



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

Ψ

Kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori
En sammenlignende undersøkelse av teoriene med henblikk på
forståelse og behandling av depresjon

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Kristin Brabrand, Ellen Søvik og Ane Jostedt Blomdal

Høst 2012

Veileder

Geir Høstmark Nielsen

Forord

Vi ønsker å takke vår veileder Geir Høstmark Nielsen for konstruktive innspill, gode refleksjoner og grundig veiledning. Vi har satt pris på høy faglig kompetanse, raske tilbakemeldinger og oppmuntring gjennom skriveprosessen.

Abstract

Psychotherapy theories differ in how they understand and approach depression (Nordahl et al., 2012). In this paper we compare the control-mastery theory and Beck's cognitive theory, with the aim to identify similarities and differences between the theories. In this comparison, similarities in conceptualization appeared. Both the control-mastery theory and Beck's cognitive theory describe depression as developed on the basis of maladaptive cognitions (Beck, 1970; Weiss, 1993). At the same time, the theories differ in how they explain the development of such maladaptive cognitive structures. The control-mastery theory has a primary and overarching focus on the significance of relational aspects (Silberschatz, 2005). Beck assumes to a greater extent that several interacting factors are involved (Beck, 1970). The theories both promote that fundamental change in maladaptive cognitive structures is needed to create relief for the depressed patient (Beck, 1970; Weiss, 1993). The control-mastery theory and Beck's cognitive theory differ in terms of interventions considered essential in therapy. In general, similarities between the theories primarily appear on the conceptual level. Greater differences are found in how the two theories view and describe the therapeutic approach to depression. Control-mastery theory emphasizes a highly individualized approach that places the therapeutic relationship and the workings of the unconscious at the center of the treatment (Silberschatz, 2005). Beck, on the other hand, approaches the depressed patient with a manual-based and diagnosis-specific treatment with a primary focus on correction of dysfunctional thinking (Wills, 2009).

Keywords: Control-mastery theory, Beck's cognitive theory, depression, pathogenic beliefs, schema.

Sammendrag

Ulike psykoterapiteorier forstår og tilnærmer seg depresjon på ulike måter (Nordahl et al., 2012). I denne oppgaven undersøkes likheter og forskjeller mellom kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori. Det fremkommer likheter mellom de to teorienes forståelsesmodeller, ved at de begge anser maladaptiv kognisjon som til grunnliggende for depresjonsutvikling (Beck, 1970; Weiss, 1993). Samtidig er de ulike i sitt syn på hvordan maladaptive kognitive strukturer dannes. Kontrollmestringsteori har et overordnet fokus på relasjoners rolle (Silberschatz, 2005), mens Beck trekker frem hvordan flere interagerende faktorer er av betydning (Beck, 1970). Både kontrollmestringsteori og Beck hevder at bedring hos deprimerte pasienter forutsetter endring av de maladaptive kognitive strukturer (Beck, 1970; Weiss, 1993). Retningene skiller seg imidlertid kvalitativt fra hverandre når det gjelder hvilke terapeutiske intervensjoner som blir vektlagt i behandlingsarbeidet. På et overordnet plan kan en derfor si at kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori viser konseptuelle likheter, mens det fremkommer større ulikheter i hvordan de tilnærmer seg depresjon i behandling. Kontrollmestringsteori kjennetegnes av en ytterst individspesifikk tilnærming, hvor den terapeutiske relasjonen og ubevisste prosesser ses som sentrale elementer (Silberschatz, 2005). Beck fordrer på sin side en manualbasert og diagnosespesifikk behandling, hvor fokus blir rettet mot korrigerende av maladaptiv kognisjon (Wills, 2009).

Nøkkelord: Kontrollmestringsteori, Becks kognitive teori, depresjon, patogene antakelser, skjema.

Innholdsfortegnelse

Innledning	9
Problemformuleringer og formål	10
Depresjon	11
Begrunnelse for valg av fokus og problemstilling	11
Avgrensning, spesifisering og definisjoner	12
<i>Becks kognitive terapi</i>	12
<i>Fokus på depresjon</i>	13
<i>Kognitiv terapi / kognitiv atferdsterapi</i>	14
<i>Kontrollmestringsteori</i>	14
<i>Omtale av terapeut og pasient</i>	14
Innhenting av litteratur	14
Spesielle utfordringer i arbeidet	15
Kontrollmestringsteori	15
Bakgrunn	16
Forståelse av psykopatologi	16
<i>Patogene antakelser som årsak til psykopatologi</i>	16
<i>Utvikling av patogene antakelser</i>	18
<i>Skyld og skam</i>	19
Kontrollmestringsteoris forståelse av depresjon	21
Aaron T. Becks kognitive teori og terapi	23
Bakgrunn	23
Forståelse av psykopatologi	24
<i>Stress-sårbarhetsmodellen</i>	24
<i>Samhandlende systemer</i>	24
Sentrale begreper	25
<i>Skjema</i>	25
<i>Kjerneantakelser</i>	26
<i>Automatiske tanker</i>	27
Becks kognitive depresjonsmodell	28
<i>Den depressive triaden</i>	28

<i>Strukturell organisering av depressiv tenkning</i>	29
<i>Informasjonsprosesseringsfeil</i>	29
<i>Predisponering for depresjon</i>	30
Terapeutisk tilnærming til behandling av depresjon: Kontrollmestringsteori sin forståelse av terapeutisk endring	31
Pasientens ubevisste plan	31
Avkreftelse av patogene antakelser	32
<i>Den terapeutiske relasjonen</i>	32
<i>Innsikt</i>	35
<i>Testing</i>	35
Pasientens og terapeutens roller i behandlingen: Pasienten veileder terapeuten.....	37
Planformulering	38
Struktur og tidsperspektiv.....	39
Betydningen av skyld og skam i behandling av depresjon.....	40
<i>Skyld</i>	40
<i>Skam</i>	43
Becks tilnærming til behandling av depresjon	44
Kognitiv terapi.....	44
<i>Kognitiv terapi ved depresjon</i>	45
Den terapeutiske relasjonen.....	47
<i>Varme</i>	49
<i>Empati</i>	49
<i>Ekthet</i>	50
<i>Overføring og motoverføringsreaksjoner</i>	50
Pasientens og terapeutens roller i behandlingen.....	52
Kasusformulering	53
Terapeutiske intervensjoner.....	55
Struktur og tidsperspektiv.....	57
Affektive symptomer ved depresjon: Skam og skyld.....	58
Diskusjon: Sammenligning av teoriens forståelse og tilnærming til depresjon	61
Kasus	61

Teorienes syn på bevisste og ubevisste prosesser	62
Teorienes menneskesyn.....	64
Maladaptive antakelser som forklaringsmodell for depresjon	66
<i>Skjema og patogene antakelser</i>	66
<i>Utvikling av depresjon</i>	66
<i>Opprettholdende faktorer</i>	70
Behandlingstilnærming til depresjon: Hvordan kan maladaptive antakelser endres?.....	74
<i>Intervensjoner</i>	74
<i>Rammebetingelser</i>	75
<i>Terapeutiske oppgaver og utfordringer</i>	76
<i>Betydningen av den terapeutiske relasjonen</i>	77
<i>Pasientens og terapeutens roller</i>	79
<i>Teorienes tilnærming til Jon</i>	79
<i>Fokus i terapien</i>	86
<i>Innsikt i prosesser utenfor bevissthet</i>	86
Konklusjon	87
Avsluttende tanker	89
Referanser	90

Innledning

Psykodynamiske og kognitive tilnærminger til behandling er to dominante retninger på psykoterapifeltet (Nordahl, Martinsen, & Wang, 2012), og er begge behandlingsformer som har oppnådd betydelig empirisk støtte (Beck & Dozois, 2011; Silberschatz, 2005). Tradisjonelt har de to retningene på mange måter blitt betraktet som konkurrerende paradigmer, hvor ulikheter i teori og behandlingstilnærming er fremhevet (Milton, 2001). Spesielt er det vektlagt hvordan teoriene skiller seg med tanke på konkretisering av mål og behandlingsstrukturen, grad av symptomfokus, fokus på tidlige erfaringer, og vektlegging av bevisste og ubevisste prosesser (Milton, 2001).

En teori som integrerer elementer fra både den psykodynamiske og kognitive tradisjonen, er kontrollmestringsteori (Silberschatz, 2005; Weiss, Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Denne tilnærmingen ble utviklet innenfor et psykoanalytisk rammeverk, men beskrives i dag som en integrativ teori basert på elementer både fra psykodynamisk, relasjonell, humanistisk og kognitiv psykoterapiteori (Silberschatz, 2005). Kontrollmestringsteori legger menneskets motivasjon for tilpasning til grunn for utvikling av psykopatologi. Teorien beskriver hvordan psykopatologi oppstår på bakgrunn av at mennesker, som forsøk på å tilpasse seg usunne psykologiske miljø, utvikler uriktige antakelser om seg selv og andre (Weiss et al., 1986).

Kontrollmestringsteori antar at disse antakelsene i stor grad er ubevisste og at de er en kilde til indre konflikt. Slik samsvarer teorien med sentrale prinsipper innenfor psykodynamisk teori (Silberschatz, 2005). Ideen om uhensiktsmessige tanke-systemer som bakenforliggende for psykopatologi, har imidlertid klare paralleller til kognitiv teori (Beck, 1976; Silberschatz, 2005). Kognitiv teori beskriver hvordan mennesker fortsetter å tolke nye erfaringer gjennom antakelser utviklet på bakgrunn av tidlige erfaringer med

omverdenen (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Psykiske lidelser ses innenfor kognitive tilnærminger som et resultat av dysfunksjonelle tankemønstre, og endring av disse antas å skape bedring (Beck et al., 1979).

Kognitiv terapi er en fellesbetegnelse som i dag favner om tilnærminger som søker å behandle psykopatologi hovedsakelig gjennom kognitive intervensjoner (Milton, 2001). De fleste kognitive retninger har en manualbasert tilnærming til psykoterapi, hvor diagnose er retningsgivende for hvilke spesifikke teknikker som tas i bruk (Carr & McNulty, 2006). Ulike psykiske lidelser antas å innebære et sett med særegne kognitive karakteristika, som vil kreve spesifikke terapeutiske intervensjoner (Beck et al., 1979). Tanken om en slik spesifisitet innenfor de diagnostiske kategoriene kan spores tilbake til Aaron Beck og hans beskrivelser av deprimerte pasienters karakteristiske tenkning (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Beck benevnes ofte som en av foregangsmennene til moderne kognitiv terapi og manualbasert terapi (Wills, 2009).

Etttersom kontrollmestringsteori integrerer flere teoretiske perspektiver, har den blitt sammenlignet med retningene den har hentet elementer fra (Silberschatz, 2005). Det har blitt pekt på at kontrollmestringsteori i sin forståelse av psykopatologi har flere likhetstrekk med kognitiv teori (Silberschatz, 2005). På bakgrunn av dette kan det være interessant å se nærmere på de to teoriens forklaringsmodeller og behandlingstilnærming til psykopatologi.

Problemformuleringer og formål

Med denne oppgaven ønsker vi å undersøke likheter og ulikheter på tvers av kontrollmestringsteori og Becks kognitive terapi. Vi vil først se nærmere på de to tilnærmingenes teoretiske begreper og forklaringsmodeller knyttet til psykopatologi.

Deretter vil vi sammenligne teoriernes tilnærming til behandling. Vi har valgt å belyse likhetstrekk og ulikheter mellom teoriene ved å se nærmere på deres forståelse av depresjon, og vi har formulert følgende problemstillinger:

- 1) Hva kjennetegner *forklaringsmodellene* som ligger til grunn for henholdsvis kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori sitt syn på depresjon?
- 2) Hvilke likheter og forskjeller finnes mellom de to teoriene med henblikk på *behandling* av depresjon?

Depresjon

Det er grunnlag for å regne depresjon som en folkesykdom. En epidemiologisk undersøkelse fra Oslo viser at mellom hver femte og sjette person rammes av depresjon i løpet av livet. WHO har slått fast at depresjon er en av de ledende årsakene til sykdom i den vestlige verden, og en av de viktigste årsakene til arbeidsfravær, sykemelding og uførhet (Helsedirektoratet, 2009). Forekomsten av depresjon har økt de siste 50 årene (Klerman, 1988; Seligman et al., 1995), og lidelsen har en tendens til å være tilbakevendende hos individene som rammes. På grunn av de store individuelle og samfunnsmessige kostnadene ved depresjon, har forskere vært interessert i å identifisere årsaker til utvikling av depresjon, for derigjennom å kunne utvikle gode behandlingsmetoder for lidelsen (O'Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002). I årsaksforklaringer for depresjon har det vært fokus på genetiske, nevrobiologiske, kognitive og psykodynamiske forklaringer (O'Connor et al., 2002). Behandlingsmetodene som benyttes varierer med teoretisk ståsted, men kognitive og psykodynamiske tilnærminger er blant de mest utbredte (Nordahl et al., 2012).

Begrunnelse for valg av fokus og problemstilling

Kontrollmestringsteori har fanget vår oppmerksomhet gjennom sine håndgripelige og klart definerte begreper om hvordan psykiske vansker utvikles og hvordan psykoterapi fungerer. Teorien er i tråd med den relasjonelle vendingen som har funnet sted på store deler av psykoterapifeltet (Binder & Holgersen, 2008), og er forankret i empirisk psykoterapiforskning (Silberschatz, 2005). Med sin sterkt individualiserte behandlingstilnærming, står kontrollmestringsteori imidlertid i kontrast til kognitiv terapi og de senere års økende anstrengelser for å utvikle definerte retningslinjer for behandling av spesifikke lidelser (Jørgensen, 2004; Silberschatz, 2005). Kontrollmestringsteori anerkjenner betydningen av diagnostisk vurdering for en vellykket behandling, men da i form av en svært individspesifikk kasusformulering (Rappoport, 1996; Weiss, 1993).

På samme tid som kontrollmestringsteori og kognitiv teori i nevnte overordnede henseender skiller seg tydelig fra hverandre, er det pekt på hvordan de to behandlingsretningene har klare begrepsmessige likhetstrekk i sin forståelse av psykopatologi (Silberchatz, 2005). Dette er bakgrunnen for at vi ønsker å se nærmere på teorienes beskrivelser av utvikling og behandling av psykopatologi, og her spesielt depresjon.

Avgrensning, spesifisering og definisjoner

Becks kognitive terapi. Kognitiv terapi er en betegnelse som favner om et mangfold av tilnærminger til terapi (Milton, 2001). I vår sammenligning av kontrollmestringsteori og kognitiv teori ønsker vi å se nærmere på Aaron Becks kognitive teori og terapi, og Judith Becks videreutviklinger av denne tilnærmingen. Aaron Beck omtales gjerne som opphavsmannen til den moderne kognitive terapitradisjonen, på bakgrunn av hans utvikling av en behandlingstilnærming basert på kognitive og atferdsorienterte teknikker (Wills, 2009). At Beck i utgangspunktet utviklet sin modell spesielt for behandling av

depresjon (Beck, 1970), gjør hans teori ekstra interessant med tanke på vårt formål om å se nærmere på depresjonsbehandling.

Fokus på depresjon. Både kontrollmestringsteori og Becks kognitive terapi blir anvendt på en rekke ulike psykiske lidelser (Beck, 1976; Beck; 2011; Weiss, 1993). Når vi har valgt å begrense oss til depresjon, skyldes det at depresjon er en svært utbredt lidelse i vårt samfunn (Helsedirektoratet, 2009). I tillegg er depressive symptomer gjerne en del av sykdomsbildet ved flere andre diagnostiske kategorier (jfr ICD-10, 1992). Depresjon får alvorlige konsekvenser for den som rammes, og for samfunnet som helhet. Viktigheten av effektiv behandling av depresjon gjenspeiler seg også i den uttalte forskningen som gjøres på depresjon, hvor arbeidet med å identifisere årsaksfaktorer og virkningsmekanismer i behandlingstilnærming til lidelsen står sentralt (Nordahl et al., 2012).

Depresjon er en bred og heterogen diagnosegruppe, og er en fellesnevner for en rekke tilstander (Berge, Ekelund, & Skule, 2004). Det finnes flere ulike definisjoner av tilstanden, men felles for de ulike definisjonene er synet på depresjon som en affektiv lidelse, preget av senket stemningsleie. I tillegg vil endret stemningsleie som regel medføre endret aktivitetsnivå, og andre symptomer ses gjerne sekundært til disse endringene (jfr ICD-10, 1992).

ICD-10 beskriver depressive episoder som tilstander hvor individet vanligvis lider av et *depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet, og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet*. Andre vanlige symptomer er: redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste og pessimistiske tanker om fremtiden, planer om, eller utføring av, selvskaade eller selvmord, søvnforstyrrelser og redusert appetitt (jfr, ICD-10, 1992). Diagnosemanualen

ICD-10 skiller mellom depressive episoder av mild, moderat og alvorlig grad. I noen tilfeller vil de depressive episodene ha en tilbakevendende karakter, og betegnes da som tilbakevendende depressiv lidelse, kjennetegnet av gjentatte episoder med depresjon (jfr, ICD-10, 1992).

I litteraturen er det ikke alltid tydelig definert hva det refereres til når begrepet ”depresjon” eller ”depressiv lidelse” benyttes. I oppgaven vil vi benytte oss av begrepet depresjon i omtale av vansker preget av de ovennevnte depressive symptomene. Vi vil ytterligere definere depresjonens karakter i den grad litteraturen vi baserer oss på oppgir dette.

Kognitiv terapi / kognitiv atferdsterapi. De generelle og overordnede betegnelsene kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi brukes gjerne om hverandre, og begge termene referer da ofte til terapeutiske intervensjoner med fokus på modifisering av kognisjon og atferd. I oppgaven vil vi benytte forkortelsen KT når det refereres til Becks kognitive teori og terapi. Ved referering til Judith Becks teoretiseringer vil dette spesifiseres.

Kontrollmestringsteori. I oppgaven vil kontrollmestringsteori bli forkortet til KMT.

Omtale av terapeut og pasient. For enkelthets skyld vil vi i oppgaven omtale terapeut og pasient som hankjønn.

Innhenting av litteratur

Vi har valgt å skrive en teoribasert oppgave, og i arbeidet med å finne svar på problemstillingene våre har vi i hovedsak forholdt oss til originallitteratur innenfor henholdsvis kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori. Innenfor kontrollmestringsteori har vi tatt utgangspunkt i “The emergence of new themes: A contribution to the psychoanalytic theory of therapy” (Weiss, 1971), “The psychoanalytic

process: Theory, clinical observations and empirical research” (Weiss, Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986), og “How psychotherapy works” (Weiss, 1993). I tillegg har vi benyttet oss av fremstillingen av teorien i “Transformative relationships: The control- mastery theory of psychotherapy” (Silberschatz, 2005). Vi har også benyttet oss av San Fransisco Psychotherapy Research Group`s offisielle hjemmeside, som er hovedbasen for publikasjoner på området, for å finne ytterligere relevante teoretiske og kliniske beskrivelser.

Når det gjelder Becks kognitive teori, har vi tatt utgangspunkt i Aaron Becks originallitteratur, i hovedsak «Depression: Causes and treatment» (Beck, 1970), ”Cognitive therapy and the emotional disorders” (Beck, 1976), “Cognitive therapy of depression” (Beck et al., 1979), samt Judith Becks “Cognitive behavior therapy: Basics and beyond” (Beck, 2011). I tillegg har vi benyttet oss av aktuelle artikler knyttet til teoriens anvendelse og status.

Spesielle utfordringer i arbeidet

Gjennom finlesning av originallitteraturen, har vårt formål vært å undersøke hvor de to teoriene likner hverandre og på hvilke områder de skiller seg fra hverandre i sine tilnærminger til psykopatologi. En utfordring i denne sammenligningen, er hvorvidt tilsynelatende liknende begreper referer til ulike fenomener og prosesser innenfor de to retningene, eller om de samme underliggende fenomener omtales med ulike ord. I blant har det derfor vært uklart om begreper innenfor de to teoriene er direkte sammenlignbare. Vi har forsøkt å løse dette gjennom å forholde oss så nært som mulig til beskrivelsene som gis i litteraturen.

Kontrollmestringsteori

Bakgrunn

Kontrollmestringsteori (KMT) er en teori om sinnets fungering, utvikling av psykopatologi, og hvordan pasienter arbeider i terapi for å overvinne sine vansker (Weiss, 2002). Teorien ble opprinnelig presentert som en forlengelse av psykoanalytisk egopsykologi, formulert av Joseph Weiss på 1960-tallet (Silberschatz, 2005). Teorien ble senere videreutviklet i samarbeid mellom Joseph Weiss og Harold Sampson. I 1972 opprettet Weiss og Sampson The Mount Zion Psychotherapy Research Group (nå San Francisco Psychotherapy Research Group, SFPR). SFPR har drevet utstrakt forskning på KMTs begreper og behandlingstilnærming, noe som har medført at KMT er sterkt forankret i empirisk psykoterapiprosessforskning (Weiss, 1993, 2002).

Betegnelsen *kontrollmestring*, refererer til to grunnpremisser i teorien: (1) At mennesker har relativt stor kontroll over sitt bevisste og ubevisste mentale liv (som tanker, følelser, forsvar, og ønsker), og at denne kontrollen reguleres av ubevisste vurderinger av trygghet og fare i mellommenneskelige relasjoner. (2) At mennesker er motivert til å mestre sine psykologiske konflikter og psykologiske traumer (Rappoport, 2002; Weiss, 1993). KMT har et humanistisk menneskesyn (Silberschatz, 2005). Mennesket ses som grunnleggende friskt, uten medfødte eller nedarvede ubevisste konflikter. KMT antar at mennesker som kommer i terapi er motivert for bedring og endring, og at de vil kunne oppnå dette under de rette mellommenneskelige betingelsene (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993, 2002).

Forståelse av psykopatologi

Patogene antakelser som årsak til psykopatologi. KMT består av et sett med relativt klart definerte begreper som beskriver utvikling av psykopatologi, forståelse av klinisk problematikk og sentrale prosesser og virkningsmekanismer i terapi (Silberschatz,

2005). Overordnet i forståelsen av psykopatologi er begrepet om *patogene antakelser* (Weiss et al., 1986). KMT tar utgangspunkt i at mennesker i forsøk på å tilpasse seg usunne psykologiske omgivelser, utvikler uhensiktsmessige og begrensede antakelser om seg selv og andre. Disse patogene antakelsene kan bli et hinder for individets utvikling og utfoldelse, og kan i verste fall medføre utvikling av psykopatologi (Rappoport, 2002; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986).

