

3 oktober 2011

**Utvärdering av korttids Kognitiv Beteendeterapi (KBT) vid
utmattningsdepression och ångest hos lärare i stor Stockholm.**

Författare: Maya Mitova

Handledare: Roma Runeson

Projektarbete vid kurs i Arbets- och miljömedicin
Uppsala Universitet 2011-10-25

Utvärdering av korttids Kognitiv Beteendeterapi (KBT) vid utmattningsdepression och ångest hos lärare i stor Stockholm.

Författare: Maya Mitova

Handledare: Roma Runeson

Sammanfattning

Bakgrund: Utmattning bland lärare leder ofta till depression. Tidig upptäckt och intervention av utmattningsdepression har bästa prognos för att bibehålla god hälsa. Därför identifierades individer som har utmattningsdepression för genomförande av korttids kognitiv beteende terapi (KBT) i tidigt skede av sjukdomen.

Syfte: Att utvärdera effekterna en tidig intervention av korttids KBT terapi av klienter med utmattningsdepression.

Metod: Studien är genomförd på en Företagshälsovård enhet (FHV) i Storstockholm, från maj 2010 till maj 2011. Alla konsekutiva fall av utbrända lärare har erbjudits KBT under den tiden. Behandlingen utvärderas med skattningsskalorna; depression (BDI), och ångest (BAI). Nio lärare med utmattningsdepression tackade ja till behandlingen. Korttids KBT bestod av 9 sessioner och genomfördes av en erfaren psykolog. Läkare tog anamnes, gjorde psykisk status, bedömde den kliniska bilden, fastställde diagnos enligt DSM-IV, samt administrerade skattningsformulär (BDI och BAI), före och efter KBT. Allmän hälsoundersökning och blodprover utfördes för uteslutande av organiska orsaker till ohälsa.

Resultat: Korttids KBT har visat sig ha god effekt på depression, ångest, och sömnproblem. En sänkning av alla variabler i DBI och BAI har framkommit. Patienternas sömnkvalitet har förbättrats betydligt, från att de hade svåra problem med många uppvaknanden och svårigheter att somna om, till att dessa problem helt försvunnit. Samtliga lärare var sjukskrivna på 100 % innan behandlingen påbörjades. Alla återgick på heltids arbete, förutom en som sänkte sin arbetstid till 75 % själv (tjänstledig).

Slutsatser: Undersökningen har påvisat att tidig behandling av utmattningsdeprimerade lärare kan kraftfullt sänka depressionen. Implementering av evidensbaserad psykoterapi KBT fungerar effektivt hos nyupptäckta fall. Företagshälsovården spelar en stor roll i att tidigt upptäcka individer med utmattningsdepression och erbjuda behandling.

Inledning

Stress och utbrändhet har blivit en del av vårt nutidsspråk. Sjukskrivningar på grund av stress eller utbrändhet har ökat kraftigt under de senaste åren. Ordet utbränd har varit aktuellt från sena 90-talet och framåt och har kopplats till den specifika reaktion som förekommer till följd av överbelastning i arbetet med andra människor. Maslach (1) beskrevs utbrändhet som fenomen i yrken med täta människokontakter till exempel socialarbetare och lärare, och den består av tre grundpelare: 1- En gradvis förlust av idealism, energi och mening hos personal som arbetar i klientyrken, som en följd av deras arbetsförhållanden. 2- Ett försvagande psykologiskt tillstånd som en följd av ständig stress i arbetet som resulterar i: uttömda energireserver, lägre motståndskraft mot sjukdomar, ökat missnöje och pessimism, frånvaro och ineffektivitet i arbetet. 3- Ett tillstånd av fysisk, emotionell och mental utmattning. Detta tillstånd är en följd av svikna förhoppningar och brustna ideal. En vis typ av personer anses löpa en förhöjd risk att drabbas av utbrändhet. Det handlar om kreativa, ambitiösa, perfektionistiska och emotionellt engagerade individer med stort behov av uppskattning, som har svårt för att delegera, svårt att säga nej till merarbete och som befinner sig i hierarkiska organisationer som t.ex. vård, omsorg, skola. Kvinnor mellan 35 och 50 år är överrepresenterade i denna kategori (2).

Skolan har förändrats mer under de senaste tio åren än under hela 1900-talet. Denna utveckling har orsakat hög psykisk belastning bland skolans personal som i sin tur har lett till psykisk ohälsa. Orsakerna till ökad stress och utbrändhet i dagens skola är att skolpersonal arbetar i en konfliktfylld organisation med höga krav från olika håll och liten egenkontroll. Mellan 1999 och 2001 ökade andelen långtidssjukskrivna lärare totalt sett med 45 procent. Lärare och skolledare sjukskrivs med diagnosen utmattningsdepression. Över 80 procent av lärare har svårigheter att koppla av efter arbetet (3). Lärarna ligger i topp bland dem som har *sömnsvårigheter* på grund av arbetet; som har svårt att få stöd i beslut om vad som skall prioriteras när resurserna inte räcker och som inte anser sig kunna bestämma arbetstakten. Mer än 40 procent av lärarna är i riskzonen för att bli utbrända. Detsamma gäller var fjärde anställd i skolan. Detta framgår av en forskningsrapport "Psykisk ohälsa bland skolans personal" från Yrkesmedicinska enheten vid Stockholm läns landsting (2). Sömnproblem brukar föranleda utmattningsdepression. En undersökning av TCO från 1997 visade att andelen av vår befolkning som har fått sömnsvårigheter har stigit lavinartat och människor får allt svårare att koppla bort arbetet. I en rapport från 1999 som Arbetarskyddsstyrelsen och Statistiska centralbyrån gjorde framkom att cirka 4 procent av de arbetande har psykiska besvär. Bland grundskollärare var denna siffra 20 procent.

