

TILBAGEVENDENDE DEPRESSION OG DEN NEGATIVE SELVOPFATTELSE

Et klinisk puslespil, med self-compassion
som en afgørende brik?



Rapportens samlede antal tegn
(med mellemrum og fodnoter): 191.993
Svarende til antal normalsider: 80

Lotte Kjær Jørgensen, Studienummer: 20073014

Vejleder: Kristine Kahr Nilsson

10. Semester, Psykologi
Kandidatspeciale

Aalborg Universitet
28. maj 2014

TITELBLAD

Titel: Depression og den negative selvopfattelse – et klinisk puslespil med self-compassion som en afgørende brik?

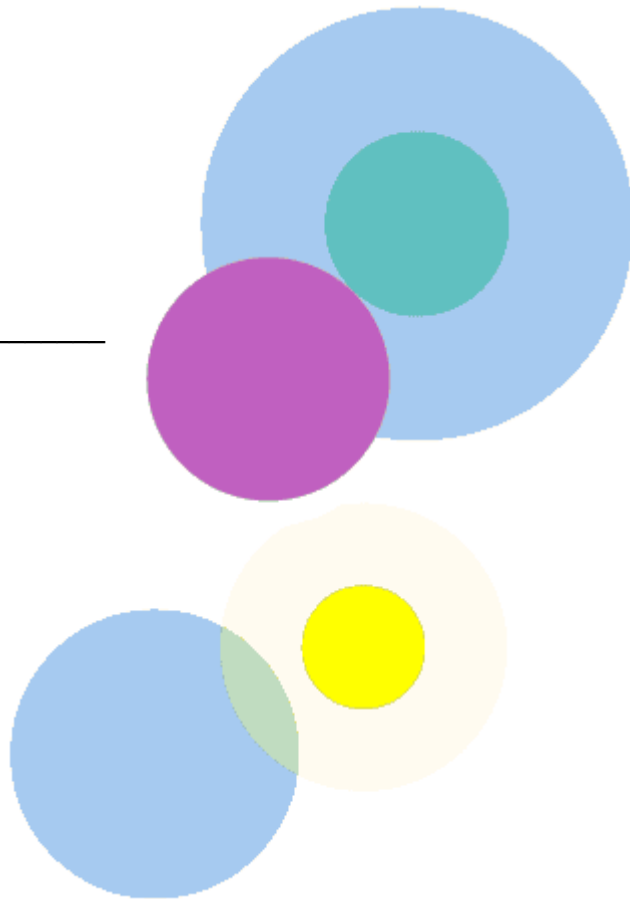
Titel på engelsk: Depression and the negative self-image – a clinical puzzle with self-compassion as a crucial piece?

Tema: Kandidatspeciale

Projektperiode: februar 2014– maj 2014.

Lotte Kjær Jørgensen

Studie-nr: 20073014



Vejleder: Kristine Kahr Nilsson

Oplagstal: 4

Bilag: 4

Afsluttet den: 28. maj 2014

ABSTRACT

Depression is one of the most prevalent mental health disorders. It often appears as a recurring phenomenon, in which the person affected by the illness is characterized by a persistently negative self-image. This thesis examines how the concept of self-compassion adds something applicable to the existing knowledge regarding conceptualization, treatment and relapse prevention of depression and the negative self-image. The existing knowledge concerning this subject often refers to the field of cognitive theory and therapy along with the concept of self-esteem, which is useful in the treatment of depression, but can be viewed at as having some challenges when working with the self-image. Therefore, this paper firstly looks into and discusses the research area and theory of the cognitive conceptualization of depression and the negative self-image. Secondly, further examinations will be made regarding the new field of self-compassion in relation to theory and research. Finally, these conceptualizations will be the basis for a discussion. Self-compassion is a relatively new concept in the research field of psychology, and it is related to other third-wave cognitive psychology disciplines, such as mindfulness. It involves a new way of looking at the self, which focuses on activating soothing and safe qualities and involves the individual learning to treat the self with care and compassion instead of being self-critical and self-judgmental in the face of hardships in life. The main findings in the research review in this thesis indicated that both self-esteem and self-compassion constitutes aspects of psychological vulnerability to depression. To date, research on compassion-focused therapy is in its early age, but so far it suggests, that it can be an efficient addition to the traditional cognitive behavioral therapy.

The discussion presented different visions on how self-compassion can add something relevant to the existing knowledge regarding the negative self-image in people dealing with depression, which can be summarized in the following arguments. Firstly it is suggested that self-compassion decreases the threat-focused affect regulation system that produces depression, and is especially relevant in working with the more implicit emotional systems, so that the individual feels a change in the self-image and not simply sees the logic of alternative thoughts. Secondly it is suggested, that working with self-compassion contributes to less resistance to change because the focus is on addressing and acknowledging personal limitations simultaneously with the awareness of the fact that people with negative self-views often have a desire for self-verification, which can override the desire for positive evaluations and self-compassion. Thirdly, the work with self-compassion contributes to a less individualistic realm of understanding where everything is not a distortion of reality, which is assumed to give the person with depression less guilt and a greater willingness to work with the self-image. Furthermore it is suggested, that self-compassion works as a buffer against various difficult circumstances in the late-modern society, such as feelings of inadequacy and comparison, which is especially relevant to people with depression and negative self-images. Because self-compassion is a new psychological concept, it requires time adapting to, since it is contradictory to the values of society and the well-known concept of self-esteem. This thesis suggests that self-compassion may be an efficient supplement when working with the negative self-image in individuals with depression, but it requires further experimental research that examines, how self-compassion contributes to a positive self-image in the long run and prevents relapse of depression.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. INDLEDNING	1
2. PROBLEMFELT.....	5
2.1 Problemformulering	8
2.2 Formål, metode og videnskabsteoretisk ståsted.....	8
2.3 Problemafgrensning og begrebsafklaring.....	10
2.4 Specialets komposition.....	11
DEL 1: DEPRESSION	12
3. DEPRESSION.....	13
3.1 De affektive sindslidelser	13
3.2 Tilbagevendende depression.....	14
3.2.1 Symptombillede	15
3.3 Ætiologi.....	17
3.3.1 Review over ætiologien	18
3.4 Sammenfatning.....	20
DEL 2: DEN NEGATIVE SELVOPFATTELSE	21
4. DEN KOGNITIVE FORSTÅELSE.....	22
4.1 De kognitive modeller	23
4.2 Den kognitive triade.....	25
4.2.1 Det negative syn på selvet.....	26
4.3 Selvværd.....	27
4.4 Selvværd og depression: Empiriske forskningsresultater.....	29
4.4.1 Tværsnitsundersøgelser	29
4.4.2 Longitudinelle undersøgelser	32
4.5 Behandling	34
4.6 Deldiskussion	36
4.6.1 Udfordringer og mulige forbedringer	39
4.6.2 Sammenfatning	44
5. SELF-COMPASSION	45
5.1 Neff.....	46
5.1.1 Selvværd og self-compassion.....	47
5.2 Gilbert	49
5.2.1 De tre affektreguleringssystemer.....	49
5.2.2 Self-compassion set ud fra en evolutionær synsvinkel.....	51
5.3 Forskelle og ligheder i forståelsen af self-compassion.....	53
5.4 Self-compassion i et senmoderne samfund	54
5.5 Self-compassion og depression: Empiriske forskningsresultater.....	58

5.5.1 Tværsnitsundersøgelser	58
5.5.2 Longitudinelle undersøgelser	60
5.6 Behandling og kultivering af self-compassion	62
5.7 Deldiskussion	67
5.7.1 Udfordringer	72
5.7.2 Sammenfatning	74
DEL 3: SYNTSE	75
6. SAMLET DISKUSSION.....	76
6.1 Self-compassion i en selv værds kultur	76
6.2 Selvføttelsen og det emotionelle niveau.....	79
7. SAMMENFATNING	83
REFERENCELISTE	86
BILAG 1: SELF-COMPASSION SCALE: NEFF (2003)	93
BILAG 2: SELF-COMPASSION OG PSYKOLOGISK VELBEFINDENDE.....	95
BILAG 3: SELF-ESTEEM SCALE (SES) ROSENBERG (1979)	96
BILAG 4: FIGUR TIL BESVARELSE AF PROBLEMFORMULERING	97

1. INDLEDNING

"The self-picture ... serves as the chart by which the individual navigates. If it is lost, he can make only impulsive runs in fair weather. The ship drifts helplessly whenever storms arise" (Murphy, 1947 if. Swann, 1996, p. 52)

Depression er en af de hyppigste helbredsproblematikker i den vestlige verden og en negativ selvopfattelse er ofte en følgekomponeent herved (Allen & Knight, 2005, p. 239). Lidelsens prævalens har været stigende inden for de seneste fem årtier (Beck & Alford, 2009), og Seligman (2007) hævder, at dette kan ses som en afspejling af nutidens individualistiske kultur samt nyopståede dilemmaer og vilkår (p. 28). Brinkmann (2008) betegner ligefrem tiden som: *depressionens æra*, idet depression kan være en konsekvens af det stigende krav, der fluktuerer om, at individet skal træffe de rigtige valg og realisere sig selv. Problemet opstår, idet flere individer ikke formår at følge med de nye krav om fleksibilitet, omstillingsparathed og selvudvikling. Mennesker der ikke korresponderer med samfundets nye behov og krav, kan betegnes som energiforladte og tomme, der er karakteristika for en depression (pp. 93ff.). Det skal dog påpeges, at depression fremstår som en heterogen lidelse med forskelligartede årsagsforklaringer og symptombeskrivelser (Chen et al., 2000).

WHO vurderer, at depression vil blive en af de største belastninger for sundhedssystemerne i den nærmeste fremtid (Jørgensen, 2002, p. 306). Nylige epidemiologiske data fra europæiske lande fandt, at 17 % af populationen rapporterede om oplevelser med depression inden for de seneste seks måneder, og det anslås at livstidsrisikoen for depression hos kvinder er mellem 18-22 % og hos mænd 7-11 % (Segal, Williams & Teasdale, 2013, p. 11). Som tallene indikerer, er kvinder særligt sårbare over for udvikling af depression, der kan skyldes individuelle forskelle i den emotionelle oplevelse og personlighedsstruktur (Bancroft & Ardley, 2008), hvor forskning blandt andet tyder på, at kvinder, sammenlignet med mænd, i højere grad har tendens til at ruminere (Nolen-Hoeksema, 1991/1995). Problematikken består i, at mennesker med denne prævalente psykiske lidelse er i blandt dem, der har mindst tilbøjelighed til at opsøge behandling og hjælp (Segal et al., 2013, p. 12). Af denne grund vurderer jeg, at det er væsentligt at undersøge, hvordan psykologer kan hånd-

tere denne lidelse og ikke kun symptombehandle, men ligeledes forebygge tilbagefald.

Netop tilbagefaldsaspektet ved depression blev opdaget relativt sent i forskningen. Op til slutningen af 1960'erne var der i højere grad fokus på udviklingen af effektive behandlingsformer til akut depression og der blev givet minimal opmærksomhed til det tilbagevendende aspekt ved lidelsen (ibid., p. 16). Et af de første studier blev udført af Keller et al (1983), der fandt at 33 % fik tilbagefald efter at have været raske i otte uger (if. Segal et al., 2013, p. 15). Siden dette fund har forskningen fundet lignende resultater; at omkring halvdelen af patienterne der kommer sig efter deres første depression vil have mindst én efterfølgende depressiv episode, og at de der har haft to - eller flere tidligere episoder, vil have en risiko på 70-80 % for tilbagefald (ibid.).