Patogene antakelser må forstås ut fra Joseph Weiss (1990) relasjonelle utforming av *det adaptive imperativ*, som postulerer at "alle biologiske vesener er motivert/predisponert gjennom evolusjon til å tilpasse seg sitt miljø" (Silberschatz, 2005, s. 4). For mennesker avhenger overlevelse og tilpasning av å mestre, opprette og opprettholde stabile bånd eller tilknytning til foreldre, familiemedlemmer eller andre omsorgsgivere (Bowlby, 1969). For optimal tilpasning er det derfor viktig for barnet å etablere pålitelige antakelser om dets relasjonelle miljø (Weiss, 1993). Disse antakelsene fungerer som et "indre kart" over den fysiske og mellommenneskelige verden. KMT beskriver hvordan en av de viktigste måtene mennesker danner seg kart over verden og virkeligheten på, er gjennom å danne seg hypoteser om hvordan verden fungerer, og deretter teste disse (Weiss, 1993). Denne prosessen antas å begynne allerede i spedbarnsalder og å fortsette gjennom hele livsløpet (Silberschatz, 2005). For at kartene skal bli pålitelige og utviklingsfremmende, kreves gode og støttende omgivelser. Barnet tilpasser seg sitt sosiale miljø, og er motivert for å ta til seg foreldrenes moralske og etiske prinsipper for å sikre relasjonen (Weiss, 1993).

For å kunne utvikle en nyttig og pålitelig forståelse av virkeligheten gjøres det i følge KMT stadige vurderinger av den indre og ytre verden, for å finne ut hvilke opplevelser som er trygge og hvilke som innebærer fare (Silberschatz, 2005). Traumatiske emosjonelle opplevelser er eksempler på opplevelser av fare. Innenfor KMT defineres et

traume som ”enhver situasjon som overvelder en person med angst eller frykt, eller som fører til antakelsen om at et viktig mål må oppgis for å unngå å risikere å skade nære andre eller bli skadet av dem” (Silberschatz, 2005, s. 4). Dersom barnet vokser opp under mindre optimale betingelser og blir utsatt for traumatiske opplevelser, vil barnet selv ta på seg ansvar for dette (Weiss, 1993, 2002). Weiss (1993, 2002) beskriver hvordan det for et barn vil være lettere å akseptere at det er noe galt med en selv og at det er slik verden skal være, enn å devaluere sine foreldre. For eksempel kan et barn som neglisjeres av foreldrene utvikle en antakelse om at foreldrene gjør rett i å neglisjere det, og at det er slik det bør behandles, også av andre mennesker (Sampson, 1992; Weiss, 2002). Dette er en adaptiv mekanisme som tillater barnet å beholde sin hengivenhet og tilpasning til sine omsorgsgivere uansett omstendigheter (Weiss, 1993, 2002). Patogene antakelser er ofte svært motstandsdyktige. Dersom individet forsøker å handle på tvers av dem, oppleves gjerne stor grad av skyld og skam, fordi det i mange tilfeller er nettopp disse følelsene som ligger til grunn for de patogene antakelsene (Weiss, 2002). Antakelsene er vanligvis ubevisste og truende for individet. De er truende ettersom de i stor grad reflekterer tilknytning og lojalitet til foreldrene. Patogene antakelser innebærer en tro om at å etterstrebe ulike sentrale utviklingsmål medfører fare, enten for individet selv eller for foreldre og søsken. Konsekvensene av patogene antakelser er ofte begrenset livsutfoldelse og psykisk smerte. (Weiss, 2002).

Utvikling av patogene antakelser. I følge KMT kan patogene antakelser utvikles på bakgrunn av to typer traumer: *sjokktraumer* og *stresstraumer* (Silberschatz, 2005). Et sjokktraume beskrives som katastrofale hendelser, for eksempel alvorlig sykdom eller død blant omsorgspersoner eller søsken. Stresstraumer beskrives som gjentakende og vedvarende traumatiske erfaringer som barnet ikke kan rømme fra, og som tvinger barnet

til å gi opp viktige utviklingsmål (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). En persons reaksjon på et traume, og sannsynligheten for å utvikle en patogen antakelse i respons, vil påvirkes av faktorer som individets personlighet og temperament, traumets natur, og den familiære eller sosiale konteksten traumet skjer innenfor (Silberschatz, 2005). Barn som utsettes for traumer vil overveldes av negative følelser som angst og frykt. Traumet oppfattes som en trussel mot relasjonen, og barnet vil derfor være svært motivert for å unngå å oppleve dette igjen. Disse opplevelsene og følelsene setter i gang en prosess hvor barnet forsøker å finne ut hva det selv gjorde for å forårsake denne hendelsen, slik at det kan forhindre at det skjer igjen (Silberschatz, 2005). På grunn av barns umodne kognisjon, preget av egosentrisme, magisk tenkning, og mangelfull forståelse av årsakssammenhenger, vil barnet være sårbart for å klandre seg selv og utvikle skyldfølelse (Shilkret & Silberschatz, 2005).

Skyld og skam. Skyld defineres innenfor KMT som en ubehagelig, selvbevisstgjørende følelse, som er relatert til frykt for å skade andre (Bush, 2005; O'Connor et al., 1999; Weiss, 1993). Skyld har i utgangspunktet en adaptiv funksjon, og bevisst skyld anses ofte som en viktig prososial emosjon som kan fungere regulerende i mellommenneskelige relasjoner (Silberschatz, 2005).

Ifølge KMT spiller skyldfølelse en svært viktig rolle i utviklingen og opprettholdelsen av psykopatologi (Bush, 2005; Weiss, 1993). Weiss (1993) beskriver hvordan skyld har opphav i barnets empati og omsorg for familiemedlemmer. Samtidig vektlegger han hvordan barn kan ha en irrasjonell ansvarsfølelse for foreldre og søskens lykke så vel som ulykke. Det er irrasjonell ubevisst skyld som ses sentralt for psykopatologiu utvikling (Weiss, 1993). Irrasjonell skyld oppstår når barn foretar "falske" kausale slutninger mellom egen atferd og gale ting som hender dem selv og andre (Bush, 2005). Barn vil ofte anta at de selv fortjener samme skjebne, eller at det er de selv som har

forårsaket offerets lidelse på grunn av noe de har gjort (Bush, 2005). Opphavet til slik skyldfølelse stammer fra en ubevisst overbevisning om at de gode tingene i livet kommer i en bestemt mengde, og at uansett hvilken suksess eller glede en person opplever vil det minske den gjenværende mengden som er tilgjengelig for de andre familiemedlemmene (Silberschatz, 2005). Weiss (1993) omtaler en slik skyld som *overlevelsesskyld* (skyld for å være bedre stilt enn andre). Overlevelsesskyld kan medføre at individet unngår å benytte seg av muligheter det har, eller at det straffer seg selv dersom muligheter benyttes. En annen utbredt type skyld er i følge KMT *separasjonsskyld* (skyld for å forlate eller å skille seg ut fra nære andre). Pasienter som lider av separasjonsskyld er overbevist om at dersom de frigjør seg fra foreldre og/eller søsken, vil disse lide under det, fortvile og bli triste (Weiss, 1993). Grad av ubevisst skyld antas å korrelere med grad av ansvar som oppleves for andres lykke (O' Connor et.al., 1999). Ettersom barn har en tendens til å påta seg skylden for vonde ting som hender dem selv eller familiemedlemmer, vil traumatiske barndomserfaringer være en spesielt potent kilde til ubevisst skyldfølelse (Bush, 2005). I fravær av beskyttende faktorer, vil individer med de mest traumatiske opplevelsene ofte ha de mest alvorlige vanskene med ubevisst skyld, og mer alvorlig psykopatologi. Mennesker er ofte ikke klar over sine forsvar mot ubevisst skyld, eller når de lider av den ubevisste skyldens konsekvenser (Bush, 2005).

Weiss (1993) vektlegger i hovedsak betydningen av skyld i psykopatologi, men sier at også skam spiller en rolle i utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse.

Distinksjonen mellom skyld og skam fremgår ikke alltid tydelig i KMT, og Weiss (1993) beskriver hvordan skyld ofte overlapper med skam. Dette reflekterer kanskje emosjonenes nære relasjon, og at de i praksis kan være vanskelig å skille fra hverandre.

Skam knyttes til den generelle opplevelsen individet har av seg selv, og innebærer en devaluering av selvet, ikke bare ens handlinger (O' Connor et al., 1999). Skyld kan gi opphav til skam dersom skyldfølelse relatert til en handling generaliseres til personen i seg selv, ved at han begynner å se på seg selv som et dårlig menneske (O' Connor et al., 1999). Skam stammer, ifølge Weiss (1993), på samme måte som skyld, angst og frykt, fra patogene antakelser. Antakelser knyttet til skam kan blant annet utvikles ved at barnet identifiserer seg med en skamfull forelder, eller ved at foreldrene rakker ned på barnet, og barnet tror på det som blir sagt. Fordi disse antakelsene utvikles i relasjonen til foreldrene vil motivasjonen for å opprettholde dem være sterk. En pasient som strever med å overkomme sin skam, vil gjerne føle seg skyldig overfor foreldrene, noe som i sin tur kan skape tristhet (Weiss, 1993). Weiss (1993) beskriver hvordan pasienter som i terapi lykkes med å overkomme sin skam, ofte opplever forsterket overlevelsesskyld. Pasienters skam ser ofte ut til å bli opprettholdt av overlevelsesskyld eller av ønsket om å opprettholde nære bånd til foreldrene (Weiss, 1993). Weiss (1993) beskriver hvordan skam kan oppstå ubevisst som en straff dersom individet forsøker å lette skyldfølelsen.

Kontrollmestringsteoris forståelse av depresjon

KMT har ingen egen modell for utvikling av depresjon, men beskriver hvordan depresjon, som andre former for psykopatologi, har opphav i patogene antakelser en person har om seg selv, andre og verden (Chase, 1998; Weiss, 1993). Weiss et al.(1986) hevder at variasjoner i psykopatologi reflekterer variasjoner i patogene antakelser. Tilsynelatende like depressive symptomer kan være basert på ulike patogene antakelser, og liknende patogene antakelser kan gi seg utslag i ulik symptomatologi. Den grunnleggende måten å beskrive et problem på, innebærer således å ta utgangspunkt i de underliggende patogene antakelsene (Weiss, 1993).

Mennesker som er sårbare for depresjon, vil ut i fra et KMT perspektiv ofte lide av et sett med patogene antakelser som advarer individet om at egen suksess, lykke og utvikling vil skade andre ved å få dem til å føle seg mindre kompetente i sammenligning (Chase, 1998; O'Connor et al., 1999). Dette antas å skape hemninger som gir seg utslag i form av depressive symptomer (O'Connor et al., 1999; O'Connor et al., 2002; Weiss, 1993). Opplevelse av egen suksess blir truende for individet, og frykten for å utsette andre for lidelse gjør at individet begrenser sin livsutfoldelse (Weiss, 1993). KMT knytter med andre ord depresjon til altruistiske hensyn, empati og skyld (Connor et al., 2002; Weiss, 1993). Weiss (1993) vektlegger hvordan spesielt overlevelsesskyld er involvert i depresjon.

KMT er forankret i tilknytningsteori, og vektlegger som nevnt hvordan barnets primære motivasjon er å opprettholde nære bånd til sine omsorgsgivere (Shilkret & Silberschatz, 2005). Ifølge tilknytningsteori (Bowlby, 1980) er depresjon en konsekvens av brudd i interaksjonen mellom individet og den ytre verden. Bowlby beskriver at depresjonen kan opphøre dersom individet gjenopptar aktivitet rettet mot verden utenfor en selv, mot et nytt objekt eller nytt mål. Mangel på måloppnåelse knyttes til depresjon (Bowlby, 1980). Weiss (1993) sine beskrivelser av hvordan patogene antakelser hindrer individet å nå sentrale mål er dermed i tråd med Bowlby (1980) og hans teoretiseringer om depresjon (Chase, 1998; Weiss, 1993). Depresjon knyttes ofte til en opplevelse av hjelpeløshet med tanke på eget liv og omverdenen (Chase, 1998), spesielt opplevd hjelpeløshet knyttet til ens evne til å danne og opprettholde gode relasjoner. I tilknytningsteori er det beskrevet flere betingelser som kan disponere et individ for å oppleve hjelpeløshet og depresjon. Det å miste en omsorgsperson, eller mangel på trygg tilknytning til omsorgspersoner, er eksempler på dette. Likeledes er det å bli fortalt at en ikke er elskverdig, at en er utilstrekkelig, eller å oppleve et overdrevent ansvar for

omsorgspersonenes velbefinnende, erfaringer som kan danne grunnlag for opplevd hjelpeløshet (Bowlby, 1980; Guidano, 1987). Gjennom å utvikle patogene antakelser kan barnet fungere i et lite optimalt miljø som ikke støtter dets ulike emosjonsuttrykk, engasjement og suksess. Senere i livet er imidlertid ikke de samme antakelsene lenger korrekte og adaptive, og kan bidra til utvikling av depresjon (Weiss, 1993).

Aaron T. Becks kognitive teori og terapi

Bakgrunn

Aaron T. Becks kognitive terapi representerer en dominerende retning på det kognitive feltet, og Beck regnes som en av foregangsmennene for kognitiv terapi slik vi kjenner den i dag (Wills, 2009). Psykiateren Beck hadde sin opplæring og praksis innenfor et psykoanalytisk rammeverk. Observasjoner han gjorde gjennom sitt kliniske arbeid, gjorde imidlertid at han på slutten av 50-tallet begynte å betvile flere av psykoanalysens sentrale forklaringsmodeller, deriblant antakelsen om at deprimerte individer har et ”behov for å lide” (Wills, 2009). På bakgrunn av dette igangsatte Beck systematiske studier av deprimerte pasienters drømme- og tankeinnhold (Beck, 1961; Beck & Hurvich, 1959; Beck et al., 1979), og forskningen hans avdekket karakteristiske kjennetegn ved deprimerte pasienters tankemønstre. Gjennomgående fellestrekk var tanker preget av negativitet, en opplevelse av verdiløshet og tema knyttet til tapsopplevelser og nederlag (Beck et al., 1979). På bakgrunn av disse funnene knyttet Beck depresjon til en unik og kjennetegnende kognitiv profil, eller et spesifikt sett med antakelser (Beck, 1970). Slik beveget han seg bort fra psykoanalysens fokus på drifter og indre konflikt, og ble overbevist om at det snarere er antakelser om hvordan verden henger sammen, som ligger til grunn for psykopatologiutvikling (Beck, 1970). Beck beskriver hvordan lite hensiktsmessige konseptualiseringer og indre representasjoner av virkeligheten kan dannes gjennom

feillæring under den kognitive utviklingen, og slik lede til psykopatologi (Beck et al., 1979). Med dette som utgangspunkt postuleres det innenfor KT at psykiske lidelser har sitt opphav i kognitive feilslutninger, der ”gale” premisser og antakelser spiller en avgjørende rolle (Beck et al., 1979).

Forståelse av psykopatologi

Stress-sårbarhetsmodellen. Beck beskriver utviklingen av psykopatologi ut fra en stress-sårbarhetsmodell (Wills, 2009). Han anser utvikling og opprettholdelse av psykopatologi som å påvirkes av flere, interagerende faktorer (Beck, 1970). Stress, i form av ulike typer livshendelser, fungerer i følge Beck som triggerer for underliggende sårbarhet (Beck, 1970). En trigger kan være enhver hendelse et menneske blir utsatt for, og behøver ikke være en betydelig hendelse isolert sett. Det kan også handle om gjentatte hendelser over tid, som til slutt trigger en underliggende sårbarhet. Denne sårbarheten kan ha mange former, som fysiologi, helse og genetikk, kognitive faktorer samt sosioøkonomiske faktorer (Beck, 1991). Beck vektlegger spesielt de kognitive faktorenes rolle for utvikling og opprettholdelse av psykopatologi (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979).

Samhandlende systemer. Beck antar at informasjonsprosessering har en sentral funksjon for menneskers evne til tilpasning og overlevelse (Beck & Dozois, 2011). For at mennesker skal kunne fungere effektivt og mestre sitt miljø, er det avgjørende å ha evne til å prosessere innkommende informasjon, bruke den og lage en plan for hvordan den skal håndteres (Beck & Dozois, 2011). Beck beskriver at det kognitive informasjonsprosesseringssystemet er nært forbundet med systemer involvert i emosjonelle uttrykk, motivasjon og atferd. Videre beskriver han hvordan disse systemene har hver sine individuelle funksjoner, men samtidig er synkrone. Systemene fungerer i koordinasjon med

hverandre for å oppnå bestemte mål, som nytelse eller smerteunngåelse (Beck & Dozois, 2011). Ved psykopatologi vil maladaptive skjema aktiveres på bakgrunn av aktivering av disse systemene (Beck, 1970). Ulike psykopatologiske tilstander blir assosiert med spesifikke kognitive ”feil” som påvirker hvordan personen tolker og responderer på innkommende informasjon (Beck, 1970). I følge Becks modell, vil den kognitive tolkningen av indre og ytre informasjon påvirke og bli påvirket av de andre systemene (motivasjon, emosjon og atferd) (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Til tross for at Beck gir kognitive faktorer en nøkkelrolle i sin forståelse av psykiske lidelser, vektlegger han hvordan utvikling og opprettholdelse av psykopatologi er kjennetegnet av et komplekst samspill mellom kognisjon, emosjon og atferd (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011).

Sentrale begreper

Skjema. KT tar utgangspunkt i at det kognitive systemet opererer på ulike nivåer: fra et overflatenivå til dypereliggende kognitive skjema (Beck & Dozois, 2011). Kognitive skjema er generelle, velorganiserte meningsstrukturer som inneholder lagret informasjon om personens oppfattelse og tanker om seg selv og andre, mål, forventninger og minner (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Skjema påvirker hvordan personen mottar, koder, kategoriserer og tolker innkommende stimuli samt hvordan lagret informasjon blir gjenkalt (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011). Dannelsen av et skjema beskrives som en adaptiv prosess i menneskers kognisjon, så lenge det fører til effektiv informasjonsprosessering (Beck, 1970). Dersom skjemaene blir negativt ladet, maladaptive og rigide, kan de derimot bidra til psykopatologi (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011). Beck beskriver hvordan maladaptive skjema utvikles tidlig i livet, og at de i økende grad konsolideres og organiseres ettersom nye erfaringer blir assimilert inn i de eksisterende strukturene (Beck, 1970). Et skjema er hverken positivt eller negativt i seg selv. Likevel kan et skjema

inneholde en samling generelt positive antakelser, som ”jeg er en ok person”. Mennesker som kommer i terapi har gjerne få slike positive skjema og preges heller av skjema med negativt innhold, som ”jeg er umulig å elske” (Beck et al., 1979). Innholdet i et skjema er ofte lite bevisst tilgjengelig for individet selv, og er mindre spesifikt og konkret enn bevisst tankeinnhold (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Beck antar at skjemaene som regel har opphav i tidlige erfaringer, og gjerne så tidlige erfaringer at de ikke er kodet gjennom språk (Beck, 1970). Innholdet i et skjema vil, i følge Beck (1970), reflekteres gjennom individets tenkning.

Beck (1970, 1976) antar at det er mulig å ha latente negative og maladaptive skjema uten å utvikle psykopatologi. Dersom ytre hendelser, eller endokrine endringer, aktiverer disse skjemaene, vil det imidlertid kunne resultere i en rekke informasjonsprosesseringsfeil (Beck & Dozois, 2011). Disse feilene kan oppstå både i oppmerksomhet, hukommelse og i tolkning av informasjon. Aktivisering av maladaptive, kognitive skjema og påfølgende prosesseringsfeil, vil videre kunne manifestere seg på mer overflatiske kognitive nivå (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011). Når negative, kognitive skjema er aktivert, vil de kunne være identifiserbare, ha effekt på informasjonsprosessering gjennom kognitive feil og påvirke symptomutvikling og psykopatologi (Beck, 1970, Beck & Dozois, 2011).

Kjerneantakelser. Et skjema består av en eller flere kjerneantakelser (Beck, 2011). Kjerneantakelser er etablerte, ubetingede sannheter et individ har om seg selv, andre og verden, og de er ofte så fundamentale og dype at de ikke er kodet gjennom språk. Antakelsene er globale, rigide og overgeneraliserte (Beck, 1987). Kjerneantakelser påvirker utviklingen av mellomliggende kognisjon (intermediate beliefs), som er relaterte holdninger, leveregler og antakelser utledet fra kjerneantakelsene (Beck, 2011).

Opprinnelig skilte ikke Beck mellom ulike typer antakelser, men med tiden formulerte han et skille mellom ubetingede kjerneantakelser og betingede antakelser. Betingede antakelser er ”hvis- så”- formuleringer, basert på kjerneantakelsene (Wills, 2009). Kjerneantakelser kan sammenlignes med røttene på et tre, som gir næring til stammen (mellomliggende kognisjon), grenene (antakelser) og bladene (automatiske tanker) (Wills, 2009). Judith Beck (2011) illustrerer hvordan kjerneantakelsene vil påvirke og bli påvirket av en persons holdninger, videre antakelser, leveregler og automatiske tanker. Eksempelvis vil en kjerneantakelse, som ” jeg er inkompetent”, kunne ledsages av en holdning om at det er forferdelig å gjøre feil, en regel om at en bør gi opp hvis utfordringen er for vanskelig og en antakelse om at hvis en prøver noe, vil en mislykkes. Automatiske tanker som utledes fra dette, kan være ”dette er for vanskelig”, ”jeg er så dum” og ”dette klarer jeg aldri”. Alle disse tankenivåene vil igjen spille inn på personens emosjonelle-, fysiologiske- og atferdsrespons (Beck, 2011).

Automatiske tanker. Gjennom sitt arbeid med deprimerte pasienter, oppdaget Beck (1970) at pasientene ofte hadde en strøm av tanker parallelt til sine ”vanlige” tanker. Disse tankestrømmene refererte han til som *automatiske tanker*, ettersom han måtte rette direkte oppmerksomhet mot dem for at pasientene skulle bli dem bevisst, og individet selv ikke opplevde å ha direkte kontroll over dem (Beck, 1970, 1976, 1991; Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979). Beck anså automatiske tanker å spille en viktig rolle i depresjon, fordi de ble behandlet som objektive sannheter. Tankene oppstod raskt og automatisk og omhandlet ofte tema som deprivasjon, sykdom, tap og nederlag. De ble gjerne etterfulgt av negative emosjoner (Beck, 1970, 1976). Beck (1970, 1976) antok at automatiske tanker er relatert til dypereliggende antakelser og skjema, på tross av tankenes mer overflatiske karakter og mer direkte tilknytning til spesifikke situasjoner her og nå. I tråd med dette fant

han at automatiske tanker så ut til å oppstå assosiativt etterhvert som kjerneantakelser aktiveres (Beck, 1970, Beck et al., 1979).

Becks kognitive depresjonsmodell

Som allerede sagt, utviklet Beck en kognitiv depresjonsmodell på bakgrunn av sitt arbeid med deprimerte pasienter (Beck, 1970; Wills, 2009). Modellen vektlegger tre spesifikke begreper i beskrivelsen av psykologiske mekanismer som antas å inngå i depresjon: Den depressive triaden, skjema og kognitive feil (feil i informasjonsprosessering) (Beck, 1970; Beck et al., 1979).