De personer som utvecklar depression drabbas av så kallade "negativa kognitioner", felaktiga och ofta påträngande negativa tankar om sig själv (5). Många patienter som är deprimerade kan drabbas av en negativ spiral och en negativ betingning (6). Beck utvecklade en triad av negativa kognitioner om världen, framtiden, och jaget, som spelar en viktig roll i depression. Synen på depression som upprätthålls av påträngande negativa kognitioner har använts i kognitiv beteendeterapi (KBT), som syftar till att utmana och neutralisera dem genom tekniker såsom kognitiv omstrukturering. På lång sikt har en kombination av medicinsk behandling och KBT visat sig ha mycket goda effekter vid behandling av depression. Genom KBT har man på ett strukturerat sätt och pedagogiskt motiverat patienten till att ta ansvar och aktivera sig till friskhet. Verkningsmekanismerna är också att patienten förväntas att bli frisk, terapeutisk ritual och rationella förklaringar till patientens problem (7). Vidare utveckling av KBT vid depression har involverat den kontext i vilken patienter känner sig deprimerad och

tagit reda på hur i denna kontext patienten kan aktivera sig (8). Det effektiva i KBT är att man har fått patienter att bli aktiva genom en så kallad beteendeaktivering. Patienten har helt enkelt ombetts att göra en lista på aktiviteter som är upplyftande och roliga och sedan göra dessa aktiviteter. Att öka patientens dagliga aktiviteter som ökar den positiva förstärkningen i patientens liv bidrar till minskning av depressiva symptom. Behandling med beteendeaktivering inkluderar agenda, mål, ökning av självomhändertagande, och hemuppgifter med aktiviteter. Man tar hänsyn till miljön som problemen uppstår i, psykologi och social situation (8).

2 Syfte

Syftet med denna studie är att utvärdera effekterna av korttids KBT terapi med nio lärare med utmattningsdepression avseende depression, ångest, sömn och sjukskrivning.

3. Metod

3.1 Metod

En interventionsstudie genomfördes under maj 2010- februari 2011. Korttids KBT bestod av 9 sessioner. Läkare tog anamnes, gjorde psykisk status, bedömde den kliniska bilden, fastställde diagnos enligt DSM-IV, samt administrerade skattningsformulär (BDI och BAI), före och efter KBT. Allmän hälsoundersökning och blodprover utfördes för uteslutande av organiska orsaker till ohälsa. Sjukskrivningsgrad före och efter avslutad behandling registrerades.

3.2 Urval

Utbrända lärare skickades från arbetsgivaren till FHV för att få hjälp med KBT. De lärare som sökte hjälp på FHV tillfrågades om de ville delta i undersökningen. Alla konsekutiva fall utbrända lärare som har erbjudits KBT, under tiden maj 2010- maj 2011, på en FHV mottagning i stor Stockholm deltog. Nio patienter deltog i behandlingen. Korttids KBT bestod av nio sessioner.

Exklusionskriterier: Lärare som måste ta medicin uteslöts från studien.

Sjukskrivning

Alla deltagare har varit sjukskrivna på 100 % innan KBT start.

3.3 Instrument

Diagnostik av depression

Depressionen bedöms enligt DSM-IV föreligga om det finns fem av följande symptom under en tvåveckorsperiod (inte organisk orsak eller sorg): nedstämdhet, irritabilitet, likgiltighet, apati, försämrad aptit, viktneidgång/viktuppgång, störd sömn, rastlöshet/orörlighet, nedsatt energi, koncentrationssvårigheter, känsla av skuld, och tankar på döden (9).

Tecken på depression har registrerats med användning av Beck Depression Inventories, ett frågeformulär med 21-frågor, skapad av Aaron T. Beck (10)(11). Varje fråga har en uppsättning av minst fyra möjliga svarsalternativ, allt i intensitet. Till exempel: (0) Jag känner mig inte ledsen. (1) Jag känner mig ledsen. (2) Jag är ledsen hela tiden och jag kan

inte sluta med det. (3) Jag är så ledsen eller olycklig att jag inte tål det.? Ett värde på 0 till 3 tilldelas för varje svar, den totala poängsumman jämförs med en nyckel för att fastställa depressionens svårighetsgrad.

Standarden cut-off för depression (DBI) är följande:

1-	0-9	<i>minimal</i> depression,
2-	10-18	<i>mild</i> depression,
3-	19-29	<i>måttlig</i> depression
4-	30-63	<i>svår</i> depression.

Högre total poäng indikerar mer allvarliga depressiva symtom.

Den interna samstämmigheten för BDI var bra, med ett Cronbachs alpha koefficient på cirka 0,85, vilket innebär att objekt på den inventering är starkt korrelerade med varandra. BDI är positivt korrelerad med Hamilton Depression Rating Scale med en Pearson r på 0,71, som visar god överensstämmelse. Testet visade sig även ha en hög veckas test-retest reliabilitet (Pearson r = 0,93), vilket tyder på att det inte var alltför känslig för dagliga variationer i humör. Testet också har hög intern konsistens ($\alpha = .91$). I BDI finns även frågor om sömnbrist och aptitlöshet.

