

At åbne klientens øjne, mens de er lukkede

Om klinisk hypnose i kombination med kognitiv terapi ved behandling af depressioner.

Kognitiv Hypnoterapi – Af Lone Kærvang

Som privatpraktiserende psykolog med ydernummer oplever jeg stor efterspørgsel fra klienter med depressive symptomer, ofte i kombination med angst. Ifølge WHO er depression den fjerdehyppigste sygdom i verden og vil blive den næstmest udbredte i 2020 (WHO, 1998).

Depression påvirker personen både følelsesmæssigt, kropsligt, adfærdsmæssigt og kognitivt, og selv om depression i mange tilfælde kan behandles med psykoterapi og/eller antidepressiv medicin, er der mange, som ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen eller har problemer med depressive tilbagefald (Alladin, 2009). Derfor er der fortsat grund til at videreudvikle behandlingsmetoderne.

Kognitiv terapi er en af de terapiformer, der er bedst dokumenteret som virksom i forhold til depression. Den er anerkendt på tværs af faggrænser og efterspurgt af klienter. De kognitive metoder bliver hele tiden videreudviklet, og gennem de senere år har der været fokuseret på mindfulness meditation og acceptance & commitment therapy.



Jeg vil her illustrere, hvordan klinisk hypnose med fordel kan anvendes i depressionsbehandlingen i kombination med kognitiv adfærdsterapi. Det er min erfaring, at hypnose kan accelerere processen og fremme udbyttet af terapien, hvilket understøttes forskningsmæssigt. Kognitiv hypnoterapi er en evidensbaseret multimodal behandlingsmetode, som kan anvendes i forhold til et bredt udvalg af depressive klienter inden for korttidsterapeutiske rammer (Alladin, 2009).

Mange klienter har udbytte af kognitive metoder. De evner at implementere mere nuancerede måder at tænke på, opnår symptomlindring og får det generelt bedre. Som psykolog møder man imidlertid også klienter, hvor de kognitive metoder ikke er tilstrækkelige. En del klienter kan have svært ved at lægge afstand til de depressive tanker. De bliver ved med at føle sig triste, være kede af det uden grund og føle lavt selvværd. En del klienter magter ikke at eksponere. De får dermed ikke nye erfaringer, der imødegår deres negative fortolkninger. Der er ofte tale om personer, som i årevis har haft svært ved at bryde det depressive mønster, og hvis negative tænkning er rigid. Mange kender sikkert til at sidde med en depressiv klient og forsøge at skabe håb og muligheder, men hvor interventionerne forekommer virningsløse.

Mens traditionelle kognitive metoder har hovedfokus på systematisk og bevidst kognitiv omstrukturering via ræsonnement og sokratisk dialog, fokuserer hypnoterapi traditionelt på ikke-bevidste processer, herunder reframing af tanke-mønstre og oplevelser (Alladin, 1989). Gennem den kognitive terapi lærer klienten forskellige metoder, som sætter denne i stand til at undersøge og modificere sine depressive overbevisninger og adfærd. Hypnose er en mere oplevelsesorienteret og følelsesmæssigt-kropsligt forankret metode. Metoderne komplementerer hinanden, og der er en del ligheder mellem dem, hvilket gør det naturligt for klinikere, som har erfaringer med begge retninger, at integrere dem i et behandlingsforløb. I kognitiv hypnoterapi bruges hypnosens til at forstærke effekten af den kognitive terapi, blandt andet ved at øge klientens koncentrationsevne, fremme adgangen til ikke-bevidste processer og facilitere alternativ tænkning og nye oplevelser (Alladin, 2009).

Virker klinisk hypnose?

Klinisk hypnose kan almindeligvis ikke stå alene, men anses for at være en metode, der anvendes sammen med andre terapiformer. En række meta-analyser dokumenterer positive resultater med hypnoterapi sammenlignet med andre behandlingsformer ved behandling af smerter, angst og overvægt (Allison & Faith, 1996; Astin et al., 2003; Montgomery et al., 2002; Kirsch, 1996; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Montgomery, DuHamel & Redd, 2000; Zachariae, Jorgensen, Bjerring, & Svendsen, 2000). Det er min erfaring, at hypnose er en meget effektiv metode i forhold til afgrænsede problemstillinger. Fx kan en klient på én eller få sessioner behandles for fobier eller rygeafhængighed.

