

KVALIFICERET SELVBESTEMMELSE I KLINISK PSYKOLOGISK ARBEJDE:

ET "FRAMEWORK" TIL DEN INTEGRATIVE EKLEKTIKER

Mia Skytte O'Toole¹ & Jan Tønnesvang²

Med et stort antal navngivne terapier har psykologer i dag et bredt katalog at vælge psykoterapeutiske teknikker ud fra. Mange psykologer hævder da også at arbejde eklektisk, henvisende til brugen af forskellige terapeutiske teknikker både inden for og mellem psykoterapeutiske hovedtraditioner. At have mange forskellige teknikker at trække på kan være gavnligt, men spørgsmålet bliver, på hvilken baggrund psykologen til- og fravælger bestemte tilgange og teknikker? I denne artikel vil vi præsentere et navigations- og analyseredskab, som kan fungere som en ramme inden for, og med hvilken psykologer kan kvalificere koordineringen og valget af forskellige terapiformers foreslåede teknikker. Grundlaget for artiklens navigations- og analyseredskab er begrebet om kvalificeret selvbestemmelse, der indkredser nogle af de grundkompetencer, der er nødvendige for at kunne navigere i de sider af menneskelivets materielle, sociale og personlige tilværelsesdomæner, hvis udvikling man kan rette en terapi mod. Afslutningsvis præsenteres specifikke anvendelsesmuligheder for modellen, herunder i udarbejdelsen af caseformuleringen samt som grundlag for netværksmøder.

Psykologens mange valg

I nyere tid er der sket en eksplosion i antallet af navngivne terapier, der kun i ringe, dog stigende, grad har været genstand for empirisk undersøgelse. Denne udvikling har affødt rivaliserende tilstande mellem forskellige terapeutiske traditioner, hvor der udkæmpes en kamp om at have patent på den mest korrekte forståelse af, og den mest effektive behandling til, psykiske lidelser (Norcross, 2005). Sjældent finder man dog en klar vinder i kapstriden mellem de forskellige terapier, der snarere opnår samme bedring

-
- 1 Mia Skytte O'Tooles forskning centrerer sig om angstlidelser og depression. Aktuelt er hun postdoc ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, hvor hun afprøver effekten af emotionsreguleringsterapi på pårørende til kræftpatienter.
 - 2 Jan Tønnesvang er professor ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet. Hans forskning centrerer sig om integrativ vitaliseringspsykologi i teori og praksis relateret til forskellige former for arbejde med mennesker.

ad forskellige veje (Arch et al., 2012; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006; Hougaard, 2004).

Man har på tværs af enkelte studier forsøgt at rangordne evidensen for forskellige terapiformer til forskellige lidelser, såvel herhjemme i nationale referenceprogrammer (fx Sundhedsstyrelsen, 2007) som i internationale guidelines (fx Australian Psychological Society, 2010; NICE, 2013). I disse programmer vurderes det randomiserede kontrollerede forsøg som det mest ideelle design til at undersøge psykoterapis effekt, hvorfor metaanalyse af disse kontrollerede forsøg rangordnes som den bedste, mest solide form for evidens (fx Guyatt et al., 2008). Baseret på sådanne rangordninger anbefales til angstlidelserne eksempelvis kognitiv adfærdsterapi (fx Beck, 1979; Clark & Beck, 2010) enten givet på traditionel vis ansigt til ansigt eller som selvhjælpsmateriale i form af en bog eller et computerprogram (Australian Psychological Society, 2010). En række kritikpunkter er blevet fremført i forbindelse med denne måde at rangordne evidens på, herunder spørgsmålet om, hvorvidt undersøgelserne anvender de bedste effektmål, at de (undersøgelserne) forlader sig på usikre diagnostiske kategorier, og at det kontrollerede forsøg forfordes i litteraturen (fx Rosner, 2003; Prescott et al., 1999). Hvis vi i første omgang ser bort fra denne kritik og forestiller os en psykolog, der lader sig informere af de tilgængelige guidelines og derfor behandler angstlidelser med kognitiv adfærdsterapi, så vil denne psykolog i op mod 60 % af de behandlede tilfælde opleve, at personerne *ikke* opnår en tilstrækkelig effekt, hvor det dårligste resultat findes for lidelsen generaliseret angst (Brown, Barlow & Liebowitz, 1994; Hofmann & Smits, 2008). Vores psykolog kan så kigge videre i sine guidelines efter råd og vejledning. Ved udeblivende effekt hos eksempelvis personen med socialfobi foreslår NICE guidelines (2013), at man i første omgang tilbyder personen *mere* individuel kognitiv adfærdsterapi. De specifikke kognitive programmer, man henviser til, inkluderer forskellige metoder (Clark et al., 2006; Rapee & Heimberg, 1997) og præsenterer dermed psykologen for en række valg og for spørgsmålet om, hvilke metoder der bedst rammer mekanismen bag klientens symptomer. Ville det være relevant at undersøge klientens pinefulde erindringer vha. *imagery rescripting*-teknikker? Hvordan skal *eksponerings*opgaverne tilrettelægges, og hvad skal de sigte mod? I NICE guidelines står det endvidere anført, at psykologen kan foretage valg *mellem* bestemte terapeutiske tilgange. Hvis klienten ønsker det, kan man fx overveje at supplere med psykofarmaka eller afprøve et korttidspsykodynamisk forløb (NICE, 2013).

Trods de mange studier, bidragende med tiltagende solid evidens i forhold til behandlingen af en lang række psykiske lidelser, skal psykologen altså foretage en række valg, det være sig såvel *inden for* som *mellem* terapeutiske tilgange. Dette skal ske samtidig med, at psykologen ofte vil befinde sig på et mindre solidt empirisk grundlag. Eksempelvis vil et stort antal psykiatriske patienter have flere samtidige eller komorbide diagno-

ser, og de har, som en af vores gode kolleger ofte har sagt, "sjældent læst så grundigt op på de diagnostiske kriterier". I flere af disse tilfælde vil der ikke være lige så klare guidelines at følge i valg af terapeutisk tilgang. En anden problematik har at gøre med de såkaldte subkliniske tilstande, defineret som psykopatologiske symptomer, hvor klienten ikke lever op til de diagnostiske kriterier, og som typisk behandles af primærsektorens psykologer eller andre privatpraktiserende psykologer. Disse psykologer står med den udfordring, at subkliniske tilstande kun i ringe udstrækning, hvis overhovedet, har været genstand for empirisk undersøgelse, hvorfor der ikke foreligger klare anbefalinger til valg af behandling. Alt i alt vil psykologen med stor sandsynlighed ganske ofte befinde sig i en situation, hvor der er flere evidensbaserede terapier at vælge imellem, hvor den evidensbaserede terapies effekt udebliver, eller hvor der ikke er klare guidelines for valg af terapi. Der vil derfor være en række valg at træffe, og man kan så spørge: Hvordan foretager psykologen mest kvalificeret disse kliniske valg?

Teknisk og integrativ eklekticisme

Givet de mange navngivne terapier (over 400 ifølge Norcross, 2005) har psykologer et bredt værktøjskatalog at vælge ud fra, og mange psykologer hævder da også at arbejde eklektisk, henvisende til brugen af forskellige terapeutiske teknikker både inden for og mellem psykoterapeutiske hovedtraditioner. Termen eklekticisme stammer fra det græske ord *eklektikos*, der betyder "udvælgende", og som anvendes i betydningen, at man forener forskellige idéer om og teknikker til at beskæftige sig med et emne, også selvom idéerne og teknikkerne måske kan virke uforenelige. Man taler om eklekticisme i to grundbetydninger, som hhv. teknisk eklekticisme og som integrativ eklekticisme. Begge former for eklekticisme kan finde anvendelse inden for psykoterapi. Ved *teknisk eklekticisme* har man som sådan fokus på, hvad der bedst kan bruges til en bestemt afgrænset ting. Man arbejder således typisk ud fra en vurdering af, hvilken teknik eller metode der vil virke bedst for en bestemt person med et bestemt problem i en eller flere bestemte kontekster. Ved en sådan teknisk eklekticisme beskæftiger man sig i ringe grad med den teoretiske baggrund for de givne tilgange, hvorfra terapeuten altså primært trækker på teknikker (Norcross, 2005). Populært sagt handler det derimod om at have en god værktøjskasse og vide, hvordan de forskellige værktøjer hver for sig kan bruges til forskellige ting. Hougard (1996) taler i forhold til dette om kongruensprincippet, der netop går ud på, at terapeuten (ud af sin værktøjskasse) vælger den strategi (det værktøj), der bedst egner sig til at behandle klientens problematik, og som er i overensstemmelse med klientens ønske om forandring. Ønsker klienten fx at mindske en taleangst, ville eksponeringsøvelser være oplagte, hvorimod en klient med ønsket om at undersøge inter-

personelle problematikker måske kunne have mere gavn af psykodynamisk orienteret behandling.

Ved den *integrative eklekticisme* kombinerer man ikke blot teknikker. Man bestræber sig samtidig på at integrere dele af de teoretiske antagelser inden for på overfladen ellers modstridende idéer og antagelser om det fænomen, man er optaget af – i vores sammenhæng psykisk lidelse. Det handler her om at undersøge, hvad de anvendte tilgange begrebsmæssigt er funderet i og beskæftiger sig med, rodfæstet i en grundlæggende indstilling til at se forskelle i viden, metodik og praksis som grundlag for såkaldte *meningsfulde uenigheder* (Tønnesvang, 2014). Den integrative eklekticisme er i udgangspunktet optaget af at forstå, hvordan forskellige tilgange og tilhørende metodikker hver især realiserer grundlæggende principper og således har forskellige tyngdepunkter i deres behandlingsmæssige relevans og effektivitet i forhold til forskellige problemstillinger. Man er her optaget af at undersøge, hvordan "*particular orientations are ideosyncratic manifestations of common principles*" (Castonguay, Newman, Borkovec, Holtforth & Maramba, 2005).

