

# KOGNITIV PSYKOTERAPI, HVAD ER DET?

## PERSONLIGE REFLEKSIONER OG ERFARINGER OMKRING KOGNITIV TERAPI, OG DIALEKTIKKEN ELLER AMBIVALENSEN MELLEM KOGNITIONER OG EMOTIONER DISKUTERES MED EKSEMPLER FRA RELEVANTE CASES.

AF SEBASTIAN SWANE, SPECIALLÆGE I PSYKIATRI OG SPECIALIST-GODKENDT  
KOGNITIV PSYKOTERAPEUT AF DANSK PSYKIATRISK SELSKAB

---

### Indledning

Kognitiv betyder tænkning i modsætning til emotioner (følelser) og terapiformen er grundlagt af amerikaneren Aaron T. Beck i 1960'erne og er i dag den terapiform ud af flere hundrede, som kan dokumentere bedst og hurtigst effekt på flest psykiske problemer og sygdomme. Især er kognitiv terapi særdeles effektiv i behandlingen af forskellige angstlidelser (fx panikangst, socialangst, fobier mm.), depressioner, kriser, lavt selvværd, misbrug, ludomani (spillelidenskab), bulimi, OCD (tvangstanker og tvangshandlinger) og har sågar også symptomlettende virkning på sygdomme inden for det skizofrene spektrum. Desværre er der alligevel (også inden for psykolog og psykiaterkredse) stadigvæk mange, som benytter mange andre terapiformer, som ikke kan dokumentere nævneværdig effekt ud over, at det er rart at tale med nogen, som venligt gider lytte til én for 1000kr i timen. Problemet er, at psykoterapi ikke er en beskyttet titel, og derfor bliver det at skulle vælge en psykolog eller terapeut, for den med psykiske problemer, meget nemt en uoverskuelig jungle. Det er derfor vigtigt at vide, hvilken diagnose man har og hvilken behandling, der er bedst evidens og videnskabeligt belæg for virker mest effektivt og hurtigst for ikke at falde i kløerne på den forkerte. Her er det vigtigt at vide, at terapeuter uden psykolog eller psykiater baggrund ikke er trænede i at stille en diagnose og mange psykologer har heller ikke denne uddannelse.

Den anden mest udbredte psykoterapiform inden for behandlingssystemet er den dynamiske terapi, som oprindeligt bygger på Freud og hans psykoanalyse. Der er udkommet mange bøger og artikler de seneste år, som sætter kritisk spørgsmålstejn ved denne terapi (fx *Le livre noir de la psychoanalyse* eller Websters bog: *Why Freud was wrong*). Selvom den dynamiske terapi har udviklet sig enormt siden Freud, benytter den sig fortsat af mange pseudovidenskabelige filosofiske tolkninger og begreber, som er direkte freudianske, trods der ikke altid er videnskabelig evidens for dem. Den dynamiske terapis andet store problem er, at den har udviklet sig i så mange retninger, at ingen rigtig længere kan finde ud af, hvilken af teorierne, man skal tro på eller rette sig efter. Endelig benytter dynamisk terapi sig gennemgående ikke, som kognitiv terapi gør, af konkrete redskaber og værktøjer sammen med hjemmearbejde og adfærdsøvelser til at ændre fejlindlærte og automatiserede negative, angst- og depressive tankemønstre og adfærdsformer. Det er dog vigtigt at understrege, at kognitiv terapi ikke er *sandheden* og den eneste rigtige forståelse for psykiske problemer. Ingen terapiform kan dog præstere samme resultater på en så varieret vifte af psykiske sygdomme og problemer som kognitiv terapi, og der findes i dag over 300

psykoterapeutiske retninger, hvor stort set de fleste ikke kan dokumentere nævneværdig effekt overhovedet eller kun på et meget begrænset antal problemstillinger.

## Kognitiv terapi

I den kognitive terapies model forudsætter man, at tanker, følelser, kropslige reaktioner og adfærd hænger uløseligt sammen, så ændrer man én af faktorerne, så ændrer man også på de andre. Fx kan den depressive tænke, at han altid har gjort tingene dårligt og ikke er god til noget. Dette vil få personen til at føle sig trist, da følelser er således indrettet, at de registrerer som en seismograf, hvad vi tænker. Omvendt tolker vi også vores følelser med tankerne. Kropsligt vil den depressive måske mærke træthed, og adfærden vil gå i retning af ikke at orke eller have lyst til at deltage i noget eller ligefrem medføre selvmordstanker. Den depressive tolker ofte positive og neutrale ting negativt og negative ting tre gange negativt, og den depressive ser også ofte fortiden som mislykket og fremtiden som uoverskuelig. Det er disse overdrevent negative tanker, som fastholder den depressive følelse.

Den angste tolker verden på en lidt anden måde og ser ofte "faren" i form af forventningsangst til at ligge uden for ham selv og i fremtiden. Fx tør den socialangste ikke at gå ned og handle, for hvad vil andre tænke om ham, hvis de talte til ham, og han udviste usikkerhed? Angsten ligger imidlertid i personen selv her og nu, og de kropslige reaktioner (hjertebanken, ryste på hænderne, ondt i maven osv.) er med til at vedligeholde og bevise for den angste, at hans tolkninger, om hvad andre tænker, er rigtige. Dette påvirker ofte hans adfærd i form af undvigeadfærd, da dette er symptomlettende her og nu, men desværre vedligeholder det også den uheldige løsningsmodel, og prisen bliver en problemvedligeholdende og ofte problemforværende tilstand.

