

# PATIENTENS SKREVNE LIVSHISTORIE

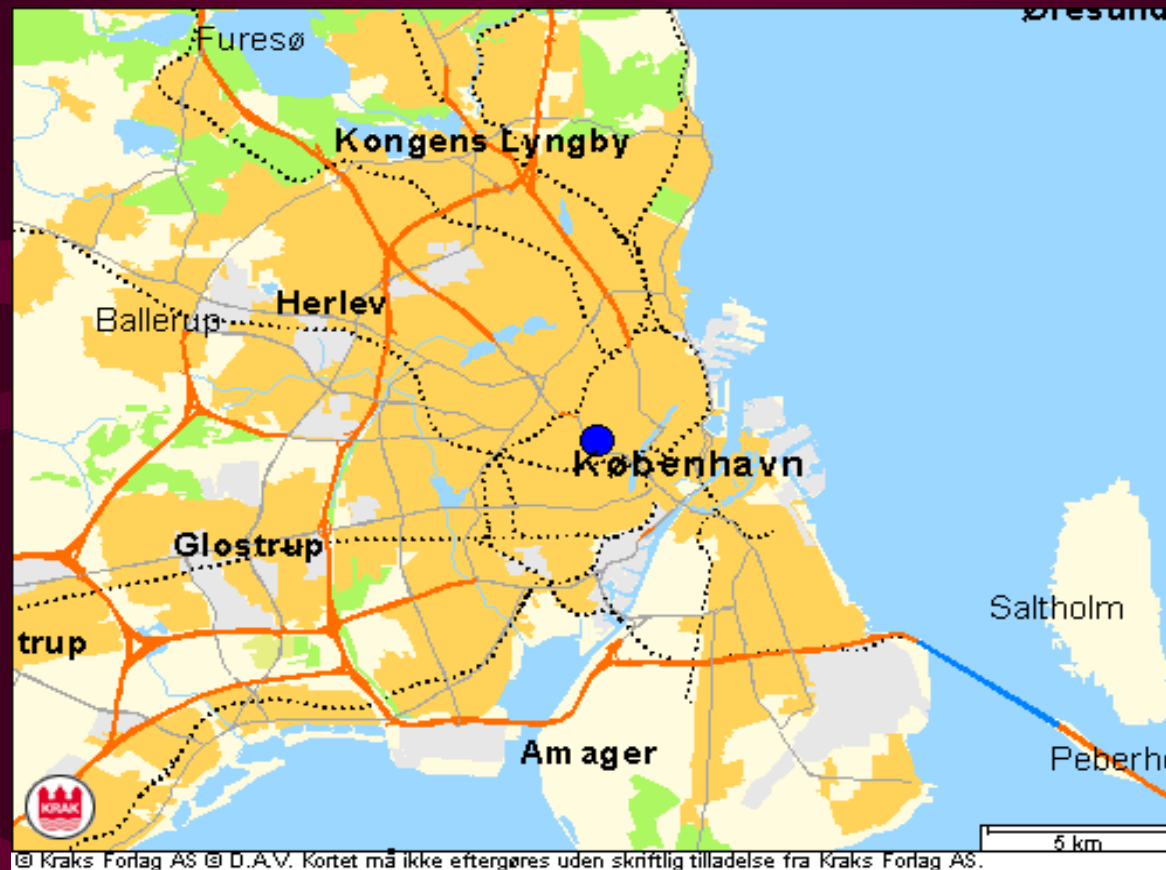


SOM UDGANGSPUNKT FOR  
SAMTALEBEHANDLING

# PATIENTENS SKREVNE LIVSHISTORIE SOM UDGANGSPUNKT FOR SAMTALEBEHANDLING.

- Ehrenreich B., Hilden J., Tidlund M. M.
- Supervisionsgruppen (v. Peder Terpager)
- Lægerne, Borups Allé 1, 2200 København  
N, Danmark.

