

Synen på depression ur ett psykoanalytiskt och kognitiv-beteendeteoretiskt perspektiv

Proseminarieuppsats

Våren 2008

Psykologiska institutionen

vid Åbo Akademi

Handledare: Bettina von der Pahlen

Skribent: Thomas Pakalén

Opponent: Leif Elverstig

Abstrakt

Den här avhandlingen strävar till att ytligt redogöra för och jämföra hur depression gestaltas ur en psykoanalytisk synvinkel och ur en kognitiv-beteendeterapeutisk synvinkel. Hur skiljer sig deras förståelse av vad depression är? Jämförelser är delvis svåra att göra på grund av att begreppsapparaturen skiljer sig åt mellan de olika inriktningarna. Förenklat kunde man säga att den psykoanalytiska synvinkeln har en mer mångfacetterad syn på depression och utgår ifrån att det i varje depression finns en kärna av oförlöst sorg. I kognitiv-beteendeterapi ses depression som i huvudsak en negativ kognitiv triad som upprätthålls av egen kraft. Svårigheten att definiera depression diskuteras.

Nyckelord

depression, psykoanalytisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi

Författarens tack

Tack till Pertti, Elli, Bettina, Moni.

Innehållsförteckning

Abstrakt

Författarens tack

1 Introduktion

2 ICD-10, DSM-IV och depression

2.1 Komorbiditet

2.2 Kön- och åldersvariabler

3 Psykoanalytisk teoribildning

4 Teoribildning bakom kognitiv beteendeterapi

5 Depression

5.1 Psykoanalytisk syn på depression

5.2 Depression ur ett kognitivt perspektiv

6 Diskussion

7 Referenser

1 Introduktion

Enligt WHO är depression den fjärde största orsaken till ohälsa i hela världen, mätt i potentiellt förlorade år på grund av för tidig död och år av förlorad produktionsförmåga. I Finland lider ca 5 % av befolkningen av depression. Depression behandlas med olika psykoterapiformer samt med läkemedel (kaypahoito.fi). Framgången för en viss psykoterapeutisk behandlingsmetod påverkas i viss mån av dess vetenskapligt underbyggda evidensbas. Psykoanalytiskt baserad psykodynamisk psykoterapi och kognitiv-beteendeterapi (KBT) kan bägge uppvisa evidensbaserat stöd för effekt i ungefär lika hög grad (kaypahoito.fi, SBU 2004, Roth och Fonagy 2005, s.96). På så vis konkurrerar de två inriktningarna åtminstone delvis om samma människor och om samma resurser för att hjälpa dessa. Målet med denna prosemi-uppsats är att bekanta mig närmare med hur depression förstås ur ett psykoanalytiskt perspektiv och ur ett kognitiv-beteendeterapeutiskt perspektiv. Vad är detta depression för något, som respektive terapimetod behandlar? Fokus kommer alltså i detta sammanhang att ligga på hur de två inriktningarna förstår och gestaltar depression, medan frågan om hur metodens *effektivitet* kan utvärderas lämnas mer eller mindre utforskad. Biologiska och genetiska aspekter, psykofarmakologisk behandling och andra psykoterapeutiska behandlingar (i synnerhet interpersonell psykoterapi, IPT) lämnas också i stort sett utanför denna uppsats omfång.

2 ICD 10, DSM-IV och depression

Cullberg (2003) redogör för WHO:s ICD (International Classification of Diseases) och American Psychiatric Associations DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). De är, enligt Cullberg, de enda beaktansvärda klassifikationssystemen idag. Den tionde och aktuella versionen av ICD utkom 1997 medan dito för DSM, den fjärde versionen, utkom 1994. DSM-V är under beredning och beräknas utkomma 2011 (<http://www.dsm5.org/timeline.cfm>). Bägge klassifikationssystemen är *deskriptiva*. Det innebär att de inte är knutna till någon specifik sjukdomsuppfattning, istället eftersträvas en *beskrivning* av sjukdomstillstånd. Fenomen ska kunna beskrivas objektivt. I bakgrunden finns erfarenheter från i synnerhet 60- och 70-talet då undersökningar påvisade en låg interbedömarreliabilitet för psykiatriska diagnoser. Genom att frångå tvetydiga och värdeladdade begrepp till förmån för noggranna symtombeskrivningar har reliabiliteten för de psykiatriska diagnoserna förbättrats och psykiatrin som vetenskap utvecklats. (Cullberg 2003, s. 32-33.) Samtidigt påpekar Cullberg att ICD-10 fjärrar sig från den kliniska

verkligheten eftersom den strävar till att eliminera varje form av teori och utgår ifrån att fenomen går att beskriva objektivt. Genom att i den diagnostiska processen ensidigt betona det deskriptiva – med andra ord, förlita sig enbart på ICD-10 – riskerar förståelsen gå förlorad. Cullberg varnar alltså för att bli för rigid med ICD-systemet om man inte samtidigt kopplar ihop det med mer direkt kliniskt orienterade förklaringsmodeller. Enligt Cullberg är idealet en ”*dynamisk växelverkan mellan teori, kliniska resultat, diagnos och terapi*”.

ICD-10 ger definitioner för lindrig, måttlig och svår egentlig depression enligt följande (hämtat ur SBU 2004):

Lindrig egentlig depression förutsätter enligt ICD-10:

A. att minst två av symtomen nedstämdhet, energifattigdom och minskad aktivitet dominerat under minst de senaste 2 veckorna.

B. att detta inte kan förklaras av annan kroppslig eller psykisk störning

C. att minst ett av följande symtom också förekommer, eller totalt minst fyra symtom från A och C:

1. förlust av självförtroende och självuppskattning
2. överdriven eller obefogad självkritik och nedvärdering av sig själv
3. återkommande tankar på död eller självmord, och all slags självskadande beteende
4. upplevd nedsättning av förmågan till tankeverksamhet och koncentration, med vankelmod och beslutsångest
5. förändrad psyomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation
6. alla slags sömnproblem
7. ökad eller minskad matlust med medföljande effekt på vikten.

