tænke på, for herigennem at ændre uhensigtsmæssige adfærdsmønstre og negative tanker. Når klienten ser, hvordan hans eller hendes reaktioner, humør og andre symptomer kan forbedres - når klienten begynder at se vanskelige situationer i et mere realistisk lys - begynder vedkommende typisk gradvist at forlade de uhensigtsmæssige antagelser og overbevisninger.

Målet med at arbejde med her-og-nu-oplevelser er således at ændre de dybereliggende uhensigtsmæssige antagelser. Vejen hertil er typisk at få nye her-og-nu-oplevelser, som overbeviser klienten om, at tingene kan løses eller håndteres på en mere konstruktiv måde.

Fordom: Kognitiv terapi handler kun om at ændre din tænkning. Der bliver ikke arbejdet med dine handlemønstre eller din evne til at håndtere praktiske problemer.

Kognitiv terapi: Kognitiv terapi arbejder både med tanker, følelser,

adfærd og kropslige reaktioner (jf. den kognitive model).

Kognitiv terapi er som beskrevet baseret på en antagelse om, at ens underliggende overbevisninger påvirker den måde, som vi opfatter forskellige situationer på, og dermed hvilke tanker, følelser, adfærdsmæssige reaktioner og fysiske symptomer, vi får. Den kognitive model illustrerer, at tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd er relateret således, at en ændring i det ene område påvirker de andre områder: Ændres dine tanker om en given situation, vil det øjensynligt ændre din adfærd i situationen. Og omvendt: Man kan f.eks. bruge en bevidst ændret adfærd til at nuancere sin tænkning. Netop derfor starter et kognitivt terapeutisk forløb ofte med fokus på netop adfærdsmæssige reaktioner og fysiske symptomer.

Med hensyn til problemløsning er det således, at kognitiv terapi ikke går ud fra, at tanker per definition er falske, og at alle problemer kan løses ved at tænke anderledes. Den kognitive tilgang handler om, at en tanke er en hypotese, der kan være sand eller usand. Hvis det viser sig, at en negativ eller problematisk tanke er sand, når den evalueres, så vil en god kognitiv terapi netop fortsætte med at problemløse på situationen: Hvad kan vi så gøre? Hvordan ser situationen ud? Hvad skal du lære?

Fordom: Alle kognitive terapeuter foretager den samme slags terapi. Hvis jeg har prøvet én kognitiv terapeut uden at det hjalp, betyder det, at kognitiv behandling slet ikke virker på mig.

Kognitiv terapi: Desværre er det således, at ikke alle terapeuter, som kalder sig kognitive terapeuter eller kognitive adfærdsterapeuter, virkelig er trænedede og kvalificerede til at praktisere kognitiv terapi. Efterhånden som kognitiv terapi bliver mere og mere kendt, bruger flere og flere terapeuter den kognitive terapies 'teknikker' i deres praksis. Fordi en terapeut bruger dele af kognitiv terapi i sin praksis, betyder det imidlertid ikke nødvendigvis, at han eller hun faktisk udfører kognitiv terapeutisk behandling. Kvalificeret kognitiv terapi kræver, at man mestrer mange forskellige terapeutiske teknikker og har indsigt i individuelt tilrettelagte behandlingsforløb tilpasset

forskellige lidelser. Tjek derfor altid om den kognitive terapeut, du opsøger, har relevant uddannelse og træning i kognitiv terapi.

Fordom: Overdreven brug af kognitiv terapi kan gøre dig til et ufølsomt og robotagtigt menneske.

Kognitiv terapi: Den konventionelle psykologiske kritik af kognitiv terapi handler ofte om, at kognitiv terapi ikke udvikler "livskunstnere" men robotter, bogholdere eller computere.

Dette er ifølge min erfaring langt fra en realistisk udlægning af det kognitive terapifelt. Kognitiv terapi forsøger ikke at forhindre mennesker i at have negative følelser. Både positive og negative følelser er en selvfølgelig del af livet. Hvis man imidlertid oplever overdrevne og begrænsende følelser, kan kognitiv terapi hjælpe med at undersøge, hvorfor det sker og samtidig være med til at ændre på det. Målet er på ingen måde at stoppe mennesker i at have følelser. Målet er at hjælpe mennesker med at mindske deres forvrængede og dysfunktionelle reaktioner og således understøtte dem i at lære at tænke mere realistisk og lære at håndtere situationer, som de førhen enten har undgået eller følt ubehag ved.

Fordom: Kognitiv terapi er et quick-fix. Seks eller syv terapisesioner er nok.