Årsagen ligger altså i, at vi hele tiden tolker, men ofte forkert og fordrejet. Vi er omvandrende fortolkere og hjernen prøver hele tiden at forudse, hvad der sker i næste sekund. Vi tillægger nemt mening til begivenheder, uden at vide om det faktisk forholder sig sådan og ser sammenhænge, som i virkeligheden ofte forholder sig helt anderledes. Vi handler også ofte på vores tolkninger, som de var rigtige. Grunden til at vi gør det er, at de giver øjeblikkelige forklaringer og derfor (falsk) tryghed. Fx hvis naboen pludselig ikke hilser en morgen, tænker vi måske, han er nok sur, bare fordi min hund gøede af ham i går. Vores tolkninger har også ofte et vist narcissistisk præg, da vi frygter, det har noget med os selv at gøre. Den virkelige forklaring var, at naboen lige havde skændtes med sin kone, som derefter havde forladt ham. Den depressive og angstes tolkninger er farvet af de negative eller frygtsomme følelser, som så igen forstærker de forvrængede tolkninger.

Hjernen er også således indrettet, at når vi har tænkt og gjort noget tilstrækkelig mange gange, så bliver det automatiseret eller til en reflekshandling. Imidlertid bliver en frygt eller depressiv tanke ikke mere rigtig af, at den bliver automatisk, men den bliver derimod mere overbevisende. Sådanne tanker kalder man i kognitiv terapi negative automatiske tanker. De bygger i virkeligheden ofte på tolkninger af følelser og kunne også ofte kaldes følelsetanker, da de også ofte er beskrivelser af vores følelser, mere end det er noget vi konkret går og tænker. Negative automatiske tanker er oftest situationsudløste, mens mere grundlæggende og globale antagelser om en selv og verden kaldes skemata. Et skemata kan være positivt, neutralt eller negativt ligesom

vores automatiske tanker. Ofte ligger der et negativt skemata under de mere overfladiske negative automatiske tanker, som fx jeg er ikke noget værd, jeg er svag, en fiasko og dum. Vi prøver ofte at omgøre (men omgår i virkeligheden kun) vores skemata, for at andre ikke skal se, at vi fx føler, vi ikke er noget værd, ved at kompensere ved forskellige leveregler. Dette kan være i form af at prøve at bevise os selv ved hele tiden, at få høje karakterer eller anerkendelse i form af ros ved at smigre og please omverdenen eller ved at forsøge at være perfekte. Prisen er dog blot at vi vedligeholder vores lave selvværd, da der sættes en umulig standart, vi ikke kan leve op til.

Den kognitive terapi går derfor ud på at afdække vores ureflekterede følelsetolkninger af os selv, andre og verden i form af negative automatiske tanker, kompenserende leveregler og skemata og erstatte dem med logiske, rationelle og realistiske antagelser og indøve dem ved adfærdsøvelser. Vi indlærer så et nyt repertoire, som så igen vil påvirke vores følelser og kropslige reaktioner i positiv retning og ophæve undvigeadfærden. Dette er utroligt effektivt, og arbejder man med det konkrete problem, og måden man tolker omverden på for så at bruge nye værktøjer og løsningsmodeller, får man det ofte bedre forbløffende hurtigt.

Andre psykoterapiformer arbejder ofte med, hvad de kalder "indsigtsgivende psykoterapi", som bl.a. går ud på at rode rundt i barndommen og prøve at forstå, hvad grunden er til den psykiske tilstand eller lidelse er opstået. Dette indeholder dog nogle problemer, idet vi ofte, som tidligere beskrevet, tolker verden forkert og også husker selektivt og fordomsfuldt. Vi ser ikke verden, som den er, men laver en model alt efter, hvad vi tror og forventer, den ser ud. Vi ser heller ikke tidligere begivenheder objektivt. Når vi tænker på vores fortid, forvansker vi minderne, laver om på tingene, gør det hele bedre eller værre end det var. Vore minder er et sammenvæv af ønskedrømme og hævnakter, en iscenesættelse. En tolkning af fortiden er heller ikke nok til at få det bedre. For at tage et meget simpelt eksempel. Hvis man kan huske, hvor man lærte sig at blive bange for edderkopper, nemlig da ens mor skreg engang, da hun så én, bliver ens frygt jo ikke mindre, fordi man har erkendt, hvor i barndommen det skete. Kognitive adfærdsterapeuter mener, at vi har visse psykiske dispositioner, som så kan præges i forskellig retning ved indlæring igennem livet, men omvendt kan vi også have mangel på indlært repertoire for løsningsmodeller over for en række psykiske problemer. Man vil derfor interessere sig for, hvordan ens liv har præget en, men primært se på, hvordan det påvirker ens tolkning af verden i dag og arbejde med de vejspærringer, det medfører her og nu. Indlærte vaner vedligeholdes i stor grad af følelser, og selvom tanken er omstruktureret, tager det længere tid for følelsen at blive overbevist. Derfor skal de nye rationelle indlæringer læres ved hjemmearbejde og adfærdsøvelser, så følelserne kan "få bevis for", at vores nye adfærd er mere hensigtsmæssig og helende.

## **Emotioner kontra kognitioner**

De antagelser, valg og holdninger vi retter os efter, er ofte baseret på emotioner og ikke, som vi tror, på rationelle valg. Det er ikke det samme som ubevidste valg i den freudianske forståelse. Der er ikke ret meget, der tyder på, at vi opererer ubevidst på den måde, som Freud ville have os til at tro, men derimod giver det god mening at forstå, at hjernen består af mere eller mindre selvstændige integrerede enheder, som hver tolker verden uafhængigt af hinanden. Vi er blot ofte ikke opmærksomme på, hvornår beslutningen eller valget er foretaget ud fra en tanke eller følelse, eller det er seksuelt eller instinktuelt. Dagligt oplever jeg dette i mine terapier, fx når en patient fortæller mig, at han lider af klaustrofobi og ikke tør sidde i en biograf. Jeg afdækker så de negative

