



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*En komparativ undersøkelse av Kontrollmestringsteori og
Beck's kognitive teori sin forståelse av angstlidelse*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Lillian Hjørnevåg

Våren 2014

Veileder

Helge Holgersen

Forord

Arbeidet med hovedoppgaven har vært en spennende og lærerik prosess som har gitt meg muligheten til å fordype meg innen to populære og interessante psykologiske tilnærminger.

Jeg ønsker å takke min veileder Helge Holgersen for litteraturtips, samt gode råd og innspill underveis i skriveprosessen. Jeg ønsker også å takke mine foreldre og svigerforeldre som velvillige og utholdende har stilt opp som barnevakter for to små energitroll.

”Most patients are prisoners of inflexible, maladaptive, and painful views of the self and the surrounding world. In a sense, psychotherapy is an ongoing dialogue about the nature of reality”

– Carsten Réne Jørgensen

”Andre mennesker inngår alltid i individets mentale liv”

- Sigmund Freud

Abstract

This paper is an attempt at getting a better understanding of the differences and similarities in the way Control Mastery Theory and Beck's cognitive theory conceptualize the development and maintenance of anxiety disorder, as well as how they claim that therapeutic progress can be achieved. Both Beck's cognitive theory and Control Mastery Theory argues that psychopathology is due to maladaptive and erroneous basic assumptions, and how people think about themselves and their interpersonal world. Cognitive therapy techniques focus on correcting these ways of thinking (cognitive schema) by reality testing patient's basic assumptions. The Control Mastery therapist emphasizes the therapeutic alliance and define the therapeutic process as a process in which the patient and therapist work together to dispel the patient's pathogenic assumptions. Control Mastery Theory and Beck's cognitive theory differs , however, from one another in how they think maladaptive assumptions have occurred. Control Mastery Theory has a strong focus on the role of relations, while Beck's cognitive theory emphasises several interacting factors. The theories also differ in which therapeutic interventions that are considered most effective.

Sammendrag

Enhver psykoterapeutisk tilnærming har sin egen teori om hva som er de essensielle ingrediensene i psykoterapi (Jørgensen, 2004). Ulike psykoterapeutiske tilnærminger forstår angstlidelse på ulike måter. I denne oppgaven søker jeg å diskutere forskjeller og likheter i måten Kontrollmestringsteori og Beck's kognitive teori forstår utviklingen og opprettholdelsen av angstlidelse, samt hvordan de hevder at terapeutisk fremgang kan oppnås. De fleste tilnærminger er opptatt av hva som er årsaken til psykopatologi, hvilke terapeutiske teknikker som er nødvendige for å oppnå terapeutisk fremgang, hvilke kriterier som er viktige for å oppnå terapeutisk effekt, og hva som er de aktive eller essensielle kriteriene i psykoterapi. Hvordan man klassifiserer, tolker og konstruerer pasientens problem, påvirker hvordan man håndterer disse problemene og hvordan man konseptualiserer terapeutiske endringer. Hvilket syn man har på årsaken til psykopatologi henger derfor nøye sammen med hvilke terapeutiske intervensjoner man iverksetter. Både Beck's kognitive teori og Kontrollmestringsteori hevder at psykopatologi skyldes maladaptive og feilaktige grunnleggende antakelser, og hvordan man tenker om seg selv og omverden. Kognitive terapeutiske teknikker fokuserer på å korrigere disse måter å tenke på (kognitive skjema) ved å realitetsteste pasientens grunnleggende antakelser. Den kognitive terapeut stiller Sokratiske spørsmål angående pasientens grunnleggende antakelser, og utforsker forholdet mellom pasientens dysfunksjonelle tenkning og de psykopatologiske symptomer han viser (Jørgensen, 2004). Kontrollmestringsteori vektlegger den terapeutiske alliansen og definerer den terapeutiske prosessen som en prosess hvor pasient og terapeut arbeider sammen for å avkrefte pasientens patogene antakelser. Teorien hevder pasienter som kommer i terapi er sterkt motivert å få avkrefte sine patogene antakelser og har en ubevisst plan om hvordan mestring kan oppnås. Kontrollmestringsteori og Beck's kognitive teori skiller seg derimot fra hverandre i hvordan de mener maladaptive antakelser har oppstått. Kontrollmestringsteori har et høyt fokus

på relasjoners rolle, mens Beck's kognitive teori vektlegger flere interagerende faktorer. Teoriene har også ulike oppfatninger av hvilke terapeutiske intervensjoner som anses som mest hensiktsmessige.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Abstract	4
Sammendrag	5
Innholdsfortegnelse	7
Innledning	8
Problemformulering og formål	11
Spesielle utfordringer i arbeidet	11
Bakgrunn for valg av problemstilling	11
Frykt og Angst: En Presentasjon	13
Historisk bakgrunn for Kontrollmestringsteori	15
Historisk bakgrunn for Beck's kognitive teori	16
Teoriens fremvekst	16
Sentrale begreper innen Kontrollmestringsteori	18
Tilpasning til miljøet	19
Trygghet og fare	20
Sentrale begreper innen Beck's kognitive teori	21
Skjema	22
Grunnleggende antakelser	24
Kognitive forvrengninger	25
Automatiske tanker	26
Hvordan angstlidelse utvikles og opprettholdes i følge Kontrollmestringsteori	26
Patogene antakelser	27
Hvordan patogene antakelser utvikles	28
Skyld og skam som opprettholdende faktorer ved angstlidelse	31
Hvordan angst utvikles og opprettholdes i følge Beck's kognitive teori	37
Kjennetegn ved klinisk angst	38
Kognitiv angstmodell	39
Hvordan kan man oppnå terapeutisk fremgang i følge Kontrollmestringsteori?	43
Pasientens ubevisste plan	43
Avkrefting av patogene antakelser	44
Trygghet	46
Diagnostisk planformulering	48
Hvordan kan man oppnå terapeutisk fremgang i følge Beck's kognitive teori?	50
Kasusformulering	51
Kognitiv omstrukturering	52
Eksposering	52
Sammenfatning	54
Referanser	56

Innledning

”One of the paradoxical features of acute anxiety is that a person seems to bring on unwittingly what he fears or detests the most. In fact, fear of an unpleasant event seems to enhance the probability of its actually happening”

– Aaron T. Beck

Utviklingen av empirisk støttet behandling for psykiske lidelser og psykologiske problemer er en viktig positiv utvikling innen det psykologiske fagfeltet (Persons, 2008). Det er i dag en generell oppfatning at psykoterapi virker for de fleste former for psykopatologi (Jørgensen, 2004). Derimot er det fortsatt en betraktelig uenighet i hvilke faktorer det er som gjør psykoterapi til en effektiv behandlingsmetode: ”hva er de aktive ingrediensene i psykoterapi som fører til terapeutisk bedring?” I sine forsøk på å besvare dette spørsmålet har teoretikere tendert å fokusere på forskjellige nivåer av terapeutisk opplevelse (Jørgensen, 2004). Noen teorier konsentrerer seg f.eks. primært om spesifikke terapeutiske strategier og teknikker, mens andre legger hovedvekten på terapeutiske egenskaper og den terapeutiske alliansen (Jørgensen, 2004). Men det finnes også teorier som har et mer globalt fokus og som søker å finne hvilke generelle terapeutiske faktorer som er aktiv i de fleste former for terapi og på tvers av ulike former for spesifikke intervensjoner (Jørgensen, 2004).

Kontrollmestringsteori har sitt opphav i psykoanalysen, men anses i dag som en integrativ teori med elementer fra både psykodynamisk, relasjonell, humanistisk og kognitiv psykoterapiteori (Binder & Holgersen, 2008). Kontrollmestringsteori ble først utviklet av psykoanalytikerne Joseph Weiss og Harold Sampson og videreutviklet ved San Fransisco Psychotherapy Research Group. Teorien antar menneskets primære motivasjon er tilpasning til sin mellommenneskelige verden, og at all psykopatologi har sitt opphav i patogene (uriktige)

antakelser om seg selv og andre ervervet gjennom barndomstraumer. Teorien antar at disse patogene antakelsene hovedsakelig er ubevisste og fører til indre konflikter (Silberschatz, 2005). Kontrollmestringsteori er en klinisk rettet teori som inneholder en forklaringsmodell for psykisk fungering, hvordan psykopatologi utvikles og hvordan psykoterapi virker (Silberschatz, 2005). Teorien kan hjelpe terapeuter med å forstå sine pasienters problemer og mål med terapien, og fungere som en veiledning for hvordan pasientene kan oppnå sine mål. Kontrollmestringsteori har bred empirisk støtte, og setter dermed teorien i en særstilling blant teorier med et psykodynamisk utgangspunkt (Silberschatz, 2005).

Kognitiv terapi er en psykoterapiform som har vokst frem de siste 40-50 år (Hougaard, 2002). Kognitiv terapi har blitt en mye anvendt behandlingsform for psykiske lidelser verden over, og er en godt dokumentert behandlingsmåte (Berge, 2009). Aaron Beck har utformet en av de mest innflytelsesrike kognitive tilnærmingene til psykiske lidelser, og har blitt støttet i en rekke eksperimenter og selv-rapport studier (Beck, 2011). De grunnleggende prinsippene for kognitiv teori ble presentert av Beck i en rekke artikler tidlig på 1960-tallet og ble understøttet av studier som viste forekomsten av kognitive forvrengninger ved ulike psykopatologiske tilstander (Beck, 2011). Teorien ble først presentert for behandling av depresjon (Beck, 1976), men ble senere utvidet til behandling av angst, fobier, panikklidelser og personlighetsforstyrrelser (Beck, 1990). Beck's angstteori har hatt stor innflytelse innen klinisk psykologi (Hougaard, 2002).

Det finnes mange forskjellige former for kognitiv atferdsterapi, som f.eks. Albert Ellis' rasjonell-emotive terapi, Donald Meichenbaums kognitive atferdsmodifikasjon og Arnold Lazarus' multimodale terapi (Nielsen & Von Der Lippe, 1996). Det unike med Aaron Beck's kognitive teori er at den utgjør et psykoterapeutisk system med en sammenhengende teori om personlighet og psykopatologi, som underbygges av betydelig empirisk dokumentasjon (Beck, 2006).

Den grunnleggende antakelsen blant kognitive teorier er at emosjonelle lidelser utvikles gjennom dysfunksjonelle, feilaktige tolkninger av hendelser, og opprettholdes gjennom atferdsresponsene disse tolkningene fører til hos individet (Wells, 1997). I følge Becks kognitive teori blir emosjonelle lidelser opprettholdt av en ”tenke-lidelse” hvor lidelser som angst og depresjon skyldes et forvrengt tankemønster som gir opphav til negative automatiske tanker i pasientens bevissthet (Wells, 1997). Feilaktig prosessering av informasjon og negative automatiske tanker stammer fra relativt stabile antakelser om virkeligheten som individet har lagret i hukommelsen. Kognitive psykologer har gitt slike antakelser navnet skjemaer (Wells, 1997). I følge Beck er disse skjemaene ubevisste i den forstand at de ikke direkte erkjennes av personen, men styrer det bevisste innhold ved å bestemme hvilke stimuli i omverden som legges merke til og hvordan de fortolkes (Hougaard, 2002). Et individs virkelighetsoppfatning påvirker altså hvordan man fortolker hendelser som i sin tur påvirker hvordan man responderer (Wells, 1997).

Angst er en følelse som alle mennesker kjenner til, og som man ikke kan unnvære (Kvale, 2013). Eksistensielle tenkere karakteriserer angsten som en grunnfølelse som er med å gi tilværelsen dybde og mening (Hougaard, 2002). Men for dem som har en angstlidelse er den som regel fryktelig smertefull og kan gjøre ens tilværelse uutholdelig (Hougaard, 2002).

Angstlidelsene har i følge Hougaard (2002) ikke fått en tilstrekkelig oppmerksomhet fra behandlingssystemet. Dette skyldes muligens at lidelsen har mindre iøynefallende psykiske og somatiske uttrykk sammenliknet med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni og alvorlig depresjon. Mange mennesker med angstlidelser klarer å bevare en relativt rolig fasade utad til tross for indre kaotiske følelser og opplevelse av psykisk smerte (Hougaard, 2002). Men selv om angstlidelsene har mindre alvorlige symptomer enn eksempelvis alvorlig depresjon, er de som

regel kroniske. Angstlidelse er nært beslektet med depresjon, og ubehandlet angstlidelse kan føre til utviklingen av depressiv lidelse (Hougaard, 2002).

Problemformulering og formål

Denne oppgaven har som formål å gjøre rede for likheter og forskjeller i Kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori sin forståelse med hovedvekt på angstlidelse. Det vil bli gitt en teoretisk gjennomgang av sentrale aspekter ved begge teoriene, samt hvordan de mener angst utvikles og opprettholdes. Videre vil oppgaven utdype hvordan de to teoriene hevder terapeutisk endring kan oppnås. Oppgaven har som formål å gi svar på følgende problemstilling:

Finnes det noen likheter mellom Kontrollmestringsteori og Beck's kognitive teori sin forståelse av utvikling, opprettholdelse og behandling av angstlidelse?

Spesielle utfordringer i arbeidet

Det er ikke tidligere blitt gjort en sammenlikning av Kontrollmestringsteori og Beck's kognitive teori sin forståelse av angstlidelse. Dette er derimot noe som har gjort denne oppgaven ekstra spennende. Dette har medført en oppdagelsesferd innen Kontrollmestring og Becks litteratur i håp om å finne likheter så vel som en klarhet i deres ulikheter.

