



Psykoterapi

&

DEPRESSION



Psykoterapi

&

DEPRESSION

Dette hæfte er det niende i en skriftserie, der udkommer i løbet af 2001, og som behandler forskellige emner med relation til depression. Planlagte udgivelser er:

Fakta & depression*

Medicin & depression*

Årsager & depression*

Ældre & depression*

Behandling & depression*

Børn og unge & depression*

Job & depression*

Selv mord & depression*

Stress & depression

Mani & depression

Alkohol & depression

Pårørende & depression

Hæfterne udgives som led i Landsindsatsen mod Depression, som startede i oktober 2000. Du kan få mere information om Landsindsatsen og om depression ved henvendelse til PsykiatriFonden på tlf. 3929 3909 eller på www.psykiatrifonden.dk. Hos PsykiatriFondens TelefonRådgivning på tlf. 3925 2525 kan du anonymt og personligt få rådgivning og svar på spørgsmål om depression og andre psykiske lidelser.

Titler mærket med * er udkommet

Af chefpsykolog Nicole K. Rosenberg

Depression kan have både biologiske, psykologiske og sociale årsager og kan vise sig på forskellige måder. Hos nogle kan den vise sig ved kropslige symptomer som fx smerter eller træthed. Hos andre er tristhedsfølelsen dominerende, og hos andre igen er ændringer i væremåde eller tænkning det mest tydelige.

Men uanset depressionens årsag, udløsende forhold og fremtræden udgør psykoterapi en vigtig del af behandlingen. I lettere og visse moderate tilfælde kan psykoterapien stå alene, og ved sværere depressioner, hvor behandling med medicin altid er central, er psykoterapi også et væsentligt led i behandlingen.

Nicole Rosenberg er chefpsykolog på Psykiatrisk Hospital i Århus. Hun er forfatter og medforfatter til flere bøger om psykiske lidelser og om kognitiv terapi.



terapiretninger

Terapiretninger

Der findes mange former for psykoterapi. De bygger på hver sin teori om depression og benytter sig af forskellige metoder i behandlingen. De følgende er blandt de mest kendte og anerkendte.

Psykodynamisk terapi

Den psykoanalytiske eller psykodynamiske terapi er den ældste psykoteraeutiske retning. Den har sine rødder i Freuds teorier om det ubevidstes indflydelse på udviklingen af personlighed og psykisk sygdom.

Den depressive tilstand forstås som udtryk for et omfattende ubevidst tab i den tidlige barndom. Dette medfører skyld, indadvendt aggression og en tilbøjelighed til at overlade styringen til andre mennesker.

Disse træk kan spores i den deprimeredes holdning til behandleren, og tolkning heraf er et væsentligt element i terapien.

Adfærdsterapi

Adfærdsterapi er en ældre terapiform. Den bygger på eksperimenter (især med dyr), der har belyst grundlæggende indlærings- og udslukningsprocesser. Dette har bidraget til forståelsen af indlæring, forstærkning og udslukning af uhenigtsmæssige og uønskede reaktioner, fx overdreven angst eller depressiv hjælpeløshed. Depression forstås som en reaktion på en livssituation, hvor al handling kan føre til straf, og hvor der sjældent gives ros. Herved mangler oplevelser af, at noget lykkes, og personen indlærer et opgivende reaktionsmønster.

I behandlingen tages udgangspunkt i den depressive adfærd. Personen hjælpes med at ændre på sin adfærd, således at han/hun opnår flere tilfredsstillende reaktioner fra andre og dermed får mere livsglæde.

Systemisk terapi

Denne terapiform beskæftiger sig med grupper, fx familier, og søger at finde de kommunikationsmåder og måder at opfatte hinanden på, der fastlåser den enkelte i bestemte roller – bl.a. den depressive. Terapien søger at få familien til at finde sine egne ressourcer og løse problemerne ved hjælp af disse.

Kognitiv adfærdsterapi

Denne type er både en videreudvikling af adfærdsterapien og en ny hovedretning. Tænkningen opfattes som central: Gennem hele livet oplever ethvert menneske gode, dårlige og "neutrale" ting. Disse oplevelser danner baggrund for personens opfattelse af sig selv, andre og fremtiden på et helt grundlæggende plan.