Två-faktor syn på depression

Depression kan ses som att ha två delar: den affektiva komponenten (t.ex. humör) och den fysiska eller somatiska komponenten (t.ex. aptitlöshet). BDI speglar detta och kan delas upp i två delskalor. Syftet med delskalorna är att avgöra den primära orsaken till patientens depression. Den affektiva delskalan innehåller åtta punkter: pessimism, tankar på tidigare misslyckanden, skuld känslor, känslor av straff, självogillande, självkritiskhet, självmordstankar eller önskan och känslor av värdelöshet. Den somatiska delskalan består av de övriga tretton punkterna: sorg, förlust av glädje, gråt, oro, förlust av intresse, obeslutsamhet, brist på energi, förändring i sönmönster, irritabilitet, förändringar i aptit, koncentrationssvårigheter, trötthet och förlust av intresse för sex. De två subskalor var måttligt korrelerade till 0,57, vilket tyder på att de fysiska och psykologiska aspekter av depression är nära förbundna snarare än helt skilda.

Ångest skalan Beck Ångest Inventory (BAI)

BAI är skapad av Dr Aaron T. Beck, och består av 21- flervalsfrågor, och är en självrapport inventering som används för att mäta svårighetsgraden av en persons ångest

Frågor i BAI handlar om ångestkänsla i förra veckan, uttryckt som vanliga symtom på ångest. Varje fråga har fyra möjliga svarsalternativ som besvaras med ett kryss. Dessa är: 1- Inte alls, 2- Svagt: Det störde mig inte mycket. 3- Måttligt: Det var mycket obehagligt, men jag kunde stå ut. 4- Strängt: Jag kunde knappt stå ut. BAI har en maximal poäng av 63.

1.	0-7	<i>minimal</i> nivå av ångest
2.	8-15	<i>lindrig</i> oro

3. 16-25 *måttlig ångest*
4. 26-63 *svår ångest*

Obs: kvinnor med ångest tenderar att skatta symtom 4 procentenheter högre än män med ångestsyndrom

Behandling med KBT

Korttids KBT på 9 sessioner, genomfördes av en erfaren psykolog, och inriktades på ett avgränsat problem som varit i fokus för behandlingen för varje patient. Behandlingen byggde på Martells modell (8) och sessionerna innehåll hemuppgifter (HU) med aktiviteter som var upplyftande och roliga och syftade till öka patientens dagliga aktiviteter och den positiva förstärkningen i patientens liv som bidragande faktor till minskning av depressiva symptom. Behandling med beteendeaktivering inkluderade: agenda, mål, ökning av självomhändertagande, och hemuppgifter med aktiviteter. Man tog hänsyn till miljön i vilken problemen uppstod, psykologi och socialsituation enligt Martells modell, m.fl, (8).

Alla patienter sökte sin individuella huvudproblematik med hjälp av problemanalys. Det valda huvudproblemet behandlades. Patienterna fick hemuppgifter som till exempel bestod av att fylla dagbok, att gradvist aktivera sig enligt beteendeaktiverings princip. På så sätt formades terapisessionens struktur. Varje session sammanfattades av patienten och patienten gav sin feedback av hur sessionen fungerade. I bilaga 1 beskrivs innehåll av de olika sessionerna.