Kognitiv terapi: Kognitiv terapi kaldes ganske rigtigt korttidsterapi. Dette skal ses i forhold til mere konventionelle terapeutiske retninger, hvor et terapiforløb i nogle situationer kan strække sig over flere år. Der er imidlertid ikke nogen standard-længde på et kognitivt terapiforløb. Det afhænger selvsagt af problematikken, klienten, terapeuten, deres relation og en masse andre faktorer.

Kognitiv terapi er i høj grad baseret på klientens eget arbejde med f.eks. registrering og udfordring af tanker samt løbende små adfærdseksperimenter. Sessionerne med terapeuten er i virkeligheden

den mindste del af arbejdet. Det er således ikke antallet af sessioner, der er afgørende, men derimod tiden mellem sessionerne, og det som denne tid bruges til.

Hovedpunkter i forståelsen af kognitiv terapi

Bogen: *Kognitiv terapi – metoder i hverdagen 1* 📖 giver et grundigt billede af, hvad kognitiv terapi er og ikke er. Her skal blot nævnes en række overskrifter, som kan være med til at fastholde nogle væsentlige pointer.

Kognitiv terapi er:

- Videnskabeligt funderet
Ikke bare i den forstand, at både teori og metode er blevet testet og valideret gennem utallige undersøgelser, men også i den forstand, at metoden opfordrer klienten til at agere videnskabsmand i sit eget liv. Det sker f.eks. helt konkret ved at lære klienten at betragte tanker som hypoteser, der kan undersøges nærmere.
- Værdibaseret
Kognitiv terapi anerkender, at folk har etik, moral og værdier – bl.a. i form af antagelser om dem selv og omverdenen. Et af målene i kognitiv terapi er at hjælpe folk til at have fleksible, nuancerede, ikke-ekstreme og selvstøttende værdier, der hjælper dem derhen, hvor de gerne vil være.
- Helhedsorienteret
Problemet er ikke bare i ens tanker. Problemer er ikke bare noget, man forestiller sig. Arbejdet med tanker er ikke et mål i sig selv, det er midlet til at løse de problemer, der kan være forbundet med selvopfattelse, adfærd, sociale relationer, omgivelser osv.
- Her-og-nu orienteret
Kognitiv terapi fokuserer mere på, hvad der her og nu vedligeholder problemet, og hvordan det kan ændres, end på hvorfor problemet

oprindeligt er opstået. Det afvises dog ikke at bruge tid og kræfter på oplevelser fra klientens fortid, hvis det kan hjælpe ham til at nuancere og ændre den måde, han tænker og handler på her og nu.

- **Metodeorienteret**
Kognitiv terapi er ikke defineret ved de metoder, der anvendes, men terapimetoden er kendetegnet ved en lang række konkrete metoder, som kan anvendes i specifikke situationer. Det gør terapiformen let tilgængelig og løsningsfokuseret.
- **Strategiorienteret**
Kognitiv terapi hjælper klienten til at undersøge, om nogle af de strategier, han følger i dag, nærmere vedligeholder end løser problemer. Kognitiv terapi hjælper klienten til at opbygge nye og mere hensigtsmæssige strategier.
- **Ligeværdigt samarbejde**
I kognitiv terapi er klienten og terapeuten ligeværdige samarbejdspartnere, der i fællesskab udforsker klientens problematik og formulerer løsninger og nye muligheder. Terapeuten er eksperten på metoden, mens klienten er eksperten på sig selv. Ingen af delene kan undværes for at opnå effekt.
- **Selvhjælpsorienteret**
Det vigtigste mål i kognitiv terapi er at lære klienten selv at bruge hensigtsmæssige metoder og herved blive sin egen terapeut. Det sikres bl.a. ved altid at delagtiggøre klienten i, hvordan man forstår hans eller hendes problemstilling samt hvordan og hvorfor, de anvendte metoder fungerer.

KAPITEL 2

NÅR DU IKKE KAN FÅ FAT I TANKEN

Hvis du har prøvet at registrere tanker, har du med stor sandsynlighed også oplevet situationer, hvor det ikke er lykkedes. Det er betydeligt lettere sagt end gjort at registrere, hvad der går igennem hovedet på én selv, og man kan ofte opleve, at svaret på spørgsmålet: "Hvad gik der lige gennem hovedet på mig dér?" bliver: "Det ved jeg ikke" eller måske: "Jeg tænkte ikke noget - det skete bare". Nedenfor følger nogle metoder, du kan forsøge dig med, når du oplever, at du ikke lige kan registrere, hvad det er, der går gennem dit hoved i en problematisk situation.

Gik der noget gennem hovedet på mig?

Stort set alle kognitive interventioner starter med, at man spørger sig selv:

- Hvad gik der lige gennem hovedet på mig dér? eller
- Hvad tænkte jeg?