Den depressive triaden. Den depressive triaden består av tre kognitive mønstre som Beck (1970) fant hos deprimerte personer. Disse omhandler deres syn på seg selv, på verden og på egen fremtid (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Når det gjelder den første komponenten, er tankegangen er preget av et dårlig selvbilde. Dette henger ofte sammen med en utilstrekkelighetsfølelse og en opplevelse av verdiløshet. Deprimerte personer har en tendens til å være selvkritiske, og til å ha en overbevisning om at de ikke er i stand til å oppleve glede og tilfredshet (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Videre beskriver Beck (1970) hvordan den deprimerte innehar et negativt syn på verden. Interaksjonen med omverdenen preges av en opplevelse av nederlag og deprivasjon, og den deprimerte tolker ofte situasjoner og utsagn i verste mening. Den siste komponenten innebærer hvordan deprimerte personers tankegang også er preget av et negativt syn på fremtiden, hvor det oppleves at nåværende vanskeligheter alltid vil være tilstede. Dette fører i sin tur til en forventning om å mislykkes (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Beck mente at den depressive triaden skaper tristhet, ettersom de tingene individet har og verdsetter i livet sitt blir overskygget av en følelse av tap, både med tanke på fortid, nåtid og fremtid (Beck, 1976; Beck et al., 1979).

Strukturell organisering av depressiv tenkning. Skjemabegrepet står sentralt innenfor Becks forståelse av depresjon (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979). Organisering av maladaptive antakelser i slike skjema kan forklare hvorfor deprimerte pasienter opprettholder sine pessimistiske og feilaktige holdninger, til tross for tilstedeværelsen av tydelige positive faktorer i livene deres (Beck et al., 1979). Mennesker har, i følge Beck (1970, 1976), en tendens til å respondere på en konsistent måte på like typer hendelser, ettersom en danner seg relativt stabile, kognitive mønstre (skjema) som en tolker ulike situasjoner ut i fra. Ved depresjon vil tolkninger av ulike situasjoner foregå på en slik måte at de stemmer overens med de typiske dysfunksjonelle skjemaene ved depresjon (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Etterhvert som skjemaene stadig aktiveres, vil de lettere reaktiveres, også av stimuli som tilsynelatende ikke er logisk relatert til dem. Individet mister da mye av sin frivillige kontroll over egne tanker, og blir ute av stand til å benytte seg av andre mer hensiktsmessige skjema (Beck et al., 1979). I takt med at depresjonen forverres, vil tankegangen bli stadig mer negativt orientert. Ved mildere former for depresjon, vil pasienten ofte i større grad ha evne til å være objektiv i vurderingen av negative tanker (Beck, 1970; Beck et al., 1979).

Informasjonsprosesseringsfeil. Beck registrerte flere ”feil” i de depressive pasientenes kognisjon, som feilaktige kausale slutninger, selektiv abstraksjon, overgeneralisering, dikotom tenkning og katastrofetenkning (overdrivelse) (Beck, 1970, 1991; Beck et al., 1979). Beck (1970, 1991) beskriver også hvordan deprimerte pasienter forventer spesifikke negative utfall av handlingene sine, og forutser langvarige og omfattende konsekvenser av tilsynelatende ubetydelige hendelser. I tillegg fant han at deprimerte pasienter ofte drar tilfeldige slutninger, som det ikke foreligger evidens for, og at de har en tendens til å relatere eksterne hendelser til egen person, selv når det ikke er

grunnlag for det (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Beck forklarer trekkene ved depressiv tenkning ut i fra et negativt kognitivt skifte. Dette innebærer et skifte i den kognitive organiseringen, hvor mye av den positive informasjonen som er relevant for individet filtreres ut, og negativ selvrelevant informasjon absorberes og får hovedfokus (Beck, 1991; Beck et al., 1979).

Predisponering for depresjon. Beck antar at tidlige, negative livshendelser sensitiviserer individet for negative opplevelser senere i livet. Denne sensitiviseringen, mener han, skaper en sårbarhet for depresjon (Beck, 1970, 1976; Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979). Tidligere dannede skjema som ligger latent, kan reaktiveres ved tilsvarende erfaringer senere i livet (Beck et al., 1979). Ifølge Beck et al. (1979) vil individer som er disponert for depresjon, ofte sette rigide og perfektjonistiske mål for seg selv helt fra de er små. Basert på høye krav og forventninger kollapser deres univers når de senere i livet møter uunngåelige skuffelser. Hvor stor påkjenning som skal til for å utløse en depresjon i voksen alder, vil være knyttet til individets spesifikke sårbarhet (Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979).

Til tross for Becks vektlegging av intrapersonlige faktorer som utslagsgivende for depresjon, påpeker han også betydningen av mellommenneskelige erfaringer (Beck et al., 1979, Beck, 1991). En persons væremåte vil spille inn på hvordan andre oppfører seg i respons. For eksempel vil en deprimert person som trekker seg tilbake fra omgivelsene kunne oppleve avvisning og kritikk fra andre (Beck et al., 1979). Dette kan medføre økt selvkritikk hos den syke. Avvisning fra andre kan også være årsak til tilbaketrekning og depresjon i utgangspunktet (Beck et al., 1979). Samtidig kan gode mellommenneskelige relasjoner være en beskyttende faktor for depresjonsutvikling (Beck et al., 1979).

Terapeutisk tilnærming til behandling av depresjon: Kontrollmestringsteori sin forståelse av terapeutisk endring

KMT integrerer antakelser om hvordan psykopatologi utvikles og hvordan psykoterapi virker (Silberschatz, 2005). Teorien forstår alle former for psykopatologi, inkludert depresjon, ut fra begrepet patogene antakelser (Chase, 1998; Weiss, 1993). Ettersom psykopatologi antas å stamme fra patogene antakelser utviklet i pasientens relasjoner, blir behandlingens fokus å endre og avkrefte disse antakelsene innenfor rammen av den terapeutiske relasjonen (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Dette innebærer at pasienten og terapeuten sammen arbeider med å rekonstruere de patogene antakelsene, slik at pasienten kan bli i stand til å gjenoppta målene som har vært forhindret av disse (Weiss, 2002). Endring og avkrefte av patogene antakelser antas å kunne foregå på flere måter i terapi, men korrigerende relasjonelle erfaringer antas å være av avgjørende betydning. Det konkrete arbeidet som gjøres må ifølge KMT tilpasses den enkelte pasientens unike traumatiske erfaringer og patogene antakelser (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993).

Pasientens ubevisste plan

Avkrefte av pasientens patogene antakelser i terapi, vil i følge KMT skje på bakgrunn av det som kalles *pasientens ubevisste plan* (Silberschatz, 1986; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986). Weiss et al. (1986) beskriver hvordan mennesker kommer i terapi for å få det bedre, og at de har med seg en ubevisst plan eller strategi for hvordan dette skal skje. Pasientens plan går ut på å teste hvorvidt tidligere oppgitte utviklingsmål kan etterstribes uten at det truer viktige relasjoner (Weiss, 1993). Med andre ord vil planen innebære testing av de patogene antakelsenes gyldighet (Silberschatz, 2005). Deprimerte pasienter har ofte patogene antakelser relatert til skyld, men antakelsenes innhold vil være helt individspesifikt (Chase, 1998). På samme måte som patogene antakelser er skapt i

pasientens unike relasjonelle historie, er pasientens plan for å avkrefte disse i den terapeutiske relasjonen høyst individualisert og spesifikk til hvert enkelt tilfelle (Silberschatz, 2005). Det pasienter ifølge KMT har til felles, er motivasjon og en plan for hvordan de patogene antakelsene skal avkreftes. Selve arbeidet med å endre disse er imidlertid vesentlig mer komplisert enn planen (Silberschatz, 2005).

Avkrefte av patogene antakelser

Avkrefte av patogene antakelser skjer hovedsakelig gjennom følgende tre prosesser: den terapeutiske relasjonen, innsikt og testing. Vanligvis vil alle tre prosessene utspille seg i et terapiforløp (Silberschatz, 2005).

Den terapeutiske relasjonen. KMT beskriver på mange måter den terapeutiske relasjonen som å være den primære endringsagent i terapi (Silberschatz, 2005). Alle erfaringer i relasjonen til terapeuten antas å kunne fungere som korrigerende erfaringer, forutsatt at terapeuten har en korrekt forståelse av pasientens vansker (Silberschatz, 2005).

Teorien sier lite konkret om hva en god relasjon faktisk innebærer. Konkrete universelle og generelle retningslinjer for hva som skaper en god relasjon vil i følge KMT ikke være mulig (Silberschatz, 2005). Hva en pasient trenger i en terapeutisk relasjon, er helt avhengig av hans spesifikke patogene antakelser, unike utviklingshistorie og erfaringer. Det viktigste er dermed ikke spesifikke terapeutiske væremåter, men at væremåten er i tråd med pasientens plan (Weiss, 1993). Terapeutiske egenskaper som varme og empati trekkes imidlertid frem som viktige, og det antas at en terapeutisk tilnærming som er plankompatibel vil oppleves varm og empatisk (Silberschatz, 2005). Weiss (1993) beskriver at terapeuten generelt ikke bør forholde seg nøytral til pasienten. Terapeuten bør heller skape en allianse med pasienten i arbeidet med å utforske de

patogene antakelsene, og tydelig formidle at de har samme mål (Weiss, 1993). Den terapeutiske relasjonen vil i følge KMT være god i den grad den skaper trygghet, bidrar til å avkrefte patogene antakelser, og hjelper pasienten mot hans mål (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993, 1996).

KMT betrakter *trygghet* som essensielt i den terapeutiske prosessen (Weiss, 1993). Som nevnt antas ubevisste vurderinger av trygghet og fare i mellommenneskelige relasjoner å regulere menneskets bevisste og ubevisste mentale liv. En trygg relasjon vil dermed øke sannsynligheten for at pasienten kan begynne å handle ut fra sin ubevisste plan og slik teste ut sine patogene antakelser i relasjonen (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Terapeuten øker pasientens trygghet ved å formidle at han er uenig i de patogene antakelsene og ved å sympatisere med pasientens mål (Weiss, 1993). Weiss (1993) beskriver tre terapiprosesser som kan påvirke pasientens oppfattelse av trygghet og fare. Dette er ytre omgivelser, grad av kontroll over forsvar og den terapeutiske relasjonen. Den terapeutiske relasjonen er det viktigste verktøyet terapeuten har for å skape trygghet og senke pasientens forsvar. Ved at terapeuten tilpasser seg den enkelte pasients unike patogene antakelser, mål og planer, dannes grunnlaget for en trygg relasjon (Weiss, 1993). Dette kan igjen gjøre det lettere for pasienten å revurdere gyldigheten av de patogene antakelsene. Systematiske brudd med pasientens patogene antakelser skaper økende trygghet, fordi pasienten erfarer at hans naturlige livsutfoldelse ikke skader relasjonen (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Dersom denne tryggheten er tilstede antas den terapeutiske prosessen å drives fremover av pasienten selv. Dette skjer gjennom at pasienten fortsetter å teste relasjonen, under nøye iakttagelse av terapeutens responser, som optimalt sett vil ha en avkrefteende effekt på pasientens patogene antakelser (Weiss, 1993). Det ses som helt sentralt at terapeuten evner å skape trygge omgivelser i terapi, og KMT

vektlegger dette som overordnet enhver teknikk (Weiss, 1993; Weiss et.al., 1986). Det er først når pasienten har vurdert situasjonen som trygg at han, på et ubevisst plan, kan bestemme seg for å bringe ubevisste følelser eller tanker inn i bevisstheten (Weiss, 1971, 1993; Weiss et al., 1986). Trygghetssøkende atferd ses innenfor KMT som biologisk forankret i mennesket, og det antas at prosessene som ligger bak denne atferden i stor grad er ubevisste (Weiss, 1993). I tråd med tilknytningsteori (Bowlby, 1969), beskrives trygghet, eller en trygg base, som utgangspunkt for utforskning og utvikling innenfor KMT. Trygghet ses på mange måter som en nødvendig betingelse for optimal utvikling og fungering. I terapi vil pasienten på samme måte søke trygghet i relasjon til terapeuten, som han har gjort i tidligere relasjoner til omsorgsgivere (Weiss, 2005). I tilfeller hvor pasienten opplever utrygghet i relasjon til terapeuten, vil pasientens forsvar komme til syne. Trygghetssøkende atferd vil da få forrang og blir pasientens viktigste fokus (Weiss, 1993). I en slik situasjon er det terapeutens oppgave å finne ut hva pasienten er redd for og hva han forsvarer seg mot, for deretter å vise pasienten at det er trygt å senke forsvaret. Dette kan gjøres ved at terapeuten forholder seg til pasienten på en måte som motstrider pasientens patogene antakelser. Slik kan antakelsene svekkes (Rappoport, 2002; Weiss, 1993).

Et fenomen som kalles *behandling gjennom holdninger* er en viktig del av den terapeutiske relasjonen. Denne prosessen finner ofte sted utenfor både pasients og terapeuts bevissthet, men den kan også benyttes bevisst av terapeuten (Sampson, 2005). Sampson (2005) hevder at ”behandling gjennom holdninger” (Alexander & French, 1946) finnes innen alle former for psykoterapi, men ofte foregår utenfor bevissthet og intensjon. Enhver terapeut formidler holdninger overfor pasienten, gjennom tolkninger, stillhet, oppmerksomhet og væremåte. Pasienten er på sin side svært motivert for å plukke opp

holdninger som er relevante for hans mål, patogene antakelser, håp og frykt (Sampson, 2005). Innen KMT forstås behandling gjennom holdninger ikke bare som en teknikk, men også som en måte å følge pasienten, og forstå endringsprosesser som ofte kan overses. Basert på behandling gjennom holdninger, som utfordrer pasientens patogene antakelser, redefineres ofte den korrigerende emosjonelle erfaringen innenfor KMT til å bli en potent relasjonell erfaring (Sampson, 2005).

Innsikt. En annen vei til avkreftelse av patogene antakelser er gjennom ny kunnskap eller innsikt, på bakgrunn av terapeutens tolkninger (Silberschatz, 2005). Terapeutens tolkninger er nyttige i den grad de bidrar til å avkrefte pasientens patogene antakelser (Weiss, 1993). Formålet med tolkninger er å gi pasienten innsikt i de patogene antakelsenes natur, opphav og manifestasjoner. Denne innsikten er ofte ufullstendig eller utilgjengelig for pasienten ved terapiens begynnelse (Weiss, 1993). Terapeuten kan gjennom relevante tolkninger hjelpe pasienten til å bli bevisst sine patogene antakelser, hensikten de tjener og hvordan de kommer til uttrykk (Silberschatz, 2005). Innsikt kan defineres som kunnskap ervervet gjennom terapi, som bidrar til at pasienten når sitt terapeutiske mål (Curtis & Silberschatz, 2005).

Testing. Ved å teste ut terapeutens respons på egen atferd, observerer pasienten hvorvidt terapeutens holdninger og atferd bekrefter eller bryter med hans patogene antakelser (Weiss, 1993). KMT beskriver to måter pasienter tester ut sine patogene antakelser på i relasjon til terapeuten, og omtaler disse som *overføringstester* og *passiv-til-aktiv-tester* (Silberschatz, 1986, 2005; Silberschatz & Curtis, 1986, 1993; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986). Overføringstester refererer til hvordan pasienten tester ut om terapeuten vil traumatisere ham på samme måte som han tidligere er blitt traumatisert av sine omsorgspersoner (Weiss, 1993; Weiss et al., 1986). Denne testingen foregår gjennom

at pasienten agerer i tråd med den rollen han har hatt som barn, eller fortsatt har, i relasjon til sine foreldre eller andre viktige personer. Pasienten ønsker ubevisst å teste ut om terapeuten vil akseptere ham slik han er, gjerne gjennom å erfare at hans naturlige livsutfoldelse ikke går på bekostning av relasjonen (Weiss, 1993; Weiss et al., 1986).

I passiv-til-aktiv-testing forsøker pasienten å utsette terapeuten for den samme traumatiserende atferden som pasienten selv har vært utsatt for (Weiss, 1993; Weiss et al., 1986). Det pasienten tidligere har vært ”passivt” utsatt for, gjøres nå ”aktivt” overfor terapeuten. Dette gjør pasienten for å observere om terapeuten håndterer dette traumet på en mer hensiktsmessig måte enn pasienten selv har gjort (Sampson, 1991, 1992; Silberschatz, 2005; Silberschatz & Curtis, 1986, 1993; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986). Dersom terapeuten mestrer det pasienten utsetter ham for, kan pasienten lære at det er mulig å mestre den gitte hendelsen på en mer hensiktsmessig måte, og således få avkrefet sine patogene antakelser som står i veien for slik mestring (Weiss, 1993; Weiss et al., 1986).

Terapeuten vil forstå hvorvidt en test er bestått eller ikke ved å se etter tegn på at pasienten er tryggere. Eksempler på slike tegn kan være at pasienten fremstår mer fysisk avslappet, mindre engstelig, mindre defensiv (mellommenneskelig og/ eller intrapsykisk), modigere med tanke på materiale som hentes frem, eller ved at pasienten utviser ny innsikt (Weiss, 1993). Dersom det ikke fremkommer tegn på at testen er bestått, regnes den som ikke bestått (Silberschatz, 2005).

KMT beskriver få konkrete intervensjoner som retningsgivende for behandlingen (Silberschatz, 2005). Teorien tar utgangspunkt i at ulike pasienter vil ha nytte av ulike tilnærminger, basert på den enkeltes unike historie (Weiss, 1993). Med tanke på de

individuell tilpassede, spesifikke intervensjoner som benyttes, kan KMT gjerne beskrives som eklektisk (Bloomberg- Fretter, 2005). Terapeuten må vurdere hvilke intervensjoner en bestemt pasient vil ha nytte av, og intervensjonene vil derfor variere på bakgrunn av terapeutens opplæring og preferanser (Silberschatz, 2005). På et overordnet plan ses relasjonen som den viktigste terapeutiske intervensjonen innenfor KMT. Det er gjennom den terapeutiske relasjonen de patogene antakelsene antas å avkrefte, og relasjonen *er* derfor på mange måter behandlingen (Weiss, 1993).

Pasientens og terapeutens roller i behandlingen: Pasienten veileder terapeuten

KMT tillegger pasienten en svært aktiv rolle i egen bedringsprosess, og han ses som ekspert både på egen utviklingshistorie og på hva han er i behov av for å kunne oppleve bedring (Silberschatz, 2005). KMT knytter tre antakelser til pasienter i behandling: Pasienter kommer i terapi for å bli bedre, en pasients virkelige mål for terapi er bedring og utvikling (i motsetning til regresjon eller stagnasjon), og pasienter ønsker at terapeuten skal forstå deres patogene antakelser (Curtis & Silberschatz, 2005). KMT beskriver hvordan pasienten, på bakgrunn av sin ubevisste plan, veileder og "lærer" terapeuten hva som skal til for å avkrefte de patogene antakelsene (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Det antas at pasienten mer eller mindre ubevisst vet hvor han vil, og hva som må gjøres for å komme dit. Tempoet i bedringsprosessen vil imidlertid avhenge av hvor raskt pasienten klarer å teste sine antakelser, og hvorvidt terapeuten består testene (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Dersom terapeutens intervensjoner på en systematisk måte bryter med pasientens plan, og ikke bidrar til å svekke de patogene antakelsene, kan pasienten eskalere veiledningsaktiviteten (Bugas & Silberschatz, 2005). Han vil da ta i bruk enhver form for relevant materiale for å få terapeuten på sporet av sin plan. Terapeuter som ikke makter å bestå viktige tester, plasserer pasientene sine i en vanskelig og traumatisk situasjon (Bugas

& Silberschatz, 2005). Under slike omstendigheter kan selve veiledningshandlingen bli en viktig test. Pasienter kan også veilede etter at terapeuten har bestått tester. Denne veiledningsatferden informerer terapeuten om at deres intervensjoner hjelper pasienten, og at han ønsker å fortsette å arbeide på denne måten (Bugas & Silberschatz, 2005).

Weiss beveget seg bort fra det psykoanalytiske idealet om en terapeut som forholder seg nøytral og tilbakeholden. Teorien fordrer en aktiv terapeut som i større grad bruker seg selv og sine egne opplevelser i terapisisituasjonen. Terapeutens oppgave er å samarbeide med pasienten mot målet, og å skape trygge rammer i behandlingen (Silberschatz, 2005).

Planformulering

Viktige korrigerende erfaringer kan som nevnt oppstå dersom terapeuten evner å gi pasienten de erfaringene han søker. Dette vil avhenge av kunnskap om hvordan pasientens traumer oppstod (Weiss, 1993). Ifølge KMT vil det å identifisere og forstå en pasients patogene antakelser kreve at terapeuten gjør en grundig evaluering og tolkning av klinisk materiale. Klinisk materiale består av det pasienten presenterer som sine plager, pasientens livssituasjon og hans utviklingshistorie (Curtis & Silberschatz, 2005).

En god kasusbeskrivelse ses som avgjørende for et vellykket terapiforløp innenfor KMT. Med utgangspunkt i begrepet om pasientens ubevisste plan for terapien, kalles en kasusformulering ut fra et KMT perspektiv for en *planformulering* eller en *diagnostisk planformulering* (Curtis & Silberschatz, 2005; Rappoport, 1996). Planformuleringen fungerer som en guide for hvordan terapeuten skal gå frem i terapiforløpet, og er retningsgivende for intervensjonene som tas i bruk (Curtis & Silberschatz, 2005; Rappoport, 1996). En tilfredsstillende planformulering inneholder følgende punkter: (1) en

formulering av pasientens konkrete mål og plan for terapien, (2) hypoteser om hindringer som står i veien for at pasienten skal nå målene, inkludert formulerte hypoteser om pasientens patogene antakelser, (3) antakelser om hvilke innsikter som vil kunne hjelpe pasienten i å nå målene for terapien, (4) beskrivelser av hvordan pasienten vil arbeide i terapien for å overkomme hindringene og nå målet. Dette innebærer hypoteser om hvordan pasienten vil komme til å teste terapeuten, og (5) pasientens nøkkeltraumer, faktiske hendelser og erfaringer som er bakgrunnen for utviklingen av de patogene antakelsene (Curtis & Silberschatz, 2005; Curtis, Silberschatz, Sampson, & Weiss, 1994; Rappoport, 1996). Terapeuten fokuserer fra behandlingens start på å forstå pasientens mål, og de patogene antakelsene som hindrer pasienten fra å nå målene. Etter at terapeuten har opparbeidet seg en innledende forståelse av pasientens patogene antakelser, og hvordan disse passer sammen med de presenterte problemene, observerer han hvordan pasienten tester ut antakelsene i den terapeutiske relasjonen. For å teste planformuleringens validitet prøver terapeuten ut intervensjoner og observerer pasientens respons (Curtis & Silberschatz, 2005). Terapeuten kan slik følge med på progresjon, eller mangel på sådan. Når progresjon uteblir må terapeuten gå tilbake til planformuleringen og revidere den, samt revurdere intervensjonene og teknikkene som er tatt i bruk. Slik understrekes viktigheten av at terapeuten kontinuerlig følger med på pasientens feedback og respons i terapien (Curtis & Silberschatz, 2005). I den grad terapeuten kan forutse pasientens tester i planformuleringen, vil en god plan øke sannsynligheten for at testen består, og dermed hjelpe pasienten nærmere sitt mål (Rappoport, 1996).