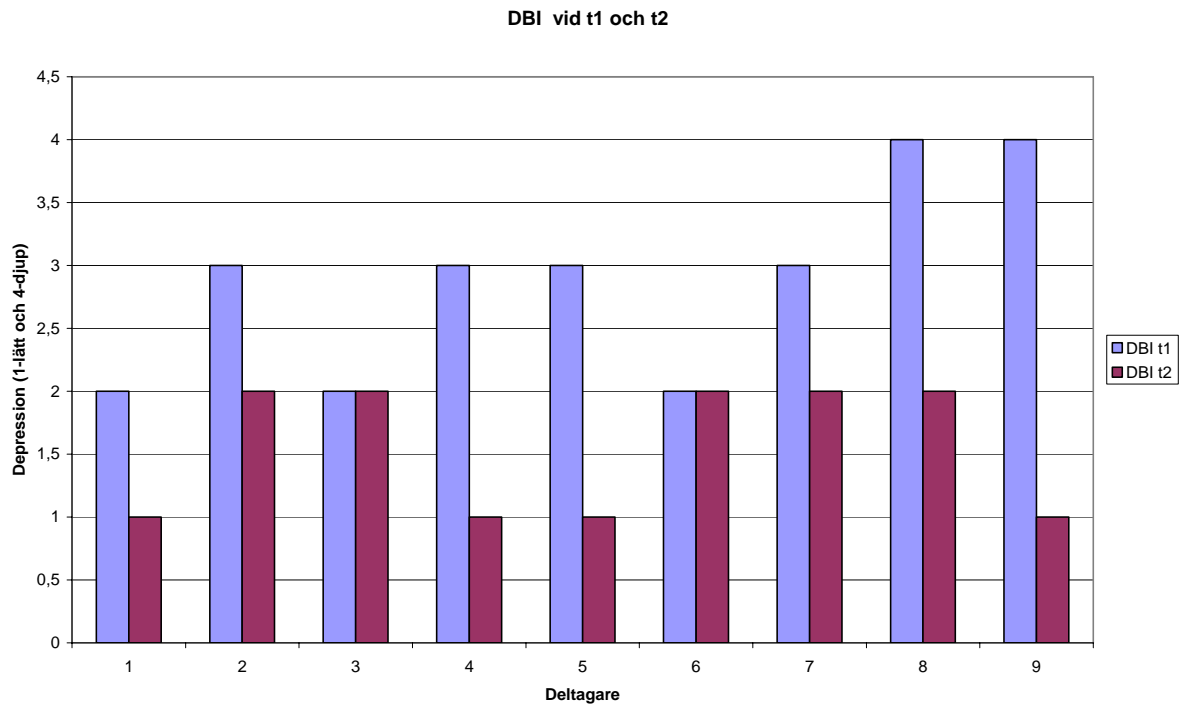
Resultat

Av 9 undersökta lärare var 7 kvinnor och 2 var män, i åldrar 34 till 62, med medelåldern 50 år. Vid uppföljningen har det skett en sänkning i depression och ångest (Tabel 1) hos samtliga. Förhöjda depressionsvärden vid t1 minskade i 7 fall av 9 vid t2. Förändringar över tid i DBI och BAI presenteras grafiskt (diagram 1-2). Samtliga lärare var sjukskrivna på 100 % innan behandlingen påbörjades. Alla återgick på heltids arbete, förutom en som sänkte sin arbetstid till 75 % själv (tjänstledig).

Tabell 1. Depression och ångest nivåer, skattade med DBI och BAI, bland 9 lärare med utmattningsdepression, vid t1 och t2.

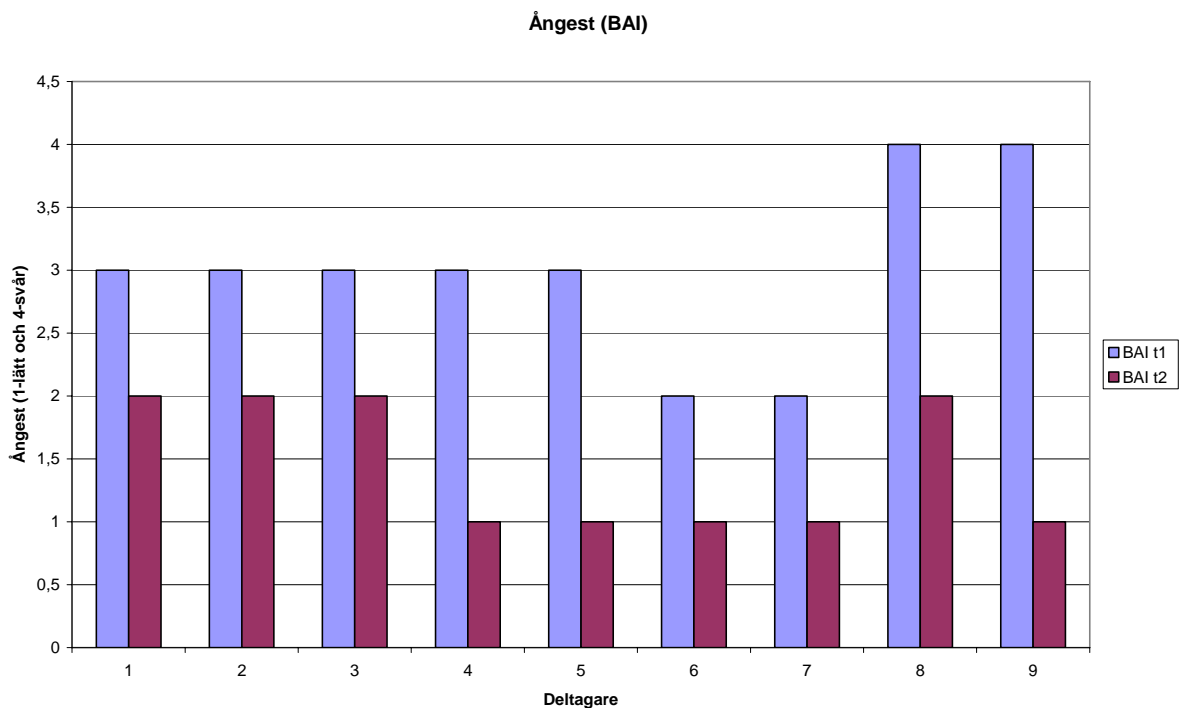
	Antal	
	t1	t2
BDI depression nivåer		
Minimal 0-9	0	3
Mild 10 -18	3	6
Måttlig 19-29	4	0
Svår 30-63	2	0
BAI ångest nivåer		
Minimal 0-7	0	4
Lindrig 8-15	2	5
Måttlig 16-25	5	0
Svår 26-63	2	0
BDI sömnfrågor		
0 sover bra	0	5
1 sover inte lika bra	2	4
2 vaknar tidigare, har svårt att somna om	4	0
3 vaknar upp flera timmar tidigare och kan inte somna om	3	0

Diagram 1. Depression skattad med BDI vid tillfälle 1 och 2.