# Praksis beliggenhed i København



# Baggrund

- Mindst 20-30% af patienter har en psykisk lidelse (hyppigst somatoforme lidelser, depressioner og angst).
- Henvisning til psykologhjælp med sygesikringstilskud meget begrænset.
- Samtalebehandling i almen praksis (særlig ordning i kun enkelte amter herunder København).

# Superviseret samtalebehandling i almen praksis i København

- *Aftalen omfatter patienter med specielle helbredsproblemer og/eller trivselsproblemer, der umiddelbart ikke kan løses i almindelige konsultationer*
- **Konsultationshonorar x 3-4**
- **Krav om supervision**
- **Krav til supervisor**
- **Honorar ved supervision**
- **Honorar til supervisor**

# Vores Supervision:

- **Kognitiv adfærdsterapi**
- **Skriveproces**
- **Livshistorier**

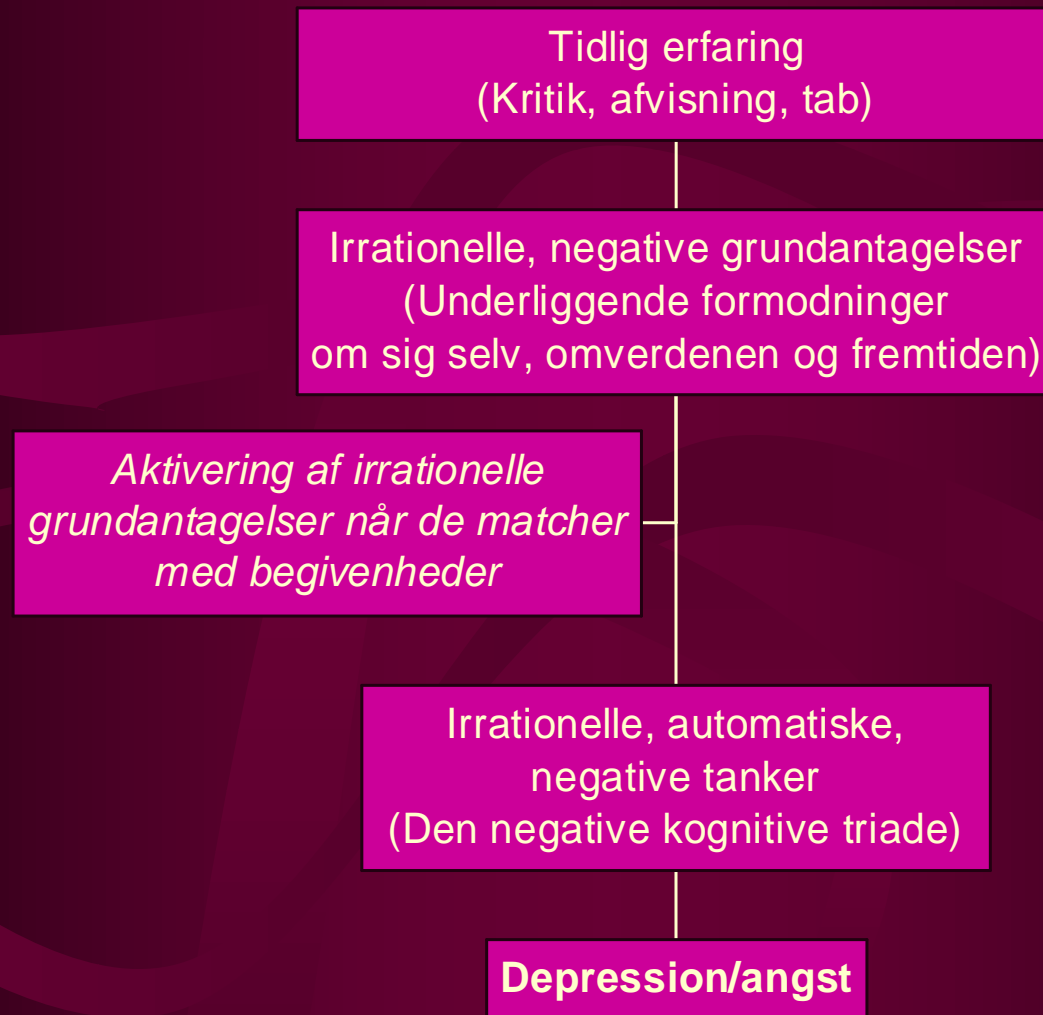
- **Livshistorier:**

# **Skriveprocessen som terapi**

- **Beskrevet og udarbejdet af:**

- **Peder Terpger Rasmussen & Karl Tømm.  
Månedsskr. Prakt. Lægeger. 2000; 78: side  
657-71**

# Becks kognitive model





# Ideen bag Kognitiv adfærdsterapi:



- Eller bedre: Find de irrationelle grundantagelser der ligger bag de negative automatiske tanker og korriger dem.
- Livshistorien kan være en genvej til sammen med patienten at finde dennes irrationelle grundantagelser.
- Værktøjet til at korrigere irrationelle grundantagelser kan være nye skriveopgaver.

# Livshistorier

- *Din livshistorie med hovedvægt på vigtige personer, hændelser og følelser på godt og ondt.*
- Livshistorierne giver en idé om de personlige grundantagelser som kan medføre irrationelle automatiske tanker.
- Identificere og omstrukturere patientens irrationelle tanker og tankemønstre.