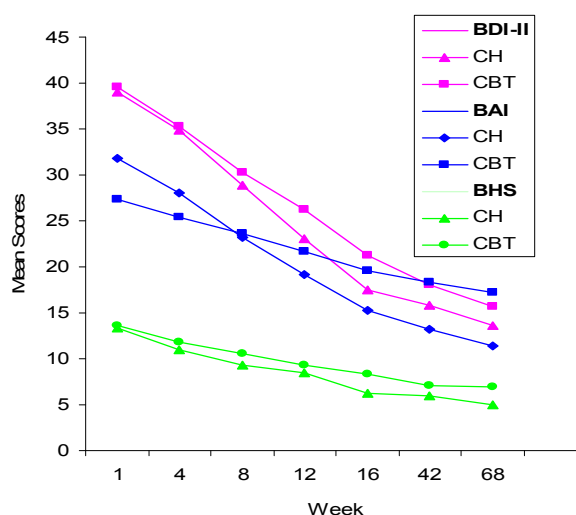
Inden for de senere år er det også blevet anerkendt at anvende hypnose til depression. Yapko var en af de første, der argumenterede for, at hypnose kan forbedre behandlingen af depression. Alladin og Alibhai publicerede i 2007 resultaterne af den første kontrollerede undersøgelse af klinisk hypnose til depression, som levede op til APA's kriterier for empirisk evaluerede psykologiske behandlingsmetoder (Alladin, Alibhai, 2007). I undersøgelsen sammenlignede de behandlingsudbyttet for to grupper depressive klienter, der havde været under behandling med henholdsvis kognitiv-adfærdsterapi (CBT) og kognitiv hypnoterapi (CH).

Der deltog 42 klienter i hver behandlingsgruppe. Inklusionskriteriet var "chronic major depressive disorder" (DSM-IV-TR) og en forhistorie med antidepressiv medikamentel behandling gennem mindst 6 måneder. Klienterne gennemførte en behandling på 16 ugers varighed, med opfølgning efter 6 måneder og 12 måneder. Deres angst, depressions- og håbløshedsniveau blev evalueret 7 gange i projektet fra behandlingsstart til 68 uger efter. Det fremgår af deres resultater at klienterne fra begge behandlingsgrupper signifikant forbedret deres score i forhold til udgangspunktet ved behandlingsstart. Der skete i løbet af de 68 uger et fald i BDI-gennemsnitsscore fra 39 (svær depression) til 13,6 (minimal grad af depression) for klienter behandlet med kognitiv hypnoterapi. For klienter behandlet med kognitiv terapi skete der et fald fra BDI-gennemsnitsscore 39,6 til 15,7 (mild depression). Effektberegningerne viste, at klienterne, der havde været i behandling med kognitiv hypnoterapi, opnåede 6 %, 5 % og 8 % større reduktion i henholdsvis depression, angst og håb-

løshed end gruppen, der blev behandlet med kognitiv terapi. I forhold til angst- og depressionssymptomer faldt kurverne for kognitiv hypnoterapi hurtigere. Allerede efter 16 uger scorede klienterne i kognitiv hypnoterapi gennemsnitlig 17,5 på BDI-testen (svarende til mild depression), hvilket omtrent er det niveau, som gruppen med kognitiv terapi når ned på ved sidste testning.

Undersøgelsen dokumenterer, at hypnoterapi integreret med kognitiv terapi kan forbedre behandlingseffekten i forhold til kognitiv terapi alene. Den forklarer imidlertid ikke, hvilke af de hypnoterapeutiske elementer, som indgik i behandlingen, der er særligt virksomme, eller hvorfor hypnose virker. Der bør derfor gennemføres flere empiriske undersøgelser.

Fig. 1. Reduktion i angst (BAI), depression (BDI-II) og håbløshed (BHS) (Alladin & Alibhai, 2007).



Hvordan opleves hypnose?

Det grundlæggende ved hypnosens er trancetilstanden, en bevidsthedstilstand, hvor ens opmærksomhedsfokus er mere koncentreret, indadvendt og fokuseret, end når vi er ved almindelig vågen bevidsthed. Hypnotiske tilstande er hyppigt naturligt forekommende (Spiegel & Spiegel, 1978). De fleste kender fx til at være så opslugt af en god bog eller film, at man udelukker andre input. Vi har i denne tilstand en selektiv opmærksomhed og er mere fokuserede på sansekvaliteter. Tænkningen bliver mere konkret og den logiske/rationelle tænkning sættes i baggrunden. Yapko (2003) kalder det trancelogik, fordi personen i trance accepterer noget, der er ulogisk eller umu-

ligt. Personen i trance er mere modtagelig for ny læring, og der er øget modtagelighed for suggestioner. Personen får endvidere lettere adgang til spontane associationer, følelser og tidligere oplevelser, og de indre oplevelser virker ofte meget levende og intense.