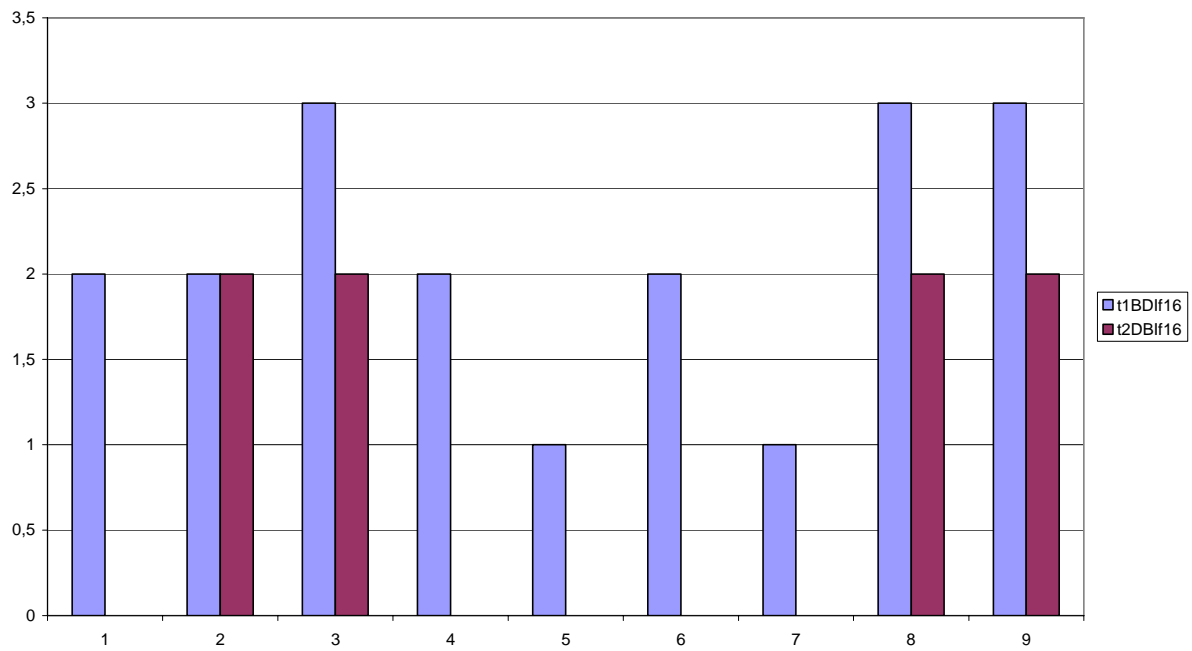
Avspeglar klar minskning av depressionstecken hos sju av nio lärare i åldern under 50år.

Diagram 2. Ångest skattad med (BAI) vid tillfälle 1 och 2.



Avspeglar minskning av ångest tecken hos samtliga deltagare.

Sömn vid t1 och t2



Avspeglar klar förbättrad symtom bild vad gäller sömn och insomningssvårigheter, samt att dessa problem helt försvunnit hos mer än hälften av deltagarna.

Diskussion

Syftet med projektet var att utvärdera effekter av korttids kognitivbeteendeterapi för lärare med utmattningsdepression. Resultaten visar att depression och ångest har sjunkit hos majoriteten av utbrända lärare efter behandling bestående av nio sessioner. Förändringen har varit störst för de med måttlig och svår depression respektive ångest. Vid uppföljningen hade ingen någon måttlig eller svår depression. Patienternas sömn kvalitet har förbättrats betydligt, från att de hade svåra problem med många uppvaknanden och svårigheter att somna om, till att dessa problem helt försvunnit.

Forskningen på effekter av korttids KBT bland lärare med utmattningsdepression är sparsam trots att det finns data som visar att graden av utmattningsdepression ökade kraftigt redan efter ett års anställning hos drygt 900 undersökta grundskolelärare (2). Författaren drar slutsatsen att detta kan tyda på brister i utbildningen, dålig introduktion och alltför hög arbetsbelastning. Dessutom ökar utmattningen för varje år i yrket. Bara sju procent av de svarande var över 60 år, vilket tyder på att skolpersonal inte orkar arbeta fram till pensionsåldern. Detta gäller även skolledare och fritidspedagoger (2). Det saknas longitudinella studier som påvisar att tidig intervention med behandling av depression leder till friska arbetsår hos lärare fram till pensionen. I min studie kan man se att man framgångsrikt kan behandla utbrända deprimerade lärare och det vore intressant att se om en sådan behandling står sig över tid och om de kan arbeta tills pensionsåldern.

KBT behandlingens goda resultat vid utbrändhet har studerats i normalbefolkningen (12). Hitintills finns det ingen enskild teori som förmått förklara hela fenomenet ”utbrändhet”. Snarare finns det mycket som talar för ett multifaktoriellt orsakssamband. Förvärvade egenskaper hos en individ påverkas utifrån den miljö han/hon befinner sig i så att så att goda eller dåliga mönster förstärks – det vi i dagligt tal kallar ”coping-mönster”. KBT behandlingen går ut på att stärka individens coping strategier. Detta fungerar som bäst hos tidigt upptäckt utbrändhetsprocess. I ett examensarbete framhävs att ansvaret för egen hälsa och arbetssituationsförbättring hos lärare ligger i första hand hos den anställde själv. Orsaken till stress och utbrändhet bland lärare analyserats och de förebyggande åtgärder som man kan vidta för att undvika och motverka dessa företeelser klargörs. Vikten läggs vid att kunna lyssna på kroppens varningssignaler och lära känna egna stressreaktioner. Försöka ta reda på vad det är som man blir stressad av, jobbet familjen eller något annat, egna krav eller andras, är kraven rimliga. Man ska lära sig prioritera och sätta realistiska mål. Man ska kunna delegera till sina medarbetare. Man kan motivera sin arbetsgivare att vidta åtgärder (2). Detta överensstämmer med de färdigheter som lärare i denna undersökning har lärt sig genom KBT behandlingen.

