

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/320734795>

Emosjon og kognisjon i kognitiv terapi [Emotion and cognition in cognitive therapy]

Article · August 2013

CITATIONS

0

READS

753

2 authors:



Asle Hoffart

University of Oslo

270 PUBLICATIONS 7,101 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Tomas Formo Langkaas

Vestre Viken Hospital Trust

15 PUBLICATIONS 514 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Asle Hoffart og Tomas Formo Langkaas
Forskningsinstituttet, Modum Bad
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Kontakt asle.hoffart@modum-bad.no, tlf. 32 74 98 61

Emosjon og kognisjon i kognitiv terapi

I psykoterafelter blir begrepene kognisjon og emosjon ofte satt opp mot hverandre. I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i dagligspråkets betydninger av ordene for å vise at kognitiv terapi ikke dreier seg om annet enn emosjoner, verken i beskrivelse, forklaring eller påvirkning av mentale problemer.

ABSTRACT

Emotion and cognition in cognitive therapy

The purpose of this paper is to examine the role of emotion in cognitive therapy. The authors first analyze everyday meanings of the concepts of emotion and cognition. On the basis of these concepts, they argue that the cognitions focused in cognitive therapy are those that are part of and define emotions. Moreover, in the explanation of a mental problem, cognitive models apply the indicators of the emotion that is identified as central in the problem. Four principles of emotional change follow from the concept of emotion, and all of these are applicable in cognitive therapy. The authors hold that one of the principles – to change a problematic emotion by eliciting an incompatible adaptive emotion – may be underdeveloped. A refined use of this principle may lead to progress in the development of cognitive therapy.

Keywords: emotions, cognitions, cognitive therapy

I behandlingsformen kognitiv terapi er *kognisjon* et sentralt begrep i problemforståelse og endringsforståelse av mentale problemer. Det finnes ulike oppfatninger om hva begrepet refererer til, hvilken rolle det har i kognitiv terapi, og hvordan det står i forhold til emosjon som teoretisk begrep. En oppfatning er at kognisjon skiller seg fra emosjon, og at kognitiv terapi vektlegger kognisjoner, mens visse andre terapiformer jobber med emosjoner (Næss Olsen, 2012). En annen oppfatning er at kognitiv terapi har som mål å bekjempe emosjoners innflytelse ved å fremme rasjonell og instrumentell tenkning. Løkke (2011) hevder at kognitiv terapi lærer pasienten å tenke bort fra seg selv og å kople seg fra sine følelser.

Disse oppfatningene kan utfordres. I denne artikkelen vil vi vise hvordan emosjoner har en grunnleggende rolle i all kognitiv terapi. Vi begynner med å undersøke og definere begrepene kognisjon, emosjon og emosjonell endring. Med utgangspunkt i disse begrepene vil vi deretter redegjøre for emosjoners rolle i kognitiv terapi.

Hva er emosjoner?

Mye emosjonsteori og emosjonsforskning har fokusert på konkrete sider ved emosjonelle reaksjoner, slik som subjektive opplevelser (James, 1884), bevisst tenkning (Schachter & Singer, 1962), nevrofysiologiske prosesser (Panksepp, 2008), ansiktsuttrykk (Ekman, 1999) eller handlingstendenser (Frijda, 2007).

Eksempelvis kan en fryktreaksjon når man er alene hjemme og hører en ukjent lyd i naborommet, konkret komme til uttrykk som økt respirasjon (fysiologisk respons), sug i magen (subjektiv opplevelse av fysiologisk respons), spontane mentale bilder av en inntrenger (bevisst og ufriwillig tenkning), hevede og sammentrukne øyebryn (ansiktsuttrykk) og en sterk trang til å være stille og følge med på naborommet (handlingstendens).

Det er imidlertid problematisk å definere emosjoner ved slike konkrete trekk (Smedslund, 1993). Selv om bestemte ansiktsuttrykk, bevisste tanker, subjektive opplevelser og handlingstendenser ofte forekommer ved en bestemt emosjon,

kan en person også reagere med samme type emosjon uten at de typiske trekkene forekommer. Og omvendt, personen kan vise et hvilket som helst av disse trekkene uten at det nødvendigvis er uttrykk for en bestemt emosjon. For å være gyldige indikatorer på en bestemt emosjon må disse trekkene settes i sammenheng med hvilken *funksjon* de har i den konkrete sammenheng de oppstår i. Disse trekkenes funksjon er det som gjør dem til en emosjon (Power & Dalgleish, 2008).

Dagligspråkets begreper om ulike emosjoner som sinne, frykt og glede viser nettopp til hva som er vesentlig ved disse fenomenene, og dermed til hvilke funksjoner de har. Følgelig kan en finne disse funksjonene gjennom å analysere hvordan ord for emosjoner brukes i dagligspråket, det vil si å undersøke hva vi har lært å ta for gitt når vi bruker ord for sinne og andre emosjoner. Flere teoretikere har forsøkt dette (Smedslund, 1988; Bergner, 2003; Oatley, 1992), og i det følgende gjør vi et forsøk på å sammenfatte en slik tilnærming.