Bakgrunnen for valg av problemstilling

"De som har angst kan ikke ta seg sammen. Det lar seg ikke gjøre. At mennesker i nærheten ikke forstår det, føles som en ekstra belastning. Skyldfølelsen blir mye sterkere. Fordi man ikke har svar. Jeg forstår at menneskene rundt meg ikke forstår....Å ha angst kan settes i samme bås som å være en misbruker av et eller annet slag. Skammen man føler er enorm. Skammen kommer som

følge av at man ikke kan forklare, man føler seg så bitteliten i en verden av godt fungerende mennesker.”

– Bente Wemundstad

Angst- og depresjonslidelser er et utbredt samfunnsproblem både nasjonalt og internasjonalt (Kvale et al., 2013; Beck, 2011). Millioner av mennesker verden over sliter daglig med klinisk angst og dens symptomer. I USA rapporteres det 16 millioner tilfeller av voksne med en angstlidelse hvert år (Beck, 2011), og i Norge anslås det at 15-20 % av befolkningen vil i løpet av livet bli rammet av en angstlidelse (Kvale et al., 2013). Angst og depresjon er også ofte årsaken til langtidssykemeldinger eller uføretrygd (Kvale et al., 2013). En studie av Rice & Miller (1998) konkluderer med at angstlidelse er den gruppen av psykiske lidelser som påfører samfunnet de største økonomiske utgifter. Lidelsene rammer ikke bare individet selv, men påvirker også familie og andre nære. Gode og effektive behandlingsformer er derfor svært viktige (Kvale & Hansen, 2013). Utfordringen har gjerne vært å nå ut til rette vedkommende. Angst og depresjon er lidelser som fortsatt hos mange er skambelagt og terskelen for å stå frem med sine problemer har vært og er fortsatt for mange svært høy (Kvale et al., 2013).

En utfordring ved diagnostiseringen av angstlidelse er den høye komorbiditeten (Beck, 2011). Mye av forskningen har fokusert på forholdet mellom angst og depresjon. Cirka 55 % av alle pasienter som får en angst- eller depresjonsdiagnose har minst én tilleggslidelse blant angst- eller depresjonslidelsene. Denne prosentatsen øker til 76 % dersom man ser på diagnoser gjennom livsløpet til disse pasientene (Beck, 2011).

Pasienter som kommer til legen grunnet angst opplyser sjelden om de emosjonelle symptomene ved angstlidelsen, men presenterer somatiske plager som muskel- og skjelettplager (ofte i nakke og skuldre), mageplager, hodepine, tretthet og søvnproblemer. Mange får

sykemeldinger for somatiske plager som skjuler en angstlidelse (Kvale et al., 2013). Reme og kollegaer (2011) fant i en studie at 30 % av pasientene som var langtidssykemeldt grunnet ryggplager, hadde psykiske lidelser hvorav angstlidelse var den mest utbredte.

Vi ser her at angstlidelse er et omfattende samfunnsproblem som belaster både individene det gjelder så vel som omgivelsene rundt dem (Kvale et al., 2013). I tillegg ser vi at dette kan være en skjult lidelse både fordi den det gjelder skammer seg og fordi systemet ikke nødvendigvis fanger opp det egentlige problemet. Det er derfor svært viktig å ha gode kunnskaper om angstlidelse både for å kunne identifisere lidelsen og for å kunne tilby effektiv behandling.

Frykt og angst: En Presentasjon

”Folk rundt en kan se et brukket bein, en rullestol, en fysisk sykdom. Ingen kan se angsten, ingen kan forstå den.”

- Bente Wemundstad

Frykt er en av de grunnleggende menneskelige emosjonene, og har en adaptiv funksjon (Clark og Beck, 2010). Den varsler oss om at fare er på ferde og gjør oss handlingsklare. Men når frykt oppstår uten at noen reell fare er til stede er den maladaptiv og et resultat av feilpersepsjon (Clark og Beck, 2010). Vi taler da om irrasjonell frykt, eller angst. Barlow (2002) differensierte mellom frykt og angst på følgende måte: *”Fear is a primitive alarm in response to present danger, characterized by strong arousal and action tendencies, while anxiety consists of a future-oriented emotion, characterized by perceptions of uncontrollability and unpredictability over potentially aversive events and a rapid shift in attention to the focus of potentially dangerous events or one’s own affective response to these events”*.

Angst kan defineres som en psykobiologisk tilstand med fire karakteristiske komponenter (alle behøver ikke å være tilstede): 1. En trusselopplevelse eller vurdering av at det kan komme til å skje noe farlig, 2. Et følelsesmessig ubehag, 3. Fysiologiske endringer som hjertebank, blodtrykksstigning, kortpustethet og svetteutsøndring, 4. Atferdsmessig aktivitet med den hensikt å bekjempe trusselen ved hjelp av flukt eller kamp (Hougaard, 2002).

Beck (1985) hevder at angst er en emosjonell respons som er trigget av frykt. Både Barlow og Beck anser frykt som en grunnleggende menneskelig konstruksjon, mens angst er en subjektiv respons. Frykt oppstår spontant når fare er på ferde og forsvinner etter relativt kort tid, mens angst er en mer vedvarende tilstand av frykt eller engstelse (Beck, 1985). Både frykt og angst er fremtidsrettet (for eksempel: hva hvis flyet faller ned? Hva hvis jeg stryker på eksamen?).

Det finnes en rekke ulike angstlidelser (Kvale et al., 2013). Fobiske angstlidelser er angst for bestemte objekter eller situasjoner, som eksempelvis edderkoppskrekk (araknofobi), klaustrofobi eller sceneskrekk. Generalisert angst er betegnelsen for angst forbundet med vedvarende bekymringer, spenningstilstander og påvirkning av kroppslige funksjoner. Angsten er av generell karakter, og ikke begrenset til spesifikke situasjoner. Panikkangst kjennetegnes ved plutselige anfall for at noe forferdelig skal skje, som f.eks. at man kommer til å dø. Obsessiv-kompulsiv lidelse er også en type angstlidelse og innebærer tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstankene er som regel foruroligende og uønsket, og tvangshandlingene er gjentakende og meningsløs atferd med den hensikt å forhindre en objektivt sett usannsynlig hendelse. Angstlidelse kan også utvikles etter katastrofale eller sterkt belastende hendelser. Et eksempel på dette er PTSD (ICD-10). De vanligste angstlidelsene hos voksne er sosial angst og panikklidelse (Kvale et al., 2013).

Et fellestrekk ved de fleste angstlidelser er unngåelse (Beck, 2011). Klaustrofoben unngår trange steder eller heiser, og araknofoben dropper teltturen i frykt for at det skal komme edderkopper inn i teltet. Det man tror kan utløse angsten holder man seg unna. Slik unngåelse fører ikke bare med seg hverdagslige begrensninger, men er hovedårsaken til at angsten blir opprettholdt, og i verste fall forverret (Kvale & Hansen, 2013).

Historisk bakgrunn for Kontrollmestringsteori

I 1952 publiserte psykoanalytikerens Joseph Weiss en artikkel som kom til å markere begynnelsen på det som utviklet seg til å bli kontrollmestringsteori. I denne én-sides artikkelen, som hadde navnet "Crying at the Happy Ending", forsøkte Weiss å forklare hvorfor mennesker ofte gråter ved triste filmers lykkelige slutt og ikke under de triste scenene midt i filmen. Han forklarte dette med at under filmens triste øyeblikk undertrykker man sine følelser fordi man ubevisst anser det som farlig å slippe dem til (man vet enda ikke hva som vil skje, kanskje kommer det til å bli enda tristere), mens på slutten når alle er lykkelige, er det trygt å slippe følelsene til (Weiss, 1952). Weiss antok at det samme fenomenet kom til å gjøre seg gjeldende i terapi, og begynte å studere egne prosessnotater fra psykoanalyser (Weiss, 1993). Etter grundige og systematiske gjennomganger av prosessnotatene oppdaget han at pasientene hadde terapeutisk fremgang når de følte seg trygge. Han antok at når pasientene følte seg trygg i terapisisituasjonen, tok de en ubevisst avgjørelse på at det nå var trygt å oppleve tidligere fortrenge emosjoner eller tanker. Weiss konkluderte med at tradisjonell driftsteori ikke var tilstrekkelig for å forstå psykopatologi og terapi (Weiss, 1993). Hans observasjoner fra kinosalen, samt oppdagelsene fra gjennomgangen av prosessnotatene, gjorde Weiss meget interessert i det ubevisstes natur. En av hans mest sentrale antakelser var at mennesker har delvis kontroll over sitt ubevisste liv (Weiss, 1993). Weiss sin teori ble videreutviklet i samarbeid med Harold Sampson, og i 1972 dannet de

”The Mount Zion Psychotherapy Research Group” som etter hvert byttet navn til ”San Fransisco Psychotherapy Research Group” (Silberschatz, 2005). Flere tiår med forskning skulle følge og ledet frem til teorien som fikk navnet ”Kontrollmestringsteori (Silberschatz, 2005).

Historisk bakgrunn for Beck’s kognitive teori

På 1960 tallet arbeidet psykoanalytikereren Aaron T. Beck som assisterende professor ved University of Pennsylvania (Beck, 2011). På dette tidspunkt utviklet han en form for psykoterapi som han kalte kognitiv terapi, en term som i dag brukes synonymt med kognitiv atferdsterapi. Beck presenterte først en korttids psykoterapi for behandling av depresjon, men har siden den gang blitt videreutviklet av Beck og andre til også å omfatte andre psykiske lidelser, blant annet angst (Beck, 2011). I utviklingen av sin psykoterapi hentet Beck litteratur fra en rekke ulike teoretikere som blant annet Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus og Albert Bandura (Beck, 2011). I dag har Beck sitt arbeid blitt videreført av utallige forskere og teoretikere verden over (Beck, 2011). Kognitiv atferdsterapi er i dag en populær og mye anvendt terapiform for mennesker i ulike aldre, og ulike kulturer (Beck, 2011). Den har vært gjenstand for grundig testing siden den første studien ble publisert i 1977, hvor mer enn 500 studier har vist kognitiv atferdsterapi sin positive effekt på psykiske lidelser (Beck, 2011).

Teoriens fremvekst

På slutten av 1950-tallet og begynnelsen av 1960-tallet bestemte Aaron Beck seg for å teste ut det psykoanalytiske konseptet om at depresjon skyldes fiendtlighet mot eget selv (Beck, 2011). Han tolket drømmene til sine deprimerte pasienter og antok at disse burde inneholde mer fiendtlige temaer enn drømmene til kontrollgruppen. Til sin overraskelse fant han at de deprimerte pasientene sine drømmer inneholdt mindre fiendtlighet og betraktelig mer om skade,

deprivasjon eller tap (Beck, 2011). Innholdet i disse drømmene gikk også igjen i pasientenes tanker i våken tilstand. Mens Beck lyttet til sine pasienter oppdaget han to tankemønstre som ofte gikk igjen: 1) Fri assosiasjon, og 2) Rask selvevaluering. Han oppdaget at alle sine deprimerte pasienter opplevde ”automatiske” negative tanker, og at disse var nært knyttet til pasientens emosjonelle tilstand (Beck, 2011). Beck begynte å hjelpe sine pasienter med å identifisere, evaluere og respondere på sitt urealistiske og maladaptive tankemønster. Pasientene ble raskt mye bedre (Beck, 2011). Etter dette begynte Beck å lære sine kollegaer ved University of Pennsylvania denne behandlingsformen. Også dem opplevde at pasientene ble bedre (Beck, 2011).

På slutten av 1970-tallet begynte Beck og hans kollegaer ved universitetet å studere angst, og oppdaget at et litt annet fokus var nødvendig for å hjelpe denne pasientgruppen i forhold til depresjonspasientene (Beck, 2011). For angstpasientene var det nødvendig å gjøre mer realistiske risikovurderinger ved situasjoner de fryktet, bedre vurderingsevnen av sine interne og eksterne ressurser, og forbedre disse ressursene. De måtte også øve seg på å eksponere seg for situasjoner som de fryktet i stedet for å unngå dem (Beck, 2011). Gjennomgående ser vi konturene av en annen og mer aktiv og mer dirigerende terapeut enn det vi finner i Kontrollmestringsteori. Selv om begge teoriene har sitt opphav i psykoanalysen, utgjør Becks teori et klart brudd med psykoanalytisk tenkning om både utvikling av og behandling av psykisk lidelse, mens Kontrollmestringsteori i større grad kan sies å være i forlengelse av Freuds psykoanalyse i første rekke gjennom å vektlegge ubevisste prosesser og fastholde patologiens rot i barndomsopplevelser.

Den kognitive modellen for angst har blitt tilpasset mange ganger for alle de ulike typene angstlidelser (Clark & Beck, 2010). En rekke studier har vist at kognitiv terapi har vært svært effektivt ved behandling av angstlidelser (Clark & Beck, 2010).

Sentrale begreper innen kontrollmestringsteori

Kontrollmestringsteori er en teori om hvordan sinnet fungerer, hvordan psykopatologi utvikles og hvilke mekanismer som er virksomme i psykoterapi (Silberschatz, 2005). Teorien inneholder en rekke konsepter som kan hjelpe terapeuten med å forstå den enkelte pasients problemer og mål med terapien, og hvordan han kan hjelpe pasienten med å nå disse målene (Silberschatz, 2005).