automatiske tanker bag denne frygt, som så viser sig, at være tanker (kognitioner) som beskriver de følelser, der ligger bag. Fx siger patienten, at han er bange for ikke at kunne komme ud af biografen og derfor ofte må forlade salen for at slippe for angsten (undvigeadfærd). Jeg spørger ham så, hvor overbevist han er om dette emotionelt, når han sidder i situationen, og han svarer: "100%", ellers ville han jo blive siddende. Dette er klart en følelestolkning, han tror på i situationen i biografen og ikke baseret ud fra de rationelle fakulteter i hjernen (præfrontal cortex). Det interessante er, at når jeg terapeutisk tvinger patienten til at tage stilling til dette ved kognitiv omstrukturering, som beskrevet tidligere, og spørger om det er hans opfattelse, at folk generelt ikke kan komme ud af en biograf, og om han har hørt nogen, som er blevet lukket inde, så svarer han straks logisk med et "nej". Når jeg så spørger, om der så rent logisk skulle gælde andre regler for ham, så svarer han også "nej". Jeg beder ham så om at fortælle mig, hvor overbevist han er om dette rent logisk, og han svarer 100%. Inden for 1 minut har han nu demonstreret, at han er 100% overbevist om det stik modsatte på engang.

Dette skyldes, at det første var tolket ud fra følelserne og det andet fra logikken, som hver har forskelligt udspring i hjernen. Dette viser, at vi ofte er styret af emotioner, som ikke er logiske og rationelle, og at emotioner netop er dårlige til at tolke situationen realistisk. Det er jo heller ikke just en nyhed, at mange mænd kan finde på tilsyneladende mange rationelle argumenter for at få sex, men hvor det primært er den seksuelle lyst, som styrer argumentationen. Hjernen har flere nervebaner fra de emotionelle dele (limbiske system) til de rationelle og bevidste kognitive områder (præfrontal cortex) end omvendt. Dette har som så meget andet i den menneskelige anatomi og fysiologi en evolutionsmæssig betydning. (Se senere).

Det er terapeutisk meget nemt at få ovenstående patient til at se, at hans antagelse om ikke at kunne komme ud er urealistisk, men hvis han kommer ind i en biograf, vil han fortsat være skræmt og bange for at det er rigtigt. Dette skyldes at vores følelser med meget stor magt fortæller os, at de har ret og de kropslige symptomer, som fx vil være hvertræknings-problemer, hjertebanken, svimmelhed, uvirkelighedsfølelse, mundtørhed, svedne håndflader mm. (også kaldet autonome symptomer) vil give ham "beviset" for at det er rigtigt. Derfor vælger han at løse problemet ved undvigeadfærd, da det virker effektivt, ved at han igen føler han har det godt, når han er ude af biografen. Hvad han ikke ved er, at han nu har indlært sig at være endnu mere bange for at gå i biografen. Undvigeadfærden får ham jo ikke til at forstå, at hvis han var blevet i biografen, var der ikke sket noget, og prisen bliver derfor på sigt højere, end det han tror, han beskytter sig imod ved at flygte. Desuden er der en yderligere pris, nemlig at han ikke fik set filmen han havde glædet sig til, og ofte også føler det som en skam og et stort socialt handicap.

Det ses tydeligt, at problemet ikke var blevet løst ved at tale om barndommen, som det ofte sker i dynamisk terapi? Fobiske tilstande kan ofte behandles på et par timer med kognitiv terapi og andre angsttilstande på ca. 10 timer, men mere grundlæggende personlighedsproblemer, er klart mere langvarige. Dog har den dialektiske adfærdsterapi, som bygger på den kognitive igen langt bedre resultater på fx svært personlighedsforstyrrede borderline patienter også populært kaldet cuttere, da mange af dem skærer i sig selv, for overordnet at lindre deres psykiske smerte. Jeg vil også selv til hver en tid hellere prøve at forstå dybereliggende personlighedsproblemer, end blot fobier eller angst, ud fra hvordan mine følelser, tanker og adfærd interagerer med mine tolkninger af verden og mine leveregler, både på det umiddelbare plan og det dybere "schemata-plan", end jeg ville anskue det fra en psykodynamisk tolkning.

## Kognitiv terapi og emotioner

Kognitiv terapi opfattes ofte som en terapi, som ikke interesserer sig for emotioner, da den jo er "kognitiv", men det ironiske er, at den måske netop, for at forså vores adfærd allermest, er interesseret i emotionerne, men blot mener, at de skal omstruktureres kognitivt, for at man får det bedre. Mange mener også, at det lyder ubehageligt, hvis vi skal styre vores følelser med vores tanker. Hvor bliver så spontaniteten og impulsiviteten af? Dette skyldes klart en misforståelse. Hvis vi slår vores knæ, og det bliver ved med at gøre ondt, og vi ikke kan rette benet ordentligt ud, så vil vi søge læge, som vil ordinere et røntgenbillede for at se, hvad der er i vejen. Det samme gælder, hvis vi har en psykisk smerte. Den negative følelse er der for at fortælle os, at der er noget i vejen, som vi bør tage et "røntgenbillede" af, så vi kan forstå, hvorfor vi er fx kedede af det eller angstede, for så igen at kunne gøre noget ved det. Men er det sådan, vi bruger vores negative følelser? Nej vi bruger dem ofte ikke som en hjælp til at gøre noget ved problemet, men undviger det i stedet og "kører med følelsetoget i stedet for at stige af det". Vi svælger os ofte i den negative følelse, får medlidenhed med os selv eller opgiver, og lader os overmande af det håbløse. Vi behandler således ikke psykiske negative følelser, som vi gjorde med den negative fysiske følelse, dvs. ved at reagere på den og gøre noget ved den. Prisen bliver derfor, at vi får det værre og bliver endnu mere deprimerede eller angstede. Dette forstærker yderligere opgivelsen, smerten og undvigeadfærd, og den onde cirkel er i gang. Omvendt, hvis vi er glade eller ekstatiske, eller blot i en emotionel normaltilstand, så er der selvfølgelig ingen grund til at gå ind og analysere vores følelser eller standse vores impulsivitet og spontanitet. Vi vil da heller ikke få taget et røntgenbillede af vores knæ, hvis ikke det gør ondt og fungerer normalt.