Struktur og tidsperspektiv

I KMT fremheves hvordan pasienten, og ikke terapeuten, setter agenda for behandlingen (Bugas & Silberschatz, 2005). Dette skjer som nevnt gjennom

veiledningsatferd, som ofte blir mer fremtredende på tre tidspunkt i terapien: Ved behandlingens begynnelse, før, under og etter at pasienten presenterer viktige tester til terapeuten, og når pasienten ønsker å endre den terapeutiske relasjonen (Bugas & Silberschatz, 2005). Det blir i liten grad lagt vekt på struktur i behandlingen da den terapeutiske prosessen avhenger av at terapeuten til enhver tid etterstreber å respondere på pasientens atferd på en måte som bryter med pasientens patogene antakelser. Dette innebærer å ta utgangspunkt i pasientens atferd i valg av intervensjon, noe som vanskeliggjør en planlagt struktur (Silberschatz, 2005).

I KMT blir det lagt liten vekt på behandlingens varighet i seg selv, og det tas hensyn til pasientens individuelle behov (Silberschatz, 2005). Terapiens mål er å avkrefte patogene antakelser, og hvor godt terapeuten lykkes i å respondere på en plankompatibel måte vil avgjøre hvor lang tid det tar å korrigere dem. Behandlingen kan gå over flere år, og varigheten er generelt fleksibel (Silberschatz, 2005).

Betydningen av skyld og skam i behandling av depresjon

Skyld. Weiss (1993) anser skyld som svært utbredt blant både pasienter og i befolkningen generelt. Han beskriver hvordan spesielt overlevelsesskyld er en type skyld de fleste mennesker har i noen grad (Weiss, 1993). Ubevisst skyld manifesterer seg på varierte og ofte uventede måter, og dette kan gjøre at skyldens betydning for psykopatologi og dens rolle i den terapeutiske prosessen ofte overses, misforstås eller undervurderes (Bush, 2005). I møte med pasienten er det derfor relevant for KMT-terapeuten å vurdere hvorvidt han har med ubevisst skyld å gjøre. Dette kan terapeuten gjøre gjennom å vurdere om utvikling av skyld er sannsynlig med tanke på pasientens bakgrunnshistorie. Han kan videre observere hvorvidt det oppstår overføringer, motstand eller annen testing i terapien som kan forklares med ubevisst skyld (Bush, 2005). Terapeuten kan også komme med

tolkninger knyttet til ubevisst skyld, og se om dette skaper fremgang hos pasienten (Bush, 2005).

Pasienter som kommer i terapi antas å være grunnleggende motivert for å bli bedre (Weiss, 1993). De patogene antakelsene advarer ofte pasienten om at dersom han har det godt og lever et vellykket liv, vil det skade andre (Weiss, 1993). På bakgrunn av dette kan det å oppsøke behandling i seg selv skape skyld. I behandling kan enhver form for ubevisst skyld ifølge Bush (2005) være en potensiell kilde til overføring eller motstand, så vel som en kilde til testing fra pasientens side. En pasient som fremstår deprimert i terapi kan eksempelvis ha en patogen antakelse om at hans gledesuttrykk, engasjement og vitalitet vil skade mennesker han er glad i (Bush, 2005). I samhandling med en slik pasient må terapeuten finne måter å avkrefte pasientens patogene antakelse om at hans lykke er skadelig for andre. Han må vise at han ikke såres av pasientens lykke, men heller oppmuntre pasientens glede og engasjement (Bush, 2005).

Skyldfølelse anses generelt som et potensielt hinder for bedring innen psykoanalytisk litteratur. Modell (1971) har funnet at overlevelsesskyld kan skape sterk motstand mot bedring og at det kan utgjøre en viktig faktor ved negative terapeutiske reaksjoner. Reaksjonene tenkes å ha opphav i en overbevisning om at man ikke har rett til et bedre liv. Samtidig er formålet med behandling nettopp bedret livskvalitet (Modell, 1971).

Som vi har sett, antar KMT at skyldfølelse spiller en sentral rolle i utvikling og opprettholdelse av depresjon, slik den også gjør i psykopatologi for øvrig (O' Connor et al., 1999; Weiss, 1993). Spesielt er overlevelsesskyld knyttet til depresjon (O' Connor et al., 1999). Weiss (1993) beskriver at mennesker som lider av skyld ofte vil hemme seg selv

eller rakke ned på og straffe seg selv. Dette kan gi depressive symptomuttrykk. Mennesker som opplever omfattende skyld vil i følge KMT ofte også forsøke å ”gjøre godt igjen” det de opplever at de har gjort galt i relasjon til andre. Dette gjøres ofte gjennom å sette andre og deres behov foran egne, og ved å holde seg selv nede på ulike måter (Bush, 2005). Én måte å holde seg selv nede på er å utvikle depressive symptomer. I sine kasusbeskrivelser gir Weiss (1993) flere eksempler på hvordan skyld kan gi seg uttrykk i depresjon. Han beskriver for eksempel hvordan et barn som vokser opp med deprimerte foreldre kan komme til å føle seg skyldig i situasjoner hvor han føler seg lykkelig (Silberschatz, 2005). Weiss (1993) forklarer dette som overlevelsesskyld, i forhold til det å være bedre stilt enn sine omsorgspersoner.

Pasienter kan av ulike grunner ha vansker med å tro på terapeutens tolkninger av skyld (Bush, 2005). Dette kan komme av at de føler seg truet av de potensielle konsekvensene ved å la deler av sin ubevisste skyld bli bevisst. For eksempel kan pasienten ubevisst frykte skyldfølelsenes smertefulle natur, eller følelsen av sårbarhet. Pasienten kan også oppleve tolkninger om skyld som beskyldninger fra terapeuten om at han har grunn til å føle seg skyldig (Bush, 2005). For at tolkninger knyttet til skyld skal være nyttige for pasienten, må de være nøyaktige, og komme til rett tid. Skyldtolkninger kan virke forstyrrende eller destruktive på pasienten dersom de ikke stemmer, og kan i verste fall skape ytterligere skyld (Bush, 2005). Gyldigheten og den terapeutiske nytten ved en tolkning om skyld bør, som alle tolkninger, vurderes ut fra den faktiske effekten tolkningen har på pasientens påfølgende atferd, istedenfor å baseres på hvorvidt pasienten er enig eller ikke (Bush, 2005).

Med tanke på hvordan en konkret skal intervensere i møte med skyld i terapi, hevdes det innenfor KMT at skyldfølelse generelt bør analyseres på bakgrunn av de ubevisste

antakelsene den stammer fra, antakelsenes opprinnelse og den rollen disse antakelsene har i å produsere selvdestruktive og selvoppofrende atferdsmønstre (Bush, 2005).

Skam. Weiss (1993) beskriver hvordan skam ofte opprettholdes av skyld, eller fungerer som en ”straff” dersom individet forsøker å overkomme og lette på sin skyld. Skam kan også utvikles på bakgrunn av identifisering med en skamfull forelder, eller gjennom direkte skaminduksjon fra foreldrene. Etersom skam er utviklet som et forsøk på å opprettholde tilknytning til omsorgspersoner, kan en pasient som forsøker å overkomme sin skamfølelse oppleve skyld eller tristhet over å kjenne seg distansert fra tilknytningspersonene (Bush, 2005). Terapeuten kan på grunn av skammens funksjon forvente økt skyldfølelse eller tristhet hos pasienter etter fremgang i terapi. I slike tilfeller kan terapeuten i følge KMT bidra med tolkninger angående det tilsynelatende tilbakefallet, noe som kan hjelpe pasienten med å få økt innsikt i egne reaksjonsmønstre (Silberschatz, 2005).

KMT har undersøkt skyld og skams relative roller i psykopatologi gjennom forskning. Studier indikerer at skam kanskje i større grad er knyttet til skyldfølelse enn direkte til psykopatologi (O`Connor et al., 1999). Funnene støtter vektleggingen av skyld, og indikerer i tråd med KMT at pasienter gjennom økt innsikt og forståelse av overlevelsesskyld og separasjonsskyld kan få hjelp til å redusere skamfølelse (O`Connor et al., 1999). Relasjonen mellom skyld og skam er i følge O`Connor et al (1999) viktig å belyse, ettersom sterk skam ofte kan fremstå som det motsatte av overlevelsesskyld. Individet kan fremstå som skamfull og uttrykke en følelse av å være underlegen andre, men dette kan skjule en egentlig opplevelse av å være bedre stilt enn andre (O`Connor et al., 1999). Å presentere tolkninger angående skyld dersom det egentlig dreier seg om skam, kan gjøre pasienten mer skamfull eller medføre at han utvikler skyld dersom han

tolker det slik at han *burde* oppleve skyld. I det terapeutiske arbeidet med skyld blir betydningen av å skille skyld og skam viktig (O' Connor et al., 1999).

Becks tilnærming til behandling av depresjon

Beck legger dysfunksjonell tenkning til grunn for psykologiske forstyrrelser, og har utviklet en behandlingstilnærming hvor forholdet mellom persepsjoner, tolkninger og reaksjoner står sentralt (Beck, 1970; Beck et al., 1979).

Kognitiv terapi

KT er basert på antakelsen om at det ikke er en situasjon i seg selv som avgjør hvordan den oppleves emosjonelt, men hvordan man forstår og tolker situasjonen (Beck, 2011). KT tilstreber at pasienten skal bli bevisst på sammenhengen mellom sine tanker, følelser og atferd (Beck, 1970; Beck, 2011). I behandlingen vektlegges identifisering og modifisering av lite hensiktsmessige tanker og antakelser, i kombinasjon med endring av dysfunksjonell atferd (Beck et al., 1979). Beck fremhever betydningen av at terapeut og pasient sammen definerer konkrete og aktuelle problemer, mål og fremgangsmåte for behandlingen (Beck et al., 1979).

I KT tar en sikte på å lære pasienten å bli sin egen terapeut. Gjennom veiledning og psykoedukasjon knyttet til depresjon, og kunnskap om hvordan den kognitive modellen bak KT fungerer, får pasienten hjelp til å sette mål, identifisere og evaluere tanker og oppfatninger og til å planlegge atferdsendring (Beck, 1970; Beck, 2011). Å lære pasienten strategier for hvordan han kan håndtere egne tanker og følelser, har også et forebyggende formål med tanke på nye depresjoner (Beck et al., 1979).

KT baserer seg på tre grunnoppfatninger (Beck & Dozois, 2011).

”Tilgangshypotesen” reflekterer hvordan pasienten med rett øvelse, veiledning, motivasjon

og oppmerksomhet kan bli bevisst på innholdet i, og prosessene bak, egen tenkning (Beck & Dozois, 2011). ”Medieringshypotesen” innebærer at måtene pasienten tenker om, tolker og konstruerer hendelser på, påvirker den emosjonelle responsen og atferdsresponsen til hendelsen (Beck & Dozois, 2011). ”Endringshypotesen” handler om hvordan pasienten kan fungere mer hensiktsmessig og adaptivt ved å endre sine kognisjoner og atferdsrespons til omgivelsene han møter (Beck & Dozois, 2011). KT beskrives ofte som en strukturert samarbeidsprosess hvor målet er å hjelpe pasienten med å vurdere nytteverdien og gyldigheten av tankene sine (Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979). Hensikten er ikke å bytte ut negative antakelser med positive, men heller å hjelpe pasienten med å endre sine kognitive vurderinger fra noe lite adaptivt og hensiktsmessig, til mer faktabaserte og adaptive prosesser. Målet er at pasienten skal lære å bli en forsker på egne tankeprosesser ved å behandle tankene sine som hypoteser fremfor fakta (Beck & Dozois, 2011). Ved å teste ut tankenes gyldighet, åpnes det opp for at det kan finnes alternative måter å se verden på. I tillegg kan det medføre at pasienten distanserer seg fra egne tanker, og at han inntar en mer objektiv holdning til hendelser. Målet er at pasienten modifierer egne tanker slik at de samsvarer med tilgjengelige fakta (Beck et al., 1979).

Kognitiv terapi ved depresjon. Beck utviklet i utgangspunktet KT med tanke på depresjon. Terapiformen baserer seg på en formell struktur og spesifikke intervensjoner (Beck et al., 1979). I gjennomføring av KT er to elementer spesielt viktige: (1) Pasienten bør være innforstått med rasjonalet bak terapiretningen, og (2) pasienten bør være forberedt på svingninger i symptomtrykk under behandlingsforløpet (Beck et al., 1979). KT fordrer at terapeuten presenterer rasjonalet bak KT i løpet av den første og andre terapitimen (Beck et al., 1979). Beck et al. (1979) understreker at terapeuten innledningsvis bør snakke med pasienten om hans forventninger til behandlingen. Han bør også formidle

hvordan det er normalt med svingninger i symptomtrykk underveis i behandlingsforløpet. Slik kan en moderere skuffelse fra pasientens side ved eventuelle tilbakefall (Beck et al., 1979). Dette tenkes å være av særlig betydning hos deprimerte pasienter, som ofte har økt tendens til pessimistiske tanker og sårbarhet for følelser av nederlag. Det er viktig at pasientens forventninger til behandlingen er realistiske (Beck et al., 1979). Terapeuten har ansvar for å utarbeide en plan og å finne gode verktøy i arbeidet med å nå målene. Det presenteres en generell plan for behandlingen, og eksempler på skjema og automatiske tanker gjennomgås (Beck, 2011). Det er sentralt at terapeuten formidler relasjonen mellom kognisjon, emosjon og atferd på en måte som gir mening for pasienten. Dette er en del av arbeidet med å forberede pasienten på behandlingen (Beck, 2011; Beck et al., 1979). Terapeuten kan for eksempel forklare hvordan et skjema ("hvis jeg er snill, vil ikke onde ting hende meg"), kan komme til syne gjennom automatiske tanker ("Jeg har det aldri bra. Det er fordi jeg ikke er snill"), og videre kan manifestere seg i form av negative affekter, som tristhet og depresjon (Beck et al., 1979).

Før behandlingen igangsettes må terapeuten forsikre seg om at pasienten er klar for, og villig til, å følge planen (Beck et al., 1979). Av den grunn er det viktig at pasienten og terapeuten formulerer en felles agenda for hver time. Terapeuten vil på bakgrunn av det pasienten presenterer av vansker, danne hypoteser om underliggende antakelser og logiske brister i pasientens tankegang (Beck et al., 1979). På et passende tidspunkt presenteres hypotesene for pasienten, og sammen finner en ut om det er hold i dem. Terapeuten og pasienten identifiserer og evaluerer pasientens kognisjoner i fellesskap. Sammen formulerer de hypoteser, som videre testes ut (Beck, 2011; Beck et al., 1979). Beck et al. (1979) illustrerer hvordan terapeuten kan gå fram i dette arbeidet gjennom følgende

behandlingsdialog med en ung, kvinnelig, deprimert pasient, som slet med tanker om at hun var stygg og lite attraktiv i etterkant av at kjæresten forlot henne:

Terapeuten: Annet enn dine subjektive antakelser, hvilken støtte har du for at du er stygg?

Pasienten: Søsteren min sa alltid til meg at jeg var stygg.

T: Hadde hun alltid rett i dette?

P: Nei, hun hadde sine egne grunner for å si det til meg. Den faktiske grunnen til at jeg vet jeg er stygg, er fordi gutter ikke ber meg med ut. Hvis jeg ikke var stygg, ville noen ha bedt meg ut.

T: Det er en mulig årsak til hvorfor du ikke dater, men en alternativ forklaring kan være det du fortalte meg om at du jobber alene på dagtid og er hjemme om kveldene. Det virker ikke som om du gir deg selv muligheten til å treffe menn.

P: Jeg forstår hva du sier, men likevel hadde menn bedt meg med ut hvis jeg ikke hadde vært stygg.

T: Jeg foreslår at vi utfører et eksperiment. Det går ut på at du blir mer sosialt aktiv, slutter å takke nei til fester og andre sosiale begivenheter, også ser vi hva som skjer.

Etter at pasienten ble mer sosial og ble kjent med flere menn, begynte hun å date.

På dette tidspunktet trodde hun ikke lenger at hun selv var stygg. Terapifokuset videre var da den grunnleggende antakelsen hennes om at egenverdi var avhengig av utseendet (Beck et al., 1979).

Den terapeutiske relasjonen

Beck et al.(1979) definerer den terapeutiske relasjonen rundt egenskaper hos terapeuten som varme, empati og ubetinget positiv aksept. Han antar at terapeuter som utviser disse kvalitetene i møte med pasienten, vil optimalisere forholdene slik at de spesifikke kognitive teknikkene kan anvendes på en mest mulig effektiv måte. Beck beskriver imidlertid hvordan disse egenskapene er nødvendige, men ikke tilstrekkelige for å skape en optimal terapeutisk effekt (Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979).

Når den terapeutiske relasjonen er god, opplever pasienten som oftest positive følelser mot terapeuten, for eksempel optimisme, takknemlighet og trygghet. På samme tid vil terapeuten ofte føle empati, omsorg, et ønske om å hjelpe og tilfredsstillelse over å kunne hjelpe pasienten. Som dette viser, er de emosjonelle aspektene ved den terapeutiske relasjonen dynamiske (Beck et al., 1979).

Judith Beck (2011) vektlegger betydningen av å bygge opp tillit og fortrolighet fra første kontakt med pasienten. Videre anser hun terapeutisk formidling av forpliktelse, forståelse og empati til pasienten, som en forutsetning for utvikling av den terapeutiske alliansen. I den sammenheng påpeker hun betydningen av at terapeuten kontinuerlig sjekker ut med pasienten hvorvidt han har forstått ham riktig, ettersom tilbakemeldinger fra pasienten tillater en mer korrekt konseptualisering av vedkommende (Beck, 2011). Sensitivitet overfor pasientens verbale og nonverbale reaksjoner er i følge Beck, alliansefremmende. I tillegg utgjør pasientens reaksjoner en verdifull kilde til informasjon (Beck, 2011).

Judith Beck (2011) anser en effektiv og kompetent terapeut som det mest sentrale for dannelse av en god allianse. På samme tid beskriver hun den alliansefremmende betydningen av et godt samarbeid mellom pasient og terapeut (Beck, 2011). Hun hevder som en generell regel at terapeuten bør bruke nok tid på alliansebygging til at pasienten vil engasjere seg i samarbeidet og jobbe effektivt mot målet. Et vellykket terapiforløp forutsetter en god terapeutisk allianse, og en god allianse gjør at tiden nyttes maksimalt og at fokuset er fullt og helt på pasientens utfordringer (Beck, 2011). Beck forutsetter tilstedeværelsen av noen ”grunnleggende ingredienser”, for at en god terapeutisk allianse skal kunne oppstå. Spesielt trekker hun fram varme, empati, ekthet, omsorg, genuin aksept og kompetanse som sentrale terapeutiske egenskaper. Disse egenskapene er

betydningsfulle ettersom de både vil spille inn på terapeutens holdninger og atferd under terapiforløpet og på pasientens evne til å nyttiggjøre seg av terapien (Beck, 2011).

Varme. En varm, interessert og omsorgsfull terapeut vil hjelpe pasienten til å føle seg trygg, og skaper en nærhet mellom pasienten og terapeuten (Beck et al., 1979). Et viktig moment er at det er pasientens opplevelse av varme, heller enn den faktiske grad av varme terapeuten utviser, som har betydning. Dersom pasienten opplever terapeutens varme og omsorgsfulle holdning som for intens, kan han reagere negativt (Beck et al., 1979). Deprimerte pasienter vil kunne tenke at de ikke fortjener å bli møtt med en slik vennlighet, eller de kan tenke at terapeuten opptrer uærlig. Noen pasienter kan også misoppfatte terapeutens vennlighet som kurtise. På den andre siden kan pasienten tolke det som avvisning hvis terapeuten oppfattes som lite varm (Beck et al., 1979). Terapeuten må derfor finne en god balanse når det gjelder hvor mye varme han utviser, og være oppmerksom på signaler fra pasienten som kan tyde på at hans holdninger ikke er terapifremmende. En åpen dialog med pasienten, hvor terapeuten ber om direkte tilbakemelding på hvordan han oppfattes av pasienten, kan ofte være hensiktsmessig (Beck et al., 1979). Det er spesielt viktig at pasienten oppfatter terapeuten som varm i begynnelsen av terapiforløpet når begge parter skal bli kjent og grunnlaget for den terapeutiske alliansen dannes. Etterhvert vil pasienten ofte føle seg sikrere på at terapeuten bryr seg, og ikke trenge at terapeuten utviser varme like åpenlyst (Beck et al., 1979).

Empati. Beck et al.(1979) beskriver hvordan empati både har en intellektuell og en emosjonell komponent. Dersom terapeuten klarer å sette seg mest mulig inn i pasientens opplevelsesverden, vil det gjøre det lettere å forstå og forutsi pasientens reaksjoner på bestemte hendelser. Empati gjør det dermed mulig å forstå det kognitive grunnlaget for pasientens følelser (Beck et al., 1979). Empatisk respons fra terapeuten bidrar til at

pasienten opplever terapeuten som forståelsesfull og at terapeuten lettere kan få tak i sentrale følelser og kognisjoner hos pasienten (Beck et al., 1979). På den måten blir den terapeutiske alliansen styrket, og det terapeutiske samarbeidet blir lettere. For å kunne yte best mulig hjelp, er det i følge Beck et al.(1979) viktig at terapeuten ikke stoler blindt på sine empatiske reaksjoner, men også søker til andre informasjonskilder for å finne ut om disse samsvarer med pasientens konklusjoner. Det er imidlertid viktig at terapeuten alltid formidler aksept for at pasientens tanker, følelser og ønsker synes valide for pasienten selv (Beck et al., 1979). Beck et al.(1979) peker på hvordan deprimerte pasienter ofte er preget av følelser av skam og skyld. Å møte pasienten med genuin empati kan derfor ha ekstra betydning, ettersom en empatisk holdning kan gjøre det lettere for pasienten å være åpen om vanskelige tema (Beck et al., 1979).