Problemet ved depressionen som et tilbagevendende aspekt er, at depressionen efterhånden bliver yderligere automatiseret (ibid., p. 280). Det betyder, at episoderne så at sige bliver autonome, og ikke nødvendigvis skyldes psykosocialt stress, men med tiden udløser sig selv. Segal et al. (1996) taler i denne forbindelse om begrebet *kindling*, hvor flere stimuli er i stand til at aktivere de depressionsrelaterede strukturer (if. Clark, Beck & Alford, 1999, p. 320). Hos flere individer viser der sig forværrede depressive symptomer gennem gentagne episoder, i form af tiltagende grad, frekvens og autonomi, som beskrevet i det ovenstående (Allen & Knight, 2005, pp. 247f). Teasdale (1988) foreslår, at dette skyldes, at forbindelsen mellem den dysforiske affekt og de negative kognitive slutninger med tiden styrkes (if. Allen & Knight, 2005, p. 248). Post (1992) anfører i tråd med dette, at de negative tankemønstre så at sige bliver yderligere indgroet i de neurobiologiske processer (if. Allen & Knight, 2005, p. 248). Det foreslås af Teasdale (1995/1999), at sårbarhed over for tilbagefald er relateret til negative tankemønstre, som bliver aktiveret ved dysforiske affektstadier. Når individet der tidligere har haft en depression er præget af en dysforisk sindsstemning, fremsættes der eskalerende cyklusser af kognitiv-affektive processer, som kan omforme dysforien til en mere intens og vedvarende depression (if. Allen & Knight, 2005, pp. 248f).

Disse ruminative negative tankemønstre er præget af følelsen af utilstrækkelighed ved selvet, selvskyld, hjælpeløshed og at eget værd afhænger af anerkendelsen fra andre. Med tiden bliver disse tanker sværere at håndtere, da de efterfølges af følelser og minder, der centrerer sig om manglende værd hos individet og

manglende minder om at modtage omsorg (ibid.). Der er noget der tyder på, at selvopfattelsen hos mennesker med depression bliver drejet i en negativ retning, dets flere gentagne episoder der opleves, og at disse negative selvevaluerende tendenser kan øge den dysforiske sindsstemning, der igen kan igangsætte og vedligeholde den negative *onde cirkel* af depression (ibid.).

Den negative bearbejdning af informationer vedrørende selvet er netop et centralt karakteristika i udviklingen og opretholdelsen af depression (Fennell, 2004, p. 1053). *Selvværd* kan forstås som en følelses- og holdningsmæssig dimension, der har indflydelse på, hvordan den enkelte evaluerer sig selv positivt eller negativt og vurderer sin personlige værdi (Oetrich, 2008, pp. 28f). Forholdet mellem lavt selvværd og psykologiske problematikker kan ifølge Fennell & Jenkins (2004) udspille sig på tre forskellige måder. For det første kan lavt selvværd være et *aspekt* ved problemet, hvormed at selvværdet ofte bliver bedre, når det primære problem behandles. For det andet kan det være en *konsekvens* af problemet, f.eks. kan et traume lede til ændring i selvperceptionen. Her gælder det samme: behandling af problemet (f.eks. traumet) genopretter ofte normaltilstanden i selvværdet. For det tredje kan selvværd fungerer som en *sårbarhedsskabende faktor* for andre problematikker, eksempelvis depression. I dette tilfælde vil det, at løse depressionen uden at tage højde for de underliggende negative fornemmelser i selvet efterlade mennesker sårbare over for fremtidige besværligheder (p. 413). I sådanne tilfælde vurderer jeg, at det er essentielt, at der kommer et yderligere fokus på selvopfattelsen i behandlings- og tilbagefaldsforebyggelsesøjemed, som dette speciale har til sinde at undersøge mulighederne for.

Fennell og Teasdale (1982) har fremsat tesen om, at mennesker med længerevarende eller gentagne depressioner med tiden ændrer deres selvperceptioner således, at de depressive fejlfortolkninger af selvet med tiden bliver set på som aspekter af 'det sande selv' frem for midlertidige afvigelser fra den normale selvopfattelse (if. Fennell, 2004, pp. 1058f). Hvis dette er tilfældet, kan en ubehandlet depression skabe vedvarende negative konsekvenser for en persons syn på selvet, der konstant vil være til stede og fungere som en sårbarhedsskabende faktor for tilblivelsen af flere depressive tilfælde (ibid.).

Lavt selvværd er netop et særegent aspekt ved depression (Tarlow & Haaga, 1996). I Becks kognitive teori om depression er det negative syn på selvet en specifik komponent herved (Beck, 1967, p. 22). Dette negative selv-til-selv forhold

kan teoretisk og praktisk konkretiseres gennem selvværdsbegrebet, men et nyere begreb er ved at finde sit indpas i den psykologiske forskning og behandling, nemlig: *self-compassion* (Neff, 2003a; Gilbert, 2010a), eller på dansk: *selvmedfølelse*. En af forklaringerne på hvorfor mennesker bliver selvkritiske og får en depression er, at de har en underudviklet omsorgs- og medfølelsesmentalitet og konstant har fokus på faresignaler, der underminerer positiv affekt og i stedet fremskynder personlige fejl og mangler. Ved at have fokus på medfølelse fra andre og over for selvet kan det tænkes, at nedtone de trusselsfokuserede hjernesystemer, der frembringer depression (if. Allen & Knight, 2005, p. 251; Gilbert, 2010c). De hjerneprocesser der medvirker til at føle sig elsket, støttet, ønsket og inkluderet skal i højere grad stimuleres, idet det netop er områder, der kan være svært tilgængelige hos mennesker, der har oplevet gentagne depressioner (Gilbert & Irons if. Allen & Knight, 2005, p. 253). Selvmedfølelse handler netop om, at have en sund holdning og et sundt forhold til selvet når livet ikke går som forventet: "*being caring and compassionate towards oneself in the face of hardship or perceived inadequacy*" (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007, p. 140).

Selvom selvværd ikke er identisk med selvmedfølelseskonceptet, har de det tilfælles, at de begge kræver følelse af accept henregnet mod selvet (Allen & Knight, 2005, p. 252), som må siges at være relevant i forståelsen af mennesker med depression og en negativ selvopfattelse og arbejdet med disse. Af denne grund anser jeg det som relevant både at benytte den hidtidige viden omkring depression og selvværd, der har en lang historie i forskning og praksis bag sig, men samtidig også inddrage den nye forskning omhandlende *self-compassion* der inden for de seneste årti har udviklet sig og fremkommet med lovende resultater, heriblandt at et højere niveau af *self-compassion* er forbundet med lavere niveauer af depression, angst og stress (Leary et al. 2007; Neff et al., 2007; Macbeth & Gumley, 2012 m.fl.). Samtidig viser *self-compassion* sig, at korrelere positivt med psykologisk velbefindende inden for adskillige områder, som jeg tidligere har undersøgt i et systematisk review (Jørgensen & Larsen (2013) (se bilag 2). I det følgende afsnit vil speciales problemfelt yderligere tydeliggøres.

2. PROBLEMFELT

Som indledningen antydede, er depression forbundet med en negativ selvopfattelse, hvormed det er essentielt at forstå baggrunden for dette, således at det er muligt at behandle og tilbagefaldsforebygge, så individet får *hjælp til selvhjælp*. Det kan dog diskuteres, om det er muligt at ændre på disse indgroede negative tankemønstre vedrørende selvet? Oestrich (2008) påpeger, at problemet netop består i, at disse tankevaner er rigide og modstandsdygtige og svære at forandre (p. 21). Swann (1996) påpeger, i forlængelse af dette, at det er kompliceret at højne et individs selvværd, da det er forholdsvist resistent over for forandringer.

Samtidig kan det tænkes, at samfundstendenserne har en indflydelse i forhold til mulig bedring hos individer med depression. Selvregulering, selvkontrol og selvværd er blevet vigtige elementer for det moderne menneske i forhold til at udvikle færdigheder til at opnå mål i livet, hvorved mangler inden for selvsamme områder kan give anledning til problemer hos individet og fællesskabet (Jørgensen, 2012, pp. 16f). En negativ selvopfattelse hos mennesker med depression er muligvis endnu sværere at leve med og håndtere i et samfund, med flere krav og udfordringer, og hvor selvværd er en vigtig komponent for at 'klare sig godt'. Er det muligt, at teorier og forskningsresultater omkring depression og selvværd/self-compassion kan give et indblik i, hvordan denne problematik kommer til livs? Kan det nye forskningsfelt omkring self-compassion i højere grad belyse og give forklaringer på denne problematik?

I forlængelse af dette kan der argumenteres for, at det er væsentligt, at disse mennesker får udefrakommende hjælp, idet det formodes, at den negative selvopfattelse med tiden bliver set på som værende en del af selvet, som gør det vanskeligt for individet på egen hånd at træde objektivt tilbage og håndtere egne problematikker (Fennell, 2003). Det formodes samtidig at være væsentligt, at tage hånd om selvopfattelsen i terapeutisk regi, idet forandringer i selv-konceptet tyder på at have indflydelse på et positivt udfald og symptomreduktion efter terapien (Connolly et al., 2009).

Den eksisterende viden omkring behandling af selvværdsproblematikker inden for den kognitivterapeutiske retning omhandler overordnet om generering

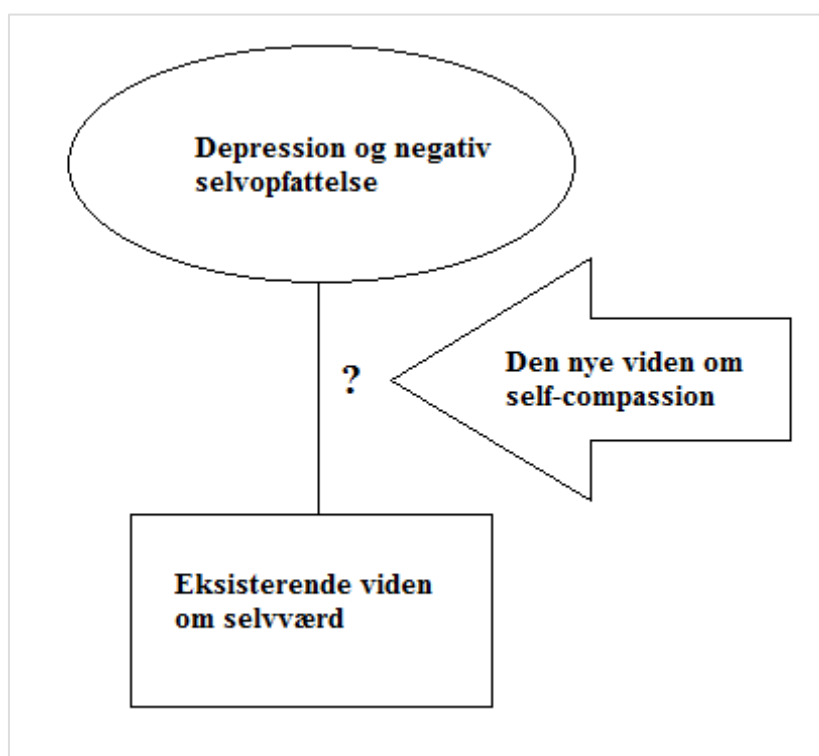
af alternative tanker, i form af en kognitiv omstrukturering, hvilket kan være behjælpeligt på adskillige områder i forhold til den negative selvopfattelse. Som Gilbert nævner, kan der dog også opstå problemer hos nogle individer i forhold til, at de kognitivt er i stand til at generere alternative tanker, og kan se logikken herved, men at de i den indre dialog hører på dem som fjerne, kolde og uden varme og opmuntring (Gilbert, 2010c, pp. 15f). Gilbert (2010c) påpeger, at mennesker med høj selvkritik har svært ved at få adgang til følelser af selvomsorg og medfølelse, da affekt-systemet, der tager sig af beroligelse og omsorg er understimuleret, hvorimod truselsystemet, der er forbundet med selvkritiske tanker domineret af angst og depression, er overstimuleret (pp. 17, 99). Af disse grunde vurderer jeg, at det er muligt, at perspektivet omkring self-compassion kan bidrage med noget nyt og relevant til den hidtidige kognitive forståelse og selvværdsforskning. I forlængelse af dette kom Whelton & Greenberg (2005) i en undersøgelse frem til at nogle af de faktorer, der var særegent forbundet til depression var en manglende evne til at forsvare selvet mod selvkritik (if. Gilbert & Irons p. 2009). Så det formodes, at perspektivet omkring self-compassion kan give individet nogle indre redskaber og nye tankemønstre, der netop gør den enkelte i stand til at opbygge et forsvar mod det intense selvfokus og den vedvarende selvkritik.