Navnet kontrollmestring inneholder to grunnleggende antakelser (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993):

1. At mennesker i stor grad har *kontroll* over sitt bevisste og ubevisste mentale liv (som f.eks sine tanker, følelser, forsvarsmekanismer og ønsker), og at denne kontrollen reguleres av en ubevisst vurdering av trygghet og fare (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005). Dette er kontrollen Weiss henviste til i sin artikkel om kinogjengerne som ubevisst kontrollerte forsvaret sitt utifra om det var trygt eller farlig å la følelsene slippe til. Det kan synes som det eksisterer en motsetning mellom det å ha kontroll over det bevisste og ubevisste liv, gjennom ubevisste vurderinger. Kontrollen må derfor forstås som noe annet enn hva Beck tenker om den bevissthet menneske kan ha omkring sine patologiske mønstre.
2. At mennesker er høyst motivert til å *mestre* sine psykologiske konflikter og traumer (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005). Dette punktet er det positivt humanistiske aspektet i Kontrollmestringsteori. Denne motivasjonen medfører at pasienter bare de opplever seg trygge, vil forsøke å overskride og komme bort fra de patologiopprettholdende tanke- og følelsesmåter de måtte ha. Av dette følger det at terapeutens primære rolle er å få pasienten til å føle seg trygg. Noe som Sampson har betegnet som ”threatment by attitudes” (Sampson i Silberschatz, 2005).

Tilpasning til miljøet

I følge kontrollmestringsteori er menneskets sterkeste motivasjon tilpasning til miljøet (Weiss, 1993). Teorien hevder at mennesker er biologisk predisponert for å tilpasse seg det miljøet man lever i (det adaptive imperativ), og at det er essensielt at man opprettholder et stabilt bånd til sine omsorgsgivere for å overleve. Dette synet deler kontrollmestringsteori med relasjonsteoretikere, atferdsteoretikere, moderne biologi og etiologer som John Bowlby (Silberschatz, 2005).

Allerede i spedbarnsalder og tidlig barndom streber barnet etter å tilpasse seg sin interpersonlige verden (Weiss, 1993). For å kunne tilpasse seg miljøet trenger man kunnskap om seg selv og sine omgivelser. Denne kunnskapen søker barnet, og danner indre kart/meningsstrukturer over sin fysiske og interpersonlige verden (Silberschatz, 2005). Hele livet prøver barnet (og senere den voksne) å lære seg hvordan det påvirker andre mennesker og hvordan de kommer til å reagere på dets atferd. Dette gjøres ved å danne hypoteser (antakelser) om sine nærmeste, seg selv og sin verden, og teste disse ut (Silberschatz, 2005). Etikk og moral står sentralt i læringsprosessen (Weiss, 1993). Gjennom interaksjon med foreldre og søsken lærer barnet seg hvilke moralske og etiske holdepunkter som forventes av det. Barnets foreldre er svært viktige fordi barnet trenger dem for å overleve og utvikle seg. Den beste tilpasningsstrategien er derfor å utvikle og opprettholde et godt forhold til dem (Weiss, 1993). Siden foreldrene er så viktige, er barnet høyst motivert til å se sine foreldre som gode og smarte. Manglende tidligere erfaring om relasjoner bidrar også til at barnet i en konflikt med foreldrene vil anta at de har rett og han har feil (Weiss, 1993). Ofte er disse meningsstrukturene som barnet danner funksjonelle og adaptive, som for eksempel: Hvis jeg blir redd, viser jeg dette til mamma og pappa, og da vil de trøste meg. Eller: Når jeg viser mamma og pappa noe jeg har laget, er de interesserte og synes jeg er flink. Men hvis barnet opplever at egne utviklingsmessige mål kan

true relasjonen til tilknytningspersonene, prioriterer barnet å bevare båndet til dem og heller forsake egne mål. Barnet danner da i stedet angstreduserende meningsstrukturer som ikke truer båndet til omsorgspersonene (Binder & Holgersen, 2008).

Trygghet og fare

En annen grunnleggende antakelse i Kontrollmestringsteori er at menneskelig atferd reguleres ut ifra en ubevisst vurdering av situasjoner som enten trygge eller farlige (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005). For at man skal være i stand til å ha en nyttig og pålitelig virkelighetsoppfatning, gjør man kontinuerlige vurderinger av sin indre og ytre verden for å finne ut hvilke situasjoner som er trygge og hvilke som innebærer fare (Silberschatz, 2005). Weiss (1993) beskriver trygghet som følelsen av at båndet til den andre opprettholdes, mens fare som følelsen av at det er i ferd med å brytes. For å regulere sitt ubevisste er mennesker opptatt av å søke trygghet og unngå fare. Truende tanker blir holdt i det ubevisste. Her holdes det inntil han ubevisst antar at det er trygt å slippe de fortrenkte følelsene eller minnene til (Weiss, 1993). I følge Kontrollmestringsteori søker barn trygghet gjennom sin relasjon med sine foreldre, og pasienter gjennom sin relasjon med terapeuten (Weiss, 1993). Med andre ord finner vi i teorien igjen de parellprosesser som allerede ble introdusert av Freud; foreldrerelasjonen og dens patologiske aspekter gjentas i terapien gjennom overføringen. Dette er forhold Beck som psykoanalytiker ikke var fremmed for kunne inntreffe, men som han allerede tidlig anså var lite fruktbart å la terapiens innhold kretse rundt. For Weiss var en følelse av trygghet er en forutsetning for optimal fungering, og terapeuten måtte søke å gi pasienten den trygghet han eller hun i sin barndom hadde manglet slik at pasienten selv ubevisst ville våge å teste ut sine patologiske antakelser. Trygghet og dens funksjon for terapeutisk fremgang vil bli beskrevet mer detaljert senere i oppgaven.

Sentrale begreper innen Beck's kognitive teori

”Kognitiv terapi utføres på bakgrunn av en overordnet modell som er felles for forståelsen av alle psykiske lidelser eller problemer. Den kognitive grunnmodell inneholder fire sentrale begreper: skjema, grunnleggende antakelser, kognitive forvrengninger og automatiske tanker”

- Esben Hougaard

Den kognitive modellen består av tre kognitive nivåer (Hougaard, 2002):

1. *Den kognitive struktur*: Den kognitive strukturen viser hukommelsens organisering, og består av skjemaer og grunnleggende antakelser. Vi ser her at Beck i sin teori også opererer med strukturer vi så å si opplever og ser verden gjennom. Forskjellen fra Kontrollmestringsteori er at disse ikke med nødvendighet har sin rot i barndom og at de ikke nødvendigvis er ubevisste, men snarere automatiserte, og følgelig lettere tilgjengelige.
2. *Kognitive operasjoner*: Her inngår de prosesser som individet tar i bruk når det skal innkode, lagre eller gjenkalle informasjon (her kan kognitive forvrengninger inntreffe, som når individet i Kontrollmestringsteori anvender patogene antakelser til å innhente informasjon).
3. *Kognitive produkter*: De kognitive produktene består av individets bevisste tankeinnhold som er et resultat av perseptuell input, kognitiv struktur og kognitive operasjoner (automatiske tanker). Dette forhold står til dels i motsetning til Kontrollmestringsteori hvor de bevisste kognitive produkter i langt større grad synes styrt av de patogene antakelser som virker inn på en rekke handlinger og tanker i en persons liv.

I følge Beck's kognitive teori er kognisjonen hierarkisk organisert, fordelt på grunnlag av tilgjengelighet og stabilitet (Hougaard, 2002). Den bevisste kognisjonen er mest tilgjengelig og fleksibel. Neste nivå er kognisjon som befinner seg utenfor ens oppmerksomhet (på grunn av dens høye automatiseringsnivå) men som påvirker bevisst atferd. Dette er et nivå som Aaron Beck har vært særskilt opptatt av. Neste nivå består av antakelser, trossystemer og skjemaer. Dette er de mest stabile og minst tilgjengelige deler av informasjonsprosesseringsystemet (Hougaard, 2002).

Skjema

Skjemaer er psykiske strukturer som påvirker tankeprosesser, uavhengig av relevant ytre stimulering (Hougaard, 2002). Skjema utvikles gjennom barnets interaksjon med miljøet og signifikante andre (Beck og Weishaar, 1989). *"Skjema kan være både brede, eller snevre, og mer eller mindre nært forbundet med personens identitet"* (Hougaard, 2002). Beck har vært spesielt opptatt av de såkalte selvskjema, det vil si de skjema som knytter seg til individets identitet eller selvoppfattelse (Hougaard, 2002). Både "kjerneskjema", "tidlige maladaptive skjema" og "kjerneantakelser" ("core beliefs") er betegnelser som benyttes for å beskrive de dypere, identitetsnære skjema som inneholder ubetingede antakelser om selvet (Hougaard, 2002). Skjemaene er ubevisste, og nedfelt på bakgrunn av konkrete erfaringer. Derimot er de ikke dynamisk ubevisste slik Freud og Kontrollmestringsteori tenker dem, ved at individet aktivt forsøker å holde dem unna bevisstheten, men ubevisste på lik linje med vanehandlinger hvor man ikke er klar over hva man gjør (Hougaard, 2002). Eksempler på negative selvskjemaer er: "I bunn og grunn så er jeg dum", "Jeg er ikke i stand til å ta vare på meg selv". Her kan vi skyte inn at det ubevisste i Kontrollmestringsteori heller ikke bare består av fortrenge forhold men i stor grad kan sies å innebære vanehandlinger hvor en ikke er klar over hva en gjør. Alle mennesker har

skjemaer, både positive/funksjonelle, og negative/dysfunksjonelle (Hougaard, 2002). Både individuelle og miljømessige forhold spiller en rolle i utviklingen av normale og patogene skjema (Beck, 1985). Beck antar at skjemaene hovedsakelig er grunnlagt i barndommen i samspillet med primære tilknytningspersoner (Hougaard, 2002). På samme måte som i Kontrollmestringsteori ser vi her at Beck tillegger barndommen og samspillet med nære andre en viktig rolle i utvikling av de strukturer som opprettholder patologi – patogene skjema.

Skjemaer fungerer som et ”filter” som informasjon prosesseres gjennom (Beck, 1985). Både Beck og Kontrollmestringsteori anvender altså de indre strukturene som postuleres som noe som bestemmer pasientens persepsjon av verden. Becks skjema kan imidlertid synes å være knyttet til mer avgrensede situasjoner og tankemønstre mens de patogene antakelsene i kontrollmestringsteori synes å ha en mer global karakter og bestemmer i større grad opplevelsen på tvers av situasjoner. Uavhengig av i hvor stor grad de patologiske antakelser eller skjema dominerer persepsjonen på tvers av situasjoner viser de imidlertid begge tilbake på samme grunnleggende måte å forstå den patologiske fungering; pasienten har en måte å oppleve verden på hvor sentrale aspekter av situasjoner i nåtid ikke tas inn og prosesseres fordi pasienten opplever verden gjennom på forhånd gitte strukturer som har til hensikt å redusere angst, men som i virkeligheten bidrar til at en rekke situasjoner oppleves som potensielt angstskapende. Det er med andre ord ”bjelken i vårt eget øye vi ser med,” og dersom forhold ved situasjonen som denne bjelken ikke lar oss se blir for påtrengende eller overveldende skapes det angst.

Beck beskriver skjemaer som kognitive strukturer som er organisert og gruppert i kognitive konstellasjoner og subtyper (Beck, 1985). Skjemaene aktiveres for håndtering av ulike situasjoner, og dominerer informasjonsprosesseringen i stor grad (Beck, 1985). Negative skjemaer kan ligge latent i lengre perioder i livet, for så å bli aktivert i forbindelse med særlig belastende begivenheter (Hougaard, 2002). På samme måte tenkes patogene antakelser i

Kontrollmestringsteori å kunne aktiveres i bestemte situasjoner. En separasjonsangst fra barndommen kan eksempelvis reaktiveres dersom det krangles i et parforhold og skaper sterk angst; En angst som ikke har vært påtrengende før pasienten inngikk i forholdet. De maladaptive skjemaene som kjennetegner emosjonelle lidelser antas å være mer rigide, infleksible og konkrete enn skjemaene til normale individer (Wells, 1997). Med andre ord er det det rigide og innsnevrende som både skaper patologien og gjør pasienten sårbar for angst; dette gjelder for begge våre tilnærminger. Greenberg og Beck (1989) fant at det kognitive innhold varierer systematisk fra pasientgruppe til pasientgruppe. De deprimerte var mer opptatt av tap, og muligheten for negative konsekvenser, mens angst pasientene var mer opptatt av fare. Dysfunksjonelle antakelser behøver ikke å være et resultat av tidlige opplevelser, som i Kontrollmestringsteori. Ved f.eks. panikklidelse, kan dysfunksjonelle antakelser være et resultat av hvordan man håndterte anfallet. Clark og Wells (1995) fant at en rekke pasienter hadde vært velfungerende det meste av sitt liv, for så å utvikle spesifikke negative antakelser om eget sosialt selv etter mislykkede sosiale opplevelser i voksen alder.

Grunnleggende antakelser

I følge Hougaard (2002) er grunnleggende antakelser, holdninger eller leveregler normer som man innehar og følger for å bevare selvrespekt, selvaksept eller respekt og kjærlighet fra andre, og er formulert som betingelser ("Hvis... - så...") eller krav ("bør", "må"). Dette kan eksempelvis være: "Hvis jeg ikke alltid får toppkarakterer er jeg mislykket", "Hvis jeg får et sinneutbrudd er jeg en forferdelig person". På lik linje med skjema kan grunnleggende antakelser være ubevisste, og man blir gjerne først oppmerksomme på dem i forbindelse med at man bryter dem. Et eksempel på dette er at dersom man er i et trygt parforhold med en oppmerksom partner kan man være uvitende sine egne grunnleggende antakelser om at man trenger stadige

bekreftelser og oppmerksomhet fra andre (Hougaard, 2002). Her ser vi en likhet mellom Becks grunnleggende antakelser og Kontrollmestringsteori sine patogene antakelser. Beck vektlegger på lik linje med Kontrollmestringsteori at disse antakelsene kan være dannet gjennom samhandling med andre og opprettholdes med den hensikt å bevare ”kjærlighet fra andre”.

