

Kognitiva modeller för ångest:

'Människan plågas inte av tingen i sig utan av sitt sätt att uppfatta dem – Epiketetos'

Den kognitiva modellen för ångest utgår från att personer uppfattar ett oproportionerligt stort hot i olika typer av situationer ofta pga tidigare aversiva upplevelser av liknande situationer och/eller annan inlärningshistorik. Teorin understryker att uppfatta/tolka någonting som hotfullt räcker för att aktivera de autonoma processerna som sker vid rädsla. De påtagliga fysiologiska/emotionella reaktionerna som följer motiverar olika beteendepertoarer (med syfte att skydda från det uppfattade hotet) som förstärker personens tro på sina initiala uppfattningar och på beteendets verksamhet vilket orsakar hinder i personens vardagliga liv och vidmakthåller ångestproblemet.

Den kognitiva modellen utgår från att personen med klinisk ångest tenderar att ha en perception av hög personlig sårbarhet och processerar information selektivt utifrån subjektiva förväntningar kring hot. Selektiv uppmärksamhet beskrivs som att man håller utkik efter och tar in information som matchar ens hotfokuserade förväntningar, minnen av tidigare händelser och/eller känslor/symptom av ångest. Information som inte stämmer överens med ens förväntningar av hot filtreras bort. Vid möte med ett hotfullt stimuli sker en rad 'kognitiva bias' (vinklingar) som oftast involverar: *Föreställd sannolikhet att hot uppstår samt föreställd katastrof om det skulle inträffa + Föreställd brist på förmåga att handskas med problemet om det uppstår samt underestimering av faktiska skyddsfaktorer.*

Kognitiv teori bygger vidare på kunskap från inlärningspsykologi och neuropsykologi och har som tes att ångest framstår dels från automatiska (icke viljestyrda) processer (bygger på neuropsykologisk forskning och experimentell inlärningspsykologi). Men också från mer medvetna och strategiska processer (neuropsykologisk forskning kring involveringen av kortikala hjärnfunktioner i aktivering av ångest). Den kognitiva modellen menar att det är de medvetna och mer viljestyrda kognitiva processerna som bidrar till att individer utvecklar och fastnar i ångestsyndrom och inte bara har ångest inför ett specifikt stimuli (cs-ucs association). Individerna gör betydelser av ångestupplevelser. De kognitiva processerna som är centrala i ångest är minne, uppmärksamhet, meningsanalyser och generaliseringar, tänkande (oro/ruminering) och imaginära processer.

Till skillnad från en del föreställningar om KT så utgår man således inte från att 'tankar är förklaringen till ångestens uppkomst'. Kognition beskrivs dock som den kanske viktigaste mediatoren mellan kontext/situation och affekt för utveckling av mer ihållande besvär. Och även om vi vet att kognition inte behöver aktiveras för att associativ inlärning ska ske så menar man att det är kognitiva processer däremellan som bidrar till att inlärningen generaliseras. Således är det kognitiva processer man främst försöker att påverka och modifiera i behandling. Det görs genom olika typer av interventioner där mycket fokus ligger på beteendeeperimentering och exponering, modifiering av kognitiva processer som selektiv och introspektiv uppmärksamhet samt imaginära övningar.

Behandlingsprinciper i kognitiv terapi:

Det finns följande gemensamma nämnare för kognitiva terapibehandlingar för ångest. Dessa gemensamma nämnare är aktuella efter att en ordentlig bedömning och problemidentifiering har gjorts, om patient och kliniker är överens om diagnos/problembeskrivning och patienten är intresserad av och motiverad till behandling för det aktuella problemet: Nedan följer en kortfattad och generell beskrivning

Steg 1 är att generera en idiosynkratisk konceptualisering (analys) kring vad som aktiverar och vidmakthåller problemet samt att identifiera patientens terapimål. Informationen man behöver för att kunna generera en modell får man av patienten dels genom att ställa relevanta frågor under de första samtalen (komplement till det man redan vet utifrån bedömningen), dels genom olika frågeformulär och genom annan datainsamling (exempelvis panikdagbok). Generellt behöver man veta vad som aktiverar ångest (stimuli, situationer, kontext), kognitiva teman – tankeinhåll och processer, beteenden med syfte att handskas/skydda sig från ångest och stimuli eller från att hot ska inträffa, samt relevanta emotioner. I övrigt behöver man veta om tidigare händelser/upplevelser av hotfulla incidenter (relaterade till det uppfattade hotet), övriga skyddsfaktorer och att sätta behandlingsmål. Det finns även andra relevanta frågor som är mer specifika beroende på problemområde.