Bergner (2003) definerer emosjoner som oppfattede forhold av en bestemt type. Begrepet emosjon omfatter:

- (a) En persons oppfatning av at det mellom han/henne selv og et objekt (hendelse, person, situasjon, tilstand) foreligger et bestemt forhold av betydning for et mål eller ønske personen har.
- (b) Dette medfører en ny mental tilstand preget av et ønske om at det umiddelbart skal skje noe bestemt. Det følger logisk av det oppfattede forholdet hva dette ønsket er.

Ett eksempel er sinne: En person opptrer som om noe en annen sa, representerer en provokasjon – en uakseptabel hindring som han ønsker å fjerne. Funksjonen å fjerne uakseptable hindringer er det som gjør sinnet til hva det er. Et annet eksempel er skam: En person opptrer som om en egen skap ved han/henne selv representerer et brudd på en standard, noe han eller hun

ønsker å få ut av syne. Et tredje eksempel er skyld: En person opptrer som om han eller hun står ansvarlig for noe som har gått galt, noe han eller hun ønsker å gjøre opp for. Et fjerde eksempel er glede: En person opptrer som om noe representerer fremgang, noe han eller hun ønsker å feire, fremheve og ta vare på. Et femte eksempel er frykt: En person opptrer som om noe representerer fare, noe han eller hun ønsker å forhindre eller beskytte seg mot.

Generelt vil oppfatninger i retning av manglende oppfyllelse lede til et ønske om å korrigere eller rette opp «tingenes tilstand», mens oppfatninger i retning av oppfyllelse vil lede til et ønske om å forsterke den.

Beskrivelsen «ny mental tilstand» formidler at en emosjon har potensial til å overta hele personens fungering ved å inn ta høyeste prioritet i personens oppmerksomhet og målrettede aktiviteter. Vekkel sen av en emosjon innebærer en trang til at noe skal skje med en gang. Det dreier seg om en tilstand av handlingsberedthet der det til det aktuelle ønsket er knyttet bestemte handlingstendenser. Da ønsket følger logisk av oppfatningen, er en avklaring av oppfatningen nok til entydig å bestemme hva slags emosjon det dreier seg om.

Med dette har vi forsøkt å angi kriteriene for emosjonsbegrepet. Disse kriteriene angir nødvendige og tilstrekkelige betingelser for at en emosjon foreligger. Emosjonsbegrepet og de begrepene som inngår i kriteriene, er abstrakte. Det vil si at de representerer sammenfatninger av mer konkrete tegn eller indikatorer.

Det følger av emosjonsbegrepets abstrakte status at emosjoner ikke kan vise seg i annet enn sine konkrete indikatorer. Dermed kan emosjoner heller ikke observeres utover disse. Da bare det som kan observeres, kan identifiseres og være gjenstand for målrettet påvirkning, så må behandlerne nødvendigvis rette seg mot emosjonens indikatorer, samtidig som målet er å endre den abstrakte emosjonen, det vil si helheten av manifestasjoner.

Hva er kognisjoner?

Begrepet *kognisjon* (oppfatning, tenkning) kan brukes om all mental informasjonsbehandling, både innenfor og utenfor bevisst oppmerksomhet, både viljestyrt og ufrivillig. Bearbeidingen innebærer at informasjonen representeres som noe, den gis mening. Kognisjoner eller representasjoner kan være mer eller mindre dekkende for den informasjonen som representeres, og de kan følgelig være mer eller mindre riktige eller gale.

Forholdet mellom kognisjon og emosjon

I en kjent debatt mellom Zajonc og Lazarus (Lazarus, 1982, 1984; Zajonc, 1980, 1984) var stridsspørsmålet hva som er mest grunnleggende av emosjon og kognisjon. Debatten bidro til å synliggjøre antagelser om at emosjon og kognisjon er forskjellige og atskilte fenomener. Uenigheten så derimot i stor grad ut til å dreie seg om semantikk – om begrepet kognisjon er begrenset til kun å omfatte bevisste vurderinger. Kognisjonsforskning har derimot vært opptatt av både informasjonsbehandling som foregår utenfor bevisst oppmerksomhet, og mentale representasjoner som ikke er viljestyrte, og følgelig inngår også disse fenomenene i vanlig bruk av begrepet kognisjon.

Ved å definere emosjoner som oppfatninger av bestemte typer forhold ser vi at emosjoner innbefatter en bestemt type kognisjoner. En hendelse oppfattes og representeres som noe som står i et bestemt forhold av betydning for personens mål og ønsker (for eksempel som en trussel, provokasjon eller krenkelse). Som enhver annen representasjon kan denne vurderingen stemme mer eller mindre, og i denne forstand kan emosjoner være riktige eller gale og rimelige eller urimelige. Kognisjoner inngår nødvendigvis i emosjoner og bestemmer deres natur.

