

Aaron T. Beck og kognitiv terapi v./psykiater Margaretha Dramsdahl

Han er 87 år gammel, hvit i håret og har tversoversløyfe. Han er rangert som en av verdens fem mest betydningsfulle psykoterapeuter, har mottatt en rekke priser og har en enorm publikasjonsliste. Vi snakker om Aaron Temkin Beck, den kognitive terapiens far.

Aaron T. Beck ble født i 1921 og vokste opp på Rhode Island. I 1946 tok han sin medisinske embetseksamen ved Yale Medical School. Han har vært ansatt ved universitetet i Pennsylvania siden 1954, og er fortsatt tilknyttet som Professor Emeritus i psykiatri. I 1994 etablerte han The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research i utkanten av Philadelphia, og han fungerer fortsatt som president der. Instituttet er et non-profit senter med tre kjernefunksjoner; utdanning, klinisk virksomhet og forskning. Av Becks fire barn er det datteren, Judith, som har fulgt i farens fotspor. Hun er selv en av verdens fremste kognitive terapeuter og direktør ved The Beck Institute.

Fra nevrologi til psykiatri

Beck bestemte seg egentlig for spesialisering innen nevrologi, men måtte i denne forbindelse ha obligatorisk tjeneste i psykiatri. Dette fikk store konsekvenser. Aaron T. Beck ble værende i psykiatrien, og på 1950 – 60 tallet utviklet han kognitiv terapi. Han arbeidet i utgangspunktet som psykoanalytiker med pasienter liggende på benk. Pasienten M. kom til behandling p.g.a. depresjon. I tråd med formell psykoanalyse skulle M. la tankene fritt komme og gå, og rapportere alle tanker som kom. Pasienten uttrykte mye sinne og bebreidelser rettet mot Beck. Han rapporterte imidlertid også en annen tankestrøm parallelt med disse sinte tankene. Denne tankestrømmen besto av devaluerende tanker om pasienten selv, og disse tankene kalte Beck for automatiske tanker. Pasienten var dessuten ikke utelukkende sint; han kjente på sterk skyldfølelse i tillegg. Ut ifra denne observasjonen formulerte Beck hypotesen om at sinne førte til selvkritiske tanker som igjen førte til skyld. Han registrerte at også andre pasienter hadde et bakteppe av devaluerende, automatiske tanker under terapien, og kom frem til at deprimerte pasienter har et negativt syn på seg selv, på sin personlige verden og på sin fremtid. De ser alt som gjennom sotet glass. Beck erfarte at rekonstruksjon av barndomserfaringer og tolkninger av ubevisste konflikter ikke var nødvendig. Han fant ut at det var langt mer effektivt hvis han fikk pasientene engasjert i å stille seg spørrende til de negative tankene, og hjalp dem til å teste ut om de negative tolkningene var korrekte.

Kognitiv terapi - et samarbeidsprosjekt

Beck registrerte at det var avgjørende å få pasientene til å skifte tenkningen fra å være absolutt til å bli spørrende, fra: ”Slik er det!”, til: ”Kanskje det er andre måter å oppfatte dette på?”. En slik endring kan skje ved at pasient og terapeut utforsker pasientens tankemønstre sammen. I et slikt samarbeid blir det avgjørende at terapeuten er sikker på at han har forstått pasienten rett, og sjekker dette ut, samt at viktige oppdagelser i timen blir oppsummert. Terapeuten kan få tanker om hvordan ting kan henge sammen, om forhold som kan ha betydning for pasientens tankemønstre og atferd. Men terapeuten er ingen gud. Terapeuten sitter ikke med fasciten. Ingen mennesker er like, og det er den enkelte pasient som sitter med nøkkelen til sin indre verden. Det er derfor viktig at terapeuten deler sine oppfatninger med pasienten. Det er først dersom disse ”treffer” pasienten, dersom pasienten kan bekrefte at ”jo, dette gir mening”, at slike sammenhenger blir en del av kartet over pasientens uhensiktsmessige tankemønstre og strategier.

Det vanligste er at en pasient får en konsultasjon pr. uke. Tiden imellom kan benyttes til at pasienten har oppgaver som fører til at han eller hun lærer mer om sine uhensiktsmessige tanke- og atferdsmønstre og hvordan disse kan endres. Dette er oppgaver pasient og terapeut blir enige om på slutten av hver time, og som alltid blir gjennomgått i neste time.

