



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

*En teoretisk sammenligning av endringsforståelse
i kognitiv atferdsterapi og medfølelsesfokusert terapi for depresjon*

HOVEDOPPGAVE
profesjonsstudiet i psykologi

Johannes Stokkeland

Høst 2022

Veileder

Aslak Hjeltnes

Institutt for klinisk psykologi

Sammendrag

Denne teoretiske oppgaven undersøker forskjeller og likheter i forståelsen av terapeutisk endring i kognitiv atferdsterapi og medfølelsesfokusert terapi for depresjon. Disse to tilnærmingene har ulik årsaksforståelse og endringsforståelse av psykiske lidelser, og følger ulike terapeutiske prinsipper. Becks (1979) kognitive atferdsterapi (KAT) fremhever at følelser og atferd i stor grad bestemmes av måten individet tenker om seg selv og verden. For å endre følelsene og atferden til individet må en derfor ifølge Beck (1979) endre pasientens oppfatninger. I medfølelsesfokusert terapi (CFT), utviklet av Gilbert (2009b), blir psykopatologi forstått som en ubalanse i pasientens underliggende emosjonsreguleringssystemer. Mer spesifikt antar en at pasientens trusselsystem er overaktivt og at trygghetssystemet er underaktivt. CFT antar at bedring skjer dersom pasienten kan få mer tilgang til trygghetssystemet sitt, gjennom medfølelse både fra terapeuten og seg selv. Hovedforskjellen mellom de to retningene synes å være at kognitiv atferdsterapi fokuserer på pasientens kognitive organisering, mens medfølelsesbasert terapi fokuserer på pasientens affektive systemer. Til felles har retningene at de vektlegger endring av underliggende systemer, som er formet av tidligere erfaringer. Selv om KAT har hovedfokus på tanker og CFT har hovedfokus på følelser, vektlegger begge retningene både kognitive og emosjonelle prosesser, og anerkjenner vekselvirkningen mellom kognisjoner og emosjoner.

Abstract

This theoretical dissertation examines differences and similarities in the understanding of therapeutic change between cognitive behavioral therapy and compassion focused therapy for depression. These treatment models differ in their understanding of the reasons behind mental illness, their understanding of therapeutic change and the therapeutic principles they follow. Beck's (1979) cognitive behavioral therapy (CBT) maintains that an individual's feelings and behavior are largely determined by the way he thinks about himself and the world. Thus, to change the feelings and behavior of the patient one must change the patient's beliefs. In compassion focused therapy (CFT), developed by Gilbert (2009b), it is believed that psychopathology is caused by an imbalance in the patient's underlying emotion regulation systems. More specifically, it is assumed that the patient's threat system is overactive, and the safety system is underactive. CFT proposes that change happens when the patient gains access to the safety system, by receiving compassion from the therapist and from herself. The main difference between the two approaches seems to be that cognitive behavioral therapy focuses on the patient's cognitive organization, while compassion focused therapy concentrates on the patient's affective systems. However, both treatments address both cognition and emotion. The therapies have in common that they both focus on underlying systems, which are shaped by past experiences. They also acknowledge the reciprocal relationship between cognition and emotion.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
1. INNLEDNING	6
1.1 BAKGRUNN FOR OPPGAVEN.....	6
1.2 PROBLEMSTILLING FOR OPPGAVEN	16
1.3 OPPBYGNING AV OPPGAVEN.....	16
2. KOGNITIV ATFERDSTERAPI (KAT).....	17
2.1 ÅRSAKSFORSTÅELSE I KAT	17
2.2 ENDRINGSFORSTÅELSE I KAT.....	22
2.3 TERAPEUTISKE PRINSIPPER I KAT.....	24
3. MEDFØLELSESFOKUSERT TERAPI (CFT)	28
3.1 ÅRSAKSFORSTÅELSE I CFT	28
3.2 ENDRINGSFORSTÅELSE I CFT.....	33
3.3 TERAPEUTISKE PRINSIPPER I CFT.....	36
4. VEIER TIL ENDRING I KOGNITIV ATFERDSTERAPI OG MEDFØLELSESFOKUSERT TERAPI	41
4.1 ÅRSAKSFORSTÅELSE.....	41
4.2 ENDRINGSFORSTÅELSE	43
4.3 TERAPEUTISKE PRINSIPPER.....	47
5. KONKLUSJON	50
REFERANSER	53

1. Innledning

Denne oppgaven har som mål å undersøke forskjeller og likheter i endringsforståelsen til kognitiv atferdsterapi (KAT) og medfølelsesfokusert terapi (Compassion focused therapy, forkortet CFT) for depresjon. KAT er en veletablert og evidensbasert behandlingsmetode for depresjon (Barkham et al., 2021), mens den nyere terapiformen CFT bygger videre på erfaringene fra KAT, samtidig som den legger til grunn nyere forskning på evolusjonære faktorer og betydningen av emosjonsregulerende systemer i mennesket (Gilbert, 2010). CFT kan potensielt gi nyttige innfallsvinkler til hvordan man får i stand endring hos deprimerte pasienter, sammenlignet med de mer velkjente endringsprinsippene man anvender i KAT. Oppgaven vil undersøke hvordan endringsforståelsen i KAT og CFT springer ut av terapietningenes årsaksforståelse, og jeg vil derfor undersøke de respektive retningenes syn på hva som forårsaker og opprettholder depresjon. Oppgaven vil også drøfte hvordan de terapeutiske prinsippene og intervensjonene til retningene tar utgangspunkt i endringsforståelsen. Oppgaven vil til slutt sammenligne retningene ut fra de ovennevnte temaene.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Depresjon er et stort helseproblem. Helsedirektoratet (2009) viser til funn fra en gjennomgang av europeiske epidemiologiske studier, som viste at hvert femte menneske i løpet av livet (livstidsprevalens) rammes av en depresjon. Ifølge World Health Organization (2021) er depresjon en av de største årsakene til uførhet over hele verden. Rundt 3.8 % av befolkningen i verden er påvirket når det er målt på et tidspunkt (insidens), deriblant 5 % av voksne og 5.7 % av de eldre. Depresjon er opphav til mye lidelse, og kan føre til redusert funksjon på arbeidsplassen, på skolen og i familien. I verste fall kan depresjon lede til

selvmord. Selvmord er den fjerde største dødsårsaken hos mennesker i aldersgruppen 15-29 år (World Health Organization, 2021).

Depresjon er en affektiv lidelse som kjennetegnes av senket stemningsleie, mangel på interesse og glede, og nedsatt energi, som leder til utmattelse og nedsatt aktivitetsnivå (Helsedirektoratet, 2009; World Health Organization, 1992). Dette er hovedsymptomene til en depressiv episode. Tilleggssymptomer er redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, negative tanker om seg selv, verden og fremtiden, initiativløshet og beslutningsvegring, tanker og planer om selvmord, søvnforstyrrelser, redusert eller økt appetitt, angst og psykomotorisk retardasjon eller agitasjon (Helsedirektoratet, 2009; World Health Organization, 1992). Depresjon kan både innebære nedstemthet og angst, men også nedsatt emosjonell reaktivitet. Deprimerte personer rapporterer ofte om en følelsesmessig tomhet, og at ingenting betyr noe lengre (Helsedirektoratet, 2009). Gilbert (2007) beskriver anhedoni som hovedsymptomet ved depresjon. Anhedoni refererer til tap av interesse og motivasjon til å delta i aktiviteter, men også mangel på glede eller tilfredshet når en deltar i aktiviteter. Depressive episoder deles inn i mild, moderat og alvorlig (World Health Organization, 1992). Kriteriene for å sette diagnosen mild depressiv episode er tilstedeværelsen av to av hovedsymptomene, i tillegg til to av de andre symptomene. Symptomene må være til stede mesteparten av tiden i minst to uker (Helsedirektoratet, 2009; World Health Organization, 1992). Ved moderat depressiv episode må to av hovedsymptomene være til stede, pluss tre (helst fire) av tilleggssymptomene. Ved alvorlig depressiv episode må alle tre av hovedsymptomene være til stede, samt minst fire tilleggssymptomer (World Health Organization, 1992).

Psykotterapi er en viktig del av behandlingstilbudet for depresjon, ved siden av medikamentell behandling, fysisk aktivitet og yrkesrettede tiltak (Helsedirektoratet, 2009). En

fordel med psykoterapi er at psykoterapier, som KAT, har mindre bivirkninger sammenlignet med psykofarmaka, og er bedre på å forhindre tilbakefall (Barkham et al., 2021; Beck & Alford, 2009). KAT er en veletablert psykoterapi som har blitt forsket mye på og har omfattende evidens for sin effektivitet (Barkham et al., 2021; Hayes & Hofmann, 2017). CFT er en nyere terapiform, som delvis oppsto som respons til KAT (Gilbert, 2009b). CFT er spesielt rettet mot pasienter som har mye selvkritikk og skam, og kan dermed sies å rette seg direkte mot noen av symptomene ved depresjon. Jeg vil nå gi en nærmere beskrivelse av KAT og CFT, og gi en oversikt over hva forskningen viser om disse metodenes effektivitet.

KAT ble utviklet av Aaron T. Beck (Hofmann & Beck, 2012). Beck var opprinnelig utdannet som psykoanalytiker, men ble utilfreds med mangelen på empirisk evidens for Freuds ideer, og med lengden på terapiforløpene i psykoanalytisk behandling (Beck et al., 2011). I psykoanalysen ble depresjon forstått som et resultat av sinne vendt innover mot selvet (Hofmann & Beck, 2012). I studier han utførte, fant ikke Beck mye støtte for Freuds ideer (Beck et al., 2011). Da Beck for eksempel undersøkte drømmene til pasientene sine, fant han lite innhold som handlet om sinne. I stedet fant han innhold som omhandlet mangler og tap. I terapitimene beskrev pasientene en strøm av negative tanker omkring disse temaene, som tilsynelatende oppsto spontant (Hofmann & Beck, 2012). Beck kalte disse tankene «automatiske tanker». Da han hjalp pasientene med å identifisere og evaluere disse negative tankene, opplevde de raskt bedring (Beck et al., 2011).

Beck (1979) utviklet en teori om at en persons følelsesmessige og atferdsmessige responser i stor grad er påvirket av måten hen tenker på seg selv og sin situasjon. Vi blir redde, sinte eller triste dersom vi tror at vi har en grunn til å være det (Hofmann & Beck, 2012). Denne ideen er ikke ny, men kan dateres helt tilbake til Epiktet, en gresk stoisk filosof, som levde fra 55 til 134 e. Kr (Hofmann & Beck, 2012). Epiktet hevdet at mennesker ikke

først og fremst blir berørt av det som hender dem, men hvordan de ser på det. Beck var inspirert av Epiktet og flere andre teoretikere som har skrevet om forholdet mellom tanker, følelser og atferd, blant annet Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus og Albert Bandura (Beck et al., 2011). Ifølge Beck er dysfunksjonell tenkning felles for de fleste psykiske lidelser (Beck et al., 2011). Beck et al. (2011) hevder at dersom pasienter lærer å evaluere tenkningen sin og oppfatningene sine på mer realistiske og tilpasningsdyktige måter, vil de oppleve bedring i deres emosjonelle tilstand. Dette vil i sin tur også ofte endre på deres atferd (Beck, 1979; Beck et al., 2011). KAT tar derfor sikte på å hjelpe pasienter med å endre tankemønstrene sine ved bruk av forskjellige kognitive og atferdsmessige teknikker (Beck, 1979).

Newman et al. (2021) har i en gjennomgang av metastudier funnet at KAT forbedrer symptomer både på kort og lang sikt for voksne med depressiv episode. Videre fant de at omkring halvparten av deprimerte voksne som starter med KAT oppnår bedring, men med ulike nivåer av symptomreduksjon og forbedring av psykososial funksjon. KAT ser ut til å ha lignende antidepressiv effekt som interpersonlig, dynamisk og støttende psykoterapi i akutt fase (Newman et al., 2021). Korttidseffekten av KAT på depressive symptomer ligner effekten av antidepressiva. Det er noe evidens for at dersom KAT kombineres med farmakoterapi, enten som førstelinjebehandling (spesielt for pasienter med mer alvorlige baseline symptomer), eller når farmakoterapi mislykkes alene, så kan behandlingsresultatene forbedres (Newman et al., 2021). Sammenlignet med farmakoterapi, er KAT gitt i akuttfasen av depresjon knyttet til mindre risiko for tilbakefall, og muligens mindre risiko for nye depressive episoder. Det er imidlertid behov for mer evidens for å dokumentere dette (Newman et al., 2021). Det finnes overbevisende evidens for at å fortsette KAT etter akuttfasen også reduserer tilbakefall, spesielt for pasienter med høyere risiko for tilbakefall.

Det er behov for flere studier av KAT i vedlikeholdsfaser (alene og kombinert med antidepressiva) og longitudinelle studier for å kunne dokumentere dette mer definitivt (Newman et al., 2021). For de som responderer på akutfase KAT ser det ut til at gjenværende symptomer og graden av delvis remisjon predikerer hvilke pasienter som kan dra nytte av umiddelbar faseterapi for å forhindre tilbakefall, og hvilke pasienter som kanskje ikke trenger videre behandling. Noen pasienter som oppnår fullstendig remisjon, ser ut til å trenge vedlikeholdende behandling for å forebygge nye episoder. Det er behov for mer forskning for å finne ut hvilke faktorer som må være til stede for å redusere risikoen for tilbakefall (Newman et al., 2021).