For at inducere trancetilstanden bruger psykologen sproget og stemmeføringen på særlige måder og skræddersyr valget af ord og metoder til den enkelte person. Psykologen kan vælge direkte induktionsmetoder, fx progressiv afspænding, og han kan anvende metaforer og historier. Under hypnoterapien inddrager psykologen målene for terapien og det indgående kendskab, han har fået til klienten gennem samtale, herunder informationer om klientens ressourcer og oplevede kvaliteter ved foretrukne aktiviteter. Man kan i høj grad skræddersy hypnoterapien til klienten, blandt andet ved at indflette klientens personlige, værdiladede ord i processen. Kontakten mellem behandler og klient er både intens, rummende, omsorgsfuld og fleksibel. Behandleren kommer også selv ned i roligere gear og får dermed forøget adgang til sin egen kreativitet og fantasi i forhold til at åbne op for nye muligheder for klienten.

Mange klienter er usikre første gang, de prøver hypnose, idet de frygter at skulle "afgive kontrollen" til en anden person eller synes, det er svært at slippe forstyrrende tanker undervejs. Når de har prøvet det nogle gange, føler de sig mere trygge og erfarer, at de bevarer deres integritet i situationen. Efterhånden går de i trance både hurtigere og dybere. Klientens hypnotiserbarhed har betydning for, hvordan behandlingen forløber. De færreste er enten meget let eller meget vanskeligt hypnotiserbare, mens de fleste tilhører den store mellemgruppe, der har gavn af lidt træning for at gå i trance. Alladin & Alibhai (2007) konkluderede, at klienter med moderat til høj grad af hypnotiserbarhed opnåede de bedste behandlingsresultater i begge behandlingsgrupper, og at de moderat-høj hypnotiserbare, der fik kognitiv hypnoterapi, var dem, der opnåede den største angstreduktion under behandlingsforløbet.

Klienterne oplever i langt de fleste tilfælde letelse, indre ro, styrke, velbehag og større håb efter hypnoseseancen. De vil lige efter seancen ofte have trang til at lade tingene bundfælde sig. Det bør man respektere, da den fulde virkning af forløbet har brug for tid til lagring (Tschugguel, 2009). De indsigter, der umiddelbart kommer ud af hypnosen, er ofte enkle, men dybt følte. Klienterne

oplever ofte en klarhed i tanken og at en alternativ tanke har bundfældet sig. Vel at mærke en tanke, der kommer indefra, fra personens egen personlighedskerne.



Hvordan kan hypnose inddrages i depressionsbehandlingen?

Det er forskelligt, hvornår og hvordan hypnose inddrages i behandlingsforløbet. Det primære sigte med hypnose er at fordybe personen i en sindstilstand, som fremmer arbejdet med de terapeutiske mål.

Yapko (1992) fremhæver blandt andet følgende grunde til at inddrage hypnose i depressionsbehandlingen: a) Hypnose forstærker subjektive oplevelser. b) Hypnose er en effektiv metode til at påvirke depressive tanke-/føle-/adfærdsmønstre. c) Hypnose faciliterer ny læring og nye erfaringer. d) Hypnose hjælper klienten til at forestille sig nye måder at respondere på. e) Hypnose skaber ændringer af den indre virkelighed. f) Hypnose hjælper til at skærpe klientens fokus i forhold til terapimålene.

Jeg vil i det følgende beskrive nogle af de hypnoterapeutiske metoder, som kan inddrages i depressionsbehandling.

At skabe håb. Et depressivt kernesymptom er håbløshed. I starten af terapien føler depressive klienter typisk håbløshed, mistænksomhed og utålmodighed, men også håb om, at behandlingen vil hjælpe dem. De efterspørger redskaber og ønsker hurtige resultater. Derfor er det nyttigt at begynde behandlingen med at reducere depressionssymptomerne frem for at bruge lang tid på at søge efter bagvedliggende årsager (Yapko, 2001).