Man forsøger på denne måde at registrere de (automatiske negative) tanker, der spiller sammen med ubehagelige følelser, kropslige fornemmelser eller uhensigtsmæssig adfærd. I praksis er det dog de allerfærreste, der bare kan læse og registrere deres egne tanker, som om de kørte på en lysavis hen over panden. Man kan derfor være hurtig til at drage konklusionen: "Jeg tænkte vitterlig ikke noget".

En af antagelserne i kognitiv terapi er imidlertid, at hvis der er en følelse, en kropslig fornemmelse eller en bestemt adfærd, så er der også en tanke – uanset om vi er bevidste om den eller ej. Nogle gange skal vi bare stå lidt på hovedet for at få fat i den.

Er følelsen i virkeligheden en tanke?

I mange af de situationer hvor vi oplever, at vi ikke kan registrere vores tanker, har vi faktisk allerede gjort det. Vi har bare ikke formuleret, at det er en tanke – måske kalder vi det en følelse eller en fornemmelse. Et klassisk eksempel fra min praksis kunne være:

Psykolog: Da hun gjorde sådan, hvad gik der så igennem hovedet på dig?

Klient: Hm. Jeg ved det ikke... Jeg følte mig bare så hjælpeløs, som om jeg aldrig får det til at fungere med hende.

Psykolog: Så da du havde de tanker: ”Jeg er hjælpeløs” og ”Jeg får det aldrig til at fungere med hende”, hvordan havde du det så følelsesmæssigt?

Klient: Jeg blev frustreret. Rigtig frustreret.

Klienten formulerer faktisk klokkeklart to automatiske negative tanker, men de bliver rent retorisk fremstillet som følelser. Sådan formulerer vi os ret ofte. Tænk på udtryk som: ”Jeg føler ikke, jeg kan nå det”, ”Jeg føler ikke, han forstår mig”, ”Jeg føler mig ikke klædt på til opgaven”. Det er alt sammen tanker:

- ”Jeg kan ikke nå det”
- ”Han forstår mig ikke”
- ”Jeg er ikke klædt på til opgaven”

Som hver især medfører en følelse:

- Bekymring
- Ked af det
- Nervøsitet

Derfor: Hvis du ikke synes, at du kan finde tanken, så kig på de følelser, du har beskrevet. Det kunne jo være, at det i virkeligheden

var meget konkrete tanker ”i forklædning”.

Nogle gange kan det være svært at skelne mellem tanker og følelser. Hvis det er tilfældet, kan man – når man har formuleret en følelse – prøve at stille sig følgende spørgsmål:

- Hvilket humør giver denne følelse mig?
- Hvad føler jeg ved at have det sådan?

Hvis man med afsæt i disse spørgsmål kan formulere nye følelser, så er der formentlig tale om, at det, man først noterede sig, egentlig var en tanke.

Man kan også prøve at sætte ”Jeg er...” foran den noterede følelse. Hvis det giver mening, er der sandsynligvis tale om en følelse. Feks.: ”Jeg er ked af det”, ”Jeg er vred”, ”Jeg er irriteret” osv. Man skal selvfølgelig se bort fra sætninger som: ”Jeg er dum”, ”Jeg er grim”, ”Jeg er uovervindelig” osv. Her er der åbenlyst ikke tale om følelser, men om tanker.

Stiller du spørgsmål - så svar!

Lisa kom ind på klinikken efter at have oplevet en svær episode. Jeg spurgte, om hun havde forsøgt sig med at evaluere og nuancere på de tanker, der gik gennem hovedet på hende. Hun svarede: ”Jamen det kunne jeg jo ikke... Jeg havde udfyldt mit tanke-registreringsark, og jeg havde både tanker og følelser og det hele, men jeg kan jo ikke omstrukturere på de tanker her”. Lisa læste de tanker, hun havde registreret, op:

”Mon de nogensinde tilgiver mig?”

”Hvorfor skulle jeg også sige sådan?”

”Lærer jeg aldrig at tænke, før jeg taler?”

Lisa havde jo sådan set ret. Det er svært at søge *beviser* for og imod, overveje *brugbarhed* eller *dekatastrofer* på sådanne spørgsmål. Lisa havde også ret i, at det var dét, der gik igennem hovedet på hende. Det var imidlertid ikke de automatiske tanker, hun havde fået fat i.