Den idiosynkratiska modellen (har samma funktion som en beteendeanalys) presenteras som en hypotes kring hur personens ångestproblem aktiveras och vidmakthålls och ses som ett alternativ till personens egna förklaringar för sin ångest (oftast att stimuluset är problematiskt, att det uppfattade hotet som stimuluset aktiverar är reellt samt att beteendestrategier för att komma ifrån stimuluset är sunda). Konceptualiseringen presenteras också endast som en hypotes som kommer att kunna testas genom olika kognitiva- och beteendebaserade interventioner.

Steg 2 är att intervensera utifrån innehållet i konceptualiseringen vilket görs genom diskussionstekniker, beteendexperiment, uppmärksamhetsövningar och imaginära övningar. Vid behov även beteendeeaktivering och livsstilsrådgivning. Syftet är att röra sig i riktning mot patientens mål.

Sokratisk frågeställning – guidad upptäckt

Grundsytet i kognitiv terapi är att hjälpa patienten att se på ångestframkallande situationer/sensationer/tankar på nya, mer nyanserade och mindre hotfulla sätt samt att utveckla en mer flexibel beteenderepertoar som gynnar nyinlärning.

Sokratisk frågeställning är en 'terapistil' som genomsyrar kognitiv terapi och bygger på tesen att guidad självupptäckt har mer förändringspotential än om terapeuten säger vad hen tror att patienten tänker/känner/bör göra. Det används främst för att generera idiosynkratiska tankegångar och tolkningar samt för att facilitera uttryckande av affekt. När det gäller

sokratiska frågor så finns det inte några självklara färdiga frågor att ställa rutinmässigt. Det är syftet med frågorna som är det centrala. Det huvudsakliga syftet är att generera patientens subjektiva tolkningar/förståelser som är relevanta för personens problem och att utifrån det intervensera för att hjälpa pat till nya synsätt. Även interventioner är något man gärna guidar patienten till att själv föreslå (*Du har berättat att du är ängslig att om du ställer en fråga på mötet så kommer du att bli illröd i ansiktet vilket de andra på mötet kommer att notera. De responderar genom att titta ner i bordet eller bort från dig på ett avvisande sätt. Av den anledningen så undviker du att ställa frågor som du har. Hur skulle vi kunna testa om den föreställningen stämmer?*).

Enligt konstens regler är det att föredra att ställa flera frågor och att inte utgå från att man som terapeut redan vet svaren utan att vara öppen för att patientens subjektiva tankegångar inte nödvändigtvis kommer att matcha ens egna hypoteser. Annars är det lätt att frågorna blir ledande och kan resultera i debatt och försök att övertyga patienten om att de tänker orimligt. Generellt så vill man också som kliniker veta vad patientens katastrofala förväntningar har för underliggande betydelse för personen. Varför är ett katastrofscenario som undviks så hotfullt för patienten? *'Det värsta som kan hända om någon ifrågasätter min åsikt är att jag blir supernervös, inte kan tänka på ett svar och börja andas häftigt. Det kommer de andra att märka. Vad skulle vara det värsta om de andra märkte din nervositet? De skulle tycka synd om mig.* Tanken på att någon tycker synd om dig känns olustig, vad är det som känns mest jobbigt med det för dig, vad betyder det för dig? *Att de ser på mig som sårbar och svag.* Det här är exempel på en patients negativa förväntning på troliga reaktioner om han uttrycker egna åsikter samt hans subjektiva slutsats kring betydelsen av de reaktionerna. Om någon tycker synd om honom pga att han blir generad så beror det på att de ser honom som en svag person.

All dialog i kognitiv terapi är naturligtvis inte sokratisk. Psykoedukation har en mycket viktig roll, främst med syfte att normalisera/validera men även som alternativ till pats negativa föreställningar. Kunskap om det autonoma nervsystemet och kamp och flyktreaktioner är centrala i till ex arbete med panikattacker. Dock skulle det rekommenderas att väva in efter att personens katastroftolkningar har identifierats.

