

Forståelsens betydning i kognitiv terapi

Asle Hoffart

Seniorforsker og Professor II, Modum Bad og Universitetet i Oslo
asle.hoffart@modum-bad.no

Enhver psykoterapiform er skjemasert i den forstand at den søker å forklare psykiske lidelser ut fra generelle prinsipper. Det utelukker muligheten av teknisk handling i Skjervheims forstand.

Binder, Holgersen og Nielsen (2004) kommenterer min artikkel om intersubjektivitet i kognitiv terapi (Hoffart, 2003) der jeg tok utgangspunkt i deres kritikk av kognitiv terapi (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2001). Jeg oppfatter deres kommentar som anerkjennende i forhold til min drøfting av intersubjektivitet i psykoterapi. Jeg støtter deres kamp mot en utvikling der ytre instanser gir direktiver for valg av behandlingsform og dermed undergraver klinikerens faglige autonomi. Deres utdyping av kritikken av kognitiv terapi viser imidlertid en stor avstand mellom oss i oppfatningen av denne behandlingsformen.

Binder et al. (2001) hevder at noen psykoterapier er mer teknikkorienterte enn andre. Tekniske handlinger presiseres – i tråd med Skjervheim (1972) – som handlinger med et mål, og med en kalkyle eller forskrift på hvordan en skal nå målet (Binder et al., 2004). Et implisitt gyldighetskrav er at det å være teknikkorientert er et trekk som ulike terapiformer eller varianter av en terapiform kan ha mer eller mindre av. I Hoffart (2003) argumenterte jeg mot gyldigheten av denne påstanden. Jeg hevdet at psykoterapier vesentlig består av skjemaer for forståelse og handling. Disse leder til bestemte organiseringer av kliniske fenomener og terapeuters atferd. Angst og andre problemer som er tema i psykoterapi kan på ett nivå benevnes og beskrives i et dagligspråk. Psykoterapiteoriene ordner disse reaksjonene inn i skjemaenes kategorier. Enhver psykoterapiform er skjemasert i den forstand at den søker å forklare opprettholdelsen og påvirkningen av psykiske lidelser og problemer ut fra visse generelle prinsipper. Det utelukker muligheten av teknisk handling i Skjervheims forstand. En kan ikke angi forskrifter for terapeutisk virksomhet. Dermed kan ikke terapiformer beskrives som tekniske eller ikke tekniske, eller mer eller mindre teknikk-orienterte. Derimot kan interessante forskjeller framtre med hensyn til hva som fokuseres i skjemaene og hvor detaljert skjemastrukturen er. Eksempelvis synes kognitiv terapi å ha en mer detaljert struktur over abstraksjonsnivåer enn psykodynamisk terapi.

Binder et al. (2004) gjentar sine tid-ligere påstander og implisitte antagelser om muligheten av teknisk handling, uten eksplisitt å argumentere mot de gyldighetskrav og begrunnelser jeg i Hoffart (2003) framsatte mot disse påstandene og antagelsene. Dermed brytes kommunikasjonen mellom oss. Binder et al. (2004) gjentar påstanden om at enkelte varianter av kognitiv terapi er ensidig teknikkorienterte og legger denne gangen til: «..., også i den forstand at enhver forbedring søkes oppnådd gjennom utvikling av stadig mer raffinerte teknikker alene». Det forblir uvisst hvor de får denne siste oppfatningen av kognitiv terapi fra. De hevder at Judith Becks kognitive tilnærming representerer en slik teknikkorientering. Hun er nåværende leder av det miljøet som fra 1970-årene utviklet seg rundt kognitiv terapigrunnlegger Aaron Beck, og det er således i sannhet en sentral variant av kognitiv terapi som kritiseres. De viser til at Judith Beck (1995) er preget av teknikkomtaler og hevder at en slik opptatthet av teknikkene kan lede til «instrumentalisering» som innebærer at en lar en «objektivering av et annet menneske skje på bekostning av å bringe han eller hun i tale som medsubjekt» (Binder et al., 2004, s. 397).

Som Binder et al. (2004) påpeker, så ville en teknisk, forskriftsbasert utøvelse ikke kreve en særlig merforståelse eller ekspertforståelse. Utøveren måtte bare beherske dagligspråket for å forstå forskriftene, og terapien kunne leveres av hvilken som helst «health provider». I dette svaret vil jeg forsøke å tydeliggjøre forskjellen mellom skjemaperspektivet og en teknikkoppfatning av psykoterapi ved å framheve forståelsens og merforståelsens betydning.