De obehandlade personerna som lider av depression och ångest är svårt att upptäcka. Oftast söker personerna hjälp för andra symptom som kroppsliga symtom, exempelvis smärta eller värk. Av dem som söker vård för depression och ångest söker sig cirka 70 procent till primärvården. BDI var ursprungligen utvecklat för att ge en kvantitativ bedömning av intensiteten av depression. Den är utformat för att återspegla djupet på en depression och kan följa förändringar över tid och ger ett objektiva mått för att bedöma förbättringar och effektivitet av behandlingsmetoder. Skattning med BDI vid start av behandlingen och efter visar tydligt på positiva resultat och en tydlig förbättring vilket är stärkande för patienten och behandlaren. Enligt nationella riktlinjer avseende behandling av depressionssjukdom och ångestsyndrom ska måttlig och lindrig depression samt ångest i första hand behandlas med

evidensbaserad psykologisk behandling. Möjligheterna att få samtalsbehandling vid psykisk ohälsa är otillfredsställande (13).

Försämrad sömnkvalitet brukar vara en varningssignal för att ohälsa kan uppstå och sömnlöshet i alla populationer kan vara en prediktor för depression. De deprimerade patienterna i denna undersökning sov mycket dåligt innan behandlingen. Deras sömnkvalitet har markant förbättrats vilket är ofta i linje med ett tillfriskande från depression (14). Depressionssjukdomarna har påverkan på sömnen där tidigt uppvaknande är mest typiskt (14). Sambandet mellan depression och sömn är en komplicerad fråga, och forskning pekar på olika förbindelser mellan de två. Vid atypisk depression kan man sova mer, äta mer och gå upp i vikt. Utmattningsdepression inkluderar sömnrubbingar (15). En annan studie visar att personer med hög grad av utbrändhet jämfört med de med låg grad av utbrändhet, rapporterat sämre sömnkvalitet, mera insomningssvårigheter och problem vid uppvaknandet (16).

Begränsningar

Materialet är litet och det fattas en kontroll grupp i denna studie, t. ex en som bara hade fått sjukskrivning eller fysisk aktivering, alternativt hade fått en annan behandling.

BDI och BAI lider av samma problem som andra inventeringsinstrument eftersom poängen lätt kan överdrivas eller minimeras av den person som fyller i dem. Liksom i alla enkäter, kan det sätt på vilket instrumentet administreras ha en effekt på slutresultatet. Om en patient uppmanas att fylla i formuläret inför andra människor i en klinisk miljö, till exempel kan förväntningar framkalla ett annat svar jämfört med administrering via en postenkät (10). BDI är utformad som ett screeningsinstrument snarare än ett diagnostiskt verktyg men BDI har används av vårdgivare för att nå en snabb diagnos (10).

Slutsatser och rekommendation

Tidig upptäckt och behandling med korttids terapi KBT av utmattningsdepression hos lärare är framgångsrikt. En tidig intervention förebygger en utveckling av djupdepression. FHV har en stor roll i att upptäcka och behandla depression. Ett möjligt sätt att förebygga depression vore genom screening med BDI av all skolpersonal och erbjuda KBT för de som är riskpersoner. En ytterligare strategi att föreslå är ett samarbete mellan FHV och primärvård i syfte att screena och förebygga psykisk ohälsa genom medicinska kontroller med inriktning på psykisk ohälsa.

3.11 Litteraturreferenser

1. Maslach C. Utbränd. En bok om omsorgens pris. Värnamo: Natur och Kultur; 1985.
2. Johansson L. Stress och utbrändhet bland lärare i dagens skola (Examensarbete). Malmö: Lärarutbildningen Malmö Högskola; 2003.
3. Preisz E-L. Allt fler lärare är långtidssjuka. Läroplaner för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet. Stockholm: Utbildningsdepartement Skolverket. 2003.
4. Näslund M, Sjöberg Westander L. Det var som att titta på en bilolycka på håll, man visste vad som skulle hända. Utbrändhet bland lärare och dess bakomliggande faktorer (Rapportnummer). Göteborg. Göteborgs universitet;2007.
5. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI). Arch Gen Psychiatry 1961;4:561-571.
6. Henkel V, Mergel R, Kohnen R, Maier W, Møller HJ, Hegerl U. Identifying depression in primary care: A comparison of different methods in a prospective cohort study. BMJ 2003;326:200-1.
7. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam, L. Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. Clinical Psychology Review 2007;27:318-326.
8. Martell CR, Addis ME, Neil SJ. Depression in Context: Strategies for Guided Action. New York: WW Norton & Co; 2001.
9. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders (Fourth Edition). USA, Washington, D.C;2002.
10. Beck AT. Depression, orsaker och behandling. Philadelphia: University of Pennsylvania; 2006.
11. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Undersökning av nyttan av Beck Anxiety Inventory och dess faktorer som screener för ångest. J Ångest Disord 2006; 20(4):444-58.
12. Larsson B. Kognitiv beteendeterapi ger goda resultat vid depression hos barn. Läkartidningen 2002;16:99:1810-1819.
13. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom – beslutsstöd för prioriteringar. Preliminär version. Februari 2009. Publicerad www.socialstyrelsen.se.
14. Sahlgrenska universitetssjukhuset. Medicinsk programarbete Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vårdprogram för depression, inklusive bipolär depression.
15. Danhof-Pont M B, van Veen T, Zitman F G. Biomarkers in burnout: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research 2011;70: 505–524.
16. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. Is There a Bidirectional Link Between Insomnia and Burnout? A Prospective Study in the Swedish Workforce. Int.J. Behav. Med 2010;17:306–313.