Ekthet. Ekthet innebærer en terapeut som er ærlig både overfor seg selv og pasienten. Det er viktig at pasienten opplever terapeuten som ekte og sannferdig, men det er samtidig viktig at terapeuten ikke er for direkte (Beck et al., 1979). Spesielt gjelder dette i møte med depressive pasienter, som kan ha en tendens til å tolke utsagn i verste mening, og som derfor lett kan mistolke en direkte kommentar som avvisning, kritikk eller fiendtlighet. Det er i følge Beck et al.(1979) viktig å være klar over at også positive kommentarer kan vekke en antiterapeutisk reaksjon dersom pasienten ikke opplever at det som sies samsvarer med virkeligheten. Uerfarne terapeuter kan for eksempel falle for fristelsen til å forsikre pasienten om at han vil bli frisk. Slike løfter kan gjøre at pasienten opplever terapeuten som uærlig og lite innsiktsfull (Beck et al., 1979).

Overføring og motoverføringsreaksjoner. I noen tilfeller kan det terapeutiske arbeidet kompliseres av overføringsreaksjoner pasienten har mot terapeuten (Beck et al., 1979). Overføringsreaksjoner dreier seg om følelser og væremåter som kontakten med

terapeuten vekker hos pasienten (Store medisinske leksikon). Beck et al.(1979) anbefaler åpenhet i møte med slike reaksjoner, ved at terapeuten og pasienten sammen utforsker hvorvidt det er støtte for pasientens antakelser. Dette kan for eksempel dreie seg om tilfeller hvor pasienten utviser voldsomt sinne overfor terapeuten, eller det kan være positive overføringsreaksjoner hvor pasienten opphører terapeuten. I begge tilfeller bør en mest mulig nyansert og objektiv virkelighetsforståelse etterstrebes (Beck et al., 1979). Terapeuten kan for eksempel be pasienten om å skrive en liste over ulike negative eller positive egenskaper han tillegger terapeuten, før de sammen leter etter evidens for disse egenskapene. Dette er en del av realitetstesting som står sentralt innenfor KT. Ved at pasienten og terapeuten sammen utforsker pasientens kognisjoner og emosjoner, kan den terapeutiske alliansen nyttes aktivt i terapiforløpet (Beck, 2011; Beck et al., 1979).

I arbeidet med deprimerte pasienter kan den terapeutiske alliansen bli utfordret ved at terapeuten begynner å tro på pasientens negative syn på seg selv og hans livssituasjon (Beck et al., 1979). Istedenfor å anse pasientens negative tolkninger som hypoteser som krever empirisk prøving, kan terapeuten anta at pasientens kognisjoner representerer objektive fakta. Dette kan medføre at han får et syn på pasienten som en som er født taper, eller som en som er fanget i en umulig livssituasjon. Slik kan terapeuten, i likhet med pasienten, bli fylt av en følelse av håpløshet (Beck et al., 1979). Videre kan det lede til at han overser det faktum at den deprimerte pasienten ofte er så overveldet av pessimisme og selvkritikk at han har tendens til kun å rapportere negative observasjoner (Beck et al., 1979). Dette er et eksempel på motoverføring, som er alle de følelser og væremåter, både bevisste og ubevisste, som en pasient vekker i en behandler (Store medisinske leksikon).

Overføring og motoverføringsreaksjoner er interaksjoner som kan utgjøre en kilde til frustrasjon både hos terapeuten og pasienten. I arbeidet med deprimerte pasienter, peker

Beck et al.(1979) på at terapeuter kan komme til å tolke pasienten dit hen at han med vilje opptrer passivt, ambivalent og manipulativt. Dette kan lede til frustrasjon hos terapeuten, og til at pasienten kan føle seg kritisert. Videre kan det medføre at pasienten avslutter behandlingen eller at tilstanden hans forverres (Beck et al., 1979).

Ved å konfrontere pasientens negative reaksjoner direkte, åpnes det for at terapeuten og pasienten sammen kan identifisere og korrigere de uhensiktsmessige kognisjonene som bidrar til pasientens passivitet, ubesluttsomhet og opposisjonelle holdning (Beck et al., 1979). Slik kan både pasientens og terapeutens frustrasjon reduseres. En god terapeutisk relasjon vil, i følge Beck, kunne forebygge eventuelle problemer som kan oppstå som følge av overføring og motoverføringsreaksjoner (Beck et al., 1979).

Pasientens og terapeutens roller i behandlingen

Beck vektlegger hvordan forholdet mellom terapeut og pasient er en samarbeidsallianse hvor partene er likeverdige, men med hver sine roller og oppgaver (Beck, 2011; Beck & Emery, 1985). Pasienten må sammen med terapeuten sette mål for terapien slik at de har en delt forståelse av hva de arbeider mot (Beck et al., 1979).

I KT vil terapeuten ta mest styring i første halvdel av behandlingsforløpet, mens han utover i terapiforløpet vil oppmuntre pasienten til selv å ta mer kontroll og initiativ. Slik vektlegges pasientens aktive rolle i egen bedringsprosess (Beck et al., 1979). Det er pasienten selv som må gjøre de nødvendige endringene i kognisjon og atferd for at bedring kan oppstå, men gjennom terapi kan pasienten tilegne seg ferdigheter og kunnskap som kan hjelpe ham i dette øyemed (Beck et al., 1979). Beck vektlegger pasienters innsikt, eller potensiale for innsikt, i egne psykologiske prosesser. På bakgrunn av dette mener han at det er viktig at terapeuten forholder seg konkret til det pasienten presenterer av problemer

(Beck et al., 1979). I den grad han snakker om prosesser som er utenfor pasientens direkte bevissthet, beskriver han det som manglende oppmerksomhetsfokus (Beck, 1970; Beck et al., 1979).

I KT anses pasienten som ekspert på seg selv og egen psyke. Terapeuten kan fungere som en lærer, som kan bidra med kunnskap om psykologiske prosesser generelt samt teknikker som kan bidra til å avhjelpe pasientens vansker (Beck, 2011; Beck et al., 1979). Beck understreker hvordan en av terapeutens oppgaver er å formidle tro på pasientens mestring og evne til å gjøre endringer i eget liv (Beck et al., 1979).

Behandlingsalliansen mellom terapeut og pasient betraktes som en nødvendig forutsetning for å nå behandlingsmålet, men ikke nødvendigvis som et middel som anvendes aktivt i veien mot målet (Beck & Dozois, 2011; Wills, 2009).

Kasusformulering

En kasusformulering innenfor KT er en individuell formulering av pasientens vansker (Beck, 2011). Kasusformuleringen skal inneholde informasjon om de psykologiske faktorene som er involvert i pasientens utvikling og opprettholdelse av psykopatologi, og den er retningsgivende for hvilke intervensjoner som benyttes i behandlingen (Wills, 2009). Til tross for Becks implisitte fokus på formulering gjennom sine spesifikke, kognitive teoretiseringer (Wills, 2009), var Judith Beck (1995) den første som eksplisitt skisserte den kasusformuleringen som vanligvis assosieres med kognitiv terapi. Hun kaller kasusformuleringen en *kognitiv konseptualisering*. Konseptualiseringen tar utgangspunkt i Becks kognitive modell, og kjennetegnes ved sitt fokus på kartlegging av ulike typer og nivåer av kognisjon og på relasjonen mellom kognisjon, emosjon og atferd (Beck, 2011; Wills, 2009). Innholdet i konseptualiseringen skal favne pasientens og terapeutens felles forståelse av pasientens problemer (Beck, 2011). Det er derfor av

betydning at terapeuten i konseptualiseringen identifiserer pasientens tanker, negative emosjoner og problematiske atferd, som både kommer fra, og som videre forsterker, den dysfunksjonelle tenkningen (Beck, 2011). Det fordres også at terapeuten formulerer antakelser om utløsende faktorer for pasientens nåværende vansker (Beck, 2011). Dette kan for eksempel omhandle tidligere hendelser eller erfaringer i pasientens liv, som har gitt opphav til eksisterende skjema med negativt innhold. Disse skjemaene kan igjen ha predisponert pasienten for problemene han opplever (Beck, 2011). Det er viktig at pasienten gjennom terapiforløpet får hjelp til å betrakte sine opplevelser og erfaringer gjennom den kognitive modellen, slik at han kan lære å identifisere tankene som er relatert til de ubehagelige følelsene, vurdere disse og finne mer adaptive responser til tenkningen (Beck, 2011; Beck et al., 1979).

Judith Beck (2011) viser til følgende spørsmål som bør besvares i utformingen av konseptualiseringen:

- *Hva er pasientens diagnose?*
- *Hvilke problemer preger pasienten på nåværende tidspunkt og hvordan ble disse problemene utviklet og opprettholdt?*
- *Hvilke uhensiktsmessige tanker og antakelser kan være relatert til problemene?*
- *Hvilke reaksjoner (emosjonelle, fysiologiske og atferdsmessige) har sammenheng med denne tenkningen?*
- *Hvordan betrakter pasienten seg selv, andre, sin personlige verden og sin fremtid? Hva er pasientens underliggende antakelser (inkludert holdninger, forventninger, leveregler) og tanker?*
- *Hvordan håndterer pasienten sine egne dysfunksjonelle kognisjoner?*
- *Hvilke belastninger bidro til utviklingen av pasientens nåværende psykologiske problemer, eller forstyrrer forsøk på å løse disse problemene?*
- *Dersom relevant, hvilke tidlige erfaringer kan ha bidratt til pasientens nåværende problemer?*
- *Hvilken mening formet pasienten ut fra disse erfaringene, og hvilke antakelser ble dannet, eller opprettholdt, av disse erfaringene?*
- *Dersom relevant, hvilke kognitive, affektive, og atferdsmessige mekanismer (adaptive og maladaptive) utviklet pasienten for å håndtere disse dysfunksjonelle antakelsene? (Beck, 2011).*

Utarbeidelsen av den kognitive konseptualiseringen bør påbegynnes allerede ved første møte med pasienten og deretter fortsette utover i terapiforløpet. Den kontinuerlige tilpasningen og utviklingen av konseptualiseringen, gjør det lettere å planlegge en effektiv behandling (Beck, 2011).

Terapeutiske intervensjoner

I KT benyttes et sett med klart definerte terapeutiske intervensjoner og teknikker for å endre pasientens tenkning, humør og atferd. Hvilke intervensjoner som tas i bruk vil imidlertid avhenge av pasientens diagnose og den enkelte pasientens spesifikke problematikk (Beck, 2011; Beck et al., 1979). Beck et al.(1979) anerkjenner at det spesifikke kognitive innholdet kan variere fra pasient til pasient, og han vektlegger hvordan behandlingen må tilpasses den enkelte pasient. Han antok likevel at det finnes et tilstrekkelig overlapp mellom individer til å forsvare utviklingen av diagnosebaserte behandlingsmanualer (Beck et al., 1979).

De kognitive teknikkene inkluderer på et overordnet plan å etablere en terapeutisk relasjon, atferdsendringsstrategier, kognitive restruktureringsstrategier, modifisering av kjerneantakelser og skjema og forhindring og forebygging av tilbakefall (Beck & Dozois, 2011).

Innenfor KT er det sentralt at terapeuten formidler til pasienten at de sammen skal utforske pasientens tankeinnhold. Dette arbeidet kaller Beck et al.(1979) *samarbeidende empirisme*, ettersom terapeuten og pasienten fungerer som samarbeidende forskere både når det gjelder å sette mål for behandlingen og i utforskningen av pasientens tanker. I arbeid med deprimerte pasienter, er utforskningen basert på to premisser: Det første er at deprimerte pasienters tankegang er pessimistisk av natur, ved at de ofte har et negativt syn

på seg selv, verden og fremtiden. Det andre premisset går ut på at den deprimerte pasientens tolkning av hendelser bidrar til å opprettholde depresjonen (Beck et al., 1979). Gjennom *utforskning*, kan terapeuten og pasienten sammen avdekke meningssystemer og maladaptive antakelser hos pasienten. *Veiledende utforskning* innebærer at terapeuten hjelper pasienten med å teste ut tankene sine gjennom personlige observasjoner og eksperimenter. Dette kalles *evaluering* (Beck, 2011; Beck et al., 1979). *Sokratisk dialog* er en annen intervensjon innenfor KT som er mye brukt. Dette er en form for veiledet utforskning hvor terapeuten stiller en rekke nøye sekvenserte spørsmål (Beck, 2011; Beck et al., 1979). Ved hjelp av disse spørsmålene kan problemer og tanker identifiseres. Pasienten kan sammen med terapeuten vurdere betydningen av hendelser, og bli bevisst på hvilke konsekvenser visse tanker og atferd får for hans fungering. Bruk av teknikkene over kan medføre at pasientens holdninger endres, i takt med at han blir mer åpen for alternative tolkninger av hendelser (Beck et al., 1979). Samtidig understrekes det i KT at terapeuten ikke på forhånd vet i hvilken grad pasientens automatiske tanker er gyldige eller ugyldige (Beck, 2011). Terapeuten og pasienten utforsker sammen pasientens tenkning, for slik å utvikle mest mulig hensiktsmessige og korrekte responser. Etterhvert som pasienten gjenkjenner og korrigerer uhensiktsmessige tanker, er det lettere å benytte seg av enkle problemløsningsstrategier (Beck, 2011; Beck et al., 1979).

Gjennom *atferdseksperimenter* kan pasienten teste gyldigheten av sine tanker direkte. Eksperimentene kan både finne sted i terapitimene eller pasienten kan få i oppgave å utføre dem hjemme. Hjemmeoppgaver er en mye anvendt intervensjon innenfor KT, og kan være svært effektivt dersom pasienten er motivert for og gjennomfører oppgavene (Beck, 2011; Beck et al., 1979). Pasienten kan teste ut validiteten til sitt eget

meningssystem ved å se på evidens for og imot spesifikke antakelser, og ved å se på alternative tolkninger eller forklaringer (Beck, 2011; Beck et al., 1979).

Struktur og tidsperspektiv

Som tidligere nevnt, er KT en manualbasert terapiretning, tilpasset de enkelte lidelsene som skal behandles. Det innebærer en tydelig behandlingsstruktur, som antas å maksimere effektivitet og behandlingseffekt (Beck et al., 1979). Strukturen omhandler hva hver time skal bestå av, både i form av tema og intervensjoner. Det å følge en på forhånd utarbeidet struktur vil, ifølge Beck (2011), gjøre terapiprosessen mer håndgripelig for pasienten og øke sannsynligheten for at han vil bli i stand til å drive ”selv-terapi” etter avsluttet behandling. Til tross for at den manualbaserte tilnærmingen står sterkt innenfor KT, medfører den samtidige vektleggingen av individtilpasset behandling at valg av intervensjoner eller konkrete teknikker kan variere innenfor samme pasientgruppe (Beck et al., 1979).

Terapiens mål er symptomlette, økt funksjonsnivå hos pasienten, effektiv problemløsning og forebygging av tilbakefall (Beck et al., 1979). Beck har et her-og-nå-fokus i behandling. Til tross for at han anerkjenner hvordan tidlige erfaringer kan spille inn på senere psykopatologi, antar han at det ikke er nødvendig å gå tilbake til fortiden for å hjelpe pasienten med bevisstgjøring og endring av eksisterende maladaptive kognisjoner (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Judith Beck (2011) trekker likevel frem to unntak til her-og-nå-fokuset, hvor oppmerksomheten rettes mot pasientens fortid: Det ene er når pasienten ytrer et sterkt ønske om det, og unnlattelse av det vil gå på bekostning av den terapeutiske alliansen. Det andre unntaket er når pasienten setter seg fast i den dysfunksjonelle tenkningen, og når en forståelse av hvordan hans antakelser har røtter i barndommen kan bidra til modifisering av rigide oppfatninger (Beck, 2011).

I KT etterstrebes gjerne et kortvarig behandlingsforløp (Beck, 2011; Beck & Dozois, 2011), og mange pasienter med depresjon får seks til fjorten timer behandling (Beck, 2011). For noen pasienter er det imidlertid nødvendig med mer tid. Enkelte pasienter trenger ett til to år eller mer for å modifisere svært rigide, dysfunksjonelle antakelser og atferdsmønstre som bidrar til kronisk ubehag. Andre pasienter med alvorlig psykisk lidelse kan trenge periodisk behandling over svært lang tid for å opprettholde stabilitet (Beck, 2011).

Affektive symptomer ved depresjon: Skam og skyld

Depresjon har både affektive, motivasjonelle, kognitive, atferdsmessige og fysiologiske komponenter (Beck et al., 1979). Terapeuten kan rette fokus mot hver av disse komponentene enhetlig, eller flere parallelt. Komponentene antas å stå i gjensidig relasjon til hverandre, slik at bedring på ett problemområde også kan manifestere seg til de andre områdene (Beck et al., 1979). Deprimerte pasienters tilbøyelighet til en pessimistisk tankegang, kan skape depressive symptomer som tristhet, passivitet, selvkritikk og manglende evne til å kjenne på glede (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Dette utgjør en ond sirkel, hvor negative tanker, ubehagelige affekter, manglende eller ødeleggende, selvdestruktiv motivasjon og generell passivitet, forsterker hverandre (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Ved at terapeuten velger ut et eller flere av de mest fremtredende symptomene som fokus i behandlingen, kan sirkelen brytes. For varig bedring antar Beck at det er de dysfunksjonelle antakelsene underliggende symptomene som må endres (Beck, 1970; Beck et al., 1979).

Affektive symptomer ved depresjon omfatter blant annet skam og skyld (Beck et al., 1979). I tillegg til de affektive komponentene ved skam- og skyldfølelse, inngår også kognitive komponenter som attribusjon. Deprimerte personer har en tendens til å tenke

negativt om seg selv og klandre seg selv dersom noe går galt. De foretar dermed en indre årsaksplassering ved negative utfall. Ved positive utfall har de derimot en tendens til ytre årsaksplassering (Beck, 1976; Beck et al., 1979). Dette er i motsetning til folk flest, som har en tendens til å legge personlige kvaliteter til grunn for gode hendelser og resultater, og ytre faktorer til grunn for dårlige resultater. Beck hevder dette depressive attribusjonsmønsteret bidrar til opprettholdelse av depresjon, ved at lav selvfølelse og negativt selvbilde opprettholdes (Beck, 1976; Beck et al., 1979). Beck antar at depresjon er uløselig knyttet til individets negative kognisjoner rundt egen person. De negative kognisjonene manifesterer seg gjennom devaluering av selvet og en pessimistisk attribusjonsstil (Beck et al., 1979).

Skam oppleves i følge Beck et al.(1979) ofte i forbindelse med at aspekter ved ens personlighet eller atferd oppleves som lite sosialt akseptert. Skam stammer fra en persons opplevelse av å bli negativt stemplet av andre for noe en gjør eller for hvordan en er. Slik illustrerer Beck et al.(1979) relasjonen mellom frykt for negativ evaluering, skam og depresjon. Etersom skam henger sammen med en subjektiv opplevelse av negativ evaluering, er skam på mange måter selvskapt (Beck et al., 1979). Mange pasienter har vansker med å vedkjenne seg skamfølelse, og det er derfor viktig at terapeuten konkret forhører seg om opplevelse av skam er aktuelt for den enkelte pasienten. Ved å oppmuntre pasienten til å være åpen heller enn å forsøke å skjule en hendelse han opplevde som skamfull, kan pasientens tendens til å føle skam reduseres (Beck et al., 1979).

Beck et al.(1979) vektlegger hvordan skyld hos pasienter ofte er relatert til deres opplevelse av ansvar for andre menneskers atferd. Skyld er videre relatert til brudd på en persons moralske og etiske standard. Etersom disse standardene er individuelle, bør terapeuten være varsom med å konkludere med hva som er den utløsende årsaken til en

pasients skyldfølelse (Beck et al., 1979). Noen pasienter føler skyld på grunn av tanker og ønsker de har, heller enn på grunn av konkrete handlinger. Beck illustrerer dette gjennom å referere til en kvinnelig pasient som ikke hadde skyldfølelse for å ha involvert seg med en gift mann, men som derimot følte skyld over å ønske konen hans død (Beck et al., 1979). Beck et al.(1979) beskriver hvordan noen pasienter tror at skyld kan beskytte dem fra å utføre selvdestruktiv eller antisosial atferd. Ofte vil skyldfølelse heller legge stein til byrden. Det kan igjen medføre at den selvdestruktive atferden forsterkes. Et klassisk eksempel på dette er alkoholikeren som drikker, føler seg skyldig og som deretter drikker igjen for å døyve skyldfølelsen (Beck et al., 1979).

Deprimerte pasienter beskriver ofte vansker med å føle at de er genuine i møte med andre, ved at de gjerne har problemer med å være ærlige om hvordan de har det. For mange oppleves det befriende å komme i behandling og kunne være seg selv helt og fullt uten en ytre fasade (Beck et al., 1979). Ofte opplever pasienten mye skam knyttet til egne emosjoner. Skam kan oppstå dersom pasienten har vansker med å uttrykke eller oppleve kjærlighet til de han er glad i, føler irritasjon overfor andre, eller opplever overhengende angst (Beck et al., 1979). Mange deprimerte skammer seg i tillegg over å være syke. Spesielt gjelder dette personer som ytre sett har en god livssituasjon. Dersom en opplever depresjon samtidig som en opplever at en egentlig har mye å være glad og takknemlig for, kan det lede til skyldfølelse. Beck et al.(1979) understreker viktigheten av at terapeuten åpner opp for å snakke om disse temaene, da mange pasienter kan ha vanskeligheter med selv å bringe det på bane grunnet skyld- og skamfølelse. Ved at terapeuten uttrykker aksept for slike negative emosjoner og holdninger, reduseres ofte pasientens skyldfølelse og selvbebreidelse, og mange pasienter opplever det befriende å få uttrykt vanskelige og tabubelagte emosjoner (Beck et al., 1979). Det er i følge Beck viktig at terapeuten åpner

for at det er i orden å snakke om alle tanker og emosjoner som opptar pasienten, og tydeliggjør at det ikke er noe som er rett eller galt (Beck et al., 1979).

Diskusjon

Sammenligning av teorienes forståelse og tilnærming til depresjon

I gjennomgangen av de teoretiske beskrivelsene og terapeutiske tilnærmingene til KMT og KT har vi forsøkt å belyse de sentrale premissene de to teoriene baserer seg på.

Både KMT og KT inneholder mer eller mindre eksplisitte antakelser knyttet til hva som danner bakgrunn for og hva som opprettholder depresjon. Basert på sine teoretiseringer om hvordan psykiske vansker oppstår og utvikles, gir teoriene beskrivelser av hvilke betingelser og intervensjoner som potensielt kan skape terapeutisk endring. For å illustrere forskjeller og likheter i teorienes forståelse og tilnærming til behandling av depresjon, vil vi ta utgangspunkt i et kasus. På den måten kan vi konkretisere hvordan en terapeut med utgangspunkt i henholdsvis KMT og Becks teori vil kunne forstå og tilnærme seg en deprimert pasient i terapi. I utformingen av kasuset ”Jon” har vi tatt utgangspunkt i en pasientbeskrivelse lånt fra litteraturen (Persons et al., 1991).

