

Om depression, caseformulering & kognitiv hypnoterapi

af psykolog Lone Kærvang

Depressioner er mangfoldige i deres fremtoning, komplekse at behandle og har en tendens til at vende tilbage senere i livet. Derfor mener jeg, vi må arbejde multimodalt, når vi behandler depressioner. Vi må være kreative og fleksible som behandlere, samtidig med at vi har specialiseret viden og nogle klare rammer at tage udgangspunkt i. Depressioner må behandles grundlæggende for at forebygge tilbagefald. Som en klient udtrykte det: ”Jeg har været igennem en del behandlingsforløb tidligere, som umiddelbart betød, at jeg følte en lettelse, når jeg gik der fra. Men det har været som at sætte et plaster på et sår, uden at såret var blevet renset først. Mine problemer er vendt tilbage”.

Kognitiv terapi, der blev udviklet af A. Beck med henblik på behandling af depressioner, er én af de bedst dokumenterede virksomme behandlingsmetoder i forhold til depression. De traditionelle kognitive metoder virker imidlertid ikke på alle og de har en del begrænsninger. Derfor er den 3. bølge af kognitiv terapi blevet videreudviklet med Mindfulness- og Acceptance & Commitment Therapy. For os, der har erfaring med hypnose, er det ikke overraskende, at forskning viser, at hypnose forbedrer behandlingsudbytte. Den canadiske psykolog A. Alladin (2007) har gennem empiriske studier sammenlignet effekten af kognitiv terapi med effekten af kognitiv hypnoterapi. Han har fundet belæg for, at et kognitivt behandlingsforløb suppleret med klinisk

hypnose, kan forbedre behandlingsresultatet yderligere og sætte ind med tidligere bedring af tilstanden, bl.a. i forhold til de depressives angstsymptomer. Jeg er sikker på, vi kan finde gode argumenter for en 4. bølge inden for kognitiv terapi, hvor hypnosen yder væsentlige bidrag til behandlingsudbyttet.

Caseformuleringen

Noget af det, vi som hypnoterapeuter kan have gavn af fra den kognitive tradition, er ”caseformuleringen”. Caseformuleringen er en grundig behandlingsplan, der skaber retning for behandlingen ved at behandleren sammen med klienten formulerer hypoteser om de mekanismer, der har været medvirkende til at skabe og vedligeholde depressionen. Den giver klienten forståelse, forklaringer og overblik, og dermed håb i forhold til at der kan gøres noget, som kan vende klientens situation. Og den giver behandleren en struktur at styre efter.

Flere forskere¹ anbefaler en evidensbaseret case-tilgang til behandlingen, fordi den gør det kliniske arbejde mere systematisk og hypotesestyret. Når behandlingsarbejdet er styret af hypoteser, som løbende udvikles, kan man systematisk tilføje nye interventioner, hvis det er nødvendigt. I stedet for at ændre strategi på må og få. Caseformuleringen giver retning og evaluering gennem behandlingsprocessen.

¹ Persons, 1989, 2001, Davidson & Tompkins, 2001

Caseformuleringens indhold¹:

1. Problemliste.
Primære henvendelsesårsager. Psykologiske problemer, interpersonelle- og relationelle vanskeligheder. Arbejds-mæssige-, økonomiske-, somatiske/helbredsmæssige problemer, etc. Relationen mellem vigtigste problemer.
2. Symptomer, forhold vedr. behandling, mv.
Grad af depression, angstsymptomer, mv., medicin, sygdomsforløb. Disposition for psykisk lidelse og øvrige vanskeligheder. Tidligere behandling og udbytte heraf.
3. Kerneantagelser/jeg-tilstande.
Hypoteser om de underliggende mekanismer bag problemerne.
Kerneantagelser relateret til selvet, andre, verden og fremtiden/ Jeg-tilstande. Tilbagevendede hovedantagelser, rumination/negativ selvhypnose.
Ressourceorienterede kerneantagelser/jeg-tilstande.
4. Oprindelse af kerneantagelser/jeg-tilstande.
Opvækst: særlige forhold ved opvækstmiljøet, tidlige ugunstige livsbegivenheder, familiemæssige bånd, tilknytning, venskaber, skolegang etc.
Øvrige vigtige livsbegivenheder frem til nu.
5. Sammenhængen mellem problemerne og vedligeholdende mekanismer.
Udløsende faktorer i forhold til nuværende problemer. Forbindelsen mellem underliggende mekanismer, triggere og nuværende problemer. Leveregler og kompensationsstrategier ("hvis...så..."), kognitive forvrængninger/typiske måder at opfatte verden på.
6. Ressourcer og aktiver.
Livsomstændigheder, socialt netværk, personlige ressourcer, interesser, etc.
7. Arbejdshypnotese(r).
8. Behandlingsplan.
Mål, behandlingsmetoder, hyppighed, evt. supplerende behandling, hindringer.
Modtagelighed over for/ erfaring med hypnose.