Samtidig er det verdt å merke seg at de oppfatninger som emosjoner representerer, ofte vil kunne dannes utenfor bevisst

oppmerksomhet. Det er derfor fullt mulig å beskrive en person som redd, sint eller glad uten at personen selv har en tydelig opplevelse av eller refleksjon over hvilken følelsesmessig tilstand han eller hun er i, slik som når ektefellen roper tilbake: «Jeg er ikke sint!»

Hvordan endres emosjoner?

Begrepet om emosjoner omfatter altså en oppfatning av vårt forhold til noe i sammenheng med våre mål og ønsker. Det følger av dette begrepet at emosjoner kan endre seg på fire hovedmåter:

(1) Personen revurderer dette forholdet som ikke av den typen som han eller hun har trodd, (2) personen gjør noe, eller det skjer noe som opphever dette forholdet, (3) andre emosjonelle forhold (eller personens bevissthet om dem) oppstår, og disse opphever eller nøytraliserer det opprinnelige emosjonelle forholdet, eller (4) det opprinnelige ønsket eller målet endrer seg i styrke eller forsvinner.

For å endre en emosjon må disse endringsprinsippene følges. Hvilket prinsipp som er virksomt, vil avhenge av omstendighetene. Dersom det antatte forholdet ikke stemmer, så vil emosjoner kunne endres ved å finne ut dette. Dersom forholdet derimot stemmer, så må man gjøre noe for å endre på det. Dersom det emosjonelle forholdet har tatt plass til en adaptiv, uforenlig emosjon, så kan endring skje ved å vekke og forsterke den uforenlig emosjonen. Dersom målene er urealistiske, unyttige eller til og med ødeleggende (for eksempel en alkoholikers mål om å få tak i noe å drikke), så vil dette være et gunstig fokus for å endre emosjonen.

Hvordan inngår emosjoner i kognitive modeller?

Kognitiv terapi er basert på å utforme en individuell problemforståelse for hver enkelt pasient som det kan avledes en individuell plan for tiltak fra. Modeller for problemforståelser er avledet av teori og

forskning om hvordan mentale lidelser og problemer kan forklares og endres. Første skritt i utviklingen av en slik modell er å finne de sentrale kognisjonene som er knyttet til problemet eller lidelsen (Clark, 2004). Dette innebærer en mer abstrakt og generell beskrivelse av problemet eller lidelsen, det vil si en klassifisering ut fra kognisjoner. Eksempelvis:

Panikktilstand: «Uforklarlige kroppslige opplevelser er et tegn på umiddelbar helsesvikt»

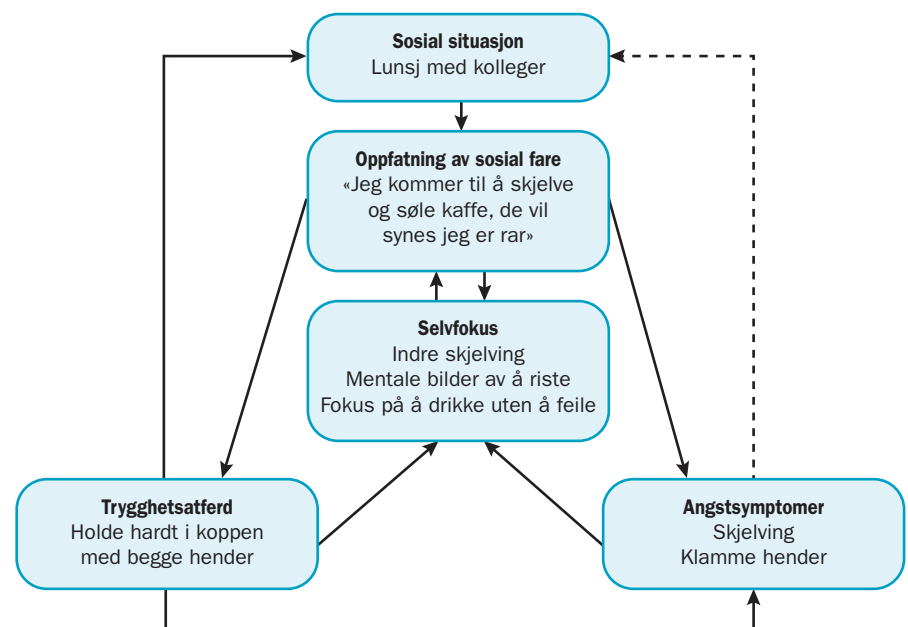
Sosial fobi: «Jeg kommer til å dumme meg ut når jeg er sammen med andre og bli gjort til latter av de rundt meg»

Depresjon: «Når noe negativt skjer, viser det meg at jeg er hjelpeløs, håpløs og uten mulighet til å få det bedre»

Disse kognisjonene dreier seg om oppfatninger av forhold mellom personen selv og et objekt av betydning for personens mål og ønsker. Dermed ser vi at disse formuleringene av sentrale kognisjoner svarer med «formelen» for emosjoner. De dreier seg om oppfattede relasjoner til

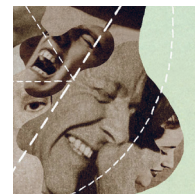
hendelser som medfører at sjansen til å nå viktige mål endres. Det første skrittet i teoriutviklingen – å identifisere sentrale kognisjoner – faller altså sammen med å bestemme de sentrale emosjoner i lidelsen. Disse kognisjonene tilsvarer det Beck (1976) beskriver som «hot cognitions», det vil si kognisjoner som er en del av en emosjon.