Kasus

”Jon” er en mann på 31 år. Han beskriver en alvorlig tilbakevendende depresjon og vansker med å relatere seg til andre mennesker. Jon er singel, bor alene og arbeider som dataingeniør i en liten bedrift. Når han kommer i behandling er han moderat deprimert, og hans mest fremtredende symptomer er nedstemthet, selvkritikk, skyldfølelse, utmattelse og vansker med å få ting gjort. Jon forteller om vansker med å relatere seg til andre, og beskriver frykt for å bli avvist, ignorert og devaluert. Han har lite omgang med venner, og inngår ikke i noen romantiske relasjoner. Han beskriver at han føler seg utilstrekkelig på jobb, og at han bruker lang tid selv på enkle oppgaver. For å kompensere for manglende effektivitet jobber Jon overtid, men får likevel ikke fullført alle arbeidsoppgavene sine. Jon har hatt planer om å reise bort for å studere, men har til nå ikke realisert disse planene.

For å koble av spiller Jon dataspill, og han beskriver at dette er den eneste aktiviteten som gir ham et avbrekk og får ham til å føle seg bedre. Samtidig skammer han

seg over dette, og føler skyld over å bruke så mye tid på dataspill som han gjør, ettersom han ikke anser dette som ”produktiv og nyttig bruk av tid”. Jon forteller at foreldrene hans, og spesielt faren, ville ha fordømt ham og vist forakt for ham, dersom de visste at han bruker tid på dataspill. Jon bor nær sine foreldre og har mer kontakt med dem enn han egentlig ønsker. Ved noen anledninger har Jon forsøkt å formidle at han ønsker mindre hyppig kontakt, og han har tidvis trukket seg unna. Foreldrene har ved disse tilfellene ikke vært lydhøre for Jons ønsker og har vært svært insisterende. Mor har mer eller mindre eksplisitt uttrykt at Jon er eneste grunn til at hun har forblitt i et kjærlighetsløst ekteskap med en vanskelig mann. Foreldrene krangler mye, og Jon opplever at disse kranglene ofte dreier seg om ham.

Jon har en 11 år eldre bror, som han har lite kontakt med. Han flyttet ut da Jon var 6 år, og Jon vokste i praksis opp som enebarn.

Under oppveksten hadde Jons far en krevende stilling som økonomisjef i en stor bedrift. Jon beskriver faren som irritabel, kontrollerende og detaljorientert på hjemmebane. Faren lagde strenge regler, og ønsket siste ord i alle beslutninger i familien. Jon beskriver at faren hadde en holdning om at barn skal ”ses og ikke høres”. For å unngå konflikter hjemme fant Jon ut at det var best å holde en lav profil og si minst mulig. Han beskriver at han tenkte at ”dersom jeg sier min mening skaper jeg problemer”. Jon opplevde faren som totalt uinteressert i ham, med unntak av noen få anledninger der faren satte seg ned med Jon i forbindelse med leksearbeid og gjorde leksene for ham.

Jon forteller at faren aldri oppmuntret ham til å utvikle og opprettholde relasjoner til jevnaldrende. Han opplevde at faren forsøkte å sabotere de vennskapene han hadde, ved å ydmyke Jon foran kameratene. Faren hadde selv svært begrenset sosialt nettverk. Jon oppnådde toppresultater, men fikk likevel ingen anerkjennelse fra far. Far uttrykte at gode resultater var en selvfølge, ettersom Jon hadde investert mye tid i skolearbeidet. Jon opplevde at faren var misunnelig på hans prestasjoner. Ved flere anledninger oppførte faren seg som om de var konkurrenter. Dette kom blant annet til syne i lek og spill, hvor faren ikke tålte at sønnen vant over ham.

Teorienes syn på bevisste og ubevisste prosesser

Både KMT og KT har sitt opphav i den psykoanalytiske tradisjonen, men har beveget seg bort fra denne, og omtales i dag som integrative teorier (Beck, 1970; Silberschatz, 2005, Wills, 2009). KMT har likevel med seg flere sentrale psykodynamiske prinsipper, som gir seg til kjenne både i forståelse av psykologisk fungering og terapiprosessen (Silberschatz, 2005). Beck's teoretiseringer kan på mange måter snarere oppfattes som en reaksjon på det psykodynamiske feltet han tidligere var en del av, og han tar avstand fra tradisjonelle psykodynamiske forståelsesmodeller (Beck, 1970; Milton, 2001). Den psykodynamiske innflytelsen er dermed ulik i KMT og KT.

Forståelsen av det bevisste og ubevisste har tradisjonelt vært fremholdt som en motsetning mellom psykodynamiske og kognitive tilnærminger til psykopatologi (Milton, 1991). KMT er psykodynamisk forankret i sin forståelse av hvordan psykopatologi har sitt opphav i intrapsykiske konflikter utenfor bevissthet, og utenfor direkte bevisst kontroll (Silberschatz, 2005). Weiss (1993) antar imidlertid at de samme vurderingene som gjøres bevisst, også gjøres ubevisst. Han vektlegger at mennesker utøver kontroll, både over det bevisste og det ubevisste mentale liv (Weiss, 1993). Denne kontrollen antas imidlertid å reguleres på et ubevisst nivå, på bakgrunn av individets oppfattelse av trygghet og fare. Ubevisst materiale kan dermed gjøres bevisst innenfor trygge rammer (Weiss, 1993). I KMT beskrives det hvordan det ubevisste tjener en adaptiv hensikt ved å muliggjøre tilpasning til lite optimale omgivelser. Et eksempel på dette er hvordan neglisjerte barn ubevisst vil tillegge seg selv skylden for foreldrenes manglende omsorg. En erkjennelse av at omsorgsgiverne er ute av stand til å utøve tilstrekkelig omsorg, vil true barnets tilpasning og overlevelse mer enn dersom barnet selv kan anta at det har kontrollen. Å gjøre ubevisst materiale bevisst er ifølge KMT en forutsetning for endring i terapi, men vil avhenge av at pasienten føler seg trygg i relasjonen til terapeuten (Weiss, 1993).

I motsetning til KMT, har Beck fjernet seg fra tanken om et ubevisst mentalt liv (Silberschatz, 2005; Wills, 2009). Han erkjenner at mennesker ikke alltid er direkte bevisst sine psykologiske prosesser, men knytter dette til lærings- og oppmerksomhetsprosesser (Beck et al., 1979). Beck antar at mennesket, gjennom øvelse og økt oppmerksomhetsfokus, kan bli bevisst på og oppnå relativt stor grad av kontroll over egne tankeprosesser. Han trekker dette frem som en sentral del av terapien (Beck et al., 1979). Beck bruker begrepet ikke-bevisst når han snakker om kognisjoner som ikke er direkte tilgjengelige (Wills, 2009).

En viktig forskjell mellom KMT og KT er funksjonen som tillegges ikke-bevisst kognisjon. Mens KMT antar at ubevisste mekanismer bidrar til at mennesker tilpasser seg viktige relasjoner, trekker Beck frem den økte kognitive effektiviteten ved å la en stor del av informasjonsprosesseringen foregå på et ikke-bevisst nivå (Beck et al., 1979). Det adaptive aspektet ved et mindre bevisst nivå av kognisjon vektlegges dermed i begge teoriene, men den adaptive funksjonen er ulik. Samtidig er arbeidet med å gjøre mindre bevisste prosesser mer tilgjengelige en viktig del av begge behandlingstilnærmingene.

Teoriens menneskesyn

Det bakenforliggende menneskesynet til KMT og KT, har tydelige likhetstrekk. Begge teoriene fremmer et positivt menneskesyn, som samsvarer med humanistiske formuleringer rundt menneskets natur og potensiale (Silberschatz, 2005; Wills, 2009). Weiss (1993) beveget seg i sitt syn på mennesket bort fra psykoanalysens antakelser om nedarvede og medfødte drifter. Han beskriver hvordan konflikter og psykopatologi oppstår i møte med individets relasjonelle omgivelser, og ikke som en medfødt del av menneskets natur (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Mennesket anses innenfor KMT som sterkt motivert for å overkomme sine psykologiske vansker, og dette gjenspeiles i begrepet om pasientens ubevisste plan (Weiss, 1993). Pasienten antas å komme i terapi med all den nødvendige kunnskap og kompetanse som skal til for at bedring kan oppstå. Weiss (1993) vektlegger hvordan individet er grunnleggende motivert for og drevet mot å mestre sine omgivelser, utvikle seg og vokse.

Beck beskriver mennesket som svært tilpasningsdyktig. Han vektlegger hvordan kognisjon og atferd er rettet mot effektiv håndtering av omgivelsene (Beck et al., 1979). Becks KT antar at på tross av at kognitive prosesser kan føre til sykdom, er prosessene adaptive av natur. I KT vektlegges også menneskets læringspotensial. Målet er at pasienten

skal lære å bli sin egen terapeut, og det understrekes hvordan pasienten selv sitter på nøkkelen til forståelse og løsning av sine egne vansker (Beck et al., 1979). Becks forståelse av psykopatologi og endring i terapi, innebærer slik en ansvarliggjøring av mennesket. Mennesket ses som en ressurssterk agent, som gjennom veiledning kan lære seg å bruke den kompetansen det allerede innehar.

Både KMT og KT ser med andre ord mennesket som et tilpasningsdyktig og rasjonelt vesen, motivert for optimal fungering. Teoriene har et felles utgangspunkt i evolusjonære forklaringsmodeller, hvor menneskers atferd beskrives på bakgrunn av dens adaptive funksjon (Beck et al., 1979; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Teoriene skiller seg imidlertid fra hverandre i synet på hva som er adaptivt. KMT forutsetter tilknytningsrelasjoner for barnets overlevelse, og antar derfor at barnet vil være motivert for å tilpasse seg viktige andre. Beck kan sies å ha et noe bredere fokus i sitt syn på hvordan kognitive prosesser fremmer adaptiv og effektiv fungering for individet, *både* i relasjoner og ellers i sine omgivelser (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Han avviser dermed ikke betydningen av den tidlige tilknytningen og relasjonen til omsorgsgiverne, men tillegger den heller ikke noen særstilt betydning.

Teorienes felles forståelse av mennesket som grunnleggende motivert for å tilpasse seg sine omgivelser, gir håp med tanke på endring og bedring. Ved å formidle tro på pasientens evne til å mestre sine omgivelser, kan begge retningene sies å være preget av håp og forventning om at problemer vil la seg løse, gitt at de rette betingelsene er tilstede. Hva som er de "rette" betingelsene er imidlertid et punkt hvor KMT og KT skiller seg fra hverandre. Samtidig kan det tenkes at teoriens ulike språk bidrar til å skape en større avstand mellom fenomenene som omtales enn det i virkeligheten er. Dette vil vi undersøke nærmere og forsøke å belyse gjennom en hypotetisk tilnærming til kasuset Jon.

Maladaptive antakelser som forklaringsmodell for depresjon

Skjema og patogene antakelser. KMT og KT forklarer utviklingen av psykopatologi på bakgrunn av liknende mekanismer. Dette gjenspeiles i begrepene patogene antakelser og kognitive skjema, som begge omhandler meningssystemer dannet i tidlig barndom (Beck, 1970; Beck et al., 1979; Weiss, 1993). Weiss (1993) tar utgangspunkt i at individet allerede fra spedbarnsalder er motivert for å forstå og tilpasse seg sine omgivelser og sin virkelighet. I denne tilpasningsprosessen trekker barnet slutninger basert på de erfaringene det gjør seg og de omgivelsene det utsettes for. Så langt har prosessen bak utvikling av patogene antakelser mye til felles med Becks skjemabegrep. Et skjema kan beskrives som ”organiserte elementer av tidlige reaksjoner og erfaringer, som danner en relativt sammenhengende og vedvarende kunnskapsbase som vil styre persepsjoner og tolkninger” (Beck, 1996; Beck et al., 1979).

I motsetning til patogene antakelser, er ikke skjemabegrepet negativt i seg selv. Et skjema kan inneholde både positive og negative antakelser. Det er først og fremst rigide, maladaptive skjema med negativt innhold, som antas å inngå i psykopatologi (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2010; Beck et al., 1979). Patogene antakelser er derimot iboende negative ved at de er et resultat av tilpasning til usunne psykologiske miljø, som begrenser individets naturlige utvikling (Rappoport, 2002; Weiss, 1993).

Utvikling av depresjon. KMT har ingen egen modell for utvikling av depresjon eller andre spesifikke lidelser. Årsaken til dette ligger i teoriens natur, som forklarer alle former for psykopatologi ut fra prinsippet om patogene antakelser. De patogene antakelsene vil være formet av pasientens individuelle historie (Weiss, 1993). Samtidig er det funnet at patogene antakelser relatert til overlevelsesskyld, ofte inngår i psykiske lidelser, og dette ser en også hos deprimerte personer (O'Connor et al., 1999). Pasienten kan for eksempel

ha en opplevelse av at egen kompetanse kan være til skade for andre, ved å få dem til å føle seg mindre kompetente i sammenligning. Dette kan ligge til grunn for depressive symptomer, som begrenser pasientens uttrykk og utfoldelse (Weiss, 1993).

Når det gjelder Jon, kan en ut fra et KMT perspektiv tenke seg at skyld er en viktig faktor i hans relasjon til foreldrene. Skylden har gjort ham i stand til å bevare relasjonen til foreldrene, ved å holde seg selv nede og ikke etterstrebe utviklingsmål som ville opprørt dem. Spesielt kan overlevelsesskyld tenkes å være involvert i Jons problematikk. Denne kan ha sitt opphav i hans relasjon til faren. Faren var kontrollerende og kritisk, og ble lett såret hvis Jon visste mer enn ham eller på noen annen måte var ham overlegen. Dersom Jon presterte godt eller overgikk faren på noe vis, ble han møtt med avvisning. Jon kan ha opplevd avvisningen som en trussel mot relasjonen til far, som dermed kan ha ført til begrenset egenutfoldelse. I tillegg manglet Jons far et eget sosialt nettverk, og han saboterte Jons vennskap med kamerater. Dette kan ha ført til separasjonsskyld, som ifølge KMT vil begrense barnets streben etter å danne egne relasjoner. Ved selv å begrense sin sosiale omgang, kan man tenke seg at Jon både ivaretok farens behov for å være viktig for Jon, og hans behov for at Jon ikke skulle komme bedre ut enn ham. Samtidig kan dette ha hemmet Jons sosiale utvikling og kompetanse. Foreldrenes hyppige krangler vedrørende Jon, kan ha bidratt til hans isolasjon, tilbaketrekning og skyldfølelse. I tillegg kan morens betroelse om at hun forble i et ulykkelig ekteskap for hans skyld, ha ført til overdreven ansvarsfølelse for henne fra Jons side. Dette samsvarer også med begrepet separasjonsskyld.

I tillegg til skyld opplever Jon skam relatert til sin ”unyttige bruk av tid” på dataspill. I Jons tilfelle, kan skammen også ha utviklet seg på bakgrunn av farens manglende interesse for, og anerkjennelse av ham, og farens til tider avvisende og

fordømmende holdning. Jons negative holdninger til seg selv kommer frem gjennom symptomer som selvkritikk og skyldfølelse. Ifølge Weiss (1993) kan skyld lede til skam dersom skyldfølelse med opphav i handlinger og situasjoner, generaliseres til egen person. Dette kan for eksempel komme til syne gjennom lav selvfølelse og en overbevisning om at en er et dårlig menneske.

På bakgrunn av beskrivelsene over, fremkommer det hvordan skyld- og skamfølelser kan tenkes å ha vært svært begrensende på Jons livsutfoldelse og evne til relasjonsdannelse. Som en oppsummering kan man skissere opp noen patogene antakelser Jon kan tenkes å lide under:

”Hvis jeg bruker mitt potensial og presterer godt, vil det skade far.”

”Hvis jeg på noen måte overgår far, tar kontrollen selv, eller gir uttrykk for mine meninger, vil det skade ham.”

”Hvis jeg utvikler nære relasjoner til andre vil det skade foreldrene mine, som trenger meg og har behov for at jeg trenger dem.”

KT er mer spesifikk enn KMT i sin beskrivelse av hvordan depresjon utvikles. Her vektlegges betydningen av depressive, kognitive mønstre for utvikling og opprettholdelse av depresjon (Beck, 1970; Beck et al., 1979).

En kognitiv konseptualisering av Jon, vil ta utgangspunkt i hans maladaptive kognisjoner og skjema (Beck et al., 1979). Et eksempel på skjemainnhold hos Jon kan være tanker om at noe ille vil hende hvis han følger egne ønsker og behov. Jons gjentatte erfaringer med avvisning fra faren når han presterte godt eller fulgte egne behov, kan ha bidratt til utvikling av et slikt skjema. Videre kan uttalelsene fra Jons mor, hvor hun pekte på Jon som eneste årsak til at hun ble i det ulykkelige ekteskapet, ha gjort at han følte seg ekstra ansvarlig for henne. Det kan igjen ha medført at han satte egne behov til side, og at skjemainnholdet slik ble ytterligere forsterket. Farens holdning om at barn burde ”ses men

ikke høres”, kan tyde på at det generelt har vært lite plass til Jons meninger og generelle utfoldelse i oppveksten. Det kan ha bidratt til antakelser om at hans behov ikke teller eller fortjener å tilfredsstilles. Videre kan en ut fra et KT perspektiv tenke seg at Jons mangel på gode rollemodeller for sosial kompetanse, kan ha hatt betydning for hans sosiale vansker.

Med utgangspunkt i en kasusformulering basert på KT, kan Jons maladaptive skjema bestå av følgende antakelser:

”Hvis jeg følger mine egne interesser og utvikler nære relasjoner til andre (altså separasjon fra foreldrene), vil noe galt skje (anklager og avvísning fra foreldrene, foreldrene vil bli skuffet, såret og føle seg sviktet).”

”Jeg er ansvarlig for andres lykke, spesielt familiemedlemmer”.

”Mine behov teller ikke, og jeg fortjener ikke å få dem tilfredsstilt”.

En forståelse av Jons problematikk basert på KMT og KT, viser en del likheter i meningsstrukturene Jon kan tenkes å ha utviklet. Det fremkommer at både de patogene antakelsene basert på KMT, og de maladaptive antakelsene med grunnlag i Becks teori, fungerer begrensende på Jons naturlige vitalitet, livsutfoldelse og utvikling. De to teoriene trekker begge fram betydningen av kognitive prosesser for sykdomsutvikling. På samme tid er kognitive prosesser kun halve forklaringen om man ser til KMT. Her legges kognitive prosesser, eller mer korrekt, barnets umodne kognisjon, kombinert med dets sterke relasjonelle orientering, til grunn for utvikling av patogene antakelser (Shilkret & Silberschatz, 2005). KMT vektlegger slik hvordan relasjonelle traumer kan føre til patogene antakelser, som i sin tur kan lede til depresjon (Chase, 1998; Weiss, 1993). KT, på sin side, legger mindre vekt på det relasjonelle aspektet i utvikling og opprettholdelse av maladaptive skjema som inngår i depresjon. Her fremheves betydningen av barnets behov for å forstå og gi mening til sine erfaringer som det viktigste for skjemadannelse. Effektiv informasjonsprosessering er det sentrale i KT (Beck, 1970), mens en i KMT anser de

kognitive prosessene å være underordnet og motivert av barnets behov for tilpasning til nære relasjoner (Shilkret & Silberschatz, 2005).

I likhet med KMT antar KT at negative skjema kan utvikles på bakgrunn av barns umodne kognisjon og traumatiske opplevelser i tidlig barndom (Beck, 1970). KT vektlegger imidlertid hvordan flere potensielle, bidragende faktorer, som arvelig belastning, i tillegg til avvikende omgivelser og erfaringer, kan gjøre seg gjeldende i utviklingen av maladaptive skjema (Beck, 1970; Beck & Dozois, 2011; Beck et al., 1979).

Oppsummert ser en at teoriene har en felles betoning av maladaptive kognisjoners rolle for depresjonsutvikling. Videre anser begge teoriene maladaptive antakelser som et resultat av motivasjon for tilpasning. Hvilke bakenforliggende faktorer teoriene vektlegger i utviklingen av uhensiktsmessige antakelser, er imidlertid relativt ulik. Beck legger flere ulike faktorer til grunn for utvikling av depresjon, og anser kognitive prosesser som avgjørende, mens KMT presenterer en årsaksforståelse hvor individets relasjonshistorie står sentralt. Dette gjør en sammenligning av teoriene ut fra denne kasusbeskrivelsen særlig interessant, da det ser ut til at Jons problemområder, også ut fra en kognitiv kasusformulering, kan spores tilbake til relasjonelle vansker. Dette er imidlertid ikke uforenlig med Becks perspektiv, ettersom KT også påpeker hvordan mellommenneskelige erfaringer kan spille inn på sykdomsutvikling. Beck viser til hvordan avvising fra andre mennesker kan utgjøre en risikofaktor for depresjonsutvikling, mens gode relasjoner kan ha en beskyttende effekt (Beck et al., 1979).

Opprettholdende faktorer. En sentral antakelse i KMT, er at atferd reguleres ut fra individets ubevisste vurderinger av trygghet og fare (Weiss, 1993). Disse vurderingene avhenger av individets tidligere erfaringer og eventuelle patogene antakelser (Weiss,

1993). Som nevnt betrakter KMT skyld som sentralt i utviklingen av psykopatologi (O'Connor et al., 1999). I Jons tilfelle kan skyldfølelse spores i hans overdrevne ansvarsfølelse. På jobb opplever han skyldfølelse for ikke å strekke til. Ved å jobbe mye overtid forsøker han å kompensere for skyldfølelsen som følger av hans ineffektive arbeidsdager. Jons ansvarsfølelse på andre områder, manifesterer seg imidlertid kun gjennom passivitet, som for eksempel ved å unnlate å reise bort for å studere og unnlate å bruke sitt potensiale. Slik tilfredsstiller Jon foreldrenes behov for kontroll og overlegenhet, samtidig som han imøtekommer deres behov for å ha ham i nærheten. Denne atferden opprettholder Jons vansker, fordi hans patogene antakelser aldri blir utfordret. Han utelukker dermed muligheten for eventuelle korrigerende erfaringer. Ifølge KMT vil patogene antakelser som utvikles i relasjon til foreldre, være særlig motstandsdyktige overfor endring, nettopp på grunn av deres relasjonsbevarende funksjon. På et mer generelt plan kan det tenkes at Jons depresjon holder skyldfølelsen i sjakk ved at han selv lider, og at han på denne måten opplever en form for rettferdighet.