Caseformuleringen udvikles i løbet af de første 2-4 sessioner; afhængig af kompleksiteten af klientens problemer og om der er tale om en akut krisesituation, der kræver bearbejdning. De forskellige punkter hænger sammen og forståelsen af dem fremkommer gennem dynamisk dialog. Selv om de første konsultationer i høj grad handler om at lytte, udrede, interviewe, undervise, tegne modeller og give overblik, indgår der også behandlingsinterventioner. Eksempelvis via analyse af tanker, følelser og adfærd i forskellige situationer (ved hjælp af det kognitive kolonneskema).

Som det helt centrale indeholder caseformuleringen en arbejdshypotese, der kan guide valget af behandlingsmetoder. Arbejdshypotesen (pkt. 7) bygger på en forståelse af klientens kerneantagelser (også kaldet skemata inden for kognitiv terapi), udløsende situationer og årsager, og hvordan de interagerer med hinanden og giver depressive symptomer. Personens kerneantagelser er dybe kognitive strukturer, som personen har haft det meste af sit liv, og som aktiveres i mange forskellige situationer. Kerneantagelserne har ifølge kognitiv teori en grundlæggende indflydelse på, hvordan personen føler, løser situationer og opfatter sig selv og omverdenen.

Teorien om kerneantagelser kan forstås sammen med ego state-teorien. En typisk depressiv kerneantagelse som ”jeg er værdiløs” svarer til jeg-tilstanden om ”at føle sig værdiløs”. Personligheden bestående af forskellige dele, er en genkendelig og brugbar metafor for de fleste mennesker. Udover at skrive de forskelle kerneantagelser op, kan

man tegne de forskellige jeg-tilstande, incl. de ressourceorienterede, som klienten kan have

gavn af at udnytte bedre². Selv om depressive personer har flere negative kerneantagelser, plejer de som regel at ruminere over én eller to hovedantagelser. De kan i mange tilfælde være uhyggeligt præsent for den depressive, de er selvnedvurderende og forbundet med skam. De ressourceorienterede kerneantagelser/jeg tilstande, som er vigtige at få med i caseformuleringen, er som regel svage i starten af forløbet. Derfor har klienten gavn af ”et par aktivt lyttende ører” til at tydeliggøre dem (og en tranceoplevelse til at (gen)oplive og forstærke dem).

I forlængelse af forståelsen af kerneantagelserne - herunder hvor de stammer fra - er det vigtigt at få de vedligeholdende mekanismer tydeliggjort for klienten. Leveregler eller copingstrategier er adfærdsmønstre, som vedligeholder eller kompenserer for kerneantagelserne. F.eks. det at arbejde hårdt for at føle sig respekteret, kan vedligeholde oplevelsen af aldrig at gøre det godt nok, fordi tilstrækkelig tydelig belønning ofte udebliver. Et sådan mønster forstærkes, når man har depressive måder at opfatte verden på, som sort-hvidtænkning eller fokusering på negative deltaljer og fejl, der betyder, at den depressive evaluerer sig selv negativt og unuanceret.

Arbejdshypotesen er en opsummering af kerneantagelserne, jeg-tilstandene, udløsende situationer og årsager, og hvordan de interagerer med hinanden og fører til depressive symptomer.

På baggrund af caseformuleringen og arbejdshypotese(r)n(e) kan der lægges en be-

² Klienten kan evt. få til opgave at lave en collage over sine jeg-tilstande, sådan som Woltemade Hartmann introducerede på et kursus i København sidste år. Det er en givende proces for klienten at skabe collagen og den kan fungere som en visuel behandlingsplan.

handlingsplan med mål (gerne konkrete hand-
leorienterede-mål, da de er lettest at evaluere),
mulige behandlingsmetoder, hyppighed for
konsultationer, interventioner, og evt. hin-
dringer.