Medfølelsesfokusert terapi (CFT) er en integrativ psykoterapi utviklet av den britiske psykologen Paul Gilbert, som baserer seg på evolusjonsteori, utviklingspsykologi, nevropsykologi og sosialpsykologi (Gilbert, 2009b). Den henter også inspirasjon fra buddhistisk tenkning, spesielt tanken at å trene seg i medfølelse og oppmerksomt nærvær (mindfulness) kan endre og helbrede sinnet (Gilbert, 2010). CFT knytter seg ikke til en bestemt skole innenfor psykologien, men baserer seg isteden på forskning på psykologiske og nevrofysiologiske prosesser og forsøker å danne en integrert psykoterapi (Gilbert, 2009b). CFT benytter seg av intervensjoner fra ulike tilnærminger, slik som KAT, dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi, men har som overordnet mål å utvikle evnen til både medfølelse og selvmedfølelse (Gilbert, 2009b, 2020). CFTs fokus på medfølelse er blant annet begrunnet i forskning som viser at å praktisere eller trene på medfølelse (forestille seg å rette medfølelse mot seg selv og andre/kjærlig-vennlighet meditasjon) har en rekke positive effekter, som for eksempel styrket immunforsvar, økt hjerterate variabilitet, senket kortisolnivå, økt velvære, økt følelse av tilhørighet, mindre skam, selvkritikk, depresjon og angst (Gilbert, 2010, 2020). I CFT læres pasienter opp i compassionate mind training (CMT),

som refererer til spesifikke aktiviteter som er designet for å utvikle kvaliteter og ferdigheter knyttet til medfølelse (Gilbert, 2009b).

CFT og CMT ble utviklet på bakgrunn av flere kliniske observasjoner. En observasjon handler om at pasienter med høy grad av skam og selvkritikk ofte har vansker med å vise selvmedfølelse og å føle varme overfor seg selv (Gilbert, 2009b). En annen observasjon var at individer som har blitt utsatt for mishandling, kritikk og neglisjering i oppveksten kan bli svært sensitive for avvisning og kritikk, og fort bli selvkritiske og skamfulle. For å arbeide med skam og selvkritikk er det ofte nødvendig å bearbeide pasientens traumatiske minner. Her kan det anvendes intervensjoner som er utviklet for å arbeide med traumer (Gilbert, 2009b), men i CFT er det også fokus på å se på minnene gjennom et medfølende blikk (Gilbert, 2014). Pasienten kan for eksempel omskrive et minne der den andre handler medfølende overfor hen istedenfor dømmende. En siste observasjonen handler om at mange pasienter får dårlig utbytte av terapi selv om de deltar i oppgavene i KAT og blir flinke til å generere alternative tanker til sine negative tanker og oppfatninger (Gilbert, 2009b). Mange sier at de kan forstå logikken bak å formulere alternative tanker, men at de likevel ikke føler seg bedre. For å oppnå endring i hvordan en føler seg må en ifølge CFT få tilgang til og stimulere underliggende affektsystem som kan generere følelser av trygghet og tilfredshet (Gilbert, 2010). Målet i CFT er derfor å hjelpe pasienter å få tilgang til disse systemene.

Ettersom CFT er en relativt ny terapiform, er det mindre forskning på CFT sammenlignet med KAT. Likevel finnes det noen metaanalyser. En metaanalyse av 22 randomiserte kontrollstudier viste at terapier relatert til selvmedfølelse var effektiv i å skape bedring i angstsymptomer og depresjonssymptomer, men ikke bedre enn andre tilnærminger (Wilson et al., 2018). Kirby et al. (2017) gjorde en metaanalyse der de undersøkte effekten av medfølelsesbaserte intervensjoner. De fant signifikante mellom-gruppe forskjeller i endring

av medfølelse, selvmedfølelse, mindfulness, depresjon, angst, psykologiske kvaler og velvære. Disse resultatene var litt svakere i studiene som inkluderte sammenligning med en aktiv kontrollgruppe, men de var fremdeles signifikante. Et problem med studiene var at størrelsen på utvalgene var små, noe som gjør at det er begrenset i hvilken grad resultatene kan generaliseres. En annen litteraturgjennomgang konkluderte med at det ikke var nok evidens for å vise at CFT er mer effektiv enn andre terapiformer, som KAT (Leaviss & Uttley, 2015). En nyere metaanalyse fant at medfølelsesrelaterte intervensjoner oppnådde en signifikant, medium reduksjon i selvkritikk, sammenlignet med kontrollgrupper (Wakelin et al., 2022). Craig et al. (2020) utførte en metaanalyse som viste at CFT hadde positiv effekt på borderline, spiseforstyrrelse, depresjon, psykose, opioidbruk og mødre av barn med ADHD. Resultatene antydte at CFT var bedre enn ingen behandling, og like effektiv eller muligens mer effektiv enn andre intervensjoner. Den viste at CFT øker selvmedfølelse og senker symptomer på mental lidelse selv ved spiseforstyrrelse og personlighetsforstyrrelse. CFT - gruppeterapi hadde mer evidens enn individuell CFT. En begrensning metaanalysen fant, var mangelen på studier for å evaluere effekten av individuell CFT. En annen var mangelen på trofasthet (fidelity) til modellen. Med dette menes det at flere ulike intervensjoner ble brukt, ikke bare CFT intervensjoner. Et problem blir da at endring kan skyldes bruk av andre intervensjoner istedetfor CFT, som studiene var tenkt til å måle. 24 av 29 studier ble heller ikke sammenlignet med alternative terapier. Også de andre metaanalysene hadde problemer med heterogenitet i terapier, måleinstrument og intervensjoner. Dette vil si at flere terapier og intervensjoner var inkludert i studiene, ikke bare CFT. Måleinstrumentene som ble brukt, målte også ulike parametre, ikke bare selvmedfølelse. Dermed blir det vanskelig å bedømme om endringene skyldes CFT eller andre variabler. Craig et al. (2020) fremhever behovet for en standardisert manual for bred implementering av CFT og for å redusere metodologiske

begrensninger i fremtidige RCTer. De konkluderer med at det ikke er nok grunnlag til å gi CFT status som evidensbasert praksis enda. Samlet sett viser studiene lovende resultater for effektiviteten av medfølelsesbaserte intervensjoner, men mer forskning må til for å kunne gi mer robuste konklusjoner.

Som vist ovenfor har forskning demonstrert at KAT er en effektiv behandling for depresjon på kort og lang sikt, med lignende antidepressiv effekt som interpersonlig, dynamisk og støttende psykoterapi (Barkham et al., 2021). Det er også forskning som antyder at CFT har antidepressiv effekt, men ikke mer enn andre terapiformer (Craig et al., 2020; Leaviss & Uttley, 2015). Forskningen på CFT har også begrenset omfang og det trengs mer forskning for å demonstrere effektiviteten av CFT (Craig et al., 2020). Funnene ovenfor er i tråd med flere års forskning på psykoterapi som viser at psykoterapi er en effektiv form for behandling (Miller et al., 2013; Wampold & Imel, 2015). Forskning over flere år har også vist at ingen terapiform synes å være mer effektive enn andre (Luborsky et al., 2002; Wampold & Imel, 2015). I tillegg har forskning vist at spesifikke behandlingsteknikker har begrenset eller liten innflytelse på behandlingseffekt (Jørgensen & Bateman, 2019). I prosess-studier har man også undersøkt korrelasjonen mellom fellesfaktorer og behandlingsutfall (Wampold & Budge, 2012). Fellesfaktorer blir definert som faktorer som er felles for alle behandlinger, slik som den terapeutiske relasjonen (Wampold, 2013). Fellesfaktorer må i tillegg være tilfeldige (det vil si ikke knyttet til spesifikke teorier). På basis av funn fra den empiriske terapiforskningen er det blitt estimert at behandlingseffekt kan tilskrives 15 % pasientens positive forventninger til terapien, 15 % spesifikke behandlingsteknikker, 30 % faktorer som er felles for alle behandlingsmetoder og 40 % faktorer utenom terapien (Norcross & Lambert, 2011, referert i Jørgensen & Bateman, 2019, s. 41). På bakgrunn av slike funn, er det blitt mer fokus på fellesfaktorer og hvordan de interagerer med spesifikke behandlingsteknikker for å skape

endring (Wampold & Budge, 2012). Det er også blitt mer fokus på å undersøke *hvordan* terapi skaper endring, ikke bare *om* terapi skaper endring (Kazdin, 2009). Kazdin (2009) legger vekt på å identifisere mediatorer som viser hvordan to variabler er relatert, for eksempel endring i kognisjon og bedring. Ett problem er at for å vise at kognitiv endring fører til bedring, må denne variabelen forekomme før den andre, ellers er det mulig at bedring istedet fører til kognitiv endring. Det er også mulig at en annen variabel, slik som den terapeutiske relasjonen, fører til både kognitiv endring og bedring. Kazdin (2009) vektlegger at det er flere ulike veier til samme utfall.

En annen utvikling innenfor psykologifeltet knyttet til spørsmålet om hvordan terapi virker, er prosessforskning. Dette forskningsfeltet forsøker å finne ut hva som skjer i terapitimen, og hvordan dette fører til endring (Hardy & Llewelyn, 2015). I prosessforskning forsøker en å lokalisere hendelser og prosesser der endring forekommer, og studere hvordan disse er relatert til terapi-intervensjoner, aspekter ved pasienten og terapeuten, samt interaksjonen mellom dem (Hardy & Llewelyn, 2015; Knobloch-Fedders et al., 2015). Flertallet av studiene har fokusert på fellesfaktorer, men Crits-Christoph & Gibbons (2021) vektlegger at prosessforskning på teoretiske dimensjoner tilknyttet spesifikke behandlingsmodeller også er viktig. Slik forskning kan potensielt bidra til den vitenskapelige forståelsen av endring i spesifikke psykoterapier, samt kliniske fremskritt i utførelsen av disse.

En annen bevegelse innenfor psykoterapiforskningen som har fokus på å finne fellestrekk mellom ulike terapitradisjoner og promotere dialog mellom dem, er psykoterapi-integrasjon (Stricker & Gold, 2011). Psykoterapi integrasjon kan deles inn i fire kategorier: Fellesfaktorer, teknisk integrasjon, teoretisk integrasjon og assimilativ integrasjon (Stricker, 2010b). Teknisk integrasjon handler om å benytte teknikker fra ulike modeller for å tilpasse

behandling. Ved assimilativ integrasjon integreres ulike teknikker i behandlingen, men behandlingen styres utfra en enkelt teori. Teoretisk integrasjon er et forsøk på å forstå pasienten og terapeutisk endring ved å danne et overordnet teoretisk rammeverk som henter kunnskap fra flere teorier (Stricker, 2010a). Ett av de første verkene om teoretisk integrasjon var Wachtels (1977, referert i Stricker, 2010a, s. 26) bok om syklisk psykodynamikk. Wachtel presenterte her ideen om sykliske endringsprosesser: Ny innsikt kan føre til adferdsendringer, men adferdsendringer kan også lede til ny innsikt. Endringene kan gå begge veier i stedet for bare en vei, syklisk snarere enn lineær.

Stricker (2010a, p. 26) skriver at dette verket «gjorde psykoterapi integrasjon til en akseptabel form for behandling, og førte til en rekke arbeider som nå kunne klassifiseres sammen, istedenfor å bli ansett som separate (...)». Wachtel (2018) har også skrevet om hvordan eksponering anvendes i atferdsterapi for å behandle angst, men at pasienter også eksponeres for tanker og følelser de har unngått i psykodynamisk terapi, blant annet gjennom terapeutens tolkninger. I psykoterapi integrasjon er det dermed et fokus på å undersøke prinsipper og endringsprosesser som går på tvers av ulike terapiretninger (Wachtel, 2018).

Formålet med denne oppgaven er å undersøke de teoretiske modellene for endring i kognitiv adferdsterapi (KAT) og medfølelsesbasert terapi for depresjon (CFT). Jeg er interessert i hvordan endring blir forstått i ulike behandlingsmodeller, og vil studere dette for bedre å forstå de underliggende prosessene som ligger bak terapeutisk endring. Jeg er også interessert i å undersøke felles endringsprosesser på tvers av behandlingsmodeller. Samtidig ønsker jeg å undersøke om det finnes vekselvirkninger mellom ulike endringsprinsipper i de forskjellige modellene. På samme måte som det er pekt på en vekselvirkning mellom innsikt og adferdsendring, undret jeg meg om det fantes en vekselvirkning mellom tanker og følelser, slik at en kan se teorien om kognitiv restrukturering og emosjonelle reguleringsystem i

sammenheng. En grunn til å sammenligne og studere endringsforståelsen i ulike behandlingsmodeller er at dette potensielt kan generere hypoteser som kan testes gjennom empirisk prosessforskning. En sammenligning av endringsforståelsen i KAT og CFT er i tråd med et integrativt perspektiv på psykoterapi. Ved å sammenligne endringsforståelse kan en få et utvidet perspektiv på psykopatologi, der en tydeligere ser hvor sammensatt og mangefasettert dette fenomenet er. En teoretisk sammenligning av endringsforståelsen i KAT og CFT kan belyse felles prinsipper og endringsprosesser i disse behandlingsmodellene. Det kan også bidra til å klargjøre på hvilke måter retningene skiller seg fra hverandre, og hva som er unikt for KAT eller CFT. Ved å undersøke de ulike retningene kan en også få bedre oversikt over intervensjonene som benyttes og i hvilke sammenhenger de anvendes.