Disse grundopfattelser udformes derefter til leveregler. Grundopfattelser og leveregler udgør en slags indre form, som personen opfatter sig selv, andre og verden gennem. Det betyder, at nogle følelser og vurderinger vil dominere for personen, mens andre vil blive overset. Personen hører fx kun kritik og overhører ros. Dette indebærer en større eller mindre forvrængning af verden og en konstant påvirkning af selvopfattelsen.

En grundopfattelse kan fx være: "Andre er mere værd end mig". En leveregel, der bygger herpå, kan være: "Da jeg ikke har

samme værdi, bør jeg altid yde mere end andre". Denne leveregel fører til, at personen løbende påtager sig alt for mange pligter og opgaver og aldrig tager udgangspunkt i sine egne behov. Dette giver en overbelastning af sindet og medvirker til depressionens opståen, varighed eller alvor.

Det vil ofte være en eller flere negative begebenheder, der fører til, at dette tanke-mønster bliver dominerende. Herefter vil personen udvikle automatiske negative tanker om alt, hvad han/hun oplever. Dette medfører en ond cirkel af depressive følelser, kropslige symptomer, negativ tænkning og adfærd, der fremmer depression (fx isolation).

Det er de negative automatiske tanker, leveregler, grundopfattelser og forvrængninger, den kognitive terapi retter sig imod.

Psykoterapiens formål

Formålet med psykoterapi er altid at give patienten mulighed for at arbejde med sine problemer på en måde, der giver større livskvalitet. I moderne psykoterapeutiske forløb vil patienten ofte opnå

- mere viden om sin sygdom og om virksom behandling
- bedre indsigt i sin egen psyke – mere kendskab til følelser, tanker, handle-måder, traumer gennem livet og forbindelsen mellem aktuelle problemer og livshistorie
- bedre metoder til at analysere og løse psykologiske og medmenneskelige vanskeligheder og nedsætte symptomer

I et psykoterapeutisk forløb kan terapeut-
en være mere eller mindre styrende. Ikke-styrende metoder vil sige at være lyttende, rummende og give udtryk for forståelse og medfølelse. I den anden ende af spektret findes meget styrende metoder,

der fx omfatter undervisning i depression (psyko-edukation) og rådgivning.

De fleste psykoterapeutiske forløb omfatter ikke-styrende metoder. Men de mere styrende metoder bør imidlertid også være tilstede, da patienten netop ofte mangler bearbejdningsmåder overfor sine depressive symptomer og vanskeligheder.

På de næste sider omtales nogle styrende metoder. De fleste af dem stammer fra den kognitive terapi, men en række af dem findes også i andre terapiformer og hos terapeuter, der udvælger og blander metoder fra forskellige terapiretninger.

Varighed og form

Psykoterapi kan vare fra 1-3 måneder (ca. 10 gange) til mange år (over 100 gange) og fra en halv til halvanden time pr. samtalegang. Den kan foregå individuelt, i par eller i grupper. Grupper kan omfatte mennesker med samme problem – fx depression – eller med forskellige problemer.

Før terapien

Uanset hvilken terapiform, der vælges, kan personen stille nogle krav til det forløb, han/hun skal i gang med. Han/hun kan fx kræve

- at terapeuten – hvadenten det er en psykolog eller psykiater – har specielt kendskab til depression
- at behandlingen fokuserer på aktuelle vanskeligheder og ikke alene på problemer i opvæksten
- at behandlingens effekt løbende vurderes af patient og terapeut i fællesskab

Inden selve terapien begynder, holdes en eller flere forsamlinger mellem patient og terapeut, hvor den deprimerede fortæller sin livshistorie, herunder udviklingen af symptomerne og den aktuelle livssituation.