Psyriske lidelser kjennetegnes ofte av følelsesmessige reaksjoner som ikke står i forhold til de konkrete situasjonene de oppstår i (Plutchik, 2000). Dette innebærer at sentrale kognisjoner og emosjoner er overdrevne eller uhensiktsmessige i sammenhengene de oppstår i. Man kunne derfor forvente at erfaring naturlig ville korrigere disse oppfatningene. Et neste skritt i teoriutvikling er derfor å finne ut hvorfor dette *ikke* skjer. Det gjøres ved å utforske problemets fenomenologi videre, det vil si alle personens reaksjoner knyttet til den problematiske emosjonen: tanker, følelser, kroppsfornemmelser, atferd og oppmerksomhet. Et eksempel er Clark og Wells (1995) sin modell for sosial fobi som er framstilt i figur 1.



Figur 1. En kognitiv modell for sosial fobi (Clark & Wells, 1995).

En oppfatning er at kognitiv terapi vektlegger kognisjoner, mens visse andre terapiformer jobber med emosjoner



Sosialfobiske pasienter har en tendens til å oppfatte sosiale situasjoner som farlige, det vil si at de lett tror at de vil gjøre noe pinlig og dermed bli nedvurdert. Dette er den sentrale kognisjonen i problemet som også definerer den sentrale emosjonen – frykt forbundet med sosiale situasjoner. Hvordan opprettholdes så denne emosjonelle vurderingen? Modellen antar tre selvforsterkende sirkler:

1. Innadrettet oppmerksomhet: Oppfatning av sosial fare utløser angstrelaterte følelser og kroppsfunksjoner. Personen retter oppmerksomheten mot disse subjektive reaksjonene og bruker dem til å danne seg et inntrykk av hvordan han eller hun ser ut for andre («følelsesmessig resonnering»). De viser seg imidlertid å være upålitelige som tegn på hvordan en faktisk framtrer, og de bidrar dermed til en feilaktig og overdreven negativ forestilling om dette. På samme måte rettes oppmerksomheten mot spontane forestillingsbilder av hvordan man dummer seg ut, noe som tas for gitt å avspeile hvordan han eller hun faktisk fremstår. Begge prosessene forsterker troen på den sentrale kognisjonen samtidig som de begrenser muligheten for å få med seg korrigerende tilbakemeldinger fra omgivelsene.
2. Trygghetsatferd: Ved oppfatning av sosial fare vil personen naturlig nok søke å avverge eller begrense andres nedvurdering ved å motvirke, skjule eller bortforklare det pinlige. Det gjør personen opptatt av om han eller hun får dette til, og forsterker dermed selvfokusert oppmerksomhet. Dette vaksomme selvfokus medfører en bekreftelsestendens til å «oppdage» feil og mangler ved ens egen framtrede, noe som igjen forsterker troen på den sentrale kognisjonen.
3. Selvoppfyllende profeti: Utføring av trygghetsatferd (slik som å øve i hodet på hva en skal si mens andre prater) og den tilhørende selvopptattheten gjør at

personen virker mindre vennlig og omgjengelig. Dette skaper en mindre vennlig holdning hos andre og dermed et reelt grunnlag for å oppfatte sosial fare.

Spørsmålet om opprettholdelse av den sentrale emosjonelle oppfatningen besvares altså ved å angi årsakssammenhenger mellom reaksjoner knyttet til den problematiske emosjonen og den emosjonelle oppfatningen, en finner hvordan reaksjonene fastholder emosjonen og motvirker endring av den.

Vi vil konkretisere modellen for sosial fobi ved å vise hvordan den brukes i utformingen av en individuell kasusformulering.

Karl ble henvist til psykologisk behandling som følge av omfattende angstplager, og han var særlig plaget av å være i vanlige sosiale situasjoner. Særlig gjaldt dette møter og samvær i lunsjpausen på jobben. I disse situasjonene kjente han økende angst, spenning og skjelvinger i kroppen. Han fryktet at han skulle skjelve og riste åpenlyst. Han opplevde denne frykten som noe av det som mest hindret han i å leve slik han ønsket. Presentasjonen av disse problemene tydet på at han hadde sosial fobi, og den kognitive modellen til Clark og Wells (1995) ble brukt som bakgrunn for utviklingen av en kasusformulering. Karl ble intervjuet om en nylig episode av sosial angst. Sammenhengene i Karls individuelle reaksjoner viste seg å falle sammen med dem i modellen, og disse reaksjonene er fylt inn i boksene i figur 1.