1.2 Problemstilling for oppgaven

Denne oppgaven vil undersøke følgende problemstilling: Hva er forskjellene og likhetene i forståelsen av terapeutisk endring mellom kognitiv atferdsterapi og medfølelsesfokusert terapi i behandling av depresjon? For å undersøke dette vil jeg først redegjøre for årsaksforståelsen og endringsforståelsen av depresjon i de to retningene, samt de terapeutiske prinsippene til terapiene. Deretter vil jeg drøfte likheter og forskjeller mellom disse behandlingsmodellene med henblikk på de ovennevnte temaene.

1.3 Oppbygning av oppgaven

Oppgaven har fire deler. Etter denne innledningen vil jeg drøfte årsaksforståelse, endringsforståelse og terapeutiske prinsipper i kognitiv atferdsterapi. I den tredje delen vil jeg diskutere årsaksforståelse, endringsforståelse og terapeutiske prinsipper i medfølelsesfokusert terapi. Jeg vil også redegjøre for bakgrunn og forskning på disse terapimodellene. I den fjerde

delen vil jeg drøfte forskjeller og likheter i årsaksforståelse og endringsforståelse i disse terapeutiske retningene, og hvordan de arbeider med endring i behandling av depresjon.

2. Kognitiv atferdsterapi (KAT)

2.1 Årsaksforståelse i KAT

Kognitiv teori baserer seg på antagelsen om at kognitiv bearbeiding av informasjon er nødvendig for at mennesket skal kunne tilpasse seg omgivelsene sine og overleve (Beck & Dozois, 2011). Mennesket har ulike systemer for å kunne tilpasse seg. Systemet som bearbeider informasjon kalles det kognitive systemet. Systemene har ulike funksjoner, og de arbeider sammen for å oppnå ulike mål (Beck & Dozois, 2011). Fight-flight responsen styres for eksempel av fire systemer: Et kognitivt (persepsjon av trussel), affektivt (følelse av angst eller sinne), motivasjonelt (impulsen til å konfrontere eller flykte) og atferdsmessig (implementeringen av handling). Det er tenkt at psykiske lidelser oppstår når disse systemene går fra å operere på en adaptiv måte til å operere på en maladaptiv, uforholdsmessig måte (Beck et al., 2014). Systemene går fra å være aktivert i passende situasjoner til å bli aktivert det meste av tiden. Ved panikkangst for eksempel, blir systemene aktivert av falske alarmer (kognitiv feiltolkning av stimuli) (Beck & Dozois, 2011).

Kognitiv teori foreslår at psykopatologi karakteriseres av aktiveringen av en gruppe dysfunksjonelle oppfatninger, som påvirker hvordan vi tolker indre og ytre stimuli (Beck & Dozois, 2011). Tolkningen av stimuliene påvirker igjen våre affektive, motivasjonelle, atferdsmessige og fysiologiske responser, samtidig som disse responsene innvirker på tolkningen og oppfatningen den er basert på. Dersom en for eksempel har en oppfatning om at kaniner er farlige, vil en tolke at en er i fare dersom en er i nærheten av en kanin. Dette vil lede til en fryktrespons, motivasjon til å komme seg unna, at en løper vekk og at en får en

fysiologisk stressrespons. At en løper vekk og blir stresset og redd, er med på å styrke oppfatningen om at kaniner er farlige. Dette viser at selv om kognisjoner har en nøkkelrolle i den kognitive modellen, er også de andre systemene viktige, og særlig interaksjonen mellom systemene. Ulike lidelser er knyttet til spesifikke kognitive biaser, som påvirker hvordan en bearbeider og responderer til ny informasjon (Beck & Dozois, 2011). Deprimerte individer har for eksempel mer tendens til å fokusere på informasjon knyttet til tap og devaluering av selvet, mens mennesker med angst er opptatt av informasjon knyttet til trusler og sårbarhet. Dette fenomenet blir kalt kognitiv spesifisitet (Beck, 2005).

Det kognitive systemet inneholder ulike nivå av kognisjon, fra bevisste tanker til ubevisste kognitive skjema (Beck & Dozois, 2011). Kognitive skjema er organiserte strukturer av lagret informasjon, som inneholder individets oppfatning av seg selv, andre og verden, samt individets mål, forventninger og minner (Beck & Dozois, 2011). Skjemaene påvirker hvilken stimuli vi er oppmerksomme på i situasjonen og hvordan vi tolker situasjonen. Skjemaene påvirker også hvilken informasjon i minnene våre vi er fokusert på. Skjemaer gjør at vi kan trekke raske, automatiske konklusjoner basert på tidligere erfaringer, og tillater slik effektiv bearbeiding av informasjon, men når skjemaene blir fordreid i negativ retning (biased), maladaptive, rigide og selvforsterkende, så kan de bidra til psykopatologi (Beck & Dozois, 2011).

Ifølge kognitiv teori utvikles dysfunksjonelle skjema tidlig i livet, og blir gradvis mer konsolidert og organisert idet nye erfaringer blir assimilert i de eksisterende skjemaene (Beck & Dozois, 2011). Vonde tilknytningserfaringer eller andre negative livserfaringer bidra til utviklingen av et dysfunksjonelt oppfatningssystem (beliefsystem), for eksempel at en ikke er verdt å elske, eller at en ikke kan stole på andre. Kognitiv teori er en stress-sårbarhets modell, som vil si at det er mulig å ha et maladaptivt oppfatningssystem og ikke utvise symptomer, så

lenge det underliggende kognitive skjemaet ikke er aktivert. Når skjemaet blir aktivert av ytre hendelser, tanker, minner, eller andre årsaker, utløser skjemaet en rekke informasjonsprosesseringskjevheter (biaser), for eksempel skjevheter i oppmerksomhet, minner eller tolkninger (Beck & Dozois, 2011). En blir selektivt oppmerksom på informasjon som passer med skjemaet, en husker informasjon som passer med skjemaet og en tolker situasjonen slik at det passer med skjemaet. Et individ som er sårbar for depresjon kan for eksempel ha en underliggende oppfatning om at hen vil mislykkes hvis hen prøver å få til noe. Denne oppfatningen kan bli spesielt virksom når vonde omstendigheter aktiverer det underliggende negative skjemaet, for eksempel dersom personen nettopp har mislyktes med noe. Når skjemaet er aktivert, er individet selektivt oppmerksom på informasjon som er konsekvent med hens negative selvbilde og minimerer informasjon som motstrider oppfatningen. Dette kalles selektiv abstraksjon, og er en type informasjonsprosesseringsfeil som oppstår når individet fordreier konstruksjonen av sine opplevelser til å passe med det aktiverte skjemaet (Beck, 1979). Andre informasjonsprosesseringsfeil er overgeneralisering (tenke at et negativt utfall indikerer at det samme vil skje i andre tilfeller), personalisering (å knytte negative hendelser til seg selv uten grunnlag), arbitrær slutning (trekke en negativ konklusjon uten grunnlag), maksimering og minimering (overdrive eller underdrive betydningen av en hendelse), katastrofetenkning og dikotom tenkning (alt eller intet tenkning) (Beck, 1979).

De negative konklusjonene som trekkes som et resultat av bias og tilpasning til skjemaet, kan gi opphav til flere symptomer, slik som negativ affekt, maladaptiv atferd (for eksempel passivitet, tilbaketrekning og isolering), tap av motivasjon, selvklandring og suicidale ønsker. Disse symptomene forsterker hverandre, og opprettholder det negative skjemaet, slik at en ond sirkel oppstår (Beck, 1979; Hofmann & Beck, 2012).

På grunn av fordreiningen av informasjon kan flere og flere situasjoner bli tolket ut fra det negative skjemaet. Denne prosessen kan kulminere i at individet blir så opptatt av de negative tankene knyttet til skjemaet at hen ikke legger merke til endringer i miljøet (Beck, 1979). Ved depresjon er fenomenet kognitiv triade viktig (Beck, 1979, 2005; Beck & Alford, 2009). Den kognitive triaden består av tre negative skjema om selvet, verden og fremtiden. Den deprimerte personen ser på seg selv som mangelfull og hjelpeløs, hen tenker at verden gir hen krav hen ikke kan møte, og at vanskene hens vil fortsette på ubestemt tid. Dette fører ifølge Beck (1979) til de andre symptomene ved depresjon, slik som selvklandring, håpløshet, apati, psykomotorisk hemning, tristhet og passivitet.

En måte å oppdage at et maladaptiv skjema er aktivert, er å registrere tilstedeværelsen av overflate-nivå kognisjoner, kalt automatiske tanker (Beck & Dozois, 2011). Dette er tanker som strømmer gjennom sinnet uten at vi bevisst tenker over dem. Det er tenkt at de automatiske tankene springer ut av våre underliggende skjemaer. De oppstår gjennom assosiasjon, idet forskjellige aspekter av ens oppfatningssystem blir aktivert (Beck & Dozois, 2011).

Skjemaene gir også opphav til flere ulike dysfunksjonelle antagelser, holdninger og levereregler (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). Disse ligger på et mellomnivå mellom skjemaene og de automatiske tankene. Levereglene er som oftest uartikulerte, og vi styrer etter dem uten å reflektere over dem. De er utformet som betingede «hvis-så» påstander som knytter atferdsstrategier til skjemaer (Hofmann & Asmundson, 2017). Et eksempel på en dysfunksjonell leveregel knyttet til et skjema om inkompetanse, kan være: «Hvis jeg prøver å gjøre en vanskelig oppgave, vil jeg mislykkes. Hvis jeg ikke prøver, unngår jeg dette». Når personen ikke prøver seg på oppgaven, får hen ikke sjansen til å motbevise leveregelen og det underliggende skjemaet. Dette viser hvordan leveregelen

påvirker atferden, og atferden bekrefter og opprettholder leveregelen. Slik oppstår en ond sirkel som forsterker disse vanskene (Beck, 1979; Hofmann & Beck, 2012).

Beck (1979) vektlegger at den kognitive modellen ikke prøver å finne den endelige årsaken til depresjon, slik som arvelig predisposisjon, negativ læringshistorie eller biokjemiske abnormaliteter. I stedet hevder han at vi kan undersøke symptomene og foreslå en logisk sammenhengende årsaksrekke: For eksempel at pasientens negative konstruksjoner av virkeligheten leder til nedsatt stemningsleie, lav motivasjon og passiv atferd. Når endring i pasientens konstruksjoner ledsages av bedring i symptomer, slik som økt stemningsleie og mer aktiv atferd, gir dette støtte for at pasientens tanker er det første leddet i årsaksrekken. Flere studier er blitt gjort som støtter hypotesen om at kognitive faktorer er første ledd i årsakskjeder (Beck, 1979). Beck (1979) baserer også hypotesen om underliggende predisponerende skjema på kliniske observasjoner og logisk resonnering. Mer spesifikt hevder han at det virker mindre sannsynlig at de dysfunksjonelle kognitive mekanismene skapes fra bunnen av hver gang noen opplever depresjon, enn at et underliggende skjema blir reaktivert av en utløsende hendelse med medfølgende symptomer.

Beck har senere lagt vekt også på genetiske faktorer i årsaksforståelsen av depresjon (Beck & Alford, 2009). Her viser han til forskning som underbygger stress-sårbarhetsmodellen av depresjon. Denne teorien går ut på at våre gener påvirker hvordan vi responderer på stress. Et studie viste for eksempel at en funksjonell polymorfisme i et 5-HTT gen var knyttet til hyppigere forekomst av depresjon og selvmordsforsøk (Beck & Alford, 2009). Beck & Alford (2009) viser også til forskning som foreslår at tidlig livsstress i en tid med økt nevroplastisitet kan føre til varig hypersensitivitet i nevroendokrine stressresponsystemer, som igjen kan lede til oversensitivitet til stress og sårbarhet for depresjon. Forskning på depresjon gjennom et evolusjonært perspektiv har funnet at depresjon kan bidra til overlevelse

gjennom å kommunisere behov for hjelp, signalisere ens plass i en hierarkisk konflikt, å slutte å engasjere seg i uoppnåelige mål og å regulere energi (Beck & Alford, 2009).

2.2 Endringsforståelse i KAT

Beck (1979) teoretiserte at endring i depressive symptomer skyldtes endring i pasientens automatiske tanker, dysfunksjonelle antagelser og kjerneoppfatninger. Han vektlegger at de underliggende antagelsene må endres for å skape mer varig endring. Hvis ikke står pasienten i fare for tilbakefall, dersom hen kommer i en situasjon som reaktiverer antagelsene. Beck (1979) hevdet at når de dysfunksjonelle antagelsene og kjerneoppfatningene blir endret til mer adaptive, vil dette påvirke pasientens emosjonelle, atferdsmessige og motivasjonelle responser. Dersom pasienten har en kjerneoppfatning om at hen er inkompetent, vil det følge dysfunksjonelle antagelser; for eksempel at hen vil mislykkes i aktiviteter og oppgaver som hen prøver på. Dette fører til negative følelser som tristhet og sinne, nedsatt motivasjon, og unngående, passiv atferd. Dersom kjerneoppfatningen endres til en mer moderat og realistisk oppfatning, for eksempel at hen kan lære seg å bli flink til ting, vil andre antagelser følge, for eksempel at hen kan lære av feil og at gjentatte forsøk kan gi resultater. Dette kan gi høyere motivasjon, mer aktiv atferd og mer optimistiske følelser. Nyere kognitive teoretikere legger også vekt på å endre underliggende antagelser og oppfatninger (Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012).