Vid lindrig depression är patienten i obalans, men kan i allmänhet genomföra normala aktiviteter. För att *måttlig egentlig depression* ska föreligga krävs kriterier för lindrig depression samt minst sex symtom från A och C. Vid måttlig egentlig depression är patienten oftast så påverkad att även vardagliga sysslor är svåra att genomföra. För diagnosen *svår egentlig depression* krävs att alla tre symtomen från A och minst fem symtom från C föreligger. Vid svår egentlig depression är patienten handikappad, har ofta

starka självförebåelser och självmordstankar samt ofta framträdande kroppsliga symtom bland de som redovisats under punkt C.

ICD-10 skiljer dessutom mellan *depressiv episod*, *recidiverande depressioner* och *kroniska förstämningssyndrom*. De recidiverande depressionerna indelas ytterligare i lindrig, medelsvår, svår utan psykotiska symtom och svår med psykotiska symtom. (Cullberg 2003, s. 318).

4.4 Komorbiditet

Enligt SBU-rapporten (2003, s. 242) är sambandet komplext mellan depression, personlighetsstörning och läkemedelsbehandling. Svårigheterna ligger möjligen i att finna operationaliserade begrepp. Rapporten drar slutsatsen att begreppen för närvarande är för inexakta och flytande.

Enligt Kessler et al. (1994), citerad i Roth & Fonagy (2005, s. 322), är oddsen för komorbiditet mellan svår egentlig depression och alkoholberoende 2,0. Coryell et al (1991), Alpert et al (1994) och Barkow et al (2003), citerade i Burcusa och Iacono (2007), har funnit ett samband mellan återkommande depression och alkohol och/eller droganvändning.

Ångest och depression kan förekomma tillsammans. I en studie med 85 patienter av Gaynes et al (1999) fann man att en samtidig ångeststörning i avsevärt högre grad predicerade en ihållande depression, jämfört med de som enbart var diagnostiserade med svår egentlig depression. Gaynes et al frågade sig om detta kan tolkas som att en ångeststörning blott är ett tecken på att depressionen kan förväntas bli ihållande, eller om ångeststörning skall ses som något som i sin egen rätt kräver behandling. Enligt Sussman (2007) är diagnostiken beträffande ångest- och depressionsdiagnoser oftast avsevärt mer exakt än den kliniska verkligheten, med andra ord, skillnaden mellan olika ångest- och depressionsdiagnoser är kanske imaginär. Luchezar (2007) tänker sig att det är frågan om överlappande syndrom.

I en studie av Mainio et al (2007) undersöktes sambanden mellan epilepsi, suicidalt beteende och depression. Populationen utgjordes av en databas inkluderande alla självmord ($n = 1877$) i norra Finland 1988-2002, i vilken ingick information från sjukhus om personernas somatiska och psykiatriska störningar. Av populationen hade 1,3 % ($n = 25$) behandlats på sjukhus för epilepsi.

Jämfört med övriga självmordsoffer var dessa i högre utsträckning kvinnor, äldre och diagnosticerade med depression. I denna undersökning tenderade depressionsdiagnosen att komma ett år efter att epilepsin uppdagats. Detta är motsägelsefullt i jämförelse med Dale et al (2005), som påvisat att egentlig depression föregick en epileptisk diagnos, med en faktor av 1,7 jämfört med en kontrollgrupp. Population utgjordes av 324 isländska personer som drabbats av ett epileptiskt anfall eller diagnosticerats med epilepsi medan kontrollgruppen bestod av 647 personer.

4.5 Köns- och åldersvariabler

Enligt SBU-rapporten (2004) visar de flesta studier på att kvinnor drabbas av depression ungefär dubbelt så ofta som män, men denna skillnad gäller ej för barn. För äldre människor minskar skillnaderna mellan könen. Studier av personer över 80 år saknas.

I en studie av Birmaher et al (2004) jämfördes prepubertala (n=46) och postpubertala (n=22) ungdomar som diagnosticerats med svår egentlig depression; vartannat år under drygt 5 år genomfördes en strukturerad intervju i syfte att mäta psykopatologi och föräldrarnas psykiatriska historia (*parental psychiatric history*). Resultaten visade att egentlig depression på det stora hela manifesteras likadant i bägge grupperna.

3 Psykoanalytisk teoribildning

För att bättre kunna förstå de psykoanalytiska synpunkterna på depression är det motiverat att åtminstone ytligt lyfta fram några psykoanalytiska teoretiska ståndpunkter.

Sigmund Freud (1856-1939) är upphovsman till begreppet psykoanalys (Shamdasani 2004). Psykoanalys är såväl en teori om hur vår inre värld hänger ihop som en metod för att åstadkomma förändringar (Beck-Friis 2005 s.57). Enligt Klockars (2004) särskiljer sig psykoanalysen som teori genom den vikt som läggs vid hypotesen att människan i hög grad styrs av omedvetna processer. I psykoanalytisk terapi är sättet på vilket fri association ges utrymme och signifikans i den analytiska situationen den centrala metoden för att nå förståelse om det omedvetna. Grundbegrepp, enligt Tähkä (1991) och Cullberg (2003, s.91-) inom psykoanalytisk teoribildning är bl.a. medvetet, förmedvetet och omedvetet, liksom den strukturella hypotesen om jaget, detet och överjaget.