Hva slags forhold har disse opprettholdende årsakene til de kognisjoner/emosjoner som opprettholdes? Ved å sammenholde kasusformuleringen og begrepet om emosjonelle indikatorer ser vi at elementene i modellen (slik som selvfokus mot indre følelser) svarer til en emosjonell indikator. De opprettholdende årsakene til at en problematisk emosjon stadig gjentas, finnes altså i denne emosjonens indikatorer. Dermed ser vi at også i *forklaringen* av mentale problemer dreier det seg utelukkende

om den sentrale emosjonen i lidelsen, det vil si om denne emosjonens indikatorer. Vi vil derfor presisere at kognitive modeller ikke dreier seg om annet enn emosjoner.

Hvilke prinsipper for endring av emosjoner følges i kognitiv terapi?

Utgangspunktet for endringsprosessen er utvikling av en individuell problemforståelse, det vil si en individuell versjon av den relevante kognitive modellen. Denne angir årsakene til at den emosjonelle lidelsen fortsetter. Når de opprettholdende årsakene er kartlagt, søker en å endre disse årsakene gjennom øvelser og samtale. Vi ønsker å vise hvordan alle de fire logisk nødvendige prinsippene for endring av emosjoner anvendes i kognitiv terapi.

Karl anvender noe han lærer i en øvelse, i senere sosiale situasjoner og kan dermed *revurdere det emosjonelle forholdet som ikke av den typen han har trodd:*

Karl gjorde øvelsen å variere selvfokus og trygghetsatferd. Øvelsen gikk ut på å drikke kaffe samtidig som han snakket med en ukjent medhjelper om et nøytralt tema. Han fryktet at følgende ville skje: 1. Skjelve ukontrollert på hånden og søle kaffe (100 % sikker). 2. Riste synlig med hodet (80 % sikker). I første fase av øvelsen skulle han forsterke selvfokus og de trygghetsatferdene han vanligvis brukte for å avverge disse katastrofene: ta et fast tak i kaffekoppen, bevege armen sakte, følge med på bevegelsen hele tiden og kjenne etter hvor mye han skjelver, og støtte hodet med den andre armen for å forhindre hoderisting. I andre fase skulle han gjøre motsatt: rette oppmerksomheten utad på medhjelperen og det de snakket om, i stedet for å følge med i egen utføring og framtrede. Han skulle registrere hvor mye angst han følte, og i hvilken grad katastrofen skjedde i hver fase. Til sin overraskelse opplevde han at angsten var mindre den andre gangen, og at følelsen av å skjelve på hånden og riste med hodet forsvant. Disse erfaringene ga grunnlag for



En oppfatning er at kognitiv terapi har som mål å bekjempe emosjoners innflytelse ved å fremme rasjonell tenkning

refleksjonene at et vaksomt selvfokus forsterker opplevelsen av at de sosiale katastrofene skjer, og dermed angsten. Samtidig går en glipp av hvordan andre faktisk reagerer. Dette ga igjen grunnlag for refleksjon over hvordan han måtte opptre i sosiale situasjoner for å få relevant informasjon om hvordan andre reagerte på han: legge av seg trygghetsatferden og følge med på hvordan andre reagerte. Når han gjorde dette, opplevde han at andre ikke reagerte negativt på han.

Ved å rette oppmerksomheten utad fikk han ny informasjon om hvordan andre reagerte, og han revurderte det emosjonelle forholdet til andre som ikke av den typen han hadde trodd.

Karl gjør noe nytt i sosiale situasjoner som endrer det emosjonelle forholdet:

I samtaler med andre hadde Karl vanligvis fulgt nøye med i følelsen av skjelving på hendene og risting med hodet. Dette fikk han til å virke fjern og uinteressert i den han snakket med, og skapte dermed avvising og tilbaketrekning som motreaksjon. Med disse trygghetsatferdene skapte han altså det han fryktet. Med sin nye strategi om å følge med i det andre sier og selv si det som spontant falt han inn, både ble han og virket han mer interessert i andre. Dermed gjorde han andre engasjerte og endret det emosjonelle forholdet fra tilbaketrekning til interesse.

Karls nye atferd representerte nye emosjonelle hendelser for andre, noe som medførte andre emosjonelle motreaksjoner.

Karl gjenopplever og «reskripter» en traumatisk situasjon i fantasien slik at *andre emosjonelle forhold oppstår og opphever det opprinnelige*:

I sosiale situasjoner fikk Karl ofte forestillingsbilder av seg selv med et forvridd ansiktsuttrykk og et sterkt ristende hode. Han knyttet dette bildet til situasjoner av å bli hørt i lekser på skolen i den perioden

da sosialfobien startet. For å hjelpe han til å utvikle alternative indre bilder ledet behandleren han gjennom gjenopplevelse og reskripping i fantasien av en slik episode (Wild, Hackmann & Clark, 2007). For å aktivere minnet mest mulig ble han bedt om å forestille seg episoden som om den skjedde her og nå med alle sanseinntrykk, følelser, kroppsformennelser og tanker. I gjenopplevelsen opplevde han frykt for lærerens ironisering under leksehøringen og flauhet over egen framtrede. I reskrippingen, der han forestilte seg at han kom inn i situasjonen som seg selv i dag, ble han svært sint over lærerens oppførsel og konfronterte han med dette. Læreren reagerte med frykt og underdanighet.