Det finnes ulike teoretiske modeller for hvordan kognisjoner endrer seg gjennom terapiforløpet i KAT. Én modell hevder at kjerne-kognisjonene (dysfunksjonelle antagelser og kjerneoppfatninger) blir modifisert av terapien (Crits-Christoph & Gibbons, 2021). En annen modell foreslår at skjemaene deaktiveres av terapien, men fremdeles finnes. En tredje modell hevder at pasienten lærer kompenserende ferdigheter, som hjelper å holde tilbake depressive kognisjoner ved stressende situasjoner (Crits-Christoph & Gibbons, 2021). Ferdighetene som

en lærer er blant annet å finne alternative forklaringer som en motpart til negative forklaringer av hendelser. En lærer også å lage planer for å håndtere vanskelige situasjoner, og en øver seg på problemløsning. Metaanalyser av endringsmekanismer i KAT har ikke funnet konsekvent evidens for at endring i dysfunksjonelle antagelser/holdninger og underliggende skjemaer er assosiert med påfølgende endring i depressive symptomer (Crits-Christoph & Gibbons, 2021). Studier som har testet hypotesen om kompenserende ferdigheter har funnet evidens for at tilegnelse av ferdighetene var assosiert med endringer i depressive symptomer i KAT, men bare ett studie har funnet at denne assosiasjonen er spesifikk for KAT (Crits-Christoph & Gibbons, 2021). Det er fremdeles behov for mer forskning for å lære mer om endringsmekanismene i KAT for depresjon.

Beck (1979) la vekt på å øke aktivitetsnivået til svært deprimerte pasienter, både som en måte å motbevise negative antagelser om at de ikke kunne utføre aktiviteter, og for å øke stemningsleiet deres ved å delta i hyggelige aktiviteter. I nyere tid har denne tilnærmingen blitt revidert og omdøpt til atferdsaktivering. Her fokuserer en på å redusere unngåelse av aktiviteter og å øke positivt forsterkende aktiviteter. En metaanalyse fant at atferdsaktivering ga bedre resultat enn kontrollgrupper og medisiner (Crits-Christoph & Gibbons, 2021). Den teoretiske mekanismen i atferdsaktivering er at økning i belønnende aktiviteter fører til økning i positiv forsterkning, som igjen fører til en senkning i depressive symptomer. Et studie fant at både endring i aktivitetsnivå og endringer i belønning fra miljøet var assosiert med etterfølgende bedring i depressive symptomer (Crits-Christoph & Gibbons, 2021). Dette studiet etablerte tidsmessig presedens for endring i aktivering. Det fant også støtte for at aktivering og belønning fra miljøet medierte forskjeller i reduisering av symptomer mellom atferdsaktiveringsgruppen og behandling som vanlig (TAU). Andre studier har ikke funnet

like konsekvent støtte for medieringen av atferdsaktivering på symptomendring (Crits-Christoph & Gibbons, 2021).

2.3 Terapeutiske prinsipper i KAT

KAT følger flere prinsipper (Beck, 1979; Beck et al., 2011). Noen av prinsippene er felles med andre terapiformer, slik som bruk av kasusformulering og vektleggingen av den terapeutiske alliansen, mens andre er mer unike for KAT. KAT kjennetegnes av å være strukturert og tidsbegrenset, med fokus på her-og-nå problemer. Begrepet kollaborativ empirisme er sentralt, og handler om at terapeuten er aktiv og prøver å engasjere pasienten til å delta i en felles undersøkelse av pasientens tenkning og atferd (Beck, 1979).

I KAT brukes både kognitive teknikker og atferdsteknikker. Kognitive teknikker dreier seg om å identifisere og teste pasientens dysfunksjonelle tanker og antagelser, og å finne alternative tolkninger som er mer adaptive (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). Denne prosessen deles gjerne inn i flere steg. Det første steget er å lære pasienten å legge merke til sine negative automatiske tanker. Dette er viktig siden vi ofte ikke er bevisste våre tankemønstre. Automatiske tanker er ofte basert på våre kjerneantagelser, og blir ansett for å være en nøyaktig representasjon av virkeligheten (Beck, 1979). De oppstår raskt uten at vi reflekterer over dem, og fokuset vårt blir istedet rettet mot konsekvensen av tanken (dårlig humør, passiv atferd) (Hofmann & Beck, 2012). Ved å bli mer bevisst tankene kan pasienten få en mer objektiv distanse til dem. Hen kan se at det bare er tanker, ikke fakta (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012)

Det neste steget er også knyttet til å få mer distanse til tankene. Her lærer pasienten å se forbindelsen mellom situasjon, tanke, følelse og atferd (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). Dette er senere blitt kalt den kognitive diamanten (Hofmann & Beck, 2012). Terapeuten demonstrerer hvordan ulike tolkninger av en situasjon leder til ulike

emosjonelle og atferdsmessige responser. For eksempel vil en reagere annerledes hvis en tenker at en lyd i huset kommer fra en innbrudstyv, enn hvis en tenker den kommer fra et vindkast (Beck, 1979). Ved å gjøre pasienten mer bevisst på at det er flere ulike måter å tolke en situasjon på, kan pasienten få mer avstand til sine tolkninger. I stedet for å se tolkningen sin som en objektiv representasjon av virkeligheten, kan hen se at det bare er en av mange tolkninger. Ved å øve seg i å finne alternative tolkninger kan pasienten få mer påvirkningskraft på sine følelser og atferd (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012).

For å endre på pasientens tendens til å se sine automatiske tanker som objektivt sanne, utforsker terapeut og pasient grunnlaget til tankene. De undersøker bevisene for og imot tankenes gyldighet (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). En annen tilnærming er å undersøke hvorvidt tankene er nyttige for pasienten, eller om de bidrar til å opprettholde pasientens lidelse. Her er ikke fokuset på om tanken er objektiv sann eller ikke, men på tankens funksjon og adaptive verdi.

Neste trinn er å se etter alternative tanker som er mer i tråd med de faktiske forholdene, og som er mer adaptive (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). Det er viktig at disse blir funnet gjennom samarbeid, ikke gjennom argumentering eller overbevisning. Det beste er dersom pasienten finner frem til de alternative tankene selv, og at terapeuten hjelper gjennom å stille spørsmål, for eksempel ved å spørre hvilke andre måter en kunne forklare situasjonen eller hvilken konklusjon bevisene peker imot (Beck, 1979). Dette kalles sokratisk dialog, og er et viktig prinsipp i KAT (Hofmann & Beck, 2012).

Siste trinn er å lære pasienten å identifisere og endre sine dysfunksjonelle kjerneantagelser som de automatiske tankene er basert på (Beck, 1979). Det er flere metoder som kan anvendes for å oppdage kjerneantagelsene. Én måte er å se etter hvordan pasienten

grunnir sine tanker. En teknikk som er utviklet for dette formålet kalles downward arrow teknikken (Hofmann & Beck, 2012). Her spør terapeuten hvilken betydning pasienten legger i sine automatiske tanker. En annen måte å finne underliggende antagelser på, er å se etter tilbakevendende temaer på tvers av pasientens ulike tanker (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012).

Når de underliggende antagelsene er identifisert, forsøker man å endre dem på samme måte som ved de automatiske tankene. En undersøker evidensen for og imot gyldigheten til antagelsene og ser etter alternative antagelser og levereregler (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). En kraftfull måte å avkrefte levereregler på er å teste dem ved å gjøre det motsatte av leveregelen, og å observere konsekvensen. Hvis den fryktede konsekvensen ikke skjer er det et kraftfullt bevis imot leveregelen (Beck, 1979). Andre måter er å sammenligne konsekvensene til leveregelen med konsekvensene til alternative levereregler. En kan også liste opp fordelene og ulempene ved leveregelen (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). De underliggende antagelsene sitter dypt, og det er derfor vanskelig å endre dem (Beck, 1979). Det kan kreve mye tid og innsats. Dersom pasienten begynner å benytte seg av nye levereregler og tilegner seg nye antagelser, får dette store konsekvenser, og skaper stor endring, ifølge Beck (1979). Hvis en pasient tidligere for eksempel opererte etter en underliggende leveregel om at en alltid må være grei mot andre, ellers vil de ikke like en, vil hen ikke ta opp problemer i sine relasjoner og hen vil bli utmattet av å holde oppe skuespillet om å alltid være grei. Dersom en tester ut leveregelen og tar opp problemer kan en se at folk ikke vil avvise en bare fordi en ikke er «grei» hele tiden. En vil få en mer fleksibel regel som gir større handlingsrom og er mer tilpasningsdyktig. Relasjonene kan bli bedre og problemene færre (Beck, 1979).

En viktig del av kognitiv terapi er at pasienten lærer å inkorporere de kognitive teknikkene som terapeuten benytter i timene, slik at de kan lære seg å fungere som sine egne terapeuter (Beck, 1979; Beck et al., 2011; Hofmann & Beck, 2012). De kan for eksempel begynne å stille spørsmål ved sine antagelser: Hva er beviset for at det jeg tenker stemmer? Eller de kan lete etter alternative forklaringer: Er det andre måter å se situasjonen på? Beck (1979) vektlegger at denne typen utspørring er essensiell for at pasienten skal kunne overføre teknikkene fra terapien til daglige situasjoner.

Atferdsteknikker går ut på at pasienten får i oppgave å utføre ulike aktiviteter. Dette har flere formål. Ett mål er å øke pasientens aktivitetsnivå for å bedre humøret til pasienten og gi mestringsfølelse (demonstrere at pasienten kan påvirke humøret sitt gjennom aktivitet) (Beck, 1979; Beck et al., 2011). Beck (1979) vektlegger at når en behandler svært deprimerte pasienter må en som regel hjelpe dem med å øke aktivitetsnivået sitt før en begynner å arbeide med tankene deres. Han beskriver at disse pasientene er inne i en ond sirkel der symptomene til depresjonen (nedsatt konsentrasjon, utmattethet og lavt stemningsleie) leder til inaktivitet og at inaktiviteten tas til inntekt for ideen om at de ikke er i stand til utføre aktiviteter. Denne ideen blir igjen et stort hinder for at de skal begynne med aktiviteter. En av grunnene til at det er vanskelig å jobbe med tanker på dette stadiet, er at pasienten vanskelig lar seg snakke ut av sin overbevisning om at de er ute av stand til å gjøre ting, fordi de selv ser at de er passive. Terapeuten har på dette tidspunktet ingen evidens han kan vise til for å motbevise pasientens ide. En annen grunn er at pasientene ofte er så opptatte av sine negative automatiske tanker at de ikke greier å se dem utenifra og reflektere over dem, slik at diskusjon rundt tankene istedet står i fare for å forsterke dem (Beck, 1979). Ved å motivere pasientene til å gjøre et atferdseksperiment, der de tester ut hypotesen om at de ikke greier å gjøre noe, kan det demonstreres at pasientens negative konklusjon var feil. Dermed kan pasienten se at det ikke

var et funksjonstap som var skylden til deres inaktivitet, men heller en kognitiv feilslutning i form av en ide om at de ikke lenger var i stand til å gjøre det samme som før. Det andre formålet med atferdsteknikker er altså å teste pasientens negative tanker og antagelser. Mer håndfaste bevis der en direkte observerer utfallet etter at en tester hypotesen sin, er mer effektive enn tenkte bevis (Beck, 1979; Beck et al., 2011). KAT skiller seg fra ren atferdsterapi, fordi atferden brukes for å endre tankene til pasienten (Beck, 1979).

3. Medfølelsesfokusert terapi (CFT)

3.1 Årsaksforståelse i CFT

CFT bruker et evolusjonært perspektiv for å forstå psykisk lidelse. I følge dette perspektivet har ulike systemer med ulike funksjoner utviklet seg fordi de bidro til overlevelse (Gilbert, 2014). Disse systemene organiserer sinnet og dets prosesser for å oppnå forskjellige mål. Dette inkluderer kognitive variabler, slik som oppmerksomhet til relevante stimuli, og emosjonelle, motivasjonelle og atferdsmessige responser. Systemene opererer som algoritmer, der et signal fører til en bestemt respons, utifra hvilket system som er aktivt (Gilbert, 2020). Sentrale systemer er sosiale motivasjonssystemer og emosjonssystemer (Gilbert, 2014). De mest grunnleggende motivene er å unngå trusler, skaffe ressurser som bidrar til overlevelse og reproduksjon, og å hvile og fordøye når vi er trygge og behovene er møtt (Gilbert, 2020). Andre motiver og systemer vokser ut fra de grunnleggende motivene, for eksempel systemer for konkurranse, samarbeid, omsorgsgivning og omsorgssøking (Gilbert, 2014). Psykiske problemer er knyttet til disse systemene på ulike måter. Problemene oppstår når disse systemene interagerer med det ytre sosiale miljøet på en problematisk måte.

Motivasjonssystemet for konkurranse og sosial rang handler om å delta i konkurranse for ressurser og sosial posisjon. Systemet er knyttet til evner slik som å monitorere den sosiale

statusen til individet (overlegen/underlegen), og å unngå konflikt med de som er «sterkere». En er også drevet til å stige i rang, for å unngå å være i en underlegen posisjon. Dersom en opplever å mislykkes, så følger følelser av tristhet, skam og engstelse. Dersom en derimot lykkes, følger følelser av selvsikkerhet, stolthet og spenning (Gilbert, 2014). Tap er knyttet til depresjon, med en følelse av økt utsatthet og blokkering av motiverende følelser.

Motivasjonssystemet for samarbeid motiverer oss til å bidra i gruppen og å monitorere om vi er akseptert. Dersom vi fanger opp signaler om at vi ikke er akseptert, kan vi føle oss engstelige og deprimerte (Gilbert, 2014). Vi kan også bli deprimerte dersom vi føler vi ikke kan bidra med noe for å hjelpe andre. Dette er knyttet til omsorgssystemet, som handler om å registrere andres vansker, og å handle for å løse disse vanskene (Gilbert, 2014). Depressive tilstander har oppstått i menneskets evolusjonshistorie fordi det i noen situasjoner har bidratt til overlevelse, for eksempel når det er tryggere å gi opp enn å fortsette i møte med en sterkere motstander (Gilbert, 2009a).