For det første vil jeg, i tråd med skjemaperspektivet, vise at i utvikling av psykoterapi, vil en forbedring av forståelsen av lidelsen og av virksomme faktorer gå logisk forut for endring av handlemåter. Dette er uavhengig om disse handlemåtene forstås som tekniske i Skjervheims forstand eller ikke.

For det andre vil jeg vise at begrepet teknikk, slik det brukes av kognitive psykoterapeuter, ikke svarer til Skjervheims begrep om teknisk handling. Bruken av teknikkene innebærer en merforståelse som ikke kan formidles av forskrifter. Heretter vil jeg sette benevnelsen av dette teknikkbegrepet i anbefølgestegn for å skille det fra Skjervheims teknikkbegrep.

For det tredje vil jeg få fram at ved bruken av de «teknikker» Judith Beck omtaler skjer objektiveringingen av pasienten ikke i motsetning til, men gjennom å henvende seg til pasienten som medsubjekt.

Utvikling av psykoterapi

En kan forstå hva slags nyhet nye terapi-skjemaer innebærer ved å sammenligne med innføring av nye beviser i matematikken. Wittgenstein (1956, del I, §50) gir et eksempel som vist i Figur 1. De fleste vil bli overrasket over at disse trekantene og parallelogrammene kan sammensettes til rektangelet. En kan forestille seg at dette representerer et nytt bevis:

«Can't we say: the figure which shows you the solution removes a blindness, or even changes your geometry? It as it were shows you a new dimension of space. (As if a fly were shown the way out of a fly-bottle.)» (Wittgenstein, 1956, del I, §44).

Figuren fjerner en blindhet på denne måten: Når en, etter å ha bli vist løsningen, sier: «Jeg trodde ikke delene kunne ordnes på denne måten», så mener en ikke at en tenkte at delene ikke kunne ordnes til rektangelet. Derimot, en tenkte ikke på denne måten å ordne delene på i det hele tatt (Wittgenstein, 1956, del I, §43). Figuren gir altså ikke noe svar på forhåndsoppstilte spørsmål eller hypoteser: «Kan delene ordnes til rektangelet?». Nyheten består i at det vises at kjente former kan sammenfattes eller konstitueres på en ny måte. Figuren angir et nytt paradigme eller skjema for forholdet mellom bestemte geometriske former.

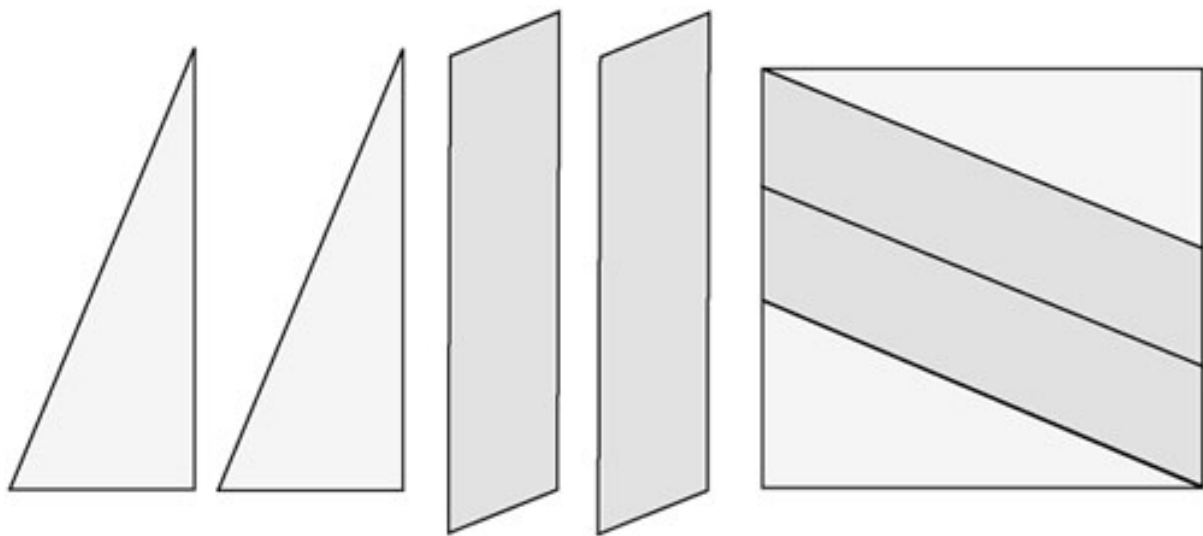
Tilsvarende forhold kan en se i behandlingshistorien til den psykiske lidelsen panikkklidelse med agorafobi. På et beskrivende, diagnostisk nivå består denne lidelsen av gjentatte, delvis uventede panikkanfall, og unnvikelse av situasjoner der personen frykter å få anfall. Anfallene innebærer en rask utvikling av kroppslige fornemmelser som hjerteklapp og svimmelhet og av tanker om å dø, miste kontrollen eller bli sinnssyk. Disse «symptomene» tilsvarer de geometriske formene. For å kunne påvirkes gjennom behandling, må de organiseres i et terapiskjema.

