

At åbne klientens øjne, mens



Om hvordan klinisk hypnose med fordel kan anvendes i depressionsbehandlingen i kombination med kognitiv adfærdsterapi.

■ I min klinik oplever jeg stor efterspørgsel fra klienter med depressive symptomer, ofte i kombination med angst. Depression påvirker personen både følelsesmæssigt, kropsligt, adfærdsmæssigt og kognitivt, og selv om depression i mange tilfælde kan behandles med antidepressiv medicin eller psykoterapi, er der mange, som ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen eller har problemer med depressive tilbagefald (Alladin, 2009).

Ifølge WHO er depression er den fjerdehyppigste sygdom i verden og vil blive den næstmest udbredte i 2020 (WHO, 1998). 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

de er lukkede -



MODELFOTOS: BAM/SCANPIX

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. De bliver ved med at føle sig triste, være kede af det uden grund og føle lavt selv-værd. 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 virkningsløse.

Mens traditionelle kognitive metoder har hovedfokus på systematisk og bevidst kognitiv omstrukturering via ræsonnement og sokratiske dialog, fokuserer hypnoterapi traditionelt på ikke-bevidste processer, herunder reframing af tankemønstre 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 hypnosen 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 til 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 resultater-

>

” Personen i trance er mere modtagelig for ny læring, og der er øget modtagelighed for suggestioner ”

- > ne 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. Som det fremgår af deres resultater (se figur 1, side 12) har 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). Effektrekninger viste, at klienterne, der havde været i behandling med kognitiv hypnoterapi, opnåede 6 %, 5 % og 8 % større reduktion i henholdsvis depression, angst og håbløshed 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.

Hvordan opleves klinisk hypnose?

Det grundlæggende ved hypnosen 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 umuligt. 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,

FAKTA ■ En terapeutisk case

”Åh! Jeg kunne godt tænke mig at blive i den tilstand en time mere! Nu står det klart for mig, hvad jeg har brug for fra mit netværk. Jeg ved, at jeg har mange muligheder for at få et godt liv ...”. (Camilla, lige efter hypnosesession).

I tilknytning til artiklen har forfatteren udarbejdet en case om ”Camilla”, en 35-årig sygeplejerske, som har gennemført et hypnoterapeutisk forløb på baggrund af en depression. Interesserede psykologer er velkomne til at rekvirere beskrivelsen ved at skrive til kaervang@pc.dk.



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 mo-

derat-høj hypnotiserbare, der fik kognitiv hypnoterapi, var dem, der opnåede den største angstreduktion under behandlingsforløbet.

Klienterne oplever i langt de fleste tilfælde lettelse, indre ro, styrke, velbehag og større håb efter hypnoseancen. 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.