BILAGA 1 Beskrivning av korttids kognitiv beteendeterapi (KBT)

Session 1. Psykoedukation om depression och ångest

Patienten får information om att kognitiv beteendeterapi bygger på ett samarbete mellan terapeut och patient. Till en början utbildar terapeuten patienten i olika aspekter av terapin och om hur depressionen och ångest uppstår samt hur man kan bli av med det är, så kallad psykoedukation. I en kognitiv session nyckelorden kan kalas "hur", då man alltid frågar hur är situationen idag eller senaste dagarna och då beskriver patienten sin aktuella psykiska mående. "Vad" som har hänt och "när", då beskriver patienten en typisk problemsituation som analyseras och då drar man slutsatser om patientens beteendemönster, kroppsliga sensationer för den perioden av tiden och under vilka omständigheter de kom fram. För att bemästra ångest är det viktigt att veta mycket om panik, om vad utlöser den, hur och varför kroppen reagerar på ett viss sätt samt hur känslor och tankar påverkar varandra, då lär sig patienten att identifiera och förändra de så kallade katastroftankar relaterade till panik (till exempel feltolkningar av kroppssensationer och undvikande beteende som upprätthåller problemen).

Session 2. Konceptualisering och framtagande av den kognitiva triaden

Patienter väljer sitt huvudproblem som ska behandlas. Man klarlägger patientens problemlista, lämplighet för terapi och motivation till förändring efter ordentligt bakgrundsanarnes och efter relevanta tidigare livserfarenheter. Den kognitiva triaden analyseras, bestående av; 1) en negativ syn på sig själv, till exempel "jag är hopplös, inkompetent, värdelös", skuld-känslor och osjälvständighet, 2) tidigare sociala livserfarenheter som avgör framtagning selektion och kodning av information ur minnet. 3) negativ syn på framtiden, till exempel "inget bra kommer att hända i mitt liv, framtiden är mörk", vilket kopplas med apati, undvikande av önskningar, självmordbenägenhet. De andra har en negativ uppfattning om patienten, till exempel "de tycker synd om mig, att jag inte kan klara mina uppgifter, jag är en dålig människa". Patientens mönster sek. schema eller dysfunktionella grundantaganden tas fram. Dessa är kopplade till känsla av hjälplöshet och överstiglga krav från omgivningen. De disfunktionella scheman kretsar kring hjälplöshet och oälskbarhet. Det hänger ihop med "antingen eller tänkande", autotankar i form av en ständig tanke om "mörk framtid", samt självrefererande tankar om personlig förlust och misslyckanden i nuet och i det förflutna. Vidare analyseras villkorliga antaganden och automatiska tankar samt beteendestrategier (kompensatoriska och vidmakthållande) som är aktiverade, regler känslor och tankefallor eller kognitiva beteendemässiga inlärnings/affektiva mekanismer som har utvecklats för att hantera och kompensera dessa antaganden.

Session 3 Kognitiv omstrukturering

Med kognitiva strukturer menas de mentala organisationer eller färdigheter som ett barn eller vuxna har beroende på den nivå eller livserfarenhet de har fått under sitt medvetna liv. Begreppet används först av Kelly 1955 och utvecklas vidare genom åren. Grundprinciper vad gäller konstrukt är att de revideras ständigt. Beck utvecklar begreppet "kolliderande konstrukt" i samband med grundantaganden.

Man klartlägger terapins realistiska mål önskningar och förväntningar samt bedömer eventuella förutsägbara svårigheter, vilka resurser patienten har enligt topografiskt schema och personlighet, anknytningsmönster, beteende i mellanmännsliga relationer och inte minst temperament, relevanta för terapin. De typiska tankefallorna för en deprimerad patient brukar relatera med tendens till katastroftolkning, diskvalificering, främst negativa tankar först om

sig själv, värden och till andra människor, viket är orsak till att de inte får det de vill ha av livet. Sådana tankar brukar vara övergeneraliserade och omfattar allt omkring i verkligheten. Därför är de övertygade att de inte kan fungera i sociala aspekter. På samma sätt uppfattar de andra människor som känslolika och farliga, det leder till isolering, ökad sårbarhet ibland skuld känslor att allt är deras fel och känsla för hopplöshet vilket leder till att de inte ha några planer och förväntningar för framtiden. Tankarnas tendens till överdriven bearbetning av negativ information, självfokuserande uppmärksamhet samt uteslutande av positiv självpresentation analyseras. Annan tendens hos de patienterna är att vara ”dikotoma” eller att tro att det finns endast två alternativ i vissa situationer och inget annat är möjligt. Man framställer att enbart två alternativ existerar, när så i själva verket inte är fallet. Annan tankefälla är att patienterna brukar vara övertygade att de inte kan bli älskade i interpersonell aspekt och i relation till andra.

