

NOTAT OM SENSURERINGEN AV BESVARELSER TIL EKSAMEN I PSYC4301

SENSORVEILEDNING

Følgende kontekstuelle forhold bør tas i betraktning ved sensureringen:

1. Dette er det semesteret da studentene møter kliniske problemstillinger første gang. De fleste har ingen praksis bak seg.
2. Det pensum som er oppgitt setter begrensninger for hva kandidaten adresserer selv om det ikke er noe til hinder for at studentene også kan trekke inn psykologisk kunnskap fra andre emner i profesjonsstudiet.
3. Dette er en såkalt åpen-bok-eksamen. Studentene får 4 oppgaver, og skal besvare 2 av disse. Oppgavene blir trukket fra et kjent oppgavesett med 17 oppgaver. Hvis det blir gitt nye oppgavetekster, vil dette uansett ikke gjelde for mer enn maks to av de oppgitte oppgavene, slik at det skal være mulig å besvare kun kjente tekster, for de som ønsker det. Denne gang er det ikke gitt noen nye tekster.
4. Omfang: Forventninger til lengde/omfang er alltid vanskelig å besvare konkret, og det er jo ikke nødvendigvis noen sammenheng mellom antall sider, ord og kvalitet. Likevel kan vi litt mer generelt si at det forventes omtrent samme lengde som ved en skoleeksamen. Hver deloppgave bør ikke overskride 1500 ord med halvannen linjeavstand og skriftstørrelse 12.
5. Kravene til kildehenvisninger er ikke så strenge som ved et artikkelformat eller en hjemmeeksamen. Det er ikke krav om kildebelegg for hvert resonnement, men en forventning om at sentrale studier og diskusjoner belegges ved henvisning til sentrale kilder, altså, at studentene kan redegjøre for opphavet til hovedpoengene dere anfører, som er noe vi forventer til skoleeksamen også.
6. Plagiatkontroll: Vi skjønner - og applauderer - at studentene jobber sammen i kollokvier, og at de samarbeider om hvordan de ulike oppgavene kan løses. Hver og en av studentene har selvfølgelig et selvstendig ansvar for å dekke pensum, så oppgavene må skrives med egne ord, men lik oppbygging av oppgavene vil ikke anses som plagiat.
7. Eksamenstid:
Seks timers eksamen
8. Evalueringsform: Bokstavkarakter A-F

I karaktersettingen vektlegges det at

1. Studenten referer til de mest sentrale tenkemåter som er å finne i pensum relatert til oppgaven
2. At studenten framstiller dette på en slik måte at det vitner om forståelse for aktuelle tenkemåter og problemstillinger, både teoretisk og gjerne ved enkel bruk av eksempler
3. At problemstillinger drøftes når oppgaven inviterer til dette – ikke bare refereres
4. At framstillingen er rimelig ordnet og oversiktlig i et forståelig språk

SPESIFIKKE RETNINGSLINJER KNYTTET TIL OPPPGAVER GITT VÅR 2022

(uformelle holdepunkter for sensorene)

Oppgave 1. Redegjør for og drøft hva som ligger i uttrykkene ‘evidensbaserte metoder’ og ‘evidensbasert praksis’

‘Evidensbaserte metoder’ er de metodene det er empirisk belegg for at har positiv effekt på behandlingsutfall. Det forventes at kandidaten her diskuterer ulike sider ved dette, som f.eks. ulike forsknings-/behandlingsbetingelser ved uttesting av en metodes effekt, og dermed kommer inn på relevante diskusjoner som f.eks. kliniske eksperimenter (f.eks ved RCT-design) vs naturalistiske design. Her vil f.eks. spørsmål om nytten av kontrollerte betingelser vs økologisk validitet (klinisk anvendelighet/relevans) være naturlig å komme inn på. Videre er det et pluss hvis kandidaten tydeliggjør at demonstrert effekt i forhold til kontrollbetingelser (ikke behandling) ikke i seg selv er det samme som komparativ effekt, dvs bedre effekt enn andre behandlingsmetoder.