KT vektlegger hvordan den depressive triaden, skjema og informasjonsprosesseringsfeil bidrar til utvikling og opprettholdelse av depresjon. Maladaptive kognisjoner vil igjen henge sammen med negative emosjoner og atferdstendenser (Beck et al., 1979). Beck et al.(1979) hevder at pasientens negative syn på seg selv, verden og fremtiden innebærer en overbevisning om at han ikke er i stand til å oppleve glede og tilfredshet. Dette er ikke uforenlig med KMTs forståelse av skyld som primærmekanisme i depresjon. Ifølge KMT vil nettopp den manglende evnen til å oppleve glede, være et uttrykk for selvstraffende og hemmende atferd med den hensikt å lette skyldfølelsen (Weiss, 1993). Beck et al.(1979) omtaler også skyld, men gir den en mindre rolle i utvikling av psykopatologi. Ifølge KT består depresjon blant annet av affektive

symptomer som skam og skyld, og kognitive komponenter som attribusjon (Beck et al., 1979). Beck et al.(1979) trekker fram at deprimerte pasienter ofte tenker negativt om seg selv, og har en tendens til å klandre seg selv dersom noe går galt. Beck peker på hvordan dette depressive attribusjonsmønsteret opprettholder lav selvfølelse og negativt selvbilde (Beck, 1976). KT vektlegger også det deprimerte individets opptatthet av selvet, og depresjon antas å oppstå hos mennesker som har negative kognisjoner om seg selv (Beck, 1976; Beck et al., 1979)

Beck (1967) antar at maladaptive skjema aktiveres av ytre hendelser eller endokrine endringer, som gir assosiasjoner til tidlige traumatiske hendelser. Aktivering av negativt skjemainnhold medfører feil i informasjonsprosesseringen, og de maladaptive antakelsene vil manifestere seg på mer overflatiske kognitive nivåer, i form av automatiske tanker (Beck, 1970; Beck et al., 1979). Beck (1970) hevder at deprimerte pasienters automatiske tanker ofte er relatert til tema som deprivasjon, nederlag og tap (Beck, 1970). Tankene blir behandlet som objektive sannheter og leder derfor ofte til negative emosjoner (Beck, 1970, 1976). Dette kan illustreres ved å danne en hypotese angående Jons reaksjon dersom han skulle forsøke å følge sine behov eller danne egne relasjoner. Her kan man tenke seg at Jon vil oppleve ubehag som et resultat av assosiativ læring fra barndomserfaringer. Disse assosiasjonene aktiverer de maladaptive antakelsene: *"Hvis jeg følger mine egne interesser og utvikler nære relasjoner til andre, vil noe galt skje", "jeg er ansvarlig for andres lykke, spesielt familiemedlemmer" og "mine behov teller ikke, og jeg fortjener ikke å få dem tilfredsstilt"*.

Ifølge KT vil disse maladaptive skjemaene komme til syne på et mer overflatisk kognitivt nivå, i form av automatiske tanker (Beck et al., 1979). Jons automatiske tanker kan for eksempel være: *"Jeg kommer til å bli avvist/ ignorert/devaluert hvis jeg involverer*

meg sosialt”, ”*jeg kommer ikke til å mestre studier*” og ”*jeg bør ikke bruke tid på dataspill*”. Dette viser hvordan Jon forventer *nederlag* i sosiale sammenhenger og lider under et opplevd *tap* av retten til å følge egne interesser og behov. De automatiske tankene kan naturlig nok føre til negative emosjoner, tilbaketrekning og passivitet, som medfører at depresjonen opprettholdes i form av en negativ spiral (Beck et al., 1979).

Av dette er det tydelig hvordan en forståelse ut fra KMT trekker fram skyldfølelsens mekanismer, mens en forståelse på bakgrunn av KT fremhever den depressive triaden, skjema og informasjonsprosesseringsfeil som opprettholdende for depresjon. Disse to perspektivene er ikke gjensidig utelukkende. Igjen kan man se hvordan den kognitive konseptualiseringen av Jons kognisjoner også gir mening ut fra KMTs skyldperspektiv. Selv om Beck trekker fram den deprimerte pasientens negative selvfokus som opprettholdende for depresjon, kan det ikke utelukkes at mekanismer basert på altruisme og empati kan være bakenforliggende for dette. Ifølge KMT er skyldfølelse i nære relasjoner medierende for patogene antakelser (Weiss, 1993). Beck fremhever derimot hvordan mennesket søker kognitiv effektivitet gjennom å utvikle heuristikker basert på en mer generell årsak-virkning forståelse (Beck et al., 1979). De tilsynelatende ulikhetene mellom teoriens forståelse av depresjon, som gjenspeiles i deres ulike plassering av henholdsvis den deprimerte pasienten selv eller andre i sentrum, stammer imidlertid fra det samme grunnleggende behov, nemlig overlevelse.

KMT og KT viser seg ikke nødvendigvis så ulike i hva de anser som opprettholdende faktorer for depresjon. Både patogene antakelser og kognitive skjema blir opprettholdt gjennom mekanismer som bekrefter det depressive tankemønsteret og vanskeliggjør korrigerende erfaringer. Disse mekanismene står sentralt i behandlingen.

Behandlingstilnærming til depresjon: Hvordan kan maladaptive antakelser endres?

KMT og KT forklarer begge hvordan utviklingen av depresjon er et resultat av maladaptive antakelser (Beck et al., 1979; Weiss, 1993). Teoriene beskriver på samme tid tilnærminger til depresjon som fremstår som kvalitativt ulike. Dette gjelder både med tanke på hvilke intervensjoner som anvendes, i hvilken grad den terapeutiske relasjonen vektlegges, pasientens og terapeutens roller i behandlingen, struktur og tid, og utforming av kausformulering. Ved nøyere gjennomgang kommer det samtidig frem sentrale fellesnevnerne mellom de to teoriene. Vi vil nå se nærmere på hvordan de to psykoterapiteoriene likner hverandre, og på hvilke områder de skiller seg fra hverandre i sitt syn på behandling av deprimerte pasienter.

Intervensjoner. Ut i fra at patogene antakelser antas å oppstå på bakgrunn av pasienters unike erfaringer, kreves det i KMT en tilsvarende individspesifikk behandlingstilnærming (Weiss, 1993). Intervensjonene veiledes først og fremst av pasientens spesifikke problematikk, og ikke av den diagnostiske kategorien pasienten faller innunder. Basert på dette perspektivet vil det ikke la seg gjøre å formulere spesifikke intervensjoner rettet mot depresjonsbehandling generelt. Det avgjørende for et vellykket behandlingsforløp er stadig, i følge KMT, terapeutens evne til å agere i tråd med pasientens plan (Weiss, 1993). Konkrete intervensjoner som terapeuten benytter seg av i dette arbeidet er i liten grad spesifisert i KMT (Silberschatz, 2005). Dette reflekterer hvordan KMT fokuserer på prosesser som inngår i utvikling og endring, framfor et sett med terapeutiske teknikker.

KT beskriver på sin side spesifikke og standardiserte intervensjoner i depresjonsbehandling (Beck, 1970, 1976; Beck et al., 1979). For å identifisere og modifisere pasientens uhensiktsmessige kognisjoner, beskrives teknikker som sokratiske

utspørring, veiledet utforskning, samarbeidende empirisme og atferdseksperimenter (Beck et al., 1979). Antakelsen om at deprimerte pasienter kjennetegnes av noen felles karakteristiske tankemønstre, gjør at konkrete intervensjoner og teknikker både er mulig og anbefalt i arbeidet med denne pasientgruppen (Beck, 1970, 1976). Dette utelukker imidlertid ikke en individspesifikk tilnærming. KT anerkjenner at det spesifikke kognitive innholdet varierer fra pasient til pasient og Beck beskriver hvordan behandlingen må tilpasses den enkelte pasient, men da innenfor den manualbaserte behandlingens rammer (Beck et al., 1979).

Det fremkommer av dette at KMT og KT nærmer seg pasienten på relativt ulike premisser. På bakgrunn av teoriens forståelse av psykopatologi er det tydelig at begge tilnærmingene anerkjenner pasientens unike problematikk. At problematikken angripes ulikt, kan tenkes å reflektere ulike holdninger til hva som anses som nødvendige og tilstrekkelige betingelser for endring. KMT er en ytterst individspesifikk behandlingsform, som antar at terapeutisk endring vil oppstå på bakgrunn av at pasientens unike relasjonelle antakelser reaktiveres og korrigeres (Silberschatz, 2005). Beck anerkjenner på sin side at psykopatologi kan ha opphav i traumatiske barndomsopplevelser, men antar at det ikke er nødvendig eller tilstrekkelig å rette seg mot disse direkte for å oppnå bedring hos den enkelte pasient (Beck, 1976). KT vektlegger et her-og-nå-fokus, hvor behandlingen retter seg mot pasientens kognisjoner og setter disse i sammenheng med pasientens tilhørende emosjoner og atferdstilbøyeligheter (Beck, 1970; Wills, 2009).

Rammebetingelser. Ytre rammer som struktur og tid vektlegges ulikt innenfor KMT og KT. Fra et KMT perspektiv vil en planlagt struktur gjøre det vanskelig for terapeuten å ta utgangspunkt i pasientens spesifikke problematikk og atferd i valg av intervensjon (Silberschatz, 2005). KMT fordrer et fleksibelt behandlingsforløp, hvor varigheten vil

avhenge av pasientens individuelle behov. Tidsaspektet vil variere på bakgrunn av pasientens fremgang, som igjen avhenger av hvor raskt pasienten makter å teste sine patogene antakelser, og hvorvidt terapeuten består testene (Weiss, 1993). Dette står i kontrast til rammebetingelsene for KT, som er svært spesifikke. Her vektlegges betydningen av å følge en bestemt struktur i hver time for å maksimere effektivitet og effekt, og et kortvarig behandlingsforløp etterstrebes (Wills, 2009).

Terapeutiske oppgaver og utfordringer. KMT forstår den terapeutiske prosessen ut fra pasientens ubevisste plan, som legger premissene for behandlingsforløpet (Rappoport, 1996; Weiss, 1993). Terapeutens oppgave er innledningsvis å gjøre pasienten trygg i relasjonen, slik at pasienten kan våge å teste ut sine patogene antakelser. Terapeutens utfordring blir her å tolke pasientens handlinger og utsagn korrekt, for derved å kunne respondere i tråd med pasientens plan. Pasienten vil veilede terapeuten både i forkant, under og i etterkant av en testsituasjon, for slik å hjelpe ham til å bestå testene (Weiss, 1993). Dette krever årvåkenhet og åpenhet fra terapeutens side. Pasientens atferd gir terapeuten viktig informasjon, og terapeuten må innimellom korrigere sin forståelse av pasienten ut fra pasientens indirekte signaler (Weiss, 1993). Slik kan KMT fremstå komplisert og med få konkrete retningslinjer. Her vil en god, men åpen planformulering, under kontinuerlig bearbeidelse, øke sannsynligheten for et vellykket behandlingsforløp (Rappoport, 1996).

I KT er terapeutens oppgave å hjelpe pasienten til å bli bevisst og oppmerksom på sine uhensiktsmessige skjema og tanker, slik at disse kan endres. I motsetning til KMT, har KT blitt kritisert for å være enkel og mekanisk i sin utforming, og i sin bruk av manualbaserte behandlingsmetoder (Milton, 2001). KT vektlegger imidlertid hvordan hver pasient har sitt unike psykopatologiske mønster. Det finnes derfor ikke en standardmal en

kan anvende i møte med alle pasienter for å få tilgang til viktig informasjon og endre kognitive mønstre. Teorien understreker nødvendigheten av en helhetlig behandlingstilnærming, til tross for at den kognitive modellen forsøker å redusere en kompleks lidelse som depresjon til noen spesifikt definerte begreper (Beck et al., 1979). Med sin lett forståelige og trinnvise fremgangsmåte, er KT en anvendelig behandlingstilnærming. Den forutsetter imidlertid at terapeuten ikke slavisk forholder seg til manualen, men i størst mulig grad følger pasienten i behandlingsforløpet (Beck et al., 1979).

Betydningen av den terapeutiske relasjonen. Innenfor KMT betegnes den terapeutiske relasjonen i seg selv som å drive terapien og endringen framover, og som terapeuten viktigste verktøy (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Beck et al. (1979) trekker også frem betydningen av en god relasjon, men da som et middel fremfor et mål i seg selv. Han er opptatt av at pasienten og terapeuten sammen utforsker pasientens tanker. Slik kan uhensiktsmessige kognisjoner identifiseres og korrigeres. Beck trekker frem hvordan en god terapeutisk allianse fremmer et godt samarbeid og hvordan et godt samarbeid er nødvendig for en vellykket behandling (Beck et al., 1979). Egenskaper ved terapeuten, som varme, ekthet og empati, står sentralt innenfor KT i arbeidet med å oppnå en god terapeutisk relasjon (Beck et al., 1979). Disse egenskapene vektlegges også i KMT. Samtidig påpekes det i KMT at bedring ikke avhenger av spesifikke terapeutiske væremåter, men heller av at væremåten samsvarer med pasientens plan (Weiss, 1993). KMT anser på mange måter den terapeutiske relasjonen i seg selv som den primære behandlingsintervensjonen (Silberschatz, 2005). Relasjonen vil oppleves som god i den grad den oppleves trygg for pasienten, bidrar til å avkrefte patogene antakelser, og fremmer pasientens mål (Weiss, 1993). Både KMT og KT vektlegger hvordan endring av

maladaptive antakelser er en forutsetning for bedring. KMT hevder at dette bare kan forekomme innenfor en trygg relasjon, ut fra tanken om at patogene antakelser oppstår i relasjoner til andre og derfor må endres ved *nye* relasjonelle erfaringer (Weiss, 1993). KT viser derimot til hvordan en trygg relasjonell ramme fremmer et godt samarbeid, som igjen vil gjøre det lettere å identifisere og endre pasientens uhensiktsmessige tanker. KT anser imidlertid ikke en god terapeutisk relasjon som en tilstrekkelig intervensjon i seg selv for modifisering av skjema og automatiske tanker (Beck et al., 1979).

Hvordan den terapeutiske relasjonen defineres, er et område der KMT og KT tydelig skiller seg fra hverandre. Som beskrevet *er* på mange måter relasjonen behandlingen ut i fra et KMT perspektiv. Beck underkjenner på sin side ikke viktigheten av en god terapeutisk relasjon, men gir den heller ikke en overordnet rolle slik KMT gjør. Han anser relasjonen som god i den grad den danner utgangspunkt for et godt samarbeid mellom pasienten og terapeuten her og nå. Dette skiller seg fra KMTs tanke om at relasjonen kan fungere som en korrigerende erfaring, som i seg selv kan skape bedring. Begge teoriene kan imidlertid sies å trekke frem betydningen av trygghet i den terapeutiske relasjon. Beck peker på hvordan en god relasjon er synonymt med en kompetent terapeut, ettersom god kompetanse vil kunne gi en følelse av å være i trygge hender. En følelse av å være ivaretatt av en kompetent terapeut kan fremme pasientens tro på og håp om bedring, som igjen kan medføre symptomlette. Dersom pasienten opplever bedring vil relasjonen ytterligere forsterkes (Beck, 2011; Beck et al., 1979). KMT vektlegger hvordan tryggheten som skapes gjennom relasjonen er en forutsetning for at pasienten skal bli i stand til å teste ut sine patogene antakelser, og dermed en forutsetning for at en terapeutisk prosess kan finne sted (Weiss, 1993).

Pasientens og terapeutens roller. KMT tillegger både pasienten og terapeuten aktive roller i bedringsprosessen. Pasienten veileder terapeuten ut fra sin ubevisste plan, og hjelper ham dermed til å bestå tester, slik at pasientens patogene antakelser kan svekkes. Gjennom veiledningsatferd er det dermed pasienten, og ikke terapeuten, som setter agendaen for behandlingen (Weiss, 1993). Terapeuten må bruke opplevelser og erfaringer i terapisisituasjonen som bakgrunnskunnskap for å bestå tester. Samspillet mellom pasient og terapeut er på denne måten avgjørende for behandlingsprogresjonen, både med tanke på graden av bedring som oppnås og hvor raskt bedring oppstår. I likhet med KMT, tillegges både pasienten og terapeuten en aktiv rolle i KT. De to partene ses som likeverdige, men med hver sine oppgaver. Et samarbeid preget av en målorientert, problemfokuset tilnærming står sentralt. Beck er, på linje med KMT, opptatt av hvordan pasienten selv må ta aktiv del i egen bedringsprosess. Dette antas imidlertid å skje på et ubevisst nivå innen KMT, i samspill med terapeuten og hans responser på pasientens atferd. Innen KT er det pasienten som må gjøre arbeidet med å endre sine kognisjoner, emosjoner og atferd, men terapeuten kan gi ham redskapene for å mestre dette (Beck, 1976). Det fremkommer av teoriens syn på terapeuten og pasienten, at de begge har et ideal om en relativt aktiv terapeut. På samme tid reflekterer beskrivelsene av pasienten det underliggende positive menneskesynet begge teoriene kan sies å basere seg på. Hvor uttalte forventningene til pasientens bidrag er, er imidlertid et punkt som skiller de to tilnærmingene. I en KT tilnærming vil det i større grad settes eksplisitte mål, og legges en plan for å nå disse målene (Beck, 1976). I KMT beskrives mål og planer ut fra et ubevisst nivå hos pasienten, og i form av formuleringer terapeuten gjør seg (Weiss, 1993).

Teoriens tilnærming til Jon. Både KMT og KT trekker frem betydningen av en god kasusformulering for et vellykket behandlingsforløp (Rappoport, 1996; Wills, 2009).

Basert på kasusformuleringen kan behandlingen skreddersys til den enkelte pasienten. Til tross for at kasusformuleringens punkter ikke er helt overlappende innenfor de to teoriene, har de tilstrekkelige likheter til at det muliggjør en sammenligning. En kasusformulering utgjør en grundig forståelsesramme for pasientens problematikk, både innenfor KMT og KT. Den oppsummerer sentral informasjon og hypoteser angående pasientens vansker, og danner et godt utgangspunkt for videre behandling (Rappoport, 1996; Wills, 2009).

Ut i fra en diagnostisk planformulering basert på KMT, kan vi se for oss følgende aktuelle målformuleringer med tanke på Jon: At Jon fritt skal kunne uttrykke sine meninger og være komfortabel med det, at han skal bli mer komfortabel med å studere, at han skal kunne utvikle et godt og intimt forhold, være mindre redd for misunnelse eller anerkjennelse fra andre og at han skal bli komfortabel med å si nei til sine foreldre. Innenfor KT vil en kasusformulering på en liknende måte innledes av en problemliste over Jons mest presserende vansker. Disse hovedproblemene blir videre retningsgivende for terapiarbeidet med Jon. Et problem kan i følge KT defineres på tre nivåer; den synlige atferden eller symptomet, det underliggende motivasjonelle problemet, eller de bakenforliggende kognisjonene (Beck, 1976). Med tanke på Jon vil relevante vansker på et atferds - og symptomnivå være hans depressive symptomer, vansker med mellommenneskelige relasjoner, mye jobbing og lite moro, skyld og skam knyttet til tiden han bruker på dataspill, og hans vanskelige relasjon til foreldrene.

Ut i fra et KMT perspektiv vil en korrigerende relasjonell erfaring der Jon opplever en relasjon som rommer og støtter at han bruker sitt fulle potensial og følger egne behov, være avgjørende for bedring. Denne korrigerende erfaringen finnes i holdningene terapeuten har overfor Jon og i terapeutens plankompatible responser på Jons mer konkrete tester. Det vil også være viktig å øke Jons forståelse av hvordan vanskene hans har oppstått

og hvordan de opprettholdes. Ved at Jon opplever og får innsikt i dette, kan de patogene antakelsene etterhvert avkrefte.

En terapeutisk tilnærming basert på KT, vil være opptatt av hvordan terapeuten kan hjelpe Jon ved å få ham til å observere sine egne negative tanker, og å bevisstgjøre ham på hans kognitive feilslutninger. Deretter kan en tenke seg at terapeuten i samarbeid med Jon vil forsøke å etterprøve hans kognisjoner, for eksempel gjennom rollespill og eksponering i sosiale relasjoner. Rollespill kan være nyttig for å avhjelpe hans sosiale vansker, ettersom det både muliggjør modellering fra terapeutens side, samtidig som det muliggjør direkte tilbakemeldinger på Jons sosiale opptreden. I forhold til Jons frykt for å såre foreldrene, kan tanke-eksperimenter og sokratiske utspørring være aktuelle intervensjoner innenfor en KT tilnærming. Et eksempel på et spørsmål en terapeut innenfor KT vil kunne stille Jon, er: *"Hvis du forteller foreldrene dine at du ikke ønsker besøk av dem på søndag, hva vil da skje?"*

I Jons tilfelle kan en tenke seg at alliansen med terapeuten vil være ekstra viktig, ettersom relasjonelle vansker er definert som et sentralt problem. Alliansen er et godt utgangspunkt for videre arbeid med å nå behandlingsmålene. I tillegg kan alliansen i seg selv fungere som en eksponering for Jon, hvor hans antakelse om at han ikke fortjener å få behovene sine møtt kontrasteres. Av dette fremkommer det hvordan en god terapeutisk allianse vil være sentralt i behandlingen av Jon både basert på et KMT perspektiv og et KT perspektiv. Det trekkes frem hvordan den terapeutiske alliansen kan gi Jon en korrigerende relasjonell erfaring, som igjen kan virke korrigerende på hans maladaptive antakelser.

En sentral forskjell mellom KMT og KT, er hvordan terapeuten forholder seg til det pasienten formidler. Innenfor KMT blir det understreket hvordan terapeuten må tolke det pasienten presenterer på rett måte, og en antar at pasienten ikke nødvendigvis har bevisst

innsikt i egen problematikk. En terapeut innenfor KT vil forholde seg mer konkret og direkte til det pasienten presenterer av problemer, og vektlegger pasientens innsikt i egne psykologiske prosesser. KT kan slik sies å ha en mer åpen og direkte linje mellom pasient og terapeut enn hva tilfellet er i KMT, hvor tolkninger og ubevisste prosesser står sentralt.

I Jons tilfelle vil det på bakgrunn av et KMT perspektiv være viktig at han oppnår innsikt i og blir bevisst på en del faktorer i livet sitt. Denne bevisstgjøringen kan for eksempel omhandle hvordan skyldfølelse knyttet til separasjon fra foreldrene og for å overgå farens prestasjoner, kan ha medført at Jon ikke presterte så godt som han kunne på skolen og senere i arbeidslivet. Det vil også kunne være nyttig for Jon å bli bevisst på at hans vanskeligheter med å uttrykke seg selv og sine meninger kan ha opphav i erfaringer med far, og farens behov for å bestemme og ha kontroll. Jon unngår å true farens skjøre selvfølelse ved heller å tie enn å si sin mening. En annen nyttig innsikt er hvordan det å etablere en relasjon til en kvinne gir ham følelser av illojalitet overfor hans eiendommelige og avhengige mor. Det vil være av sentral betydning for Jon å bli bevisst på at det å holde seg selv nede er en måte å forbli lojal til foreldrene.