Det er vigtigt at forstå, at vores følelser ikke er vores fjender og noget, vi bør frygte, hvad enten de er positive eller negative. De positive følelser er dem, som giver livet mening og fremdrift, og de negative er dem, som kan fortælle os, at vi behøver et røntgenbillede af vores følelsetanker, for at kunne forstå, hvad det er, vi behøver at gøre, for at ændre dem. Hvis ikke vi kunne mærke, at vi brænder os på ilden, ville vi forbrænde vores krop. Hvis ikke vi kunne mærke, at vi psykisk har det dårligt, ville livet ikke have mening og betydning for os. Dette er meget tydeligt at se hos den skizofrene, som ofte lider af, hvad man kalder anhedoni, hvilket vil sige manglende lyst (livslyst). Hvis man spørger den anhedone om, han fx har lyst til at gå en tur, vil han meget vel kunne svare: "Det ved jeg ikke, måske, måske ikke." Hvis man så spørger, om han hellere vil blive siddende, så svarer han sandsynligvis det samme. Intet har betydning, alt er ligegyldigt. Dette er en forfærdelig tilstand og viser, at det er vores følelser, som giver livet mening og indhold og uden dem, er intet længere interessant. Fordi følelserne er så magtfulde, er det også dem, som vores overlevelse er afhængige af, og vi styres klart af vores lyst for mad, sex, sove osv. Ligesådan styrer de psykiske følelser os også. Men det gode er, at når følelserne er tolket negative, kan vi gå ind og tænke mere realistisk end bare negativt, hvilket så vil påvirke vores følelser i positiv retning. Det er vigtigt ikke at tænke optimistisk eller positivt, for det virker sjældent, hvis vi ikke mener det, og bliver derfor ofte blot til idylliserende tænkning men ikke mere realistisk af den grund. Fx hvis en person hader regnvejr, så hjælper det næppe og prøve at bilde sig ind, at det er vidunderligt, at det regner, men derimod hvis man tænker realistisk, kunne man sige: "Jeg kan ikke ændre det regner, men jeg behøver ikke lade mit humør styres af hver gang, det regner." "Jeg kan i stedet få det bedste ud af det, når det nu er betingelsen, og lave mig en kop te og hygge mig med en god bog i sofaen". Dette vil sandsynligvis påvirke følelsen i positiv retning, i stedet for hvis jeg havde sagt til mig selv: "Jeg hader regnvejr, og nu er dagen ødelagt." Følelsen vil nu blive negativ og depressiv. Så på den måde kan vi godt påvirke vores følelser i den ene eller anden retning, ved kognitivt realistisk at få

det bedste ud af situationen og se andre løsningsmodeller end blot den negative. Det handler således også at lære at se, at der findes flere løsningsmodeller for en situation, end blot den negative og opgivende. Dette var et dagligdags-eksempel, men hvis det er en mere alvorlig psykisk problemstilling vil lignende mekanismer ligge til grund for de negative tolkninger af verden. Fx vil den depressive sige, at alt hvad jeg gør, er ligegyldigt eller dårligt, og jeg dner ikke til noget. Dette er igen klart en overdreven negativ og ikke realistisk holdning til sig selv. Men den deprimerede tror selv på det, især fordi den depressive følelse indvendig giver "beviset" for, at det er rigtigt. Det er derfor vigtigt at gå ind og lære og vise den deprimerede, at det er en tolkning, som er farvet negativt. Hvis man tager blå briller på og ser på en citron, så vil den se blå-grøn ud, men citronen er fortsat objektivt gul. Man skal derfor lære den deprimerede at tage de blå briller af og se verden med den farve, den har og ikke tolke den ud fra den negative indre sindsstilstand. Kognitive spørgsmål til den deprimerede ville derfor være: "Kan det virkelig passe, at alt hvad du gør er ligegyldigt eller dårligt, eller føles det blot sådan lige nu?" "Ville du også have sagt sådan om dig selv, da du havde det godt?" "Siger alle andre også sådan om dig?" "Er der slet ikke nogen, som siger noget som helst godt om dig?" "Hvad er det, som kunne skyldes, at du har så negativt et billede af dig selv lige nu" osv. Med andre ord den overdrevne depressive tolkning sættes på prøve ved disse oplysende og opklarende spørgsmål, og der sættes spørgsmålstejn for den deprimerede selv ved hans antagelser. Samtidigt viser man den deprimerede, hvad denne overdrevne negative måde at se verden på afstedkommer følelsesmæssigt. Da følelser jo registrerer vores tanker, vil sådanne negative tanker også afføde negative følelser, men da tankerne var baseret på overdrevne negative tanker, så er grundlaget for de negative følelser jo forvrængede. Det er derfor vigtigt aldrig at gå ind og give gode råd til den fx deprimerede, da sandsynligheden for at den deprimerede vil følge et råd, som han ikke selv føler for eller er overbevist om, ikke er sandsynlig. Det er derfor, at vores tolkninger, om hvad der er rigtigt for denne person eller ej, er så ubrugbare, da vi ikke ser verden, som den deprimerede og ikke forstår den deprimerede, hvis vi tolker det ud fra vores eget verdensbillede. Der er derfor kun én måde at kunne hjælpe på, og det er ved at spørge ind til, hvordan den med psykiske problemer selv tolker verden, og hvad det er i lige præcis den tolkning, som spænder ben for patientens lykke. Selvfølgelig kan der være naturlige årsager til sorg og smerte, som sygdom, ulykke eller en nærtståendes død, så det jeg her omtaler er primært, når følelser er patologiske (sygdomsramte) og grundlag for "irrationel" tolkning i en overdreven deprimeret eller overdreven angstfuld tilstand og lignende. Den maniske tolker modsat den depressive og ser sig selv overdrevent positivt (magalomant) og har et sæt af overdrevne urealistiske positive tanker som fx: "Jeg er den klogeste og rigeste i verden." Også her er tolkningerne urealistiske og nu i sådan en grad, at man må kalde dem vrangforestillinger og psykotiske. Den dybt depressive kan også tolke så overdrevent negativt, at forestillingerne må siges at være depressive vrangforestillinger og psykotiske. Den forelskede kan sammenlignes lidt med den maniske, da man tolker overdrevent positivt om den forelskede, oftest uden overhovedet at kende personen endnu. Alligevel er mange allerede parate til at få børn med denne "ukendte" tilbedte person.