Det kan være vanskelig å gjøre et klart skille mellom skjema og grunnleggende antakelser. Grunnleggende antakelser ses gjerne som et tilpasningsforsøk overfor et skjema, som for eksempel dersom en person streber etter suksess i jobben i et forsøk på å kompensere for en dypereliggende mangel på selvtillit. Beck kaller denne formen for grunnleggende antakelser for ”kompensatoriske antakelser” (Clark & Beck, 1999).

Kognitive forvrengninger

Kognitive forvrengninger er de prosessene som ligger bak en feilaktig eller forvrent oppfattelse av en begivenhet, og på lik linje med skjema er de som regel ubevisste (Hougaard, 2002). I følge kognitiv teori er hensikten med kognitive forvrengninger å opprettholde individets skjema og grunnleggende antakelser. De forsterker ofte de negative følelsene. Dette skiller seg fra psykoanalysens forsvarsmekanismer hvor formålet er å unngå angst og ubehag (Hougaard, 2002). Ved angstlidelse gir disse seg ofte utslag i selektiv oppmerksomhet og negativ tolkning (som f.eks. at man er oversensitiv til faresignaler og ser farer overalt), overdrivelse av sannsynlighet (”Jeg er sikker på at jeg kommer til å besvime hvis jeg holder talen”), overdrivelse av negative konsekvenser og underdrivelse av egne mestringsevner (Hougaard, 2002). Selv om individer sjeldent er klar over hvilke psykiske prosesser som ligger bak et psykisk produkt, er angstpasienten i følge Beck ofte klar over sin egen overdrivelse i angstfremkallende situasjoner, og kan se selv hvor urealistiske de er (for eksempel at man er livredd en edderkopp til tross for at man vet at de ikke er farlige).

Automatiske tanker

”I kognitiv terapi rettes oppmerksomheten mot negative automatiske tanker som kan bidra til å utløse eller forsterke angsten, samtidig som klienten oppfordres til å eksponere seg for fryktede situasjoner og kroppsfunnelser”.

- Torkil Berge & Arne Repål

Automatiske tanker er tanker som pasientene ikke var oppmerksomme på, og som opererer i ytterkanten av bevisstheten (Beck, 1976). Fordi de har sitt opphav i sentrale antakelser og skjema fremstår de som troverdige for individet, og blir ikke viet noe oppmerksomhet til daglig. Beck ble oppmerksom på automatiske tanker når han arbeidet som psykoanalytisk terapeut. Automatiske tanker er en del av normal kognitiv fungering, men har vist seg å være av en repeterende, personlig og dysfunksjonell karakter ved psykopatologiske tilstander (Beck, 1976). Dersom Beck spurte sine pasienter ”hvilke tanker går gjennom hodet ditt akkurat nå?” , avslørte de andre tanker enn dem de brukte for å forklare sine følelsetilstander. Negative automatiske tanker er en bestemt type automatiske tanker kjent for å være urealistiske, rigide, og fører til ubehagelige emosjoner og/eller dysfunksjonell atferd hos individet (Hougaard, 2002). Negative automatiske tanker er eksempelvis ”Jeg kommer til å bli alvorlig syk”, ”Nå dør jeg”, ”Jeg er svak”, ”Jeg er dum”, og er vanlige ved psykiske lidelser (Beck, 1976). Som vi ser har dette likhetstrekk med Kontrollmestring sine patogene antakelser. Men de patogene antakelsene er mer tenkt knyttet til barndommen.

Hvordan angstlidelse utvikles og opprettholdes i følge Kontrollmestringsteori

”A person maintains his psychopathology primarily in obedience to certain compelling grim beliefs, which he acquires in early childhood by inference from experience.

- *Sigmund Freud*

Interessen for angst og angstrelaterte fenomener har alltid hatt en sentral plass innen den psykodynamiske tradisjonen, som antar at angsten og dens dynamikk inngår i kjernen av de aller fleste former for psykopatologi (Nielsen, 2002).

Det er lite litteratur å finne innen Kontrollmestringsteori om hvordan spesifikke psykiske lidelser som angst utvikles. Teorien synes i ganske stor grad å forklare utvikling av ulike psykiske lidelser med de samme mekanismer. Med andre ord beskriver Kontrollmestringsteori hvordan psykopatologi generelt utvikles ut ifra sin teori om patogene antakelser:

Patogene antakelser

"People's deepest and most irrational convictions about life are famously stubborn."

- *Nancy Mc Williams*

I følge kontrollmestringsteori stammer de fleste former for psykopatologi fra patogene antakelser (Silberschatz, 2005). En person utvikler patogene antakelser gjennom traumatiske opplevelser med foreldre, søsken eller andre nære tilknytningspersoner i barndommen. Patogene antakelser er uriktige antakelser om seg selv og sine omgivelser, og utvikles fordi barnet forsøker å tilpasse seg et usunt miljø (Silberschatz, 2005). Siden et barn er helt avhengig av sine foreldre og nærmeste for å overleve, gjør det alt det kan for å tilpasse seg. Disse antakelsene er stort sett ubevisste og skremmende fordi de innebærer at det er svært farlig å forsøke å nå et viktig mål (Weiss, 1993). Å trosse (utfordre) en patogen antakelse kan føre til både ekstern og intern fare for individet. Ekstern fare er eksempelvis å ødelegge viktige relasjonelle bånd, mens intern fare eksempelvis er smertefulle affekter som frykt, angst, skyldfølelse, skam eller anger (Weiss, 1993). Patogene antakelser reflekterer barns egosentrisitet, og manglende erfaring om kausalitet

og tidligere relasjoner (Shilkret, 2002). Barn tror at slik foreldrene behandler dem, er slik de fortjener å bli behandlet. Derfor har barnet en tendens til å føle ansvar for det som skjer (Shilkret, 2002). For eksempel vil et barn av en deprimert mor anta at det er hans oppgave å gjøre henne glad. Et annet eksempel er dersom et barn blir oversett av sine foreldre vil det utvikle den patogene antakelsen at det ikke fortjener oppmerksomhet (Weiss, 1993). Barn påtar seg ofte skylden for negative livshendelser som for eksempel foreldrenes skilsmisse, plassering i fosterhjem eller depresjon, sykdom eller dødsfall hos et av familiemedlemmene. Beres (1958) undersøkte barn som var plassert i fosterfamilier. Samtlige av barna antok at de var sendt vekk av sine foreldre fordi de hadde gjort noe galt, og at de fortjente denne straffen.

Alle patogene antakelser skyldes altså et forsøk på å tilpasse seg et usunt miljø (Silberschatz, 2005). For å overleve trenger barnet sine foreldre, selv når de blir mishandlet. Fordi barnet trenger dem, er det tryggere å se seg selv som den onde. Som Fairbairn (1943) uttalte det: *"For a child, it is safer to be a sinner in a world ruled by God than to live in a world ruled by the Devil"*. En slik irrasjonell selvklandring kan med tiden føre til psykopatologi fordi en person som bevisst eller ubevisst tror han fortjener å bli behandlet dårlig har en økt risiko for å involvere seg i destruktive eller voldelige relasjoner, og kan utvikle psykiske lidelser som angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser (Silberschatz, 2005). En patogen antakelse kan eksempelvis være at det er farlig å ha en tilfredstillende karriere, eller å være lykkelig gift. Siden de patogene antakelsene har oppstått i spedbarnsalder eller tidlig barndom er de svært motstandsdyktige og innehar en sterk autoritet (Shilkret, 2002). Dersom individet forsøker å handle på tvers av dem, opplever han som regel en sterk skyld- eller skamfølelse da det som regel er disse følelsene som ligger til grunn for de patogene antakelsene (Weiss, 2002). Personen fortrenger målene han anser som farlige, og hindrer seg selv i å forsøke å oppnå dem. Resultatet blir en begrenset livsutfoldelse og psykisk smerte (Weiss, 2002).

Hvordan patogene antakelser utvikles

”A young boy may acquire a variety of pathogenic beliefs by inferring them from certain traumatic experiences with his parents. He may, by such inference, come to believe that almost any impulse, attitude, or goal is dangerous in that he would, by expressing the impulse or attitude or by pursuing the goal, risk the disruption of his ties to a parent and thus leave himself insufficiently protected or cared for.”

- Weiss & Sampson

I følge Kontrollmestringsteori utvikles patogene antakelser gjennom en av to typer traumer: Sjokktraumer eller stresstraumer (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005). Hvorvidt en person utvikler patogene antakelser eller ikke påvirkes av en rekke ulike faktorer som blant annet personlighet, temperament, type traume og omstendighetene rundt traumet. Derfor kan søsken som vokser opp i samme familie reagere svært forskjellig på den samme traumatiske opplevelsen (Silberschatz, 2005).

Sjokktraumer. Sjokktraumer er katastrofale hendelser som for eksempel alvorlig sykdom eller dødsfall i nærmeste familie. Slike hendelser overvelder barnet med frykt, angst og andre sterke negative følelser, og barnet blir derfor sterkt motivert for å ikke oppleve dette igjen (Silberschatz, 2005). For å unngå at dette skal skje igjen utvikler barnet en teori om hva han har gjort for å forårsake den katastrofale hendelsen. Siden barnet mangler tilstrekkelige kognitive ferdigheter, livserfaring og kunnskap til å forstå de reelle årsakene til tragedien er de særlig sårbare for å utvikle skyldfølelse (Silberschatz, 2005). I et lite barns umodne sinn kan han eksempelvis tro at lillebrors tragiske dødsfall skyldes eget ønske om at han skulle forsvinne slik at han ikke trengte kjempe om mors oppmerksomhet. Slike tanker kan føre til en enorm skyldfølelse hos barnet og utvikling av ulike patogene antakelser som for eksempel at han ikke

fortjener å bli lykkelig eller at han er et forferdelig og ondsinnet barn (Silberschatz, 2005).

Sjokktraumer fører som regel til patogene antakelser på grunn av denne form for manglende resonneringsevne (Weiss, 1993). Irrasjonell skyldfølelse spiller i følge kontrollmestringsteori en stor rolle i utviklingen av psykopatologi (Weiss, 1993). Dette blir grundigere forklart litt senere i oppgaven.

Stresstraumer. Patogene antakelser kan også utvikles på bakgrunn av reelle tolkninger av traumatiske opplevelser (Weiss, 1993). Stresstraumer er pågående traumatiske hendelser som barnet blir utsatt for som eksempelvis stadig å bli ignorert, mishandlet eller kritisert av sine foreldre. Når et barn til stadighet blir slått av sin far utvikler han patogene antakelser ut ifra måten han *faktisk* ble behandlet på. I slike tilfeller utvikler barnet patogene antakelser angående moral (Sampson, 1992). Barn antar at slik de har blitt behandlet i fortiden, er slik de fortjener å bli behandlet nå og i fremtiden (Sampson, 1992). Patogene antakelser kan også utvikles på bakgrunn av normale motiver. Hvis et barn opplever at foreldrene blir svært bekymret hver gang han utøver selvstendighet, kan han utvikle den patogene antakelsen at selvstendighet er farlig, og en trussel for hans relasjon til foreldrene (Silberschatz, 2005). Et eksempel på dette er en pasient som utviklet bilfobi så hun ikke kunne forlate mor (Shilkret, 2002). Det motsatte kan også skje. Dersom et barn vokser opp med foreldre som ikke tolererer dets avhengighet av dem, kan det utvikle den patogene antakelsen at å være nær eller avhengig av andre er farlig (Shilkret, 2002). Silberschatz (2005) illustrerer et eksempel på utvikling av angstlidelse som følge av stresstraumer i sin vignett om en middelaldrende mann som bodde sammen med sin gamle mor. Mannen ble traumatisert i barndommen grunnet morens kroniske og alvorlige depressive lidelse. Han la merke til at moren ble veldig lei seg når han skulle gå på skolen, og hans konklusjon ble at dette var årsaken til hennes depresjon. Gutten utviklet en alvorlig skolefobi som førte til at han ble hjemme med moren. Det som umiddelbart synes å være skoleangst skyltes egentlig den patogene

antakelsen at hvis han ble separert fra sin mor ble hun svært trist. Gutten utviklet videre depressiv lidelse som vedvarte inn i voksen alder og førte til at han oppsøkte psykoterapi (Silberschatz, 2005). Her ser vi at det som opprinnelig var et forsøk på å tilpasse seg sitt miljø for å opprettholde båndet til sin mor kan føre til psykopatologi dersom miljøet man streber å tilpasse seg er usunt.

Patogene antakelser er smertefulle, motstandsdyktige og vedvarende trosstrukturer som fører til alvorlige og destruktive emosjonelle plager (Weiss, 1993). De er som regel ubevisste i den forstand at pasientene er ikke klar over det kognitive aspektet ved sine patogene antakelser, men opplever negative konsekvenser av dem som eksempelvis frykt, angst, depresjon, skyldfølelse og selvdestruktive impulser (Silberschatz, 2005). Patogene antakelser kan komme til uttrykk på forskjellige måter. Eksempler på patogene antakelser er: ”Jeg skader mine foreldre ved å være sterk og uavhengig”, ”Hvis jeg blir rik og suksessfull, tar jeg goder fra mine søsken”, ”det er min feil at lillebror ble alvorlig syk”, ”mamma og pappa ble skilt fordi jeg var for krevende”. Det enorme ubehaget som patogene antakelser fører med seg gjør at mennesker er motivert til å bli kvitt disse antakelsene (Silberschatz, 2005). Men siden de patogene antakelsene opprinnelig har oppstått som en måte å håndtere traumatiske opplevelser, antar individet at det er *farlig* å skulle forsøke å teste dem ut. Mennesker har som regel en sterk emosjonell overbevisning om at sine patogene antakelser er sanne. Det faktum at de som regel er ubevisste gjør at de også er utenfor individets bevisste kontroll. Det vil kreve mye motstridende informasjon, evidens og nye opplevelser for å avkrefte dem. (Silberschatz, 2005).

