

Metakognition som fokus för den nya generationen psykoterapi

Örjan Magnusson

Nya psykoterapeutiska behandlingsmetoder har vuxit fram under de senaste åren. Ett antal av dessa belyser metakognition på ett annorlunda sätt. Föreliggande artikel är en sammanfattning av en jämförande litteraturstudie. I studien jämfördes tre psykoterapeutiska metoder; Metacognitive Focused Therapy (Wells, 2000), Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999) och Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002). Studiens frågeställningar har varit; på vilka sätt använder sig de tre metoderna av fenomenet metakognition i teori och praktik, samt vilka skillnader och likheter framstår vid en jämförelse av de olika angreppssätten.

Metakognition har formulerats på olika sätt inom den psykologiska och psykoterapeutiska forskningen och teoribygget. Det var den utvecklingspsykologiska forskningen och minnesforskningen som lade grunden för vidare studier kring metakognition. Redan på 70-talet formulerade John Flavell att *metakognition är all kunskap eller kognitiva processer som involveras i bedömning, betraktande eller kontroll över kognitioner*. Flera teoretiker har gjort en distinktion mellan *metakognitiv kunskap* och *metakognitiv reglering*. Det förra handlar om den kunskap individen har om sin egen kognition. Det senare refererar till exekutiva funktioner såsom uppmärksamhet, kontroll, planering och i att finna bristerna i själva utförandet. Nelson och Narren beskriver i en artikel hur de kognitiva processerna sker på två nivåer; *meta-nivå* och *objekt-nivå*. Författarna beskriver hur två kommunikativa processer pågår mellan dessa två nivåer där information flyter dem emellan (se figur). Utifrån ovan beskrivna teorier ställer jag mig frågan om man kan se metakognition som en

form av metaposition för personens uppmärksamhet. Kan i så fall begreppet metakognition innefatta även betraktande och kontroll av känslor, beteenden och kroppssensationer? I det ögonblick som personen uppmärksammar dessa fenomen bör där ske en kognitiv verksamhet i form av en förståelse för det som händer, eller bara ett konstaterande att fenomenet existerar. Kan även detta kallas metakognition?

Under de senaste tio till femton åren har det utvecklats en mängd olika terapiformer som inte så lätt har kunnat delas in i de traditionella terapifacken. Till dessa hör bl.a. Dialektisk beteendeterapi (Linehan, 1993), Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal, Williams & Teasdale, 2002) och Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999). De nya metoderna har inget självklart gemensamt men innehåller begrepp som dialektik, värderingar, acceptering, kognitiv defusion, mindfulness och andlighet. Metoderna är ofta upplevelsebaserade istället för undervisande i sin form. De

baserar sig på kontextuella filosofiska grundtankar istället för mekanistiska.

I den jämförande studien har tre av dessa nya psykoterapimetoder valts ut. Den första terapimetoden som diskuterats är Metacognitive Focused Therapy (MFT, Wells, 2000). Denna baserar sig på Adrian Wells teoretiska modell Self-Regulatory Executive Function (S-REF). Wells delar upp metakognition i tre delar; metakognitiv kunskap, metakognitiva upplevelser och metakognitiva kontrollstrategier. Wells lägger fram sin modell S-REF som en konceptualisering av människors interna kognitiva självreglerande mekanismer. Enligt modellen S-REF handlar psykisk störning om ett syndrom av *kognitiva uppmärksamhetsrespons* i form av självfokuserad uppmärksamhet, on-line processande av negativa självantaganden, oro / grubblande, fokusering på hot, och ickefunktionella copingstrategier. Detta hindrar integrerandet av mer adaptiv kunskap. Denna form av kognitivt processande förändrar eller reviderar inte personens självantaganden eller copingstrategier

utan låser istället individen i ett självprocessande som vidmakthåller den psykiska störningen. MFT har som målsättning att klienten ska finna ett annat sätt att förhålla sig till sina tankar. Detta ska uppnås med hjälp av metakognitivt mode, ökad flexibilitet i kontrollen över sin uppmärksamhet och färdigheter i att koppla bort grubblande- och orosprocesser.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT, Hayes, 1999) är en terapiform som grundar sig på Relational Frame Theory (RFT) och är den andra terapimetoden som ingått i den jämförande studien. RFT i sin tur har sin teoretiska plattform inom klassisk operant psykologi, dvs radikal behaviorism med B.F. Skinner som förgrundsgestalt. En utmärkt sammanfattning av RFT har gjorts av Niklas Törneke i Sokraten 2003:1. Den terapeutiska behandlingsmodellen ACT är utformad för att hjälpa klienterna att skifta från överfokusering på innehållet i psykologiska upplevelser till att utveckla en förståelse av de kontext som upplevelserna befinner sig inom. Detta görs med målsättningen att klienterna ska kunna leva mer i linje med sina värderingar och mål i livet. För att tydliggöra det terapeutiska arbetet i ACT kan processen delas upp i olika faser. Kreativ hopplöshet, delitteralisering/kognitiv defusion, acceptans, självet som kontext och värderingar som val i livet. De metoder som används för att åstadkomma dessa mål är metaforer, terapeutiska paradoxer och upplevelsebaserade övningar. Med syfte att nå de uppsatta målen d.v.s. klientens värderingar tar man fasta på de tan-