At arbejde teknisk eklektisk henviser altså til at *vælge* blandt – i princippet – alle tilgængelige teknikker, som forekommer anvendelige. Integrativ eklekticisme handler derimod om at reflektere over, hvordan man ud fra grundlæggende almene principper kan *kombinere* selekterede dele af forskellige teoretiske og metodiske forståelser, sådan at man får mulighed for at forstå og arbejde med en større del af mennesket og dets problemstillinger. Forståelsesrammen udvides således, bliver trinvis mere helhedsorienteret, og det er ud fra den stadig mere omfattende ramme, at den integrative eklektiker udvælger sine teknikker (Norcross, 2005). Interessen for og antallet af studier inden for integrative tilgange er stødt voksende, og der publiceres stadig flere artikler, der handler om udvikling og afprøvning af integrative terapiformer (Marquis, 2012). Som en form for komplementær reaktion på de stadig mere forfinede specialiseringer, der er fulgt med den evidensorienterede bevægelse, er initiativerne til sådanne integrative bestræbelser ofte baseret på en erkendelse af, at én given teoretisk forståelse har været utilstrækkelig. Dette var eksempelvis også tilfældet i et studium af Newman og kolleger (2008), hvor udgangspunktet var, at kognitiv terapi ikke var tilstrækkelig effektiv i sin behandling af generaliseret angst, og at dette kunne skyldes et for snævert fokus på, ellers nok så væsentlige, dele af lidelsen. Mennesker med generaliseret angst bekymrer sig kronisk, hvilket man i traditionel kognitiv terapi bl.a. tilgår ved at omstrukturere indholdet eller betydningen af bekymringerne. Man er dog blevet opmærksom på, at bekymring i generaliseret angst typisk tjener den særlige funktion at undgå og distrahere sig fra ubehagelige følelser (Borkovec & Newman, 1998; Mennin & Fresco, 2013). Fra en oplevelsesorienteret tilgang (Greenberg & Safran, 1987) vil man sige, at bekymring tjener undgåelse af primære emotioner (fx angst eller tristhed) og efterlader personen med – på kort sigt – mere tålelige, sekundære følelser (fx frustration, diffust ubehag). Og med en interpersonel forståelse af bekymring vil man være opmærksom på, at personer

med generaliseret angst udviser rigiditet i interpersonelle relationer, og at deres bekymringer primært knytter sig til den interpersonelle sfære (Pincus & Borkovec, 1994). Således kan de forskellige teoretiske tilgange til problemstillingerne i generaliseret angst tilbyde forskellige forståelser af problemerne. Netop på denne baggrund af forskellige forståelsesmodeller sammensatte forskerne (Newman, Castonguay, Borkovec, Fisher & Nordberg, 2008) et behandlingsprogram, der bestod af komponenter fra kognitiv og interpersonel terapi. Man fandt ud fra dette en effektstørrelse, der ved såkaldt benchmarking var større end behandling alene med kognitiv terapi målt på symptomer på angst og depression. Der syntes altså at være en mer-effekt at hente ved at behandle, i dette tilfælde generaliseret angst, med udgangspunkt i komponenter fra forskellige terapeutiske tilgange.

Fokus på tilværelseskompetence i klinisk arbejde

I de senere år er en lang række terapier inden for den såkaldte tredje bølge af kognitiv terapi skudt op. Disse terapier er ofte efterstræbt integrative i den forstand, at de trækker på forskellige teoretiske forståelser af et givet fænomen, hvilket afspejles i de specifikke terapeutiske teknikker, de omfatter. Fælles for flere af disse terapier er, at de i stedet for at fokusere på symptomreduktion har det særlige fokus at træne klientens færdigheder i forhold til den givne terapies hovedfokus, det være sig opmærksomhedsstyring, emotionsregulering etc. (Kahl, Winter & Schweiger, 2012). I emotionsreguleringsterapi (ERT) opøver klienten eksempelvis en række færdigheder i forhold til at kunne anvende forskellige strategier, med hvilke denne på hensigtsmæssig vis kan regulere sine følelser (O'Toole, Mennin & Fresco, 2014). Antagelsen er, at vejen til symptomlindring på sigt ikke bør have symptomlindring som det proksimale fokus. Derimod er symptomerne et udtryk for underudviklede eller måske endda manglende færdigheder i forhold til at regulere sit følelsesliv. I overensstemmelse hermed hævdes det af Stephen Hayes, der er ophavsmand til Acceptance and Commitment Therapy (ACT), at der bør fokuseres mindre på diagnostiske kategorier og mere på de færdigheder, som klienten besidder eller ikke besidder (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). Det er således ikke et bestemt sæt symptomer i sig selv, der bestemmer psykisk velbefindende. Det gør derimod evnen til at tilgå sig selv og verden med, hvad man i ACT kalder *psykologisk fleksibilitet*. Dette tænkes at gøre sig gældende for alle mennesker, psykisk lidelse eller ej. I ACT's forståelse består psykologisk fleksibilitet normativt af en række færdigheder, herunder eksempelvis at kunne være i nuet, at acceptere, hvad nuets oplevelse indeholder, og at kunne handle i overensstemmelse med egne værdier.

Bevægelsen mod at interessere sig *mere for kompetencer eller færdigheder og mindre for symptomer* (som vi ser med eksempelvis ACT) svarer til at be-

tragte psykoterapi som en bestræbelse på at give den sultne mand en fiskestang i stedet for en fisk. Livet byder kontinuerligt på udfordringer, der, givet en persons sårbarheder, (igen) kan trigge symptomer. Kompetencer til grundlæggende og i bred forstand at takle livets udfordringer – uanset om disse manifesterer sig om psykiske symptomer eller ej – er altså i nogle af de nyere terapiudviklinger det primære fokus (Castonguay et al., 2005; Kahl et al., 2012). I den forbindelse er det jo så nærliggende at spørge, *hvilke grundlæggende kompetencer eller færdigheder, på engelsk kaldet hhv. competences eller skills, et menneske bør besidde for at kunne leve et liv i overensstemmelse med sine behov og værdier på passende måder i forskellige livssammenhænge? Er det muligt at identificere en kompetencernes g-faktor eller en kompetencernes Big Five?*

Vi vil i det følgende præsentere en kompetencemodel, der giver et bud på, hvilke fire grundlæggende tilværelseskompetencer alle mennesker skal udvikle sig inden for. Modellen kan betragtes som en model over kompetencernes *Big Four*, der kan fungere som et integrativt navigationsredskab til psykologen, når denne skal vælge mellem terapeutiske strategier. De fire kompetencer sammenfattes i modellen under begrebet om kvalificeret selvbestemmelse, der henviser til, at man som person udvikler selvbestemmende selvregulering i sin tilværelse på måder, der understøtter, at man kvalificerer sig til at være samfundsopkoblet og deltagende i sociale og kulturelle sammenhænge. Vores mål er at vise, hvorledes de fire tilværelseskompetencer i modellen gør det muligt for psykologen at forholde sig systematisk til kompleksiteten i klientens kompetenceprofil og lade sig vejlede af dette i tilrettelæggelsen af sit arbejde. Vi vil i det følgende beskrive begrebet om kvalificeret selvbestemmelse og modellen over de fire kompetencer. I forlængelse af dette giver vi nogle eksempler på, hvordan modellen konkret kan anvendes i klinisk psykologisk praksis.

Begrebet om kvalificeret selvbestemmelse

Begrebet om kompetence handler om, hvordan man ved tilegnelse af viden og erfaring har udviklet sine evner, talenter og færdigheder til at mestre afgrænsede funktionsområder. Forskningstraditionen knyttet til kompetence-spørgsmålet har primært udviklet sig i relation til uddannelse, pædagogik, læring og udvikling i almindelighed (Elliot & Dweck, 2007). Dette gælder også det hidtidige arbejde med begrebet om *kvalificeret selvbestemmelse* (KvaS), der har dannet grundlag for en helhedstænkning omkring, hvilke grundlæggende kompetencer mennesker skal udvikle for at kunne navigere og deltage i menneskelivets tilværelsesdomæner. De fire grundkompetencer i kvalificeret selvbestemmelse knyttes eksplicit til måderne, hvorpå mennesker med sig selv og i sameksistens med andre realiserer deres tilværelse, og de betegnes i overensstemmelse med dette for *tilværelseskompetencer* (Tønnesvang, 1998; 2002). Med terminologien omkring tilværelseskompetence