I redegjørelsen for ‘evidensbasert behandling’ har kandidaten mulighet til å komme mer inn på det utvidete og mer komplekse bildet av hva som har vist seg virksomt ved psykoterapi, og det er naturlig hvis kandidaten vier dette mer plass enn delen om evidensbaserte metoder. Det er å forvente at kandidaten henviser til NPFs prinsipperklæring, og kan redegjøre for hovedtrekkene i denne. Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis, APA og NPF, def:

- *”Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences” (American Psychological Association, APA, 2005)*
- *”integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i konteksten av pasientens karakteristika, kultur og preferanser” (Norsk psykologforening, NPF, 2007)*

Kandidaten bør diskutere hva slags implikasjoner prinsipperklæringen gir for både forskning og klinisk praksis.

Et hovedpoeng i prinsipperklæringen, eller forarbeidet til den fra APAs side, er at vi må orientere oss etter, la oss informere av, et *mangfold* av metodologi og perspektiver for å kunne opparbeide rike og treffende forståelser av komplekse fenomener.

Kandidaten kan komme inn på terapeutvariabelen, hva som ligger i klinisk ekspertise, hvordan terapeuten har ansvar for å integrere kunnskap tilpasset den aktuelle klienten, hvilke faktorer/forhold terapeuten kan/bør vektlegge i sine kliniske avgjørelser og orientere seg etter i sin kliniske praksis osv.

Klientvariabelen er det også naturlig å komme inn på, i og med vektleggingen av «pasientens karakteristika, kultur og preferanser». Det er relevant å komme inn på hvilke forhold ved klienten som har vist seg å kunne forklare effekten av terapi, og som det vil være avgjørende å ta hensyn til og orientere seg etter som terapeut. Her er forhold som nettopp preferanser, teori om endring, motivasjon, forventninger, mål, håp osv av betydning. Kandidaten kan også diskutere hvordan det står til med diagnoser i denne sammenhengen.

Alliansen vil også være sentral å inkludere i denne sammenhengen. Hintet her vil kunne være prinsipperklæringens stadfestelse av at integreringen av kunnskap skal skje «i konteksten av pasientens...», og ellers alliansens robust dokumenterte effekt på behandlingsutfall. Betydningen av tilpasning, responsivitet, forhandlinger om oppgaver og mål som oppfattes som relevante og viktige for klienten er naturlig å komme inn på.

Stoffet til denne besvarelsen dekkes godt med egen forelesning som spesifikt tar for seg disse spørsmålene (ved Margrethe Seeger Halvorsen), og ellers flere steder i pensum under overskriften «Psykoteraiforskning», som f.eks. Wampold & Imel (2015), *The great psychotherapy debate*, og også bokkapitlet Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis (Oddli, 2013) i *God psykoterapi*. Videre vil studentene ut fra forelesninger i vitenskapsteori (ved Eriks Stänicke og Hanne Oddli) være i stand til å dra veksler på momenter/diskusjoner fra vitenskapsteori, bl.a. forholdet mellom det naturvitenskapelige paradigmet og fortolkingsvitenskapene/hermeneutikk, fenomenologi, diskursiv epistemologi, sosialkonstruksjonisme osv. Disse forelesningene vektlegges vel å merke som bakgrunnskunnskap for studentene, og er ikke angitt som direkte eksamensrelevant.

Oppgave 2. Kvalitativ og kvantitativ tilnærming til behandlingsforskning. Diskuter muligheter og begrensninger ved begge forskningsperspektiver i forståelsen av psykoterapi

Dette er en oppgavetekst som er gitt tidligere. Studentene har godt grunnlag for å besvare oppgaven, både ut fra pensum og deler av forelesningsrekken. Relevante kilder i pensum er f.eks. de oppgitte kapitlene i Lambert, M. J. (Red.) (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (6th. Edition), i tillegg til de resterende artiklene og bokkapitlene i første del av pensumlisten, f.eks kapitler i boken *Psykoterauten og God Psykoterapi*.