Det er vigtigt, at man behersker den kognitive spørgeteknik, så man kan afdække patientens problemer, på en måde som ikke virker forhørsagtig, men samtidigt fuldstændig blottlægger det tolkningsbillede, som er patientens og ikke ens eget. Hvor nemt det er at tolke en patient og at tolke patienten forkert, kan demonstreres ved et meget simpelt eksempel. Hvis en patient sagde til mig, at hun var bange for at flyve, og jeg fx spurgte, om hun vidste, hvor lille risikoen var for at falde ned, så kunne jeg meget vel risikere, at hun måske svarede, at hun ikke var bange for at falde ned, men at hun allerede, inden flyveturen følte, hun ikke kunne få luft. Dette skyldtes, at hun har en tolkning af, at der ikke er luft nok i en flyvemaskine, når der er mange mennesker tilstede og airconditionanlægget ikke er slået til. Hun kunne godt se med sin logiske sans, at man jo nok ikke

ville bygge en maskine sådan, at folk ikke kunne få luft, men hun havde alligevel denne følelse. Den del af hjernen som hun tolkede med er igen den emotionelle, og da det er den, som primært styrer vores adfærd, så blev logikken (det kognitive) sat til side for følelsen. Den deraf affødte angst, blev igen "beviset" for, at det var sandt. Læg mærke til da jeg spurgte, hvorfor hun var bange for at falde ned, så var min tolkning, at det var det, hun var bange for, og at dette viste sig at være helt forkert. Havde jeg gjort det rigtigt, havde jeg i stedet spurgt: "Hvad er du bange for, når du skal ud at flyve?"

Som tidligere beskrevet kan følelserne også være "bevis" for negative tanker: "Jeg kan jo mærke, at det hele er negativt og ligegyldigt, for jeg er jo trist hele tiden." Følelsen bliver her "beviset" for at tanken er rigtig. Når noget er følt på en bestemt måde og tolket på en bestemt måde tilstrækkelig mange gange, så bliver det automatisk. Sådan er hjernen indrettet, at hvis vi gør noget ofte nok, så behøver vi ikke længere at tænke over tingene for at gøre dem. Dette er fx praktisk når vi spiser, cykler, skriver osv., men ligesom at hensigtsmæssige ting kan indlæres automatisk, kan negative tanker og følelser det også. Vi tror på det som sandt, selvom følelser sjældent er gode til at vurdere det. Hvis man er blevet opdraget til at tro, at man ikke er noget værd, bliver dette også en del af ens selvopfattelse med tiden og en klar automatisk reaktion, som vil komme frem i specifikke situationer, når dette bliver aktiveret. Mange formår alligevel godt at kunne fungere godt i høje stillinger trods et lavt selvværd, også fordi de egentlig ikke mener kognitivt, de ikke er noget værd, men følelsen ligger alligevel ofte neden under. Hvordan kan det nu være? Jo igen ser vi denne ambivalens og konflikt mellem kognitioner og emotioner. Hvis lederen i den høje stilling grundlæggende har en antagelse om, at han ikke er noget værd, vil han rent logisk ofte have modbevist denne gamle antagelse, som måske går tilbage til hans barndom. Den ligger som en dybt indlært følelse i ham, også kaldet skemata, og gør ham fortsat ofte usikker og angst trods at hans succesfulde dagligdag konstant modbeviser hans følelse. Problemet er at følelser ikke tænker logisk. Den del af hjernen (det limbiske system) er slet ikke konstrueret til at vurdere, om følelsen er logisk, men blot reagerer automatisk på en tidligere indlæring, hvad enten den er logisk eller ej. Følelser diskriminerer verden i: "Fare, ikke fare. Lyst, ulyst. Behag, ubehag". På den konto afgøres mange valg i vores liv, på trods af de ikke er logisk valgt og gennemtænkte. Hvis man som kognitiv terapeut spørger ind til en sådan negativ følelse, får man nemt en beskrivelse af, hvad personen føler, og disse "ord og beskrivelser af følelsen" er hvad vi kalder negative automatiske tanker eller skemata alt efter hvad plan, vi opererer på. Det er altså beskrivelser af følelsen, som kan have styret os i årevis, men som vi måske aldrig egentlig har sat ord på, men blot følt. At der ikke har været ord på, skyldes nok, at den del af hjernen som generer følelserne, netop ikke bruger ord som det primære, men følelser.