Skyld og skam som opprettholdende faktorer ved angstlidelse

Ubevisst skyld- og skamfølelse står sentralt i forståelsen av utvikling og opprettholdelsen av psykopatologi innen Kontrollmestringsteori (Silberschatz, 2005). I følge Weiss (1993) er

skyld en kompleks og smertefull emosjon med multiple determinanter og utfall. I følge Kontrollmestringsteori er skam ofte ubevisst oppstått som en straff med den hensikt å lette skyldfølelsen. Skam holdes nesten alltid på plass enten av skyld eller ut ifra et ønske om å opprettholde båndet til foreldrene (Weiss, 1993). Skyld oppstår når barnet påtar seg ansvaret for traumene det utsettes for eller ser tilknytningspersoner bli utsatt for (Silberschatz, 2005). Dermed blir et vesentlig innhold i patogene antakelser ubevisst skyldfølelse. Dette kan oppstå allerede i spedbarnsalder. Skyld oppstår fordi barnet konkluderer med at deres karaktertrekk eller atferd truer båndet til foreldrene.

To sentrale skyldfølelser innen Kontrollmestringsteori er separasjonsskyld og overlevelsesskyld (Silberschatz, 2005). Til grunn for separasjonsskyld ligger den patogene antakelsen at dersom barnet blir sterk og/eller uavhengig vil det komme til å skade foreldrene (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). I følge Weiss vil barn som vokser opp med foreldre som oppmuntrer til selvstendighet utvikle mindre separasjonsskyld enn barn som vokser opp med foreldre som motarbeider uavhengighet (Weiss, 1993). Et barn (og senere voksen) som lider av separasjonsskyld kan eksempelvis intensivere båndet til foreldrene på en destruktiv måte i et forsøk på å lette sin dårlige samvittighet. Barnet kan enten identifisere seg med den forelder det føler separasjonsskyld overfor og utvikle samme destruktive atferd som han/hun, eller det kan tilegne seg ulike former for maladaptiv atferd som det ubevisst tror forelder ønsker. På denne måten kan separasjonsskyld føre til utviklingen av en passiv, avhengig personlighet (Weiss, 1993).

Til grunn for overlevelsesskyld ligger den patogene antakelsen at man bedrar andre familiemedlemmer dersom man tillater seg mer av livets goder (Bush i Silberschatz, 2005). Overlevelsesskyld henger sammen med ideen om at kun en bestemt mengde av livets goder er tilgjengelig. Hvis man får masse, tror man dermed at det er mindre igjen til andre. Derfor kan det

føles illojalt å lykkes på områder hvor andre nære har feilet. For å dempe sin skyldfølelse kan en person med overlevelsesskyld bli mer lik resten av sin familie (Bush i Silberschatz, 2005).

Dersom man for eksempel som den eneste i familien har tatt en høy utdanning, kompenserer man ved å ”mislykkes” på et annet område, for eksempel innen kjærlighet. Weiss har funnet at barn som har foreldre og søsken som har klart seg dårlig, har mer overlevelsesskyld enn barn som har foreldre og søsken som har klart seg bra (Weiss, 1993).

Både separasjonsskyld og overlevelsesskyld har felles antakelsen om at egen velferd går på andres bekostning (Bush i Silberschatz, 2005). Weiss anser ubevisst skyld som en primærfølelse ved de fleste former for psykopatologi og angst, depresjon, sinne og skam som sekundære til ubevisst skyld (Weiss, 1993).

Kontrollmestringsteori hevder at all form for psykopatologi har sitt opphav i patogene antakelser, og at ulike former for psykopatologi reflekterer ulike patogene antakelser (Weiss, 1993). Mennesker er ofte ikke klar over hvordan de beskytter seg selv mot egen skyldfølelse og når de lider under dens konsekvenser (Bush i Silberschatz, 2005). Dette er en viktig implikasjon innen Kontrollmestringsteori fordi noe som ved første øyekast kan se ut som en angstlidelse kan eksempelvis egentlig handle om ubevisst skyldfølelse overfor overbeskyttende foreldre eller ubevisst identifisering med dem. Angsten har mange ansikter og kan manifestere seg på mange ulike måter. Det er derfor interessant å legge merke til hvordan Kontrollmestringsteori tar hensyn til differansen mellom pasientens bevisste bestilling for terapi og pasientens ubevisste mål med terapien. Dette er forskjellig fra Beck sin kognitive teori hvor den kliniske diagnosen er ledende for den påfølgende behandlingen.

Mange klinikere anser psykoanalytisk orientert psykoterapi som upassende for behandling av angstlidelser som panikklidelse og agorafobi (Gassner, 2004). Det vil nå bli presentert to ulike

artikler som viser hvordan angstlidelse kan forklares ut ifra pasientenes ubevisste patogene antakelser:

Suzanne Gassner presenterer i sin artikkel "*The role of traumatic experience in panic disorder and agoraphobia*" en traumeteori som forklarer hvorfor enkelte pasienter har en økt sårbarhet for å utvikle panikklidelse eller agorafobi i voksen alder. I en gjennomgang av de kliniske rapportene til pasienter med panikklidelse og agorafobi, fant Gassner at et fellestrekk var omsorgssvikt i oppveksten. Nesten samtlige hadde vært ofre for enten seksuelt, fysisk eller emosjonelt misbruk, eller opplevd alvorlig sykdom eller dødsfall i nærmeste familie (Gassner, 2004). Gassner sin hovedhypotese er at mennesker med panikklidelse eller agorafobi har opplevd utilstrekkelig omsorg og oppmerksomhet fra sine omsorgsgivere i barndommen. De har blitt emosjonelt neglisjert og underbeskyttet av sine foreldre i sitt forsøk på å håndtere katastrofale opplevelser i barndommen som for eksempel dødsfall eller alvorlig sykdom i nærmeste familie, seksuelt misbruk eller foreldres alkohol- eller stoffmisbruk (Gassner, 2004). Foreldrene har vært utilgjengelige av ulike grunner. Noen har hatt nok med egen sorgprosess og dermed ikke vært i stand til å gi den tilstrekkelige støtten til sine barn. Andre har vært alvorlig syke, mens andre igjen rett og slett mangler tilstrekkelige mentaliseringsevner. På grunn av den manglende støtten har disse barna måtte håndtere sine problemer på egenhånd. Noen har i tillegg måtte gå inn i omsorgsrollen på et altfor tidlig kognitivt og emosjonelt tidspunkt. Alle mennesker med slike barndomserfaringer utvikler dog ikke angstlidelser i voksen alder. Gassner understreker geners betydning for utviklingen av psykopatologi, samt pasientenes relasjonelle historie forut de traumatiske opplevelsene.

Som tidligere nevnt understreker Kontrollmestringsteori at psykopatologi skyldes patogene antakelser som pasienten har utviklet på grunn av traumatiske relasjonelle opplevelser (Weiss, 1993). Gassner (2004) foreslår at disse angstpasientene sannsynligvis har utviklet

patogene antakelser både i forhold til separasjonsskyld og separasjonsangst ved at de både anser det som farlig å danne emosjonelle bånd til andre mennesker, men også å være selvstendig (eksempelvis "Jeg er ansvarlig for lidelsene til dem jeg er glad i". "Det er ingen jeg kan stole på i denne farlige verdenen". "Jeg fortjener ikke å bli elsket og tatt vare på". "Jeg er hjelpeløs på egenhånd". "Jeg må unngå sterke følelser, for de vil føre til at jeg blir hjelpeløs og ukontrollert"). I følge Gassner (2004) stammer separasjonsskyld fra erfaringene med utilstrekkelig omsorg og beskyttelse fra omsorgsgiverne. Hun erfarte at panikkpasientene ofte følte at det var galt av dem både å støtte seg til andre og å løsrive seg fra andre og opptre selvstendig. Hvis de beveget seg i retning av uavhengighet ble de fylt med frykt for å bli forlatt. Dersom de støttet seg til andre for å få hjelp følte de seg kontrollert og fanget (Gassner, 2004).

Cynthia Shilkret (2002) hevder i sin artikkel "*The role of unconscious pathogenic beliefs in agoraphobia*" at agorafobiske pasienter lider av følgende to patogene antakelser: 1) "Verden er et farlig sted som straffer selvsikkerhet" 2) "Jeg fortjener ikke et bedre liv". Agorafobi er en alvorlig angstlidelse som kan føre til svært begrenset livsutfoldelse. I de verste tilfellene beveger pasienten seg aldri ut av huset. Andre kan være på offentlige steder så lenge de er sammen med kjente, mens andre igjen tør å reise korte avstander alene (Shilkret, 2002). Shilkret hevder at den første patogene antakelsen ("verden er et farlig sted som straffer selvsikkerhet") er et resultat av overnervøse foreldre som har reagert negativt på barnets tegn til selvstendighet, mens den andre antakelsen ("jeg fortjener ikke et bedre liv") skyldes den enorme autoriteten foreldre har overfor sine barn og barnets frykt for å svekke båndet mellom dem. Shilkret har funnet støtte for sine hypoteser blant ulike litteraturkilder. Chambless og Goldstein (1982) og Craske (1999) fant at et fellestrekk blant pasientene med agorafobi var en oppvekst med nervøse eller overkontrollerende foreldre. Forut for angstlidelsen har mange opplevd større livsendringer som de har hatt vansker med å takle, som eksempelvis tap av partner, uteksaminering fra høgskole/universitet eller

inngåelse av ekteskap (Leibowitz & Klein, 1982; Compton, 1992). En vanlig hypotese har vært at disse pasientene er redde for å være selvstendige/uavhengige, og at angstsymptomene (som hindrer dem å gå ut i verden alene) opprettholder deres avhengighet. I agorafobiske pasienter ser man i følge Shilkret altså den mest ekstreme formen for begrenset selvstendighet. Et av Shilkrets sine eksempler er pasienten Audrey som lider av ulike fobier, inkludert agorafobi. Hun rapporterer at hun husker svært lite fra før hun var 16 år. Audrey uttrykker sin misnøye med terapeuten og dette er et gjennomgående tema over en lengre periode. Shilkrets hypotese er at dette er en uttesting som stammer fra den patogene antakelsen om at verden er et farlig sted som straffer selvstendighet. Terapeuten bestod testene, og Audrey ble stadig bedre og virket generelt mer tilfreds. Hun begynte å huske episoder fra barndommen, blant annet hennes mors manglende evne til å beskytte Audrey og hennes bror fra deres voldelige far. Hun husket også at hennes bror hadde ofte vært uenig med foreldrene noe som hadde ført til mye krangling i hjemmet. Broren ble sendt på kostskole og returnerte aldri. Audrey husket deretter en krangel med hennes mor da hun var 6 år som endte med at hennes mor forsøkte å kvele henne med en pute og sa at hun hatet henne og ønsket at hun var død. Disse traumatiske barndomsopplevelsene var noen av mange traumer som til sammen førte til at Audrey dannet seg den patogene antakelsen at dersom hun var bestemt eller kritisk ville det bli for mye for andre å takle og føre til avvisning. Nå som hun klarte å huske sine fortrenge minner forstod hun hvorfor selvstendighet og bestemthet hadde vært så farlig for henne. Hun ble også bevisst sin andre patogene antakelse: at hun ikke fortjente å bli tatt vare på (som stammet fra hennes mors manglende evne til å beskytte og ta vare på henne). Audrey var ubevisst redd for at selvstendighet (for eksempel ved å prøve å leve et bedre liv), ville føre til at hun ble straffet. Hennes pågående klaging på terapeuten var hennes måte å teste om terapeuten kunne tåle at hun var bestemt og kritisk. Historien om Audrey viser hvilke konsekvenser de ubevisste patogene antakelsene ("verden er et farlig sted som straffer

selvstendighet” og ”jeg fortjener ikke et bedre liv”) kan føre til i form av utvikling og opprettholdelse av angstlidelse.

Kontrollmestringsteori vektlegger altså separasjonsskyld og overlevelsesskyld som spesielt viktige i opprettholdelsen av psykopatologi. Forskjellen her er at disse patogene antakelsene er viktigere enn andre patogene antakelser (skjema) mens Beck mener alle patogene antakelser er like viktige.

Hvordan angst utvikles og opprettholdes i følge Beck's kognitive teori

”Det er ikke hendelsen som sådan som skaper angsten, men den meningen vi tillegger hendelsen.”

- Esben Hougaard

”This process of allowing himself to experience these feelings moved him completely out of a state of severe anxiety into a state of extreme sadness. This sadness seemed to be clearly connected to his very negative and painful perspective of his self, which he believed prevented him from creating a meaningful and satisfactory life for himself”

- Barry E. Wolfe

Den grunnleggende antakelsen i kognitiv terapi er at det du tenker påvirker hva du føler:

Triggende situasjon -> Engstelig tolkning -> Engstelig følelse

Våre grunnleggende affektive, kognitive, atferdsmessige og fysiologiske systemer innehar en viktig adaptiv funksjon, men disse systemene kan bli feilaktivert (Beck, 1985). Under et angstanfall oppleves ofte intens og ukontrollert fysiologisk aktivering. Pga den sterke kroppslige reaksjonen er det lett for personen det gjelder å overse tankeinnholdets påvirkning på reaksjonen.

De fleste som opplever angst tror det er situasjonen og ikke kognisjonen (ens tolkning av situasjonen) som er årsaken til angstopplevelsen (Beck, 2011). Et eksempel på dette er hvordan man føler seg før man skal holde en tale i et bryllup. Dersom man tror at man kommer til å glemme det man skal si, og at publikum kommer til å synes man er en dårlig taler, vil disse tankene påvirke hvor nervøs man føler seg før den store dagen. Dersom man derimot klarer å si til seg selv at dette kommer til å gå bra, og publikum er vennligsinnet og overbærende, vil man bli mindre nervøs. Her ser man at det ikke er situasjonen, men tolkningen av den, som påvirker hvor nervøs eller rolig man føler seg.