Klienten skal helst opleve forandring inden for de første 3-5 konsultationer for at bevare troen på, at terapien virker. Tidlig positiv evaluering har betydning for udbyttet i sidste ende (Hubble, Miller & Duncan, 1999). Klinisk hypnose er velegnet til at skabe håb, give ro og umiddelbar lindring. Noget af det, der kan antages at være virksomt, er de nye og gavnlige associationer, som klienten får på baggrund af psykologens interventioner vedrørende behandlingen, klientens egne ressourcer og fremtiden.

At skabe indre ro. De fleste depressive klienter oplever høj grad af angst (Dozois & Westra, 2004), indre uro og søvnforstyrrelser, og derfor er afslapningstræning en vigtig del af behandlingen. Afslapningsmetoder kan bruges til at fordybe trancen, reducere angst og er anvendelige i forhold til selvhypnose.

At skabe nye erfaringer. Det er terapeutisk virksomt at give klienten erfaringer, der anfægter den negative automatiske tænkning, tristhed, tomhed og andre depressive mønstre. En effektiv måde at opnå det på er ved at skabe nye oplevelser (Yapko, 2009). Hypnose er en effektiv metode til at skabe en integreret oplevelse, som indeholder både perceptuelle, kognitive, emotionelle og kropslige elementer (Alladin, 2006) (fx at pulsen falder, at opleve ro og velbehag, at mærke solens varme mod huden, at høre vandets brusen, at tænke tilbage på ferieoplevelser). Under trance kan fortrængte følelser gøres til genstand for opmærksomhed, der kan skabes opmærksomhed på mange forskellige følelser, og positive følelser kan intensiveres. Formålet er at udvide klientens opmærksomhed og lære ham at skabe, forstærke og udtrykke forskellige negative og positive følelser og oplevelser.

At forøge jeg-styrken. Et kernepunkt i terapien er at bruge hypnose som middel til at klienten tilegner sig ressourcer og indre styrke. Der er for mange år siden fundet empirisk belæg for, at en klients forventning om at være i stand til at klare sig godt i forskellige situationer fremmer behandlingsudbyttet (Bandura, 1977). Hypnosen kan medvirke til at øge klientens jeg-styrke ved at reducere angst, anspændthed og ængstelse, og gradvist styrke klientens selvtillid, positive selv-billede, og oplevede muligheder af at kunne takle problemer.

At lære klienten kognitiv fleksibilitet. Hypnosen kan med fordel anvendes i arbejdet med de-

pressive klienters kognitive stil. Den hypnotiske tilstand kan fremme en mere fleksibel og tolerant måde at fortolke situationer på. Psykologen kan fx arbejde med at bibringe klienten indre billeder, der bryder mønstret med at overvurdere risici og undervurdere egne ressourcer.

At skabe nye tanker og forestillinger. Under arbejdet med kognitiv terapi tilkendegiver klienter af og til, at de ikke er i stand til at identificere de tanker, som skaber depressive følelser, hvad der vanskeliggør arbejdet med kognitiv omstrukturering. Hypnoterapeutiske strategier giver alternative muligheder for at omstrukturere kognitive forvrængninger og negative-selv-skemata. Psykologen kan under hypnosen hjælpe klienten tilbage til nylige (eller tidligere) hændelser, der udløser depressive følelser, og som klienten ikke umiddelbart kan erindre (Alladin, 2009). Når klienten genkalder sig situationen under trance, instrueres denne i at genkalde sig de følelsesmæssige, fysiologiske og adfærdsmæssige reaktioner, der var forbundet med situationen, og kan på den måde blive opmærksom på de dysfunktionelle tanker. Under den afslappede, fokuserede tilstand er det lettere at trække på klientens egne ressourcer, og klienten får derved lettere adgang til at opdage og føle sig overbevist om alternative tanker og forestillinger. Der kan således bygges bro mellem følelser og tanker, og klientens sunde voksen-del kan hjælpe til at reframe den depressive del.

At ændre basale antagelser/skemata. Ego-state-terapien, som meget forenklet går ud på at bygge bro mellem gode oplevelser/følelser og ubehagelige oplevelser/følelser, er velegnet til at identificere baggrunden for u hensigtsmæssige kerneantagelser og ændre dem. Teorien er, at en person har mange forskellige jeg-tilstande, som repræsenterer dennes forskellige adfærdsformer og erfaringer gennem livet, og at der kan være konflikter mellem de forskellige jeg-tilstande (Watkins & Watkins, 1997). Metaforen med forskellige jeg-tilstande er terapeutisk nyttig, da den kan lære klienten at adskille den depressive del fra den sunde del af jeg'et. Ego-state metoden kan anvendes, når symptomer/dysfunktionelle følelser (fx skyldfølelser) fortsætter med at plage en klient og er med til at vedligeholde depressionen.