I tillegg til motivasjonssystem finnes det også mer spesialiserte prosesseringssystem, kalt sosiale mentaliteter, som organiserer vår oppmerksomhet, emosjoner, kognisjoner og atferd for å oppnå sosiale mål (Gilbert, 2007, 2014). Sosiale mentaliteter er også knyttet til sosiale roller og vår sosiale identitet, der vi har ulike mål utifra hvilken sosial rolle vi spiller. Vi konstruerer oss selv og andre utifra hvilken sosial mentalitet vi opererer ut fra. Hvis vi har en konkurranse-mentalitet ser vi på den andre som en motstander, mens dersom vi har en omsorgsmentalitet ser vi på den andre som en vi vil ta vare på. Vi monitorerer effekten av atferden vår på den andre, og utifra deres respons ser vi om vi kommer nærmere eller lengre vekk fra målet vårt, og justerer atferden vår deretter. En forelder kan for eksempel monitorere effektiviteten til omsorgsatferden sin på barnet, og justere atferden sin ut fra barnets signaler. Denne frem og tilbake prosessen er karakteristisk for sosiale mentalitetssystemer (Gilbert,

2014). Psykiske problemer kan oppstå dersom en blir for fastlåst i en sosial mentalitet.

Ensidig fokus på å nå egoistiske mål, som innebærer å konkurrere for å oppnå anerkjennelse og unngå skam og underordnelse, på bekostning av omtanke for andre, kan være knyttet til sosiale og psykologiske problemer (Gilbert, 2014).

Psykiske problemer er også knyttet til emosjonssystemene. Mer spesifikt kan problemer oppstå dersom systemene blir over- eller underaktivert, og dermed ubalanserte (Gilbert, 2007, 2009a). Gilbert beskriver tre slike hovedsystemer: Trusselsystemet, drivsystemet (drivesystem) og trygghetssystemet (Gilbert, 2013; Welford & Gilbert, 2013). Trusselsystemet flytter oppmerksomheten vår mot trusler. Når en trussel oppdages, utløses stresshormoner og følelser som angst, sinne eller avsky, som motiverer oss til å håndtere trusselen gjennom å kjempe, flykte eller underordne oss (Gilbert, 2009b, 2010). Drivsystemetets funksjon er å produsere positive følelser, gjennom dopaminsystemer, som motiverer oss til å søke ressurser og belønninger, og å prøve å nå ulike mål. Noen kan være redd for positive følelser, fordi de er blitt straffet av foreldrene sine for å ha det gøy (Gilbert, 2009b). Et annet problem er at vestlige samfunn legger så stor vekt på å søke suksess og materielle goder, at drivsystemet blir overstimulert. Drivsystemet kan interagere med trusselsystemet, for eksempel når vi er motiverte for å unngå å mislykkes. Dette kan gjøre oss sårbare for depressive tilstander når vi ikke greier å nå målene våre, slik som utmattelse, håpløshet og tap av motivasjon og interesse (Gilbert, 2009b, 2014). Trygghetssystemet involverer en annen type positiv følelse som er knyttet til hvile istedenfor aktivering. Dette systemet er aktivt når vi føler oss trygge og tilfredse fordi våre behov er møtt. Systemet er knyttet til opiat- og oxytocinsystemer, som beroliger oss og nedregulerer trusselsystemet. Det aktiveres av omsorgsakter, enten fra andre eller fra oss selv (Gilbert, 2009b, 2010). Trygghetssystemet og drivsystemet er knyttet til tilknytning. Drivsystemet er koblet til

konseptet om en sikker base en kan utforske fra, mens trygghetssystemet er knyttet til konseptet om en trygg havn der en kan slappe av (Gilbert, 2020).

CFT knytter psykiske problemer, som depresjon, til en høy grad av skam og selvkritikk, samt overaktivering av trusselsystemet og en underaktivering av driv- og trygghetssystemet (Gilbert, 2009b, 2010). Selvkritikk aktiverer trusselsystemet, slik at negative følelser som angst og tristhet oppstår (Gilbert, 2009b). De som har mye selvkritikk vil derfor oppleve negative følelser store deler av tiden. Når depresjonen forverrer seg, får trusselsystemet mer og mer innflytelse på prosessering og følelsetilstander. Drivsystemet blir også tonet ned for å hindre atferd som ikke fører frem eller som kan føre til negative konsekvenser (Gilbert, 2007). Deprimerte personer med mye skam og selvkritikk har vansker for å få tilgang til trygghetssystemet, slik at de strever med å føle seg tilfredse og trygge innvendig. Mange er redde for å gi opp å være selvkritiske og istedet utvikle selvmedfølelse. De kan frykte at de vil bli late og uattraktive, at de ikke fortjener å ha det fint, at gleden vil bli tatt fra dem, eller at de vil bli straffet for å prioritere seg selv (Gilbert, 2007, 2009b). De kan også frykte medfølelse fra andre, fordi de tenker at den andre vil utnytte dem (Gilbert, 2007). De får dermed ikke aktivert trygghetssystemet for å nedregulere trusselssystemet (Gilbert, 2007, 2009b, 2013).

Et sentralt poeng er at forhold i den ytre sosiale konteksten former vårt indre selvforhold, og at dette selvforholdet også påvirker vår motivasjon og våre emosjoner. Dette er vist gjennom konseptet om den indre arbeidsmodellen, der forholdet vi har med andre blir internalisert, slik at vi kan ha et støttende eller truende selvforhold (Bowlby, 1980, referert i Gilbert, 2020). Istedenfor en trygg base og havn, som kan berolige oss når vi tabber oss ut eller møter problemer, kan vi ha en selvkritisk stemme som øker stressnivået vårt (Gilbert, 2020). En grunn til dette er at en har opplevd mer trusler enn beroligelse fra sine foreldre da

en vokste opp. Som en konsekvens kan en ha utviklet en engstelig eller unnvikende tilknytningsstil, og finne det vanskelig å kjenne seg beroliget av andre eller seg selv (Gilbert, 2009b). Trusselsystemet deres blir overregulert, slik at forsvarsstrategier, som fører til senket stemningsleie, lett blir aktivert (Gilbert, 2007). Ro og tilfredshet kan også bli forbundet med fare, ettersom mange har opplevd å bli straffet når de slappet av (Gilbert, 2014). Denne frykten er en annen barriere for å få tilgang til trygghetssystemet.

En annen grunn til at psykiske problemer oppstår, er ifølge CFT at våre utviklede kognitive evner, slik som forestillingsevne og ruminering, kan stimulere emosjons- og motivasjonssystemene på en negativ måte (Gilbert, 2014). Vi kan forestille oss katastrofescenarier som aktiverer trusselssystemet og fryktfølelser, og opprettholder denne aktiveringen over tid. Dette kan skape både mentale og fysiske helseproblemer. Vår evne til å være bevisst oss selv, slik at vi kan observere og dømme oss selv, kan også skape psykiske problemer, slik som narsissisme, hypokondri, frykt for døden, skam, selvkritikk og selvskading (Gilbert, 2014). Hvis en har et selvkritisk selvforhold vil en regelmessig aktivere trusselssystemet gjennom selvkritikk. Når trusselssystemet er aktivt blir oppmerksomheten vår rettet mot trusler og problemer, og dette kan utløse videre selvkritikk, slik at en ond sirkel oppstår (Gilbert, 2014).

Psykiske problemer er også knyttet til utviklingen av sikkerhetsstrategier (Gilbert, 2009b). De nedarvede emosjonssystemene våre kan bli formet av våre læringserfaringer. Trusselssystemet kan bli sensitivert, slik at ulike sikkerhetsstrategier utvikles. Strategiene opererer som automatiske, betingede responser. De kan ha hjulpet til overlevelse da de oppsto, men kan komme i veien for oss senere i livet. Et eksempel på en sikkerhetsstrategi er å oppføre seg underdanig for å unngå konflikt med andre som er sterkere og som kan straffe oss. Denne strategien predisponerer oss til å være bevisste på vår sosiale status, å se på oss

selv som underdanige og å blidgjøre eller være unnvikende i mellommenneskelige konflikter. Slike strategier kan senke selvfølelsen vår, øke sårbarheten vår for angst og depresjon og hindre evnen vår til å nå mål i livet (Gilbert, 2009b). Strategien innebærer også å holde seg passiv og å holde tilbake impulser om å kjempe eller flykte. Dette viser hvordan en strategi i trusselsystemet kan blokkere andre måter å respondere på. Dette kan hindre trusselsystemet i å operere effektivt (Gilbert, 2009b).

3.2 Endringsforståelse i CFT

I et CFT-perspektiv vil endring kunne oppstå ved å gjenopprette balansen mellom de tre emosjonsreguleringssystemene. Systemene er ikke balanserte fordi pasienten ikke har tilstrekkelig tilgang til trygghetssystemet, og får derfor ikke nedregulert driv- og trusselsystemet (Gilbert, 2007, 2009b). Et mål i CFT er derfor å hjelpe pasienten å få tilgang til trygghetssystemet. En måte å oppnå dette på er å bruke psykoedukasjon. Et viktig poeng her er å forklare pasienten at vi har en hjerne med en rekke funksjoner, blant annet kognitive ferdigheter, motiver og emosjonssystemer, som er utviklet gjennom evolusjon. Disse funksjonene er genetisk betinget, i tillegg til å bli formet av oppvekstmiljøet vårt og hendelsene vi blir utsatt for i livet, særlig i de første leveårene (Gilbert, 2009b, 2014). Slik kan vi ende opp med uønskede symptomer og tilstander, slik som et overaktivt trusselsystem, et selvkritisk selvforhold og malapative sikkerhetsstrategier, som vist ovenfor. Alle disse prosessene skjer uten at vi velger dem. Vi har ikke bestemt hvordan hjernen vår er bygget opp eller hvilke hendelser som skjer med oss (Gilbert, 2009b, 2014).

Det er med bakgrunn i dette viktig å vise pasienten at plagene og symptomene hen har ikke er hens skyld, men har oppstått som et resultat av en rekke forhold som pasienten ikke har kontroll over. Dette vil kunne redusere skamfølelser hos pasienten og vise at symptomene og tilstanden pasienten er i, ikke er hens feil, men er knyttet til vår felles skjebne som

mennesker, der vi blir formet av krefter utenfor vår kontroll (Gilbert, 2009b, 2014). I stedet for å skamme seg over vanskene sine og straffe seg selv med selvkritiske tanker, prøver en å oppmuntre pasientene til å skifte fokus og bli motivert til å ta ansvar for å ta vare på seg selv og andre (Gilbert, 2009b, 2014). Gilbert (2010) legger vekt på å skille mellom skam-mentalitet og skyld-mentalitet. Skam-mentalitet er knyttet til angst, negative, dømmende tanker mot seg selv og underdanig, blidgjørende atferd. Skyld-mentalitet er derimot knyttet til fokus på skaden en har forårsaket den andre, og empati for den andres smerte, følelser av tristhet og anger, tanker fokusert på skaden som er påført, sympati og empati, og atferd rettet mot å reparere skaden og gjøre opp for seg. Skam er fokusert på seg selv, og er selvdestruktivt, mens skyld motiverer oss til å reparere skaden og bidrar til å reparere forhold. Det er derfor et fokus i CFT å skifte fra skam til skyld og ansvarsfokus. Gilbert (2010) vektlegger også hvor viktig det er å øve på å ha et fokus på medfølelse og korrigering, framfor skambaserte selvangrep. Skambaserte selvangrep er fokusert på å fordømme og straffe feil, og stimulerer trusselsystemet, mens medfølelse og korrigering har et positivt fokus på vekst og forbedring, der en har en støttende, oppmuntrende og varm holdning til seg selv. Denne holdningen stimulerer de positive systemene, trygghetssystemet og driv/utforskingssystemet (Gilbert, 2010).

En annen viktig psykoedukativ intervensjon er å forklare forskjellen mellom et trusselorientert sinn og et medfølelseorientert sinn (Gilbert, 2010). Når trusselsystemet vårt er aktivt har vi et trusselorientert sinn, der oppmerksomheten, tankene, følelsene og atferden vår er orientert rundt mulige trusler. Et medfølelseorientert sinn er derimot orientert mot å møte og lindre lidelse, og stimulerer trygghetssystemet. En del av endringsarbeidet i CFT er å lære pasienter å legge merke til hva oppmerksomheten rettes imot, og hvilke tanker, følelser og handlingsimpulser de opplever. Da kan de bli bedre rustet til å oppdage når de er i et

trusselorientert mindset og deretter refokusere og aktivere det medfølende sinnet (Gilbert, 2010).

Endring skjer både gjennom den støttende holdningen til terapeuten og gjennom øvelser for å trene opp pasientene til å berolige og støtte seg selv. Trygghetssystemet er sensitivt til sosiale signaler som indikerer at vi hører til og blir tatt vare på av andre. Derfor kan trygghetssystemet bli stimulert direkte ved at terapeuten viser medfølelse.

Trygghetssystemet kan også bli stimulert ved at pasientene viser medfølelse til seg selv, for eksempel gjennom å snakke til seg selv på en medfølende måte, eller å forestille seg at en blir beroliget av en person som har medfølelse med en (Gilbert, 2009b). En håper å kunne lære pasienten til å oppdage når trusselsystemet er aktivt, og deretter refokusere til trygghetssystemet (Gilbert, 2009b, 2010). Ved å stimulere trygghetssystemet kan pasienten få tilgang til det, slik at det kan nedregulere de andre systemene (Gilbert, 2007).