Hvis man i en samtale ikke eksplisitt uttrykker hva man vil snakke om, kan temaet bli mer eller mindre tilfeldig. Assosiasjoner og innspill fra samtalepartneren vil påvirke retningen i samtalen. Dette vil også skje i en behandlingstime. Dersom terapeut og pasient blir enige om hva timen skal brukes til i starten av konsultasjonen, og setter opp en sakliste, sikrer de seg at tiden blir brukt til de viktigste sakene, og at de er enige i punktene.

Beck understrekte disse viktige rammeforholdene i en effektiv behandling; at behandlingen skal være et teamarbeid der pasient og terapeut utforsker pasientens materiale sammen, og der sakliste, tilbakemelding og hjemmearbeid er viktige elementer i en slik samarbeidende utforsking.

Ikke tro, men viten

Da Aaron T. Beck på 1950-tallet startet forskning innen det psykoanalytiske feltet, ville han teste Freuds psykoanalytiske hypotese fra 1946; postulatet om at depresjon er sinne som pasienten retter mot seg selv. I god freudiansk ånd der drømmene var oppfattet som kongeveien til det ubevisste, ville Beck forske nettopp på drømmene og måle fiendtlighet i disse. Beck fikk seg noen overraskelser; drømmene avspeilte ikke det innadvendte sinne som skulle ligge til grunn for den depressive tilstanden.

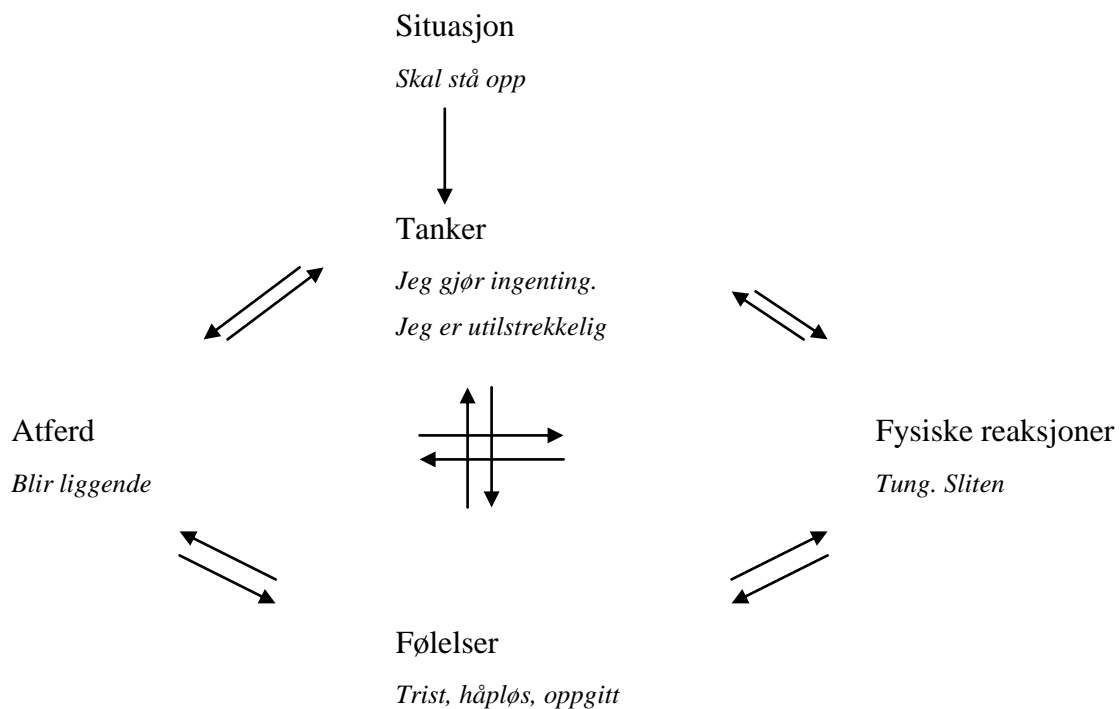
Drømmene reflekterte de samme tankene som kunne avdekkes i våken tilstand, de automatiske tankene som gjennomgående var selvkritiske og negative. Han konkluderte med at drømmene kun reflekterte en negativ fordreining av virkeligheten, og at innholdet i dem ikke gav støtte til Freuds hypotese.