Under ego-state-terapien gennemgår klienten en proces, hvor denne først er i kontakt med egen stabilitet og ressourcer. Dernæst får klienten kontakt med problemet, og via en følelsesbro regredierer klienten til den udløsende hændelse, som

herefter bearbejdes. Oplevelsen refortolkes og forbindes med klientens voksne sunde jeg og nuværende realiteter og relationer. Undervejs er psykologen i dialog med klienten under trance, så han kan tilpasse sine input til klientens proces og dermed fremme den. Det er min erfaring, at ego-state metoden er meget virkningsfuld. Jeg har ofte oplevet klienter give udtryk for, at fastlåste problemer opløses gennem denne proces.

At fremme eksponering. For at imødegå problemadfærd, depressive følelser og dysfunktionelle tanker i den nærmeste fremtid afsluttes en hypnose-session altid med, at klienten motiveres til at integrere ny adfærd og positive oplevelser i fremtidige situationer. Der er fundet evidens for, at post-hypnotiske suggestioner fremmer effekten af efterfølgende udførelse af "exposure in vivo" (Clarke & Jackson, 1983). Man antager, at post-hypnotiske suggestioner spiller en rolle som højere-orden-betingning. Det er også min erfaring, at denne form for mental forberedelse af fremtidige udfordringer øger klientens mod til at gennemføre eksponering og implementere følelsesmæssige ændringer. Psykologen kan under trancen opmuntre klienten til handling og få ham til at dissociere længe nok fra sine depressive tanker, så værdien heraf kan opleves.

Selvhypnosetræning kan fremme det terapeutiske udbytte gennem gentagelsen af de terapeutiske temaer. Selvhypnose kan trænes med hjælp fra en personligt udarbejdet hypnose-cd. Depressive klienter kan også lære at bruge metoden spontant med henblik på at skabe indre ro eller til at dissociere fra rumination eller negativ selv suggestion.



Kognitiv hypnoterapi med Camilla 35 år.

Jeg vil nu illustrere kombinationen af kognitive og hypnoterapeutiske metoder i et behandlingsforløb.

Camilla, som jeg har valgt at kalde klienten her, er en 35 årig sygeplejerske, jeg har haft i behandling gennem ½ års tid (9 konsultationer). Hun var moderat deprimeret, da hun begyndte i behandling hos mig, og har været plaget af depressive perioder gennem mange år. Hun har været i medikamentel antidepressiv behandling gennem 10 år, men trappede ud af medicinen i forbindelse med et ønske om at blive gravid. Hun havde en god stabil periode gennem 4 år, indtil hun oplevede et depressivt tilbagefald i forbindelse med vanskeligheder ved at blive gravid. Camilla påbegyndte fertilitetsbehandling, der bl.a. indebar hormonbehandling, som forstærkede følelsesmæssige svingninger.

Vanskelighederne ved at blive gravid aktiverede både skyldfølelse og selvbebrejdelser, tanker om at være et dårligere menneske og at mangle noget, som andre kvinder har. Centralt var et selvbillede af at være svag, som hun copede med ved at gøre sig umage med alting og være overansvarlig bl.a. i forhold til sit arbejde. Hun havde depressive forvrængninger i form af sort-hvid tænkning, generalisering og personalisering. Hun forestillede sig, at andre ikke kunne lide hende, hvis hun lavede fejl, stillede krav til andre eller sagde fra overfor andres krav. Vanskelighederne ved at blive gravid, fertilitetsbehandlingen og hendes egne høje standarder for arbejdsindsats, bevirkede, at hun i perioder havde meget belastende følelsesmæssige dyk.

I terapien med Camilla arbejdede vi bl.a. med kognitiv omstrukturering, nye leveregler, forbedret selvværd og eksponering i forhold til at sige fra bl.a. med henblik på at reducere stressniveauet. Efterhånden anerkendte Camilla, at overansvarlighed og stress forårsagede depressive dyk. Det blev tydeligt for hende, at hun havde sværere ved at styre den automatiske negative tænkning og de følelsesmæssige dyk, når hun arbejdede for meget. Hun blev efterhånden bedre til at udsætte opgaver til senere, uddelegere og forholde sig afventende, når opgaver skulle fordeles. Hun blev imidlertid plaget af skyldfølelse og angst for ikke at være vellidt.