Hvordan hypnose kan indgå i forløbet, ind-
drager jeg også i caseformuleringsprocessen.
Dels kan klienten kan have gavn af umiddel-
bar ”antidepressiv lindring” (en behagelig
oplevelse, der giver ro og vækker håb), dels
kan han have gavn af at begynde at træne
selvhypnose. Det kan give en tidlig indikation
på, hvordan klienten responderer på hypnose.
Jeg oplever ofte, at depressive i starten har
svært ved at gå i trance, fordi de bliver kede
af det, når de vender opmærksomheden indad.
De kan have svært ved at koncentrere sig eller
få præstationsangst og devaluerende tanker
om, at de ikke kan finde ud af det. Men da
mange depressive er belastede af rumination,
dvs. tendensen til ufrivilligt at have negative
tanker kværende rundt i hovedet, kan man
sige, at de har stor erfaring med negativ selv-
hypnose. Og højt hypnotiserbare har en ten-
dens til at blive mere involveret i deres rumi-
nationer, har Alladin fundet frem til (Alladin
2007)³.

Klientens oplevelser med hypnoterapi og
ihærdighed med at lære det, er afgørende for,
hvor meget hypnosen kan bidrage til behand-
lingen. Jeg har set eksempler på, hvordan kli-
enter, der de første gange gav udtryk for, at de
ikke oplevede at være i trance og ikke fik sær-
lig meget ud af det, alligevel pludselig ople-
vede et stort udbytte, når de gennem en perio-
de trænede selvhypnose med en CD, jeg hav-
de indspillet til dem. Mirakler kan ske gen-
nem egen indsats, selv når det ser håbløst ud –
og det er jo en gavnlig erfaring for en depri-
meret person.

Eksempel

Jeg vil nu give et eksempel på en caseformu-
lering for en 40 årig mand, som jeg kalder
”Lars”. Behandlingsforløbet var på 11 konsul-
tationer fordelt over ½ års tid. Jeg beskriver
til sidst, hvordan hypnoterapien forløb.

³ Selv om der er stor forskel på en persons respons på
en standard hypnotiserbarhedstest og en individuelt
tilpasset induktion givet af en behandler, man har op-
bygget tillid til, er Alladin af den opfattelse, at klienter,
som scorer lavt på en standardtest, ikke får det maksi-
male udbytte af hypnoterapi. De har lige så meget
udbyttet af visualiseringsøvelser og afslapning, ifølge
ham.

Caseformulering for klienten Lars

1. Problemliste.

Henvendelsesårsager: Lars henvender sig til mig, fordi han har brug for hjælp til at slippe af med sine mindreværdsfølelser. Han vil gerne være mindre afhængig af ros og anerkendelse, og slippe af med sin stræben efter at være den bedste. Centralt for ham er angsten for nærhed, for afvisninger og for konflikter med andre. Lars har været sygemeldt to gange på gr. af depression og stress, men er i arbejde igen, da han kommer hos mig. Symptomerne, som Lars især er plaget af, er mangelfuld energi, træthed, manglende glæde og lyst (herunder sexlyst), selvbebrejdelser, tristhed og tomhed. Han føler sig handlingslammet.

Dårlige arbejdsvilkår: Han har haft et psykisk krævende arbejde gennem en årrække, men det sidste års tid har han arbejdet $\frac{3}{4}$ af arbejdstiden med et IT-projekt. Han er glad for projektarbejdet, men hans jobsituationen er uafklaret, og der er en del problemer. Han oplever en manglende anerkendelse af sin arbejdsindsats med implementering af nye tiltag i organisationen, bl.a. har han ikke sit eget kontor/ kontorplads, han deltager ikke ved ledelsesmøder, får ikke svar på ting, og møder med ham bliver aflyst.

Ægteskabelige problemer: Lars er gift med Lotte. De har to mindre børn. Objektivt set er de presset som mange børnefamilier. De har begge fuldtidsarbejde, børnene sover ikke igennem om natten, der er mange praktiske opgaver, osv. Han oplever at Lotte anklager ham for manglende initiativ til familieaktiviteter. Han nyder at være sammen med børnene i en leg på gulvet, eller inddrage dem i praktiske opgaver. Mens hun tilbyder dem kreative, pædagogiske aktiviteter. Han er selv tilfreds med det, han tilbyder af samvær med børnene, men han føler, han taber en diskussion med konen hver gang. Han oplever, at Lotte ofte kommenterer negative ting og er fejlfinder, f.eks. hvis han har overset at tørre bordet af eller at roserne, han forærer hende, har for lange stilke.