I psykoanalyse synes tilstanden av panikkklidelse med agorafobi i stor grad å falle sammen med det Freud kaller angsthysteri (Freud, 1909; Laplanche & Pontalis, 1980). I angsthysterien antas at en intrapsykisk konflikt fører til angst, men da de kognitive representasjonene av konflikten fortreges, opplever personen bare angsten. Dermed framstår angsten som frittflytende, uten objekt. I neste omgang vil psyken søke å knytte denne frittflytende angsten til et bestemt ytre objekt, og finner gjerne

en situasjon som symboliserer den indre konflikten. I en variant av denne teorien antas en gift kvinnes frykt for og unnvikelse av å gå på gata å symbolisere hennes ønske om å treffe andre menn (Friedman, 1959). På denne måten organiseres og forklares panikkanfallene og unnvikelsen som opprettholdt av en ubevisst intrapsykisk konflikt.

Psykoanalyse var lenge en dominerende psykologisk tilnærming til panikkklidelse. Kognitiv terapi framsto som et alternativ fra midten av 1980-årene. I den kognitive modellen for panikkklidelse (Clark, 1986) settes symptomene sammen på den måten at katastrofetankene antas å representere *tolkninger* av de kroppslige fornemmelsene. Slike tolkninger leder til angst som bidrar til å forsterke fornemmelsene. Dette igjen forsterker troen på katastrofetankene med økt angst og sterkere fornemmelser som følger i en ond sirkel. Den agorafobiske unnvikelsen har til hensikt å avverge de katastrofene personen frykter. Katastrofetolkninger av kroppslige fornemmelser ses altså som avgjørende for opprettholdelsen av panikkanfall og unnvikelse.

I psykoanalytisk teori skapes angstanfallene som frittflytende og uten objekt. Katastrofetankene om kroppslig eller mentalt sammenbrudd overses eller bortforklares, for eksempel som rasjonaliseringer personen gjør etter anfallet. Den kognitive modellen fjerner en blindhet ved å vise hvordan reaksjonene ved et angstanfall kan gis en annen sammenhengende forståelse. Den kognitive modellen innebærer at psykologien endres, liksom nye bevis endrer geometrien.



Figur 1. De geometriske figurene til venstre utgjør til sammen figuren til høyre.

De ulike forståelsene av hva som opprettholder lidelsen er grunnlag for høyst ulike terapeutiske handlemåter. I psykoanalyse vil en søke å avdekke de ubevisste intrapsykiske konflikter gjennom frie assosiasjoner, påpekning og bearbeiding av motstand, og fremmelse og tolkning av overføringsforholdet til terapeuten. I kognitiv terapi introduseres pasienten først til panikk-modellen. Så undersøkes mulige sammenhenger mellom kroppslige fornemmelser og katastrofetanker. Terapeut og pasient drøfter pasientens tolkninger av de fryktede kroppsfornemmelsene, og alternative tolkningsmuligheter. Spørsmålet blir så hvordan pasienten kan få testet ut gyldigheten av de ulike tolkningene.

Skjemamodellen for psykoterapi krever et par presiseringer. Selv om «symptomene» kan ordnes på ulike måter, så betyr det ikke at de ulike terapiskjemaene er like gyldige. Gyldigheten må testes klinisk og empirisk. Dannelse av skjemaer kan både fjerne og befeste en blindhet. La oss for øyeblikket anta at den kognitive modellen er gyldig og at den psykoanalytiske ikke er det. Hvordan har en i så fall

ikke oppdaget katastrofetolkningenes betydning før? En kan gå ut fra at i en rimelig god relasjon, der pasienten ikke var redd for å få en negativ reaksjon, ville pasienten lett kunne besvart spørsmålet: «Hva er du redd for?» En forklaring kan være at skjemaene innen en psykodynamisk orientering har ledet oppmerksomheten mot skam- og skyldbelagte og fryktede ønsker og impulser. Om katastrofetankene er blitt formulert, så er de blitt tolket som rasjonaliseringer.