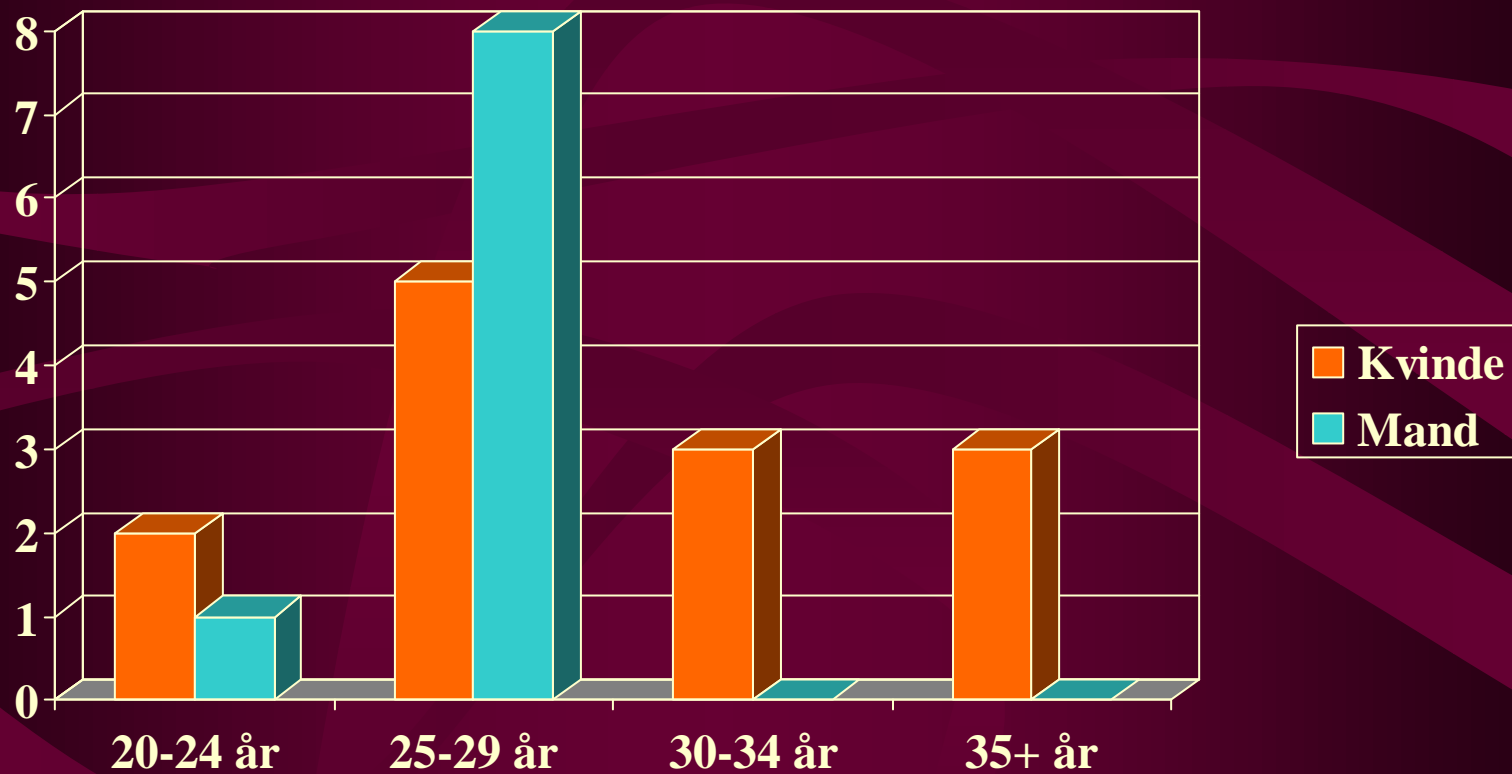
## Materiale og metode

- Alle i konsultationer med samtalebehandling i perioden 1. Marts 2001 til 28. Februar 2003 blev identificeret.
- Der blev fundet 23 livshistorier.
- 1 udgår - misforstået (viste sig at være skizofren).
- Livshistorierne er analyseret ved en kvalitativ metode med den kognitive adfærdsterapeutiske model som underliggende teori.

# Køn og Diagnoser

– Kvinder	13	
– Mænd	9	
– <i>Angst tilstande</i> <i>(inkl. svær fobi og hypokondri)</i>		7
– <i>Depressionstilstande</i> <i>(inkl. træthedstilstande og lavt selvværd)</i>		11
– <i>Misbrug</i>		2
– <i>Spiseforstyrrelser</i>		2

# Patienternes alder og køn



# 30 årig kvinde miljøplanlægger med angst

- *..vi var ualmindeligt søde børn, fordi vi blev opdraget med at tage meget hensyn til min fars ønsker og humør - for han var jo syg. Han fik i lange perioder morfin - og drak også en del, når han havde det værst, og det gjorde ham sværere at gøre tilpas. Han var ofte indlagt, og de perioder husker jeg som gode - vi skulle ikke gå på listefødder derhjemme, og det var spændende at besøge ham på sygehuset.*

Grundantagelse: Man må ikke vise følelser som vrede, for så bliver man forstødt.

## 29 årig mand tømmer med depression

- *"Lene var en meget sød, forstående og tålmodig pige men det var der mit problem med bindinger opstod for første gang, så vi stoppede og startede et utal af gange med at komme sammen / bo sammen –"* Nuværende kæreste: *" - men der begynder at opstå en del ligheder mellem forholdene til Jannie og Lene, så Jannie og jeg har efterhånden startet og stoppet nogle gange uden nogen egentlig grund anden end når det bliver for tæt så skubber jeg Jannie fra mig -"*
- Grundantagelse: Det gør alt for ondt at blive forladt så derfor må jeg ikke knytte mig tæt til andre.

## 28-årig kvinde, dekoratøreløv med depression

- *Jeg ville gerne have, at alle havde det godt, specielt min mor. Jeg har kun set min mor græde 1 gang. Og selvfølgelig har hun grædt mere, men det jeg ikke kunne se, eksisterede ikke. Jeg vidste bare, at jeg aldrig mere ville se min mor græde, det gjorde virkelig et stort indtryk på mig.*
- Grundantagelse: Det er min skyld/mit ansvar, hvis andre har det skidt.