Bag hvert af Lisas spørgsmål ligger en automatisk tanke, og den automatiske tanke er med ret stor sandsynlighed Lisas umiddelbare svar på de nævnte spørgsmål. Svarene kunne f.eks. lyde:

”De tilgiver mig aldrig det her”

”Jeg er et fjols”, ”Jeg er en sladretante”, ”Jeg er upålidelig”

”Nej, jeg bliver aldrig bedre til det her”

Så snart Lisa har fået formuleret disse svar – dvs. hendes automatiske tanker - så er der masser at gå i gang med at omstrukturere på. Hun kan f.eks. anvende omstruktureringer som: at samle *beviser*, finde *alternative forklaringer* eller *undersøge brugbarhed* 🍪.

Derfor: Hvis din umiddelbare tanke er et spørgsmål, så prøv at svare på spørgsmålet. Herved finder du sandsynligvis din automatiske negative tanke.

Tænker du i temaer eller kategorier?

Jørgen havde rigtig svært ved at registrere sine negative tanker, når han blev bekymret. Han var altid mægtig god til at beskrive, hvad der var sket, og hvad han mente, der var på spil. Han blev imidlertid ved med at hævde, at han ikke kunne finde nogen automatiske tanker.

Psykolog: Så du begyndte at føle uro, umiddelbart inden gæsterne kom.

Jørgen: Ja, det var der, jeg begyndte at mærke det.

Psykolog: Hvad gik der gennem hovedet på dig, mens du gik og ventede.

Jørgen: Jamen det var det her med intimitet igen... Jeg er bange for intimiteten.

Psykolog: Så hvad var det, du forudså, at der ville ske?

- Jørgen:* Jamen, det er det her med at skulle tale, være på, skulle levere... Det er intimiteten, jeg er bange for.
- Psykolog:* Hvem var du mest nervøs for?
- Jørgen:* Det er min svoger. Du ved ham, der altid taler så meget og bare er på.
- Psykolog:* Så du tænkte: "Han vil sikkert..."
- Jørgen:* Jamen han vil jo tale til mig!
- Psykolog:* Om...?
- Jørgen:* Måske bare sådan noget small-talk, men han vil helt sikkert også høre, hvordan det går med arbejdet, og hvad jeg har udrettet.
- Psykolog:* Og det vil ikke være rart?
- Jørgen:* Jamen, jeg kan slet ikke være med i det game der... Jeg skal ikke imponere ham med alle mulige fine sager.
- Psykolog:* Så du tænkte, at han vil tænke eller sige...
- Jørgen:* Jamen, jeg ved det ikke... Altså, der skete jo heller ikke noget. Han spurgte ikke rigtigt, og jeg fik ikke snakket med ham. Det er bare denne her intimitet, jeg frygter.
- Psykolog:* Men hvis du havde talt med ham, så havde det ikke været rart?
- Jørgen:* Nej, bestemt ikke.

Psykolog: OK, så gæsterne er ved at komme, og du begynder at blive anspændt og nervøs. Tanken, der går gennem dit hoved, er noget som: "Han vil spørge mig, hvad jeg har udrettet, og det vil få mig til at have det skidt", "Jeg skal imponere ham". Er det rigtigt?

Jørgen: Ja, det lyder rigtigt nok.

Nogle gange kommer vi til – som Jørgen her – at fortabe os i hændelsesforløbet eller i et tema. Jørgen stirrer sig blind på temaet "intimitet" og får ikke lyttet til, hvad det er, han tænker om det at skulle være sammen med andre. Han får ikke sat ord på, hvad det er, han frygter eller forudser, at der kan ske. Han får ikke formuleret sine egentlige automatiske tanker.

Nogle gange er man nødt til at blive ved med at spørge ind – ligesom psykologen gør her i samtalen med Jørgen. Man må forsøge at holde sig selv fast på, at temaer og hændelser nok er interessante, men de er ikke så relevante, når det gælder det kognitive evalueringsarbejde. Her er det "tankedata", der tæller. Du kan prøve at "holde dig selv fast" ved at blive ved med at stille spørgsmål, som handler om betydninger og forudsigelser i forhold til de temaer eller handlingsforløb, der fylder i dit hoved. Det kan være spørgsmål som:

- Hvilken betydning får det for mig?
- Hvad fortæller det om, hvordan andre tænker om mig?
- Hvad siger det om mig?
- Hvad siger det om andre mennesker, samfundet eller den sociale ramme, jeg er i lige nu?
- Hvad mener jeg, at det vil føre til?
- Hvad frygter jeg, at der vil ske nu? Og hvad vil det betyde?

Få hjælp af en psykolog


Endelig er det jo sådan, at vi ikke altid kan være vores egen terapeut. Nogle gange er man ganske enkelt nødt til at have én at spille bold opad, for at finde ud af hvad der er på spil.

Hvis du således gentagende gange oplever, at det med at registrere tankerne ikke rigtig lykkes, så kan det være en god ide at få lidt træning hos en god kognitiv psykolog.