Kjennetegn ved klinisk angst

De aller fleste mennesker har opplevd både frykt og engstelse, spesielt i barndommen (Clark & Beck, 2010). Dette er altså helt normalt. For å skille mellom normale og unormale tilstander av frykt og angst har Clark & Beck (2010) utviklet fem kriterier som kjennetegner kliniske angstilstander:

1. Dysfunksjonell kognisjon: En sentral antakelse ved kognitiv teori er at unormal frykt og angst er et resultat av feilaktig kognitiv prosessering av situasjoner som for individet oppleves som farlige uten at noen objektiv trussel kan observeres.

2. Nedsatt funksjonsevne: Klinisk angst forhindrer en adaptiv og effektiv håndtering av opplevd trussel, og den gir nedsatt livskvalitet ved at den forverrer individets sosiale og yrkesmessige liv.

3. Vedvarende: Ved kliniske tilstander sitter angsten i mye lengre enn hva som er forventet under normale omstendigheter. Individer med klinisk angst opplever ofte et økt spenningsnivå eller panikkanfall av tanken på en potensiell fremtidig fare, uavhengig av hvor sannsynlig det i realiteten er at denne kommende situasjonen vil inntreffe.

4. *Falske alarmer*: Ved angstlidelse forekommer det ofte falsk alarm. Det vil si at individet opplever en intens frykt eller panikkanfall uten at det eksisterer et reelt truende stimulus.

5. *Stimuli hypersensitivitet*: Individuer med angstlidelse tolker et bredere spekter av situasjoner som skremmende sammenliknet med personer uten angstlidelse. Eks: De fleste mennesker ville bli skremt dersom de så en livsfarlig australsk edderkopp. Men en person som lider av edderkoppskrekk vil også bli skremt og kunne få panikkanfall av synet av en liten, ufarlig edderkopp.

Kognitiv angstmodell

Den kognitive angstmodellen har sine røtter innen informasjonsprosesseringperspektivet, hvor en tenker seg at emosjonelle forstyrrelser skyldes en funksjonsfeil eller -mangel i det kognitive apparatet (Beck, 2011). Dermed blir angst et produkt av et informasjonssystem som tolker en situasjon som farlig eller truende for individet (Beck, 2011). Et eksempel er illustrert av Beck (1985, 2005) hvor en gruppe individer blir bedt om å gå på en planke 10 cm over bakken kontra 10 meter over bakken. De fleste vil synes det går fint å gå over planken når det er kun 10 cm over bakken, men livredde dersom de skal gå over den samme planken høyt oppe i luften. Forskjellen, i følge den kognitive modellen, er at i tilfellet hvor planken er 10 meter over bakken tolker individet denne situasjonen som veldig farlig. Denne tolkningen skaper en enorm frykt hos den enkelte som sannsynligvis vil nekte å gjennomføre oppgaven. Det er altså persepsjonen av fare som skaper frykt. Den kognitive angstmodellen anser klinisk angst som feilaktig informasjonsprosessering, hvor nøytrale situasjoner prosesseres som truende (Beck, 2011). Ved klinisk angst fører feilaktig prosessering til en overestimering av sannsynligheten for at noe farlig

skal skje, og av hvor store negative konsekvenser det ville ført til. I tillegg underestimeres egen evne til å håndtere den tenkte situasjonen (Beck, 2011).

To atferdsresponsen som er vanlige ved angsttilstander er ”fight-or-flight” respons og immobilitet (Beck, 2011). Ved ”fight-or-flight” responsen skjer en mobilisering av kroppen for å håndtere en persipert fare. Denne mobiliseringen har vært adaptiv ved reell fare, men kan virke mot sin hensikt i dagens samfunn. Et eksempel på dette vil være å tolke den økte hjerteraten som et tegn på hjerteinfarkt. Ved immobilitet opplever man at kroppen ”stivner” (freeze), eller føler seg ør og svimmel. Man føler seg totalt hjelpeløs. Denne atferdsrespons er vanlig ved sosial angst, som eksempelvis at man føler at man kommer til å besvime når man skal holde en tale (Beck, 2011).

Clark og Beck’s kognitive angstmodell illustrerer hvordan både automatiske og strategiske (kontrollerte) prosesser er involvert ved en persons angstopplevelse. Modellen ble først presentert i 1985, og har siden den gang blitt revidert flere ganger (1988, 1997, 2011).

Modellen presenterer åtte sentrale elementer i forbindelse med opplevelsen av angst:

1. *Overdreven vurdering av fare:* En overdreven tolkning av situasjoner som farefulle er en av angstens grunnleggende trekk. Prosessen hvor man evaluerer interne eller eksterne signaler som potensielle trusler involverer et automatisert og effektivt forsvarssystem som utviklet seg gjennom evolusjonen for å beskytte individet og sikre overlevelse. Denne primære og relativt automatiske farevurderingen er til stede ved alle angstopplevelser, og involverer prosesser som oppmerksomhet, hukommelse, vurdering, resonnering og bevisst tankeinnhold. Slik umiddelbar faretolkning er vanlig ved både normale og kliniske angstopplevelser. Men ved klinisk angst er den primære trusselvurderingen overdreven og disproporsjonert i forhold til reell fare.

2. *Økt hjelpeløshet:* En sekundær vurdering av egne ressurser og mestringsevne involverer en mer bevisst, strategisk evaluering av ens evne til å respondere konstruktivt ved en persipert faresituasjon. Følelsen av mestring, gjerne ut ifra tidligere positive erfaringer fra lignende situasjoner, vil redusere angstnivået. Derimot vil lav mestringsfølelse og negativ utfallsforventning føre til økt opplevelse av hjelpeløshet og mer angst.
3. *Ignorering av trygghetstegn:* Angst skyldes ikke bare en overestimert faretolkning, men også en underestimering av beskyttelsesfaktorer (for eksempel at andre kan hjelpe). Clark og Beck (2010) hevdet at ved angstlidelse aktiveres trusselskjema som prosesserer informasjon som er kongruent med skjemaet, mens informasjon som er inkongruent blir filtrert bort. Denne kognitive feilvurderingen vil bidra til overdreven evaluering av fare. For eksempel vil en person som passerer en stor og bjeffende hund bli mer redd dersom han ignorerer at hunden er i bånd.
4. *Svekket konstruktiv tenkning:* Under et angstanfall er den dype, konstruktive prosesseringen av informasjon mindre tilgjengelig for individet. Dette er med på å opprettholde angsten. For eksempel vil en realistisk tolkning av smerter i brystet være muskelspenninger eller luftsmerter. Dersom man overser disse mulighetene og heller tolker smertene som et tegn på hjerteinfarkt vil tolkningen i seg selv være med å øke angsten. Beck (1987) hevdet at denne formen for **katastrofetenkning** er nøkkelfaktoren til hvorfor mennesker opplever panikkanfall.
5. *Automatisk og kontrollert prosessering:* Angst består av en blanding av automatiske og kontrollerte (strategiske) prosesser hvorav den førstnevnte er mest vanlig i den tidlige evalueringen av en potensiell trussel, mens kontrollerte prosesser skjer hovedsakelig ved den sekundære trusselvurderingen (for eksempel evaluering av ens mestringsevne, eller muligheten for å søke trygghet).

6. *En ond sirkel:* Et angstanfall kan vare alt fra noen få minutter til flere timer. Flere pasienter med generalisert angstlidelse har hevdet at de aldri føler seg helt angstfri (Beck, 2011). Når angsten først har meldt seg retter man oppmerksomheten på sine egne angstsymptomer (for eksempel: jo mer man er oppmerksom på at pulsen stiger, jo mer sannsynlig er det at den faktisk gjør det). Dette vil medføre enda mer angst, og dermed har man havnet i en ond sirkel. ”Man blir nervøs av å være nervøs”.
7. *Primær kognitiv prosessering:* I følge den kognitive modellen er hovedproblemet med angstlidelse at skjemaer hvor virkeligheten er farligere enn realiteten, og selvet svakt og hjelpeløst, blir aktivert. Disse skjemaene aktiveres raskt og ufrivillig, og kan generaliseres til en rekke harmløse situasjoner og stimuli som blir feilpersipert som farlige.
8. *Kognitiv sårbarhet til angst:* Både arv og miljø kan øke et individs sårbarhet for utviklingen av en angstlidelse.

Angstens forskjellige komponenter påvirker hverandre og vil kunne forsterke hverandre i en rekke onde sirkler (Hougaard, 2002). I følge Clark & Wells (1997) finnes det to hovedtyper onde sirkler i forbindelse med angstlidelser:

1. Negative automatiske tanker og kroppslige reaksjoner i forbindelse med angst resulterer i ytterligere angst.
2. Unngåelsesatferd, som eksempelvis at en pasient med heisskrekke unngår å ta heis. Unngåelsesatferden hindrer pasienten å avlære angsten. Unngåelsesatferd kan bidra til å dempe angsten på kort sikt, men bidrar til opprettholdelse av angstlidelsen på lang sikt.

Det er verd å merke seg at unngåelsesatferden er et fenomen som har mange likhetstrekk med hvordan en i Kontrollmestringsteori tenker seg at pasienten unngår å utfordre de patogene

antakelsene, men snarer lever gjennom dem, som en ubevist rettesnor for hvordan de bør forholde seg. Forskjellene er imidlertid at unngåelsesatferden er mer en konsekvens av at de ubevisste patogene antagelsene i Kontrollmestringsteori følges, mens de for Beck er noe pasienten har et langt mer bevisst forhold til. Det er med andre ord en rimelig fortolkning at unngåelsesatferd, at det er ting pasienten ikke gjør, eller ikke vil gjøre, er et allmennmenneskelig trekk som vises i de fleste terapier og som ulike terapiretninger derfor søker å forstå.

Hvordan kan man oppnå terapeutisk fremgang i følge kontrollmestringsteori?

”For terapeuten gjelder det først og fremmest om at tilrettelegge en situation, hvor patienten vover at kaste sig ud i en oprigtig og nærgående udforskning af sider ved sig selv og sit forhold til andre, og hvor der skabes et rum for nye erfaringer og nye ”udgange” for uløste følelsesmæssige dilemmaer og problemer, som ofte har deres udspring i patientens tidligste barndomsoplevelser.”

- Geir Høstmark Nielsen

Pasientens ubevisste plan

Weiss og Sampson hevder at kjernen til all psykopatologi, inkludert angstlidelse, ligger i patogene antakelser om seg selv og sine relasjoner til andre mennesker, og at pasienten konstant tester dem ut i sin interaksjon med terapeuten i håp om at han vil respondere på måter som avkrefter pasientens antakelser (Weiss, 1993). Weiss legger her til grunn et syn på pasientens evne til og ønske om selvhelbredelse dersom bare forholdene legges til rette i form av trygghet. Dette står i motsetning til den tradisjonelle oppfattelsen av forvar i psykodynamisk teori, men er også i motsetning til Becks kliniske teori hvor pasienten i større grad må ledes og oppmuntres til å teste ut og eksponere seg for de situasjoner og de tankemønstre som bidrar til angsten.

Kontrollmestringsteori antar altså at mennesker som søker psykoterapi er motiverte for å avkrefte sine patogene antakelser fordi de hindrer dem å oppnå ønskelige mål som for eksempel å være lykkelig gift, ha en tilfredsstillende karriere eller å være selvstendig. Kontrollmestringsteori kaller dette for *pasientens plan*, og denne planen kan være både bevisst og ubevisst. Siden de patogene antakelsene er utviklet i barndommen er de godt forankret i pasientens trossystem og det vil kreve hardt arbeid å avkrefte dem. Til tross for at de patogene strukturer tenkes forankret i barndom bidrar ikke terapeuten i Kontrollmestring aktivt til at disse uttestes. Becks patogene strukturer, som kan tenkes rotfestet i nær fortid, krever i motsetning en langt mer aktiv terapeut.

I Kontrollmestringsteori styrer pasientens plan hans atferd i terapitimene. På lik linje med at en pasients patogene antakelser er utviklet grunnet hans unike barndomsopplevelse, er en pasients plan høyst individuell og kasus-spesifikk. Ulike pasienter har derfor ulike patogene antakelser som de ønsker avkrefte i terapiforløpet. Dette skiller seg fra Beck hvor terapien i større grad styres av en aktiv terapeut. Beck vektlegger betydningen av en diagnosespesifikk og manualbasert behandling.

Avkrefting av patogene antakelser

I psykoterapi arbeider pasient og terapeut sammen for å avkrefte pasientens patogene antakelser. Silberschatz (2005) beskriver tre forskjellige måter dette kan gjøres på:

Den terapeutiske relasjonen: Den terapeutiske relasjonen kan i seg selv hjelpe pasienten med å avkrefte sine patogene antakelser. Personlige egenskaper hos terapeuten som varm, empatisk, snill, respektfull og lyttende vil være med å skape en trygg og god allianse mellom klient og terapeut, og er essensielt for å kunne oppnå terapeutisk fremgang i følge kontrollmestringsteori (Silberschatz, 2005). Suzanne Gassner beskriver i sin artikkel "*The role of traumatic experience in panic disorder and agoraphobia*" (2004) angstpasienten Jill som sliter

med sterk separasjonsangst og separasjonsskyld grunnet underbeskyttelse i barndommen. Jill har utviklet patogene antakelser både i forhold til faren ved avhengighet så vel som uavhengighet noe som gjør at hun i relasjoner sliter både med å føle seg fanget og samtidig redd for å bli avvist. Jill har positiv effekt av den terapeutiske relasjonen per se. I den terapeutiske relasjonen føler Jill seg verken fanget eller frykter avvising, og hun opplever betraktelig symptomforbedring (Gassner, 2004).