Tähkä (1991) redogör för sex synpunkter, ur vilka man kan betrakta psykiska fenomen eller skeende. Den genetiska synpunkten postulerar att allt beteende är ett resultat av individens tidigare upplevelser och psykiska processer, i synnerhet personlighetens tidiga historia. Enligt den topografiska synpunkten kan allt beteende definieras på en skala som bildas av begreppen medvetet, förmedvetet eller omedvetet. Enligt den dynamiska synpunkten är individens beteende resultatet av alla de krafter, bl.a sexualitet och aggression, som vid ett givet tillfälle är närvarande inom dennes personlighet. Den ekonomiska synpunkten innebär att allt beteende kostar i form av psykisk energi, som utgörs till en hög grad av grunddrifterna aggression och sexualitet. Den psykoanalytiska teorin delar in personligheten i tre strukturer: jaget, detet och överjaget. Den strukturella synpunkten definierar allt beteende som tillhörande, i olika grad, respektive strukturs funktion och inbördes relation. Med den adaptiva synpunkten menas att den yttre, ”objektiva”, verkligheten alltid på något sätt påverkar beteendet. Beteendet är alltså alltid i viss mån anpassat efter yttre realiteter.

Enligt Cullberg (2003) har psykoanalysens förändring och utveckling skett i skiften från driftspsykologi till jagpsykologi, varifrån objektrelationsteorin (Klein, Fairbairn och Winnicott) och självpsykologin, av främst Kohut, vuxit fram. Enligt Beck-Friis (2005) framhåller objektrelationsteorin att människor internaliserar objekt, t.ex andra känslomässigt viktiga personer, och att dessa införlivade objekt i fortsättningen påverkar individens inre värld. Horrocks (2005) lyfter fram en av Kohuts grundtankar i självpsykologin, nämligen begreppet självobjekt. Med självobjekt avses att erfarenheten av en annan människa kontinuerligt när individens själv.

3.1 Kritik

Psykoanalytisk teori har kritiserats för att inte kunna falsifieras. P. Medawer och K. Popper, refererade i Guntrip (1978, abstrakt), har hävdade att psykoanalytiska hypoteser inte kan anses vara vetenskapliga eftersom de inte kan falsifieras. E. Slater, också refererad i Guntrip (1978), anser att psykoanalysen fungerar som en bas från vilken nya vetenskapliga teorier kan utvecklas. Hyönä & Kaakinen (Topsy ”humbug”-seminarium 2007) redogör för och rangordnar fyra fungerande metoder i psykologisk forskning:

- Metoden har bevisats fungera och baserar sig på en giltig teori.
- Metoden har bevisats fungera, men dess teoretiska grund är okänd.

- Metoden har bevisats fungera, men dess teoretiska grund är irrelevant.
- Det saknas vetenskapliga belägg för att metoden fungerar, men det känns som att den gör det.

Kaakinen (personlig kommunikation) anser att psykoanalys tillhör den sistnämnda. Tammissalo (2007), recenserad av Pynttäre (Turun Sanomat 10.12.2007, s.16), anser sig ”*piska en redan död häst*” i sitt verk ”*Tavataan ensi viikolla. Psykoanalyysin ja sen hoitovaikutusten kriittinen tarkastelu.*” där han strävar till att bedöma psykoanalysens värdeeffekt och vetenskaplighet. Pynttäre påpekar dock paradoxen i att Tammissalo (2007) själv uppvisar iögonfallande brist på vetenskaplighet, i synnerhet beträffande bristfälliga källhänvisningar.

Freud som vetenskapsman har även kritiserats i följande ordalag: *Freud tog en spegel för ett fönster*, med vilket avses att Freud misslyckats med att bevisa empiriskt stöd för sina teorier, enligt Larsson (2002), som hänvisar till Scharnberg, M (1993), Cioffi, F (1998) och Grünbaum, A (1984, 1993). Nämnde Grünbaum har så sent som 2006 utkommit med verket *Is Sigmund Freud's psychoanalytic edifice relevant to the 21st century?*, i vilket han liksom Tammissalo (2007) strävar till att en gång för alla göra Freuds läror irrelevanta. Grünbaum förkastar Freuds grundläggande teser och argumenterar för att *varken de post-Freudianska formuleringarna av psykoanalysen eller de så kallade ”hermeneutiska” rekonstruktionerna har lyckats rättfärdiga det psykoanalytiska vågstycket*. Se Tähkä ”**The nature and mediation of understanding in psychoanalytic interaction**” för en kommentar gällande målet med psykoanalysen. Det går utanför denna uppsats ramar att bedöma tillförlitligheten i Freuds verk samt samtida psykoanalytisk teori, men att de är omstridda råder ingen tvekan om.

Enligt Horrocks (2005) kan den psykoanalytiska modellen kritiseras för reduktionism, genom att den i så hög utsträckning härleder klientens personlighet till ett infantilt ursprung. I viss mån kan reduktionism tillskrivas alla psykologiska modeller, eftersom de tolkar fenomen inom ramen för sin egen modell. För att styrka sin tes om reduktionism kritiserar han Freud för att ha tolkat Hamlet som en pjäs som handlar om Oidipala relationer, när den, enligt Horrocks, i själva verket handlar om så mycket *mer*, exempelvis Hamlets självmedvetande och modernismens begynnande. Horrocks tar dock tillbaka delar av kritiken genom att säga att nutida psykoanalys och psykoanalytisk kritik överlag inte är så grov. Se t.ex. Yrjö Alanen (2003) för en kontemporär analys av Hamlet. Den kvarvarande kritiken skjuter kanhända förbi, i så måtto att en tolkning av Hamlet i ljuset av Oidipus-komplexet inte automatiskt *utesluter* övriga perspektiv; såsom samhällsvetenskapliga eller

feministiska.