Samtidig med dette har der inden for de seneste årtier været kritik af brugen af selvværd som det primære måleredskab i forhold til psykologisk velbefindende (Swann, 1996; Baumeister et al., 1996; Ellis & London, 1993 m.fl. if. Neff, 2003a, p. 85), idet det læner sig op af tankegangen om, at selvet er unikt og uafhængigt og at selvværdet ses på som et træk, der er kontinuerligt og vedvarende over tid. Forskningsfeltet har haft minimalt fokus på betydningen af relationer, medfølelse og forbundethed (Neff & Vonk, 2009, p. 44). Dette kan tænkes at have sin sammenhæng med værdierne i de vestlige samfund, der i højere grad korresponderer med selvværdskonceptet og dets individualistiske udgangspunkt. I konkurrenceprægede samfund hvor det handler om at udvikle sig og nå sine mål, er fjendtlighed mod andre og selvkritik naturlige konsekvenser, hvorimod selvomsorg og medfølelse nærmere bliver set på som en svaghed (Gilbert, 2010b).

At have et højt niveau af self-compassion bevirker, at individets ego går fra forgrund til baggrund, idet der er mindre fokus på at evaluere sig selv op imod forskellige standarder, men i højere grad er en evne til at erkende og acceptere positive *samt* negative aspekter ved selvet. Selvværd kan i modsætning til dette i højere

grad siges, at være afhængigt af positive selvevalueringer og positionerer selvet som værende i konkurrence med andre for at højne selvværdet, der kan frembringe følelser af isolation (Neff, 2009, pp. 566ff).

Så samlet set tyder det på, at self-compassion er et alternativt koncept, hvis anvendelighed kan tænkes at bruges i selve arbejdet med *forholdet* til selvet, selvkritikken og hele affektsystemet, hos mennesker med gentagne depressioner. Jeg ønsker at undersøge, hvordan begrebet og forskningsfeltet kan bidrage med nye og behjælpelige vinkler på problematikken, i forhold til den eksisterende viden indenfor den kognitive forståelse af depression og selvværd. Tankegangen er forsøgt illustreret via *figur 1*, og ekspliceret i den følgende problemstilling.



Figur 1: Specialets problemfelt, hvor formålet er, at undersøge, hvordan den nye viden indenfor self-compassion kan bidrage med en ny brugbar viden omkring behandling og tilbagefaldsforebyggelse af depression og den negative selvopfattelse

2.1 Problemformulering

Ud fra ovenstående indledning og problemfelt fremsættes følgende problemformulering:

”Hvordan kan perspektivet omkring self-compassion tilføre noget anvendeligt til den eksisterende viden i forhold til forståelse, behandling og tilbagefaldsforebyggelse af depression og den negative selvopfattelse?”

For at denne problemstilling kan behandles, er det relevant at besvare nogle delspørgsmål:

Arbejdsspørgsmål:

1. Hvilke relevante modeller og teorier eksisterer der inden for den kognitive forståelse af selvopfattelsen ved depression, og hvordan kan denne forståelse, sammen med empiriske fund omkring sammenhængen mellem selvværd og depression, angive noget om den eksisterende behandling og tilbagefaldsforebyggelse af depression og den negative selvopfattelse?
2. Hvilke relevante teorier og empiriske fund findes der inden for feltet omkring self-compassion og sammenhængen med depression, og på hvilken måde kan self-compassion tilføje noget gavnligt i arbejdet med den negative selvopfattelse ved depression, sammenholdt med den eksisterende viden (fra spørgsmål 1)?

2.2 Formål, metode og videnskabsteoretisk ståsted

Formålet er at skabe en helhedsforståelse af, hvordan den negative selvopfattelse udvikles hos mennesker med depression og kan behandles/tilbagefaldsforebygges gennem den viden, der er kendt fra kognitiv teori og forskning i selvværd og på hvilken måde self-compassion tilføjer noget nyt til behandling og forebyggelse. Metoden består i en teoretisk og forskningsmetodologisk fremstilling af det givne emne, med løbende analyse, diskussion og perspektivering til psykologisk praksis. I og med

opgaven forholder sig til empirisk understøttet forskning, læner den sig op af den positivistiske epistemologiske tilgang, i forhold til at udfaldet af projektet gerne skulle være mindre afhængig af forskerens subjektivisme. Inden for positivismen tales der om, at undersøgelser skal være værdifrie, objektive og reproducérbare, hvormed de samme resultater gerne skulle opnås ved en gentagelse af undersøgelsen (Koester, 2005, p. 34ff). Jeg vurderer dog, at det kan være vanskeligt at måle og veje på faktorer såsom menneskets selvopfattelse, hvormed det er væsentligt at være opmærksom på, at jeg som fortolker i denne opgave også kan have en *forforståelse*. Dette syn er inspireret af hermeneutikken, der vil sige, at jeg gennem opgaven forholder mig fortolkende på baggrund af en *fortolkningshorisont*, som både danner en forudsætning for selve fortolkningen, men også er med til at udvide den (ibid., p. 37; Christensen, 2005, p. 144) Hvis min forforståelse skal tydeliggøres, har jeg en forforståelse omkring anvendeligheden og effektiviteten af de kognitive behandlingsprincipper og det bagvedliggende teoretiske fundament, der på sin vis kan have indflydelse på selve fortolkningen, med omvendt også være med til at udvide og forandre forståelsen (Koester, 2005)

Opsummerende er der på den ene side den positivistiske grundholdning, der sætter min subjektivitet ude af spil, og på den anden side, hermeneutikken, der antager, at opgaven fortolkes ud fra en forforståelse og fortolkningshorisont. I og med opgaven tager afsæt i nylige videnskabelige forskningsartikler, anses den positivistiske grundholdning som den opgaven hovedsageligt læner sig op ad. Jeg anser det som væsentligt at behandling rettet til mennesker med psykiske lidelser, bygger på empirisk understøttet materiale. På den anden side kan selve diskussions- og fortolkningsdelen i opgaven være præget af subjektive overvejelser, idet genstandsfeltet: *selvopfattelsen ved depression*, kan være vanskeligt at dokumentere objektivt og empirisk på fyldestgørende vis.

Samtidig er det væsentligt at benævne, at de teorier og begreber der er valgt i opgaven, er betinget af historiske og kulturelle faktorer, hvormed nogle teorier ikke betragtes som valide og videnskabelige på et givent tidspunkt i historien eller i enhver kultur (Christensen, 2005, p. 202). Som et eksempel på dette kan nævnes selvværds- og depressionsbegrebet, som er begreber, der ofte benyttes i vestlig henseende, men som i andre kulturer viser sig anderledes, eller som i nogle østlige kulturer slet og ret ikke eksisterer konceptualiseringer omkring (Elsass, 2011, p. 228; Brinkmann, 2008, pp. 98f.)

2.3 Problemafgrænsning og begrebsafklaring

Symptomet *nedtrykthed* ved depression kan have to betydninger – en ren følelsesmæssig tilstand alle mennesker kan opleve i dagligdagen eller betegnelsen for en psykisk lidelse med dertilhørende symptomer. Dette speciale vil behandle depression som en psykisk lidelse, men læner sig samtidigt op ad *kontinuitets-hypotesen*, hvorved det antages, at der er et spektrum fra normale følelsesmæssige depressionstilstande, der kan opleves i dagliglivet til de sværere og mere sygdomsprægede depressioner. Dog kan der inden for de svære depressive tilfælde være tilstande og symptomer, der kvalitativt adskiller sig fra normale følelser af nedtrykthed, og ikke er alment udbredt, såsom *selvmordstanker*, *anhedoni* og *psykomotorisk hæmning* (Nielsen, 1995, pp. 11f; Costello, 1993).

Specialet vil ikke gå nærmere ind i diskussionen om, hvorvidt tilvæksten af depression i de vestlige samfund skyldes en oprigtig *depressionsepidemi* eller skyldes løse definitioner af depression i DSM IV-V/ICD-10, hvor lidelser og ubehag diagnosticeres anderledes (Brinkmann, 2008, p. 96). I forlængelsen af dette vil der heller ikke forekomme uddybende diskussioner omkring konsekvenserne ved tilvæksten og brugen af antidepressive midler, idet opgaven har fokus på psykologiske teorier og behandlingsformer. Det skal endvidere nævnes, at opgaven ikke centrerer sig omkring bestemte aldersgrupper eller køn.

Denne opgave tager udgangspunkt i, og vil særligt være henregnet til mennesker med tilbagevendende depression, i let - til moderat grad. Fokuset på tilbagevendende depressioner skyldes, at den negative selvopfattelse antages, at udvikles og forværres gennem gentagne episoder, og at førstegangsdepressioner i højere grad formodes at omhandle negative udløsende begivenheder (Segal et al., 2013; Beck & Alford, 2009, p. 253). Grunden til fokusområdet er på lette - til moderate grader af depression, er for det første, at depression af svær grad ofte er af mere kronisk karakter og vanskeligere at behandle på gennem de kognitive terapeutiske tilgange i den akutte fase (Beck & Alford, 2009, p. 259; Kragh-Sørensen, 2010, p. 405), samt at jeg vurderer, at implementeringen af self-compassion vil henregne sig særligt til gruppen af mennesker med lette - til moderate grader af depression, idet de sværere tilfælde, ofte er præget af psykomotorisk hæmning, rigiditet i forhold til forandring og morbide tanker, som jeg vurderer, kan vanskeliggøre et arbejde omkring

øget omsorg til selvet samt visualisering og mindfulness, der muligvis kan gå ind og forstærke symptomerne hos mennesker med svær depression.

I forhold til begrebsafklaring benyttes ordet: *negativ selvopfattelse* som en samlet term til at konkretisere det lave selvværd og/eller lave niveau af self-compassion. Det forstås samlet set som den opfattelse/eller det billede den enkelte har om eget selv. I forhold til redegørelsen af kognitiv terapi funderes den primært ud fra Aarons Becks forståelse og vil redegøre for de centrale begreber relateret til problemstillingen, da det forudsættes at den kognitive tilgang er bekendt af læseren.

2.4 Specialets komposition

Specialet består af tre dele; 1: *Forståelsen af depression*, 2: *Selvopfattelsen ved depression ud fra to forskellige vinkler*, samt 3: *Syntese*. *Del 1* består i en overordnet beskrivelse af depression med diagnostiske kriterier samt ætiologi, der udmunder i gennemgangen af et review. Efter dette påbegynder *del 2* omhandlende den negative selvopfattelse, som bliver det primære omdrejningspunkt i opgaven. Dette indledes med et afsnit om den kognitive forståelse af selvværd, der indledes med en teoridel og herefter gennemgang af empiri, behandling og til sidst deldiskussion. Dette videreføres til et afsnit om self-compassion med teori, empiri, behandling og deldiskussion. Disse afsnit opsamles til sidst i *del C*, som er en samlet syntese og diskussion.



3. DEPRESSION

Der forefindes endnu ikke fyldestgørende forklaringer på depressionens forvirrende og paradoksale egenskaber, hvormed depressionens karakter, klassifikation og ætiologi stadig er til udforskning (Blatt & Homann, 1992, p. 81). De følgende afsnit vil skabe et overblik over feltet.