Han beskriver, at de lever sammen som venner, idet det mest er praktiske ting, de samarbejder om. Han har mistet lysten til sex. Han har forsøgt at tilfredsstille hende så godt som muligt, og tilsidesat egne behov. På den måde er sex blevet pligtbetonet for ham.

Økonomiske/andre problemer: De har store problemer med en feriebolig, de har købt, den skal gennemgribende renoveres, og de skal samtidig holde ferie der. Deres økonomi er dårlig.

Fysisk tilstand og overvægt: Lars har det dårligt med sig selv, på gr. af sin dårlige kondition og overvægt. Han vejer ca. 25 kg for meget. Han har tidligere svinget i vægt, men har kunnet tabe sig igen ved at være meget viljestærk. I dag vil vægttabet nødvendigvis skulle gå noget langsommere på gr. af livet som familiefar.

2. Symptomer, forhold vedr. behandling, mv.

Lars får antidepressiv medicin (20 mg Cipralext). Jeg vurderer ham moderat deprimeret, da han starter behandling. Medicinen har hjulpet ham til at få lidt forbedret energi, så han kunne genoptage

arbejdet. Moder og begge søskende har også depression. Han mener moderen måske fik en fødselsdepression, da han blev født. Han har ikke tidligere været i psykoterapi.

3. Kerneantagelser/jeg-tilstande.

Kerneantagelser – jeg tilstande, der har ført til depressive symptomer:

Jeg er ikke god nok

Jeg skal gøre mig fortjent til at blive elsket

Det er farligt at have konflikter med andre

Det er farligt at vise nærhed og omsorg for andre

De ressourceorienterede kerneantagelser:

Jeg er god nok

Jeg yder en værdifuld indsats, har gode kompetencer

Jeg har en stærk vilje

Jeg er en god far

4. Oprindelse af kerneantagelser/jeg-tilstande.

Familie- og udviklingshistorien: Lars' forældre blev skilt, da han var 3-4 år. Faderen var fraværende gennem barndommen, og Lars oplever, at han aldrig har været der, når det gjaldt. Moderen flyttede med Lars og hans to mindre søskende til en større by, da Lars var 9-10 år. Da moderen skulle tage uddannelse ved siden af sit arbejde, fik Lars meget ansvar for sine søskende og for hjemlige opgaver udover fritidsjob og skole. Allerede som 13 årig skulle han bidrage til huslejen ved at gå med aviser. De havde begrænsede økonomiske midler sammenlignet med hans jævnaldrende skolekammerater. Lars boede 10-12 forskellige steder i Jylland gennem sin opvækst.

5. Sammenhængen mellem problemerne og vedligeholdende mekanismer.

Leveregler:

Hvis jeg yder en ekstraordinær indsats/ er den bedste, er der større chancer for at blive accepteret og elsket.

Jeg skal sørge for at leve op til andres forventninger, så jeg ikke bliver afvist eller forladt.

Kognitive forvrængninger:

Enten-eller-tænkning: Det kan være lige meget, hvis det ikke er perfekt. Uanset hvor stor indsats jeg gør, er det aldrig helt godt nok. Når jeg ikke kan tabe mig hurtigt, kan jeg lige så godt lade være at gøre en indsats.

Personalisering: Når jeg bliver overset eller ikke ros/anerkendt, er det fordi jeg ikke er god nok. En konkret kritik er lig med at jeg er en dårlig person ("Når hun synes rose-stilkene er for lange, er hun også utilfreds med mig").

Et barn er afhængig af sine forældres kærlighed og omsorg. Lars er blevet pålagt for meget ansvar under sin opvækst, i forhold til praktiske opgaver i hjemme, søskende, økonomi, osv., i stedet for at

få lov til at være barn. Han er ikke blevet mødt med alderssvarende og kærlig omsorg og opbakning af sin moder. Moderen har formentlig været deprimeret under hans opvækst, eller i hvert fald haft vanskeligheder med indlevelse og nærvær. Han er blevet svigtet af sin fader. Det har påvirket hans selvværd.

