

# APPENDIKS 3

## Theory of Psychosis Rating Scale

Skjema for evaluering av kognitiv behandling av psykoser

Denne skalaen bør ikke brukes ved de første vurderingstimene eller i de siste timene like før avslutningen av behandlingen. Bruk et lydopptak eller videoopptak fra en terapitime sammen med skriftlig materiale og en kausformulering.

### SEKSJON I

#### 1) Utvikling av den terapeutiske relasjonen

- 0 Terapeuten snakker for lite eller for mye, gir ikke personen tid til å uttrykke sine tanker, gir ikke respons, virker ikke varm eller opptre altfor konfronterende eller kolluderer med (liksom godkjenner) det psykotiske tankeinnholdet.
- 1 Terapeuten gir pasienten tid til å snakke, men gir ikke respons eller virker følelsesmessig over- eller underinvolvert. Alternativt tillater terapeuten pasienten å ta over styringen av samtalen. Konfrontasjon eller mangel på motstand uttrykkes gjennom stemmeleie eller ved måten spørsmål stilles på.
- 2 Terapeuten stiller adekvate spørsmål, men tempo, fremdrift og dybde kan være upassende, eller konfrontasjon eller kollusjon er til stede.
- 3 Terapeuten opprettholder en god samarbeidende stil gjennom mesteparten av samtalestunden. Noe bruk av normalisering av ubehagelige erfaringer og noe bruk av veiledning til nye erkjennelser.
- 4 Terapeuten forsøker å engasjere pasienten ved hjelp av passende spørsmålsstilling, uten verken konfrontasjon eller motstandsløshet, og med en varm væremåte.

#### 2) Utredning

Bør inneholde tegn til identifisering av pasientens:

- a Sentrale problemer
- b Sentrale symptomer
- c Forløpere før de første og de påfølgende psykotiske symptomene
- d Sårbarhetsfaktorer
- e Vedlikeholdende faktorer

**Skåring**

- 0 Ingen konkret utredning kan fremvises (fra denne eller tidligere samtaler): Sentrale problemer og symptomer er ikke identifisert, og undersøkelse av forløpere er ikke foretatt.
- 1 Utredning er begrenset og inadekvat: Sentrale problemer og symptomer er inadekvat definert, og forløpere er ikke undersøkt, eller bare i meget begrenset utstrekning.
- 2 Konkret utredning for de fleste av disse områdene kan fremvises.
- 3 Veldokumentert godt samarbeid med pasienten under utredningen av disse områdene, inkludert i arbeidet med forløpere og andre viktige faktorer.
- 4 Dokumentert, utmerket og kontinuerlig utredning som dekker alle områder, er diskutert med pasienten og pasienten, kan gjengi dette til terapeuten.

**3) Kasusformulering**

Dokumentasjon av at det er laget en kasusformulering, og at denne blir brukt som basis for terapien gjennom en behandlingsplan som er utformet i fellesskap, og som det er oppnådd enighet om. Dette skal også danne grunnlaget for agendaen i hver enkelt time.

**Skåring**

- 0 Ingen dokumentasjon av at en kasusformulering finnes, eller av at behandlingen følger en plan som er avtalt med pasienten.
- 1 Noe dokumentasjon for en kasusformulering og behandlingsplan, men den faktiske behandlingen følger ikke logisk av denne.
- 2 Terapeuten prøver å arbeide i henhold til kasusformuleringen, men klarer ikke å holde fokus på den, eller, alternativt, er for rigid når videreutvikling skjer under samtaletimene, eller for å la en videre utvikling finne sted.
- 3 Kasusformulering og behandlingsplan er i aktiv bruk, det vil si de er i fokus under samtaletimene eller i oppsummeringen ved slutten av timene, og man forsøker å arbeide fleksibelt etter føringene disse skjemaene gir.
- 4 Kasusformulering og behandlingsplan brukes aktivt og videreutvikles stadig, gjennom at terapeuten på hensiktsmessig vis anvender dem som basis og retningslinje for behandlingen, samtidig som han/hun aktivt søker tilbakemeldinger på dem fra pasienten.