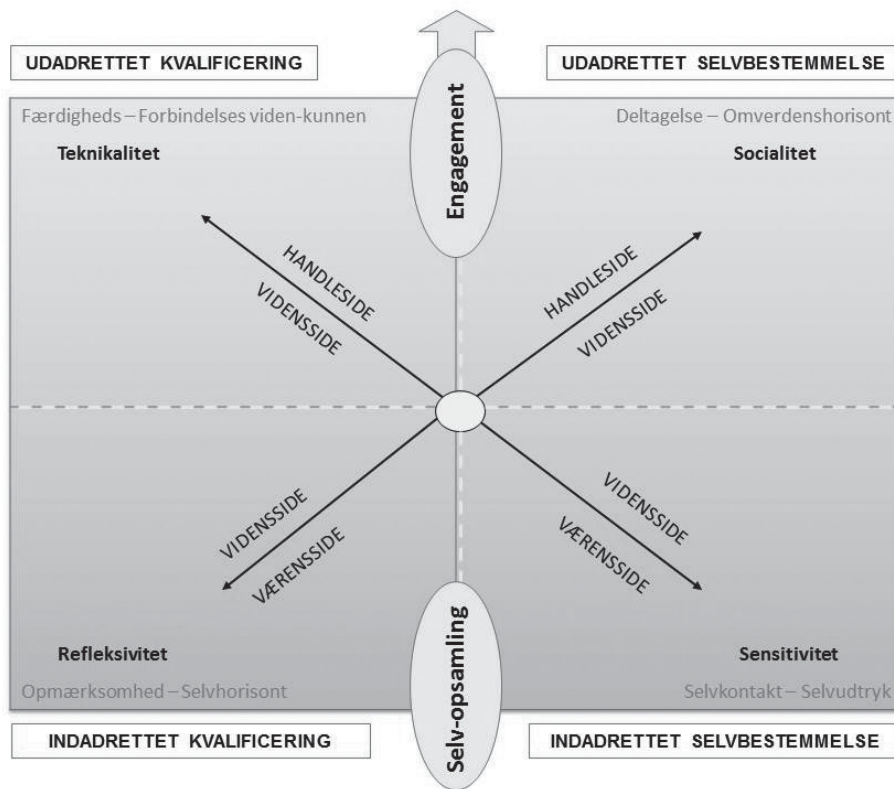
bringes der opmærksomhed til, at det ikke blot handler om kompetence med henblik på samfundsnytte og erhvervsnytte, men at det handler om kompetence til at skabe og håndtere den helhed, en tilværelse er. På den måde egner begrebet sig til at bygge bro mellem forskellige fagligheder, der arbejder med mennesker i forskellige sammenhænge (Poulsen, 2015), og det er denne brobygning, som vi i det følgende vil udvide til også at omfatte klinisk psykologisk arbejde. Det første, vi her skal kigge på, er KvaS-begrebets dobbelthed, som faktisk er en dobbelt dobbelthed. Dernæst følger en beskrivelse af de fire tilværelseskompetencer, der hører til KvaS-begrebet.

Kvalificering og selvbestemmelse

Begrebet *kvalificeret selvbestemmelse* blev introduceret i dansk sammenhæng af Sven Mørck (1990) og er senere blevet videreudviklet af Tønnesvang (2002; 2012; 2015a; 2015b). Her gives en kort introduktion til modellen, men læseren henvises til de angivne referencer for en uddybning af den tankeramme, der danner baggrund for begrebet og modellen.

Kvalificeret selvbestemmelse henviser dels til, at vi som mennesker har til opgave at blive kvalificeret til at fungere i den teknologiske kompleksitet, der på et givet tidspunkt karakteriserer et samfund og dets omgivelser. Dette domæne vedrører samfunds teknogenese og kaldes i KvaS-begrebet for *teknikalitet*. Dels henviser begrebet til, at vi som mennesker har til opgave at udvikle selvbestemmelse i en grad, så vi kan deltage i medbestemmende skabelse af grundlaget for en meningsfuld eksistens og sameksistens tilknytning til den gældende kultur, socialitet og samfundsnorm og disse forholds omgivelser. Dette domæne vedrører kulturers sociogenese og betegnes i KvaS-begrebet for *socialitet*.

Endvidere rummer såvel kvalificeringssiden som selvbestemmelsessiden i KvaS-begrebet en dimension af såvel udadrettethed som indadrettethed i tilværelsesrealiseringen. Mens KvaS i udadrettet forstand vedrører den realisering, der finder sted på det tekniske og det social-moralske tilværelsesdomæne, så vedrører KvaS i indadrettet forstand det personlige tilværelsesdomæne i form af menneskers måde at forvalte deres væren i deres udadrettede gøren. I KvaS-modellen skelnes mellem to forskellige sider af det personlige tilværelsesdomæne. På den ene side er der en kvalificerende side, som omhandler det kognitive domæne gående på opmærksomhedsstyring, perspektivtagning og selvhorisont. Dette domæne betegnes *refleksivitet*. På den anden side er der en indadrettet side for selvbestemmelse, som omhandler det følelses, emotionelle domæne og altså det at have kontakt med, regulere og udtrykke sig selv, hvilket betegnes *sensitivitet*.



Figur 1

De fire tilværelsesdomæner er på den ene side adskilt fra hinanden ved det, at de handler om forskellige ting. Men de er samtidig filtret ind i hinandens måde at fungere på i det enkelte menneskes samlede kompetenceforvaltning. Selvom vi i KvaS-modellen skiller de fire tilværelsesdomæner ad, så er de altså ikke uafhængige af hinanden. Endvidere forholder det sig således, at man inden for kompetencedomænerne skelner mellem viden, handlen og væren. Mennesker gør noget, de *handler* i verden, på måder, hvor de er mere eller mindre i overensstemmelse med sig selv (*væren*) samtidig med at de både lader sig forstyrre og berige af de former for *viden*, de skal tilegne sig (og tilegner sig) i spændingsrelationen mellem deres handlen og væren. I KvaS-modellen skelnes der i de udadrettede tilværelseskompetencer mellem en *handleside* og en *vidensside*, mens der ved de indadrettede tilværelseskompetencer skelnes mellem en *værensside* og en *vidensside*. Dette forhold mellem handlen, væren og viden skal i virkeligheden forstås som en bevægelsesdynamik mellem at engagere sig i verden (handlen), samle op og skabe overensstemmelse med sig selv (væren), samtidig med at man er i færd med at kvalificere den indsigt (viden), man har inden for de fire tilværelsesdomæner. I KvaS-modellen indfanges denne bevægelsesdynamik med spændingsrelationen mellem *engagement* og *selvopsamling* i modellens lodrette akse (se figur 1).

De fire tilværelseskompetencer og de 12 dimensioner i KvaS-modellen

Inden for hvert af de fire kompetencedomæner kan der yderligere identificeres tre dimensioner. Disse dimensioner afspejler en lejringssteori, dvs. en teori, der arbejder med, at dimensionerne lejrer sig oven på hinanden i en bevægelse indefra og ud i KvaS-modellen (afbildet ved diagonale pile i figur 2). Lejringssteoriens logik svarer nogenlunde til Daniel Sterns (1985) teori om domæner, der lejres oven på hinanden i løbet af barnets udvikling. Der er med KvaS-modellen ikke tale om en såkaldt udviklingsplan for det enkelte menneske, hvor dette skal udvikle sig hen mod et bestemt endepunkt, fra hvilket livet forvaltes med bestemte kompetencer. Det handler snarere om, at vi som mennesker udvikler kapaciteter til på passende vis at trække på forskellige kompetencer i mødet med forskellige udfordringer. Der ligger en strukturel normativitet i begrebet forstået på den måde, at jo mere vi har udviklet vores kompetencer, des bedre forudsætning har vi for at kunne trække passende på disse kompetencer i forhold til vores skiftende udfordringer. Men der ligger ikke en indholdsbestemmende normativitet i begrebet, der siger, at der er bestemte måder at gøre ting på, som per definition er mere rigtige end andre.

De 12 dimensioner er teoretisk begrundede og i nogen grad empirisk underbyggede forslag til, hvordan indholdet i de fire domæner kan defineres. Der er dog ikke tale om lukkede, dogmatiske kategorier med et statisk indhold, men om åbne kategorier, hvis terminologiske indhold vil kunne ændres over tid, efterhånden som de står på mål for fortsat empirisk og praktisk afprøvning. I nærværende sammenhæng skal de altså ses som teoretisk begrundede indholdsforslag til hvert domæne, der kan give psykologen et arbejdsredskab til at skabe overblik over klientens kompetencer, og hvorledes disse kan anskues som lejrede og interrelaterede. I det følgende vil vi beskrive de 12 dimensioner og give eksempler på, hvordan man inden for forskellige terapiretninger med forskellige værktøjer mere eller mindre eksplícit retter sig mod de pågældende dimensioner. Der er tale om smagsprøver på forskellige terapiers tyngdepunkter og centrale værktøjer – særligt de kognitive af slagsen. Der er derfor ikke tale om et forsøg på som sådan at katalogisere selvsamme. Dertil skal det siges, at der er tale om empirinedslag og ikke et review af forskellige terapiretningers metoder, ej heller tilbydes en grundig gennemgang af diagnostiske kategorier. Pointen med nedenstående er at bringe opmærksomhed til, hvorledes man i forskellige sammenhænge kan tænke om klinisk psykologisk arbejde som kompetenceudviklende.



Figur 2

Teknikalitet (med dimensionerne færdighedsviden, forståelsesviden og forbindelsesviden)

Teknikalitet (eller teknisk tilværelseskompetence) er placeret i KvaS-modelens øvre venstre side som udadrettet kvalificering. Det vedrører personers kapaciteter til at realisere deres eksistens i det tekniske tilværelsesdomæne. Det drejer sig om faglige kompetencer og færdigheder, der skal til for at håndtere det, vi kalder for *tingsverdenen*. Det skal dog tilføjes, at teknikalitet handler om andet og mere end én eller flere specifikke fagligheder. Bredt set er der tale om viden om og kompetence til at håndtere ting i verden på grundlag af viden om, *hvad* disse ting er, *hvorfor* de er, som de er, og *hvor* man håndterer dem. Det kan fx handle om medie- og teknologihåndtering, og det kan handle om at mestre sit fag, men det kan også handle om den kunnen og den viden, der skal til for at sparke til en bold, lave mad og køre med en bus.