Men husk frem for alt, at det at registrere tanker, ikke er det letteste i verden. Der skal mange forsøg til, før man føler sig skarp og sikker – og selv som rutineret vil man indimellem opleve, at det kan være rigtig vanskeligt. Vi er kun mennesker og ikke computere - gudskelov!

KAPITEL 3

METODER TIL TANKEINTERVENTION

Når det er lykkedes at registrere de tanker, som går gennem hovedet på dig i en konkret problematisk situation, så har du det "materiale", der skal til for at kunne evaluere og nuancere dine tanker. I dette kapitel beskrives en række metoder, som du kan bruge til at undersøge, i hvor høj grad de tanker, der går gennem hovedet på dig, er realistiske. Metoderne kan ses som et supplement til de mere grundlæggende metoder, som er beskrevet i .

KAPITEL 4

UOVERENSSTEMMELSE OG IKKE EFFEKT

Hvordan får jeg det fra hovedet og ned i maven? Det er et spørgsmål, som mange, der arbejder med kognitive metoder, stiller sig selv på et eller andet tidspunkt i processen. Dette kapitel giver forslag til metoder, som kan hjælpe dig med at flytte det, du rationelt set godt ved, ned i maven, således at du også oplever og føler, at det er rigtigt.

KAPITEL 5

ADFÆRDSEKSPERIMENTER

Bogen *Kognitiv terapi – metoder i hverdagen 1* introducerer til adfærdseksperimenter i overordnet forstand 🍰. Dette kapitel beskriver mere uddybende både formål, form og opstillingskriterier for adfærdseksperimenter. Adfærdseksperimenter er en væsentlig del af kognitiv terapi, men for at eksperimenterne kan blive et effektivt værktøj, kræver det god viden og indsigt – og ikke mindst forberedelse. Dette kapitel søger at formulere et fagligt fundament, som du kan anvende, når du flytter dine tankeevalueringer fra skrivebordet og ud i den virkelige verden.

KAPITEL 6

TRE GODE GENERELLE METODER

Nedenstående metoder er ikke stringent klassiske kognitive metoder. De er ikke ren tankeintervention, og de er ikke ren adfærdstræning. Alligevel skal de med i mængden af gode kognitive metoder i hverdagen, fordi det er metoder, der kan gøre tanke- og adfærdsarbejdet lettere og samtidig hjælpe dig med nogle af de udfordringer, som hverdagen byder på.

KAPITEL 7

EGENSESSIONER

Et af den kognitive terapis vigtigste mål er hurtigst muligt at gøre klienten selvhjulpen, dvs. at gøre klienten i stand til selv at arbejde med sine problematikker - også uden for psykologens kontor.

I dette kapitel sættes der særligt fokus på, hvordan man helt konkret kan lave sine egne sessioner.

KAPITEL 8

UNDGÅ TILBAGEFALD

Når du har arbejdet aktivt og intensivt med kognitive metoder – alene eller sammen med en psykolog - er det naturligvis vigtigt, at du ikke langsomt falder tilbage til der, hvor du var, da du startede processen. Nedenstående afsnit præsenterer konkrete anvisninger til, hvordan du kan hjælpe dig selv med at blive ved med at have god gavn af den store indsats, du har gjort i arbejdet med kognitive metoder og principper i din hverdag.

KAPITEL 9

ET KIG BAG DEN LUKKEDE DØR

Det er ikke almindeligt, at man gengiver en hel terapisesession. Jeg har imidlertid valgt at gøre det her for at give et indblik i, hvordan man kan arbejde med kognitiv terapi, og hvordan de kognitive metoder kan udspille sig i virkeligheden. Det er hensigten, at det kan være med til at inspirere læserens eget arbejde med kognitive metoder og samtidig være med til at afmystificere, hvad der foregår bag den lukkede dør.

Der ligger mange teoretiske og metodiske overvejelser bag en god kognitiv terapisesession. Der ligger mange overvejelser om struktur, spørgeteknik og spørgsmålsformuleringer. Der ligger ligeledes mange overvejelser om strategi og "næste skridt". I praksis skulle det imidlertid gerne virke som en sammenhængende og selvfølkelig helhed. Læs og døm selv!

Den session, der er gengivet nedenfor, er transskriberet efter en videoptagelse af en konkret session, som er gennemført af undertegnede i min daglige praksis. Teksten er let redigeret af formidlingsmæssige årsager, ligesom alle personfølsomme og identitetsafslørende bemærkninger naturligvis er udeladt.