**SEKSJON 2**

Den som vurderer terapien bør velge hvilke av de følgende områder som skal dekkes i vurderingsprosessen, og skårer disse i henhold til dette.

**4) Reattribusjon av hallusinasjoner og vrangforestillinger**

Normalisering og avstigmatisering av symptomer og opplevelser.

Realitetstesting: Samle bevis for og imot, og utforske alternative forklaringer, for eksempel gjennom å finne mulige bakenforliggende mekanismer.

**Skåring**

- 0 Ingen indikasjon på at det er gjort noe forsøk på reattribusjon.
- 1 Det er gjort noe forsøk på dette, men på en ustrukturert måte, det vil si med feil fokus, med for mange mål eller altfor konfronterende.
- 2 Noe nyttig arbeid er gjort, men det er ikke videreført, eller er altfor styrende og for lite preget av samarbeid.
- 3 Nyttig arbeid med noen symptomer er gjennomført i samarbeid med pasienten.
- 4 Symptomer er identifisert i kasusbeskrivelsen, og behandlingsplanen er gjennomført. Tiltak passende for det aktuelle stadiet i behandlingen er gjennomført med god anvendelse av teknikk, samarbeid med og tilbakemeldinger fra pasienten.

**5) Undersøkelse av underliggende temaer**

Når hallusinasjoner og vrangforestillinger er resistente mot forandring, undersøkes underliggende temaer (ved hjelp av konsekvensanalyse, inference chaining).

Gjennomgang av negativt innhold i lys av tidligere opplevelser og erfaringer, hvis dette er passende.

Håndtering av underliggende temaer som lavt selvbilde, sosial isolasjon eller skyldfølelse.

**Skåring**

- 0 Intet nyttig arbeid er gjennomført, og personen kan være bekymret og plaget uten at noe er gjort for å avhjelpe dette.
- 1 Arbeidet er tilfeldig, har feil fokus og forårsaker ubehag eller plager gjennom for mange eller for få mål, eller ved en lite empatisk gjennomføring.
- 2 Noe nyttig arbeid er gjort, men terapeuten bruker ikke passende CBT-teknikker.
- 3 Nyttig arbeid omkring noen symptomer er gjennomført. Sokratiske spørsmålsstilling er anvendt, men er overdrevent styrt av terapeuten.
- 4 Temaer er undersøkt på en adekvat og sensitiv måte, med fokus på og bidrag til kasusformuleringen. Sokratiske spørsmålsstilling brukes konsekvent, med tillegg av konsekvensanalyse der dette er passende.

**6) Videre arbeid**

Mestringsstrategier, forebygging av tilbakefall, og sosiale ferdigheter.

Forventninger i forhold til fremtidsplaner, evner og relasjoner.

Kort- og langtidsplaner.

**Skåring**

- 0 Arbeid hadde vært nyttig, men er ikke forsøkt.
- 1 Noe arbeid er gjort, men ikke passende eller ikke anvendt på områder med åpenbare behov, og utført med feil fokus.
- 2 Noe nyttig arbeid er gjennomført, men med begrenset samarbeid og effekt.
- 3 Nyttig arbeid er gjort i dette området, veiledet av kasusformulering og behandlingsplan, og gjennom et tydelig samarbeid med pasienten.

- 4 De mest passende temaer er behandlet, hele tiden med behandlingsstadiet og kassformuleringen for øyet, og arbeidet er gjennomført på en god måte.

## **GLOBAL SKÅRE**

Hvordan ville du ut fra denne behandlingstimen vurdere behandleren totalt sett, som en kognitiv terapeut for personer med psykose?

- 0 Dårlig
- 1 Så vidt adekvat
- 2 Middelmådig
- 3 Tilfredsstillende
- 4 God
- 5 Veldig god
- 6 Svært god