4 Teoribildning bakom Kognitiv Beteendeterapi

Kognitiv Beteendeterapi (KBT) är en integration av beteendeterapin och den kognitiva terapin (Ledley, Marx, Heimberg 2006). Det finns två föreningar för KBT såväl i Finland som Sverige och namnfrågan har varit ett hett diskussionsämne de senaste åren. Hedenstedt, Fjellman, med flera, tar i Sokraten (2-2004) upp frågan om de olika beteckningarna KT (kognitiv terapi), KBT (kognitiv beteendeterapi), KPT (kognitiv psykoterapi), BT (beteendeterapi) och DBT (dialektisk beteendeterapi). Det kan i många fall vara förvirrande med de olika beteckningarna och i Sokraten redogörs för divergerande synpunkter på de olika beteckningarna, anno 2004. Hansen och Viborg argumenterar i ovanstående sammanhang för att CBT (engelska)/ KBT (svenska) är den akronym som bäst *samlar alla varianter av empiriskt välförankrad kognitiv och beteendeinriktad terapi* och att det varken i litteraturen eller den kliniska verkligheten är relevant att göra en åtskillnad mellan kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi. Hansen och Viborg argumenterade framgångsrikt och ifrågasatt förening heter numera Svenska föreningen för kognitiva och beteendeinriktade terapier, SFKBT.

Från beteendeterapin har KBT anammat John B. Watsons behaviorism (särskilt klassisk betingning) och B. F. Skinners teorier om operant betingning. Skinners begrepp *förstärkning* är särskilt relevant inom KBT, och innebär att ett beteende som leder till något positivt, genom association kommer att förstärkas, eller tvärtom försvagas ifall följderna blir negativa. (Ledley, Marx, Heimberg 2006, Karlsson 2004, s. 34). Den kognitiva triaden (Beck 1970, citerad i Prochaska och Norcross 2007) är central inom kognitiv teori för förståelsen av depression. Med den kognitiva triaden menas att människan är fast i en ond cirkel bestående av tre teman: (1) händelser tolkas negativt, (2) den deprimerade tycker illa om sig själv och (3) framtiden ser dyster ut. Leahy (2006) beskriver den negativa kognitiva triaden mer koncist: som den negativa tilltro den deprimerade har till sig själv, till världen och till framtiden. I den kognitiva modellen (Beck 1995 och Ledley, Marx, Heimberg 2006) utgår man ifrån att människan vid varje given situation påverkas av sina grundföreställningar, mellanliggande antaganden och automatiska tankar. Med grundföreställning avses antaganden som en människa har om sig själv och omvärlden, vilka betraktas som så självklara att de ej behöver ifrågasättas – t.ex uppfattningen att man är värdelös. Mellanliggande antaganden består av attityder, regler och antaganden (Beck 1995, citerad i Ledley, Marx och Heimberg 2006), exempelvis ”ingen

kommer att kunna tycka om mig”. Automatiska tankar är de specifika tankar eller bilder som medvetandegörs vid en given situation, exempelvis tanken ”han hatar mig” i en situation då man blivit avvisad. Således leder varje situation till en tolkning till en reaktion. KBT använder sig av inlärningsteorier för att lära bort och lära in kopplingar mellan stimuli och respons. Ett av de viktigaste redskapen, enligt Ledley, Marx och Heimberg (2006), är ”kognitiv omstrukturering”, med vilket avses att terapeut och klient tillsammans strävar efter att identifiera och omformulera tankar som klienten har om sig själv, sin omvärld och sin framtid. Kognitiv omstrukturering påminner om den vetenskapliga metoden att skapa, ifrågasätta och testa hypoteser. Framförallt används kognitiv omstrukturering som ett sätt att upptäcka och förhindra negativa självuppfyllande profetior.

5 Depression

Det finns ett flertal olika skalor i användning för att ställa diagnosen depression. De vanligaste intervju skalorna är Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) och Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). Dessa två används oftast i läkemedelsstudier, medan Beck Depression Inventory (BDI) är vanligare vid psykoterapistudier (SBU, 2004).

5.1 Psykoanalytisk syn på depression

Med andra ord: Skall vi bli fria att åter vända oss till världen med intresse och längtan måste vi först tillåta en lång process, då vi åter möter vad vi förlorat – genom minnen, upprepningar av situationer, drömmar, associationer. Det är som om vi i vår djupaste bundenhet är blinda och ovilliga att acceptera förlustens faktum och som om detta faktum om och om igen måste påvisas och genomlidat. När den vägen är vandrad till en viss punkt kan världen åter öppna sig. Den som sört färdigt är fri att söka nya föremål för sin kärlek.

Lars Sjögren (1989), citerad i Camitz (red. 2003)

Freud beskriver i *sorg och melankoli* från 1917 (översatt av Warren, i Divan 1/97) sin syn på sorgprocessen hos de som lider av depression. Skillnaden mellan sorg och melankoli beskriver Freud på följande sätt: *Vid sorgen är det världen som är tom, vid melankolin är det jaget självt.* Vid sorgen är förlusten medveten, men vid depressionen är förlusten till viss del omedveten – vid en objektsförlust är människan kanske medveten om *vem* hon förlorat men inte *vad*. Identifikation (se

Laplanche 1983) är ytterligare ett psykoanalytiskt koncept som Freud m.fl. använt sig av för att förklara depression. Morgan och Taylor (2005) förklarar Freuds uttryck *Objektets skugga föll på jaget* på så sätt att depression uppkommer som en följd av att en del av självet omedvetet identifierar sig med det förlorade objektet.

Beck-Friis (2005) definierar depression som ett *psykiskt tillstånd med sänkt grundstämning, i vilken en försvagad eller förlorad självaktning utgör den kvalitativa kärnan*. Med självaktning avser Beck-Friis självkärlek och självkänsla, samt den bevarande aspekten, som handlar om respekt, skydd och försvar.