Det er vigtigt at huske, at KvaS-modellen ikke siger noget om, hvilket indhold man specifikt skal arbejde med i et bestemt terapeutisk arbejde for at fremme den tekniske tilværelseskompetence. Modellen er ikke en indholdsmodel, men en formmodel, der peger på behovet for at udvikle denne tilværelseskompetence i såvel dens vidensmæssige som dens handle-mæssige karakter, som en teknisk viden-kunnen. Modellen giver dog samtidig nogle bud på, hvilke grunddimensioner den tekniske tilværelseskompetence består

af, som den integrative eklektiker kan have for øje, når hun skal vurdere, om en given terapeutisk intervention fremmer teknisk tilværelseskompetence. Som det ses af figur 2, skelner vi inden for teknisk tilværelseskompetence mellem dimensionerne færdighedsviden-kunnen, forståelsesviden-kunnen og forbindelsesviden-kunnen:

- *Færdighedsviden-kunnen* har at gøre med at kende til noget og at kunne noget med noget. Det kan handle om at kunne læse, at skrive på computer, at tage en bus eller følge en opskrift, når man laver mad. Det handler altså om at kende og at kunne. For personer med angstlidelser præget af undgåelsesadfærd kan det her være værd at undersøge forholdet mellem viden og kunnen. Har en person gennem hele sit liv undgået at køre i bus, kan det være nødvendigt at få grundlæggende færdighedsviden om det at køre i bus; hvordan køber man en billet, hvordan læser man en køreplan osv. For den person, der har tilstrækkelig viden om buskørsel, kan det alene være et højt angstniveau og de associerede katastrofeforestillinger, der hindrer kunnen. På samme måde kan kunnen i forhold til specifikke arbejdsopgaver eller opgaver i hjemmet blive vanskeliggjort af psykiske forhold. For en person med OCD og angst for bakterier, kan det være vanskeligt og tidskrævende at tømme skraldespand. Igen må man forholde sig til forholdet mellem viden og kunnen og fx vurdere, om personen har tilstrækkelig viden om, hvilke bakterier og smittericisi der reelt er til stede i berøring med affald. Således kan man altså undersøge konsekvenserne af den pågældende psykiske problematik og forholde sig til, hvor personen mangler viden og skal træne kunnen.
- *Forståelsesviden-kunnen* har at gøre med den forståelse, man har i forhold til det, man ved noget om og kan noget med. Det kan være at forstå den dybere mening med det, man læser, eller det kan være at forstå matematiske grundprincipper, og hvordan de kan anvendes til forskellige former for matematiske problemstillinger. Det kan være at forstå guitarspillets logik og lave nye melodier, eller det kan være at forstå, hvordan kemiske grundstoffer kan gå i forbindelse med hinanden og derved frembringe nye stoffer. Det handler altså om at forstå elementære sammenhænge i ting. I klinisk sammenhæng afspejles udvikling inden for denne dimension i psykoedukativ praksis, som er et centralt element i mange både traditionelle og moderne kognitive terapier. Her er det netop formålet, at klienten oparbejder en forståelse af sammenhænge mellem forskellige psykiske fænomener, fx at tanker er med til at bestemme vores følelser (Beck, 1979), eller at følelser afspejler (u)opfyldte behov (Greenberg, 2002).
- *Forbindelsesviden-kunnen* handler om at kunne forbinde det, man ved inden for ét sagsområde med dets mulige betydning inden for et andet sagsområde. Det kan være at forbinde romanfigurers eksistentielle dilemmaer med konkrete livsudfordringer hos et menneske, man samtaler med. Det kan være at forbinde matematik med udformningen af kulisser

til et teaterstykke, eller det kan være at forbinde smag og kemi på måder, som bringer nye madretter for dagen. Det handler altså om at kunne forbinde og anvende sine forskellige kompetencer på tværs af faglige og saglige grænser. I klinikken kan det handle om, at klienten kan se forbindelser og anvende kompetencer inden for ét område på et andet. Hos klienten med barn eller børn kan viden og kunnen i forhold til psykiske forhold ved sig selv eksempelvis oversættes og forbindes med psykiske forhold hos barnet. På samme vis kan denne viden og kunnen om psykiske forhold anvendes til at forstå og løse konflikter på arbejdet. Eller det kan handle om, hvordan man som leder forstår, at der kan være forældreskabsdynamikker på spil i måden, hvorpå man er involveret i sin lederfunktion i forhold til sine medarbejdere (Popper & Maysless, 2002). Med disse foci bevæger vi os imidlertid over i retning af domænet for socialitet, hvis tre dimensioner uddybes i det følgende.

Socialitet (med dimensionerne deltagelse, samarbejde og omverdenshorisont)
Socialitet (politisk-etisk tilværelseskompetence) er placeret i KvaS-modelens øvre højre side som udadrettet selvbestemmelse. Det vedrører personers kapaciteter til at realisere deres eksistens på det social-moralske tilværelsesdomæne. Det drejer sig om de kompetencer og færdigheder, der skal til for at kunne forstå, deltage i og bidrage til udviklingen af den sociale, moralske og politiske verden. Det er her vigtigt at være opmærksom på, at socialitet handler om andet og mere end nogle specifikke sociale kompetencer til at begå sig i interpersonelle "dig, mig, os og dem"-relationer. Dette domæne indbefatter det, at man har forståelse for og kan forholde sig til de værdi- og moralstrukturer, der er på spil i socialitetens processer, samt at man kan handle med selvbestemmelse og på moralsk reflekteret vis som en individualitet i fællesskaber. Hvis man eksempelvis vil fremme kompetence til lederevne hos en klient, så er det både et spørgsmål om, at de skal *vide* noget om, hvad lederskab er, og det er et spørgsmål om, at de i praksis skal lære at forholde sig til sig selv og *handle* som leder i de livssammenhænge, de deltager i. Dette svarer lidt til, at man som en forudsætning for at udvikle selvbestemmelse som en personkvalitet skal have erfaring med at deltage i sammenhænge, hvor man har medbestemmelse. Medbestemmelse i det sociale rum er en af betingelserne for, at man som deltager i disse kan udvikle personlig kapaciteter til selvbestemmelse (Tønnesvang, 2002).

Som det var tilfældet for teknisk tilværelseskompetence, siger KvaS-modellen heller ikke ved den social-moralske tilværelseskompetence noget om, hvilket indhold man skal fokusere på i sit arbejde med denne. Men modellen skelner også her mellem tre grunddimensioner, som man kan være opmærksom på, når man skal vurdere, på hvilken måde en terapeutisk aktivitet kan fremme social-moralsk tilværelseskompetence hos klienten. Som det ses af figur 2, skelner vi her mellem at have kapacitet til at deltage i relationer og

fællesskab, at have kapacitet til at samarbejde og lede samt at have omverdenshorisont.

- Dimensionen for at *deltage i relationer og fællesskab* handler om at kunne være sammen med andre mennesker i strukturerede og ustrukturerede sammenhænge. Det handler om, hvordan man er i stand til at falde ind og ud, afstemme sig efter de sociale koder og deltage i samtale og forskellige aktiviteter med mere eller mindre retning. Det kan være som deltager i større eller mindre grupper, kollegialt, familiært, venskabeligt eller med mennesker, man møder på sin vej. Personer med angstlidelser og depression er ofte udfordret på denne dimension, enten pga. direkte undgåelse af sociale sammenhænge (som det ses ved fx socialfobi) eller ved manglende energi og overskud (som det ses ved fx depression). Netop arbejdet med social undgåelsesadfærd og inaktivitet er en central komponent i mange kognitive terapier.
- Dimensionen for at *samarbejde og lede* handler også om deltagelse med andre, men nu med en opmærksomhed på, hvorledes man er åben, kommunikerende og dirigerende i forhold til andre, som man samarbejder med, og hvor man påtager sig en ledende rolle, hvis dette skal til for at skabe retning i samarbejdet. Den ledelsesmæssige del kan være knyttet til en formel position som ansat leder, som valgt teamleder, som anfører på et fodboldhold eller som ordstyrer på et personalemøde. Dimensionen handler ikke som sådan om det at lede, men om måden, hvorpå man tager et ansvar for forholdet mellem sagen og de andre deltagere i sammenhængen, hvordan man både er i stand til at påtage sig og afgive sin ledelsesstyring for at give plads til andre "førere", når dette er passende. At være kompetent inden for denne dimension hviler bl.a. på personens evne til at forstå de komplekse forhold, der gør sig gældende inden for socialitetens domæne. For personer med socialfobi er det eksempelvis blevet fundet, at de kan have vanskeligt ved netop at forstå interpersonelle emotionelle forhold (O'Toole, Hougaard & Mennin, 2013). Selve arbejdet med at forbedre evnen til kognitivt og emotionelt at forstå sådanne forhold vedrører i høj grad dimensionerne i den nedre del af KvaS-modellen, men vil bidrage til den viden og kunnen, som kompetent samarbejde og ledelse beror på.
- Dimensionen for *omverdenshorisont* handler om, med hvilken social båndbredde man inkluderer hensyn til andre i sin sociale funktionalitet. Spørgsmålene her er, om det alene handler om mig (egocentri), om det handler om mig og gruppen (etnocentri), eller om det mere bredt handler om at forstå, at mennesker er fælles om at være mennesker og deler grundvilkår (verdenscentri), eller i yderste instans en opmærksomhed på alle levende væsner og klodens tilstand (kosmocentri). Det centrale ved denne dimension er, hvorledes en persons sociale båndbredde får betydning for hans eller hendes kapacitet til at kunne orien-

tere sig socialt og politisk, såvel lokalt som på samfunds- og verdensplan. Ved en række angsttilstande kan opmærksomheden på egen sikkerhed og overlevelse være så altoverskyggende, at blikket for andre og verden midt i bekymringernes hede kan falme (Mennin & Fresco, 2014). Psykoterapier kan her arbejde med at folde klientens oplevelser ud på en måde, så fokus ikke længere er snævert på trusler. Igen vedrører dette arbejde også i høj grad forhold i den nedre del af KvaS-modellen, men de vil på det sociale domæne kunne have den effekt, at personen bliver i stand til at orientere sig mod større, meningsfulde spørgsmål i egen og andres interesse (O'Toole et al., 2015). Sagens kerne er, at selve arbejdet med de nedre (indadrettede) KvaS-dimensioner til dels er begrundet i deres relation til de øvre (udadrettede) KvaS-dimensioner (omverdenshorisont, samarbejde og deltagelse), og at arbejdet med de indadrettede dimensioner vil have konsekvenser for de udadrettede. En af de centrale ting, som KvaS-modellen hjælper med, er netop at vise og fastholde denne mulige komplekse sammenhæng mellem indadrettede og udadrettede kompetencedimensioner. Man arbejder således ikke med de indadrettede sider for de indadrettede sider egen skyld, men for de konsekvenser, som det indadrettede arbejde har for klientens udadrettede kompetencer.³