KAPITEL 10

NÅR DU SKAL VÆLGE BEHANDLER

Kognitiv terapi er blevet meget udbredt de seneste år, og man kan således opleve, at kognitive metoder bruges flere og flere steder. Socialrådgivere, politibetjente, erhvervsledere, fysioterapeuter, læger, skolelærere og flere andre faggrupper, der arbejder med og blandt mennesker, integrerer kognitive metoder i deres praksis. De laver naturligvis ikke kognitiv terapi, men de bruger ”den kognitive måde” f.eks. i deres kommunikation med andre. Jeg oplever, at denne udvikling er meget positiv og bidrager meget gerne både som underviser, terapeut og forfatter til udviklingen.

KAPITEL 11

HENVISNINGSLISTE

Markeret ord	Placering i <i>Kognitiv terapi</i> – metoder i <i>hverdagen 1</i> 1. udgave (2006)	Placering i <i>Kognitiv terapi</i> – metoder i <i>hverdagen 1</i> 2. udgave (2008)
Adfærdseksperimenter	Fra s. 97	Fra s. 107
Alternativer	Fra s. 52	Fra s. 55
Anbringe skylden	Fra s. 93	Fra s. 91
Alternative forklaringer	Fra s. 52	Fra s. 55
Basale antagelser	Fra s. 16	Fra s. 15
Beviser for og i mod	Fra s. 49	Fra s. 52
Brugbarhed	Fra s. 72	Fra s. 78
De 12 tankefejl	Fra s. 77	Fra s. 83
Dekatastrofering	Fra s. 56	Fra s. 60
Diskvalificering af positive ting	Fra s. 77	Fra s. 83
Følelsesmæssig bekræftelse	Fra s. 77	Fra s. 83
Katastrofetænkning	Fra s. 77	Fra s. 83
Kerneoverbevisninger	Fra s. 16	Fra s. 15
Kognitiv terapi er og er ikke	Fra s. 123	Fra s. 125
Kognitiv model	Fra s. 14	Fra s. 13

Markeret ord	Placering i <i>Kognitiv terapi</i> – metoder i hverdagen 1 1. udgave (2006)	Placering i <i>Kognitiv terapi</i> – metoder i hverdagen 1 2. udgave (2008)
Kognitiv model af tænkningen	Fra s. 16	Fra s. 15
Kontinuum	Fra s. 68	Fra s. 74
Minimering	Fra s. 93	Fra s. 89
Negligere sandheden	Fra s. 93	Fra s. 89
Omstruktureringsfejl	Fra s. 93	Fra s. 89
Overgeneralisering	Fra s. 77	Fra s. 83
Personalisering	Fra s. 77	Fra s. 83
Personlige rettigheder	Fra s. 118	Fra s. 122
Positive thinking	Fra s. 123	Fra s. 127
Tankefejl	Fra s. 77	Fra s. 83
Tankelæsning	Fra s. 77	Fra s. 83
Tunnelsyn	Fra s. 77	Fra s. 83
Ukritisk optimisme	Fra s. 93	Fra s. 89
U-kurven	Fra s. 68	Fra s. 76
Undersøge beviser	Fra s. 49	Fra s. 52
Værste og bedste scenarier	Fra s. 62	Fra s. 67

KAPITEL 12

LITTERATUR

Generelt om referencer i denne bog: Beskrivelserne af kognitiv teori og metode baserer sig på nedenstående referencer. Der anvendes i bogen flere faste begreber, vendinger, modeller og skemaer, som er alment anvendte inden for den kognitive terapifelt. Forfatteren påberåber sig således ikke ophavsretten til disse, ligesom enhver lighed med andre forfatters værker og sprogbrug er utilsigtet.

Alford, Brad A. & Aaron T. Beck (1997), *The Integrative Power of Cognitive Therapy*, The Guilford Press.

Antonovsky, Aaron (2000), *Helbredets Mysterium*, Hans Reitzels Forlag.

Beck, Aaron T. (1970), *Depression*, Staples Press, London.

Beck, Aaron T. (1970), *Depression; Causes and Treatment*, University of Pennsylvania Press.

Beck, Aaron T., A. John Rush, Brian F. Shaw & Gary Emery (1979), *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press.

Beck, Aaron T. (1999), *Prisoners of Hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence*, New York: Harper Collins.

Beck, Aaron T., Wright, FD, Newman, C.E. & Liese, B.S. (1993), *Cognitive Therapy of Substance Abuse*, New York: Guilford.

Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1990), *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford.

Beck, Aaron T. (1988), *Love Is Never Enough*, New York: Harper & Row.

Beck, Aaron T., & Emery, G. (with Greenberg, R.L.) (1985), *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.

Beck, Aaron T. (1976), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York: International Universities Press.

Beck, Judith S. (1995), *Cognitive Therapy –Basics and Beyond*, The Guilford Press.