Depression kan vara av anaklitisk eller introjektiv art (Laplanche 1983, Morgan & Taylor 2005). Dessa kategorier utgår inte från symtom, utan från de livshändelser som tenderar att vara förknippade med respektive art av depression (Blatt 2004). Enligt Blatt (1998), refererad till i Beck-Friis (2005, s.294ⁿ¹⁹), kan följande personligheter från DSM-IV inräknas till den anaklitiska formen av depression; beroendepersonlighet, histrioniska och borderlinepersonligheter. Till den introjektiva inräknas de paranoida, schizoida, antisociala, narcissistiska, tvångsmässiga och passivt-aggressiva personligheterna. Enligt Blatt (2004), citerad i Beck-Friis (2005, s. 264), har det påvisats att den anaklitiska depressionsformen behandlas bäst med stödjande-expressiv psykoterapi, medan psykoanalys lämpar sig bättre för behandling av introjektiv depression. Waugaman (2006) har recenserat Blatt (2004) och framför att anaklitisk depression hänger ihop med känsla av att vara oälskad och en längtan av att bli omhändertagen, vilket leder till känslor av hjälplöshet, eftersom det är vad personen ifråga känt i sina allra tidigaste relationer. Enligt Waugaman (2006) menar Blatt (2004) att den anaklitiskt deprimerade har nytta i synnerhet av supportiv psykoterapi, som fokuserar på att människan tillsammans med terapeuten kan känna sig trygg, och på så sätt utveckla sin tolerans för smärtsamma känslor. Den introjektiva depressionens säregenhet hör ihop med negativ självvärdering i relation till självuppsatta standarder, men åtminstone i en studie av Viglione, Lovette, Gottlieb och Friedberg (1995) kunde inte ett samband bestyrkas också till skuld-känslor och självförebåelser, vilket andra, såsom Morgan och Taylor (2005), postulerar. Waugaman (2006) beskriver Blatts (2004) syn på introjektiv depression och hävdar att den kännetecknas av skuldtyngda och självbestraffande känslor som uppkommer som en följd av att misslyckas med att uppfylla sina självuppsatta perfektionistiska standarder. Således är den introjektiva depressionen, i synnerhet på grund av perfektionistiska drag och känslighet för misslyckanden, kanske inte särskilt lämpad för *korttidspsykoterapi*, i form eller annan (Blatt, 1995).

I en studie av Reis och Grenyer (2002) jämfördes anknytningsstilar mellan anaklitiskt och introjektivt deprimerade universitetsstuderanden (N=245). Resultaten visade att universitetsstuderanden med trygg anknytning i lägre grad visade tecken på anaklitisk eller introjektiv depression. Såväl ängslig-ambivalent (preoccupied) som rädd-undvikande (fearful-avoidant) anknytningsstil förutsade depressiva erfarenheter. Den ängslig-ambivalenta anknytningsstilen korrelerade med anaklitisk depression, som i sin tur delvis förklarades av *yttre* sociala krav på perfektionism (socially prescribed perfectionism). Reis och Grenyer fann även ett samband mellan en rädd-undvikande anknytningsstil och introjektiv depression, där *inre* krav på perfektionism var den förklarande faktorn. Detta samband var inte lika starkt som för den anaklitiska depressionen.

5.2 Depression ur ett kognitivt perspektiv

Liksom för psykoanalysen är även kognitiv beteendeterapi och dess *teori* nära förbundna. Martin E Seligmans teori om den inlärda hjälplösheten (Karlsson 2004) samt Aaron T Becks teori om kognitiva scheman (Leahy 2007, Ledley, Marx & Heimberg 2006) kan ses som två utgångspunkter för att förstå depression ur ett kognitivt perspektiv. Enligt Leahy (2007) kom Beck att gestalta depression som främst en *thinking disorder*, där den negativa kognitiva triaden har en nyckelroll i upprättandet, upprätthållandet och återkomsten av depression. Den deprimerade förväntas ha en bias för negativa tankar om sig själv och omvärlden, vilket leder såväl känslor som beteende in i en självförsörjande ond cirkel. Enligt Beck (1972, s.273) är det ”*de kognitiva förvrängningarna som leder till de affektiva och motivationella symtomen karakteristiska för depression*”. Beck, hänvisad till i Leahy (2007), hävdar ytterligare att varje emotion är associerad till ett kognitivt schema; depressionen är länkad till kognitiva scheman av självförebåelser och hopplöshet. Dessa scheman är i sig inte tillräckliga för att förstå varför depression uppkommer. Beck menar att scheman kan ligga latenta hos individen för att utlösas vid ett relevant stimuli. Således är vissa personer mer sårbara för depression än andra: de har av orsak eller annan negativa scheman om sig själva, omvärlden och framtiden. Det är inte i första hand arten av stimuli som är relevant, utan individens latenta scheman som beroende på situation aktiveras.

Leahy (2007) redogör för hur terapeuten, genom att använda en sokratisk intervjustil, kommer de automatiska tankarna på spåren, som i den deprimerades fall kan vara ”jag gör aldrig någonting rätt”. Terapeuten kan uppmuntra den deprimerade att erinra sig gånger då denne gjort något rätt,

vilket leder till att den deprimerade balanserar upp sin orimligt negativa självbild och tillfälligt uppnår en förhöjning av sitt känsloläge. Terapins mål är att terapeut och klient tillsammans upprättar en arbetsallians som i mångt och mycket påminner om ett vetenskapligt tillvägagångssätt där man skapar, testar och ifrågasätter hypoteser. Betoningen ligger på att klienten genom sitt eget beteende testar och anpassar sitt beteende i enlighet med de hypoteser terapeut och klient tillsammans utvecklar. Enligt Beck-Friis (2005, s. 250) ligger styrkan i den kognitiva modellen uttryckligen i dess *pedagogiska* värde.