Beteendeexperimentering

I linje med mer beteendeorienterade terapiprogram för ångest så är exponering och mer upplevelsebaserade interventioner ansedda som de mest effektiva för reduktion av ångestproblem. I kognitiva modeller betonar man dock modifiering av kognition som underliggande syfte. Tesen är att nyinlärning inte sker via habituering utan via skapandet av nya förståelser och uppfattningar av vad som sker vid mötet med stimuli som uppfattas som hotfulla. Förhoppningen är att pat upptäcker att det förväntade hotet inte sker, alternativt att det är hanterbart om det sker, och drar slutsatser kring betydelsen av utfallet. Således

kallar man alltid exponeringsövningar för beteendeeperiment vilket innebär att man alltid innan exponering identifierar exakt vad pat tror kommer att hända. I likhet med exponeringsövningar är det viktigt att designa experimentet noggrant så att man gör vad som krävs för att pat ska få trovärdiga svar på sina subjektiva förväntningar. Det innebär att planera experimentet ordentligt, till ex hur länge exponering bör ske, hur kontexten behöver se ut, vad det finns för subtila säkerhetsbeteenden som kan hindra nyinlärning m.m. Man understryker också vikten av att göra flera beteendeeperiment i flera olika sammanhang så att nyinlärning lättare blir generaliserad och således mer trovärdig.

Uppmärksamhetsskifte

Som det nämns ovan så är selektiv och introspektiv uppmärksamhet centrala vidmakthållande faktorer i ångestsyndrom. Tesen är att selektiv uppmärksamhet eller självfokusering drivs av funktionen att kontrollera för hot för att man ska vara bättre förberedd att skydda sig/förhindra katastrofala händelser. Det försvårar dock för personen att ta in ny information, bidrar oftast till en ökning av upplevelsen av ångestsymptom och bidrar till en illusion av ökad kontroll vilket förstärker tron på beteendets hjälpsamhet.

Flera kognitiva behandlingsprogram involverar terapiövningar för att träna fokusskifte. Oftast lägger man upp fokusskifteövningar på så sätt att man först ber patienten ägna sig åt selektiv/introspektiv uppmärksamhet för att förtydliga effekten det har. Därefter ombes patienten att träna på att fokusera utåt eller på hela omgivningen. Efteråt skattar patienten skillnad i upplevelse och drar slutsatser kring vad det betyder. Detta kan göras på flera olika kreativa sätt (går att läsa mer om i kognitiva manualer). Patienten får instruktionen att träna på fokusskifte dagligen under en del av terapin. Fokusskifte har till viss del en liknande funktion som mindfulness men det finns skillnader. En skillnad är att fokusskifte ämnar att personen ska bli mer medveten av extern, objektiv information som förhoppningsvis ej matchar personens känsla/Tanke kring hot. Ett annat syfte är att utmana uppfattningen att man behöver vara på sin vakt/kontrollera omvärld/självt för att förhindra hot. Det finns också ett syfte i att öva på att vara närvarande i nuet och att betrakta omvärld istället för att bevaka vilket är mer i likhet med mindfulness.

Imaginära övningar

Ann Hackmann och Emily Holmes har bidragit mycket i arbetet med mentala representationer i kognitiv terapi. Enligt dem har studier visat att mentala bilder har starkare koppling till affekter än tankar i verbal form och enligt kognitiv neuropsykologi så spelar mentala bilder en extra stor roll när vi kognitiv handskas med emotionellt laddat material. Några hypoteser kring varför det är så att bilder väcker känslouttryck mer än tankar i språkform är bl a pga att språkkunskap utvecklas senare (Öhman och Mineka, 2001) och att

minnen av specifika emotionella händelser lagras i bildform (Conway, 2001). I moderna kognitiva modeller tittar man på vad bilder/minnen spelar för roll i ångestsyndrom. PTSD är det område man kanske mest förknippar med mentala representationer (i de allra flesta fall i form av fragmenterade minnen från någon del av traumat som är förknippade med de värsta ögonblicken och är ett diagnoskriterium). Även i andra ångestsyndrom har ångest och negativa affekter visat sig förknippade med mentala bilder. Enligt en studie av Hackman med personer med socialt ångestsyndrom visade det sig att alla deltagare utom en upplevde någon form av bild hur hen såg ut utifrån ett observationsperspektiv. Dessutom visade det sig att hos de allra flesta var den bilden förknippat med minnet av någon form av socialt trauma. Borkovec menar att GAD-patienter använder verbal oro för att trycka bort obehagliga känsloladdade bilder. Obsessioner hos OCD-patienter sker ju också ofta i bildform.