Det forventes at studenten redegjør for kjennetegn ved både en kvalitativ og kvantitativ forskningstilnærming. For eksempel: Kvalitativ tilnærming: Resultatene gis et språklig uttrykk, egnet til å studere fenomener i sin naturlige kontekst (konteksten kan være sosial, diskursiv, kulturell, relasjonell etc), prosess, mening, opplevelse, med vekt på forståelse framfor forklaring, etc. Kvantitativ tilnærming: Resultatene gis et tallmessig uttrykk, vekt på aggregering og gjennomsnittsmål, egnet til f.eks å studere forhold mellom variabler, etc.

Det er positivt hvis kandidaten redegjør for ulike måter å evaluere kvalitet på i de ulike tilnærmingene. Studenten kan med fordel komme inn på ulike måter å forstå begreper og kriterier som reliabilitet, validitet, pålitelighet, gjennomsiktighet, inkludert ulike kriterier for seleksjon og generaliserbarhet (selv om dette ikke er en ren metodeoppgave, men skal knyttes til forståelsen av psykoterapi). Relevansen av epistemologi (erkjennelsesteori, spørsmålet om hvordan vi vet det vi vet) kan med fordel nevnes og redegjøres for. Dette er stoff som er dekket i pensum (f.eks McLeod, 2013, kap 3 i Handbook of Psychotherapy and Behavior Change). Epistemologi og filosofiske tradisjoner som kvalitativ forskning typisk drar veksler på er fenomenologi, hermeneutikk, språkfilosofi (diskursiv og narrativ epistemologi) og konstruktivisme, mens kvantitativ forskning i stor grad hviler på det naturvitenskapelige paradigmet.

Det kan være relevant å behandle spørsmålet om evidensbasert behandling, herunder debatten om gyldigheten av og begrensningene ved RCT-designs, og f.eks. Bruce Wampolds redegjørelse for medisinmodellen versus den kontekstuelle modellen. Disse diskusjonene i psykoterapiforskningslitteraturen har hatt stor betydning for feltet de siste 20 årene, og har blant annet ført til økt oppmerksomhet på ulike former for forskningsdesign i psykoterapiforskningen, tydeliggjort i den amerikanske psykologforeningen, APAs (og NPFs), prinsipperklæring om evidensbasert praksis. Dette er f.eks. dekket i Rønnestad (2008), «Evidensbasert praksis i psykologi», på pensum. Debatten omhandler blant annet hvordan ulike forskningsdesign åpner opp for ulike forskningsspørsmål og svar (og fremmer dermed viktigheten av et tilfang av ulike perspektiver/forskningsmetodologi). Dette er et sentralt poeng som studenten (via evidensdebatten eller ikke) bør demonstrere en forståelse for. F.eks.: kliniske eksperimenter (som ved RCT-designs) kan være egnet til å studere mer eller mindre komplekse sammenhenger mellom variabler, inkludert effekt av behandling (kausaltet, selv om dette begrepet alltid kan diskuteres – og det forventer vi ikke av studentene på dette nivået). Kvalitative tilnærminger kan på sin side gi økt forståelse for prosesser med en større kompleksitet av kontekstuelle variabler, og kan være egnet til å studere/favne fenomener som mening og opplevelse. Dette er bare to eksempler.

Det er et stort pluss hvis studenten klarer å framstille disse forskjellene på en ikke altfor overflattisk måte, men formidler forståelse for at både kvalitativ og kvantitativ tilnærming kan anvendes innenfor mange av de samme områdene. F.eks. effekt av behandling kan studeres på mange måter (ikke utelukkende ved kvantitativ tilnærming). Likeledes, prosessforskning er ikke forbeholdt kvalitativ forskning, men kan godt studeres ved f.eks. kvantitative mikroprosessanalyser.

Oppgave 3. Beskriv og sammenlikn problemforståelse og endringsmekanismer ved en humanistisk/eksistensiell terapitradisjon og kognitiv atferdsorientert terapitradisjon

Dette er også en oppgavetekst som er gitt tidligere (i litt ulike varianter), og med god dekning i både pensum og gjennom forelesninger. Det forventes at studenten redegjør for begge tradisjonene, inkludert særtrekk og likheter i de grunnleggende endringsmekanismene modellene foreskriver.