6 Diskussion

Depression kan förstås och definieras på många olika sätt. Den deskriptiva modellen med ICD-10 är exakt i sin beskrivning av yttre observerbara symtom. De psykoanalytiska teorierna är mångbottnade, komplicerade och uppfyller inte alltid vetenskapliga normer. Ur ett vetenskapligt perspektiv kunde det tänkas att möjlighet till falsifiering och randomiserade kontrollerade experiment skulle gagna den psykoanalytiska teoribildningen. KBT använder sig i hög grad av ett vetenskapligt tillvägagångssätt såväl för att rättfärdiga sin teoretiska bas som själva terapiarbetet med klienten. Sättet på vilket de olika inriktningarna gestaltar depression är inte helt lätt att sammanfatta. Ur ett psykoanalytiskt perspektiv torde fokus ligga mer på individnivå än på statistiska medeltal och kriterier för en allmän depressionsdiagnos. Oförlöst sorg, omedvetna förluster och förlorad självaktning verkar vara nyckelkoncept i den psykoanalytiska förståelsen av depression. Ur ett KBT-perspektiv verkar depression gestaltas främst som en ond cirkel mellan tankar, känslor och beteende. Becks negativa kognitiva triad är möjligen den centrala mekanismen i varje depression och inlärda, latent scheman förklarar varför vissa stimuli utlöser depression hos vissa människor, men inte andra. Förenklat kunde man säga att psykoanalytisk psykoterapi, vad depression beträffar, strävar till att erbjuda människan en möjlighet till självinsikt genom att med fri association som metod få människan möta och sörja även det *omedvetet* förlorade, vilket leder till bättre förutsättningar att skapa mening i sitt liv. KBT i sin tur strävar till att på ett mer direkt sätt *lära ut, och för den deprimerade patienten lära in, nya sätt att tänka både om sig själv och om omvärlden* (Beck-Friis 2005, s.251). I förlängningen förväntas detta leda till bättre sätt att hantera situationer som tidigare förstärkt den negativa självbild.

Svagheter i denna uppläggnig berör speciellt omfattningen av det som skulle undersökas. Depression är inte något obskyrt eller sällsynt begrepp som enbart ett fåtal intresserat sig för att

forska kring, utan litteraturen om och kring depression är oerhört omfattande. Detta leder till en paradox: avsikten att försöka *förstå* depression blir svår att genomföra eftersom ramarna är för anspråkslösa, vilket leder till en ytlighet som förhindrar djupare förståelse. Andra svagheter är att de olika delarna i texten ibland saknar kitt i fogarna – relevansen i sammanhanget är antingen uttalat eller dunkelt. När det gäller psykoanalytisk syn på depression är denna uppsats med de givna ramarna snarast ett ytskrap. Litteraturen kring KBT och *förståelsen* av depression är kanske inte heller genomgången i den utsträckning som KBT vore förtjänt av; här verkade dock svårigheterna till en viss del bero på tillgängligheten av relevant litteratur. KBT-litteratur är kanske mer fokuserat på att bevisa *metodens effektivitet*.

Förståelsen av depression och dess bot hänger ihop med synen på vad som är friskt, hälsosamt och gott. När en studie kan påvisa att en medicin eller terapimetod är effektiv, vad menas då med förbättring? Avsaknad av vissa symtom säger ännu inget om kvaliteten på livet. Detta torde inte vara en frågeställning som är ignorerad, men knappast lätt att operationalisera. I en studie av Saarijärvi, Salminen, Toikka och Raitasalo (2001) fyllde 165 människor med egentlig depression i en självskattningsskala (RAND-36) som avsåg att mäta den subjektiva upplevelsen av livskvalitet. I jämförelse med en kontrollgrupp uppvisade de deprimerade en avsevärt lägre upplevelse av livskvalitet. Författarna argumenterade för att behandling mot depression inte enbart borde rikta in sig på stämningssymtom utan på patientens livssituation som helhet. Att mäta detta på ett vetenskapligt tillförlitligt sätt är önskvärt, och det kan finnas en lockelse att förbise komplexiteten i synnerhet när effektivitetsstudier görs.

Givet psykoanalysens parametrar, bl.a det konfidentiella mötet, att utforska ens inre och ofta okända värld – i vilken utsträckning är vetenskaplig metod applicerbar på psykoanalys? Roth och Fonagy (2005, s. 491) hävdar att många utövare ser psykoanalys som inkompatibelt med vetenskaplig forskning eftersom dess fokus är på mening/betydelse (*meaning*). Kan någondera metoden möjligen vara bättre än den andra för att nå förståelse av människan – psykoanalysen som tar ett begränsat antal människor och med hjälp av parametrar som konfidentialitet, fria associationer och kontinuitet? Eller det vetenskapliga med kvantitativa och statistiska metoder? Svårigheten består kanske i att operationalisera, men Roth och Fonagy påpekar att en ansenlig mängd psykodynamiskt inriktade psykoterapeuter trots detta har producerat vetenskapligt underbyggda rapporter av god kvalitet. Slutsatsen är att avsaknaden av bevis för den psykodynamiska metodens (eller psykoanalysens) effektivitet i sig inte är ett problem, utan snarare en ovilja att utforska dess effekter med vetenskapliga metoder. Wachtel (2006) för fram att det debatteras mycket om den ”djupa

skiljelinjen” mellan det vetenskapliga sättet att nå förstelse genom objektivitet och det humanistiska som sätter individen i fokus. Han argumenterar för att det långt kan vara frågan om en falsk dikotomi som upprätthålls av en ond cirkel: bägge sidor drar sina argument till sin spets, delvis som en reaktion på att motparten gör det samma.

Vid jämförelsen av psykoanalytisk och kognitiv syn på depression uppstod även ett metodproblem. Begreppen de olika inriktningarna använder är inte direkt jämförbara och det är svårt att avgöra i vilka fall olika begrepp står för samma sak eller på vilket sätt de överlappar varandra. Även om det är uppenbart att de psykoanalytiska och kognitiva synsätten gestaltar och behandlar depression olika (se Holman & Bleichmar 2004), torde det finnas överlappningar och bryggor att bygga. Wachtel (1997) menar att psykoanalys och beteendeterapi generellt sett är mer kompatibla än inte, och att en integration av koncepten och observationerna av dessa två teoribildningar är att önska.