Beck, Judith S. (2005), *Cognitive Therapy for Challenging Problems: What to Do When the Basics Don't Work*, New York: Guilford.

Berge, Torkil & Arne Repål, (2004), *Kognitiv terapi i praksis*, Akademisk Forlag.

Blankstein, Kirk R. & Zindell V. Segal (2004) "Cognitive assessment: Issues and Methods", In Reinecke, Mark A. & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Blichmann, Jane & Stig Kjerulf (2004), *Executive coaching: ledelsesudvikling i psykologisk perspektiv*, Børsen.

Clark, David A. & Aaron T. Beck with Brad A. Alford (1999): *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*, John Wiley & Sons, Inc.

DeRubies, Robert J., Tony Z. Tang & Aaron T. Beck (2004), "Cognitive Therapy", In Reinecke, Mark A. & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Diener, Ed (2000), "Subjective well-being", In *American Psychologist*, Vol. 55, No 1.

Dimidjian, Sona & Keith S. Dobson (2004), "Processes of change in cognitive therapy", In Reinecke, Mark A. & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Dobson, Keith S. & David J. Dozois (2001), "Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioural Therapies", In Keith S. Dobson, *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies*, The Guilford Press.

DuBois, David et al (2004), "Cognitive therapy and the self", In Mark A. Reinecke & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Fennell, Melanie (1998), *Kognitiv-adfærdsterapeutisk depressionsbehandling, Del 1 - en brugsbog til terapeuten*, Dansk Psykologisk Forlag, København.

Fennell, Melanie (1999), *At overvinde lavt selvværd*, Klim.

Fennell, Melanie (2000), "Low self-esteem", In Nicholas Tarrow & Adrian Wells (red.), *Treating Complex Cases – The Cognitive Behavioral Therapy Approach*, London.

Forster, Mark (2002), *How to make your dreams come true*, The Guernsey Press.

Forster, Mark (2000), *Get everything done and still have time to play*, The Guernsey Press.

Gelder, Michael (1997), "The Scientific foundations of cognitive behaviour therapy", In David M. Clark & Christopher G. Fairburn (ed.) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.

Goldfried, Marvin R. (2003), "Cognitive-Behaviour Therapy: Reflections on the Evolution of a Therapeutic Orientation", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 27, No 1.

Harris, Ashley E. & Lisa Curtin (2002), "Parental perceptions, early maladaptive schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 26, No 3.

Heimberg, Richard G, Cynthia L. Turk & Douglas S. Mennin (2004), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*, Guilford Press .

Hollon, Steven D. (2003), "Does cognitive therapy have an enduring effect?", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 27, No 1.

Hougaard, E. & T. Nielsen (2001), "Forholdet mellem psykologisk og medicinsk behandling af depression", In B. Bechgaard, H.H. Jensen & T. Nielsen (red.), *Forholdet mellem psykologisk og medicinsk behandling af psykiske lidelser*, Reitzel, København.

Hougaard, E. & R. Rosenberg (2002), "Forholdet mellem psykologisk og medicinsk behandling", In E. Hougaard, R. Rosenberg & T. Nielsen (red.), *Angst og angstbehandling*, Reitzel, København.

Hoffart, Asle et al (2002), "Self-understanding, empathy, guided Discovery, and Schema Belief in Schema-Focused Cognitive Therapy of Personality Problems: A Process Outcome Study", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 22, No 2.

Ingram, Rick E, Jeanne Miranda & Zindel V. Segal (1998), *Cognitive Vulnerability to Depression*, The Guilford Press.

Ingram, Rick E. & Joseph M. Price (2001), *Vulnerability to Psychopathology*, The Guilford Press.

Ingram, Rick E. (2003), "Origins of Cognitive Vulnerability to Depression", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 27, No 1.

Jensen, Kim (2000), *Kognitiv psykologi i teori og praksis*, Danmarks Forvaltningshøjskole.

Jensen, Kim (2002), *Kognitionspsykologi og kognitiv terapi*, Gyldendal.

Jones, John W. et al (2001), "Development of the sports performance inventory: Psychological measure of athletic potential". In *Journal of business and psychology*, Vol 15, No. 3.

Kåver, Anna (2007), *Kognitiv Adfærdsterapi – en introduktion*, Psykologisk Forlag.

Lange, Alfred et al (1998), "The effects of Positive Self-Instructions: A Controlled Trial", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 22, No 3.

Larson, Reed W. (2000), "Toward a Psychology of Positive Youth Development", In

American Psychologist, Vol. 55, No 1.

Leahy, Robert (2005), *The worry cure*, Piatkus.