Hypnose blev bl.a. inddraget i behandlingen med fokus på at nedsætte hendes standarder for præstation og styrke hendes selvværd. Vi arbejdede efter Ego-state-metoden, hvor Camilla blev guidet til at finde sit personlige trygge sted, og herefter at genopleve og forstærke en ressourceoplevelse. Hun valgte en situation, hvor hun havde holdt sig tilbage i forhold til at påtage sig en arbejdsopgave. Derefter fokuserede vi på problemet med at gøre alting perfekt. Hun kom tilbage til en episode som 10 årig, hvor hun lavede håndarbejde og hendes moder gav udtryk for, at Camilla gjorde alting perfekt. Den lille Camilla opfattede det som om, at alt det hun gjorde blev taget for givet, og at hun ikke blev værdsat nok. Hun havde i stedet brug for, at moderen viste interesse for det hun lavede og kommenterede og beundrede det. Under trancen refortolkede vi situationen på denne måde, og den lille Camilla følte nu, at det var rart og at hun derved var noget særligt. I den afsluttende fase blev udbyttet af forløbet afprøvet ved at hun forestillede sig at sige fra, præstere mindre, og føle det godt ved at hvile i sig selv.

Camilla havde det godt bagefter og oplevede et godt udbytte af seancen. Konsultationen blev afsluttet med en kort samtale om, at hun var god til mange ting, at hun havde brug for at øve sig i at være doven og anstrenge sig mindre og lade andre tage over i forhold til arbejdsopgaver.

Da Camilla kom til sin 9. konsultation var det tydeligt, at hun var mindre depressiv. Hun pressede ikke længere sig selv på samme måde arbejdsmæssigt, men stillede derimod krav til arbejdspladsen. Det var desværre stadig ikke lykkedes for Camilla at blive gravid. Under sidste forsøg blev hendes udtagede æg på grund af en lægefejl ødelagt. Selv om hun var ulykkelig over situationen, lykkedes det hende at undgå et depressivt dyk. Hun var i stand til at udtrykke over for lægerne, hvor belastende fejlbehandlingen var. Hun var imidlertid stadig plaget af selvbekymringer og skyldfølelser over ikke at kunne blive gravid. Fra omgangskredsen blev hun mødt med diverse velmenende råd om, hvad hun skulle gøre for at øge sine chancer, hvilket aktiverede tanker om, at hun burde gøre mere, for eksempel have en endnu sundere livsstil. Da hun gav udtryk for, at

hypnosen tidligere havde hjulpet hende godt videre afsluttede vi konsultationen med hypnose.

Fokus for seancen var selvbekymringer og håb for fremtiden. Mit mål var at åbne Camillas øjne for, at der ikke kan gives garantier i livet, men at livet byder på mange muligheder. Hun blev hjulpet til at slippe skyldfølelsen over manglende graviditet og til at undersøge, hvad den selvbekymrende del af hende havde brug for. Det følgende er uddrag af mine interventioner i forhold til Camilla under trance:

” ... Der er en del af dig, der bekymrer dig selv, at det ikke er lykkedes at blive gravid. Du kan nu rette særlig opmærksomhed mod denne del af dig. Lyt til den. Giv den det, den har brug for. Få den til at føle sig værdsat. Til at falde til ro... Når og hvis du igen oplever, at du bekymrer dig selv for ting, du ikke selv kan kontrollere, er det godt at vide, at du har muligheden for at lade disse tanker passere. Flyd forbi dig. Gad vide, hvordan du vil opleve fornemmelsen af de ændringerne, der sker med dig. For du ved, at gør du tingene på den samme gamle måde, får du det samme gamle resultat, som du ikke længere ønsker... Før eller siden vil alle få en tanke. Du vil måske tænke på, at du ikke er herre over sygdomme. ... Der var engang én, der sagde, at der ikke kan gives garantier for livet. Der er kun muligheder. Fremtiden bringer nye muligheder. Jeg kan helt sikkert forudsige, at der er vigtige erfaringer, som du vil få i dit liv, som vil være værdifulde. Der er steder, du endnu ikke har været. Steder som vil glæde dig at besøge. Du vil møde mennesker, som vil få en stor betydning for dig. ... Og uanset om der sker det ene eller andet, har du mange muligheder for at få et godt liv, sammen med din mand, sammen med dine nærmeste. Måske kan du nu – eller lidt senere - mærke, hvad der er vigtigt for dig i dit liv. Når du forestiller dig det, på et dybere plan, som du kan begynde på nu, kan du give næring til dine følelser af optimisme. Du kan mærke deres betydning, og blive mere og mere en del af det, der er betydningsfuldt. Nu, og fremover, i fremtiden som begynder nu.”