Det har givet problemer i parforholdet, at han har været igennem en langvarig frigørelse fra sin dominerende mor. Han har vanskeligt ved nære relationer, fordi det var forbundet med "smerte" som barn. Han oplevede at de depressive symptomer tiltog i forbindelse med et kærestebrud (da hans første længerevarende forhold sluttede for en del år siden).

Han er sårbar over for kritik og afvisning. Han trækker sig derhjemme og mister initiativ, fordi han oplever at hans initiativer og indsats aldrig er godt nok. Når han oplever ikke at kunne leve op til Lottes forventninger, bliver han bange for, at hun går fra ham og føler sig ikke elsket. Lotte fremstår som en "fejlfinder". "Parforholds-cocktailen" mellem en person, der er sårbar over for kritik og en person, der kritiserer fejl frem for at anerkende gode tiltag, er med til at aktivere Lars' depression.

Han har arbejdet meget siden han var barn, nærmest for at overleve. Hans depression er udløst af overbelastning kombineret med manglende anerkendelse. Han ser en udvej i at komme fra skiftende arbejdstider til en mere overordnet projektstilling. Men der er en række konkrete, tydelige tegn på, at ledelsen hverken ser ham eller bakker hans indsats for nye tiltag tilstrækkeligt op. Dette aktiverer følelsen af ikke at være god nok, og angsten for at blive afsløret.

6. Ressourcer og aktiver.

Lars har opbakning fra sin fader til at gå i terapi (faderen betaler forløbet). Lotte bakker moralsk op. Han har arbejde og familie. Men han har et begrænset socialt netværk, han sjældent ser. Han savner nære venner. Arbejdet og familielivet fylder hans tid.

Han er motiveret for forandring; problemerne har stået på i en årrække. Han har potentiale og viljestyrke i forhold til at skabe positiv forandring. Han har gode erfaringer med kunne være stædig fra periode med vægttab. Han kan lide at lede og koordinere, gribe ind i forhold til andres behov, vinde og være den bedste. Han har ressourceorienterede basale antagelser, selv om de i begyndelsen af forløbet ikke er fremtrædende for ham selv.

7. Arbejdshypotese.

Kerneantagelsen om ikke at være god nok er blevet aktiveret, fordi han gennem mange år har stræbt efter at yde en særlig arbejdsmæssig- og familiær indsats, uden at få tilstrækkelig anerkendelse for det. Han er bange for at blive afvist/ ikke elsket, hvis han ikke yder en indsats, der lever op til andres forventninger. Han har derved mistet energi og lysten til initiativ mere og mere, og har trukket sig følelsesmæssigt af frygt for afvisning.

8. Behandlingsplan.

Mål:

At få mere energi, lyst og glæde

At få styrket egne ressourcer og troen på sig selv og egne kompetencer.

At erkende og anerkende egne behov, turde stå ved dem, stille krav og tage konflikter.

At få mere klarhed over sine arbejdsforhold (forbedret samarbejde med ledelsen om bedre arbejdsbetingelser).

At få afstemt forventningerne derhjemme, at bakke hinanden mere positivt op, at kommunikere bedre.

At styrke kærlighedslivet.

At tabe sig i vægt og være mere fysisk aktiv.

Metoder:

Kognitiv terapi:

- analyse af ægteskabelige- og arbejdsmæssige konflikter, nuancere tænkning, turde nærhed.
- træning i forbedret, direkte kommunikation og konfliktløsning.
- bearbejdning af basale antagelser og traumer, der ligger bag depressionen.
- styrke alternative, ressource orienterede antagelser om sig selv.

Hypnoterapi: (som jeg vil beskrive i det efterfølgende)

- styrke antidepressive mønstre: følelser af fornyet energi, ressourcer, indre styrke og håb.
- ego state terapi med regression til barndomsoplevelser mhp på heling af traumatiske oplevelser og styrkelse af ressourcer
- styrke ressourcer og tillid til sig selv og egne problemløsningsevner

Hvordan forløb hypnoterapien?