## **Bevidst og ubevidst**

Det at man ikke før har sat ord på, er ikke det samme som, at det var Freudiansk ubevidst. Det var blot ureflekterede følelser, men når vi spørger ind til dem, så kan vi oftest med lidt hjælp, godt sætte ord på dem. At vi ikke går og definerer alt, hvad vi gør eller sætter ord på vores "ikke-reflekterede-følelser", er ofte blevet tolket tilhørende "id'et" i dynamisk terapi, men er langt fra det samme. At vi ikke tænkte på, hvad vi fik til morgenmad for et minut siden, er ikke det samme som, at det var ubevidst. At vi havde en følelse af tristhed for et minut siden, men ikke gjorde overvejelser over hvorfor, er heller ikke det samme som at sige, det er ubevidst. At undvige noget, som er ubehageligt, og derved nemmere glemme det, er heller ikke det samme, som at det er ubevidst. Men at påstå som Freud, at vi fortrænger ubevidst, eller at vores forsvarsmekanismer er

ubevidste, vil jeg sætte stort spørgsmålstegne ved, da jeg i langt højere grad mener, at forskellen ligger i ikke reflekterede emotioner. Hvis vi derimod spørger ind til disse, så kan vi godt reflektere bevidst om disse, hvis vi ønsker det. Derfor oplever jeg også dagligt i mine terapier, at mange siger, at når de skriver deres negative automatiske tanker og skemata ned, mens vi sidder og finder dem frem, så virker de både meget overvældende men alligevel ikke som noget egentlig nyt. Hvordan kan det nu være? Hvis man spørger ind til en patients beskrivelse af sine følelser og tolkninger af verden ved fx den nedadgående pils teknik (spørgemetode, hvor man spørger ind til de informationer, man lige har fået af patienten, og bliver ved på denne måde til man stort set ikke kan komme længere, og således derfor ofte ender med personens grundlæggende skemata), vil man ofte få patienten til at sætte ord på en masse følelser, som han ikke før har formuleret så bevidst. Men fordi han samtidigt altid mere eller mindre har været styret af disse følelser, så er disse formuleringer jo ikke spor fremmede for ham. Det virker alligevel overvældende for patienten at se følelserne så klart beskrevet med ord og samlet på engang, men de kan ikke siges at være ubevidste, selvom det er første gang, de står nedskrevet så tydeligt sort på hvidt. Patienten kan også tydeligt se, hvordan hele hans adfærd har været styret af disse underliggende følelseskonstruktioner det meste af hans liv. Det har ikke været bevidst reflekteret, men primært følt, men ikke nødvendigvis ubevidst. At det er nemmere at glemme en tid hos tandlægen end sin fødselsdag, er ikke det samme som, det er Freudiansk ubevidst, bare fordi det ikke er reflekteret. Det er et spørgsmål om at undvige ubehag og prioritere lyst. At man undviger ting, er ikke ubevidst, fordi det ikke er reflekteret, men blot styret automatisk af følelsen af lyst og ulyst. Spørger vi ind til det, kan vi hurtigt erkende processen og se, at vi igen blot har overladt vores følelser til autopiloten. Automatisering er heller ikke det samme som det Freudiansk ubevidste, men ofte tolket sådan. Regler man opererer efter, men ikke har formuleret, er ikke ubevidste, da man godt ved, man gør det, når man spørger til det, men ikke har sat ord på tidligere. Ikke alle ting vi gør kender vi definitionerne på, men det gør dem igen ikke ubevidste. Det er blot ureflekterede emotioner. Følelser kan dog imidlertid godt være ubevidste, men ikke som et selvstændigt ubevidst univers, hvor de lever deres eget liv og kan forskydes og transformeres i Freudiansk forstand. At der klart er masser af ubevidste processor i hjernen, som vi aldrig kan få adgang til, er en helt anden sag. Hjernens processoreringssystem vil altid forblive ubevidst for os, som fx hvordan vi skælder blåt fra rødt. At sublingual programming også har vist, at vores emotionelle valg kan påvirkes af forskellige ubevidste faktorer er videnskabeligt dokumenteret, men den Freudianske fortrængning eller det Freudianske ubevidste synes ikke at have videnskabeligt belæg trods det, at forskere som Mark Solms og Antonio Damasio ihærdigt har forsøgt at gøre nogle af Freuds teorier neurologisk-videnskabelige. Mark Solms er psykoanalytiker, udgiver af Freuds skrifter og arbejder ved Anna Freud Centeret. Allen Esterson har skrevet vægtige artikler om disse bestsellere og deres fejltolkninger (fx Freud Returns, Allan Esterson).

## **Hvilke leveregler opererer vi efter og hvorfor?**

Et andet meget vigtigt aspekt at gøre sig klart hos en patient er hvilke regler, opererer han efter. Vi har alle hundredvis af leveregler, som styrer os, men som vi oftest ikke tænker over. At vi ikke har defineret dem eller har lært, at man kan se dem som leveregler eller kompenserende strategier, er igen ikke det samme, som de er Freudiansk ubevidste. Hvis vi atter ser på den umiddelbar succesfulde forretningsmand med de negative skemata, om ikke at være noget værd, så vil han meget vel kunne være nået så langt i sin karriere alligevel pga. nogle kompenserende strategier eller leveregler, som han har forsøgt at ømge sin grundlæggende antagelse om sig selv med. Mange af de ledertyper, som har været i terapi hos mig, har haft leveregler som, hvis bare jeg gør alt perfekt og har kontrol over alle ting, så kan de ikke sætte en finger på mig og gennemskue, at jeg faktisk bare bluffer og i virkeligheden ikke er noget værd og ikke god nok. At han i virkeligheden



ikke omgør sit skemata, med denne regel, men blot omgår den, viser sig i at han jo aldrig vil kunne leve op til en sådan urealistisk målsætning, da ingen kan være perfekte og ingen kan kontrollere fremtiden. Så før eller siden bryder denne mand sandsynligvis ned med stress, når levereglen svigter og skemataet blotlægges. Det er igen med behændig spørgeteknik ofte hurtigt muligt at afdække en persons "operative system" og tilmed vise patienten, at disse principper er med til at gøre tilværelsen temmelig besværlig.