Refleksivitet (med dimensionerne opmærksomhedsstyring, perspektivtagning og selvhorisont)

Refleksivitet (refleksiv tilværelseskompetence) er placeret i nedre venstre side af KvaS-modellen som indadrettet kvalificering. Det vedrører personers kapaciteter til at forvalte og realisere deres eksistens i den (meta)kognitive side af det personlige tilværelsesdomæne. Det, det drejer sig om her, er kapaciteter til at kunne rette sin opmærksomhed mod noget bestemt materiale og at kunne bevæge sig på et reflekterende og selvreflekterende tilværelsesdomæne. Det handler mere bredt om at udvikle *mentale parkeringspladser*, hvor man kognitivt kan tune ind på sine oplevelser, tage forskellige perspektiver på sine oplevelser samt at skabe en horisont for sig selv. Disse refleksive kapaciteter danner grundlag for at begå sig i foranderlige omgivelser. Der er tale om et kognitivt og metakognitivt tilværelsesdomæne, hvor der bl.a. skabes en bevidsthed omkring ens egen tilgang til opgaver, situationer og andre mennesker. Det er således også med refleksiv tilværelseskompe-

3 Med komplementariteten mellem udadrettet og indrettet kompetencedynamik bliver det klart, at det i menneskers tilværelsesrealisering ikke blot kan handle om at stå fast – som Brinkman (2014) populært har sagt det. Det handler netop om at udvikle dybderesonans i måderne, hvorpå man vælger enten at stå fast eller at være fleksibel afhængigt af de aktuelle livsomstændigheders fordringer. Denne dybderesonans i et menneskes kompetenceforvaltning får man adgang til at arbejde med i de indadrettede dimensioner af KvaS.

tence, at man giver kognitiv form til de mere følende sider af sin selvkontakt og selvregulering på sensitivitetens domæne (se nedenfor).

Inden for refleksivitetens domæne skelner vi mellem en vidensside og en værensside. På den ene side skal vi som mennesker udvikle en *viden* om, hvordan man kan have opmærksomhed på sig selv og andre, og hvad det vil sige at anlægge perspektiv på, reflektere over og vurdere sig selv og sine omgivelser. Men vi skal samtidig lære at *være* med disse former for refleksiv og selvrefleksiv viden. Et eksempel på, hvad det handler om, kan være en person med depression, der har erkendt (dvs. at han *ved*), at adfærdsaktivering afhjælper det nedtrykte humør. Spørgsmålet er så, hvordan han er i stand til at *være* med denne viden og bringe den i spil, når en ny dag igen oprinder med nedtrykt humør, samt hvilken form for større relevans og mening han skal kunne forbinde med at nedbringe nedtrykt humør, for at han tager sin reflekterede viden alvorligt? Som det ses af figur 2, skelner vi inden for refleksivitet mellem at have kapacitet til opmærksomhedsstyring, perspektivtagning og selvhorisont.

- Dimensionen for *opmærksomhed* eller *opmærksomhedsstyring* handler om at kunne tune ind på alle dele af ens oplevelse. Det handler om intentionelt at kunne lede og guide sin opmærksomhed. Dette er en kompetence, som forskellige psykoterapier træner mere eller mindre eksplicit, både hvad angår videns- og værenssiden. Mindfulness-baserede terapier retter sig eksplicit mod en persons viden om og evne til bevidst at kunne styre opmærksomheden hen på noget bestemt materiale, fx åndedrættet. Kompetencen til at styre og kontrollere opmærksomheden er typisk kompromitteret hos personer med depression og generaliseret angst (Mennin & Fresco, 2013). Disse personer ruminerer og bekymrer sig vanemæssigt og har vanskeligt ved intentionelt at rette opmærksomheden mod noget andet end det, der flygtigt er genstand for rumination og bekymring (Mennin & Fresco, 2013). Imaginære teknikker, fx imaginær eksponering, som hyppigere anvendes i kognitive terapier (se fx Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2011), kan ligeledes hævdes at træne klientens kompetence for opmærksomhedsstyring. Her bedes klienten forestille sig, hvordan en bestemt situation udspiller sig, og om at blive i situationen i sine tanker – dvs. fastholde sin opmærksomhed på dette.
- Dimensionen for *perspektivtagning* handler om at kunne tage forskellige perspektiver på oplevelser og hændelser. Således går det på at forstå, at forskellige perspektiver beror på forskellige præmisser og antagelser, og at man selv medvirker til at konstruere viden og forståelse ud af oplevelser og hændelser. Her har den kognitive terapi sit tyngdepunkt, i og med at et primært formål er at omstrukturere negative automatiske tanker, dvs. finde nye perspektiver. Det eksplicite arbejde med at finde nye perspektiver har siden Becks

(1979) formulering om at finde *realistiske* perspektiver taget sig forskelligt ud, hvor forskellige forskere har plæderet for forskellige typer af perspektiver som særlig vigtige; eksempelvis *positive*, *medfølelse* og *modige* perspektiver (Gilbert, 2010; Gross & John, 2003; Mennin & Fresco, 2014).

- Dimensionen for *selvhorisont* eller ret beset for *skabelse af selvhorisont* handler om at kunne skabe sig en horisont for sin selvforståelse. Her menes det at kunne vurdere sig selv over tid og rum og at kunne skabe sig en identitet gennem selvfortælling. Narrativ terapi har sit tyngdepunkt (fx White & Epston, 1990) i arbejdet med denne dimension, hvori klienters kompetence til at skabe mening og sammenhæng gennem fortællinger om sig selv trænes. Denne kompetence har man eksempelvis anvendt som sigtepunkt i kognitiv behandling af traumer, hvor man har evalueret organiseringen af klientens traume-narrativ før og efter behandling (Foa, Molnar & Cashman, 1995). Andre terapier, fx skemafokuseret terapi (McGinn & Young, 1996), arbejder ligeledes med at trække tråde fra fortiden til nutiden med målet om at udvide selvforståelseshorisonten. Det kan fx være arbejdet med at forstå og rammesætte livslange copingmønstre. Det terapeutiske arbejde med et begreb som leveregel i kognitiv terapi kan også hævdes at rette sig mod dimensionen for selvhorisont. Her arbejdes ligeledes med at forstå forhold og hændelser tilbage i tiden som grundlag for, at klienten har dannet bestemte aktuelle leveregler (Rosenberg & Mørch, 2005).

Sensitivitet (med dimensionerne selvkontakt, selvregulering og selvudtryk)
Sensitivitet (fænomenologisk tilværelseskompetence) er placeret i KvaS-modellens nedre højre side som indadrettet selvbestemmelse. Det vedrører personers kapaciteter til at forvalte og realisere deres eksistens i den følelse side af deres personlige tilværelsesdomæne. Det, det drejer sig om her, er personens kapacitet til at være i kontakt med og regulere sine følelser, sine kropsimpulser og sine grundlæggende behov og sin grundlæggende motivation. Hvis tankerne her ledes hen på spørgsmålet om følelsemæssig intelligens (Salovey & Mayer, 1989; Goleman, 1995), så er det ikke helt skævt, da det for så vidt også er det, det handler om. Domænet handler imidlertid ikke blot om følelser, men i det hele taget om at kunne mærke og regulere sig selv og give et passende udtryk til det, der rører sig i én. Det kan dreje sig om følelser, om sult, om kreative impulser osv. Med sensitivitetskompetence bliver man i stand til at "tage sig selv med på organismisk-eksistentielt råd" som grundlag for at træffe valg og mobilisere energi til at handle, hvilket eksempelvis er centralt i oplevelsesorienteret terapi (Hostrup, 2009). Man bliver lydhør over for de "somatiske markører", som den moderne hjerneforskning har vist har en central funktion i vores måder at anvende de tavse (kropslejlrede) erfaringer i vores tilværel-

sesnavigation (Damasio, 1994). Antonio Damasio kalder det for “*gut feeling*” eller på dansk: mavefornemmelse.

Også her skelner vi mellem en *vidensside* og en *værensside*. Mens videnssiden har at gøre med, hvad personen ved om sine følelser, lyster, interesser og motivation, så har værenssiden at gøre med personens kapacitet til at være i kontakt med og regulere sig selv. Man kan fx udmærket vide en hel masse om følelser og følelsers betydning i menneskers liv (viden), uden at man selv er i stand til at være i kontakt med og regulere sin egne følelser på hensigtsmæssig vis (væren). Personen med agorafobi ved måske, at det er naturligt, at mennesker kan blive angste, når der er fremtidig fare på færde. Hun ved måske også godt, at der ikke er reel fremtidig fare på færde, når man skal tage en bus. Selv med denne viden kan hun alligevel blive hjemme og igen aflyse en aftale, fordi hun frygter at skulle tage bussen. Hvis det er tilfældet, er det et udtryk for, at hun er udfordret i værenssiden af sin sensitivitetskompetence – hun er så at sige ikke udfordret på det, hun ved, men på den måde, hvorpå hun er med det, hun ved. Pointen er, at det er i relationen mellem væren- og videnssiden, at sensitivitetskompetence danner grundlag for en basal selvforbyggende selvindsigt, som gør den eksistentiel-etiske side af dømmekraften levende, og som fremmer æstetisk sans, integritet og udtryksevne. Sensitivitetskompetence er på den måde med til at skabe mulighed for, at det enkelte menneske kommer i kontakt med sin personlige dybde. Og sensitivitetskompetence er samtidig noget, der udvikles som følge af, hvad der er blevet kaldt *de dobbeltsige dannelsesåbninger* (Tønnesvang, 2002; Tønnesvang, 2015b). Der er tale om spiralbevægelser, hvor sensitivitet skaber åbning for at integrere erfaringer (og viden) i sin væren, og hvor de åbninger, som erfaringerne skaber, de udvikler og forfiner sensitiviteten. Som det ses af figur 2, skelner vi inden for sensitivitet mellem at have kapacitet til hhv. selvkontakt, selvregulering og selvudtryk.