I reskrippingen oppstod et sinneforhold som fikk prioritet over frykt- og skamforholdet. Dette sinneforholdet utviklet seg på en måte som gikk mot oppfatningene i frykt- og skamforholdet. Hjelpeløsheten og underlegenheten han hadde opplevd i forholdet til læreren, var snudd til makt og overlegenhet.

Wilhelmsen (2011) har utviklet en variant av kognitiv terapi som fokuserer på realismen i pasientens målsettinger. I Karls tilfelle kunne dette anvendes for å problematisere og hjelpe han til å endre sitt mål om at ingen skal reagere negativt på han. Dette er i tråd med endringsprinsippet at *det tilgrunnliggende ønsket eller målet endrer seg i styrke eller forsvinner*. Der som dette målet forsvinner, blir testene av hvordan andre reagerer overflødige.

Diskusjon

I utviklingen av kognitive modeller for psykiske problemer og lidelser søker en først å identifisere de sentrale kognisjoner. Disse viser seg å inneholde visse typer oppfatninger av forhold mellom seg og bestemte hendelser av betydning for personens ønsker og mål. Da disse oppfatningene er definerende for emosjoner, er identifiseringen av slike kognisjoner identisk med å identifisere sentrale emo-

sjoner. Disse kognisjonerne viser seg ofte å være overdrevne eller uhensiktsmessige for personen, og i neste omgang søker en derfor svar på spørsmålet om hvorfor disse kognisjonerne vedvarer uten å bli korrigert av erfaring. Kognitive modeller for ulike problemforståelser forklarer dette som et resultat av et uheldig og selvopprettholdende samspill mellom den sentrale emosjonens indikatorer i å produsere kognisjonerne, det vil si de emosjonelle oppfatningene. Både i klassifisering og forklaring av lidelser dreier det seg altså utelukkende om den sentrale emosjonen i lidelsen.

Hvordan endres problemer og lidelser? Kognitive endringsmodeller tar utgangspunkt i modellen for hvordan indikatorne påvirker den emosjonelle oppfatningen. Av denne modellen følger hvilke indikatorer en vil påvirke i hvilken rekkefølge, og hvilke av de fire mulige prinsippene for endring av den emosjonelle vurderingen en vil anvende.

Vi er nå i posisjon til å vurdere de oppfatningene av kognitiv terapi vi viste til i innledningen. En av disse er den at kognisjon og emosjon er atskilte fenomener, og at kognitiv terapi fokuserer på kognisjoner, mens visse andre terapiformer fokuserer på emosjoner. Vår analyse av dagligspråkets emosjonsbegrep viser derimot at bestemte typer kognisjoner er definerende trekk ved emosjoner. Og – kognitiv terapi fokuserer nettopp på de kognisjoner som er deler av og definerer de emosjonene som er sentrale i den aktuelle lidelsen. Videre fokuseres de sentrale emosjonenes indikatorer i analysen av opprettholdende faktorer og i endringsarbeidet. Mot oppfatninger om at kognitiv terapi i for liten grad fokuserer på emosjoner, vil vi hevde at kognitiv terapi ikke dreier seg om annet enn emosjoner.

En annen oppfatning er at kognitiv terapi søker å bekjempe emosjoner gjennom rasjonell og instrumentell tenkning. Ifølge dagligspråkets begrep om emosjonell endring skjer denne ved at en kom-

mer til å oppfatte at det bestemte forholdet som utgjør kjernen i emosjonen, ikke lenger er tilfellet. Vi har vist at i kognitiv terapi skjer dette ved å adressere den problematiske emosjonens mangfold av indikatorer. Ved en av indikatorene – spontane tanker i verbal form – anvendes gjerne strategien kognitiv restrukturering; det vil si å aktivt utfordre gyldigheten av disse spontane tankene. På den annen side brukes også teknikker som atferdsendring, oppmerksomhetsskifter, og forestilt gjenopplevelse og reskripping ved mange indikatorer, alle med tanke på å gi nye *erfaringer*. Mot oppfatningen av kognitiv terapi som rasjonalistisk vil vi si at kognitiv terapi er basert på å integrere erfaringsorienterte og rasjonelle metoder.

Løkke (2011) karakteriserer endringsprosessen i kognitiv terapi som å tenke bort fra seg selv og kople seg fra sine følelser. Ifølge vår gjennomgang har kognitiv terapi derimot et inngående og konsekvent fokus på de emosjonene som pasienten opplever som problematiske. En sentral del av terapi er vanligvis å utsette seg for situasjoner som aktiverer disse emosjonene, og oppleve dem fullt ut uten bruk av uhensiktsmessig mestring. Endringsprosessen medfører å utvikle alternative oppfatninger som ofte er mer realistiske, nøytrale og positive enn den opprinnelige emosjonelle oppfatningen. Gjennom terapi kan en pasient komme til å erfare at økt puls ikke er tegn på hjerteinfarkt, men et tegn på ufarlig angst, at ved i stedet for å ti stille i lunsjen på jobben heller si spontant det man kommer på, så oppstår en samtale alle er engasjert i, og dersom man som del av en aktivitetsplan besøker noen venner, så kan man oppdage – mot forventet – at det faktisk er ganske morsomt, og at man glemmer problemene for en stund. I stedet for å se slike endringer som en måte å kople seg fra sine tanker og følelser på kan de ses som en nyvunnet frihet til å oppleve verden på flere måter. I og med at de nye intuitive oppfatningene som gjøres, ofte er mer realis-

tiske, så kommer man heller *nærmere* ens livsverden, ens egen plass i den, og andre personer.