3.1 De affektive sindslidelser

Depression hører under kategorien *affektive sindslidelser* i ICD-10 (se figur 2). De affektive sindslidelser er tilstande, der indebærer forstyrrelser og forandringer i stemningslejet, der kan vise sig i *et affektivt spektrum*, der går fra depression til opstemthed (mani). Depression indbefatter heterogene grupper af lidelser, som varierer i grad, kronisk karakter og klinisk præsentation. At depression hører inden for kategorien affektive sindslidelser, betyder at en fremtrædende egenskab herved vedrører afvigelser i affekt og humør

(Clark et al., 1999, p. 12; Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, p. 361). Størstedelen af de affektive lidelser har tendens til at optræde episodisk, med eller uden mani. En manisk periode består af kernesymptomer som *opstemthed* i en uge eller mere

F.30-39 Affektive sindslidelser

F30 Manisk enkeltepisode

F31 Bipolar affektiv sindslidelse

F32 Depressiv enkeltepisode

F33 Tilbagevendende (periodisk) depression

F34 Vedvarende (kroniske) affektive tilstande

F38 Andre affektive sindslidelser eller tilstande

F39 Affektiv sindslidelse eller tilstand, uspecificeret

Figur 2 Overkategorierne indenfor de affektive sindslidelser i ICD-10

med dertilhørende ledsagesymptomer som hyperaktivitet, talepres, øget selvfølelse m.v. *Bipolar affektiv sindslidelse* er defineret ved to eller flere episoder, hvor der har været skift imellem øget energi og opstemthed (hypomani eller mani) samt nedsat energi og nedtrykthed (depression) eller blandingstilstand (mani og depression på samme tid). Når en person med bipolar lidelse befinder sig i den depressive fase, adskiller symptomerne sig ikke fra kriterierne for en *depressiv enkeltepisode* (se figur 3). Der er en høj risiko for et kronisk forløb med tilbagefald ved bipolar affektiv sindslidelse, hvor der efter den første maniske periode formodes at være 90 % risiko

for at udvikle nye affektive episoder¹ (Clark et al., 1999, pp. 7ff; Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 367ff).

Inden for de depressive tilstande og definitionen af disse har der længe været debat om kernesymptomet nedtrykthed, idet det kan forveksles med normale reaktioner, der eksempelvis ses ved reaktioner på sorg og tab. Der findes ikke et endegyldigt svar på, om depression er en veldefineret lidelse, der kvalitativt er forskellig fra normale humørstadier, eller om der eksisterer et kontinuum fra normalt humør til depression (Beck & Alford, 2009, pp. 10f). Disse kontroverser har betydet, at der førhen blev anvendt betegnelser såsom *endogen-psykogen*, for at eksemplificere adskillelsen mellem de to typer, men da begreberne er uklart definerede er de forsvundet fra IDC-10 og DSM-IV. I ICD-10 er de erstattet med inddeling efter sværhedsgrad og undergrupperinger i *melankoliform* og *psykotisk depression*. I ICD-10's klassifikation er sygdomsgraden således en vigtig komponent, hvor der skelnes mellem: let, moderat og svær grad af depression. Alle tilstandene kan ledsages af *melankoliformt 'somatisk' syndrom*, hvor symptomer såsom morgenforværring, nedsat libido og tidlig opvågning er til stede, der ofte er følgekompener ved de svære depressioner. Svære grader af depression kan desuden opdeles med og uden *psykotiske symptomer* (Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 280ff). Endvidere er der høj komorbiditet mellem depression og psykiske lidelser, især angst og personlighedsforstyrrelser, samt somatiske sygdomme såsom epilepsi (Beck & Alford, 2009, p. 9).

3.2 Tilbagevendende depression

ICD-10 betegner *tilbagevendende (periodisk) depression* som en sindslidelse, hvor der optræder gentagne episoder med depression men uden tidligere episoder med hypomani/mani og blandingstilstand. Tilbagevendende depression kategoriseres efter samme retningslinjer som ved *depressiv enkeltepisode* (se figur 3). Tilbagevendende depression er i de fleste tilfælde en livslang lidelse, og for omkring en femtedel af patienterne udvikler den sig til en kronisk lidelse af flere års varighed, hvor kategorien *dystymi* anvendes. Foruden de 10-30 % kroniske tilfælde, hvor varigheden overstiger de to år, ligger en gennemsnitlig ubehandlet depressiv episode på omkring 3-12 måneder (Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 283f).

¹ Udgøres af cirka 80 % depressive og 20 % maniske episoder eller blandingstilstande

F32 Depressiv enkeltepisode A. Generelle kriterier for depressiv episode opfyldte: - I Varighed af depressiv episode i mindst 2 uger - II Ingen tidligere episoder med depression ellr med hypomani, mani eller blandingstilstand - III Organisk ætiologi udelukkes B. Mindst 2 (3 ved svær grad) af følgende depressive kernesymptomer: (1) nedtrykthed (2) nedsat lyst eller interesse (3) nedsat energi eller øget trætharhed C. Mindst 2 (4 ved moderat, 5 ved svær grad) af følgende depressive ledsagesymptomer: (1) nedsat selvtillid eller selvfølelse (2) selvbebrejdelser eller skyldfølelse (3) tanker om død eller selvmord (4) tænke- eller koncentrationsbesvær (5) agitation eller hæmning (6) søvnforstyrrelser (7) appetit- og vægtændring	F33 Tilbagevendende (periodisk) depression En sindslidelse karakteriseret ved tilbagevendende episoder med depression som beskrevet ved depressiv enkeltepisode (F32), men uden tidligere episoder med løftet stemningsleje eller forøget energi ..(.) I Mindst én tidligere depressiv episode af mild (F32.0), moderat (F32.1) eller svær grad (F.32.2 og F32.3), adskilt fra aktuelle episode ved remission (mindst 2 måneder uden betydende depressive symptomer) II Ingen tidligere episoder med hypomani, mani eller blandingstilstand III Organisk ætiologi udelukkes herunder: F33.0 Periodisk depression, p.t. af lettere grad F.33.1 Periodisk depression, p.t. af moderat grad F.33.2 Periodisk depression, p.t. af svær grad uden psykotiske symptomer F.33.3 Periodisk depression, p.t. af svær grad med psykotiske symptomer
---	--

Figur 3: ICD-10's diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode og tilbagevendende depression (Teksten er fra WHO ICD-10, 2011)

3.2.1 Symptombillede

Før årsagerne til depression vil blive diskuteret, er det væsentligt at beskrive symptombilledet ved den depressive lidelse, der som tidligere nævnt varierer i præsentation. Symptomerne opdeles i det nedenstående inden for kategorierne: *Emotionelle* -, *kognitive* -, *adfærds/motivationelle* og *somatiske/fysiske manifestationer*.

De emotionelle manifestationer refererer til de følelsesmæssige forandringer, der er til stede ved lidelsen i form af nedtrykthed, også kaldet dysfori. Beck & Alford (2009) nævner, at det nedslåede humør viser sig forskelligt alt efter sværhedsgraden af depression. Hos patienter med milde grader af depression vil de ubehagelige følelser fluktuere i løbet af dagen, således at de kan lindres helt eller delvist gennem udefrakommende stimuli, såsom en positiv oplevelse. I de moderate tilfælde vil dysforien være mere udtalt og vedholdende, hvorved der ofte ses en daglig variation i form af, at følelsen af nedtrykthed er værst om morgenen. I sværere tilfælde har de fleste patienter en følelse af at være nedtrykt det meste af tiden (Beck & Alford, 2009, pp. 18f).

De emotionelle manifestationer ved depression viser sig desuden ved negative følelser rettet mod selvet i form af skyld- og skamfølelser. Disse følelser

kan være relateret til den generelle dysforiske sindsstemning, som tidligere omtalt, men viser sig anderledes, idet følelserne specifikt er henregnet imod selvet. Ifølge data fra en undersøgelse af Beck & Alford (2009) viser disse negative følelser mod selvet sig hos 86 % af personer med svær depression, sammenlignet med 37 % i normalbefolkningen (p. 19). Disse følelser varierer igen alt efter sværhedsgrad, fra milde grader af depression, der kan føle en skuffelse over sig selv til de moderate - og sværere grader af depression, hvor patienterne ligefrem kan afsky eller hade sig selv. Udover de følelsesmæssige tilstande såsom tristhed, angst, sorg og vrede, er den depressive tilstand også karakteriseret ved *anhedoni*, der betyder mangel på evne til at føle glæde og lyst, eller i sværere tilfælde; fravær af følelsesmæssige oplevelser generelt - positive som negative (Willner, 1993, pp. 63f; Nielsen, 1995, pp. 14,17). Ifølge Beck og Alford (2009, p. 19) er denne reduktion i tilfredsstillelse og glæde det mest almindelige symptom ved depression, hvor patienterne også ofte finder større tilfredsstillelse ved passive aktiviteter såsom at tage et hvil (pp. 19f).

De kognitive manifestationer udspiller sig inden for flere områder, blandt andet rent funktionelt i forhold til perception, koncentration, hukommelse og tænkning. Her kan nævnes selektiv perception, hvor den enkelte har fokus på og udvælger negative stimuli fra miljøet, der er med til at vedholde depressionens onde cirkel. Inden for tænkning kan nævnes individets tendens til rumination og bekymring. Udover dette viser der sig kognitive forvrængninger inden for selvet, de personlige oplevelser og fremtiden (ibid., pp. 22f; Watts, 1993, pp. 113f), som bliver uddybet i afsnit 4.2.

Inden for de *adfærdsmæssige - og motivationelle manifestationer* kan nævnes; nedsat lyst og interesse, sociale vanskeligheder, undgåelsessymptomer samt ekspressiv og instrumentel adfærd. Ekspressiv adfærd kan ses ved en sammensunken kropsholdning, bestemte ansigtsudtryk og tonefald, og den instrumentelle adfærd viser sig ved passivitet og adfærdsblæmme (Beck & Alford, 2009, p. 27). Under en depression er motivationen hos den enkelte ofte præget af en regressiv natur, hvilket manifesterer sig ved, at der udvælges aktiviteter, der er mindst krævende i forhold til det ansvar og den energi, der skal lægges i det. Ofte anvendes der undgåelsesstrategier over for problemer frem for at forsøge at løse dem. Desuden søger individer med depression ofte umiddelbar tilfredsstillelse frem for at udskyde og forlænge nydelsen. Disse undgåelses- og flugt manifestationer kan ultimativt udtrykkes hos nogle i form af, at ville undslippe livet via selvmordsønsker, der ses ved omkring halvdelen af

mennesker med en moderat depression (Ibid., pp. 23, 27ff). Disse motivationsstrategier, med passive impulser og ønsker, kan lede til, at den sociale omgangskreds opgiver den enkelte, eller at den enkelte fravælger de interpersonelle relationer, da de er for krævende. Paradokset opstår, idet personen med depression ofte er ensom og hjælpeløs og netop har brug for omgivelserne. Den hæmmede adfærd bidrager således til en ond cirkel, idet selvopfattelsen rammes når den enkelte ikke kan udføre sin sociale rolle og muligvis bliver mødt med andres negative reaktioner på den passive adfærd (ibid., pp. 32f; Nielsen, p. 22).

Til sidst er der de *somatiske/fysiske manifestationer*, der ofte ledsages ved svær depression. Disse manifestationer viser sig ved ændringer og forstyrrelser i de basale biologiske funktioner såsom: mangel på appetit, hormonelle forandringer, søvnforstyrrelser, tab af libido og træthed (Beck & Alford, 2009, pp. 23ff).

3.3 Ætiologi

De affektive sindslidelser siges generelt, at udvikles i et samspil mellem arvelige og miljømæssige faktorer. Dog har bipolar affektiv sindslidelse en større arvelig komponent, da 80 % af sygdomsvariationen kan forklares ud fra arvelige faktorer. Inden for forskning i bipolar affektiv sindslidelse er der blandt andet fundet anormaliteter i hjerneområder, der regulerer stemningsleje og kognition samt forandringer i den hvide substans (white matter) i hjernen. Der er dog usikkert hvorvidt de cerebrale forandringer er primære, eller udvikles som konsekvens af sygdommen (Clark et al., 1999, p. 7; Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 380, 398). Inden for tilbagevendende unipolar depression forklarer miljøfaktorer en større del af variansen til sammenligning med de bipolare lidelser. Metaanalyser af tvillingestudier og oversigtsartikler fremsætter generelt, at omkring to tredjedele af sårbarheden over for unipolar depression stammer fra miljøfaktorer (Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, p. 298).