Session 4 Bryta katastroftankarna. Genomgång av registreringar samt hemuppgifter.

Vid de tre nämnda tillstånd arbetar man vid KBT med att bryta katastroftankarna som är associerade till individens kroppsliga symptom: att motverka undvikanden av emotioner är centralt vid all ångest behandling med KBT där patienten har tydliga undvikande och flyktbeteende, slutligen arbetar man med att förstärka handlingsberedskap, vars primära funktion inte är undvikande av emotioner. Vid hälsoångest handlar det om att identifiera och reducera beteenden som är kontraproduktiva för individen, så som överdrivet kontrollerande av kroppsliga symptom och sökande av försäkringar att man är frisk.

Session 5 Beteendeaktivering och exponering. Genomgång av hemuppgifter samt aktuella situationer.

Det anses att exponering är den enskild viktigaste interventionen vid behandling av depression. Man använder olika exponeringstekniker för att komma åt de vidmakthållande säkerhets- och undvikande beteenden. Exponering med responsprevention kan här användas framgångsrikt. Patienten får gradvis arbeta med att öka beteendena genom att öka i frekvens eller öka tiden av upplyftande aktiviteter. Kunskapen måste prövas i verkligheten för att bli giltiga och den kunskapen måste bli till erfarenhet. De erfarenheter skaffar man genom att delta i träningsprogrammet som bygger på två viktiga delar - kunskap och erfarenhet.

Session 6 Strategier för stresshantering bättre sömnskvalitet

Huvud fokus är att patienten ska veta bäst hur han/hon ska ta hand om sig själv. Egenvård och det som finns omkring som bidrar till hälsa samt det som stressar analyseras. Patienten lär sig att göra bättre och medvetna val i sitt liv, att göra en sak i taget (medveten närvaro i stunden). Genomgång av fakta om sömn samt grundläggande principer för sömnhygien och stimuluskontroll presenteras.

Session 7 Tankar och dess betydelse.

Patienten är nu väl introducerad i KBT språkbruk samt i hur tankar verkar i hans/hennes liv. Därför läggs ytterligare fokus på tankarnas betydelse för patientens upplevda erfarenhet och befäster tidigare insikter. Här behandlas ångestproblematiken och behandlingen bygger på inläring av nya erfarenheter. Patienten ska lära sig att närma sig det som är svårt gradvis och exponeras till utlösande ångest faktorer precis som vid depression. När en person en gång haft en panikattack/ångest utvecklar man ofta en rädsla för de sensationer som föregick ångestattacken. Försöker att tidigt finna tecken på dessa symptom och snabbt kunna vidta olika försiktighetsåtgärder och utveckling av säkerhetsbeteende till exempel att uppdatera sina

kunskaper angående olika sjukdomar. Denna selektiva uppmärksamhet på vissa sensationer möjliggör i sin tur upptäckt av sensationer som tidigare passerat obemärkt. När sensationerna noteras tolkas de som tecken på en allvarligt fysisk eller psykisk sjukdom. Patienten utvecklar ibland även hypokondri. Dessa beteenden har som syfte att försöka förhindra att de fruktade katastroferna inträffar, säkerhetsbeteenden, kan ha olika uttryck men de leder inte till problemlösning. Den hjälper till att patienter bygger upp "onda cirklar" i sitt beteendemönster som försämrar situationen avsevärt och leder till ännu mer stressiga panikattacker eftersom problemet finns kvar i grunden. De minskar inte den psykologiska sårbarhet som patienten har och leder till dramatisk förändring i livsstil och livskvalitet, samt blir hinder för patienter att gå vidare i livet. Att stå ut med det att göra hela tiden nödvändiga anpassningar i sitt liv tar på energin med dåliga konsekvenser i det dagliga livet.

Session 8 Avslutning och vidmakthållande av inlärdas hanteringsstrategier

Patienter gör nu en egen lista på vad han/hon har lärt sig under behandlingen och på vad var det som fungerade. Patienten får som uppgift att även efter terapins avslut fortsätta att tillämpa valda strategier. Patienter sammanfattar behandlingen och poängsätter den. Lyfter fram det som har fungerat men även det som inte varit så bra. Det görs självbekräftelse samt planering för fortsatt arbete, genomgång av hemuppgifter samt individuella situationer. Planering för fortsatt självständigt arbete. Exponering med responsprevention kan här användas framgångsrikt. Patienten får gradvis arbeta med att minska säkerhetsbeteendena genom att gå ner i frekvens eller öka tiden mellan kontrollerandet/försäkringssökandet, alternativt direkt sluta. Eventuellt vidare remittering till enhet för fortsatt terapi vid resistenta fall görs.

Session 9 Bostersession

En till session "Bostersession", c:a tre månader efter avslutat behandling, erbjuds till patienten i syfte att kunna berätta hur det gick och för åter anknyta till behandlingens olika komponenter. Motivation och engagemang är de viktigaste delarna för att uppnå ett bra resultat långsiktigt. Ju mer man tränar på de olika delarna av behandlingen, desto mer kan man räkna med att få ut av den.