Lars er åben over for at prøve hypnoterapi. Han kender tilstanden fra da han overvågede dårlige intensivpatienter. Han sad gennem mange timer med patienten i hånden og "gik i trance", men kunne vågne så snart, der var behov for det. Vi inddrager hypnose i 5. session, hvor Lars stadig føler sig deprimeret og handlingslammet. Han har tabt sig lidt ved at nedsætte mængden af mad og cykle på arbejde. Vi starter med at arbejde med at skabe håb og visioner for fremtiden. Jeg laver en Ericksonian-inspireret session med metaforer vedr. håb og forandring, og sætter gang i en proces, hvor han skaber visioner for fremtiden, med henblik på at bringe ham ud af handlingslammelsen. Som forventet har Lars let ved at gå i trance. Han tilbagemelder efter seancen, at det gav god mening for ham, og han føler sig bedre i stand til at handle. Han oplever at have fået fornyet energi af det.

De efterfølgende gange arbejder vi bl.a. med de hjemlige problemer, og sammenhængen mellem nuværende selvusikkerhed og barndomstraumer. Lotte ønsker han skal være mere deltagende derhjemme. Han bliver tom i hovedet og desillusioneret, når Lotte beder ham om idéer til, hvad familien skal foretage sig sammen. I 8. session arbejder vi med ego state terapi efter SARI-modellen⁴. Under problemdelen tager vi kontakt til jeg-tilstanden

⁴ Den terapeutiske metode (SARI-modellen) består af 4 faser:

S-fasen, hvor der fokuseres på sikkerhed og stabilitet

A-fasen, hvor der tages kontakt til det traumatiske materiale

R-fasen, hvor traumat/symptomet bearbejdes og søges omstruktureret.

I-fasen, hvor problemet søges integreret med udvikling af en ny identitet.

om ikke at være god nok, der viser sig som følelsesmæssig tilbagetrækning og angsten for ikke at leve op til ægtefællens forventninger. Han kommer under trance tilbage til en situation som 3-4 årig, hvor faderen havde forladt dem og moderen sidder i en stol og græder. Han går hen til moderen for at trøste hende, men bliver i stedet slået med en tæppebanker. Han oplever det som en stor afvisning. Under terapien arbejder vi med at hele denne afvisningsoplevelse og følelse af utilstrækkelighed, ved at opleve nærvær med moderen, hvor han oplever at blive accepteret, at kunne give og få trøst, og få kærlighed fra moderen. Under future pacing oplever han at få kærlighed fra ægtefællen og genvinde glæde og lyst i forhold til familiesamvær.

Han har det godt bagefter, og giver udtryk for udbytte af processen. Dét, der kommer frem i Ego state terapien giver et klart billede af sammenhængen mellem moderens afvisning af Lars' gode intentioner (i en meget tidlig alder), og ægtefællens nuværende kritik af Lars' bidrag til familien, der af Lars opleves som "verbale tæsk" (at lege på gulvet med børnene, lave mad, osv. tæller ifølge Lars ikke med i Lottes regnskab). Moderens mange krav til Lars' ansvar i familien gennem barndommen forstærker denne tidlige oplevelse, og gør at Lars stræber efter at leve op til sin mors forventninger af frygt for at blive afvist.

Da han kommer igen i 9. session, tilbagemelder han, at han har haft det meget bedre siden hypnoterapien. Han har været mindre træt og haft fornyet energi. Der er dukket erindringer frem, om positive følelser fra moderens side, og de fylder nu mere. Desuden har han arbejdet alene noget tid i deres fritidshus, mens ægtefællen tog sig af børnene. Han synes, det har været dejligt for ham med konkret arbejde, og at Lotte har anerkendt denne indsats.

De har dog stadig en del kommunikationsproblemer.

I forhold til sin jobsituation, har han konfronteret ledelsen med en del problemerne, og han vil arbejde videre med at gøre sin indsats mere tydelig.

En måned senere har Lars det meget bedre, og på mange områder rigtig godt. De har været på familie-ferie, hvor de havde 3 dage uden at skændes. Lars kan stadig føle, at han ikke er god nok. Vi taler om skammen, han som barn oplevede over deres fattige hjem alene med moderen. Og det store ansvar han havde for hjemmet, økonomien og sine små søskende. Han husker f.eks. en vinterdag som 9 årig, hvor hans hænder var så frosne, at han ikke kunne låse hoveddøren op for sig selv og sine søskende. De måtte gå hen til en nabokone, hvor de fik varme og omsorg. Han husker, det var trist, at omsorgen måtte komme fra en fremmed frem for fra sin moder.