- Dimensionen *selvkontakt* handler om at mærke sig selv, sine behov og følelser, sin lyst og sin ulyst i forhold til det, der sker med en, når man deltager i forskellige sammenhænge. Dette omfatter såvel de positive stemninger og følelser som de mere negative impulser og skyggesider, der melder sig på mere eller mindre hensigtsmæssige tidspunkter. At få kontakt med denne slags materiale, står centralt i mange terapiformer. I emotionsreguleringsterapi arbejder man eksplicit med denne dimension ud fra en “*clarity for action*”-devis (O’Toole et al., 2014). Antagelsen er, at for at kunne regulere sine følelser og fornemmelser på hensigtsmæssig vis skal personen have kontakt med – have klarhed over – det, der er på spil. Denne kontakt opnås vha. af en række mindfulness-baserede øvelser, der guider opmærksomheden hen på noget bestemt materiale. Hvor selve opmærksomhedsstyringen (refleksivitetsdomænet) går på bevidst at forstå hvordan og at kunne lede sin opmærksomhed hen på det bestemte

materiale, så handler selvkontakten om at forstå og få kontakt til og mærke de begivenheder, der måtte være i opmærksomhedsfeltet.

- Dimensionen *selvregulering* handler om at regulere det, man mærker i sin kontakt med sig selv. Det drejer sig her om, hvordan man tager sig af de impulser og følelser, den lyst og ulyst, man oplever i sin kontakt med sig selv. Er man impulsivt opfarende og udfarende, eller kvæler man det, man oplever, fordi man har lært, at det kan være noget skidt at udtrykke følelser? Er man i stand til at tælle til 10, når man overvældes af aggression? Tager man det til efterretning, når man oplever, at noget i omgivelserne går imod de værdier, man har? Er man i stand til at kende sin egen irritation og omsætte den til en løbetur i stedet for at lade den gå ud over sin ven, kæreste, kone, mand, barn eller sin svigermor? Specifikt i forhold til at kunne regulere sine følelser har man de seneste to årtier set en eksplosion i feltet emotionsregulering, der har vundet indpas også på det kliniske felt (Gross, 2014). Depression og angstlidelser beskrives i diagnostiske systemer og i litteraturen i øvrigt som lidelser karakteriseret ved emotionel dysfunktion, og stadigt flere terapier er også eksplicit målrettet klientens evne til hensigtsmæssig emotionsregulering (fx Farb, Anderson, Irving & Segal, 2014; Neacsiu, Eberle, Kramer & Wiesman, 2014; Mennin & Fresco, 2014).
- Dimensionen *selvudtryk* handler så videre om, hvordan man giver afstemt form til det, man mærker og regulerer. Det centrale ved denne dimension er, hvordan man mere eller mindre kompetent er i stand til at formgive det, man oplever indefra, så det bliver passende i forhold til de sociale, moralske og tinglige sammenhænge, man deltager i. Det handler ikke om, at man skal pakke sig ind i en bestemt form, eller at man ikke kan udtrykke noget, der går mod andres mening. Det handler om at optimere sit udtryk ved at give det en form, som er indadrettet overensstemmende med budskabet i det, man mærker, og som udadrettet er så forståeligt og håndterbart for omgivelserne, som det kan blive. Flere kognitive terapier arbejder i dag såkaldt værdibaseret (fx ACT: Hayes et al., 2012; ERT: Mennin & Fresco, 2014), hvor man netop arbejder hen imod at formgive klientens tilværelse på en måde, som er i overensstemmelse med personens værdier. Dette finder tilsvarende sted med de eksperimenterende processer inden for den integrative gestaltpraksis (IGP), hvor man arbejder på at iscenesætte klienters fænomenologi på måder, som får dem til at udleve forskellige sider af det, der betyder noget for dem, for dermed at hjælpe dem med at skabe integritet og overensstemmelse mellem deres værdier, behov og handlinger (Sonne & Tønnesvang, 2015).

Smagsprøver på KvaS-modellens anvendelse i klinikken

Kommet så vidt har vi illustreret KvaS-modellen, beskrevet de 12 dimensioners indhold og eksemplificeret, hvorledes forskellige terapeutiske tilgange tilgår arbejdet inden for og med disse. KvaS-begrebet er som påpeget et formbegreb, hvilket betyder, at KvaS-begrebet ikke giver en opskrift på, hvad det særlige indhold i tilværelsesdimensionerne skal være i forskellige sammenhænge. Med KvaS-begrebet gives en strukturel forståelsesramme, som forskellige former for behandling af personer med psykisk lidelse kan tænkes ind i. På den måde er det tanken, at KvaS-begrebet skal medvirke til at skabe *en fælles systematik for og et fælles sprog til* at italesætte og diskutere måder, hvorpå man kan arbejde med og samarbejde om psykologisk behandling. Pointen er, at modellen for kvalificeret selvbestemmelse ikke anviser én måde eller én metode, som man *skal* anvende i psykologisk behandling, men derimod skriver sig ind i en transdiagnostisk sammenhæng, hvor den kan fungere som et organiserende operativsystem for den integrative eklektiker. I det følgende vil vi give nogle eksempler på KvaS-modellens specifikke anvendelse i klinisk sammenhæng.

Caseformulering og problemliste

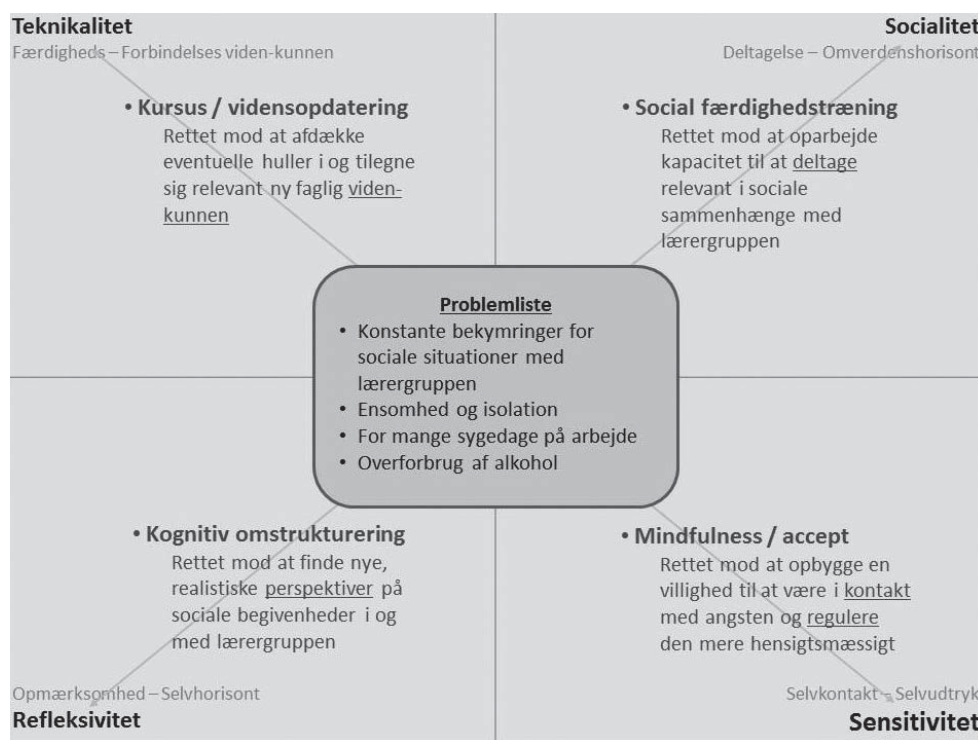
Når klienten kommer til terapi, vil denne typisk beskrive en række psykologiske symptomer (fx hyperårvågenhed, koncentrationsproblemer), følelser, der opfattes problematiske eller smertefulde (fx angst, vrede), og nedsat livskvalitet (fx dårligt fysisk helbred, konflikter på arbejdet) (Roemer & Orsillo, 2009). Når en klient præsenterer en række – givetvis interrelaterede – problemer, kan det være vanskeligt at afgøre, hvor og hvordan man skal påbegynde det terapeutiske arbejde. Caseformuleringer er en udbredt metode til at “*organize information about a person, particularly when that information contains contradictions or inconsistencies in behavior, emotion, and thought content*” (Eells, 2007, p. 4) og udgør én måde at bestemme terapiens mulige fokus (eller retning) på. Vi foreslår at lade KvaS-modellen danne baggrund for en sådan caseformulering og stille spørgsmålet: Hvilke (forbedrede) kompetencer kunne afhjælpe klientens problemer? Lad os forestille os en socialfobisk kvinde på 30 år, der arbejder som folkeskolelærer.