På begynnelsen av 1960-tallet hadde Aaron T. Beck lagt fundamentet for en kognitiv teori og praksis. Han var imidlertid opptatt av å etterprøve teorien og metodene gjennom forskning, slik at hans antagelser ble dokumentert, og dette var begynnelsen på en omfattende forskning som i dag gjør kognitiv terapi til en av de best dokumenterte psykoterapeutiske retninger. Becks vektlegging av forskning og dokumentasjon har preget den videre utviklingen av kognitiv terapi, og han er fortsatt en aktiv mann på forskningsfronten, til tross for sine 87 år og skrøpelig fysisk helse.

Utgangspunktet for utviklingen av kognitiv terapi var behandling av depressive tilstander hos voksne. Det har imidlertid blitt utviklet modeller bl.a. for forskjellige angsttilstander, psykotiske symptomer, spiseforstyrrelser og rusproblemer. Kognitiv terapi anvendes også ved behandling av barn og ungdom. Parallelt med denne utviklingen foregår det utstrakt forskningsaktivitet som gir stadig større tilfang til dokumentasjonen av denne terapiformen.

Tankens kraft

Aaron T. Beck la grunnlaget for utviklingen av den kognitive modell som viser hvordan tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner gjensidig virker inn på hverandre. I en gitt situasjon vil det dukke opp forskjellige tanker og/eller forestillinger i hodet vårt, og disse vil prege våre følelser, våre handlinger og våre kroppslige reaksjoner. Dette kan illustreres med følgende eksempel som omhandler en deprimert person:



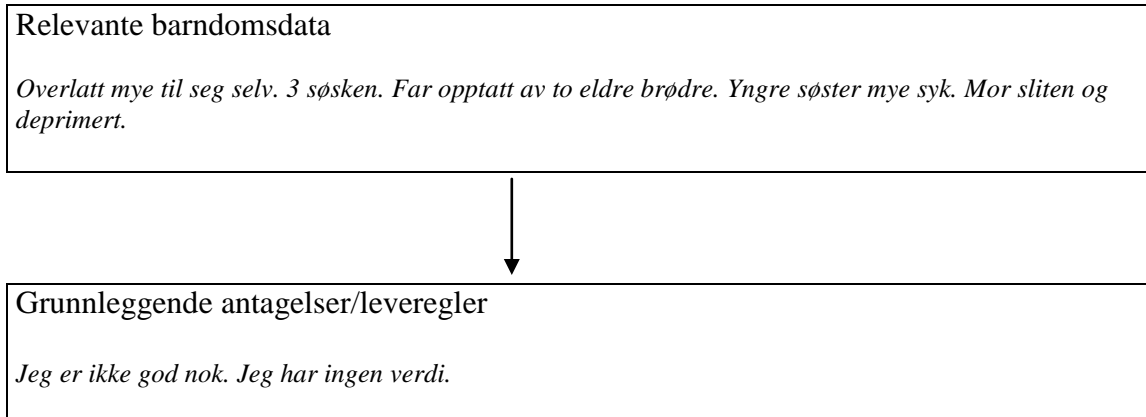
Enkelte ganger kan den kroppslige reaksjonen komme momentant, før noen tankevirksomhet, som i en normal fryktreaksjon. Da er det imidlertid avgjørende hvordan vi fortolker den kroppslige reaksjonen. Ved panikkangst vil forskjellige kroppslige reaksjoner som for eksempel hjertebank, oppfattes som farlige, og dersom man tror man vil dø, vil selvfølgelig angsten øke.

Den kognitive modell er ikke en modell kun for psykopatologi. Den er en modell for normalpsykologi. Det er ikke snakk om enten – eller. Det er snakk om grader, og det er glidende overgang fra det vi betegner som normalt til det som blir oppfattet som sykdom. Sykdom innebærer lidelse og funksjonstap. Vi har alle våre oppheng, våre uhensiktsmessige antagelser og strategier. Livet er fylt med ”ups and downs” for de fleste av oss. Men dersom det uhensiktsmessige dominerer og får negativ

innvirkning på vår funksjon, da glir vi inn i sykdommens verden der diagnosene hjelper oss å sortere de forskjellige sykdomsbildene. Da er det ikke tilstrekkelig med støtte og råd fra familie og venner, selv om dette fortsatt er av stor verdi. Da er det som regel behov for behandling, og helsepersonell må komme på banen.