Terapeutisk kunnskap og innsikt: Terapeutens kunnskapsnivå og tolkninger av pasientens patogene antakelser kan også hjelpe pasienten med å avkrefte disse. I følge kontrollmestringsteori er terapeutens tolkninger kun nyttig når de avkrefter pasientens spesifikke patogene antakelse (Silberschatz, 2005).

Testing: Patogene antakelser kan også avkrefte ved at pasienten tester terapeuten i terapitimene. Denne testingen foregår som regel ubevisst (Silberschatz, 2005).

Kontrollmestringsteori beskriver to ulike teststrategier: overføringstester (transference tests) og passiv-til-aktiv utprøving (passive-into-active tests). En viktig klinisk implikasjon i forbindelse med testingen er at betydningen av terapeutens intervensjoner vil variere etter hvilke patogene antakelse pasienten tester ut. Lik atferd eller testing fra pasienter kan ofte ha ulik betydning og krever dermed ulik respons fra terapeuten. Terapeutens respons er kun effektiv når den avkrefter en bestemt patogene antakelse (Silberschatz, 2005). I en overføringstest forsøker pasienten å finne ut om terapeuten vil traumatisere han slik hans nærmeste gjorde. Et eksempel på dette er en pasient som ble traumatisert i barndommen av sin dominerende og rigide far som ikke tolererte sønnens uavhengighet og selvstendighet. Pasienten utviklet den patogene antakelsen at dersom han var sterk eller uavhengig ville dette skade andre menn. Pasienten testet terapeuten ved å komme for sent til terapitimen, være uenig med terapeuten og komme med egen innsikt. På denne måten prøvde han ubevisst å finne ut om terapeuten kunne godta denne atferden som hans

far ikke kunne. Når terapeuten responderte uten å gå i forsvar eller kritisere pasienten, bestod han testen (Silberschatz, 2005). Ved passiv-til-aktiv utprøving forsøker pasienten å traumatisere pasienten på samme måte som han selv ble traumatisert i barndommen for å teste ut om terapeuten klarer å håndtere traumet på en mer effektiv måte enn han selv klarte ("å gjøre mot andre det andre har gjort mot deg"). Et eksempel på passiv-til-aktiv utprøving er en pasient som anklager terapeuten for å svikte han hver gang terapeuten avslutter timene, eller når terapeuten tar juleferie/sommerferie. Pasienten tester ut om terapeuten opplever skyldfølelse slik han selv fikk fra sine foreldre når han utøvde separasjonsbestrebelse (Binder & Holgersen, 2008). I følge Foreman (1996) er pasienten mest opptatt av hvordan terapeuten faktisk reagerer under disse uttestingene, og mindre opptatt av tolkningene terapeuten kommer med i retrospekt.

Et viktig moment i forbindelse med testing er at jo større traumet i barndommen var, jo vanskeligere er det for pasienten å tørre å teste ut sin patogene antakelse sammen med terapeuten. For eksempel vil en pasient som har utviklet den patogene antakelsen at selvstendighet er farlig, ha lettere for å tørre å teste antakelsen ut i terapirommet dersom foreldrene bare ble lettere bekymret når barnet viste autonomi i motsetning til foreldre som slo brutalt ned på det (Shilkret, 2002).

Trygghet

Kontrollmestringsteori sitt fokus på trygghet er nært relatert til angst (Weiss i Silberschatz, 2005). For å kunne mestre et traume må det gjøres bevisst, og for at det skal kunne gjøres bevisst må pasienten følge seg trygg. Trygghet sammen med terapeuten er derfor essensielt for å kunne oppnå terapeutisk fremgang i følge Kontrollmestringsteori (Weiss i Silberschatz, 2005). Menneskers søken etter trygghet er biologisk forankret i oss, og er i vesentlig grad en ubevisst prosess. Vi søker trygghet gjennom relasjoner med andre mennesker; barn gjennom sin

relasjon med foreldrene, pasienter gjennom sin relasjon med terapeuten, partner eller andre nære. I sin artikkel "Crying at the happy Ending" beskrev Weiss (1952) hvordan mennesker ubevisst vurderer en situasjon som trygg eller farlig og at dette påvirker hvorvidt man tør slippe følelsene til. Weiss hevdet at mennesker kontrollerer tilgangen til fortrenge minner ved den samme ubevisste vurderingen av situasjonen som trygg eller farlig. Han hevdet at mennesker holder truende minner ubevisst så lenge man ubevisst antar at å gjøre dem bevisst vil være truende for individet. Når man ubevisst antar at det er trygt, kan det ubevisste traumet gjøres bevisst. Et av Weiss sine eksempler på dette er hans kollega Louise som hadde mistet en to år gammel sønn. Hun fortrenge opplevelsen, og kunne ikke engang å identifisere gutten som sin sønn på bilder i fotoalbumet. Da hun flere år senere fødte en ny sønn husket hun plutselig sønnen hun mistet, og begynte å gråte. Louise ble overasket over minnene av sin avdøde sønn. Weiss antok at Louise hadde et sterkt ubevisst ønske om å håndtere det traumatiske dødsfallet, og at en ny sønn førte til en ubevisst vurdering av at det nå var trygt å gjenoppleve traumet (Weiss i Silberschatz, 2005). Weiss sin vektlegging av det aktive ubevisste skiller seg fra Beck. Det som de begge derimot ser ut til å være enige i er at trygge omgivelser kan fasilitere terapeutisk fremgang.

I følge Kontrollmestringsteori er psykologisk trygghet ikke bare en forutsetning for forandring, men den *eneste* forutsetningen for forandring (Rappoport, 1997). Teorien antar at mennesker er motiverte for å bli kvitt sin psykopatologi, og at de vil arbeide for å oppnå dette så sant de føler seg trygge. Interpersonlig trygghet er derfor både den nødvendige og tilstrekkelige betingelsen for terapeutisk fremgang i følge Kontrollmestringsteori (Rappoport, 1997). Becks kliniske teori ser også en viss grad av trygghet som en forutsetning for endring. Det vil eksempelvis være av betydning at pasienten klarer å beholde et visst nivå av refleksjonsevne og even til å rapportere om sin indre tilstand samtidig som det arbeides med å utfordre de patologioppretholdende tanker som opprettholder angsten. Trygghet kan for Beck tolkes til å

være en nødvendig men ikke en tilstrekkelig betingelse for endring. Endring vil ikke fremkomme med mindre de patologiopprettholdende tankemønstre blir identifisert og utfordret av en aktiv terapeut.

Diagnostisk Plan Formulering

Som sagt lider personer som kommer i terapi (bevisst eller ubevisst) av sine patogene antakelser, og er meget motiverte (hovedsakelig ubevisst) for å endre dem (Weiss, 1993).

Pasientene kommer i terapi med en ubevisst plan om å få avkrefet sine patogene antakelser slik at de kan oppnå målene som de patogene antakelsene har hindret dem i å oppnå (Weiss, 1993).

Antakelsen om at pasientene kommer i terapi med en plan skiller kontrollmestringsteori fra andre psykodynamiske tilnærminger (Silberschatz, 2005).

Et nøkkelkonsept i kontrollmestringsteori er den diagnostiske planformuleringen (Rappoport, 1997). En god kasusbeskrivelse anses som avgjørende for et vellykket terapiforløp innen Kontrollmestringsteori (Silberschatz, 2005). Den diagnostiske planformuleringen består av pasientens organisering av terapiprosessen, og er delvis bevisst, delvis ubevisst. Terapeuten beskriver her pasientens plan med terapien, og inneholder pasientens mål med terapien, nåværende hindringer for å oppnå målet (traumer og patogene antakelser), tester som pasienten kommer til å utøve på terapeuten for å sjekke om det er trygt å bevege seg nærmere målet, og innsikten som pasienten ønsker å oppnå (Rappoport, 1997). Planen guider terapeuten i terapiforløpet, og er retningsgivende for hvilke terapeutiske intervensjoner som tas i bruk (Rappoport, 1997). De ulike komponentene i pasientens plan er gjensidig avhengige av hverandre.

Mål er sunn, naturlig atferd som pasienten ønsker å gjenoppta (Rappoport, 1997). Dette er atferd som var tilgjengelig for pasienten tidlig i livet, men som pasienten gav opp fordi det ikke

var trygt å følge dem (fordi de truet pasientens relasjonelle bånd til foreldre eller andre nære). Målene ble bevisst eller ubevisst bevart hos pasienten med formål og skulle gjenopptas under trygge omstendigheter. Slike mål er eksempelvis å være i stand til å ha et intimt forhold, bli kvitt sin depresjon, tørre å uttrykke egne meninger eller å ha god selvtillit (Rappoport, 1997).

Hindringer. Traumer er signifikante hendelser i pasientens liv som fikk han til å gi avkall på noen spesifikke, sunne mål fordi de truet hans relasjon til foreldrene (Rappoport, 1997). Siden et barns overlevelse avhenger av foreldrene, er båndet til dem det viktigste uansett pris. Når pasienten forteller om slike traumer er det for å veilede terapeuten om hva han ønsker at de skal jobbe med, og for å øke terapeutens forståelse i forhold til hva pasienten opplever som trygt og farlig. For å bevare relasjonen til foreldrene utvikler barnet patogene antakelser. Patogene antakelser har som hensikt å beskytte barnet mot bestemte farer i forhold til foreldrene. Jo bedre terapeuten forstår hvilke farer pasientens patogene antakelser beskytter han mot, jo lettere er det for terapeuten å oppføre seg på en måte som får pasienten til å føle seg trygg (Rappoport, 1997).

Testing. Pasienten tester terapeuten for å finne ut hvor trygt det er å utfordre sine patogene antakelser. Denne testingen foregår som regel ubevisst (Rappoport, 1997). Terapi er risikofyllt for pasienten siden han utsetter seg for mulig retraumatisering. Han må føle seg varsomt frem i forhold til hvor mye han skal tørre å avsløre. Når terapeuten består en test fører det umiddelbart til økt trygghet hos pasienten. Dette kan man eksempelvis se ved at han får en mer avslappet holdning, jevnere pust, roligere stemme, i mindre forsvarsposisjon, økt selvtillit, flinkere å uttrykke seg emosjonelt, formidler ny og viktig informasjon, økt innsikt og mer vågal i forhold til videre testing (Rappoport, 1997). Dersom terapeuten derimot ikke består pasientens test kan man se de motsatte reaksjonene hos pasienten. Pasientens respons blir veiledende for hvorvidt terapeuten har bestått eller feilet en test (Rappoport, 1997).

Innsikt er kunnskap om problemenes årsak og opprinnelse, og løsninger på dem, som pasienten blir seg bevisst som et resultat av suksessfull testing (Rappoport, 1997).

Terapeutens oppgave er å intervensere i samsvar med pasientens plan (Weiss, 1993). Pasienten "veileder" terapeuten til å følge sin ubevisste plan. Terapeutens hovedoppgave er å tilpasse seg hver enkelt pasients behov. Denne svært individspesifikke behandlingen skiller kontrollmestringsteori fra Beck's kognitive terapi. Varighet og struktur skiller seg også fra Beck's kognitive terapi. I kontrollmestringsteori er strukturen løs og terapien kan gå over flere år. Beck vektlegger i større grad struktur for behandlingen både i form av enkelttimene og hele behandlingsforløpet. Beck opererer også med et generelt kortere og mer tidsavgrenset behandlingsforløp.

Hvordan kan man oppnå terapeutisk fremgang i følge Beck's kognitive teori?

"Patiens often report that once they allow themselves to experience the situations they fear will cause them catastrophic pain, they find that the anticipatory anxiety was more painful."

- Barry E. Wolfe

"De to psykologene klarer på en måte å introdusere meg for ting jeg ikke visste om tidligere. Særlig dette med automatiske tanker. Tanker som skjer i løpet av nanosekunder, tanker som skjer i hjernen og faktisk sender signaler ut i kroppen om at den skal reagere med kraftig angst. Bare det å vite om det, gjør at jeg føler bittelitt mer makt over angsten, som før har hatt total makt over meg."

– Bente Wemundstad

Det er et naturlig menneskelig behov å ønske å forstå årsakene til ens problemer. Hvor stammer angsten fra? (Hougaard, 2004). Innen kognitiv terapi har man derimot først og fremst fokusert på de nåværende årsaksmekanismene som bidrar til opprettholdelse av angsten. Selv om kognitive teoretikere er enig med psykoanalytikere at terapien må tilpasses den enkelte pasient, hevder de likevel at det er en del grunnleggende prinsipper ved kognitiv atferdsterapi som gjelder alle pasienter. Kognitiv behandling vektlegger, i motsetning til terapeutene i kontrollmestringstilnærmingen, en relativt fast struktur, både for hver enkelttime og for hele behandlingsforløpet (Hougaard, 2002). Terapiens formål er å lære pasienten å tenke mer realistisk om problemene, og at det kan være flere måter å forstå en begivenhet på. Spesielt i forbindelse med det terapeutiske arbeidet med å endre grunnantakelser om en selv og andre (skjemafokusert terapi) er at det er viktig å være oppmerksom på at det finnes ulike forståelses- og verdiperspektiver (McGinn & Young, 1996). Beck (1993) har identifisert en rekke ”logiske feil” som karakteriserer tenkningen ved en psykopatologisk tilstand. Vi kan selvsagt også se de ubevisste patogene antakelsene i Kontrollmestringsteori som ”logiske feil” da tanker som ”at noe galt vil skje dersom jeg hevder min selvstendighet” med stor sannsynlighet forsøker å predikere et fenomen som det er usannsynlig at vil inntreffe. Samtidig er logisk /ikke logisk et språk som ikke brukes innenfor denne tradisjonen.