Jeg laver en hypnosession mere med ham i 10. session, hvor vi tager kontakt til hans indre styrke og hans indre rådgiver, for at få hjælp til selvværdsproblemet. Lars kommer dybere i trance. Rådgiveren fremstår som hans gamle klasselærer gennem 8 år i Folkeskolen. Selv om han ikke kunne høre hans råd helt klart, kunne han komme i kontakt med at være god nok. Han vil fremover øve sig mere i at sige "pyt", stå ved fejl, som sker i en travl hverdag, prioriteringer, osv.

Da vi afslutter terapien i 11. session har Lars det godt. Han er blevet bedre til ikke at tage ting personligt, har forbedret energi, og er ikke deprimeret. Han har haft stort udbytte af forløbet, både de indledende/afklarende samtaler samt hypnosen. Han beskriver, hvordan han tør gøre nye ting helt af sig selv, uden at

være særlig bevidst om det: ”Det er som om jeg finder nye stier på en græsplæne, der endnu ikke er betrædt”.

9 måneder senere, da jeg kontakter ham i forbindelse med, at jeg vil bruge hans case, skriver han, at han har det godt med sig selv. På hjemmefronten kører det også godt. De har færre skænderier, mere sex og mere tid sammen. På arbejdet har hans chefer indset, at han rent faktisk har styr på tingene. De holder ugentlige møder og hans projekt kører på skinner.

Konklusion

Caseformuleringen med hypoteser om mekanismerne bag depressionen og de vedligeholdende faktorer kan guide vores behandlingsvalg. Jeg valgte at illustrere det med Lars’ forløb, fordi hans depressive symptomer tydeligvis hænger sammen med hans livsforløb. Desuden kunne han på så fin en måde give udtryk for sit udbytte af hypnosen. Jeg synes, ego state terapien med Lars illustrerer, hvordan denne metode kan ”samle” og hele det

allermest centrale i forhold til arbejdshypotesen.

Lars fik det godt inden for relativt kort tid, og resultatet er holdt ved og yderligere forbedret, siden vi afsluttede forløbet. At Lars’ depression var aftaget noget på gr. af medicinen, inden han påbegyndte forløbet, har virket fremmende for arbejdet med de mange vigtige mekanismer, som medicinen ikke kunne løse. Mange depressive kan være væsentligt mere fastlåste i depressiv håbløshed og rumination i begyndelsen af et forløb end Lars var, hvilke stiller større krav til både terapeut og klient, og kræver inddragelse af flere metoder for at depressionen letter. Lars formåede at forandre forhold i sin hverdag, dvs. omsætte indsigt til handling, og omgivelserne ser også ud til at have spillet med. Desuden havde Lars gode hypnotiske evner, og han oplevede, at hypnosen fik forandringer til at ske at ske uden han skulle anstrenge sig. Til forskel fra kognitiv terapi, der ofte er hårdt arbejde for klienten. Alt sammen er med til at fremme udbyttet – og gøre det ekstra meningsfyldt at behandle depressioner og arbejde med hypnose!

Udgivet i Hypnoterapi, medlemsbladet for Dansk Selskab for Klinisk Hypnose december 2011

Litteratur

Alladin, A. (1989). Cognitive-hypnotherapy for depression. In Waxman, D., Pederson, D., Wilkie I., Mellett, P. (Eds.), *Hypnosis: The 4th European Congress at Oxford*. London: Whurr.

Alladin, A. (2006). Cognitive hypnotherapy for treating depression. In: R. Champman (ed.) *The Clinical Use of Hypnosis with Cognitive Behavior Therapy: A Tractitioner's Casedbook*, pp. 139-187. New York: Springer.

Alladin, A. (2007). *Handbook of cognitive hypnotherapy: An evidence-based approach*. Lippincott: Williams & Wilkins.

Alladin, A., Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An Empirical Investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166. Routledge: Taylor & Francis Group.

Alladin, A. (2009). Evidence-based cognitive hypnotherapy for depression. *Contemporary Hypnosis*, 26, 245-262.

Hubble, M.A., Miller, S.D. & Duncan, B.L. (1999). *The heart and soul of change: what works in the therapy*. New York: American Psychological Association.

Persons, J.B., & Davidson, J. (2001). Cognitive-behavioral case formulation. In K. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 86-110). New York: Guilford Press.