Kvinden har været uddannet folkeskolelærer i fem år. Hun har altid været genert og givetvis haft socialfobi i flere år. På lærerstudiet håndterede hun angsten ved at blive væk fra fremlæggelser og gennemførte kun de absolut mest nødvendige fremlæggelser ved hjælp af angstdæmpende medicin. Klienten afslutter med et flot resultat. På tidspunktet for ansættelsen i klientens første og nuværende job vil klientens egen læge ikke længere udskrive angstdæmpende medicin. Det gør klienten ekstremt nervøs for at skulle starte i sit nye job. Selve undervisningen er ikke angstprovokerende for hende. Det er derimod de sociale situationer, hvor kun personalet er samlet (frokostpauser,

møder, fester etc.). Klienten er bange for at fremstå barnlig og inkompetent. Det samme gælder andre situationer, hvor der kun er voksne personer til stede. I disse situationer bruger klienten ofte at drikke en stærk øl for at gennemføre arrangementerne. Da hun ikke vil tages i at indtage alkohol på skolen, bliver hun væk, når angsten er for stærk. Endelig har klienten gennem flere år tiltagende isoleret sig og føler sig nu ensom. Adspurgt formulerer klienten følgende problemliste:

- Konstante bekymringer for sociale situationer med lærergruppen
- Ensomhed og isolation
- For mange sygedage på arbejde
- Selvmedicinering med alkohol

Givet en sådan casebeskrivelse vil det i første omgang være vigtigt at vide, hvilke tilværelsesdomæner de forskellige problemer primært afspejler. Således kan de anførte problemer bringes ind i modellens midte (se figur 3) og undersøges ud fra modellens 12 dimensioner. KvaS-modellens domæner og dimensioner bliver dermed udgangspunkt for en undersøgelse af, hvordan de forskellige problemer kunne afspejle underudviklede kompetencer. Denne øvelse er tænkt som en integrativ øvelse i den forstand, at psykologen her har mulighed for at lade sig inspirere af forskellige teoretiske forklaringsmodeller – man kan kalde det at gå traditionsagnostisk til værks. Idéen er, at såvel klientens anførte problemer som komponenter i de pågældende modeller eller terapier oversættes til kompetencer. Her skal gives et eksempel med udgangspunkt i klientens problemliste ovenfor.



Figur 3

I en traditionel kognitiv model for socialfobi (Clark et al., 2006) vil fokus primært være på undersøgelsen af klientens tendens til at overestimere sandsynligheden ("jeg bliver med garanti udpeget til at sige noget foran de andre lærere") og konsekvensen ("jeg vil dumme mig og blive gjort til grin foran hele lærergruppen") af sociale begivenheder. Angst og bekymringerne vil blive anskuet som et symptom på denne fejlestimering, lige såvel som sygedagene vil kunne forstås som undgåelsesadfærd rodfæstet i netop denne. Følgelig vil den kognitive terapies tyngdepunkt ligge på at ændre de dysfunktionelle tanker til at blive mere realistiske. I KvaS-modellen forstås det som at arbejde med kompetencen for *perspektivtagning*. En mindfulness- og acceptbaseret adfærdsterapi som formuleret af Roemer og Orsillo (2009) har et andet tyngdepunkt. Her ville man særligt interessere sig for, om klienten har en uvillighed til at være i kontakt med den angst, der tænkes at resultere i uhensigtsmæssig emotionsregulering, nemlig bekymring. Her ses bekymringen altså ikke primært som et udtryk for urealistiske tanker, men som et forsøg på at undgå eller neutralisere den bagvedliggende angst. Oversat til arbejdet med kompetencer er det primære fokus på klientens mere eller mindre kompetente *selvkontakt og -regulering*. Disse to forklaringsmodeller relaterer sig begge til det personlige tilværelsesdomæne, hvor også størstedelen af det psykoterapeutiske arbejde foregår. Men den helhedsorienterede KvaS-model inviterer også til at undersøge klientens kompetencer inden for domænerne teknikalitet og socialitet. Man kunne fx være interesseret i, om klientens angst for at fremstå inkompetent alene er en dysfunktionel tanke eller måske relaterer sig til det faktum, at hun gik glip af store dele af lærerstudiet og faktisk har væsentlige huller i sin faglige viden. Man kunne også interessere sig for, om angsten i samværet med personalegruppen kunne have at gøre med ringe kompetencer på det sociale område, ved fx at undersøge, om klienten overhovedet ved, om og hvordan hun kan falde naturligt ind og ud af kontakten med de andre (Beidel et al., 2014). Med sådanne forskellige hypoteser og forklaringsmodeller for øje kan psykologen altså indlede sit terapeutiske arbejde med at undersøge, hvilke kompetencer terapien med fordel kunne sigte mod, ved at vurdere, hvordan klientens problemstillinger relaterer sig til de forskellige kompetencedimensioner.

Når psykologen har lavet denne "oversættelse" – og gennem brillerne af de forskellige forklaringsmodeller bestemt den kommende behandlings tyngdepunkter i form af kompetenceforståelse, kompetencearbejde og -træning – kan denne vælge at inddrage KvaS-modellen eksplicit i terapien, fx i psykoedukativt øjemed. Her kan klienten blive visuelt præsenteret for psykologens refleksioner over, hvordan han eller hun forstår og tilgår klientens problemstillinger, og det kan være en god lejlighed til at diskutere, *både* hvor klientens styrker, i form af veludviklede kompetencer, ligger, og hvor psykologen ser udviklingspunkter. Alternativt kan modellen anvendes som refleksionsværktøj alene for psykologens øjne. Uanset om KvaS-modellen ind-

drages i selve terapien, er det tanken, at modellen løbende konsulteres for om nødvendigt at justere caseformuleringen.

Et fælles sprog på netværksmøder

Som en del af det psykologiske arbejde kan der opstå behov for at drøfte klientens problemstillinger med andre involverede parter. Ofte vil dette ske på et netværksmøde med eller uden klientens tilstedeværelse. Her kan KvaS-modellen udgøre en formel ramme for et sådant møde, på hvilket forskellige parter typisk vil have forskellig fokus og/eller målsætning. Lad os beskrive et eksempel med udgangspunkt i casen ovenfor.

Der indkaldes til netværksmøde fra skolelederens side, da man er frustreret over lærerens mange sygedage. Der har været en række klager fra børnenes forældre, der er utilfredse med, at deres børn ikke oplever mere kontinuitet i lærerkontakten. Skolelederen har haft indkaldt læreren til flere møder. Formålet med hvert møde har været at lave en plan, der skal få læreren til at møde mere stabilt og deltage i personalegruppen. Som hjælp til at opnå dette har man fritaget læreren for at skulle sige noget på møder, og læreren er også blevet fritaget for at skulle afholde skole-hjem-samtaler. Alligevel møder læreren ustabil. Dertil kommer, at lærerens fravær skaber konflikt mellem kollegerne. Det er lærerens oplevelse, at de andre ser skævt til hende, når hun endelig kommer. Ifølge skolelederen er der noget om snakken, da de øvrige lærere bebyrdes af lærerens fravær og efterhånden har set sig sure på hende. Psykolog, skoleleder og lærer mødes for at lægge en køreplan.

Mødet indledes med, at skolelederen udtrykker frustration over, at det ikke har hjulpet på sygedagene at fritage læreren for en række af de mest angstprovokerende opgaver. Derfor foreslår han en personaledag med fokus på sammenhold og træning i konflikthåndtering, der skal løse de interpersonelle problemer i personalegruppen. Psykologen fortæller om det behandlingsprogram, der er tilrettelagt for læreren (klienten). Endelig ønsker læreren en sygemelding, så hun kan få ro til det terapeutiske arbejde og kan i øvrigt slet ikke overskue en personaledag.

Som det ses af dette eksempel, er der forskellige agendaer på spil. Skolelederen er frustreret, under pres fra forældre og personalegruppen, og leder efter løsninger, hvor læreren mest af alt ønsker en sygemelding. I casen kan både skolelederen og læreren tænkes at være enige om målene på den lange bane, nemlig at læreren skal kunne varetage sit job. Uenigheden består i, hvordan og hvor hurtigt læreren skal komme i mål. I andre tilfælde vil der være uenighed om målet, og så er det vigtigt at få dét frem.

Når der er enighed om målet eller målene, kan psykologen præsentere KvaS-modellen som grundlag for diskussionen om, hvordan læreren bedst

hjelpes hen mod målene. Målene kan skrives i midten, nøjagtig som det var tilfældet med lærerens (klientens) problemstillinger (se figur 3), hvor de så kan undersøges, i forhold til hvilke kompetencer de kræver, at læreren besidder. Her kan de forskellige parters umiddelbare initiativer – i dette tilfælde psykologisk behandling og personaledag – oversættes til kompetencetræning. Diskussionen her bør altså gå på, om og i givet fald hvordan de forskellige forslag og initiativer tænkes som relevant kompetencetræning, i forhold til at læreren (som klient) når det anførte mål om at kunne varetage sit job. Mens psykologens tyngdepunkt ligger på bestemte dimensioner i det personlige tilværelsesdomæne, så har skolelederen øje for socialitetsdomænet og de sociale konflikter, der evt. kunne løses via samvær og træning i konflikt-håndtering. KvaS-modellen kan netop danne ramme for og indeholde flere strategier for kompetencetræning, hvormed risikoen mindskes for, at et konstruktivt møde forvandles til en kamp om, hvem der har den rigtige strategi. Spørgsmålet kan da blive, om initiativerne skal søsættes samtidig, eller om der er en naturlig progression i den måde, klienten bevæger sig mod målet. I dette tilfælde kunne man forestille sig, at klienten ikke umiddelbart ville være parat til at kunne deltage i en personaledag, men at hun ville blive det efter nogle veltilrettelagte og vellykkede eksponeringsøvelser under mindre angstprovokerende forhold. Således kan man med modellen som base koordinere sine handlinger, så der skabes sammenhæng i de forskellige indsatser, man laver for at styrke klientens udvikling.