# Fundne irrationelle grundantagelser

- Verden er farlig, jeg kan ikke forvente mig noget godt.  
Man må regne med at blive svigtet.  
Mennesker man holder af forsvinder pludseligt.
- Jeg er ikke noget særligt værdifuldt, det må jeg skjule  
for ikke at blive forstødt. Hvis ikke jeg har fuld kontrol  
risikerer jeg at blive afsløret. Jeg er kun værd at elske  
hvis jeg er perfekt.
- Det er farligt at involvere sig: Det gør alt for ondt at  
blive forladt eller svigtet så derfor må jeg ikke knytte  
mig tæt til andre mennesker.

# Fundne irrationelle grundantagelser

- Det er farligt at vise vrede.
- Det er mit ansvar hvis mennesker jeg holder af har det dårligt.
- 'Enten – eller' / 'Alt eller Intet'. Hvis jeg ikke er en succes så er jeg en fiasko. Hvis bare man møder den rigtige er 'Lykken gjort'
- Man kan flygte fra det hele og blive et nyt menneske.
- Man skal bare tage sig sammen.

# Fordele ved patientens skrevne livshistorier

- **Patienten udfører det meste af arbejdet selv** og arbejdet flyttes fra konsultation til hjemmet.
- **Fortællingen bliver terapeutisk i sig selv.**
- **Det er patienten selv der bestemmer** hvad der skal behandles og hvor dybt.
- **De giver patientens personlige reference**, hvor patientens egne standarder for sygdom og sundhed respekteres.

# Evidens for at Kognitiv terapi virker overfor let- til moderat depression og overfor angst-tilstande:

- 1 Systematisk Review om Depression
- 2 Systematiske Reviews om Angst

Kilde: BMJ, Clinical Evidence

# Depression

- **Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, et al. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed people 1998. *J Affect Disord* 1998;49:59–72.:**
- **1 SR (48 RCTs of psychological therapies [2765 people, mean age 39.3 y] mainly outpatients in secondary care; therefore, probably with mild to moderate depression; people with psychotic or bipolar symptoms were excluded); 20 RCTs compared CT with waiting list or placebo and 17 compared it with drug treatment 79% of people receiving placebo were more symptomatic than the average person receiving CT ( $P < 0.0001$ ). 65% of people receiving CT were less symptomatic than the average person treated with antidepressant drugs ( $P < 0.0001$ )  
No harms reported  
Requires extensive training. Limited availability. RCTs in primary care suggest limited acceptability to some people**

# Angst

- **Gould RA, Otto MW, Pollack MH, et al. Cognitive behavioural and pharmacological treatment of generalised anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behav Res Ther* 1997;28:285–305.**
- **Western D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:875–889.:**
- **The review found that cognitive behavioural therapies versus control significantly improved symptoms over 4–12 weeks (effect size for anxiety 0.70, 95% CI 0.57 to 0.83 and for depression 0.77, 95% CI 0.64 to 0.90; dichotomous data not available).**
- **It found that cognitive behavioural therapies (including relaxation, cognitive therapy, cognitive behavioural therapy, analytical psychotherapy, and anxiety management training [alone or in combination]) versus waiting list control were associated with an improvement in symptoms (median effect size 0.9; CI not provided). The first subsequent RCT (36 people aged 18–60 years with generalised anxiety disorder [GAD]) found no significant difference for 12 weekly sessions of cognitive therapy versus applied relaxation in the proportion of people who responded after 13 weeks (response defined as improvement to score 3 or 4 on Cognitive Global Impression Scale, 10/18 [56%] with cognitive therapy v 8/15 [53%] with applied relaxation; ARR –2%, 95% CI –33% to +29%; RR 1.04, 95% CI 0.55 to 1.95)**