Når kognitiv terapi utelukkende dreier seg om emosjoner, hva blir forskjellen fra terapier som flagger å være emosjonsfokusert i navnet, slik som affektfobiterapi (AFT; McCullough, 1999). AFT bygger på antagelsen at konflikter om emosjoner, eller affektfobier, er grunnleggende temaer som ligger under og opprettholder mange angstlidelser, depresjoner og personlighetsforstyrrelser. Pasienten har lært å reagere med hemmende emosjoner som skam, skyld og frykt på adaptive emosjoner som sorg, sinne, nærhet og selvmedfølelse. Dermed blir disse adaptive emosjonene unngått, undertrykt og skjult, og den manglende tilgangen til slike emosjoner utgjør en sårbarhet for å utvikle lidelser. En sentral oppgave i AFT er derfor restrukturering av affekt, det vil si å hjelpe pasienten å oppleve og uttrykke undertrykte adaptive emosjoner. Eksempler på å fremme emosjonell opplevelse og uttrykk innbefatter å si «jeg la merke til at stemmen din forandret seg når vi snakket om han, og jeg lurte på hva du føler nå», og «for å klargjøre disse følelsene kan det hjelpe å prøve å fokusere på hva du føler akkurat nå, i dette øyeblikket».

Forskjellen fra kognitiv terapi består imidlertid ikke i et fokus på disse emosjonelle indikatorene eller i bruken av disse strategiene og teknikkene. Som beskrevet av Berge (2008) vil også kognitiv terapi – når man finner at negative emosjonelle reaksjoner på egne adaptive emosjoner opprettholder problemene – fokusere de samme indikatorene og anvende lignende eksponeringsteknikker. Behandler og pasient kan sammen lete etter den første emosjonen som pasienten har hatt i en depresjonsutløsende situasjon, eller de kan rette en felles oppmerksomhet mot pasientens emosjonelle uttrykk i timen. Forskjellen mellom AFT og kognitiv terapi består ikke i at emosjoner fokuseres, men i modellen for opprettholdende fakto-

rer i etablerte angst- og depresjonslidelser. Kognitiv terapi tar utgangspunkt i de åpenbare emosjonene i disse lidelsene og leter først etter opprettholdende faktorer blant disse emosjonenes indikatorer. Analysen av konkrete situasjoner kan i noen tilfeller sette en på sporet av undertrykte forutgående emosjoner, for eksempel sinne, som i sin tur fokuseres. I AFT fokuseres i utgangspunktet andre emosjoner enn de som umiddelbart framtrer. Og mens de åpenbare emosjonene i lidelsene er godt kjent av pasienten, så er AFT-modellens underliggende adaptive emosjoner gjerne lite bevisste. I det første tilfellet blir oppgaven å redusere den observerte emosjonen, i det andre tilfellet blir oppgaven å få kontakt med og forsterke den underliggende emosjonen. Forskjeller i hovedvekten av oppgaver og teknikker i arbeidet med emosjoner følger altså av forskjellen i modellene for opprettholdende faktorer.

Vårt emosjonsbegrep, det vil si hva vi alle tar for gitt når vi snakker om emosjoner, gjelder selvsagt også for slike sekundære emosjoner – emosjoner som er reaksjoner på andre emosjoner. Personen oppfatter at det mellom han/henne og en egen emosjon foreligger et forhold som medfører en endring i sjansen til at personens ønsker skal bli oppfylt eller ikke. Å vise tristhet kan oppfattes som et tegn på svakhet og truer personens ønske om ikke å være mindreverdige. Tristheten vekker dermed skam. Å uttrykke sinne kan oppfattes som å gjøre noe galt og truer ønsket om å oppføre seg rett mot andre. Sinnet vekker dermed skyld. De fire endringsprinsippene som følger av emosjonsbegrepet, vil også gjelde for sekundære emosjoner. Det å for første gang gråte over tapet av noen i en terapitime kan ledsages av:

- (a) En revurdering av tristheten fra å være tegn på svakhet til å være en naturlig reaksjon på tapet. Denne revurderingen understøttes av fraværet av en nedvurderende reaksjon fra andre,



Emosjoner har en grunnleggende rolle i all kognitiv terapi

nærværet av en empatisk og aksepterende holdning hos terapeuten, og styrken av egen reaksjon.