I forsamlingen præsenterer psykologen/psykiateren også sin metode, og begge parter vurderer, om der er basis for at begynde på et psykoterapeutisk forløb. Hvis dette er tilfældet, udarbejdes en problemliste. Den omfatter problemer med direkte forbindelse til de depressive symptomer (fx mangel på initiativ, lav selvfølelse, selvmordstanker) og problemer af mere almen art (fx vanskeligheder med børn, på arbejdspladsen, med ensomhed eller arbejdsløshed). Denne liste danner udgangspunkt for aftaler om terapiens formål og udgør en slags kontrakt mellem den deprimerede og terapeuten om behandlingens mål.

Adfærdsmetoder

Tidligt i terapiforløbet anvendes en række adfærdsmetoder. De har til formål at hindre eller mindske omfanget af depressiv adfærd og at tydeliggøre forbindelsen mellem depressive følelser/tanker og personens aktuelle levevis.

Aftenterapi

Aftenterapi er den enkleste adfærdsmetode. Patienten tænker hver aften tilbage på dagen og hæfter sig ved det mindst ringe – eller det bedste – der er sket i løbet af dagen. På denne måde imødegår man den deprimeredes tilbøjelighed til altid at hæfte sig ved det værste, det pinligste og det sørgeligste.

Aktivitetsregistrering

Aktivitetsregistrering er en udvidelse af dette princip: Patienten ser hver aften tilbage på alle dagens timer, angiver hvad han/hun foretog sig og afgør for hver enkelt handling/oplevelse, hvor meget lyst

denne gav (på en skala fra 0 til 10) og/eller hvor godt, han/hun klarede den (også på en skala fra 0 til 10).

Herved imødegår man den deprimeredes oplevelse af ikke at foretage sig noget, og/eller at alt er lige ulystbetonet. Metoden bidrager til at klargøre, hvilke tidspunkter på dagen og hvilke hændelser, der er mest kritiske, og hvilke aktiviteter der bedst modvirker det depressive stemningsleje.

Aktivitetsskemaer kan også anvendes planlæggende, således at en dag eller uge tilrettelægges med en passende fordeling af passive og aktive stunder, pligter og fornøjelser. Formålet hermed er gradvist at ændre på en livsform, der medvirker til at fastholde det depressive stemningsleje. Der kan være tale om for megen ensomhed og mange byrder, for megen ligen i sengen eller for lidt tid til sig selv.

Kognitive metoder

En række metoder retter sig direkte mod tænkningen. Det kan dreje sig om de negative automatiske tanker, om leveregler og forvrængninger.

I forbindelse med depression bliver tænkningen på alle niveauer pessimistisk, selvundervurderende og overdrevent selvkritisk. Tænkningen er helt afgørende for følelser og adfærd og dermed for fastholdelse eller forværring af de depressive symptomer.

En helt central metode er analyse og omstrukturering af tænkningen i situationer, hvor de depressive symptomer er særligt udprægede. Hensigten er at modvirke de automatiske negative tanker og at fremme mere selvunderstøttende, depressionsmodvirkende tanker. Disse tanker rummer patienten også, men de er utydelige og uvante at anvende. De automatiske negative tanker medfører og fastholder

depressionsfølelsen, mens de alternative tanker er mere nuancerede og realistiske og lægger op til handlinger, der bryder med depressive handlemønstre.

Der tages altid udgangspunkt i situationer, hvor patienten følelsesmæssigt har været belastet. Følelserne er det vigtigste for patienten. Det er tristheden, sorgen, ængstelsen, irritationen eller vreden, der motiverer personen til at søge hjælp. Formålet med metoden er derfor at forstå og bearbejde de tanker, der fremmer og fastholder depressive følelser.

Problemanalyse

Det første skridt er problemanalysen. Her adskilles den udløsende situation fra følelser, tanker og handling (se skemaet næste side).

Situation	Følelser	Automatiske negative tanker	Handling	Alternative tanker
Jeg er til familiefest i min svigerfamilie.	Ubehag, anspændthed, tristhed, ængstelse.	Jeg klarer det ikke. De kan se, jeg har det skidt. De synes, jeg er svag. De bryder sig ikke om mig. Jeg vil aldrig få et godt forhold til svigerfamilien, og så vil jeg få et besværligt liv.	Jeg prøver hektisk at konversere hele tiden for at skjule mine følelser og min usikkerhed.	Jeg er trist og ked af det for tiden. Derfor skal jeg passe lidt på mig selv. Jeg kigger efter, hvem jeg kan få det hyggeligt med. Hvis andre ser vrede eller sure ud, er det sikkert fordi, de har nogle ting at slås med selv. Grundlæggende kan jeg accepteres ligeså godt som alle andre tilstedeværende.