Medfølelse blir i CFT forstått ut ifra bestemte kvaliteter og ferdigheter. Ved compassionate mind training (CMT) demonstrerer terapeuten disse kvalitetene og ferdighetene, og hjelper pasienten med å lære dem (Gilbert, 2009a, 2010). Terapeuten virker som en modell gjennom å vise medfølelse overfor pasienten. Pasienten lærer å fokusere oppmerksomheten sin på en medfølende måte, å tenke og resonnerer medfølende, føle og handle medfølende, og å skape medfølende forestillingsbilder (Gilbert, 2010). Terapeuten hjelper pasienten å internalisere en ny måte å være med seg selv på. Pasienten kan utvikle et medfølende sinn i møte med andre og i relasjon til seg selv. På denne måten skal pasienten utvikle et medfølende forhold til seg selv, og slik erstatte det fordømmende, selvkritiske selvforholdet (Gilbert, 2009b).

I CFT prøver en også å oppnå endring gjennom å stimulere en medfølende sosial mentalitet, som omhandler ønsket om å kultivere et medfølende selv (Gilbert, 2014). Her

oppmuntres pasienten til å forestille seg fordelene ved å ha kvaliteter som visdom, styrke, og å forplikte seg til å være medfølende og hjelpsom. En ser for seg et medfølende selv og prøver å reflektere, forestille seg, resonnere og handle ut ifra dette selvet. Å praktisere medfølelse for andre har vist seg å øke selvmedfølelse, og å gjøre øvelser der en fokuserer på medfølelse slik som medfølende selv er knyttet til en rekke fysiologiske fordeler (Gilbert, 2014).

CFT anvender en rekke øvelser for å hjelpe folk å oppleve hvordan det er å være et medfølende selv, deriblant pusteøvelser, kroppsholdningsøvelser, forestillingsøvelser og rollespill (Gilbert, 2014). Disse øvelsene er ment til å bidra til å forme en identitet preget av medfølelse til seg selv og andre. Å rollespille et medfølende selv, er en måte å få innsikt i ulike kvaliteter knyttet til medfølelse, og å legge merke til effekten av disse. Disse øvelsene utforsker ulike sider ved en selv, der en får ulike perspektiver ut ifra hvilken mentalitet en identifiserer seg med. En kan for eksempel spørre hvordan den sinte delen av pasienten ser et problem og ønsker å handle, eller hvordan den engstelige delen ser problemet. En kan også utforske hvordan de ulike delene reagerer på hverandres atferd, for eksempel hvordan den engstelige delen reagerer på atferden og tankene til den sinte. Videre kan en spørre hvordan den medfølende delen av selvet ville møtt problemet. Pasientene kan også øve seg på å være bevisste (mindful) på hvilke deler av selvet som er aktive, og hvordan de kan få tilgang til en mer medfølende side av selvet (Gilbert, 2014). Når det medfølende selvet blir mer integrert i identiteten til pasienten kan dette selvfokusert hjelpe med å balansere og orientere motivasjons- og emosjonssystemene hans (Gilbert, 2014).

3.3 Terapeutiske prinsipper i CFT

Sentralt i CFT er at terapeuten viser kvalitetene og anvender ferdighetene knyttet til medfølelse i interaksjonen med pasienten (Gilbert, 2009b). Dette kan stimulere trygghetssystemet til pasienten og hjelpe dem å få bedre tilgang til det, samtidig som det kan

hjelpe pasienten å internalisere disse kvalitetene og ferdighetene, slik at pasienten kan anvende dem på seg selv. Et annet viktig aspekt er å hjelpe pasienten å utvikle disse kvalitetene og ferdighetene gjennom compassionate mind training (CMT). Slik hjelper terapeuten pasienten til å forme et medfølende indro forhold til seg selv istedet for et dømmende og selvkritisk forhold. Kvalitetene til medfølelse hjelper oss å koble oss på vår egen og andres lidelse, istedenfor å unngå den, mens ferdighetene hjelper oss til å lindre og forebygge lidelse (Gilbert, 2014). Lindring aktiverer trygghetssystemet. Terapeuten forklarer rasjonale bak CMT ved å vise hvordan fysiologiske systemer kan bli stimulert av forestillingsbilder (Gilbert, 2009b). Hvis vi ser for oss god mat, kan vi for eksempel få vann i munnen. Terapeuten peker på hvordan vi kan føle oss engstelige og triste hvis vi kritiserer oss selv, og hvordan vi kan føle oss beroliget dersom vi er vennlige og forståelsesfulle mot oss selv.

Kvalitetene til medfølelse i CMT er omsorg, sensitivitet, sympati, toleranse, empati og en ikke-dømmende holdning (Gilbert, 2009b, 2010, 2014). Dette er egenskaper som må utvikles for å kunne vise medfølelse med oss selv og andre. Vi må utvikle motivasjonen til å være omsorgsfulle og å vende oss henimot lidelse istedenfor å vende oss bort. Deretter må vi øve oss på å legge merke til lidelse og være sensitiv til egne og andres følelser og behov. Når vi kommer i kontakt med lidelse må vi kunne koble oss på emosjonelt og bli påvirket av lidelsen, istedetfor å bli kalde og likegyldige. Når vi er koblet på smertefulle følelser må vi lære oss å tolerere og stå i dem. Når vi greier å koble oss på og tolerere lidelse blir vi bedre istand til å forstå andres perspektiv, og å forstå perspektivet til ulike deler av oss selv. Vi oppnår bedre empatisk innsikt. Når vi skal lære alt dette er det viktig å ha en ikke-dømmende holdning i bunn, der en aksepterer feilsteg på veien (Gilbert, 2014).

Ferdighetene en lærer i CFT er designet for å generere varme, støttende og vennlige følelser, gjennom en rekke aktiviteter. Her anvendes intervensjoner rettet mot tanker, følelser og atferd. Disse blir også brukt i andre terapier, men forskjellen er at en skal ha et fokus på å være medfølende og støttende når en øver seg på dem. Det er viktig at terapeuten utforsker om pasientene prøver å presse seg selv til å endre seg ved å bruke en aggressiv, dømmende tone, i motsetning til å være støttende og oppmuntrende (Gilbert, 2009b). Ferdighetene som øves på er oppmerksomhet, resonnering, atferd, forestillingsbilder, følelse og sansning. Det avgjørende er at alle øvelsene ledsages av en medfølende holdning (Gilbert, 2009b, 2010, 2014).

Medfølende oppmerksomhet handler om å øve på å fokusere oppmerksomheten på en måte som hjelper og støtter oss. Det kan for eksempel være å huske stunder da andre har vært snille med oss eller vi har vært snille mot andre. Det kan også innebære å bruke fantasien til å forestille seg at noen har en medfølende holdning til oss. Et annet eksempel er å skifte oppmerksomheten fra negative aspekter ved oss selv og andre, til mer hjelpsomme og positive sider, og slik oppnå et mer balansert synspunkt (Gilbert, 2009b, 2014). Å skifte oppmerksomheten fra mulige problemer, til aspekter ved tilværelsen vi er takknemlige for, nedregulerer aktiviteten til trusselsystemet (Gilbert, 2009b).

Medfølende resonnering handler om å kunne tenke rundt seg selv, verden og andre på en medfølende og hjelpsom måte (Gilbert, 2009b, 2014). CFT tar i bruk intervensjoner fra KAT, DBT og MBT, som hjelper pasienten til å tenke mer nyansert, i stedet for ensidig negativt og kritisk. I CFT er det viktigste at pasienten opplever alternative tanker som hjelpsomme og støttende. At de er logisk vanntette eller støttet av evidens er av mindre betydning. For at pasienten skal føle seg hjulpet og støttet er det også viktig at terapeuten anerkjenner og validerer pasientens følelser og synspunkt (Gilbert, 2009b). Spesielt viktig er

hvordan pasienter tenker om seg selv, fremtiden og verden. Tenkningen er ofte preget av skam og selvkritikk, men det er viktig å prøve å forstå hvilken funksjon selvkritikken har for dem, og hva de frykter vil skje hvis de gir opp selvkritikken. Terapeuten lærer pasienten om problemene som følger med ruminering, og prøver å lære pasienten å refokusere fra negativ ruminering til medfølende tanker (Gilbert, 2009b).

Medfølende atferd sikter mot å lindre lidelse og å støtte vekst. Det er et mål for pasienten å eksponere seg for fryktede situasjoner og smertefulle følelser, for å komme over dem, istedet for å unngå dem (Gilbert, 2009b). Et sentralt poeng her er å oppmuntre pasienten og prøve å gi hen mot til å engasjere seg i den nye atferden. Pasientene oppmuntres til å snakke til seg selv på en varm, medfølende måte når de skal eksponere seg. Denne medfølende, støttende holdningen skal ligge i bunn når de øver seg på ny atferd (Gilbert, 2009b). Medfølende atferd kan også innebære å øve på takknemlighet, og å eksponere seg for positive følelser (Gilbert, 2009b, 2014). Mange pasienter trenger å øve seg på å stå i positive følelser, fordi de forbinder dem med noe fremmed og truende. Det er også viktig å øve på å sette pris på innsatsen sin, ettersom mange bare fokuserer på resultater (Gilbert, 2009b).

I CFT øver pasienter seg på å skape forestillingsbilder som skal stimulere selvmedfølelse (Gilbert, 2009b). En kan se for seg en person eller et objekt som har de ideelle kvalitetene knyttet til å være medfølende: Deres ansiktsuttrykk, tonen i stemmen deres, deres måte å tenke på, deres visdom, styrke, varme og ikke-dømmende holdning. Terapeuten utforsker følelsene som oppstår i sammenheng med disse bildene. Pasienter kan også rollespille, der en øver på å tenke og handle som en dypt medfølende person (Gilbert, 2009b).

Å føle medfølelse er knyttet til å oppleve medfølelse fra andre, å føle medfølelse for andre og for seg selv (Gilbert, 2009b) Medfølende følelser skapes på flere måter, for

eksempel gjennom det terapeutiske forholdet, gjennom fokusert oppmerksomhet, gjennom å tenke medfølelse, handle medfølelse og forestille seg medfølelse (Gilbert, 2009b).

Medfølelse sansning handler om å hjelpe pasienten med å utforske følelser i kroppen når de opptrer medfølelse, får medfølelse fra andre eller viser selvmedfølelse. Ferdighetene en lærer i CMT skal hjelpe pasientene med å skape følelser av varme, vennlighet og støtte (Gilbert, 2009b). En øver seg også på å bruke pusten, stemmen, ansiktet og kroppsholdningen for å aktivere det parasympatiske systemet, som gjør det lettere å regulere følelser og vise medfølelse (Gilbert, 2014).

Mange pasienter har vansker med å få tilgang til trygghetssystemet (Gilbert, 2009b). En stor del i CFT er å arbeide med folks frykt og motstand mot å være selvmedfølelse. Tilknytningsteoretikere foreslår at tilknytningssystemet blir gjenaktivert når terapeuten viser medfølelse til pasienten (Gilbert, 2009b). Dette utløser minner og vonde følelser som ikke har blitt gjennomarbeidet, blant annet tristhet og sorg over mangelen på omsorg og kjærlighet. Disse følelsene fungerer som et nødsignal som oppstår når trygghetssystemet blir bevisst at det nå er en mulighet for å få en respons fra en omsorgsfull annen (Gilbert, 2009b). Noen pasienter kan bli overveldet av smerten av deres sorg, eller til og med dissosiere fra den. Terapeuten normaliserer, validerer og rommer følelsene som kommer opp, og hjelper pasienten å bearbeide dem. Studier har funnet at noen opplever selvmedfølelse som stressende (Gilbert, 2009b, 2010). Dette kan henge sammen med aktivering av sterk tristhet og sorg imøte med medfølelse. Mange har også betingede følelser av smerte og skrekk assosiert med nærhet på grunn av mishandling, eller skammer seg for nærhet. Disse individene er sannsynligvis blant de som er vanskeligst å hjelpe, når det kommer til å lære å vise selvmedfølelse. Likevel kan de vinne mye på å trene seg på selvmedfølelse når de har kommet seg forbi frykten og motstanden. Pasienter kan ha negative oppfatninger om medfølelse. De

kan for eksempel tenke at det er et tegn på svakhet å være vennlig mot seg selv, at de kan bli selvopptatte eller at de ikke fortjener det. Videre utforskning kan avsløre at de er redde for å bli late, ubehagelige og ute av stand til å bli likt dersom de gir opp selvkritikk. Noen tror at de vil bli straffet for det senere hvis de er selvmedfølende. Terapeuten utforsker stadig pasientens følelser og tanker rundt funksjonen til deres selvkritikk og hvordan det ville være å erstatte selvkritikk med selvmedfølelse (Gilbert, 2009b).

4. Veier til Endring i Kognitiv atferdsterapi og Medfølelsesfokusert terapi

I denne delen vil jeg først drøfte likheter og forskjeller i årsaksforståelse i KAT og CFT. Deretter vil jeg drøfte likheter og forskjeller i endringsforståelse. Til sist vil jeg diskutere likheter og forskjeller i intervensjoner og terapeutiske prinsipper.