Humanistisk/eksistensiell terapitradisjon:

Her har jeg klippet inn utdrag fra forelesninger, som et bakteppe: Utspring i fenomenologien, Husserl, og senere eksistensialister som Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Buber, Kierkegaard. Fenomenologi: Erkjennelse går gjennom *opplevelse*, og ved å transcendere/overskride de vanlige antakelsene vi benytter oss av for å skape mening til vår hverdagsverden. Med Heidegger bringes eksistensialismen inn – en eksistensialistisk vending i fenomenologien. Dasein, menneskets væren, er situert i, og orientert mot verden. Der Husserls formål var å sette til side ”the natural attitude”, dvs hverdagsantakelsene, for å komme til det rene fenomenet, ble nettopp hverdagsantakelsene et hovedfokus for den filosofiske undersøkelsen hos Heidegger. Det er her Heidegger bringer inn hermeneutikken, og hverdagsantakelsene kan sidestilles som *forforståelser* som utgjør det fortolkende rammeverket, eller horisonten, som vi forstår verden gjennom. Han forsøkte å avdekke strukturen og kvalitetene ved vår måte å skape mening til væren i seg selv. Vi kan si at etterfølgerne av Husserl gikk «*fra essens til eksistens*» eller ”*eksistens går forut for essens*”: (Sartre, 1946). Martin Buber skrev klassikeren Jeg og Du (Ich und Du) i 1923, og har vært sentral innenfor eksistensialfilosofien, og inspirert andre fagområder som psykologien. Hos ham ser vi også en form for epistemologi som helt klart skiller seg fra den objektivistiske, teknisk-rasjonelle. Han skiller mellom Jeg-Du-relasjoner og Jeg-Det-relasjonene, eller begrepspar. Det-et er for hånden, noe generelt. Et Du er ikke for hånden. Det er ikke begrenset av tid og rom (uten at det dermed blir noe abstrakt).

Jamfør også påvirkning fra Østen, buddhismen, og denne formen for endringsteori: diskrepansen mellom den virkelige verden og slik vi ønsker at den skal være er årsaken til lidelse (suffering), og videre, endring av lidelse handler om å endre *forholdet* til den ubehagelige opplevelsen eller hendelsen (ikke hendelsen eller opplevelsen i seg selv). Viktige elementer: Tilstedeværelse, her og nå, aksept. Vi ser det samme i fenomenologien og eksistensialismen – opptattheten av hvilken *mening, opplevelse* som knyttes til en situasjon eller et begrep. Gjennom denne opplevelsen får vi tilgang til *fenomenet*, og ifølge fenomenologisk/eksistensialistisk/humanistisk inspirerte terapiformer er det her endring kan skje, dvs gjennom nøye utforskning som kanskje vil utvide og utfordre den enkeltes eller gruppens *opplevelse* eller meningsdannelse, eller *forhold* til det det er snakk om (lidelsen, situasjonen). Den vanlige måten noe forstås eller oppleves på vil løses opp, og ny mening tilskrives. Det stilles spørsmålstegn ved det som tas for gitt.

Så til hva vi mer spesifikt kan forvente av besvarelsene: Det er et pluss hvis kandidaten formidler en forståelse for at en humanistisk/eksistensiell orientering representerer en annen

form for endringsteori enn den mer aktivistiske, påvirkningsorienterte (virke-på) endringsteorien som vi kjenner igjen fra f.eks terapeutiske retninger som behaviorisme og tidlige versjoner av kognitiv terapi osv.