Omstrukturering

Det næste skridt er omstrukturering. Først undersøges og udfordres de automatiske negative tanker: Hvad bygger de på? Er de realistiske/sande? Hvad så, hvis de passer?

Herved viser det sig oftest, at personen meget ensidigt udvælger negative elementer i omgivelserne og generaliserer og overfortolker disse og henfører årsagen til selv, som fx: Min svigerinde ser sur ud → alle er sure → det er sikkert mig, hun ikke kan lide → det skyldes, at jeg er et dårligt menneske → ingen kan lide mig.

Herefter søger personen at få fat i alternative tanker: "Hvad kunne du tænke i stedet for?", "Hvad ville være mere realistisk at tænke?", "Hvordan kan du med din tænkning undersøgte fremfor at undertrykke dig selv?" Det undersøges, hvad de alternative tanker betyder for følelserne, og patienten afprøver såvel analysen som de alternative tanker i virkeligheden – derhjemme.

Hjemmearbejde

Det er i alle terapiens faser helt afgørende, at metoder og teknikker afprøves hjemme i forhold til de aktuelle vanskeligheder, depressionen indebærer.

ansvar

Ansvar/skyld

Andre kognitive metoder retter sig mod de leveregler, der fx indebærer at man påtager sig al skyld eller alt ansvar i givne situationer, eller at man undervurderer sig selv og overvurderer andre – samt overvurderer omverdenens krav. Metoderne kaldes *omattribuering*, dvs. “tillægge anden betydning”, og hjælper personen med at fordele skyld og ansvar på flere end sig selv og at opnå realistiske krav til sig selv og en mere nuanceret vurdering af andre/omverdenen.

Grubleri

En metode retter sig mod depressive grublerier (også kaldet *ruminaton*). De har ikke til hensigt at foretage en bearbejdning af tanker, i modsætning til de ovennævnte metoder. Formålet er fjerne opmærksomheden fra den grublende tænkning og dermed lette et følelsesmæssigt ubehag.

Eksempel

Depressivt udsagn: ”Problemerne med vores 14-årige datter er udelukkende min skyld.”

Forandret udsagn: “Der er mange grunde til problemerne med vores datter (hendes natur, hendes far, hendes kammerater m.v.)”

Fx kan personen instrueres i at se på – og nævne for sig selv – alt det hvide, man kan se i omgivelserne, eller at gennemgå alle kropsdele en for en i tankerne eller noget helt tredje.

Forebyggelse

Når man har haft en depression, er der stor risiko for, at flere depressionsperioder følger efter. Forebyggelse af tilbagefald er derfor vigtigt, både som en del af terapien, mens depressionen står på, og som et fortsat arbejde når man er blevet rask.

Forebyggelsen rummer flere strategier:

- At blive klar over hvilke situationer der i særlig grad udgør en personlig risiko for en ny depression.
- At blive klar over de tidlige tegn på at en depression er under udvikling, og at have en klar plan for hvad der skal gøres.
- At blive opmærksom på små tilbagefald og undgå at disse bliver forværret af depressiv tænkning.

I den forbindelse er det vigtigt løbende at holde gang i de metoder, man har indøvet i depressionsbehandlingen: Aftenterapi, registrering, analyse og omstrukturering samt afledning fra grublerier.

Det er endvidere vigtigt at give sine leveregler et grundigt eftersyn. De kan, som omtalt, føre til, at man konstant overbebyrder eller frustrerer sig selv.

Endelig må det overvejes, om bestemte forhold i ens livssituation og de målsætninger, man har for sit liv, bør ændres.

forebyggelse



PsykiatriFonden

Carl Nielsens Allé 9
2100 København Ø

tlf. 3929 3909

fax 3929 3915

pf@psykiatrifonden.dk
www.psykiatrifonden.dk