Depression er som tidligere nævnt en heterogen tilstand, hvormed det i forskningsmæssig sammenhæng kan være vanskeligt at påvise de gener, der er medvirkende til udvikling af depression. En kendt forklaringsmodel over for depression er *diatese-stress-modellen*, der antager, at det enkelte menneske har en arvelig sårbarhed (vulnerabilitet), som i samspil med belastende miljøfaktorer af biologisk, social eller psykologisk art prædisponerer til depression (Beck & Alford, 2009, p. 250). De primære risikofaktorer for udvikling af depression er; arv, belastende livsbe-

venheder og køn, men der findes andre *potentielle* risikofaktorer inden for *den sociale sfære* (såsom opvækstforhold og social status), *de psykologiske faktorer* (såsom personlighed) samt *de biologiske faktorer* (såsom lav fødselsvægt og hormoner). (Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 299f)

Inden for risikofaktorer i den sociale sfære tyder forskning på, at en usikker tilknytningsstil, målt i forskellige studier ved 12 – og 24 måneders alderen, interfererer med individets efterfølgende evne til at udvikle meningsfulde forhold til andre og udvikle et selv-koncept, der er uafhængigt af de tidlige usikre tilknytningsforhold, hvilket blandt andet anslås til at være en risikofaktor for udvikling af depression (Blatt & Homann, 1992).

Inden for den biologisk orienterede forskning er der især fokus på de neurobiologiske processer, hvor det tyder på, at depression involverer en dysfunktion inden for forskellige neurotransmittersystemer såsom det serotonerge og dopamnerge, og andre studier har også fundet data, der peger på, at stresshormonets HPA-akse er vigtig for forståelsen af depression (Kragh-Sørensen & Kessing, 2010, pp. 400f). Der eksisterer dog ikke entydig evidens på, hvilke neurobiologiske processer, der præcist er forbundet med depression, hvormed den depressive lidelse fremstår som en kompleks lidelse, der hverken er et resultat af biologi eller miljø alene, men er influeret af begge faktorer. I disse år har forskningen netop et øget fokus på at kortlægge disse gen/miljø-interaktioner (Uher, 2014).

Udover risikofaktorerne inden for de biologiske, sociale og psykologiske områder, er det også vigtigt at være opmærksom på, at det senmoderne samfund, ifølge flere forskere kan skabe nogle komplicerede betingelser for individet, der kan give en øget sårbarhed for udvikling af depression (Seligman 2007; Gilbert 2010a, Brinkmann, 2008; Petersen, 2011). I det følgende gennemgås et review over ætiologien.

3.3.1 Review over ætiologien

Et review er valgt til en afdækning af ætiologien for at ramme et bredere område, end tilfældet ville have været med enkeltstudier. En søgning er foretaget på PsycINFO, hvor følgende søgetermer er benyttet: *depression*, *etiology* og *risk factors*. I udvælgelsesprocessen blev den psykologiske og sociale vinkel vægtet, ligesom det var essentielt, at studiet omhandlede et overordnet og generelt billede på ætiologien. Et

review af Hankin et al. (2009) er i denne forbindelse udvalgt, som gennemgås i det følgende².

Det er velunderstøttet i forskningen, at depression hænger sammen med forskellige kognitive sårbarheder, såsom rumination og dysfunktionelle antagelser, men hvordan er disse sårbarheder opstået? Dette undersøges af Hankin et al. (2009) ved inddragelse af forskningsstudier inden for genetik, temperament, interpersonelle aspekter samt stressfulde begivenheder.

Forskningsfeltet omkring *genetik og kognitive sårbarheder* er stadig i den tidligere fase, men Hankin et al. (2009) rapporterer blandt andet om et studie af Hilt et al. (2007), der indikerer, at en bestemt genotype (Val/Val genotype) kan bidrage til udvikling af rumination, der er en sårbar faktor i forhold til udvikling af depression. Inden for forskning i *temperament og kognitive sårbarheder* er der især fokus på NE-dimensionen ved temperamenter (*negative emotionality*), hvor individer inden for denne dimension siges at være særlig sensitive i forhold til at reagere på stress³. Et studie af Lakdawalla og Hankin (2008), der undersøgte unge voksne, fandt at denne NE-dimension forudsagde en efterfølgende stigning i depressive symptomer, og at dette var medieret af kognitive sårbarheder (dysfunktionelle antagelser og negative cognitive style) samt evnen til at generere stress. Disse medierende faktorer viste sig over tid at styrke associationen mellem stressfaktorer og depressive symptomer.

I forhold til forskning inden for de *interpersonelle faktorer* kan forældre lede til udformningen af kognitive sårbarheder ved børn, gennem overføring af negative kognitioner – også kaldet *modeling hypothesis*. Modeling hypothesis understøttes af studier, der finder korrelationer mellem selvrapporterende dysfunktionelle attituder og kognitioner iblandt mødre og børn. Hypotesen understøttes ikke for fædre. I forhold til forældrestil er der i forskningen fundet resultater, der indikerer, at forældreskab præget af høj kritik, afvisning, kontrol og lave niveauer af accept og omsorg kan lede til kognitive sårbarheder, som et review af Blatt & Homann (1992) blandt andet har rapporteret om. Kritikken til empirien bag disse studier er dog ifølge Hankin et al. (2009), at de ofte beror på selvrapporterende skalaer og mangel på observationsstudier.

² Studier der nævnes i afsnittet er fra Hankin et al.'s review, og gengives ikke i referencelisten

³ I modsætning til de to andre dimensioner PE: *Positive Emotionality*, AC: *Attentional Control*

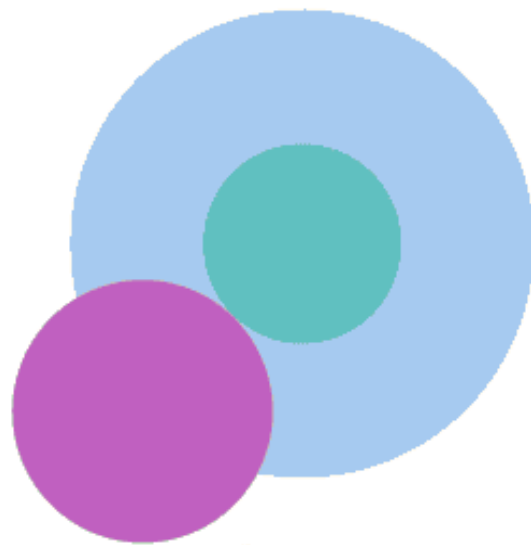
Betydningen af jævnaldrende i forbindelse med udvikling af kognitive sårbarheder er et relativt uudforsket område, men et studie af Gibb et al. (2004) fandt blandt andet, at forulempelser fra jævnaldrende er associeret med *negative inferential style*, selv når der kontrolleres for *parental maltreatment*.

Inden for *stressfulde livsbegivenheder* har unge voksne, der har oplevet mishandling i barndommen, specielt af emotionel karakter, i højere grad tendens til at fremvise symptomer på depression, hvor kognitive sårbarheder medierer dette forhold (if. Gibb, 2002; Hankin, 2005; Alloy et al, 2006). Ifølge Gibb et al. (2006) er det især de verbale forulempelser, der forudsiger ændringer i *negative attributional style* blandt børn.

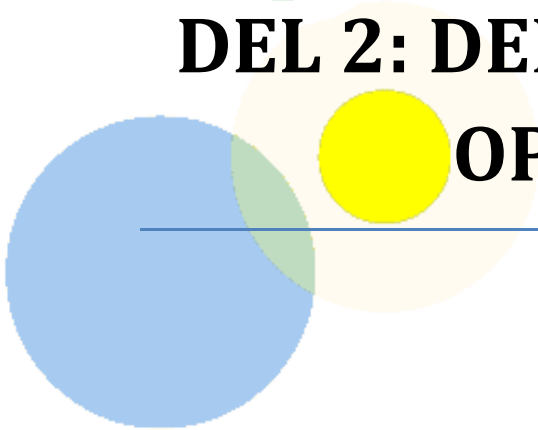
Samlet set kan det, ud fra reviewet af Hankin et al. (2009) fremføres, at der findes flere forskellige faktorer og processer, der influerer på udformningen af kognitive sårbarheder over for udvikling af depression. En kritik der kan fremsættes, til validiteten af Hankin et al. (2009) er, at de udvalgte studier ofte isoleret undersøger én faktors indvirkning på udviklingen af en kognitiv sårbarhed. Da depression er en heterogen lidelse formodes det at være mere sandsynligt, at lidelsen er determineret af flere forskellige processer, der simultant leder til udviklingen af kognitive sårbarheder og depression gennem livet (Hankin et al., 2009, p. 1334).

3.4 Sammenfatning

Denne første del af specialet havde til formål at afdække den depressive lidelse. Afsnittet blev indledt med en generel beskrivelse af de affektive lidelser, der udmundede i en uddybende beskrivelse af tilbagevendende depression, med særlig fokus på symptombilledet og de ætiologiske faktorer. De ætiologiske faktorer blev afslutningsvist debatteret, blandt andet gennem et review af Hankin et al. (2009), der pegede på, at kognitive sårbarheder over for depression er opstået gennem specifikke processer/faktorer inden for genetik, temperament, interpersonelle faktorer samt stressfulde livsbegivenheder. Dette leder nu til *del 2* omhandlende den negative selvopfattelse, delt op i den kognitive forståelse og self-compassion.



DEL 2: DEN NEGATIVE SELV- OPFATTELSE



4. DEN KOGNITIVE FORSTÅELSE

Der findes flere forskellige psykologiske forklaringsmodeller for depressionens ætiologi og patogenese, heriblandt den psykoanalytiske og kognitive. Beck, der står for udviklingen af den kognitive model, havde som psykoanalytiker svært ved at se meningen med det psykoanalytiske begreb *aggressive impulser* ved depression. Han observerede nærmere, at patienterne havde en manglende evne til at udtrykke aggressivitet, og at de i deres indre monolog havde tanker, der var præget af selvbefejdelser - som Beck eksemplificerer det: ” *Depression is caused by hostility turned against the self* ” (Beck, 1976, p. 83). Som en konsekvens af dette fremlagde Beck i 1960’erne en ny model, der i højere grad havde fokus på tænkningen, *den kognitive triade*. Dette resulterede i flere års eksperimentelt arbejde, hvor en systematiseret manualiseret psykoterapi opstod: *kognitiv terapi*.

Kognitiv terapi er en af de fem psykoterapeutiske hovedretninger og omfatter både teoretiske modeller og behandlingsmetoder (Clark et al., 1999, pp. 36ff). Det videnskabsteoretiske syn i kognitiv terapi er konstruktivistisk og fænomenologisk. Konstruktivistisk, idet kognitiv terapi har fokus på, hvordan menneskets opfattelse af selvet og omgivelserne er influeret af og dannes gennem aktivt delta-gende og konstruerende processer, og fænomenologisk idet det hævdes, at den objektive sandhed om omverdenen ikke eksisterer, men at patientens subjektive strukturer har en sandhedsværdi. Den kognitive retning er endvidere præget af at være en integrativ ideologi, idet den inddrager andre terapeutiske metoder, heriblandt ideer inden for den adfærdsterapeutiske, gestaltterapeutiske og psykodynamiske retning (Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 19f).

Der findes anden – og tredje generationer af kognitiv terapi, der er videreudviklinger af terapien, men som stadig bibeholder oprindelige teoretiske aspekter og metoder. *Andengenerations kognitiv terapi* opstod i slutningen af 1980’erne, hvor personens livshistorie yderligere kom i centrum, og *tredje generation af kognitiv terapi* er særligt centreret omkring mindfulness, hvoriblandt *compassion-focused therapy* (CFT) kan placeres indenfor (ibid., pp. 20f; Gilbert, 2010c, p. 6), der omtales senere i opgaven.