Men hvorfor vælger vi sådanne strategier, og hvorfor lader vi vores følelser og leveregler styre os i så høj grad, hvis det kun bringer det ene efter det andet problem på halsen? Ofte fordi vi enten ikke har noget repertoire at sætte i stedet for, eller fordi vi er angste og undviger det. Det er en af de uheldige følger af undvigeadfærd, at vi jo aldrig får set på, om det vi undviger, pga. fx forventningsangst, i virkeligheden er så forfærdeligt, som vi tolker det til at være, eller om det er prisen ved at undvige, der er det egentlige forfærdelige. Hvis vi har negative automatiske tanker om, at jeg ikke vil slå til i et selskab, så vil vi med stor sandsynlighed undgå at gå der hen. Men tolkningen af "ikke at slå til" er ofte langt mere sort/hvid (dikotom) og negativ præget, end hvis vi virkelig befandt os i situationen. Fx ser vi ikke alle de muligheder for, hvad der ville være sjovt og udviklende i situationen, og at man bare ville kunne undslå sig eller tale om noget andet, hvis man virkelig kom i en situation, som ville få én til at føle, man ikke slog til. Desuden er det ikke et krav, at man skal vide alt for at kunne gøre sig, og det er oftest kun en følelse hos én selv og ikke de andre. Men pointen er, at man igen ser verden kun fra sit eget forventningsangst-synspunkt, og derfor bliver tolkningen ikke realistisk og objektiv, men farvet af angstens interpretation. Dvs. man ser KUN det negative og fokuserer KUN på det farlige og ser ikke alle de 1000vis af andre farver, som også er til i en sådan situation, og derfor bliver forventningsangsten langt værre og farligere end virkeligheden. Undvigeadfærden giver os imidlertid ikke erfaringen, at vi tog fejl, da vi jo ikke får afprøvet om vores sort/hvid tænkning var rigtig. Mange vil dog påstå, at de har prøvet, og det ikke hjalp. Dette er også formegentligt rigtigt, men det de manglede for at gennemføre øvelsen med succes og opbyggende selvillid, er jo at de fastholdt deres gamle følelsetolkninger i situationen. Det er derfor meget vigtigt inden en adfærdsøvelse at indlære et nyt repertoire af realistiske og rationelle tanker, som for det første motiverer én til at prøve i stedet for at undvige, og for det andet fastholder én i ikke at tolke ud fra sine gamle fejlindlærte negative automatiske tanker, leveregler og skemata, som derved bliver selvbekræftende cirkelslutninger (tautologier). Man vil sjældent opnå at kunne få en person til at gøre det, han frygtede mest, selvom det måske blot var en fejlagtig følelsetolkning, hvis ikke han selv havde lært og set, at det ikke var realistisk, men blot byggede på fejlindlærte antagelser.

Det er derfor så vigtigt at erstatte og omlære fejlindlærte vaner med nye realistiske tanker, som så med tiden kan blive erstatninger for de uhensigtsmæssige gamle. Hvis man altid har lagt tandbørsten et bestemt sted, og så beslutter, nu skal den fremover ligge et helt andet sted, vil man stadig i lang tid efter automatisk række ud efter den der, hvor den lå før. Dette er dog forholdsvis hurtigt lært, da man jo hver gang, man rækker ud efter tandbørsten det forkerte sted, lærer ved at den ikke er der, at den ligger et nyt sted. Negative automatiske tanker derimod er ikke synlige på samme måde og derfor er det vigtigt at lære, hvordan man så bliver opmærksom på dem. Det er her emotionerne igen bliver vores værktøj og ikke vores fjender. Hvis vi føler os triste, angste eller har andre negative følelser, er det netop her vi får et signal, som vi skal lære at reagere på, ved at spørge os selv, hvilke følelser der ligger bag denne tanke og således lære at blive vores egen terapeut.