Några distinkta synpunkter gällande terapiforskning förtjänar att beröras. Sandell et al (2007) kom fram till att resultaten i vissa fall skiljer sig mera mellan olika terapeuter inom en viss inriktning, än mellan inriktningarna. När man söker bedöma en viss metods effektivitet är det svårt att avgöra vad som beror på metoden och vad som beror på terapeutens personlighet. En annan synpunkt är sambandet mellan forskarens lojalitet till en viss terapiriktning och resultatet av effektivitetsjämförelsen som studeras. Roth och Fonagy (2005, s.95-96) redogör för studier av Robinson et al (1990), Gaffan et al (1995) och Dobson (1989). Deras slutsats är att effektskillnaderna rör sig nära noll om man beaktar forskarens terapilojalitet, som oftast var i en kognitiv terapis favör. Roth och Fonagy (2005) framför med viss reservation att de nyss nämnda studierna visar att effektskillnaderna mellan olika terapier har blivit mindre på senare år, liksom effekten av terapeutens terapilojalitet på resultatet. Luborsky et al (2002) har undersökt 17 meta-analyser av jämförelser mellan terapibehandlingar (*active treatments*) och när forskarens terapilojalitet beaktats fann de att skillnaden i effekt mellan terapierna var icke-signifikant. På det stora hela drar de slutsatsen att Rosenzweigs ”*Dodo bird verdict*” från 1936 fortfarande håller streck. *The Dodo bird verdict* är en metafor från Alice i underlandet, och syftar på en tävling där alla startade vid olika tidpunkter och for åt olika håll, varpå slutsatsen var: *alla har vunnit, och alla måste få priser!* Andra studier har dock argumenterat mot Dodo-bird-hypotesen att det inte går att finna belägg för skillnader i effektivitet mellan olika psykoterapier (Wampold, Mondin, Moody & Ahn 1997). Med dessa synpunkter har jag velat framföra hur svårt det verkar vara att ringa in de aktiva ingredienserna i psykoterapi. Om också depression är ett svårfångat begrepp bör man kanske vara försiktig med att dra alltför långtgående slutsatser om en viss psykoterapimetods förträfflighet i

att behandla depression.

Utöver svårigheterna att förstå depression som psykologiskt fenomen samt bedöma olika psykoterapiers lämplighet för behandling av depression, kan man välja att förhålla sig till psykofarmakologiska aspekter. Granahan (2006) argumenterar för att psykologer har blivit ”förförda” av den medicinska modellen, nämligen att se depression främst ur ett biologiskt perspektiv, som en störning av neurotransmittorer i hjärnan, vilket följaktligen främst bör behandlas med lämpliga läkemedel. Denna syn, hävdar Granahan, är begränsad i så måtto att såväl psykologer som patienter förlorar möjligheten att förstå symtomen inom ramen för patientens egen livshistoria. Granahan önskar se ett mer holistiskt medicinskt närmandesätt, i synnerhet utgående från Freuds (psykoanalysen), Jungs (analytisk psykologi) och Hillmans (arketypisk psykologi) förenande ståndpunkt att den deprimerade lider av inre psykiska konflikter.

En pragmatisk fråga är om det är möjligt att tillräckligt väl förstå depression med ett vetenskapligt angreppssätt, för att med samma vetenskapliga metoder skapa evidansbaserade och manualiserade terapier för behandling av depression? Den utgångspunkten bäddar för en ”kapplöpning till månen”, där den vinnande terapimetoden blir herreman på täppan, uppbackad å ena sidan av upphovsrättsskydd och å andra sidan den vetenskapliga metodens höga status i samhället.

Tillräckligt väl kanske varierar beroende på aktör. Universitet vinner på att vetenskaplig metod blir mer betydelsefull, privata företag konkurrerar om att vara först för att kunna hävda upphovsrätt och Folkpensionsanstalten har ett pressande behov av att med krympande skattemedel utföra sitt uppdrag att hålla befolkningen frisk. Dessutom befinner sig olika psykoterapi-institut (IPA, Therapie), privata företag som erbjuder psykoterapitjänster eller -utbildning, och universitet också i en konkurrenssituation sinsemellan. Det är kanske inte heller lätt att uttala sig om vems intressen som i vilken utsträckning är representerade när man talar om hur depression skall förstås.

7 Referenser

Allen, Jon G.; Bulletin of the Menninger Clinic, Vol 68(3), Sum 2004. pp. 267-268. [Review-Book]

Basoglu, Metin, Marks, Isaac M., Kiliç, Cengiz, Brewin, Chris R., et al. (1994). Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, Vol 164(5), May 1994. pp. 652-659.

Storbritannien, Royal College of Psychiatrists.

Blatt, Sidney J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical, and research perspectives*; s. 15-52. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Beck, Aaron T. (1972). *Depression: Causes and Treatment*. University of Pennsylvania Press, USA.

Beck-Friis, Johan (2005) *När Orfeus vände sig om. En bok om depression som förlorad självaktning*. Natur och kultur, WS Bookwell, Finland.

Birmaher, Boris M.D.; Williamson, Douglas E PH.D.; Dahl, Ronald E M.D.; Axelson, David A M.D.; Kaufman, Joan PH.D.; Dorn, Lorah D PH.D.; Ryan, Neal D M.D. (2004). Clinical Presentation and Course of Depression in Youth: Does Onset in Childhood Differ From Onset in Adolescence? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 43(1):63-70

Bradley N. Gaynes M.D., Kathryn M. Magruder, Barbara J. Burns, H. Ryan Wagner, Kimberly S. H. Yarnall och W. Eugene Broadhead (1999). Does a coexisting anxiety disorder predict persistence of depressive illness in primary care patients with major depression? *General Hospital Psychiatry*, Volym 21, nummer 3, 6.5.1999, s. 158 – 167.

Burcusa, Stephanie L.; Iacono, William G.; *Clinical Psychology Review*, Vol 27(8), Dec 2007. pp. 959-985. Risk for recurrence in depression.

Cullberg, J., (2003) *Dynamisk psykiatri (7:e upplagan)*. WS Bookwell, Finland.

Dale C. Hesdorffer, W. Allen Hauser, Elias Olafsson, Petur Ludvigsson, Olafur Kjartansson (2005).