kar som är funktionella. De tankar som inte är användbara accepteras ändå och tillåts "surra på" i bakgrunden samtidigt som man utför det man vill i livet, d.v.s. "använder fötterna" och gör det som är funktionellt.

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT, Segal et al., 2002) är den tredje terapiformen som ingått i den jämförande studien. MBCT handlar om en preventiv gruppbehandling av i första hand klienter som drabbats av depression vid minst två tidigare tillfällen i livet. Eva Hedenstedt har beskrivit MBCT i en klagörande artikel i Sokraten 2003:4 och Niklas Törneke har beskrivit mindfulness och psykoterapi i en artikel i Sokraten 2002:3. Målsättningarna med behandlingen är att lära deltagarna som tidigare drabbats av depression nya sätt att förebygga framtida depressioner. Detta ska ske genom att man hjälper deltagarna bli mer uppmärksamma och närvarande om kroppssensationer, känslor och tankar i nuet. Deltagarna tränas i att utveckla ett annat sätt att relatera till kroppssensationer, tankar och känslor, d.v.s. uppmärksamt accepterande av "icke önskvärda" känslor och tankar. Deltagarna uppmanas att själva medvetet välja de mest funktionella och adekvata färdigheterna som respons på obehagliga tankar, känslor och situationer som de möter i livet. För att uppnå detta i behandlingsprogrammet tränas deltagarna i: koncentration; medveten uppmärksamhet på känslor, tankar och kroppsförnimmelser; att vara kvar i nuet; decen-

tering; accepterande/ickeaversion, vänligt välkomnande av sina upplevelser; låta gå, våga släppa; samt i att uppmärksamma hur problem manifesterar sig i kroppen.

Vid en jämförelse av hur de tre terapimetoderna använder sig av fenomenet metakognition framkommer flera likheter. De har gemensamt att man skiljer på olika kognitiva "mode" då det gäller uppmärksamhet. Detta i likhet med det sätt som Nelson och Narren gör i sin modell (se figur). Dessutom beskrivs individens problematiska strävan efter att reducera skillnader mellan den upplevda verkligheten och hur den önskar att det vore, och detta främst vad det gäller självuppfattningen. Vad det gäller sättet att i terapin påverka tankarna hos klienten skiljer sig dock MFT från de övriga två. Min bedömning är att MFT syftar till att ge klienten verktyg att aktivt använda för att *kontrollera* sina kognitioner i vissa riktningar och som ligger mer i linje med traditionell kognitiv psykoterapi. ACT och MBCT strävar istället mot en acceptans och ett ickevärderande av sina upplevelser. I ACT grundas detta på det omöjliga i att medvetet undvika obehagliga mentala upplevelser. Alla tre metoderna ser ett ickereflekterande som hindret och avgörande faktor vid psykiska problem. Samtliga anser också att det krävs ett metakognitivt reflekterande för att kunna stanna upp, observera vad som pågår i tankar, känslor och kroppssensationer och inte agera reflexmässigt på automatiska tankar och invanda tolkningar av känslor och kroppsupplevelser. Metakognitionen ger tidsmässigt ett

utrymme att fatta ett medvetet beslut om hur man önskar ta nästa steg i situationen. De tekniker som benämns *mindfulness* härstammar från den buddhistiska traditionen och har mer eller mindre integrerats i alla tre metoderna. De tre metoderna har även som gemensamt att klienten ska värdera och välja det mest funktionella i sitt agerande efter det att ett metakognitivt läge har åstadkommit. Klienten ställer sig frågan ”är detta funktionellt för mig nu eller ska jag agera på något annat sätt?”. Målsättningen är att klienten medvetet ska ha möjlighet att intaga detta reflekterande läge då det behövs i livet och ser denna färdighet som tecken på att behandlingen fungerar.