## Hvorfor følelsen er længere om at blive omstruktureret end tanken?

Når man har omstruktureret irrationelle emotioner med rationelle tanker, oplever de fleste imidlertid fortsat, at de er svært angste og selvom de forholder sig mere logisk til problemet, slipper angsten ikke taget i dem. Fx hvis man er bange for elevatorer, fordi man er bange for at sidde fast og blive kvalt, kan dette omstruktureres med logiske rationelle tanker. Fx kan man i stedet lære at tænke, at man ikke konstruerer en elevator, på en så farlig måde, at der ikke kan komme ilt ind i den, og selvom det er varmt, ubehageligt og ubekvemt at sidde fast, så er det ikke farligt, selvom det føles sådan. Følelser er heller ikke farlige og går over, og man dør ikke af angst, selvom man får hjertebanken mm. Første gang jeg sidder med en angstpatient, og de under eksponering får alle de klassiske angstsymptomer, forklarer jeg ham helt roligt, at hans krop nu reagerer helt sundt og naturligt, som den skal, når vi er i fare. Jeg viser ham, at jeg på ingen måde bliver forførte af hans oplevelse og symptomer, men ser det som en normal fysiologisk reaktion, som fungerer, som den skal. Empati ville i dette tilfælde være uhensigtsmæssig, da den ville positivt reinforce, hvad der kunne blive til en dysfunktionel positiv vedligeholdende faktor, dvs. han ville tilmed lære at kunne vinde opmærksomhed og medlidenhed ved sin angst og følelse af hjælpeløshed. Derimod validerer jeg ham (viser forståelse), og distraherer ham med psykoedukation. Jeg kan tilmed for at gøre det grotesk for patienten finde på at sige, at det at hans hjerte slår hurtigt, kun modvirker åreforkalkning ligesom motion. Jeg underviser ham så i angstens fysiologi, og hvordan adrenalin påvirker forskellige målorganer i kroppen, som hensigtsmæssigt reagerer ved at sætte de forskellige organer i alarmberedskab alt efter, om faren skal takles via kamp eller flugt. Det sidste er forklaringen på, at meget angst helt automatisk er uløseligt forbundet med undvigeadfærd. Når patienten forstår, at symptomerne er hensigtsmæssige og har et formål, så letter det allerede ofte gevaldigt på nogle af de fejltolkninger, som har ligget til grund for disse. Fx tror patienten ofte, at det at hjertet slår så voldsomt og hurtigt betyder, at han er ved at få et hjertetilfælde og skal besvime eller dø. Men når han forstår, at det netop er angstens funktion at pumpe masser af blod op til hjernen, for at sikre vi ikke skal besvime og dø, så giver det pludselig en mening, som er tydelig angstreducerende. Det er vigtigt her at fortælle, at der er én angstform, hvor man netop besvimer, da de ellers mister tiltroen på det, man fortæller dem, hvis de kommer til at tænke på folk med blod og nålefobi. Jeg forklarer også altid patienten, at den uvirkelighedsfølelse og oplevelse af, at man ikke kan kontrollere angsten og sig selv, og det er angsten der kontrollerer dem, ikke er sandt men en følelsestolkning. Det at de oplever, at de ikke har kontrol over noget under et angstanfald fører også ofte til en anden ubehagelig følelsestolkning, nemlig at de er ved at blive sindssyge, hvilket ironisk nok kun er et sundt udtryk for, at de ikke er det. Dette fordi den ægte sindssyge netop ikke tror, han er sindssyg og per definition ikke har sygdomsindsigt. Hvis patienten føler og mener, at han ikke har nogen kontrol, beder jeg ham om at gå nogle meter frem og tilbage, og fortæller så, at der skal en meget kompliceret hjerneproces til at mestre og koordinere gangen frem og tilbage, og beviser dermed for dem, at de har kontrol over deres krop, selvom de er angste. Det ville være meget uhensigtsmæssigt for vores evolutionære overlevelse, hvis angst, som skal redde os i faresituationer, bevirkede at vi mistede kontrol. Hvis dette var tilfældet, ville vi næppe have overlevet som race. Patienten begynder nu at forstå, at hans reaktioner ikke som sådan er uhensigtsmæssige, unaturlige eller farlige, hvilket allerede giver en vis ro. Men han forstår fortsat ikke grunden til angsten, som jo bygger på en indlært og nu automatiseret følelsesmæssig fejltolkning af situationen. Beviset er, at han jo ikke er i fare, og

derfor ikke behøver reagere med angst. Patienten skal derfor nu lære selv at komme frem til logiske, rationelle og realistiske argumenter for at han overvurderer situationen og undervurderer sine egne ressourcer. Dette gøres ved at udfordre patientens negative automatiserede følelsesantagelser ved kognitiv spørgeteknik. Det er her vigtigt at kunne mestre en udsøgning perfekt, da dette er noget af det sværeste ved kognitiv terapi og ikke bare noget, man kan uden mange års træning. Mange tror, de udøver kognitiv terapi ved at benytte sig af lidt kognitive teknikker, men dette er næppe tilstrækkeligt og vil derfor heller ikke give de gode resultater, en virkelig erfaren kognitiv terapeut kan udrette. Man kunne metaforisk sammenligne det med en person, som vil forsøge at finde lyskontakten i mørke. Der er mange muligheder, og selvom man trykker 2cm i nærheden af kontakten, bliver der ikke lys. Det samme gælder den kognitive spørgeteknik. Hvis ikke spørgsmålene sidder lige i plet og de times forkert, rykkes patienten ikke effektivt.

Når patienten nu har fået en logisk forståelse for sin angst er fortsat kun halvdelen af arbejdet gjort, da angsten stadig vil udløses automatisk i de situationer, som patienten før har tolket urigtigt farligt, men nu kan se blot er fejlindlærte følelsetolkninger. Spørgsmålet er så igen, hvorfor omstruktureres så følelsen ikke sammen med tanken lige så hurtigt? Som al biologisk adfærd er der en evolutionær forklaring som handler om overlevelse. Hvad ville der ske, hvis vi kunne omstrukturere vores følelser lige så hurtigt som vi kan med tankerne? Vi ville hurtigt kunne undvige virkelig fare. Hvis vi befinder os på en høj klippekant og prøver at omstrukturere ved at bagatellisere faren ved at falde ned, ved fx at sige til sig selv, at hvorfor skulle der ske noget, og jeg mister jo normalt ikke balancen, ville vi nemt kunne risikere at blive dumdristige, hvis også angstfølelsen forsvandt. Følelsen tror derfor på hvad den er blevet fortalt (indlært) mange gange og vil fortsat reagere på den automatisering, som ligger til grund. Dette kan således være med til at forhindre, at vi i vores kognitive overmod, overlever flere faresituationer. At vores biologi, så ikke kan gennemskue, når vi fejlindlærer os at være bange for ting, som ikke er farlige, er det den pris, vi må betale for at naturen og vores psykologiske konstruktion forsøger at hjælpe os til overlevelse. Det er jo så også muligt at omlære fejlprogrammerede følelser, men det tager længere tid end da vi blot på et splitsekund lærte os at frygte noget, som ikke er farligt. Det kan også påvises neurologisk, ved at der er flere nervebaner, som går fra det limbiske system til cortex end omvendt. Men hvis nervebanerne ikke også kunne bruges den anden vej, ville psykoterapi jo være formålsløs.

At følelserne også ofte virker mere overbevisende end tanker, skyldes at vi mærker følelsen (fx angst) men ikke den logiske modtanke, og derfor har vi større tilbøjelighed til at reagere på en ubehagelig følelse (også selvom den ikke nødvendigvis har ret og er "uenig" med tanken) end en "umærkelig" logisk tanke.

Denne nødvendige dialektik for overlevelse præger hele menneskeheden og er måske samtidigt i sidste ende årsagen til dens destruktion.