4.1 Årsaksforståelse

Årsaksforståelsen i de to modellene skiller seg ut fra hverandre ved at KAT legger underliggende kognitive skjema og oppfatninger til grunn for psykopatologi (Beck, 1979; Beck et al., 2011), mens CFT viser til ubalanse i underliggende emosjonsreguleringsystemer (Gilbert, 2009b, 2010). Ifølge KAT kan tidlige negative livserfaringer skape negative skjema. Når et skjema blir aktivert forvrenges pasientens tolkninger for å passe med skjemaet. Dette kan føre til vonde tanker, følelser og maladaptiv atferd (Beck, 1979; Hofmann & Beck, 2012). Ifølge CFT kan dårlige erfaringer med andre tidlig i livet gjør at pasienten får vansker med å føle seg beroliget av andre og seg selv. De får ikke tilgang til trygghetssystemet, og dermed blir ikke trusselsystemet nedregulert. Trusselsystemet vil fortsette å være aktivt og generere stress, negative følelser og selvkritiske tanker (Gilbert, 2009b, 2010).

Det er mulig å identifisere noen likhetstrekk mellom årsaksforståelsen i modellene. Selvkritikk er for eksempel viktig i begge modellene. I CFT anses selvkritikk som både en

innlært respons og en sikkerhetsstrategi (Gilbert, 2009b). I KAT er selvkritikk knyttet til den kognitive triaden, der deprimerte personer har et negativt selvskjema (Beck, 1979). Begge retningene anser altså selvkritikk som en faktor som bidrar til å skape og opprettholde en deprimert tilstand. Informasjonsproseseringsbias er også viktig i begge retningene. I CFT forårsakes biaset av trusselsystemet, som retter sinnet imot potensielle trusler (Gilbert, 2014). I KAT er det skjemaet som fører til ulike bias, slik som selektiv oppmerksomhet imot stimuli og informasjon som samsvarer med skjemaet (Beck, 1979; Hofmann & Beck, 2012). CFT viser til et begrep kalt sosiale mentaliteter (Gilbert, 2020), som har noen likhetstrekk med skjemabegrepet i KAT. Både skjema og sosiale mentaliteter påvirker hvordan vi oppfatter oss selv og andre. Sosiale mentaliteter er annerledes fra skjema ved at det er grunnet i evolusjonære mekanismer og spesifikt knyttet til sosiale roller, og målene i de ulike rollene (Gilbert, 2020).

Et annet likhetstrekk er at begge retningene vektlegger sikkerhetsstrategier. I CFT blir ulike strategier beskrevet, som for eksempel å bruke selvkritikk for å fikse på atferden sin, før andre får mulighet til å kritisere den, eller å anta en underdanig stil for å unngå angrep fra andre (Gilbert, 2009b). I KAT blir selvkritikk knyttet til underliggende antagelser, for eksempel: «Jeg må møte andres forventninger, ellers vil de avvise meg». Selvkritikken kan sees som en sikkerhetsstrategi for å forhindre forventet avvising. Passiv atferd og isolasjon er en sikkerhetsstrategi som kan oppstå dersom personen har vært i konflikt med viktige andre, eller hatt et nylig tap. Den passive atferden skyldes en forventning om ytterligere konflikt eller tap dersom de interagerer med verden (Beck, 1979).

CFT legger også vekt på hvordan utviklede kognitive kompetanser kan stimulere emosjonsreguleringssystemene på negative måter. Bekymring og ruminering kan for eksempel aktivere trusselssystemet, som videre vil rette tankene mot flere bekymringer, slik at

en ond sirkel oppstår (Gilbert, 2014). KAT legger også vekt på onde sirkler. Et skjema kan for eksempel føre til en negativ tolkning. Tolkningen kan føre til negative følelser, og følelsen kan gjøre at tolkningen oppleves som gyldig. Dette kalles emosjonell resonnering (Hofmann & Beck, 2012).

Det kan hevdes at CFT har en mer sammensatt årsaksforståelse av psykisk lidelse. Teorien i CFT er basert på forskning fra flere ulike retninger: Evolusjonsteori, utviklingspsykologi, tilknytningsteori, sosialpsykologi og nevrovitenskap (Gilbert, 2009b). Den setter utviklede og nedarvede egenskaper i mennesket i sammenheng med interaksjoner i individets miljø. Beck (1979) vektlegger på sin side at KAT ikke forsøker å finne den endelige årsaken til psykisk lidelse, om det er forårsaket av arv eller læring. Isteden hevder han at det kan observeres en årsaksrekke, der tenkning fører til bestemte følelser og atferd, og at endringer i tenkning ledsages av endringer i følelse og atferd. I senere tid har han lagt mer vekt på forskning som viser til gener som predisponerer for depresjon, og hvordan stressende hendelser tidligere i livet kan senke terskelen for å utløse stressrespons (Beck & Alford, 2009). Et fokus i terapien blir å endre sikkerhetsatferd, som opprettholder angst og stress. Her er responsprevensjon og eksponering viktige elementer (Hofmann & Beck, 2012). Beck (1979) vektlegger likevel endringer av tanker som den viktigste intervensjonen for å endre følelser og atferd.

4.2 Endringsforståelse

CFT og KAT har ulike teorier om hvordan endring oppstår i terapi. Ifølge Beck (1979) fører endring i tanker til endring i følelser og atferd. Han skriver også om å endre på atferd, men da som et middel for å endre tankene. En kan for eksempel utføre et atferdseksperiment der en utfører en aktivitet for å motbevise at en ikke kan utføre den aktiviteten. Beck (1979) hevder at pasientens tanker fører til symptomene på depresjon.

Dersom en pasient for eksempel tenker at hen er uønsket og mislykket, kan hen føle seg trist og engstelig, og hvis hen tenker at det ikke nytter å prøve, kan hen føle apati. Beck (1979) hevder at dersom pasienten kan endre oppfatning og tenke at hen er ønsket og at hen kan få til ting, så kan følelsene endres. Pasienten kan da istedet føle mer håp, selvtillit og glede. Dersom pasienten kan tilegne seg nye perspektiver kan tenkningen hans også bli mer nyansert. Hen kan for eksempel tenke at hen har både sterke og svake sider, og kan jobbe med å forbedre sine svake sider. Å endre på de negative automatiske tankene gir midlertidig bedring. Varig endring skjer når det primære skjemaet erstattes av et mer nøyaktig og adaptivt skjema, ifølge Beck (1979). Det finnes også andre forklaringer, for eksempel at skjemaene blir deaktivert av terapien, eller at pasienten lærer kompensierende ferdigheter som begrenser de negative tankene (Crits-Christoph & Gibbons, 2021).

CFT har ikke det samme fokuset på tanker. Ifølge CFT (Gilbert, 2009b) skjer endring når pasienten får tilgang til trygghetssystemet gjennom å motta medfølelse fra seg selv og andre. Pasienten trener på en rekke øvelser som aktiverer trygghetssystemet, som for eksempel å se for seg en medfølelse person: Hvordan hen snakker til og behandler pasienten. Når de lærer å stimulere trygghetssystemet kan de nedregulere trusselsystemet, slik at de kan begrense de vonde tankene og følelsene som trusselsystemet genererer.

Gilbert (2010) mener at det ikke er nok å finne alternative tanker til de negative tankene for å skape endring. Han mener at det er viktigere hvordan pasientene snakker til seg selv, enn hva de sier. Dersom de alternative tankene blir sagt på en aggressiv og kritisk måte vil de likevel føle seg engstelig og triste, og tankene vil ikke *oppleves* som hjelpsomme. Hvis tankene blir sagt på en medfølelse, støttende måte er det mer sannsynlig at de vil kjenne seg beroliget og motiverte. Gilbert (2007) snakker om et misforhold mellom det kognitive og det emosjonelle. Han viser til pasienter som sier de forstår logikken bak de alternative tankene,

men likevel ikke føler seg annerledes. For at de skal føle seg annerledes må pasientenes underliggende emosjonssystemet berøres, ifølge Gilbert (2007). Det er ikke nok i seg selv at tankene er logiske og underbygget av bevis. Gilbert nevner at moderne KAT terapeuter også har begynt å fokusere mer på hjelpsomme versus uhjelpsomme tanker. Også Beck (1979) nevner at en mulighet er å undersøke og teste om tankene hjelper eller bidrar til å opprettholde problemene. Ifølge Gilbert (2007) må endringer i atferd og tanker *oppleves* som hjelpsomme for pasienten dersom de skal hjelpe. Alternativt hjelper det også hvis pasienten kan forestille seg at det ville føles hjelpsomt hvis de greide å endre atferden. Noen opplever det som betryggende å sjekke bevisene for katastrofetankene, og se at de ikke har hold i virkeligheten. Andre finner det ikke hjelpsomt: De greier ikke å forestille seg mulige utfall som hjelpsomme, og vet ikke hvordan det ville være å føle seg beroliget, trygg og tilfreds. Selv om de motbeviser en bekymring kan trusselsystemet være så aktivt at de fortsetter å finne nye bekymringer. Dersom de ikke får tilgang til trygghetssystemet vil ikke trusselsystemet roes ned, og da vil ikke logiske argumenter hjelpe, ifølge Gilbert (2007).

Beck (1979) mener i motsetning til dette at det er våre overbevisninger og oppfatninger som påvirker hva vi føler. Hvis en pasient for eksempel sier at hen føler seg verdiløs, mener Beck at pasienten egentlig sier at hen har en *oppfatning* om at hen er verdiløs. Beck mener at det ikke er mulig å tro noe følelsesmessig: «emosjoner inkluderer følelser og sensasjoner; tanker og oppfatninger fører til emosjoner» (Beck, 1979, s. 302, min oversettelse). Når pasienten sier at hen tror på det terapeuten sier intellektuelt, men ikke emosjonelt, mener pasienten ifølge Beck (1979) at hen anerkjenner muligheten for at terapeuten har rett, men at hen ikke er overbevist. I motsetning til Gilbert (2007), som mener at pasienten må øve seg på å berolige seg selv, slik at trusselsystemet ikke genererer nye bekymringer, mener Beck (1979) at pasienten er nødt til å bli overbevist om den mer

realistiske og mindre katastrofepregede oppfatningen, dersom hen skal føle seg beroliget. Graden av overbevisning avhenger av situasjonen og pasientens tilstand. Dersom en oppfatning (skjema) har blitt aktivert i flere situasjoner og blitt forsterket av informasjonsprosesseringsbias, kan oppfatningen bli dominerende, slik at en tror mer på denne oppfatningen enn andre (Beck, 1979).

Andre steder skriver Beck at «når et individ har en viktig oppfatning (belief), har hen vanligvis en slags subjektiv følelse om den. Hen har lært å stole på denne subjektive følelsen om at oppfatningen stemmer» (Beck, 1979, s. 32, min oversettelse). Beck sier altså at oppfatningen fører til en subjektiv følelse, og at denne subjektive følelsen gjør at en stoler på oppfatningen. Å bruke en subjektiv følelse som bevisgrunnlag for en tanke eller oppfatning kalles emosjonell resonnering. Dette begrepet blir også referert til i senere tekster om KAT (Hofmann & Beck, 2012). Dermed ser det ut til at KAT også anerkjenner at følelser kan påvirke våre oppfatninger. Ifølge Beck (1979) er det likevel slik at følelsene oppstår som en følge av tankene. Når han er opptatt av følelser, er han først og fremst opptatt av at følelsene kan brukes til å finne ut mer om pasientens underliggende oppfatninger.

Beck (1979) har imidlertid også lagt vekt på følelser på andre måter. Han har for eksempel vektlagt at både tanker, følelser, motivasjon og fysiske sensasjoner påvirker hverandre gjensidig. Terapeuten kan fokusere på hvilken som helst av disse komponentene for å redusere symptomene på depresjon (Beck, 1979, s.167). Beck (1979) skriver også om hvordan terapeuten kan fokusere på følelser, dersom tankene bak pasientens dysfori ikke er tydelige. Ved å oppmuntre pasienten til å uttrykke følelsene sine, gjennom å sette ord på dem eller gråte, kan pasientens dysfori midlertidig senkes. Når en pasient gråter, kan hen føle sympati for seg selv. Da vil pasientens oppfatning av seg selv skifte fra et devaluerende og avvisende syn til et sympatisk. Beck (1979) hevder at det sympatiske kognitive settet er

uforenlig med det selvkritiske settet, slik at det selvkritiske settet holdes tilbake når det sympatiske er aktivert. Dette ligner på teorien i CFT om at selvmedfølelse hemmer selvkritikk og trusselsystemet. Intervensjonene som fokuserer på følelser i KAT er likevel ikke de som legges mest vekt på. Hovedmålet er å endre de underliggende oppfatningene (Beck, 1979).

På samme måte som emosjoner spiller en rolle i KAT, spiller også kognisjoner en rolle i CFT. Kognisjoner er definert som tanker og mentale bilder i bevisstheten (Beck, 1979). Et viktig poeng i CFT er nettopp at våre tanker og forestillingsbilder kan påvirke våre fysiologiske og emosjonelle systemer (Gilbert, 2009b). Selvkritiske tanker stimulerer trusselsystemet og aktiverer en fysiologisk stressrespons, mens selvmedfølelende tanker aktiverer trygghetssystemet, som nedregulerer stressresponsen. I CFT øver en altså på å bytte ut selvkritiske tanker med selvmedfølelende tanker. CFT har imidlertid mer fokus enn KAT på hvordan en sier tankene til seg selv og den emosjonelle tonen til selvsnakket (Gilbert, 2010). Oppsummert ser det ut til at både emosjoner og kognisjoner er viktig i begge terapimodellene, men at KAT prioriterer tanker, mens CFT prioriterer følelser.