I modern kognitiv terapi understryks vikten att fråga patienter om bilder och om relevant arbete med dem då ångestladdade bilder, pga den starka kopplingen med affekter, blir ofta väldigt trovärdiga. Ångestladdade bilder/minnen kan således vara en mycket potent informationskälla för personens uppfattning av hot.

En teknik som har visat sig effektiv och som används mer och mer i kognitiva terapibehandlingar kallas 'imagery rescripting'. Grundsytet är att omstrukturera problematiska betydelser av ett affektbelastat minne som påverkar kognition och emotion i nuet. Först och främst identifierar man betydelsen av en påträngande minnesbild (Alla skrattade åt mig när jag stammade under föredraget = jag är konstig och skrattretande. Görs oftast genom reliving/imaginär exponering). Man diskuterar därefter betydelsen av händelsen och försöker påverka genom kognitiv terapi. Steg 2 är att återuppleva händelsen från ett observationsperspektiv som sig själv här och nu där man får manipulera händelsen från det nya tankesättet (vad vill du säga till flickan, till de som skrattar, hur reagerar du, vad behöver flickan från dig etc). Som avslutningssteg återupplever man händelsen igen men med sig själv som vuxen/från nuet närvarande och uppdaterar hur man upplever det och hur det påverkar hur man tänker om händelsen.

Andra bildtekniker är 'bildmodifiering eller manipulation'. David Clark beskriver i sin panikmanual en patient som exempelvis får katastrofartade bilder vid agorafobiska panikattacker där hon svimmar. Bilden stannade alltid vid att hon låg livlös och ingen kom och hjälpte till. I detta exempel blir patienten hjälpt att 'göra färdigt bilden' där hon ser sig själv vakna upp och skaka på sig.

För mer litteratur om 'imagery' se artiklar av Anne Hackmann, Emily Holmes, Jennifer Wild, Paul Gilbert och Arnoud Arntz.

Diskussionstekniker

Diskussionstekniker för att nå kognitiv omstrukturering bygger på sokratisk frågeställning och guidad upptäckt. Det finns flera specifika kognitiva tekniker, många som kommer ifrån Becks tidiga kognitiva modeller för depression och ångest. Grunden för samtliga metoder är att man först har identifierat 'rätt kognition' – tankar, antaganden, förväntningar och/eller individuella bedömningar som är relevanta för personens affekter och mående. Därefter finns en uppsjö kognitiva tekniker som inte alla går att täcka här. Några Exempel är: att identifiera tankefällor och guida patienten att förstå problematiken i de relevanta tankefällorna. Tårtdiagram där man kan väva in alla faktorer som leder till en negativ händelse proportionerligt (exempelvis om patienten har en tanke som 'Hade jag inte gått in på den vägen hade jag aldrig blivit attackerad, det är mitt fel'). Kontinuum för att identifiera nyanser mellan polariserade synsätt (värdelös-----fantastisk). Identifiera och utmana 'Hindssight bias' (ofta för ptsd pats). Om en person skuldbelägger sig själv för sitt agerande i en trängd situation bygger det ofta på patientens vetskap om händelsen långt efter att det hände. Detta är problematiskt då personer som befinner sig i trängda/farliga situationer oftast agerar med mycket små tidsmarginaler, i hög affekt och med påtagliga stress reaktioner. Att be patienten återuppleva händelsen stegvis igen och ta beslut utifrån den informationen hen endast hade där och då kan vara ett mycket effektivt sätt att lätta skuldbeläggande tankegångar. Titta på bevis för eller emot tanken.

Det finns som tidigare nämnt en uppsjö av metoder som finns tillgängliga i princip all litteratur om kognitiv terapi. Ett tips är att inte avvisa dessa metoder innan man har testat dem för de kan vara mycket hjälpsamma för patienten.

Sammanfattningsvis så kan man konstatera att kognitiva modeller har bidragit oerhört mycket till vår förståelse och behandling av klinisk ångest. Det finns trovärdig empiri som stödjer kognitiv terapi för de flesta ångestsyndrom och de är dessutom mycket roliga att arbeta med.