De næstfølgende afsnit vil beskæftige sig med forståelsen af den negative selvopfattelse ud fra den kognitive forståelse. Dette indledes med et afsnit omkring, hvordan kognitiv teori forholder sig til den negative selvopfattelse ved depression på et teoretisk plan, der videreføres til afsnit omhandlende efterprøvningen af den kognitive teori empirisk gennem forskningsstudier, der undersøger sammenhæng mellem selvværd og depression, der afrundes i et afsnit om behandlingsstudier. Dette leder samlet set til en deldiskussion.

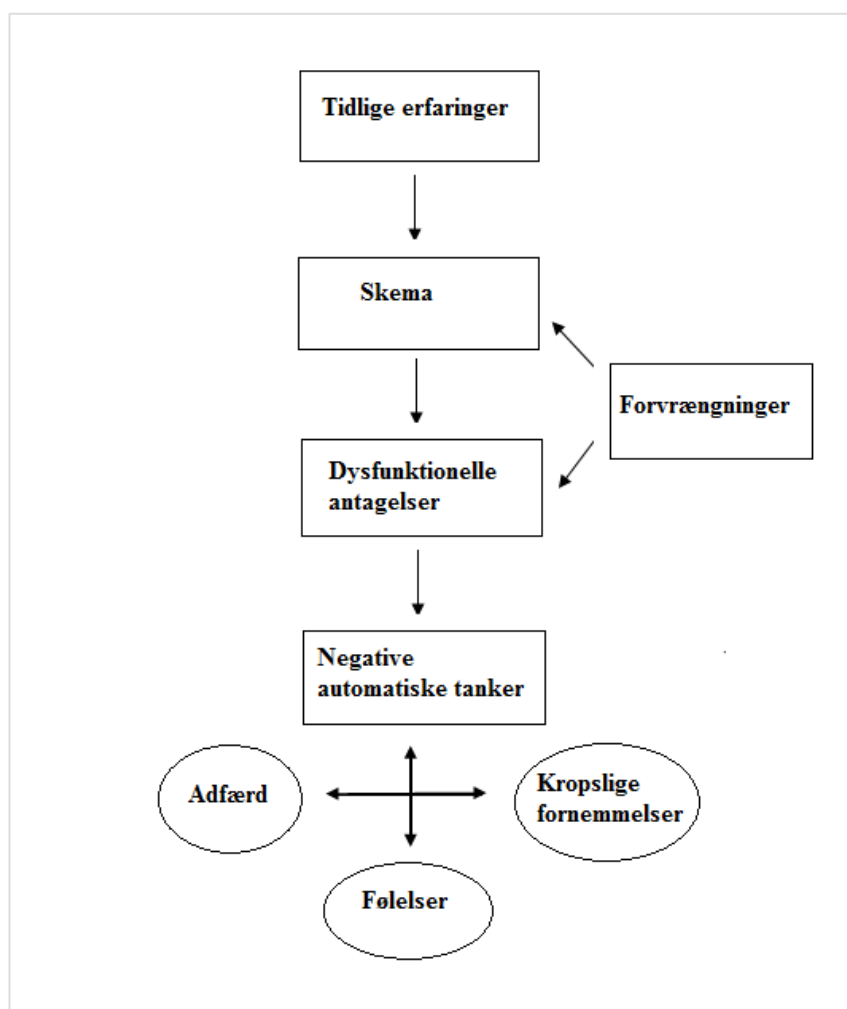
4.1 De kognitive modeller

Modeller inden for kognitiv terapi omfatter generelt elementerne: *tidlige erfaringer*, *skemaer*, *dysfunktionelle antagelser* og *automatiske tanker*. Det antages, i tråd med diatese-stress-modellen, at medfødte og tidlige sårbarheder afspejler sig i tænkning, følelser og adfærd, gennem aktiveringen af dysfunktionelle antagelser, der er præget af nogle bagvedliggende basale mentale strukturer: *skemaerne*. Skemaerne er med til at skabe en mening omkring de informationer individet perciperer og bearbejder. De er stabile og opleves som sandheder for individet, og hos mennesker med psykiske lidelser er de rigide og forvrængede. De maladaptive skemaer indeholder dysfunktionelle attituder omkring selvet, som laver en 'bias' i systemet, der bearbejder informationer, på en automatisk, gentagende og utilsigtet facon (Clark et al., 1999, pp. 79f; Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 23f).

De dysfunktionelle antagelser er mindre rigide, og er betinget af skemaerne og andre intrapersonelle og miljømæssige forhold. De dysfunktionelle antagelser fører til generelle *strategier*, der ligeledes kan være dysfunktionelle, såsom isolation. *Den negative automatiske tænkning* er, modsat de to andre strukturer, konkret og forbundet til en aktuel situation og udtrykkes som udsagn eller forestillinger, hvis indhold ligeledes er præget af skemaerne (Clark et al., 1999, pp. 102ff)

På figur 4 er den kognitive grundmodel illustreret, hvor de nederste elementer i modellen: *tanke*, *adfærd*, *krop* og *følelser*, også er komponenter i det, der benævnes: *den kognitive diamant*, der gensidigt påvirker hinanden. Modellen på figur 4 kan bruges til en forståelse af den depressive tilstand, hvor skemaer som: "*Jeg er ikke noget værd*" kan lede til antagelsen om "*Hvis ikke jeg gør alting perfekt, ser folk ned på mig,*" der kan lede til den automatiske tanke: "*Jeg arbejder ikke*

hårdt nok, jeg må gøre det bedre.” (Beck et al., 1979, pp. 3ff; Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 23f).



Figur 4: Den kognitive grundmodel for psykiske lidelser, med udgangspunkt i Becks terminologi (Inspiration fra Rosenberg, 2008, Beck, 2011)

De forskellige lag i tænkningen opretholder og forstærker lidelsen, idet de kan føre til ubehagelige følelser, såsom tristhed, der kan lede til anspændthed (kropslige symptomer), der kan være med til at opretholde en uhensigtsmæssig adfærd, der eksempelvis kunne være, at den eksemplificerede person arbejdede til sent ud på natten, der igen kan medvirke til nye negative automatiske tanker, - og således fortsætter depressionens onde cirkel (Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 22ff; Beck, 2011, p. 167ff). Segal et al. (1996) taler i denne forbindelse om *sensitization*, hvor tærsklen for aktivering af negative tankemønstre sænkes hos individer, der har oplevet gen-

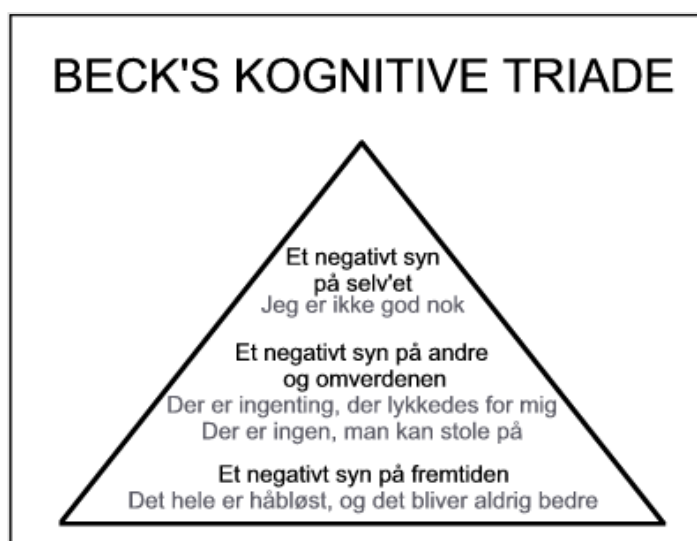
tagne depressioner, hvormed de reagerer anderledes ved dysfori end mennesker, der aldrig har haft en depression (Teasdale, 1988 if. Elmsted, 2007, p. 14).

Forvrængningen som er illustreret på figuren, er ud fra Becks terminologi en fejlperception, der er med til at understøtte og opretholde det negative skema. Kognitive forvrængninger kan eksempelvis bestå i: *selektiv abstraktion, overgeneralisering og personalisering* (Beck et al., 1979, p. 14).

4.2 Den kognitive triade

Den kognitive model for depression fremhæver overordnet tre elementer, der kan give en forståelse af depression; 1. de forømtalte *skemaer*, 2. de *kognitive forvrængninger* samt 3. *den kognitive triade*. Den kognitive triade består af tre kognitive mønstre, der får individet til at opfatte; *sig selv, sine oplevelser og fremtiden* på en negativ måde (se figur 5).

Den første komponent i triaden omhandler det negative syn på selvet, hvor individet ser på sig selv som utilstrækkelig, uværdig og fejlbehæftet. Ubehagelige oplevelser attribueres til psykologiske, moralske eller fysiske defekter hos selvet, og individet har den tro, at disse deficits er skyld i, at han/hun er uønskelig og værdiløs. *Den anden komponent* i triaden omhandler den depressive tendens til at have et negativt syn på alt, der omgiver ham, hvorved interaktionen med omgivelserne fejlfortolkes på en nederlagspræget facon. *Det tredje element* ved triaden omhandler det negative syn på fremtiden, hvori individet med depression forventer endnu mere lidelse og frustration (Beck et al., 1979, pp. 10f; Beck, 1967, pp. 255).



Figur 5: Beck's kognitive triade (Figur fra: Geoffroy, 2014)

Igennem denne model fremsiger Beck, at depressive symptomer skal ses som en konsekvens af en øget aktivering af disse negative kognitive mønstre. Den enkelte reagerer med samme affekt (f.eks. bedrøvelse), ligegyldigt om personen eksempelvis *er* blevet afvist, eller *tænker* at hun/han vil blive afvist. Eksempelvis har personer med depression ofte tendens til at have øget afhængighed af andre, der kan ses som en konsekvens af, at individet ser på sig selv som hjælpeløs og ude af stand til at klare fremtidige udfordringer på egen hånd (Beck, 1967, pp. 255f). Når de negative attituder omkring selvet, omgivelserne og fremtiden først er aktiveret og inkorporeret, under de rette omstændigheder vil de influere på den enkeltes tænkning og lede til depressiv symptomatologi (Beck & Alford, 2009, p. 247). Det næste afsnit vil i højere grad specificere det negative syn på selvet.

4.2.1 Det negative syn på selvet

Beck definerer et individs *selv-koncept* som en samling af attituder mod selvet, der formes ud fra interaktioner med miljøet, oplevelser samt andres bedømmelser. Når en bestemt attitude først er dannet, influerer denne på fremtidige bedømmelser og kan blive et fast element ved selv-konceptet. Ifølge Beck vil kernen af de positive og negative selv-koncepter, determinere individets selvværd, hvormed en aktivering af negative selv-koncepter sænker selvværdet (Beck, 1979, pp. 164, 275f).

Selv-konceptet hos mennesker med depression er præget af at være forbundet til '*negative value judgments*' i modsætning til personer, der ikke har depression, hvor personlige besværligheder ikke automatisk har en negativ værdiladning (Beck & Alford, 2009, pp. 247f). Komponenterne ved den depressive konstellation (selvet, omgivelserne, fremtiden) kan ligge latente i individet, og når de først er aktiveret ved en depression, følger en sekvens, hvor individet tolker sine oplevelser som repræsenterende for personlige nederlag og trusler. Nederlag attribueres til mangler ved selvet, og individet ser på sig selv som værende uden værdi på grund af disse mangler (ibid.). Herved er en ond cirkel etableret, hvor enhver negativ bedømmelse underbygger og styrker det i forvejen negative selv-koncept, hvilket er med til at skabe flere negative tolkninger i fremtiden. Det kan ende med blive en permanent del af den kognitive organisering og grundfæste sig som et kognitivt skema (ibid., pp. 245f) eller nærmere et *self-schema*, der defineres som: "*cognitive generalizations about the self, derived from past experience, that organize and guide the processing*

of self-related information contained in the individual's social experience" (Markus, 1977 if. Clark, et al., 1999, p. 106). Selvskemaerne kan ses som et indre kontrollerende system, der influerer på alle selvrelevante informationer, der inkluderer selektion, indkodning, organisering og genkaldelse af personlige meningsfulde stimuli. Ved depression er selvskemaer som hjælpeløshed og uværdighed fremtrædende og vil oftere blive gennemarbejdet og genkaldt af den enkelte, hvormed disse specifikke negative selvskemaer har større effekt på individets adfærd og emotioner, i modsætning til de mere perifere selvskemaer (Clark et al., 1999, pp. 105ff; Beck & Alford, 2009, pp. 245f).