4.3 Terapeutiske prinsipper

KAT og CFT har en del ulike kjennetegn, og følger ulike prinsipper. I CFT er det særlig tre aspekter ved den terapeutiske praksisen som er viktig: Terapeuten bruker egenskapene og ferdighetene til medfølelse, pasienten opplever egenskapene og ferdighetene til medfølelse gjennom interaksjonen med terapeuten og terapeuten hjelper pasienten å utvikle egenskapene og ferdighetene til medfølelse (Gilbert, 2009b). KAT er kjennetegnet av å være strukturert, fokusert på her-og-nå og opptatt av empirisk undersøkelse. KAT er strukturert på en måte der terapeuten hele tiden er aktiv og oppmuntrer pasienten til å delta i intervensjonene og den terapeutiske prosessen. KAT følger et prinsipp kalt kollaborativ empirisme, som går ut på at terapeut og pasient samarbeider om å undersøke pasientens oppfatninger (Beck, 1979).

KAT kjennetegnes av en klar struktur, med klare steg mot bestemte mål (Beck, 1979; Beck et al., 2011). For eksempel arbeider en først med å identifisere og teste pasientens negative tanker, før en gradvis nærmer seg pasientens underliggende oppfatninger. Terapeut og pasient bestemmer seg også for å fokusere på et bestemt problem i timen, og arbeider systematisk med å løse problemet, for eksempel gjennom å undersøke tanker, atferdseksperiment eller rollespill. KAT kjennetegnes av et her-og-nå fokus (Beck, 1979). Det fokuseres på pasientens tenkning i og mellom terapitimene, og ikke på fortiden, med mindre det er relevant for pasientens nåværende problem. Til sist er et viktig prinsipp i KAT prinsippet om empirisk undersøkelse (Beck, 1979). Pasientens ideer og oppfatninger blir formulert som hypoteser, som blir systematisk testet. De kan testes gjennom å utforske bevis for og imot oppfatningen, eller å utvikle systemer som kan gi en mer objektiv vurdering av oppfatningene.

Det er også litt overlapp i terapeutiske intervensjoner mellom KAT og CFT. Mange av intervensjonene som benyttes i CFT ble opprinnelig brukt i KAT, slik som eksponering og revurdering av oppfatninger (Gilbert, 2009b, 2010). En forskjell er at CFT har et eksplisitt fokus på at pasienten skal ha en medfølende holdning til seg selv når de skal tilnærme seg intervensjonene. I nyere tid har det også blitt mer fokus på å integrere metta meditasjon og medfølende meditasjon i KAT (Stefan & Hofmann, 2019). Begge retningene arbeider også med selvkritikk, men på litt forskjellige måter. KAT har mer fokus på å få et mer realistisk syn på seg selv, istedetfor et ensidig negativt. Det er også et fokus å øve på selvhevdelse og å eksponere seg ved å uttrykke behov istedenfor å bare fokusere på hva en «burde» gjøre (Beck, 1979). I CFT er det mer fokus på å utvikle et selvmedfølende forhold til seg selv, i motsetning til et selvkritisk selvforhold (Gilbert, 2009b, 2010). Begge retningene har fokus på å øve på å rose innsats fremfor resultater, og å øve på å prioritere behov og ønsker mer. Begge retningene har også fokus på å arbeide med motstand: De utforsker pasientens frykt for å gi

opp selvkritikk og prøver å oppmuntre pasienten til å gradvis adoptere andre strategier (Beck, 1979; Gilbert, 2009b).

CFT og KAT vektlegger begge at terapeuten må være varm og empatisk (Beck, 1979; Gilbert, 2010). Gilbert (2009b) vektlegger at terapeutens medfølende holdning bidrar både til å stimulere pasientens trygghetssystem og fungerer som rollemodell for pasienten. I CFT er det også viktig at terapeuten fungerer som en trygg base og sikker havn, noe som skaper et optimalt miljø for utforsking og bearbeiding for pasienten. Utfra tilknytningsteori kan pasienten også endre sin indre arbeidsmodell og fungere som en trygg base og sikker havn for seg selv, samt å endre forventning overfor andre: At det er mulig å motta omsorg fra andre og at andre kan bry seg om en (Gilbert, 2020). Beck (1979) nevner ikke noe om tilknytningsteori, men vektlegger hvordan en varm holdning hos terapeuten kan motvirke pasientens tendens til å se andre som likegyldige til hen eller se seg selv som uvelkommen. Det viktige er hvordan pasienten oppfatter terapeutens holdning, ikke graden av varme terapeuten viser sett utenfra eller hvordan terapeuten oppfatter kvaliteten av sin empati. Beck (1979) vektlegger også at terapeuten må tilpasse uttrykket sitt til pasientens reaksjoner. For lite varme kan tolkes som avvisning, mens for mye varme kan tolkes som falskt, eller misforstås som romantisk kjærlighet. Beck (1979) vektlegger også nøyaktig empati. Nøyaktig empati kan gjøre at pasienten føler seg forstått, noe som kan oppmuntre til videre deling av tanker og følelser. Slik kan empati styrke den terapeutiske relasjonen og det terapeutiske samarbeidet. Empati bidrar også til relasjonen ved at terapeuten bedre kan forstå årsakene til pasientens motstand. Hvis terapeuten kan se at motstanden henger sammen med pasientens syn på seg selv som inkompetent eller maktesløs, kan dette hindre antiterapeutiske reaksjoner slik som frustrasjon eller irritasjon. Ved å finne ideene som hindrer pasienten blir terapeuten også istand til å teste og utfordre disse ideene sammen med pasienten. Det er viktig at terapeuten ikke antar at

pasienten reagerer på samme måtet til hendelser som seg selv. Terapeuten må ikke projisere sine egne forventninger over på pasienten og påvirke pasientens meddeling, slik at terapeuten får feil bilde av pasienten. Det er også viktig å samtidig holde en objektiv distanse og ikke adoptere pasientens virkelighetssyn (Beck, 1979).

5. Konklusjon

Denne oppgaven har sammenlignet forskjellene og likhetene i forståelsen av terapeutisk endring mellom kognitiv atferdsterapi og medfølelsesfokusert terapi, ved behandling av depresjon. Først ble forskning, endringsforståelse, årsaksforståelse og terapeutiske prinsipper i de to retningene beskrevet. Deretter ble de to retningene sammenlignet på endringsforståelse, årsaksforståelse og terapeutiske prinsipper. Det ble funnet at KAT hadde mest fokus på å identifisere og endre dysfunksjonelle antagelser og oppfatninger, mens CFT hadde mest fokus på å lære pasienten å føle mer medfølelse med seg selv. Retningene har likevel ikke et ensidig fokus på enten tanker eller følelser, men prioriterer dem forskjellig.

Retningene er enige i at negative hendelser tidlig i livet kan gjøre folk mottagelige for å utvikle depresjon senere i livet, men de er uenige i hvilke systemer som blir påvirket av negative hendelser. KAT mener at negative hendelser endrer personens kognitive organisering, ved at negative skjemaer skapes. CFT vektlegger at negative hendelser gjør personer sensitivert til andres kritikk og lettere føler selvkritikk og skam. De får et reaktivt trusselsystem som genererer selvkritiske tanker og tanker om trusler. Retningene har også ulike antagelser om hvordan endring skjer. KAT tenker at endring forekommer dersom personens negative oppfatninger modifiseres, gjennom at personen tar til seg alternative, mer nyanserte og realistiske oppfatninger. CFT antar at endring vil skje dersom personen gjennom den terapeutiske relasjonen og gjennom praktisering av medfølelse får trygghetssystemet

stimulert, slik at personen får bedre tilgang til det. Etersom retningene har ulike endringsforståelse tar de også i bruk ulike intervensjoner. KAT fokuserer på å undersøke og teste automatiske tanker og underliggende oppfatninger, mens CFT fokuserer på ulike øvelser som har til hensikt å stimulere medfølelse. Det er imidlertid noen overlapp i intervensjoner. CFT tar i bruk prinsipper fra KAT, slik som utforskning av perspektiver og eksponering. Et annet fellestrekk er at begge retningene anerkjenner at emosjoner og kognisjoner står i et dialektisk forhold, der de gjensidig påvirker hverandre. Dette er i tråd med Wachtels (1977) poeng om sykliske endringsprosesser. Wachtel kommer for eksempel med en hypotese om at innsikt og atferd har en gjensidig påvirkning på hverandre. I undersøkelsen av KAT og CFT kommer det også frem at tanker og følelser har en gjensidig påvirkning på hverandre. I teorien kan dermed terapeuter fra KAT og CFT ta i bruk prinsipper og intervensjoner fra den andre retningen, for å kunne tilnærme seg pasientens vansker fra ulike vinkler. Dette gir flere redskaper og større rom for tilpasning. Flere forskere har begynt å tale for integrasjon av ulike prinsipper og intervensjoner. Hoffart & Langkass (2013) har for eksempel argumentert for at kognitiv atferdsterapi burde ta i bruk prinsipper fra emosjonsfokuserede terapier, særlig prinsippet om å anvende adaptive emosjoner for å motvirke maladaptive emosjoner. Dette er i tråd med CFTs prinsipp om å bruke selvmedfølelse for å motvirke selvkritikk. Stefan & Hofmann (2019) har også skrevet om å integrere kjærlig-vennlighets meditasjon og medfølende meditasjon som en intervensjon i KAT. Hypotesen om vekselvirkningen mellom emosjoner og kognisjoner kan kanskje også testes gjennom prosessforskning. Ulike teorier om endring innenfor KAT har blitt testet, mens CFT er en nyere modell, og det er såvidt jeg vet ikke blitt gjort prosessstudier som tester endringsteorien i CFT. Medfølende meditasjon og loving kindness meditasjon er imidlertid blitt studert og blitt knyttet til forbedring i immunsystem, mindre selvkritikk, mindre stresshormon og mer omsorgshormon (Gilbert,

2010). KAT og CFT har tilsynelatende ulike endringsprinsipp. Dette er nyttig fordi det viser flere ulike veier til endring, som kan forskes mer på. Det kan være interessant å forske mer på om medfølelse forestilling og øving på medfølelsesferdigheter påvirker endring, og på hvilke måter. En begrensning i denne oppgaven er at den ikke kan si noe om endringsmekanismer og endringsprosesser ut ifra et empirisk perspektiv, siden det er en teoretisk oppgave. Den kan imidlertid bidra med å klargjøre likheter og forskjeller mellom to ulike endringsforståelser, vise ulike veier til endring, og hvordan ulike endringsprosesser (vekselvirkning mellom emosjoner og kognisjoner) kan påvirke hverandre.

Referanser

- Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L. G. (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 953-959.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression : causes and treatment* (Second edition. ed.). University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62(1), 397-409.
- Beck, A. T., Haigh, E. A. P., Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). *Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model* [1-24]. Palo Alto, Calif. .:
- Beck, J. S., Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive behavior therapy : basics and beyond* (2nd edition. ed.). Guilford Press.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert review of neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.
- Crits-Christoph, P., & Gibbons, M. B. C. (2021). Psychotherapy process–outcome research: advances in understanding causal connections. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 263-296.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression* (3 ed.). London: SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781446279830>

- Gilbert, P. (2009a). *The compassionate mind : a new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment : the Royal College of Psychiatrists' journal of continuing professional development*, 15(3), 199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy : distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2013). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203642221>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From Its Evolution to a Psychotherapy. *Front Psychol*, 11, 586161-586161. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Hardy, G. E., & Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. In *Psychotherapy Research* (pp. 183-194). Springer.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær-og spesialisthelsetjenesten. In: Helsedirektoratet Oslo, Norway.
- Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2013). Emosjon og kognisjon i kognitiv terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 752-758.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. (2017). *The science of cognitive behavioral therapy*. Academic Press.

- Hofmann, S. G., & Beck, A. T. (2012). *An introduction to modern CBT : psychological solutions to mental health problems*. Wiley-Blackwell.
- Jørgensen, C. R., & Bateman, A. (2019). *The psychotherapeutic stance*. Springer.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res*, 19(4-5), 418-428. <https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792.
- Knobloch-Fedders, L. M., Elkin, I., & Kiesler, D. J. (2015). Looking back, looking forward: A historical reflection on psychotherapy process research. *Psychotherapy Research*, 25(4), 383-395.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol. Med*, 45(5), 927-945.
<https://doi.org/10.1017/S0033291714002141>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - Mostly. *Clinical psychology (New York, N.Y.)*, 9(1), 2-12.
<https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.2>
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: Yesterday, today, and tomorrow.
- Newman, M. G., Agras, W. S., Haaga, D. A., & Jarrett, R. B. (2021). Cognitive, behavioral, and cognitive behavioral therapy.
- Stefan, S., & Hofmann, S. G. (2019). Integrating Metta Into CBT: How Loving Kindness and Compassion Meditation Can Enhance CBT for Treating Anxiety and Depression.

Clinical Psychology in Europe (CPE), 1(3), 160.

<https://doi.org/10.32872/cpe.v1i3.32941>

Stricker, G. (2010a). Psychotherapy integration. *Psychotherapy Bulletin*, 410, 25-28.

Stricker, G. (2010b). A second look at psychotherapy integration. *Journal of psychotherapy integration*, 20(4), 397.

Stricker, G., & Gold, J. (2011). Integrative approaches to psychotherapy.

Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy : toward an integration*. Basic Books.

Wachtel, P. L. (2018). Pathways to Progress for Integrative Psychotherapy: Perspectives on Practice and Research. *Journal of psychotherapy integration*, 28(2), 202-212.

<https://doi.org/10.1037/int0000089>

Wakelin, K. E., Perman, G., & Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*, 29(1), 1-25.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2586>

Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Routledge.

Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling psychologist*, 40(4), 601-623.

<https://doi.org/10.1177/0011000011432709>

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.

- Welford, M., & Gilbert, P. (2013). *The Power of Self-Compassion: Using Compassion-Focused Therapy to End Self-Criticism and Build Self-Confidence*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. Y. (2018). Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, *10*(6), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved November 23, 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>