De vesentlige psykoterapeutiske forbedringer skyldes ikke raffinering av handlemåter, men en ny måte å forstå lidelsen på som innbefatter at blindheter fjernes. Det er den nye forståelsen som gir nye muligheter for handling. Å forbedre «teknikkene» – for eksempel å finne en ny måte å spørre på for å identifisere katastrofetanker – er viktig, men vil gjøre liten forskjell sammenlignet med en ny måte å forstå lidelsen på.

Teknisk handling

I noen psykoterapier, blant annet i kognitiv terapi, er det vanlig å skille mellom overordnet strategi, delstrategier og «teknikker». Disse enhetene står i et helhet–del forhold til hverandre, slik at en delstrategi består av en rekke «teknikker». Svarer disse handlemåtene som psykoterapeuter selv kaller «teknikker» til teknisk handling i Skjervheims forstand? I den kognitive modellen for panikklidelse er en delstrategi å skape tvil om sannheten av katastrofetankene. I følge Judith Beck (1995, s. 109) omfatter denne strategien «teknikker» som å spørre etter bevis for tankene, å spørre etter alternative forklaringer på disse bevisene og å finne ut virkningene av å tro på tanken.

La oss se nærmere på en av disse handlemåtene som Beck benevner som en «teknikk» – å etterspørre alternative forklaringer på bevisene – og undersøke den i forhold til kriteriet om den er skjemasbasert og krever en merforståelse eller forskriftsbasert. Vi kan tenke oss en person med panikklidelse som tror han får hjerteinfarkt under anfallene. Hans viktigste bevis for dette er sterke brystmerter. Enhver som mestrer dagligspråket og talehandlingen å spørre om noe kan følge «teknikk»-beskrivelsen som en forskrift. Eksempelvis:

Enhver: «Kan brystmertene forklares som noe annet enn et hjerteinfarkt?»

Person med panikklidelse: «Nei, jeg er helt sikker på at det må være det.»

Enhver: «Huff, det var leit å høre.»

I dagliglivet fremmes med talehandlingen å stille et spørsmål blant annet de følgende gyldighetskrav (Searle, 1969): (1) den som spør har et ønske om og grunner for å få den informasjonen om virkeligheten som spørsmålet avgrenser, (2) den som blir spurt har denne informasjonen, og (3) utsigelsen gjelder som et forsøk på å få denne informasjonen fra den som blir spurt. Det sistnevnte gyldighetskravet angir altså det konvensjonelle formålet med spørsmålet. En søker informasjon om virkeligheten og oppmerksomheten er rettet mot det temaet som omtales. I eksemplet ønsker spørderen å få informasjon om brystmertene for å finne ut om det er noe håp om at de er ufarlige.

En kognitiv terapeut ville imidlertid følge opp spørsmålet på en annen måte enn den konvensjonelle:

T: «Kan brystmertene forklares som noe annet enn et hjerteinfarkt?»

P: «Nei, jeg er helt sikker på at det må være det.»

T: «Har du i løpet av den siste måneden vært helt sikker hele tida?»

P: «Nei, faktisk ikke, forrige lørdag kunne jeg få tolv rette i tipping dersom tippekampen på TV gikk rett vei, mens jeg så på kampen var brystmertene borte, enda jeg var svært spent

og opphisset. Dette syntes jeg var merkelig. Jeg kom til å tenke på om det å være opptatt av brystsmertene kan forsterke dem. Men i den siste uka har de kommet tilbake for fullt.»

T: «Det var en interessant tanke. Skal vi se nøyerer på den?»

En alternativ tanke framkommer hos pasienten ved at terapeuten varierer spørsmålene for å finne episoder eller perioder hvor pasienten har hatt i hvert fall litt tvil om hjerteinfarkt-tolkningen. Deretter gjennomtenkes tanken nøyerer. Dette foregår i en samaktivitet mellom pasient og terapeut der de to har ulike roller. Terapeuten har et spesielt ansvar for samaktiviteten. Ved talehandlinger som spørsmål og oppfordringer hjelpes pasienten til å holde fast ved temaet.