- (b) Ved å gråte over tapet i stedet for å undertrykke reaksjonene gjør personen noe nytt som endrer hans forhold til tristheten. Tristheten blir noe han godtar og holder ut i stedet for noe som er plagsomt og skammelig.
- (c) Selvmedfølelse utløses, og dette nye emosjonelle forholdet opphever selvkritikken og skammen over tristheten.
- (d) Personens ønske om ikke å vise tristhet til andre kan reduseres.

Med kognitive modellers utgangspunkt i problematiske emosjoner har en i kognitiv terapi naturlig konsentrert seg om å redusere disse. Siden de tilhørende kognisjonene som regel har vært svært overdrevne, har det vært nærliggende å følge prinsippet om å endre disse kognisjonene, det vil si å stimulere til en revurdering av det emosjonelle forholdet. Prinsippet om å endre en problematisk emosjon ved å utløse og forsterke en uforenlig adaptiv emosjon har i mindre grad blitt benyttet. Dette prinsippet synes imidlertid å innebære spennende muligheter. I og med at en adaptiv emosjon oppstår i tillegg til at den problematiske emosjonen fjernes, oppnås dermed to gevinster i stedet for en. En annen fordel ved å vekke en adaptiv emosjon er at en dermed drar nytte av emosjoners innebygde kraft. Denne kraften oppstår i og med at en rask og enhetlig respons fremmes, samtidig som forstyrrelser fra andre hendelser, mål og prosjekter hemmes (Oatley, 1992). Når en derimot søker å redusere en negativ emosjon, er denne kraften en motspiller. En videreutvikling av kognitiv terapi kan følgelig være å i større grad benytte kraften ved alternative emosjoner. Manglende tilgang til alternative emosjoner kan være en opprettholdende faktor ved mange problemer. Eksempelvis kan manglende tilgang til glede ha et funksjonelt forhold til depresjon, slik at et fokus på å

forsterke glede kan være gunstig. I så fall kan en fokusere på denne emosjonens følelses- og uttrykksindikatorer, slik en gjør i emosjonsfokusede terapier (McCullough, 1999).

Konklusjon

Med utgangspunkt i dagligspråkets begreper om emosjon og kognisjon (oppfatning) har vi undersøkt emosjoners rolle i kognitiv terapi. Vi fant at de kognisjonene som fokuseres i kognitiv terapi, er deler av og definerer de emosjonene som er sentrale i et problem eller en lidelse. Også i forklaringen av problemer og lidelser fokuseres de sentrale emosjoner ved at det letes etter opprettholdende faktorer i den sentrale emosjonens indikatorer. Av dagligspråkets emosjonsbegrep følger fire prinsipper for endring, og alle disse benyttes i kognitiv terapi. Ett av prinsippene – å endre en emosjon ved å utløse en uforenlig adaptiv emosjon – er lite brukt i kognitiv terapi. Mer bruk av dette prinsippet åpner for videreutvikling av kognitiv terapi. ●

Referanser

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Berge, T. (2008). Emosjonsfokused kognitiv terapi. I T. Berge og A. Repål, *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 731–759). Oslo: Gyldendal.
- Bergner, R. A. (2003). Emotions: A relational view and its clinical applications. *American Journal of Psychotherapy*, 57, 471–490.
- Clark, D. M. (2004). Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1089–1104.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (red.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (s. 69–93). New York: Guilford Press.
- Ekman, P. (1999). Facial Expressions. I T. Dalgleish og T. Power (red.), *The Handbook of Cognition and Emotion* (s. 301–320). Sussex, U.K.: John Wiley & Sons.
- Frijda, N. (2007). Passion. I *The laws of emotion* (s. 25–61). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- Lazarus, R. S. (1982). Thoughts on the relation between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019–1024.
- Lazarus, R. S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124–129.
- Løkke, P. A. (2011). Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 242–250.
- McCullough, L. (1999). Short-term psychodynamic therapy as a form of desensitization: Treating affect phobias. In session: *Psychotherapy in practice*, 4, 35–53.
- Næss Olsen, M. (2012). Følelser tur-retur. Kommer tankene eller følelsene først? Psykolog Leslie Greenberg har svart. (Intervju.) *Morgenbladet*, 6.–12. juli, 8–10.
- Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: the psychology of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Panksepp, J. (2008). The affective brain and core consciousness. How does neural activity generate emotional feelings? I M. Lewis, J. M. Haviland-Jones & L. F. Barrett (red.), *Handbook of emotions* (s. 47–67). New York: The Guilford Press.
- Plutchik, R. (2000). Symptoms and emotions. I *Emotions in the practice of psychotherapy: Clinical implications of affect theories* (s. 21–37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Power, M. J. & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and emotion: From order to disorder*. New York: Psychology Press.
- Schachter, S. & Singer, J. E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379–399.
- Smedslund, J. (1993). How shall the concept of anger be defined? *Theory & Psychology*, 3, 5–33.
- Smedslund, J. (1988). *Psycho-Logic*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386–401.
- Wilhelmsen, I. (2011). *Det er ikke mer synd på deg enn andre. En bok om ansvar og frigjøring*. Stavanger: Hertervig forlag.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151–175.
- Zajonc, R. B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117–123.