Man kan tenke seg tre forskjellige nivåer av tankevirksomhet. Disse forskjellige nivåene kan illustreres med et tre. Bladene er de brokker av tanker eller forestillinger som popper opp i hodet i en gitt situasjon. De kalles for automatiske tankene og har stor betydning for den følelsesmessige reaksjonen. Bladene er ofte lette å få tak i dersom man bestemmer seg for å klatre opp og plukke de. På samme måten kan man bli bevisst de automatiske tankene dersom man leter etter de. Ved å plukke vekk bladverket, vil man lettere få øye på stammen som representerer de sekundære leveregler eller antagelser. Hos depressive mennesker går ofte denne antagelsen igjen: ”Dersom jeg ikke lykkes i alt jeg gjør, er jeg ikke god nok”. Roten er vanskeligere å få opp i dagslyset. Den må graves opp for å klarlegge de grunnleggende leveregler eller antagelser. Hos personer som sliter med depresjoner, er det ofte antagelsen: ”Jeg er ikke god nok” som ligger og ulmer i grunnen.

I kognitiv terapi er hovedfokuset her - og - nå, men det er en myte at man ikke snakker om barndomsopplevelser i kognitiv terapi. De grunnleggende antagelser blir utformet i oppveksten i et samspill mellom medfødt sårbarhet og omgivelsenes innflytelse. Det er viktig å få en forståelse av hvordan uhensiktsmessige antagelser har utviklet seg og hvordan såkalte kompensatoriske strategier har oppstått som en naturlig følge av disse antagelsene. Dette kan illustreres med følgende eksempel som omhandler en kvinne som sliter med depresjon:





Sekundære antagelser/leveregler

*Dersom jeg hele tiden er snill og veldig flink, er jeg god nok.
Dersom jeg ikke lykkes i alt jeg gjør, er jeg ikke god nok.*



Kompensatoriske strategier

Alltid blid og positiv. Viser aldri sinne. Sier alltid ja hvis noen ber om hjelp. Streber alltid etter å være en av de flinkeste, å lykkes i alt. Skjuler sine problemer.

Problemet er at de kompensatoriske strategiene ikke er mulig å opprettholde i enhver situasjon, og da får den grunnleggende antagelsen, ”Jeg er ikke god nok”, sin gyldighet. Brillene med sotet glass kommer på, og alle situasjoner og erfaringer filtreres gjennom de depressive brillene. Selvdevaluerende tanker er fremtredende og egen-ros totalt fraværende. Da er det gode vekstforhold for depresjon.

Det er imidlertid ikke alltid nødvendig å ”gå i dybden”. For en angsttilstand kan det være tilstrekkelig å få tak i de opprettholdende mekanismer og angstsirkelens selvforsterkende kraft. Endres dette, vil angsten miste sitt grep.

Det psykiatriske fagfelt var på 1950 – og -60 tallet preget av utvikling innen flere retninger. Utviklingen av kognitiv terapi har vært preget av en åpenhet mot andre retninger. Albert Ellis’ Rational Emotive Behavior Therapy utviklet seg parallelt med Becks kognitive terapi, og både denne terapiform, atferdsterapi og sosial læringsteori har hatt nyttige bidrag i videreutviklingen av kognitiv atferdsterapi. I andre land har det vært skilt mellom begrepene kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi, men i Norge brukes begrepene om hverandre. I praksis vil man i de fleste terapier ikke bare jobbe med pasientens tanker, men også med atferden. Norsk Forening for Kognitiv Terapi (www.kognitiv.no) har ansvar for utdanningen av kognitive terapeuter og veiledere innen kognitiv terapi i Norge. Kognitiv terapi er i økende grad blitt en anvendt psykoterapi-form i Norge, men det er lang vei frem før det er mulig å tilby kognitiv terapi til alle pasienter som kan ha nytte av det.

Referanser

Beck AT. (1993) Cognitive Therapy of Depression. A personal Reflection. The Malcolm Millar Lecture in Psychotherapy 1988. University of Aberdeen. Scottish Cultural Press.

Dramsdahl M. (2007) Sandkorn. En bok om depresjon og kognitiv terapi. Tapir Akademisk Forlag.

www.beckinstitute.org

<http://mail.med.upenn.edu/~abeck/biography.htm>