Denne tendensen til å forvrengte informasjon er en av de faktorene som i følge Beck (1993) kjennetegner mennesker med psykopatologi, og blir derfor et sentralt intervensjonsområde for kognitiv teori. Beck’s kognitive teori har felles med kontrollmestringsteori forsøket på å gi pasientene innsikt i intrapsyriske prosesser og strukturer (Hougaard, 2002).

Kognitiv omstrukturering

Hovedessensen i Beck's kognitive modell er at følelser og atferd er et resultat av en persons subjektive tolkning av en situasjon, hvorledes den subjektive tolkningen påvirkes av situasjonens kontekst, personens emosjonelle tilstand og kanskje aller viktigst; personens allmenne tanker om seg selv, andre og verden (Hougaard, 2002). Mange mennesker med angstlidelser har vanskelig for å se at tolkningen de har av en angstfremkallende situasjon kan være feilaktig. Et viktig ledd i mestringen av en angstlidelse er å forstå angstens mekanismer (Hougaard, 2004). Negative automatiske tanker er sentrale i opprettholdelsen av angstlidelse og en av de viktigste oppgavene i terapien er å oppspore de negative tankene og gjøre dem til gjenstand for vurdering (Hougaard, 2004). Det er denne aktive oppsporing og undersøkelse av de fenomen som betegnes som negative tanker, eller logiske brister, som gjør terapeutrollene i de to behandlingsformene vi her omtaler så ulike. De synes begge å dele identifikasjonen av visse typer mekanismer som låser pasienten fast i en bestemt og begrensende opplevelse av hva som er farlig/angstvekkende i verden, men har ulike måter å avhjelpe dette på. Den kognitive metoden består i å lære pasienten å analysere og revurdere problemsituasjoner gjennom en såkalt kognitiv omstrukturering. Dette gjøres innen Beck-tradisjonen ved å anvende primært åpne, målrettede spørsmål relatert til pasientens problemer med den hensikt å utdype, utfordre og endre uhensiktsmessige antakelser. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til "veiledet oppdagelse" gjennom sokratiske spørsmål (Hougaard, 2002).

Eksponering

Eksponering handler om å utsette seg for de angstfremkallende hendelsene (Hougaard, 2004). Det kan være ytre hendelser man er redd for (som for eksempel edderkopper, høyder, heiser, store folkemengder), eller indre kroppslige fornemmelser og tanker. Beck anså

eksponering som et ”atferdsekspirement” hvor antakelser om angstskapende situasjoner ble testet ut. For eksempel vil en agorafobisk pasient som antar han vil besvime i et kjøpesenter kunne erfare at antakelsen var feilaktig ved at han gjennom eksponering opplever at det fryktelige ikke skjer. Når man trosser angsten i forbindelse med eksponering er det viktig at man blir i situasjonen inntil angsten begynner å avta (Hougaard, 2004). Ved eksponering prøver man i praksis ut om ens negative antakelser holder stikk, som for eksempel ”Kommer jeg til å besvime dersom jeg tar trikken?”. Kontrollmestringsteori kan også sies å ha en forståelse av at eksponering er en sentral mekanisme for endring, ved at de tenker at pasienten dersom han eller hun opplever trygghet vil teste ut sine patologiske antakelser og våge å eksponere seg for noe nytt og potensielt angstskapende. Å gjøre ubevisst materiale bevisst er i følge Kontrollmestringsteori er forutsetning for å oppnå terapeutisk fremgang. Det kan ses på som en form for eksponering å tørre å hente frem det ubevisste og gjøre det til gjenstand for uttesting. En forskjell er imidlertid at Beck mener at det trengs en direktiv terapeut for at pasienten skal eksponere seg i tilstrekkelig grad slik at endring skal inntreffe. Beck omtalte kognitiv terapi som en ”direktiv” metode hvor terapeuten strukturerer terapien, styrer prosessen, og gir råd og veiledning. Men Beck la også vekt på at pasienten ble forklart om terapeutens hypoteser og begrunnelse for valg av metoder slik at han ble en aktiv deltaker i prosessen. Beck kalte det terapeutiske klima et ”samarbeidende empirisme” hvor terapeut og pasient i felleskap undersøker problemene og prøver ut løsningsmuligheter (Hougaard, 2002). Kognitiv terapi tar i bruk en rekke kognitive og atferdsmessige teknikker. Undervisning og psykoedukasjon inngår i behandlingen. Pasienten undervises i sin spesifikke lidelse, samt i metoder for å mestre lidelsen. Arbeid utenfor terapirommet vektlegges også, med utstrakt bruk av hjemmeoppgaver (Hougaard, 2002). Målet er å erstatte urealistiske og maladaptive tanker med tanker som er mer realistiske og hensiktsmessige (Hougaard, 2004).

Som i kontrollmestringsteori vektlegger også Beck terapeutiske egenskaper og den terapeutiske alliansen. Beck anser det personlige forholdet mellom terapeut og pasient som nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for et godt utbytte. Beck vektlegger terapeutiske egenskaper som oppriktighet, varme og empati (Hougaard, 2002).

Sammenfatning

Kontrollmestringsteori og Becks teori har tradisjonelt blitt sett på som motsetninger, hva gjelder forståelse av patologi og behandling. Vi har imidlertid påpekt en rekke punkter hvor teoriene synes å ha klare likhetspunkter; ideen om patogene antakelser og skjema synes begge å fange opp det fenomenet at pasienter opplever verden i for stor grad i lys av tidligere erfaringer. De bruker begge termen selvpoppfyllende profeti ved at intrapsyriske strukturer påvirker ens persepsjon og fører til at ”man ser det man forventer å se”. Kontrollmestringsteori synes implisitt å anta at kognitive forvrengninger kan komme til uttrykk gjennom patogene antakelser til tross for at Kontrollmestringsteori ikke eksplisitt opererer med uttrykket kognitive forvrengninger slik Beck gjør. Begge teoriene anser mennesket som tilpasningsdyktig, og forstår utviklingen av angstlidelse som et forsøk på å tilpasse seg i sin interpersonlige verden. Begge teoriene vektlegger tidlige relasjonelle erfaringer, men Beck hevder også at senere erfaringer kan ha stor betydning for utvikling av angstlidelse. Her er det altså mer ulik betoning enn motsetninger mellom teoriene. Selv om begge teoriene vektlegger at mennesket er tilpasningsdyktig, skiller de seg noe fra hverandre i årsaken til dette. Kontrollmestringsteori vektlegger menneskets behov for å tilpasse seg sin interpersonlige verden for å overleve, mens Beck har et litt bredere fokus. Han hevder at mennesket ikke bare tilpasser seg sin interpersonlige verden, men verden som sådan. Beck legger vekt på at mennesket trenger å forstå både sin interpersonlige og objektive verden for å ha en effektiv informasjonsprosessering.

Når det gjelder synet på det ubevisste skiller de to tilnærmingene seg tydelig fra hverandre. Weiss og kontrollmestringsteori vektlegger ubevisste prosessers betydning i menneskers interpersonlige tilpasning. Beck tar derimot avstand fra et aktivt ubevisst sjelsliv. Derimot vektlegger han at mennesker utfører ikke-bevisste, automatiske informasjonsprosesseringsmekanismer i kognitiv effektiviseringsøyemed. Vi kan derfor si at begge anser ubevisst prosessering som adaptivt, om enn ikke av samme hensikt.

Kontrollmestringsteori og Beck's kognitive teori skiller seg videre klart fra hverandre med hensyn til hvilke terapeutiske intervensjoner de anser som hensiktsmessige for å oppnå terapeutisk fremgang. Kontrollmestringsteori legger hovedvekten på den terapeutiske alliansen og anser terapeutens viktigste oppgave å være å få pasienten til å føle seg trygg. Kontrollmestringsteori er høyst individspesifikk, og hevder at pasienter kommer i terapi med en ubevisst plan for hvordan de skal avkrefte sine patogene antakelser. Her er det først og fremst pasienten som styrer terapiprosessen ved å teste ut sine patogene antakelser på terapeuten. Dersom terapeuten består testen fører det i følge Kontrollmestringsteori til terapeutisk fremgang. I Beck's kognitive terapi er det derimot terapeuten som aktivt styrer terapien ved å både undervise pasienten i den aktuelle lidelsen, gi pasienten hjemmeoppgaver, samt å eksponere pasienten for angstfremkallende stimuli. I motsetning til i Kontrollmestringsteori benytter man hos Beck enkelte manualbaserte intervensjoner og teknikker som er felles for samtlige pasienter innenfor en diagnostisk gruppe.

Kontrollmestringsteori og Beck's kognitive teori har som vi har sett ulike terapeutiske arbeidsmåter. De har i sine forståelser av utvikling og opprettholdelse av angstlidelse helt klare likhetstrekk. Både kontrollmestringsteori og kognitiv teori er begge teorier som stadig er under utvikling. Den psykodynamiske og den kognitive tilnærmingen har tradisjonelt blitt ansett som to ulike psykoterapeutiske retninger. Vi ser i dag at disse to retningene nærmer seg hverandre.

Referanser

- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: The International University Press.
- Beck, A.T., Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*. Basic Books, Inc., Publishers.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In D. Wedding & R. Corsini (Eds.), *Current psychotherapies* (4th ed.). Ithaca, IL: Peacock.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond*. The Guilford Press.
- Beck, J.S. (2006). *Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksion*. Akademisk Forlag.
- Beres, D. (1958). Certain aspects of superego functioning. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 324-351.
- Berge, T., Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., Repål, A. (2009). *Håndbok i kognitiv terapi*. Gyldendal Akademisk.
- Binder, P.E. & Holgersen, H. (2008). Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og vekstbefordrende samhandling i lys av kontroll-mestringsteori. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 958-968.
- Bush, M. (2005). The role of unconscious guilt in psychopathology and in psychotherapy. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative Relationships: The Control Mastery Theory of Psychotherapy* (s. 43-64). New York: Routledge.

- Chambless, D., Goldstein, A. (1982). *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley.
- Clark, D.A., Beck, A.T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley & Sons.
- Clark, D.A., Beck, A.T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. Science and Practice*. The Guilford Press.
- Clark, D.A., Wells, A. (1995). A Cognitive model of social phobia. I: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Scheier (eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Clark, D.A., Wells, A. (1997). Cognitive therapy for anxiety disorders. I: L.J. Dickstein, M.R. Riba & J.M. Oldman (eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol. 16, Section 1, 9-43*.
- Compton, A. (1992). The psychoanalytic view of phobias: Agoraphobia and other phobias of adults. *Psychoanalytic Quarterly, 61, 400-425*.
- Craske, M. (1999). *Anxiety disorders: Psychological approaches to theory and treatment*. New York: Wiley.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Foreman, S.A. (1996). *The Significance of Turning Passive Into Active in Control Mastery Theory*. Regular Articles. Volume 5. Number 2. Spring 1996.
- Gassner, S.M. (2004). The role of traumatic experience in panic disorder and agoraphobia. *Psychoanalytic Psychology, Vol 21, No. 2, 222-243*.
- Hougaard, E., Rosenberg, R., Nielsen, T. (2002). *Angst og angstbehandling*. Hans Reitzels Forlag.

- Hougaard, E. (2004). *Angst. Mestring av angst og panikk*. Tell Forlag.
- Jørgensen, C.R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy: Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology, 21*, 516-540.
- Kvale, G., Hansen, B. (2013). *101 ting vi gjerne skulle visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser*. Universitetsforlaget.
- Kvale, G., Havik, O., Heiervang, E.R., Tangen, T. & Haugland, B.S.M (2013). *Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?* Universitetsforlaget.
- Leibowitz, M., Klein, D. (1982). Agoraphobia: Clinical features, pathophysiology, and treatment. I: D. Chambless & A. Goldstein (eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment (s.153-181)*. New York: Wiley.
- McGinn, L.K. & Young, J-E. (1996). Schema-focused therapy. I:P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy, s. 182-207*. New York: Guilford.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. The Guilford Press.
- Nielsen, G.H., Von Der Lippe, A.L. (1996). *Psykoterapi med voksne. Fem synsvinkler på teori og praksis*. Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, G.H. (2002). Dynamisk psykoterapi ved angst og angstlidelser. Med særlig vekt på relationelle og interpersonelle perspektiver. I Hougaard, E., Rosenberg, R., Nielsen, T. (2002). *Angst og angstbehandling (s. 156-210)*. Hans Reitzels Forlag.
- Persons, J.B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. The Guilford Press.
- Rappoport, A. (1997). The patient's search for safety: The organizing principle in psychotherapy. *Psychotherapy. Volume 34/Fall 1997/Number 3*.
- Reme (2011). Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain. *Journal of Pain Research*.

- Rice, D.P. & Miller, L.S. (1998). Health economics and cost implications of anxiety and other mental disorders in the United States. *British Journal of Psychiatry*, 173 (suppl. 34), 4-9.
- Sampson, H. (1992). The role of “real” experience in psychopathology and treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 509-528.
- Sampson, H. (2005). Treatment by Attitudes. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative Relationships: The Control Mastery Theory of Psychotherapy* (s. 43-64). New York: Routledge.
- Shilkret, C. J. (2002). The role of unconscious pathogenic beliefs in agoraphobia. *Psychotherapy*. Volume 39. No. 4, 368-365.
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. New York: Routledge
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1952). Crying at the happy ending.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. John Wiley and Sons.
- Wemundstad, B. (2006). *Hvis angsten bare kunne trylles bort. En beretning om en hverdag med angst*. Ganesa Forlag.