Depression and suicide attempt as risk factors for incident unprovoked seizures. *Annals of Neurology*, volym 59, nummer 1, s. 35-41. Publicerad online 10.10.2005, American Neurological Association.

Fonagy, Peter (2004) *Attachment theory and psychoanalysis*. H. Karnac (Books) Ltd., London

Freud, Sigmund (original 1917, översatt av Bengt Warren och publicerad 1997). Sorg och melankoli. *Divan*, 1/97. Stockholm

Goldberg, Arnold (1988). A Fresh Look at Psychoanalysis: The View from Self Psychology.

Granahan, Claudette C. (2006). Depression in the twenty-first century: A hermeneutic study of reclaiming the psychic reality in our views of depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 66(9-B), 2006. pp. 5087.*

Guntrip, Harry (1978). Psychoanalysis and some scientific and philosophical critics. *British Journal of Medical Psychology*, volym 51(3), s. 207-224. Storbritannien, British Psychological Society.

Holman, Julieta & Bleichmar, Hugo (2004). Psychoanalytic and cognitive approaches to a clinical case. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol 85(4), Aug 2004. s. 991-994. Inst. of psychoanalysis, Storbritannien.

Horrocks, Roger (2005). *Foundations of psychotherapy. An introduction to individual therapy*. Palgrave Macmillan, Storbritannien.

Karlsson, Lars (2004). *Psykologins grunder (3:e upplagan)*. Studentlitteratur, Lund.

Klockars, L. (2004). Linking Mind, Body and Language: Free Association Revisited. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 27:105-112. Syddansk Universitetsforlag, Danmark.

Käypä hoito, Finska Läkarföreningen Duodecim (2006). Depressio. *Artikelns id-nummer: hoi50023 (035.040)* <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50023> (hämtat 13.1.2008)

Laplanche, Jean (1983). *The language of psycho-analysis*. Hogarth Press, London

Larsson, Billy (2002) *Var Freud vetenskapsman?* Folkvett 4/2002

<http://www.vof.se/folkvett/20024var-freud-vetenskapsman>

Leahy, Robert L. (2006). *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice.*

Ledley D. R., Marx B. P., Heimberg R. G. (2006). *Att lyckas med kognitiv beteendeterapi.* Korotan, Ljubljana, Slovenien.

Luborsky, Lester, Rosenthal, Robert, Diguier, Louis, Andrusyna, Tomasz P., Berman, Jeffrey S., Levitt, Jill T., Seligman, David A., Krause, Elizabeth D. (2002). The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, Volym 9, nr 1.* American Psychological Association, USA.

Arja Mainio, Kaisa Alamäki, Kaisa Karvonen, Helinä Hakko, Terttu Särkioja och Pirkko Räsänen (2007). Depression and suicide in epileptic victims: A population-based study of suicide victims during the years 1988–2002 in northern Finland. *Epilepsy & Behavior Volume 11, Issue 3, November 2007, Pages 389-393.*

Morgan, Neil & Taylor, David (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry, Volume 4, Issue 5, 1 May 2005, Pages 6-9.*

Prochaska, James O. & Norcross, John C. (2007). *Systems of psychotherapy. A Transtheoretical Analysis.* (sjätte upplagan). Thomson Brooks/Cole, USA.

Roth, Anthony & Fonagy, Peter (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research.* The Guilford Press, New York.

Saarijärvi, Simo, Salminen, Jouko K., Toikka, Tuula, Raitasalo, Raimo (2002). Health-related quality of life among patientens with major depression. *Nordic Journal of Psychiatry, Vol 56(4), 2002. pp. 261-264.* United Kingdom: Taylor & Francis.

Sandell, Rolf, Lazar, Anna, Grant, Johan, Carlsson, Jan, Schubert, Johan, Broberg, Jeanette (2007).

Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research, Vol 17(2), Mar 2007. pp. 196-204.* Taylor & Francis, Storbritannien.

Sandell, Rolf, Lazar, Anna, Grant, Johan, Carlsson, Jan, Schubert, Johan, Broberg, Jeanette (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol 79(4), Dec 2006. pp. 629-647.* British Psychological Society, Storbritannien.

SBU (2003) *Behandling av depressionssjukdomar.* Statens beredning för medicinsk utvärdering, www.sbu.se

Scharnberg, Max. (1993) *The non-authentic nature of Freud's observations,* Almqvist & Wiksell International.

Shamdasani, Sonu (2004). Notes towards the genealogy of a word: "Psychotherapy". *Who owns psychoanalysis,* Ann Casement (redaktör); s. 83-103. Karnac Books, London, England.

Sussman, Norman (2007). Are anxiety and depression actually the same disorder? *Primary Psychiatry, Vol 14(4), Apr 2007. pp. 15-16.*

Tähkä, Veikko (1991) *Psykoanalytisk psykoterapi.* DeTryck Tryckeri AB, Sverige.

Wachtel, Paul (1997) Introduction to part one. Psychotherapy integration *Psychoanalysis, behavior therapy, and the relational world, s. 3-9.* Washington, DC, USA. American Psychological Association.

Wachtel, Paul (2006). Psychoanalysis, Science, and Hermeneutics: The Vicious Circles of Adversarial Discourse. *Journal of European Psychoanalysis, No 22, 2006. pp. 25-46.* Italien.

Wampold, Bruce E., Mondin, Gregory W., Moody, Marcia, Ahn, Hyun-nie. (1997). The Flat Earth as a Metaphor for the Evidence for Uniform Efficacy of Bona Fide Psychotherapies: Reply to Crits-Christoph (1997) and Howard et al. (1997). *Psychological Bulletin, 1997, volym 122, nr 3, s. 226-230.* American Psychological Association, USA.

Waugaman, Richard M.; Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, Vol 69(4), Win 2006.
pp. 376-380.

WHO (2007) http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/ hämtad
13.12.2007