Utøvelsen av «teknikken» å spørre etter alternative forklaringer er en kompleks samaktivitet som omfatter mange ulike talehandlinger. Terapeuten må variere og tilpasse «intervensjonene» etter pasientens reaksjoner. En slik fleksibel utøvelse forutsetter for det første at pasientens reaksjoner overhodet forstås og for det andre at de forstås i terapi-skjemaets kategorier. I eksemplet ordnes pasientens benektelse av å se alternative forklaringer i den kognitive kategorien «manglende tilgang til andre tanker», og pasienten støttes til å få en slik tilgang. Men benektelsen kunne også vært uttrykk for kategorien «motvillighet mot å tenke gjennom alternative forklaringer». En slik situasjon ville krevd at terapeuten forsto dette og handlet helt annerledes enn i eksemplet. Også bruken av «teknikker» er skjemaabasert og krever de tre forståelsesoppgavene beskrevet i Hoffart (2003): (1) forstå pasientens posisjon, (2) forstå hvordan «teknikken» skal utformes for å nærme seg målet, og (3) forstå pasientens reaksjoner på det terapeuten gjør.

Den enkelte talehandling har en annen bruk enn i dagliglivet. Terapeuten ønsker å få informasjon om hva pasienten tenker om brystsmertene og ikke informasjon om virkeligheten. Terapeuten er også ute etter virkningen at pasienten tenker gjennom andre forklaringer. Terapeuten er ute etter virkningen av sitt spørsmål og ikke dets konvensjonelle formål. I «teknikk»-bruken benyttes altså talehandlingens konvensjonelle ytringsmessige kraft som middel til å nå de terapeutiske mål (se Hoffart, 2003, s. 477). Bruken av talehandlinger som spørsmål og oppfordringer organiseres ut fra høyere ordens formål liksom de geometriske formene ordnes til rektangelet i Figur 1. Vi må konkludere med at ikke bare forståelsen av lidelsen, men også «teknikk»-bruken foregår på et teoretisk og skjemaorientert nivå som ordner dagliglivets elementer i skjemaets kategorier. Siden det ikke gis entydige tilordningsregler mellom talehandlingenes konvensjonelle formål og deres bruk i «teknikker», så kan ikke «teknikk»-bruken formidles ved forskrifter. Som beskrevet i Hoffart (2003) må terapeuten anta terapiskjemaets innstilthet og i utøvelsen av bestemte «teknikker» la egnede spørsmål og kommentarer komme til seg spontant. Terapeuten har ikke viljeskontroll over forståelsen. Bruk av «teknikker» i psykoterapi innebærer en merforståelse eller ekspertforståelse. Derfor representerer de ikke tekniske handlinger i Skjervheims forstand.

Pasienten som medsubjekt

Binder et al. (2004) hevder at Judith Becks (1995) framstilling av kognitiv terapi er teknikkorientert, forstått som handling ut fra forskrifter. Bruk av «teknikker» krever en skjemaabasert merforståelse. Som nevnt mener jeg at denne bruken er helt avhengig av prinsippet som Binder et al. vektlegger: «å forholde seg undersøkende og åpen for pasientens opplevelse av de intervensjoner som blir gjort» (Binder et al., 2004, s. 398).

På hvilke måter inndras pasienten som medsubjekt og som objekt i bruken av de «teknikker» som Beck (1995) omtaler? La oss utvide det kliniske eksemplet ovenfor og se på bruken av teknikkene «å spørre etter bevis for tankene» og «å spørre etter alternative forklaringer på disse bevisene». Bevisene

for hjerteinfarkt-tolkningen kan etterspørres ved «hvilke erfaringer har du gjort som har fått deg til å tenke at du har hjerteinfarkt?». I denne undersøkelsen blir pasienten gjerne først opptatt av «verden». I den detaljerte beskrivelsen av erfaringen kan etter hvert et misforhold mellom tanker og «verden» framtre. Eksempelvis kan pasienten noen ganger ha erfart at brystsmertene er borte, selv om hjertet slår raskere og sterkere, og dette er uforenlig med hjerteinfarkt-tolkningen. Ved oppdagelsen av dette misforholdet kan pasienten naturlig flytte oppmerksomheten mot sine tanker om «verden». Dermed gjør pasienten seg selv til objekt. Terapeuten og pasienten kan som medsubjekter lete etter alternative forklaringer av brystsmertene i pasientens kognitive aktivitet.

Påstanden til Binder et al. (2004) om faren for objektivering er forunderlig. I bruken av disse «teknikkene» henvender terapeuten seg konsekvent til pasienten som medsubjekt og bidrar til å bygge opp pasientens evne til å gjøre seg selv til objekt. Dette er sett som helbredende innen de fleste terapiretninger.

Asle Hoffart
Forskningsinstituttet, Modum Bad
3370 Vikersund
Tlf 32 78 97 00
E-post asle.hoffart@modum-bad.no