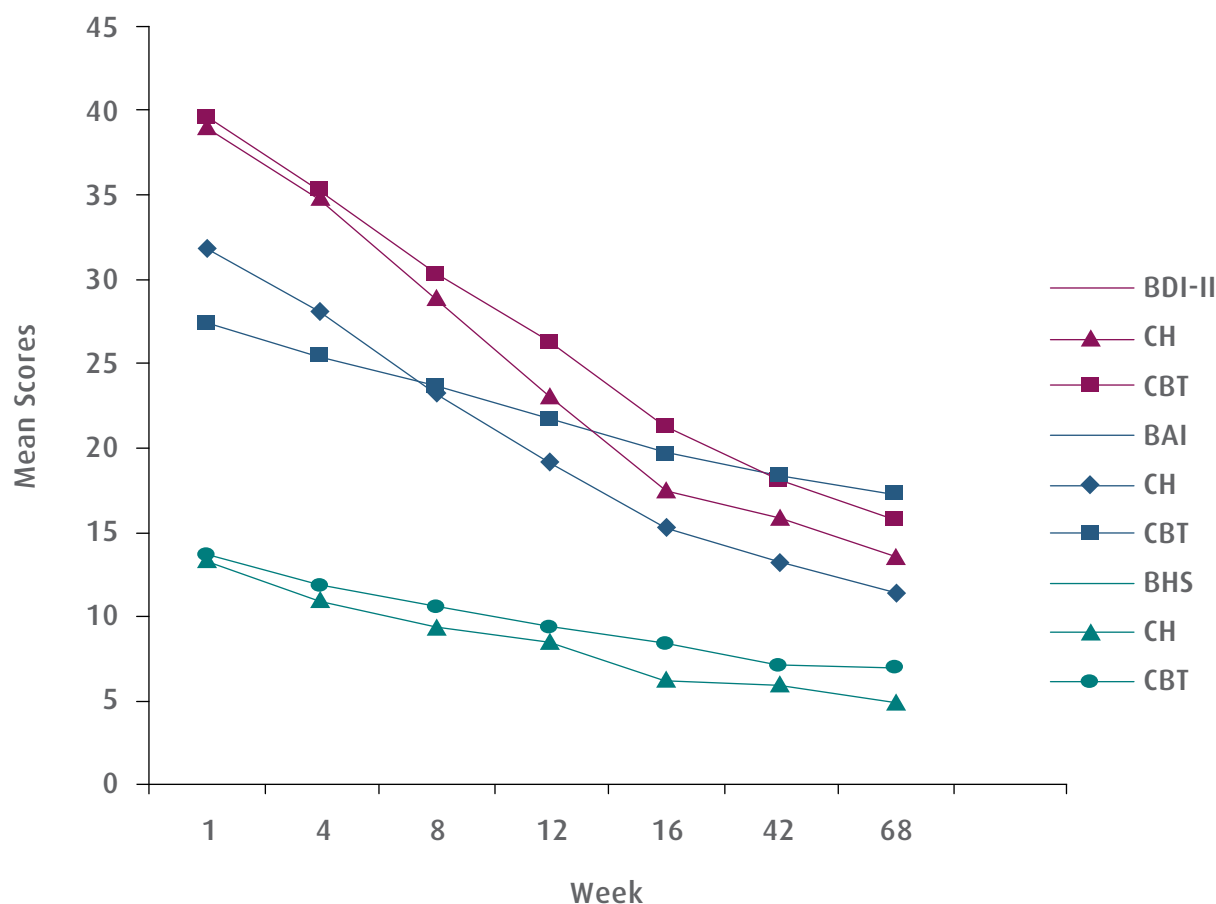
Hvordan anvendes hypnose?

Klinisk hypnose dækker over mange forskellige og individuelt tilpassede interventioner. 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 til 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) >



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



- > Hypnose hjælper klienten til at forestille sig nye måde at respondere på. e) Hypnose skaber ændringer af den indre virkelighed. f) Hypnose hjælper til at skærpe klientens fokus i forhold til terapimålene.

De hypnoterapeutiske metoder

Jeg vil endelig 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 behandlingsud-

>

- > byttet (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 tackle problemer.

At lære klienten kognitiv fleksibilitet. Hypnosen kan med fordel anvendes i arbejdet med depressive klienters kognitive stil. Den hypnotiske tilstand kan fremme en mere fleksibel og tolerant måde at fortolke situationer på. Psykologen kan

” Det primære sigte med hypnose er at fordybe personen i en sindstilstand, som fremmer arbejdet med de terapeutiske mål ”

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 op-

levelser/følelser og ubehagelige oplevelser/følelser, er velegnet til at identificere baggrunden for uhensigtsmæssige 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 at psykologen 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 hypnosesession 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 hypnosecd. Depressive klienter kan også lære at bruge metoden spontant med henblik på at skabe indre ro eller til at dissociere fra rumination eller negativ selvsuggestion.

Lone Kærvang, privatpraktiserende psykolog
Specialist & supervisor i psykoterapi

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 Practitioner'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.