Eksistensielle grunntemaer: Mening, væren, frihet, ansvar, valg, angst, tilhørighet/relasjon, autonomi, døden, etc. Humanistisk/eksistensiell terapi er utpreget ikke-teknisk orientert – altså ikke vekt på spesifikke intervensjoner, men snarere en terapeutisk *holdning* preget av åpenhet, ekthet, varme, aksept, og med vekt på å avvete (await) klientens egen utforskning av problemet, fenomenet. Vekt på utforskning av ambivalens/konflikt. Utforskningen er i seg selv endringsbevirkende. Vekt på opplevelse her-og-nå framfor utforskning av historie. Sterk betoning av menneskets iboende evne til vekst. Ofte sterk betoning av at relasjonen mellom terapeut og klient er endringsbevirkende i seg selv (terapeuten bidrar med vekstfremmende betingelser gjennom sin væren preget av ekthet (genuin), varme, respekt, aksept osv).

Terapeutiske retninger som godt kan nevnes er Carl Rogers humanistiske, klientsentrerte terapi (f.eks hans tanker om forholdet mellom ideal-selv og real-selv: for stor diskrepans fører til ubehag, og må arbeides med i terapi – skjer blant annet gjennom utforskning av diskrepans). Gestalt-terapi bygger på fenomenologiske grunnpremisser og kan godt regnes som en humanistisk terapiform, slagord fra Fritz Perls: "When you accept what is, what is changes". Yalom har sikkert mange av studentene lest, og han tar utgangspunkt i fire eksistensielle grunntemaer (død, frihet, isolasjon og meningsløshet). Emosjonsfokuserte terapiformer vil også kunne regnes som humanistisk/fenomenologisk orienterte, selv om EFT (som utviklet av Greenberg) også har islag av andre elementer.

Kognitiv atferdsorientert terapitradisjon (CBT) (klippet inn og revidert fra tidligere sensorveiledninger):

Det forventes at kandidaten definerer begrepet kognitiv atferdsterapi (kognitiv atferdsterapi som en syntese av atferdsterapi og klassisk kognitiv terapi; Beck og Ellis kan nevnes).

Kandidaten bør demonstrere forståelse for tradisjonens teori om hvordan problemer oppstår og opprettholdes, samt endringsmekanismer: F.eks: Læringspsykologi/atferdspsykologi; stimulus-respons; betingingsmekanismer; eksponering og ekstinksjon (mekanismer som habituering). ABC-modellen (gjensidig påvirkning mellom kognisjoner, emosjoner og handlemåter/atferd). Endringsprinsipper og intervensjoner: F.eks eksponeringsøvelser som fungerer gjennom endringsmekanismene habituering og ekstinksjon; kartlegging og utfordring av dysfunksjonelle automatiske tanker og underliggende skjemaer (Young), utprøving av empirisk holdbarhet med mål om å erstatte negative automatiske tanker med mer hensiktsmessige tanker som igjen vil endre symptomer/emosjoner (antatt endringsmekanisme). Stikkord for konkrete intervensjoner: kasusformulering, kartlegging, sokratisk utspørring, atferdseksperimenter, hjemmelekser, angstgradering, eksponering.

Kandidaten bør vise til ulike retninger i CBT (andre- og tredjebølge). Eksempler på modeller som utgjør tredjebølgen: Meta-kognitiv terapi, DBT, ACT, CFT, mindfulnessorienterte terapiformer. Det er også i denne forbindelse et stort pluss hvis kandidaten ser likheter mellom humanistisk/eksistensielle terapiformer og tredjebølge kognitiv atferdsterapi i

betoningen av å endre *forholdet* og *funksjonen* til en tanke/opplevelse heller enn å endre selve innholdet. Aksept, forståelse, forsoning og ikke-aktivistisk holdning går igjen i begge tradisjonene. Dette kan eksemplifiseres ved mindfulness, oppmerksomt nærvær (tilstedeværelse), som har fått et stort nedslagsfelt, og er inkorporert i nyere kognitiv terapi, som f.eks dialektisk atferdsterapi (DBT), ACT, Compassion focused therapy (CFT), meta-kognitiv terapi.