Fennell (1997) foreslår, at lavt selvværd er en samling af disse længe-revarende rigide selvskemaer, der giver individet en øget sensitivitet i forhold til at udvikle depression. De negative selvskemaer er medvirkende til, at individet føler sig nødsaget til at opretholde visse regler og standarder for sin ageren i verden, for at kunne opretholde selvværdet, men når disse ikke bliver mødt, aktiveres det negative syn på selvet (if. Chatterton, Hall & Tarrier, 2007). Mennesker der er sårbare over for udvikling af depression, ser deres eget værd som værende afhængig af udefrakommende faktorer, såsom andres anerkendelse. Denne devaluering af selvet er særligt gældende inden for områder, personen vægter højt, såsom popularitet eller intelligens (Beck, 1967, pp. 22, 259).

Som en syntese på Fennell og Becks kognitive forståelse formodes det, at selvværdet bestemmes af kernen af de positive og negative selv-koncepter. Således vurderer jeg, at det handler om selve *valensen* af individets selvværd, hvis retning, hen imod et positivt eller negativt syn på selvet, kan være determineret af de underliggende selvskemaer. Dette leder til følgende afsnit omkring selvværd.

4.3 Selvværd

Forskning foreslår, at selvværd har betydning for individets velbefindende, hvor et højt niveau af selvværd ofte forbindes med lykke og tilfredshed, mens et lavt niveau af selvværd ofte associeres med bekymring og tilpasningsproblemer (Rosenberg & Owens, 2001 if. Guindon, 2010, pp. 18f). Williams James introducerede selvværd som et psykologisk begreb i 1890, og siden da har forskningen her indenfor ekspanderet, og der findes nu adskillige definitioner på selvværd (Mruk, 2013, p. 2). Til trods for de forskellige definitioner påpeger Smelser (1989), at de komponenter, der

generelt er accepteret inden for forskningen, består af *kognitive*, *affektive* og *evaluerende* aspekter. *Det kognitive element* omhandler det deskriptive aspekt, i form af om individet er nedtrykt, indadvendt osv. *Det affektive element* er det positive eller negative der kobles til hvert karaktertræk – dvs. om selvværdet er lavt eller højt. *Det evaluerende element* omhandler den værdi hvert karaktertræk tillægges, som holdes op imod idealiserende sociale standarder (if. Guindon, 2010, p. 6).

Rosenberg, der er en af de førende forskere inden for selvværdsområdet, har fokus på de kognitive elementer (Mruk, 2006, p. 16) og ser, i tråd med den kognitive forståelse, selvværdet som et globalt fænomen, der konstitueres ud fra den måde individet tillægger negative eller positive værdier til hvert karakteristika ved selvet, der sammenkobles til det der benævnes det globale selvværd. Ifølge Rosenberg (1979) er det globale selvværd i høj grad determineret af en evaluering af de elementer ved selvet, der i særlig grad betyder noget for den enkelte (pp. 18, 266-268). Det vil sige, at selvværdet er et produkt af en selektiv proces, hvor individets styrker ofte vægtes højest i selvsystemet, som er en naturlig proces, der er med til at beskytte individets selvværd, hvormed fejl i denne selektionsproces kan føre til lavt selvværd (ibid., pp. 277f; 286f). Rosenbergs selvværdsskala (SES) (1965) er en af de mest anvendte skalaer til måling af globalt selvværd (se bilag 3), med en høj validitet og test-retest reliabilitet, med en koefficient på omkring $\alpha = 0,82$ til $0,85$ (Torrey et al., 2000). Skalaen har dog den ulempe, at den ofte overlapper med andre konstruktioner, såsom inden for affekt og personlighed (Suls, 2006, pp. 38f). Forholdet mellem lavt selvværd og depressive symptomer er eksempelvis tæt forbundne, som det nedenstående afsnit om empiri viser, og nogle forskere postulerer ligefrem, at de er sammenfaldende konstruktioner (Hankin et al., 2007).

For at vende tilbage til Becks teori omhandlende det negative syn på selvet, vurderer jeg, at dette *direkte* er efterprøvet gennem selvrappporterende spørgeskemaer som eksempelvis *The Dysfunctional Attitude Scale* (DAS) (Weissman & Beck, 1978 if. Clark et al., 1999, p. 81), der har til formål at måle på de negative attituder i den kognitive triade, samt *Beck Self-Concept Test* (BST), der specifikt bruges til at måle på det negative syn på selvet (Beck et al., 1990). På den anden side anser jeg, at Becks teori også *indirekte* kan anføres til, at være gennemtestet gennem forskning, der undersøger selvværd og sammenhængen med depression, som følgende afsnit omhandler.

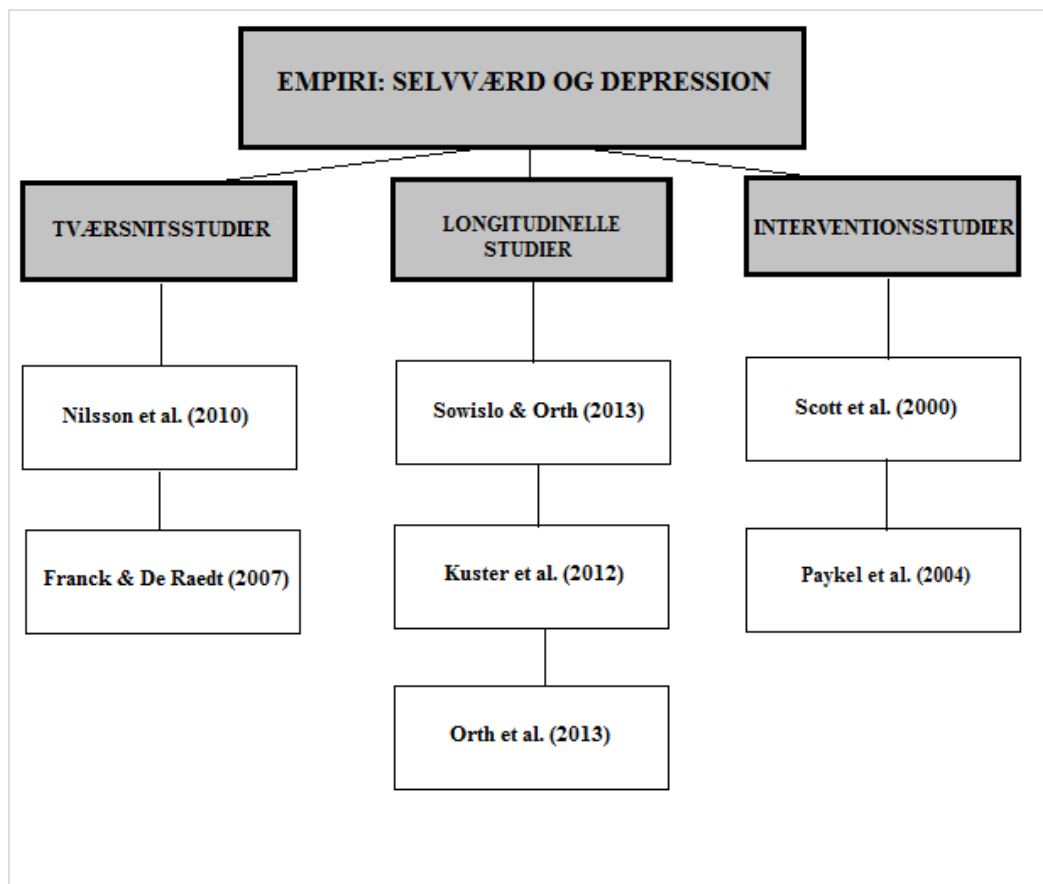
4.4 Selvværd og depression: Empiriske forskningsresultater

I det seneste årti har der inden for forskningen været et øget fokus på selvværds association med depression (Kernis, 2006). De ældre selvværdsteorier (fx Brown & Harris, 1978, Murrell, Meeks & Walker, 1991 if. Michalak et al., 2010) postulerede, at et lavt selvværd bidrog til depressionens frembrud, vedligeholdelse og tilbagevenden, mens nyere teorier/forskningsstudier har et mere differentieret syn på selvværds forbindelse til depression, der i høj grad hviler på antagelsen om, at det ikke er niveauet af selvværd, der er særegent for udvikling af depression, men nærmere de udsving og den ustabilitet, der kan ses i selvværdet (fx Frank & DeRaedt, 2007; Kernis et al., 1991 if. Michalak et al., 2010).

De følgende delafsnit vil behandle forskelligt empiri, delt op i tværsnits- og longitudinelle undersøgelser. Som Mruk (2013) påpeger, kan det dog være kompliceret at selekttere og skabe overblik inden for et felt, der har adskillige teorier og forskningsresultater bag sig, hvilket også har ledt til en udvælgelsesproces i det forstående afsnit. Tværsnitsstudierne blev selekteret ud fra, at der skulle være én metaanalyse, og der blev endvidere foretaget en søgning på PsycINFO med søgetermerne/kriterierne: [Title: *depressi** AND *self-esteem*, group: *in-patients*], hvor 13 studier fremkom, hvori ét studie blev udvalgt. De longitudinelle undersøgelser blev igen selekteret ud fra, at der skulle være én metaanalyse. De resterende to studier blev fundet via en søgning på PsycINFO med søgetermerne/kriterierne: [Title: *depressi** AND *self-esteem*, method: *longitudinal*], hvor 50 resultater fremkom, hvor nylig forskning blev vægtet (se figur 6).

4.4.1 Tværsnitsundersøgelser

Dette afsnit tager udgangspunkt i metaanalysen af Nilsson et al. (2010) samt kombinationsstudiet (tværsnits/longitudinal) af Franck og De Raedt (2007). Nilsson et al. (2010) har, via en systematisk gennemgang af studier, til formål at undersøge, om lavt selvværd også gør sig gældende hos mennesker med affektive lidelser, når de er i remission, det vil sige udenfor en affektiv episode. Studiet indikerer, at bipolar affektiv sindslidelse har lavere selvværd end kontrolgruppen, med stor effektstørrelse, og højere selvværd end remitterede unipolare patienter, med en middelstor effektstørrelse. Så i forhold til dette speciales fokusområde indikerer metanalysen, at patienter



Figur 6: De inkluderede empiriske studier indenfor selvværd og depression

med tilbagevendende unipolar depression, som er remitterede på undersøgelsestidspunktet, har signifikant lavere selvværd end remitterede bipolare patienter og kontroldeltagere. De estimerede effektstørrelser indikerer ifølge metaanalysens beregninger, høje niveauer af validitet og robusthed. Metaanalysen kan give en indikation af, hvor vigtigt det er, at der bliver intervenseret specifikt omkring det lave selvværd, og at der bliver lavet standardiserede tilgange og metoder, der har til formål at intervenere på selvværdet hos depressive, der kan verificeres eksperimentelt (p. 590). Metaanalysen vurderer jeg, er brugbar over for dette speciale idet den påpeger, at lavt selvværd også er gældende *udenfor* de depressive episoder, som muligvis netop kan pege i retningen af, at selvværd ligger som en underliggende faktor, som er kompliceret at ændre på. Et andet spørgsmål som artiklen leder op til, er om resultatet skyldes, at unipolare patienter er mere villige til at afsløre deres lave selvværd, kontra bipolare patienter ved sådanne eksplicitte selvrappporterende målinger som SES. Det kan også tænkes, at bipolare patienter har et mere svingende/ustabilt selvværd (p.

589), hvilket ikke kan afledes fra metaanalysen, idet den har fokus på *niveauet* af selvværd.