Bagefter gav Camilla udtryk for at hun havde det så godt, at hun ville ønske, hun kunne forblive i den tilstand en time. Det stod helt klart for hende, at hun havde brug for omsorg fra sin

omganskreds, i stedet for de velmenende råd. Omsorg i forhold til hvor svært det er brændende at ønske sig et barn og samtidig være i en langvarig og uvis behandling i forhold til, om det vil lykkes. Det stod også klart for hende, at det vigtigste var, at hun levede sit liv, og at hun havde mange muligheder for et godt liv.

Konklusion.

Depressionsbehandling kræver en kombination af flere strategier og stor fleksibilitet fra psykologens side. Klinisk hypnose kan for det første lindre symptomer. For det andet kan hypnosen bruges til at opbygge ressourcer, og for det tredje kan tænkning, adfærd og tidligere erfaringer refortolkes under trance. Klienten i hypnose kommer på indre arbejde og i kontakt med egne helende ressourcer. Endelig kan en empirisk dokumenteret metode som eksponering påbegyndes allerede under trance, idet hypnose kan bruges til at forbedre og motivere klienten til hjemmearbejde. Klienten får en ny integreret oplevelse under hypnosetilstanden, som kan fremme håbet for klienten.

Lone Kærvang, privatpraktiserende psykolog
Specialist & supervisor i psykoterapi



Lone Kærvang åbnede sommeren 2010 Psykologhuset Sdr. Palæ i Århus midtby.

Læs evt. mere om behandlingstilbud på www.lonekaervang.dk

Denne artikel er udgivet i Psykolog Nyt, nr. 2, februar 2010 (i forkortet udgave). Den udgives endvidere i foråret 2010 i medlemsbladet for Dansk Psykologfagligt Selskab for Klinisk Hypnose.

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 Caseload*, 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.

Allison, D.B. & Faith, M.S. (1996). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy for obesity: a meta-analytic reappraisal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 513-516.

Astin, J.A. et al. (2003). Mind-Body Medicine: State of the Science, Implications for practice. *Journal of the American Board of Family Practice*, 16, 131-47.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Clarke, J.C., Jackson, J.A. (1983). *Hypnosis and behavior Therapy: The Treatment of Anxiety and Phobias*. New York: Springer.

Dozois, D.J.A., Westra, H.A. (2004). The nature of anxiety and depression: implications for prevention. In Dozois, D.Z.A., Dobson, K.S. (eds.) *The Prevention of Anxiety and Depression: Theory, Research and Practice*, pp. 43-71. Washington, D.C.: American Psychological Association.

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.

Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.

Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments – another meta-reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 517-19.

Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., & Redd, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.

Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H., Bovbjerg, D.H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth. Analg.*, 94, 1639-1645.

Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment. Clinical uses of hypnosis*. American Psychiatric Press.

Tschugguel, W. (2009, September). *Trance Induction in High Resistance Persons*. ISH International Congress. Rome.

Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). *Ego States. Theory and Therapy*. New York: Norton.

World Health Organization (1998). *Well-being Measures in Primary Healthcare/ The Depcare Project*. København, WHO's regionale kontor for Europa.

Zachariae, R., Jorgensen, M.M., Bjerring, P., Svendsen, G. (2000). Autonomic and psychological responses to an acute psychological stressor and relaxation: the influence of hypnotizability and absorption. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 388-403.

Yapko, M.D. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions: Strategies for change*. New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M.D. (2001). *Treating depression with Hypnosis: Integrating Cognitive-Behavioral and Strategic Approaches*. New York: Brunner-Routledge.

Yapko, M.D. (2003). *Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis*. New York: Brunner-Routledge.

Yapko, M.C. (2009, September). *Targeting Patterns of Depression: Strategic Uses of Hypnosis in Treatment*. ISH International Congress. Rome.