Forskjeller og likheter kan for øvrig diskuteres på ulike nivåer. Det premieres hvis kandidaten i tillegg viser en forståelse for de ulike abstraksjonsnivåene som teknikk, generelle endringsprinsipper og terapeutisk teori (Goldfried 1980, 2009), og diskuterer hvordan tilsynelatende likheter og forskjeller kan gi seg forskjellige uttrykk på de ulike nivåene. Det er også en styrke om kandidaten trekker inn fellesfaktorer, uten at det er naturlig at de går i dybden på dette.

Oppgave 4. Redegjør for kognitiv orientert terapi med barn, og drøft muligheter og begrensninger ved denne tilnærmingen

En god besvarelse bør inneholde:

Kort gjennomgang av KAT-prinsippene, uavhengig av pasientens alder; altså det grunnleggende ved modellen; at det handler om å undersøke sammenhengen tanke-følelse-atferd i situasjoner, og at endringsarbeidet handler om å regulere følelser, nyansere tanker og gradvis endre handlinger gjennom problemløsningsplaner/eksponeringsøvelser. Det bør ikke trekkes for at man har gått inn i mer «kompliserte» KAT-tema som negative automatiske tanker, skjema, eller meta-kognitiv tilnærming, men det er mindre viktig i en oppgave om barn.

Kandidaten kan med fordel vise forståelse for tradisjonens teori om hvordan problemer oppstår og opprettholdes, samt endringsmekanismer: F.eks: Læringspsykologi;/ betingingsmekanismer; eksponering; endringsprinsipper og intervensjoner: f.eks eksponeringsøvelser; kartlegging og utfordring av lite hjelpsomme tanker. Stikkord for konkrete intervensjoner: kasusformulering, kartlegging, hjemmearbeid, angstgradering, eksponering. Fordi man likevel ofte må jobbe mer fleksibelt med barn, og undervisningen er veldig praktisk orientert, er det mindre sentralt at de går i detaljer og mer sentralt at de skjønner at prinsippene må brukes fleksibelt.

Oppgaven kan godt være praktisk orientert- forelesningen om dette er svært praktisk orientert og er basert på studentenes egne spørsmål om tema.

De bør berøre:

Det utviklingspsykologiske – hva er riktig for ulike alderstrinn (det er ikke nødvendigvis så klare svar på dette men de bør drøfte det)

Hvordan barns motivasjon for terapi kan være annerledes enn voksnes

Barns kognitive forutsetninger – for å forstå språk, tid, endring

Foreldreinvolvering

Etiske dilemma i å arbeide med en pasient som kanskje primært er der på andres initiativ

Empirisk belegg for at KAT virker med barn

Utfordringer (og muligheter) i at man både jobber med barn og foreldre, som kan ha ulike mål

At problemer i og blant foreldre kan påvirke arbeidet

De kan drøfte NÅR et barn har forutsetninger for å skjønne modellen – her er feltet uenig, så igjen er ikke poenget riktig eller galt men at de drøfter betydningen av alder

De bør nevne mulighetene som ligger i å bruke lek, spill, aktiviteter i terapi med barnet

De bør nevne systemperspektivet – at man bør involvere skole/barnehage/eventuelt andre tjenester

De kan med fordel nevne meldeplikten til barnevernet

Med andre ord er en GOD oppgave her en oppgave som beveger seg noe fra det GENERELLE og typiske ved KAT til det mer spesielle med akkurat personer som ikke er myndige i terapi - at de berører de dilemma som kan oppstå knytta til dette. De kan med fordel komme inn på det store potensialet for endring og de unike mulighetene som ligger i å forebygge vansker i voksen alder ved å komme inn tidlig

Man bør ha i mente at de har relativt liten erfaring med barn pr. 8 semester og at svært mye av pensum og forelesninger på emnet er retta mot voksne. OBS også at det lett er forvirrende for dem at oppgaveteksten sier «kognitivt orientert» og ikke kognitiv atferdsterapi. De bør IKKE få trekk for ikke å inkludere handling pga oppgaveteksten, men det vi være et pluss at de skjønner at handling er sentralt. Ordlyden «kognitivt orientert» er ment å antyde at KAT ikke alltid er like rendyrka og stringent med yngre klienter.