Afrunding

I nyere tid er der sket en eksplosion i antallet af navngivne terapier, særligt inden for den såkaldte tredje bølge af kognitiv terapi, som med forskellige tyngdepunkter har særlig fokus på at træne visse kompetencer. Vi har i nærværende artikel stillet spørgsmålet om, på hvilken baggrund psykologen (bør) vælge terapeutiske teknikker, og hvilke kompetencer de skal rette sig mod. Til besvarelse af dette spørgsmål har vi fremlagt KvaS-modellen som et navigations- og analyseværktøj for psykologen. Modellen indkredser fire domæner og 12 dimensioner for et individs kompetencer, der i en given kontekst kan være mere eller mindre udviklede. Der er tale om en terapitraditionsneutral model, der inviterer til integrativ refleksion i den forstand, at klientens problemer foreslås oversat til underudviklede kompetencer, hvorefter der igangsættes en udforskning af, hvordan forskellige terapier retter sig mod at træne netop de kompetencer. En sådan øvelse er i tråd med nyere transdiagnostiske bevægelser (Campbell-Sills, Ellard & Barlow, 2014; Insel et al., 2010; Sonne & Tønnesvang, 2015), der i stedet for at forstå og tilrettelægge en behandling efter en klients eventuelle diagnose og symptomer snarere interesserer sig for mekanismerne bag symptomerne. Der er løbende blevet givet eksempler særligt fra angst- og depressionslitteraturen. Det bør

dog understreges, at det tilbudte framework ikke er begrænset til denne litteratur. Vi inviterer den kliniske psykolog til at tænke om sin behandling af enhver problemstilling som udvikling af kompetence til at håndtere sin tilværelse – fra personlighedsforstyrrelser og livstruende sygdom til sorg og krise i forbindelse med tab af nære relationer og tilknytningspersoner.

KvaS-modellen har flere anvendelsesmuligheder, hvoraf vi har præsenteret to. Den første gik på, hvordan modellen kan fungere som værktøj til at udforme en caseformulering, mens den anden gik på at anvende modellen som grundlag for netværksmøder. Modellen bliver i forvejen anvendt i en bred vifte af almen- og specialpædagogiske sammenhænge i arbejdet med børn og unge omfattende skoler, pædagogiske institutioner og indsatser, i børne-, familie- og ungdomscentre og er en del af det fællesfaglige grundlag for fritids- og ungdomspædagogik (som sådan) i Aarhus Kommune. Det er en del af vores grundlæggende tænkning bag arbejdet med KvaS-modellen, at den kan fungere som en metametodisk referenceramme ikke blot inden for de forskellige faglige domæner (i relation til klinisk og pædagogisk arbejde hver for sig), men at den kan tjene en funktion til at skabe større synergi i arbejdet med børn, unge og voksne på tværs af de forskellige faglige domæner. Om dette kan lykkes, afhænger ikke blot af vores arbejde med at beskrive, udlægge og forske i tingene. Det afhænger i høj grad af, at man som professionel praktiker inden for de forskellige områder for arbejdet med mennesker finder mening og engagerer sig i at tage helheder i menneskers tilværelshåndtering til efterretning som grundlag for det specifikke arbejde, man laver i den særlige kontekst, hvor man arbejder med dem. Fremtiden kalder på integrative eklektikere.

REFERENCER

- Arch, J.J., Davies, C., Eifert, G.H., Plumb Vildardaga, J.C., Rose, R.D., & Craske, M.G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 750-765.
- Australian Psychological Society (2010). *Evidence-based psychological intervention in the treatment of mental disorders: A literature review* (3rd Ed.). Melbourne, Australia: Forfatteren.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Beidel, D.C., Alfano, C.A., Kofler, M.J., Rao, P.A., Scharfstein, L., & Sarver, N.W. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 908-918.
- Borkovec, T.D., & Newman, M.G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In A.S. Bellack & M. Hersen (Series Ed.), & P. Salkovskis (Vol. Ed.). *Comprehensive Clinical Psychology: Vol. 6. Adults: Clinical Formulation and Treatment* (pp. 439-459). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Brinkman, S. (2014). *Stå fast*. København: Gyldendal.

- Brown, T.A., Barlow, D.H., & Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 1272-1280.
- Campbell-Sills, L., Ellard, K.K., & Barlow, D.H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd Ed.) (pp. 393-412). New York: Guilford Press.
- Castonguay, L.G., Newman, M.G., Borkovec, T.D., Holtforth, M.G., & Maramba, G.G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (pp. 241-280). New York: Oxford.
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Clark, D.M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., Waddington, L., & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 568-578.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Avon Books.
- Eells, T.D. (Ed.). (2007). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Elliot, A.J., & Dweck, C.S. (2007). *Handbook of Competence and Motivation*. New York: Guilford Press.
- Farb, N.A.S., Anderson, A.K., Irving, J.A., & Segal, Z.V. (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd Ed.) (pp. 548-567). New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *8*, 675-690.
- Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind*. London: Constable.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1987). *Emotion in Psychotherapy: Affect, Cognition, and the Process of Change*. New York: Guilford Press.
- Gross, J.J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.) (pp. 3-20). New York, NY: Guilford
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 348-362.
- Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y. Alonso-Coello, P., & Schünemann, H.J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, *336*, 924-926.
- Hackmann, A., Bennett-Levy, J., & Holmes, E.A. (2011). *Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, S.C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy. The Process and Practice of Mindful Change* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Hofmann, S.G., & Smits, J.A., (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychology*, *69*, 612-632.

- Hostrup, H. (2009). *Gestaltterapi – indføring i gestaltterapiens grundbegreber*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hougaard, E. (1996). *Psykoterapi: teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi – teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D.S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 748-751.
- Kahl, K.G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, *25*, 522-528.
- Marquis, A. (2012). An integral taxonomy of therapeutic interventions. *Journal of Integral Theory and Practice*, *4*, 13-42.
- McGinn, L.K., & Young, J.E. (1996). Schema-focused therapy. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford Press.
- Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2013). What, me worry and rumination about DSM-V and RDoC?: The importance of targeting negative self-referential processing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *20*, 259-268.
- Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2014). Emotion regulation therapy. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd Ed.) (pp. 469-490). New York: Guilford Press.
- Mørch, S. (1990). Ungdomsteori og intervention. *Udkast, 1: 81-118*.
- Neacsiu, A.D., Eberle, J.W., Kramer, R., & Wiesman, T. (2014). Dialectical behavioral therapy for transdiagnostic emotion dysregulation. A pilot randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, *59*, 40-51.
- Newman, M.G., Castonguay, L.G., Borkovec, T.D., Fisher, A.J., & Nordberg, S.S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Theory, research, practice, Training*, *45*, 135-147.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. NICE clinical guideline 159*. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- Norcross, J.C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd Ed.) (pp. 3-23). New York: Oxford.
- O'Toole, M.S., Hougaard, E., & Mennin, D.S. (2013). Social anxiety and emotion knowledge: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*, 98-108.
- O'Toole, M.S., Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2015). Emotion regulation therapy: An experiential approach to chronic anxiety and recurring depression. In N. Thoma & D. McKay (Ed.), *Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy: Techniques for Clinical Practice* (pp. 310-330). New York: Guilford Press.
- Pincus, A.L., & Borkovec, T.D. (1994, June). Interpersonal problems in generalized anxiety disorder: Preliminary clustering of patients' interpersonal dysfunction. Paper presented at the Annual meeting of the American Psychological Society, New York.
- Popper, M., & Mayseless, O. (2002). Back to basics: applying a parenting perspective to transformational leadership. *The Leadership Quarterly*, *14*, 41-65.
- Poulsen, E. (2015). *Sammen om et fagsprog: kvalificeret selvbestemmelse som pædagogisk platform*. Aarhus: Forlaget Klim.
- Prescott, R.J., Counsell, C.E., Gillespie, W.J., Grant, A.M., Russell, I.T., Kiauka, S., Colthart, I.R., Ross, S., Shepherd, S.M., & Russell, D. (1999) Factors that limit the quality, number and progress of randomised controlled trials. *Health Technology Assessment*, *3*, 1-143.

- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Roemer, L., & Orsillo, S.M. (2009). *Mindfulness- & Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. New York: Guilford Press.
- Rosenberg, N.K., & Mørch, M.M. (2005). Kognitiv terapi. In N.K. Rosenberg & M.M. Mørch (Ed.), *Kognitiv terapi. Modeller og metoder* (pp. 17-45). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rosner, A. (2003) Fables or foibles: Inherent problems with RCTs. *Journal of Manipulative Physiological Therapeutics*, 26, 460-467.
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1989). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sonne, M. & Tønnesvang, J. (2015). *Integrative Gestalt Practice: Transforming Our Ways of Working With People*. London: Karnac Books.
- Stern, D.N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant. A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. København: Sundhedsstyrelsen, www.sst.dk.
- Tønnesvang, J. (1998). Dannelse, uddannelse, person og faglighed: om kvalificeret selvbestemmelse som dannelsesidé. *Psyke & Logos*, 19(2), 387-415 (artiklen er udgivet under forfatterens tidligere navn Jan Tønnes Hansen).
- Tønnesvang, J. (2002). *Selvet i pædagogikken – selvpsykologiens bidrag til en moderne dannelsepædagogik*. Aarhus: Klim.
- Tønnesvang, J. (2012). Grundlag for en pædagogisk dannelsestænkning – kvadrantlogik, vitaliseringsmiljø og kvalificeret selvbestemmelse. In J. Tønnesvang & M.S. Ovesen (Ed.), *Psykologisk ilt i pædagogisk og organisatorisk arbejde – praksisudvikling på grundlag af integrativ selvpsykologi* (pp. 27-88). Aarhus: Klim.
- Tønnesvang, J. (2014). Hvad vil det sige at være en person? Et integrativt perspektiv på personlighed. In H. Høgh-Olesen & T. Dalsgaard (Ed.), *Mærkelige menneske – moderne personlighedspsykologi* (pp. 31-71). Aarhus: Plurafutura Publishing.
- Tønnesvang, J. (2015a). Dannelse og kompetence: Kvalificeret selvbestemmelse som grundlag for undervisning, pædagogik og samarbejde. In J. Klitmøller og D. Sommer (Ed.), *Læring, dannelse og udvikling* (pp. 151-183). København: Hans Reitzels Forlag.
- Tønnesvang, J. (2015b). Hvad er uddannelse til for? Kvalificeret selvbestemmelse som grundlag og retning i pædagogik og undervisning. *Psyke & Logos*, 36 (2), 28-66
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W. Norton & Company.