McMullin, Rian E. (2000), *The New Handbook of Cognitive Therapy Techniques*, W. W. Norton & Company.

Mathews, Andrew (1997), "Information-processing biases in emotional disorders". In David M. Clark & Christopher G. Fairburn (ed.) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.

Miller, William R. & Stephen Rollnick (2002), *Motivational Interviewing*, Guilford.

Mills, Bruce & Ramon J. Aldag (1999), "Exploring the relationships between object relations/reality testing functioning, coping styles and somatic tension", In *Journal of Business and Psychology*, Vol. 14, No. 1.

Mørch, Merete M., Nicole K. Rosenberg & Peter Elsass (1995), *Kognitive behandlingsformer: kognitiv terapi, social færdighedstræning, psykoedukation og kognitiv optræning*, Hans Reitzel.

Mørch, Merete M., Rosenberg, Nicole K. (2005), *Kognitiv terapi, modeller og metoder*, Hans Reitzel.

Neenan, Michael & Windy Dryden(2004), *Cognitive Therapy – 100 keypoints and techniques*, Routledge.

Neenan, Michael & Windy Dryden(2006), *Kognitiv terapi i en nøddeskal*, Psykologisk Forlag.

Oestrich, Irene H. & A Sumbundu (2004), *Livskraft*, Psykiatrifonden.

Oestrich, Irene H. (2003), *Selvværd og nye færdigheder. Manual til dig i udvikling*, Dansk Psykologisk Forlag.

Oestrich Irene H. (2003) *Selvværd og nye færdigheder. Manual til terapeuten*, Dansk Psykologisk Forlag.

Oestrich Irene H. (2000 2. udgave) *Tankens Kraft, Kognitiv terapi i klinisk praksis*, Dansk Psykologisk Forlag.

Padesky, Christine (1993), "Socratic Questioning: Changing Minds or Guiding Discovery?", A keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London, September.

Padesky, Christine (1995), *Clinicians guide to Mind over Mood*, Guilford.

Peterson, Christopher (2000), "The Future of Optimism", In *American Psychologist*, Vol. 55, No 1.

Reinecke, Mark A. & David M. Clark (2004), "Cognitive Therapy across the lifespan: conceptual horizons" In Reinecke, Mark A. & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Rudolph, Karen et al (2001), "Developmental Social-Contextual Origins of De-pressive Control Related Beliefs and Behaviour", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25, No 4.

Sanders, Diana & Frank Willis (2005), *Cognitive Therapy - Second edition*, Sage.

Safran, Jeremy D. & Segal, Zindill V. (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, Basic Books.

Sanderson, William C (2004), "Cognition and Depression: A Summary". In *New York Times Science Section*, January 6.

Schwarzer, Ralf (1996), *Self-Related Cognitions in Anxiety and Motivation*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Seligman, Martin E. P. (1998), *Learned Optimism*, Free Press.

Seligman, Martin E. P. (2000), *Authentic Happiness*, Free Press.

Seligman, Martin E. P. & M. Csikzentmihalyi (2000), "Positive psychology. An introduction", In *American Psychologist*, Vol. 55, No 1, 2000.

Solomon, Ari, & David A. F. Haaga (2004), "Cognitive therapy of depression", In Reinecke, Mark A. & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Stelter, Reinhard (1999), *Med kroppen i centrum*, Dansk Psykologisk Forlag.

Stelter, Reinhard (2002), *Coaching - læring og udvikling*, Dansk Psykologisk Forlag.

Teasdale et al (1995), "Depression", In Mark A. Reinecke & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Teasdale, John D. (1997), "The relationship between cognition and emotion: the mind-in-place in mood disorders", In David M. Clark & Christopher G. Fairburn (ed.) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.

Teasdale, John D. (2002), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*, The Guilford Press.

Tingleff, Henrik (2006), *Kognitiv terapi – metoder i hverdagen*, BoD.

Trepka, Chris et al (2004), "Therapist Competence and Outcome of Cognitive Therapy for Depression", In *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 28, No 2.

Williams, J. Mark G. (1997), "Depression", In David M. Clark & Christopher G. Fairburn (ed.) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*, Oxford University Press.

Williams, Patrick & Deborah C. Davis (2002), *Therapist as Life Coach*, W. W. Norton & Company.

Wilson, Judith K. & Ronald M. Rapee (2004), "Cognitive theory of social phobia", In Reinecke, Mark A. & David M. Clark (ed.), *Cognitive therapy across the Lifespan*, Cambridge University Press.

Witmore, J. (1996), *Coaching på jobbet*, Industriens Forlag.

Young, Jeffery E. (2003), *Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser – en skemafokuseret tilgang*, Hans Reitzels Forlag.

COPYRIGHT