Fra et KMT perspektiv kan det gjøres noen hypoteser knyttet til potensielle tester Jon kan komme til å utsette terapeuten for gjennom terapiforløpet. Basert på Jons historie kan han ønske å teste ut hvorvidt terapeuten forsøker å kontrollere han, og ser han som inkompetent og avhengig. Jon kan for eksempel fremvise uavhengig atferd for å se om terapeuten trenger at han er avhengig, slik han opplever at foreldrene gjør. Han kan komme til å skryte over egne prestasjoner eller sin intelligens, for å teste om terapeuten responderer på en hånlig måte. Dette er eksempler på overføringstester. Overføringstester går som nevnt ut på at pasienten tester hvorvidt terapeuten traumatiserer ham på samme måte som han har opplevd i relasjonen til sine foreldre og slik begrenset sin naturlige

livsutfoldelse. Eller han kan teste sine patogene antakelser gjennom passiv-til-aktiv testing, som innebærer at pasienten utviser atferd overfor terapeuten som han selv har blitt utsatt for. Dersom terapeuten håndterer dette på en mer hensiktsmessig måte enn pasienten har gjort, kan pasienten lære av dette og begynne å fri seg fra begrensningene som ligger i de patogene antakelsene. Eksempler på passiv-til-aktiv testing kan være at Jon avviser eller håner terapeutens ideer for å se om terapeuten blir overveldet og trekker seg tilbake, slik han selv gjorde i forholdet til sin far. Han kan også fremstå ulykkelig for å undersøke om terapeuten føler seg ansvarlig for ham, slik han føler seg ansvarlig for sine foreldre. Gjennom at KMT terapeuten gjør seg hypoteser knyttet til potensielle tester i møte med Jon, kan han danne seg tanker om hvordan han bør respondere for å bestå de ulike testene.

Innenfor KT snakker en ikke om testing, men Beck presiserer hvordan overføring og motoverføringsreaksjoner kan gjøre seg gjeldende i behandlingssammenheng (Beck, 1979). I motsetning til KMT hvor terapeuten antas å måtte opptre på en bestemt måte for å avkrefte pasientens patogene antakelser i en testsituasjon, vil en i KT ha et større fokus på at pasienten og terapeuten sammen utforsker gyldigheten av pasientens kognisjoner. Generelt vektlegger KT en åpen dialog om pasientens bevisste kognisjoner og emosjoner, framfor en terapeutisk tolkning av ubevisst materiale. Dette er også gjeldende ved overføringsreaksjoner (Beck et al., 1979).

Ifølge KMT skjer også avkreftelse av patogene antakelser gjennom terapeutens tolkninger, dersom disse fører til innsikt i de patogene antakelsenes natur, opphav eller uttrykksformer (Curtis & Silberschatz, 2005). Både KMT og KT peker på hindringer som kan oppstå i terapi, og som potensielt kan gjøre seg gjeldende i arbeidet med Jon. Ut i fra en KMT- basert forståelse av Jon kan en hypotese knyttet til hindringer for eksempel være at Jons manglende romantiske omgang med kvinner har sammenheng med frykt for å

skade mor. Dersom Jon i terapi begynner å arbeide med hvordan han forholder seg til kvinner, kan dette skape både skyld og skam på bakgrunn av en opplevelse av at dette er skadelig for moren. Andre hindringer kan være relatert til hans manglende selvhevdelse.

Basert på Jons erfaring med foreldrene, vil det ut i fra en KMT forståelse antas at Jon opplever at han får andre til å føle seg sårbare og ydmyket gjennom å si seg uenig med dem. I tillegg kan vi tenke oss at Jon kan ha motstand mot å reise bort og studere på grunn av skyldfølelse både over å forlate foreldrene sine, og utvikle sine egne evner. I møte med disse hindringene er det relevant at terapeuten er sensitiv overfor Jons atferd, og observerer hans respons på ulike intervensjoner. I KMT gis det ingen konkrete retningslinjer for å håndtere hindringer, annet enn at terapeuten bør skape trygge omgivelser og agere i tråd med pasientens plan.

Fra et KT perspektiv er det viktig å ha i mente at Jon kan ha vansker med å uttrykke følelser og egne ønsker i terapi, i frykt for straff fra terapeuten eller i frykt for å såre ham. En kan se for seg at Jon kan komme til å føle at han må følge ethvert forslag terapeuten kommer opp med, og videre si seg enig i det terapeuten sier for å tilfredsstille ham. Dette kan igjen gi Jon en opplevelse av å bli kontrollert og dominert av terapeuten. Av den grunn er det viktig at terapeuten er sensitiv overfor Jons ønsker, og at han skaper en trygg ramme slik at Jon tør å være åpen og ærlig om egne behov og tanker. Slik kan gode vilkår for behandlingsprogresjon fremmes.

Til tross for noe ulike formuleringer, ser en hvordan en både ut fra KMT og KT kan forstå frykt som å ligge til grunn for de ulike hindringene som kan oppstå i terapi. Med tanke på hva Jon frykter, vil imidlertid teoriens fokus være noe ulikt. KMT vil anta at frykt er en mekanisme som advarer pasienten mot atferd som potensielt kan skade andre.

KT på sin side er mer opptatt av frykt for straff og negativ evaluering. KMT vektlegger både overlevelsesskyld og separasjonsskyld i stor grad. Begge disse formene for skyldfølelse kan tenkes å være tilstede hos Jon. I KT snakker en ikke om overlevelsesskyld eller separasjonsskyld. Likevel kan skyld også spille en rolle innenfor en KT- forståelse av Jons vansker. Hans frykt for å såre andre, basert på en bakenforliggende tanke om at han er ansvarlig for andres lykke, er til forveksling likt KMT sin vektlegging av overlevelsesskyld. Ut i fra et KT- perspektiv kan det også tenkes at Jon har en antakelse om at han svikter foreldrene ved å følge egne interesser. Dette samsvarer med separasjonsskyld-begrepet i KMT. Til tross for noe ulik konseptualisering i de to teoriene, ser skyld dermed ut til å gjøre seg gjeldende innenfor begges forståelse av Jons problemer. I Jons tilfelle vil likevel KMT i større grad forstå Jons motstand og forsvar som opprettholdt av skyldfølelse. En KT- forståelse vil i større grad se hindringer som et resultat av mangel på tro på egne evner, som kan bunne i skam.

Sterk skyldfølelse kan hindre bedring og kan føre til negative terapeutiske reaksjoner (Modell, 1971). Dette kan tenkes å bli en utfordring i behandlingen av Jon, som synes å lide under omfattende følelse av skyld. Pasienter med sterk ubevisst skyld kan være mer resistente mot bedring, fordi de føler at de grunnleggende sett ikke fortjener et bedre liv. Dette vil det være viktig å være bevisst på som terapeut, og terapeuten kan eventuelt befordre denne innsikten gjennom tolkninger dersom bedring uteblir.

Gjennom utforming av kasesformuleringer på bakgrunn av KMT og KT, eksemplifiseres det hvordan teoriene forstår sykdom og behandling. I Jons tilfelle ser vi flere likheter i hvordan de to perspektivene kan tenkes å definere og forstå hans problemer, i tillegg til likheter i sentrale elementer i behandlingen. Det er kanskje likevel i behandlingstilnærmingen de største forskjellene finnes.

Fokus i terapien. KMT skiller seg fra KT med tanke på hvilket fokus de har i forståelsen av pasientens atferd i terapisisituasjonen. For eksempel er KMT er i større grad opptatt av *hvorfor* pasienten agerer som han gjør i relasjon til terapeuten. Slik kunnskap er sentral ettersom terapeuten oppgave er å respondere på pasientens atferd på en måte som avviker fra det pasienten ubevisst forventer ut i fra sine patogene antakelser. En forståelse av *opphavet* til pasientens vansker er dermed helt avgjørende for å kunne hjelpe med utgangspunkt i et KMT- perspektiv. I KT forholder man seg langt mer konkret til pasientens atferd i terapisisituasjonen og til det pasienten sier. Beck hevder at det ikke er nødvendig for pasienten å finne frem til de grunnleggende årsakene til hans ”gale” antakelser om verden, hverken i form av bakenforliggende erfaringer eller ubevisste opprettholdende faktorer. Terapeuten som arbeider ut i fra et KT- perspektiv bør i følge Beck (1976) fokusere på *hvordan* pasienten feiltolker sine omgivelser, fremfor *hvorfor* (Beck, 1976).

Innsikt i prosesser utenfor bevissthet. Både KMT og KT retter oppmerksomhet mot materiale som ikke er direkte tilstede i pasientens bevissthet. De to psykoterapiformene kan begge i en viss forstand sies å være innsiktsterapier (Beck, 1976; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993). Innsikt etterstrebes i den forstand at terapeuten søker å få pasienten til å bli bevisst og reflektere over sammenhenger mellom tidligere erfaringer, antakelser, følelser, nåværende situasjon og tanker om fremtid. Innsikt oppnås gjennom en kognitiv prosess, hvor det dannes meningsfulle sammenhenger mellom livshendelser og psykologiske reaksjoner. Både KMT og KT har fokus på pasientens introspektive observasjon av tanker, følelser og ønsker. Terapeuter innenfor begge retningene er opptatt av å avdekke meningen pasienten tillegger sitt miljø, andre og sine indre opplevelser. Videre kan både KMT og KT sies å ha et felles mål om å oppnå strukturelle endringer i disse meningssystemene.

Teoriene enes i at varig endring av reaksjonsmønstre bunner i relativt store endringer i personlighetsstruktur og fungering. Målet kan innenfor begge terapiformene sies å være at pasienten skal bli mer bevisst på, og evne å fungere mer effektivt ut fra egne behov og ønsker. Slik kan pasienten fungere mer hensiktsmessig i sitt miljø. Begge teoriene forsøker å skape slike strukturelle endringer gjennom å utfordre de maladaptive antakelsene som ligger til grunn for problemene.

I spørsmålet om hvordan man nærmer seg disse målene skiller imidlertid de to retningene seg fra hverandre. I KT forholder terapeuten seg mer eksplisitt til maladaptive kognisjoner. Den KT-orienterte terapeuten anerkjenner betydningen av ulike traumer tidlig i livet, men da den bevisste meningen individet tillegger hendelsen, heller enn skjult mening. Beck beskriver bevissthet som et kontinuum, hvor han antar at det ikke finnes kvalitative forskjeller mellom bevisste og mindre bevisste erfaringer (Beck, 1976). Selv om bruken av begrepet om det ubevisste skiller KMT fra KT, har også KMT beveget seg bort fra den tradisjonelle psykoanalysens forståelse av det ubevisste. I KMT antar man at de samme komplekse kognitive operasjonene som gjøres bevisst, også gjøres ubevisst. Videre antas det at mennesker har uttalt kontroll over sitt ubevisste liv. Målet i terapi vil være å gjøre ubevisst materiale bevisst, og man antar at pasienten vil oppleve symptomlette dersom ubevisste antakelser avkrefte. Slik sett kan KT sies å angripe pasientens gamle antakelser om verden mer konkret og eksplisitt. Teoriene likner hverandre imidlertid i sin antakelse om at mindre bevisste kognisjoner står sentralt i forklaringen av menneskelig motivasjon og atferd (Beck, 1976; Weiss, 1993).

Konklusjon

Hvordan en teori konseptualiserer, klassifiserer og tolker en pasients vansker, vil i stor grad være avgjørende for hvordan vanskene angripes terapeutisk og hvordan

terapeutisk endring blir forstått (Jørgensen, 2004). Med dette som utgangspunkt ønsket vi å undersøke hva som kjennetegner henholdsvis KMT og KT sine forklaringsmodeller og behandlingstilnærminger til depresjon. Videre ville vi se nærmere på hvilke likheter og ulikheter som finnes mellom de to teoriene forståelse og behandling av depresjon.

I gjennomgangen av teoriene har det fremkommet tydelige likheter. Begge teoriene tar utgangspunkt i hvordan psykopatologi har opphav i prosesser som i utgangspunktet er adaptive. Individet antas å utvikle kognitive strukturer som et forsøk på tilpasning til begrensede eller belastende omgivelser. I møte med nye omgivelser og i takt med nye erfaringer, vil personen basere seg på disse tidligere dannede antakelsene. I slike tilfeller blir antakelsene maladaptive. Teoriene enes i at det er disse kognitive strukturene, i form av patogene antakelser og uhensiktsmessige skjema, som ligger til grunn for sykdomsutvikling. Samtidig er de ulike når det gjelder hvilke faktorer de legger til grunn for utvikling av de maladaptive antakelsene. KMT kjennetegnes ved sitt overordnede relasjonelle fokus. Teorien peker på hvordan patogene antakelser er subjektive av natur og oppstår på bakgrunn av at individet opplever traumer i nære relasjoner. Antakelsene utvikles som et forsøk på å opprettholde tilknytningsbånd, og medfører at individet oppgir viktige utviklingsmål. Patogene antakelser resulterer i begrenset livsutfoldelse, og kan føre til utvikling av depresjon.

I KT forstås depresjon som et resultat av uhensiktsmessige kognitive skjema. Skjemadannelse er en adaptiv prosess, som gjør det mulig for individet å fungere effektivt i sine omgivelser. De kognitive skjemaene kan få et negativt innhold dersom individet utsettes for belastende hendelser. KT fokuserer først og fremst på å identifisere og modifisere maladaptive antakelser, uavhengig av bakenforliggende årsak. I den grad Beck snakker om antakelsenes opphav, vektlegger han betydningen av flere interagerende

faktorer, og han legger til grunn en stress-sårbarhetsmodell. I KT antas depresjon å oppstå fra og opprettholdes gjennom en negativ spiral, hvor kognisjon, emosjoner og atferdstendenser inngår.

KMT og KT skiller seg fra hverandre med tanke på hva som anses sentralt i behandling av depresjon. KMT kjennetegnes av en individspesifikk behandlingstilnærming, hvor relasjonen ses som det bærende elementet i bedringsprosessen. Ved at individets patogene antakelser avkrefte i relasjon til terapeuten, antas det at tidligere oppgitte utviklingsmål kan gjenopptas. KT er derimot av en manualbasert behandlingstilnærming til deprimerte pasienter, med hovedfokus på modifisering av kognisjon og atferd. Behandlingen tar sikte på symptomlette og forebygging av tilbakefall.

Avsluttende tanker

Den relasjonelle vendingen som har funnet sted på store deler av psykoterapifeltet gjenspeiles også innenfor kognitive retninger (Binder & Holgersen, 2008). Psykoterapiforskning har støttet denne økende vektleggingen av den terapeutiske relasjonens betydning (Jørgensen, 2004). En god relasjon ser ut til å kjennetegne vellykkede terapier på tvers av psykoterapiretninger (Nordahl et al., 2012). I forkant av vår undersøkelse av kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori, var en av våre antakelser at teoriene ville skille seg fra hverandre med tanke på vektlegging av den terapeutiske relasjon. Dette fant vi til en viss grad, ved at kontrollmestringsteorien gir omfattende og eksplisitte beskrivelser av relasjonens betydning. Til sammenligning tillegger Aaron Beck relasjonen en relativt beskjeden rolle (Wills, 2009). Becks lite eksplisitte fokus på relasjon er også en sentral kritikk som har vært rettet mot ham. Judith Beck (2011) omtaler imidlertid den terapeutiske relasjonens betydning i større grad i sine videreutviklinger av

teorien. Kanskje kan også de relasjonelle aspektene ha vært til stede i større grad i Aaron Becks kliniske anvendelse av teorien. En slik tanke understøttes av at det er pekt på hvordan Becks manualbaserte terapi ikke fanger den empatiske tilnærming han selv hadde i møte med pasienter (Milton, 2001, Weishaar, 1993).

Psykoterapiforskning finner tilnærmet lik effekt av ulike behandlingstilnærminger (Nordahl et al., 2012). Kanskje kan dette henge sammen med funn som viser til flere felles virkningsmekanismer på tvers av terapeutiske retninger (Jørgensen, 2004). Det er mulig at de konseptuelle forskjellene som fremkommer mellom ulike paradigmer ikke er fullt så ulike i praksis som språket kan gi inntrykk av. Etter nærmere gjennomgang av kontrollmestringsteori og Becks kognitive teori er vår oppfattelse at det ser ut til at flere av de samme fenomenene omtales, men med ulike begreper. Hva som er målet med behandling er også et punkt teoriene i stor grad enes om, men veien til målet er ulik. Det sentrale er kanskje å oppnå en korrekt forståelse av pasientens vansker, for slik å kunne bedømme hvordan vanskene kan avhjelpes.

Basert på psykoterapiforskning er det pekt på fordelene ved en økt integrering av behandlingstilnærminger (Jørgensen, 2004). Mye av det som viser seg effektivt i terapi er kanskje de faktorene som er felles for de mest anvendte tilnærmingene til behandling, som for eksempel vektleggingen av en god relasjon (Jørgensen, 2004). Kanskje vil en økende grad av integrering på tvers av psykoterapiretninger føre til en opphevelse av kunstige skiller mellom paradigmer?

Referanser

Alexander, F., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.

- Beck, A. T., & Hurvich, M. S. (1959). Psychological correlates of depression. 1. Frequency of "masochistic" dream content in a private practice sample. *Psychosomatic Medicine*, *21*, 50-55.
- Beck, A. T. (1961). A systematic investigation of depression. *Comprehensive Psychiatry*, *2*, 162-170.
- Beck, A. T. (1970). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. I S. Rachman, & J. Maser (Red.), *Panic: Psychological perspectives* (s. 91-109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, *46*, 368-375.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397-409. doi: 10.1146/annurev-med-052209-100032.

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford.
- Berge, T., Ekelund, M., & Skule, C. (2010). Kurs i mestring av depresjon-forebygging av tilbakefall. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (s. 319-348). Oslo: Gyldendal.
- Binder, P.E., & Holgersen, H. (2008). Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og vekstbefordrende samhandling i lys av kontroll-mestringsteori. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 958-968.
- Bloomberg- Fretter, P. (2005). Clinical use of the plan formulation in long-term psychotherapy. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of psychotherapy* (s. 93-109). New York: Routledge.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. vol. 3: Loss, separation, and depression*. New York: Basic Books.
- Bugas, J., Silberchatz, G. (2005). How patients coach their therapists in psychotherapy. I G. Silberschatz (Red.) *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of psychotherapy* (s. 153-166). New York: Routledge.
- Bush, M. (2005). The role of unconscious guilt in psychopathology and in psychotherapy. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of psychotherapy* (s. 43-64). New York: Routledge.
- Carr, A., & McNulty, M. (2006). Cognitive behavior therapy. I A. Carr & M. McNulty (Red.). *The handbook of adult clinical psychology: An evidence- based practice approach*, (s. 61- 107). New York: Routledge.

Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (2005). The assessment of pathogenic beliefs. I G.

Silberschatz (Red.), *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of psychotherapy* (s. 69-91). New York: Routledge.

Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). The plan formulation method. *Psychotherapy Research*, 4, 197-207.

Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological Medicine*, 36, 289–290.

Guidano, V. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: The Guilford Press.

Jørgensen, C. R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy: Searching for common factors. *Psychanalytic Psychology*, 21, 516-540.

Klerman, G. L. (1988). Depression and related disorders of mood, (affective disorders). I A. M. Nicholi (Red.), *The new Harvard guide to psychiatry* (s. 309-336). Harvard University Press: Cambridge.

McClelland, D.C. (1995). *Human motivation*. Cambridge University Press: Cambridge.

Milton, J. (2001). Psychoanalysis and cognitive behavioral therapy- rival paradigms or common ground? *International Journal of Psychoanalysis*, 82, 431-447.

Modell, A. (1971). The origin of certain forms of pre- oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 337-346.

- Nordahl, H. M., Martinsen, E. W., & Wang, C. E. A. (2012). Psykologisk behandlingsformer for depresjon med vekt på individualiserte tilnærminger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *49*, 40-48.
- O'Connor, L.E., Berry, J. W., The Wright Institute, & Weiss, J. (1999). Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *18*, 181-203.
- O'Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 19-27.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton.
- Persons J. B., Curtis J. T., & Silberschatz G. (1991). Psychodynamic and cognitive-behavioral formulations of a single case. *Psychotherapy*, *28*, 608-617.
- Rappoport, A. (1996). The structure of psychotherapy: Control-mastery theory's diagnostic plan formulation. *Psychotherapy*, *33*, 1-10.
- Rappoport, A. (2002). How psychotherapy works: the concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, *8*, 10-14.
- Sampson, H. (1991). Experience and insight in the resolution of transferences. *Contemporary Psychoanalysis*, *27*, 200-207.
- Sampson, H. (1992). The role of "real" experience in psychopathology and treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, *2*, 509-528.
- Sampson, H. (2005). Treatment by attitudes. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of psychotherapy* (s. 111-119). New

York: Routledge.

Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L., & Gillham, J. (1995). *The optimistic child*.

New York: Harper Perennial.

Shilkret, R., & Silberschatz, S. A. (2005). A developmental basis for Control- Mastery

Theory. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative relationships: The Control-*

Mastery Theory of psychotherapy (s. 171-187). New York: Routledge.

Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic beliefs. I J. Weiss, H. Sampson, & The

Mount Zion Psychotherapy Research Group (Red.), *The psychoanalytic process:*

Theory, clinical observation, and empirical research (s.256-266). New York:

Guilford Press.

Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of*

psychotherapy. New York: Routledge.

Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1986). Clinical implications of research on brief dynamic

psychotherapy: II. How the therapist helps or hinders therapeutic progress.

Psychoanalytic Psychology, 3, 27-37.

Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's

therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 403-411.

Wang, C. E. A. (2012). Et evolusjonsperspektiv på depresjon: Samfunnspolitiske og

psykologfaglige utfordringer, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 4-13.

Weishaar, M. (1993). *Aaron T. Beck*. London: Sage.

- Weiss, J. (1971). The emergence of new themes: A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 459-467.
- Weiss, J. (1986). Theory and clinical observations. I J. Weiss, H. Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Red.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research* (s. 3-138). New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (1990). The nature of the patient's problems and how in psychoanalysis the individual works to solve them. *Psychoanalytic Psychology*, 7, 105-113.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York: Guilford Press.
- Weiss J. (2002). Control-Mastery Theory. I M. Hersen & W. H. Sledge (Red.), *Encyclopedia of psychotherapy, Vol.1* (s. 1-5). New York: Academic Press.
- Weiss, J. (2005). Safety. I G. Silberschatz (Red.), *Transformative relationships: The Control-Mastery Theory of psychotherapy* (s. 31-42). New York: Routledge.
- Weiss, J., Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Wills, F. (2009). *Beck's cognitive therapy*. London: Routledge.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO.
- Chase, A. (1998). *The development of pathogenic beliefs that results in chronic depressive disorders: A control-mastery formulation*. Dato for siste besøk: 06.11.2012. Ikke

publisert manuskript hentet fra

http://sfprg.org/control_mastery/docs/Chase1998.pdf.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær og spesialisthelsetjenesten*. Dato for siste besøk: 19.10.2012. Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>.

Malt, U (2009). *Motoverføring* (Store medisinske leksikon). I Store norske leksikon. Dato for siste besøk: 23.10.2012. Hentet fra: http://snl.no/.sml_artikkel/motoverføring.