Vad det gäller det aktiva ansvaret för förändring i det terapeutiska arbetet bedömer jag att det finns vissa skillnader mellan inriktningarna. Wells är i sin MFT aktiv på samma sätt som traditionell kognitiv psykoterapi. Hayes menar att man i ACT åstadkommer förändringar bl. a. genom att terapeuten presenterar icke-direktiva metaforer. Här handlar det inte om att aktivt försöka byta ut de dysfunktionella tankarna utan istället att acceptera och inte bry sig om sina besvärande mentala upplevelser. Min tolkning är att ACT-terapeuten aktivt försöker försätta klienten i kognitiva dilemman där den enda vägen ut är att pröva andra sätt att tänka. Jag anser att behandlingsmodellen MBCT lämnar ännu mer ansvar åt klienterna att göra något av de färdigheter som tränats in. Det nya förhållningssätt som *mindfulness* innebär ersätter gamla strategier med syfte att lösa och

ställa till rätta problem. Istället tillåts saker att vara just så som de är. Terapeuten är aktiv på så sätt att den leder klienternas upplevelsebaserade övningar samt tar emot och bekräftar de upplevelser som klienterna delger. Wells MFT skiljer sig markant från detta då man strävar efter att klienten ska få mer kontroll över uppmärksamheten och styra den medan de andra två behandlingsmodellerna mer tycks lita till klienten som ett självreglerande system.

MFT och MBCT har båda sitt ursprung i den kognitiva psykoterapi. Är det då ett problem för den kognitiva terapeuten att ACT har utvecklats ur den behavioristiska teorin Relational Frame Theory? Om man som kognitiv terapeut kan ifrågasätta sina antaganden gällande BT och nyfiket studera RFT såsom ett barn undersöker något det aldrig sett förut, uppmärksamt och icke-värderande, tror jag att det finns mycket nytt att lära. Det är också intressant att ställa sig frågan hur detta till synes strukturlösa arbetssätt uppfattas av en KBT/BT terapeut. I ACT lyfts upplevelse, förvirring och paradox fram som viktiga begrepp. Detta torde uppfattas som genomgripande förändringar i synen på behandlingsarbetet då traditionell KBT bl.a. betonar rationalitet, förklaring och pedagogik.

Metakognition är inget som kommer att utelämnas i det framtida utvecklingsarbetet av psykoterapi. Det har legat som grund för den kognitiva psykoterapi och har i de tre aktuella behandlingsmodellerna vida-

reutvecklats på olika sätt. ACT, MBCT och till viss del även MFT har infört inslag av uppmärksamhetsträning i det terapeutiska arbetet. Dessa tekniker har sitt ursprung i österländsk filosofi. Frågan som uppstår är huruvida dessa behandlingsinslag är acceptabla inom den västerländska vetenskapen. Det har förts mycket intressanta diskussioner om hur västerländsk och buddistisk kunskap skulle kunna mötas och befrukta varandra. Mind and Life Institute bildades 1987 med syftet att sammanföra Dalai Lama och andra buddistiskt lärda med västerländska forskare och psykologer genom återkommande tvärvetenskapliga och tvärkulturella seminarier. Flera publikationer har genererats utifrån dessa möten. Baserat på det åttonde seminariet som hölls år 2000 har t.ex. en bok nyligen publicerats; *Samtal med Dalai Lama* (Goleman, 2003).

Det västerländska naturvetenskapliga/medicinska förhållningssättet till icke önskvärda psykiska upplevelser; känslor, tankar och minnen, skiljer sig mycket från det österländska. Att se det icke önskvärda som något sjukligt och till sin följd sträva efter att avlägsna den besvärande delen från det övrigt friska. Mycket talar för att detta angreppssätt inte fungerar lika bra då det gäller psykiska fenomen som vid somatiska problem. Det är svårt för det västerländska psykoterapeutiska samhället att vända på resonemanget och istället acceptera de icke önskvärda psykiska upplevelserna. De pionjärer som trots starkt motstånd fortsatt att hävda metoder som bevisligen fungerar har

gett psykoterapin chans att utvecklas i nya spännande riktningar. Om dessa buddistiska inslag kan tas emot på grund av att de onekligen ger god effekt, vad kan då härnäst dyka upp inom psykoterapiutvecklingen?

Referenser

Goleman, D. (2003). *Samtal med Dalai Lama. Ett möte mellan buddism och västerländsk vetenskap*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press

Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relaps*. Guilford Publications.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. :John Wiley & sons.

Örjan Magnusson
leg psykolog
leg psykoterapeut

För kontakt med författaren:
orjan.magnusson@gronstenen.se