Ustabiliteten i selvværd har studiet af Franck og De Raedt (2007) netop fokus på, hvor data fra studiet indikerer, at et ustabilt selvværd er bedre til at forudsige unipolar depression, sammenlignet med selve niveauet af selvværd. Tidligere studier har også understøttet dette, men har testet det på studerende, modsat Franck og De Raedt (2007), der undersøger det på patienter med depression, mennesker der tidligere har haft en depression og en kontrolgruppe. Studiet indikerer, at et ustabilt selvværd er forbundet med depression (tværsnittsdelen af studiet) og sårbarhed til depression, ved seks måneders follow-up (den longitudinelle del af studiet). Studiet finder, i tråd med diatese-stress-modellen, data, der indikerer, at den samme mængde oplevede stress og depressive humør (som der måles på) aktiveres på en anderledes måde hos individer, der tidligere har haft en depression, til sammenligning med almindelige mennesker, der resultater i et ustabilt selvværd. Dette er også overensstemmende med kognitiv teori, omkring en forhøjet aktivering af negative selvske-maer ved konfrontation med daglige stressfaktorer. Det ustabile selvværd kan ses som en sårbarhedsskabende faktor for depression, hvor individer med ustabilt selvværd reagerer stærkere på begivenheder, der potentielt kan true deres selvværd, modsat mennesker med et stabilt selvværd (Franck & De Raedt, 2007, p. 1539).

Studiet fandt ikke en forskel mellem mennesker der har, eller tidligere har haft en depression, i forhold til niveau eller ustabilitet i selvværdet, hvilket jeg formoder, blandt andet kan skyldes den skæve kønsfordeling imellem grupperne, med 3 mænd og 24 kvinder hos gruppen med en tidligere depression, sammenlignet med 9 mænd og 15 kvinder hos gruppen med depression. Med den viden der forefindes omkring kvinders øgede tendens til rumination og et lavere niveau af selvværd, sammenlignet med mænd (Culbertson, 1997; Hyde et al., 2008; Nolen-Hoeksema et al., 1999 if. Kuster, Orth & Meier, 2012, p. 754), kunne dette tænkes, at have sin indflydelse ved at grupperne bliver yderligere homogene.

En kritik til Franck og De Raedts (2007) studie er deltagerantallet, der ligger i den lave ende. En anden faktor jeg funderer over, er selve heterogeniteten indenfor – og på tværs af grupperne. Da det ikke er den samme gruppe, der bliver målt på i remission, er der muligvis nogle forholdsregler i forhold til validiteten af sammenligning mellem grupperne som følge af de heterogene symptomer. Studiet har den fordel, at det måler på ustabiliteten af selvværd ved kliniske grupper, men jer

vurderer, at der kan stilles spørgsmålstejn ved selve måleproceduren, der sker ved gentagne målinger over en syvdages periode. For det første kan det tænkes at målingsperioden er for kort, for det andet kan der ske en tilvænning til måleredskaberne, hvormed den enkelte svarer hvad han/hun gjorde dagen før, eller at personerne ligefrem via spørgeskemaet bliver yderligere selvobserverende og metarefleksive, hvilket muligvis kan have påvirket svarene. På den anden side er det kompliceret at måle på ustabilitet i selvværd på en valid måde, men et alternativ kunne være, at målingerne suppleres med implicitte selvværds målinger såsom *implicit association test* (Greenwald & Farnham, 2000).

Samlet set kan studiet give en indikation af, at det er væsentligt at tage højde for ustabiliteten i selvværdet hos personer med tilbagevendende depression. Det formodes, i tråd med Frank og De Raedts forslag, at et stabilt selvværd fungerer som en form for 'buffer' mod stress og depressivt humør, hvormed det er essentielt med viden omkring, hvordan et stabilt selvværd kan genskabes via interventioner.

4.4.2 Longitudinelle undersøgelser

De longitudinelle studier der inddrages i dette afsnit, drejer sig om metaanalysen af Sowislo & Orth (2013), samt studierne af Kuster et al. (2012) og Orth et al. (2013).

Sowislo og Orth (2013) har via en systematisk gennemgang af longitudinelle data fra 80 studier⁴ til sinde, at undersøge validiteten for henholdsvis *vulnerability-modellen* og *scar-modellen* over for depression og angst. Vulnerability-modellen antager, at lavt selvværd bidrager til, og er en risikofaktor for depression modsat scar-modellen, der antager, at lavt selvværd er en konsekvens af depression, da depression kan efterlade permanente 'ar' i individets selv-koncept. De finder data, der indikerer, at vulnerability-modellen har en større effektstørrelse sammenlignet med scar-modellen (der dog har en lille effektstørrelse). Vulnerability-modellen tyder, igennem metaanalysen, på at være bedre i stand til at forklare sammenhængen mellem depression og selvværd, sammenholdt med scar-modellen. Data fra metanalysen indikerer endvidere, at lavt selvværd kan ses som en generel stabil risikofaktor for depression, idet effekten gør sig gældende på tværs af mulige medspillende faktorer såsom: forskellige samples, tidsintervaller og målinger. Heterogeniteten i blandt de udvalgte studier styrker metaanalysens generaliserbarhed. Samti-

⁴ 80 studier inkluderes i alt, hvoraf 77 studier omhandler depression/18: angst

dig dækker studierne forskellige depressionsniveauer; fra fraværende (ved målinger på studerende osv.) til sværere gradere (ved de kliniske grupper), der yderligere styrker validiteten af fundene (Sowislo & Orth, 2013).

At selvværd er en risikofaktor for depression, målt over forskellige tidsintervaller (fra få dage til flere år), indikerer, ifølge forfatterne, at effekten er stabil, og at selvværd har en forudsigelseskraft over en længere periode. Et spørgsmål metaanalysen lægger op til er, hvorfor nogle med lavt selvværd udvikler depression, mens andre ikke gør. Dette vurderer jeg, kunne sammenkædes med det tidligere afsnit, omkring vigtigheden af stabiliteten i selvværdet, hvor mennesker med et lavt, men stabilt selvværd, muligvis udvikler en yderligere 'buffer' mod udvikling af depression. Studiet af Franck og De Raedt (2007) fandt netop data, der indikerede, at et ustabil selvværd er bedre til at forudsige depression kontra niveauet af selvværd, hvorved det kunne være essentielt med flere longitudinelle studier inden for området omkring ustabiliteten i selvværd.

Metaanalysens data giver en indikation af, at lavt selvværd er en risikofaktor for udvikling af depression, men i terapeutisk sammenhæng vil det være væsentligt med viden omkring hvilke medierende faktorer, der medvirker til det lave selvværds indvirkning på udvikling af depression. Dette er generelt et uudforsket område, men studiet af Kuster et al. (2012) har som nogle af de første undersøgt hvilke processer, der medierer dette forhold. De undersøger 663 individer, mellem 16 og 62 år, fem gange over en otte måneders periode. Kuster et al. (2012) finder, i tråd med Sowislo og Orth (2013), data, der understøtter vulnerability-modellen. Data fra studiet indikerer endvidere, at lavt selvværd forudsiger rumination, som igen forudsiger efterfølgende depression. Resultaterne peger på, at rumination delvist medierer effekten mellem lavt selvværd og en fremstående depression, dog med en lille effektstørrelse. Resultaterne tyder på at være robuste, idet de er gældende både for mænd og kvinder, og for affektive-kognitive - samt somatiske symptomer ved depression. Det er relevant, at fremtidig forskning nærmere undersøger de medierende processer i denne '*kædereaktion*' fra: lavt selvværd, til rumination, til efterfølgende depression (Kuster et al., 2012, pp. 753f). Forfatterne foreslår selv, at lavt selvværd kan lede til rumination ved, at motivere individet til yderligere at fortie sig omkring socialt uønskede tanker, følelser og mål, der således øger de ruminative tankemønstre. At rumination *delvist* medierer forholdet mellem lavt selvværd og depression

tyder, ifølge forfatterne, på, at der er flere medierende faktorer i spil, som fremtidig forskning kan udforske (ibid.).

Selvom den indirekte effekt af rumination var lille, har studiet nogle styrker, idet det eksempelvis foretager fem målinger, som i højere grad er i stand til at øge præcisionen og validiteten af resultatet (ibid.). En kritik til dette studie er dog, at kliniske grupper ikke medtages, samtidig med at alle målinger foregår via selvrapportering. Jeg vurderer samlet set, at studiet af Kuster et al. (2012) i praksis kan anvendes til at sætte yderligere fokus på at reducere tendensen til rumination, som ikke blot hjælper på de depressive symptomer, men også formodes at styrke selvværdet.

Det sidste studie der inddrages her, er studiet af Orth et al. (2013), der undersøger validiteten af vulnerability-modellen på 674 børn med mexicansk oprindelse, målt ved 10- og 12 års alderen. Studiet adskiller sig fra de to tidligere nævnte studier, idet de også undersøger domænespecifikke aspekter ved selvværdet, samt tester modellen på børn fra mere kollektivistiske kulturer, hvormed generaliserbarheden af modellen vurderes til at blive højnet. Orth et al. (2013) finder data, der indikerer, at vulnerability-modellen holder, selvom der kontrolleres for social støtte, mødres depression, stressfulde begivenheder og forulempelser i forhold. Studiets data indikerer endvidere, at den effekt lavt selvværd har på en efterfølgende depression, skyldes de generelle evalueringer af selvet, og ikke domænespecifikke selvevalueringer. Foruden vulnerability-modellen er det også væsentligt at benævne, at der findes andre '*subsyndromale symptomer*', det vil sige andre kontinuerlige symptomer der, ligesom lavt selvværd, optræder mellem episoderne og fungerer som risikofaktorer for fremtidige episoder. Her kan nævnes *mood-congruent bias*, hvor individet har særlig tilbøjelighed til ubevidst at opfange og registrere negative stimuli, der matcher den enkeltes humør, hvilket gennemsyrrer hele oplevelsesverdenen i form af perception, kognition og selvpfattelse (Judd et al., 1998; Elliot et al., 2002).

4.5 Behandling

Kognitiv terapi over for depression er en af de mest gennemtestede psykologiske behandlinger, og består af en struktureret, tidsbegrænset, problemfokuseret tilgang, der har til formål at modificere negative tanker, antagelser og skemaer, samt den adfærd der er associeret med opretholdelsen af depressionen (Papageorgiou, 2009, pp. 18f). Her er samarbejdet mellem klient og terapeut væsentligt, således at klienten på

egen hånd formår at udforske negative tanker og omstruktureringen heraf, via terapeutens guidende spørgsmål og hjemmearbejde (Padesky & Greenberger, 1995, pp. 6ff). Behandlingen vil primært bestå af psykoedukation, samt indsigt og mestring via omstruktureringsmetoder såsom: kolonneteknik, sokratiske dialog, adfærdseksperimenter, aktivitetsplaner m.v. (Beck, 2011; Mørch & Rosenberg, 2005, pp. 30ff).

Kognitiv terapi har igennem flere effektstudier vist at være effektiv til behandling af akut depression, og flere studier indikerer også, at den kan forebygge tilbagefald (Evans et al., 1992; Gloaguen et al., 1998; Shea et al., 1992 if. Elmsted, 2007, p. 1). Resultaterne varierer dog i evnen til at kunne forebygge tilbagefald, fra 74 % i Jarrett et al. (1988, if. Elmsted, 2007, p. 88) til 21 % i Evan et al. (1992, if. Elmsted, 2007, p. 88), begge målt ved to-års follow-up. Fournier et al.'s (2009) studie kan muligvis give en forklaring på disse variationer, idet de finder data, der peger på, at faktorer som: lavere intelligens, kronisk depression og en højere alder er medvirkende til, at forudsige et dårligere udfald af behandlingen.

Som metaanalysen af Nilsson et al. (2010) lagde op til, er det relevant, at behandlingsstudier måler på effekten af selvværd. Af denne grund er der foretaget en specifik søgning på PsycINFO med søgetermene: [Title: *Depressi** AND "*Cognitive Therapy*" AND *Self-esteem* (any field)], hvorefter 13 resultater fremkom. Et studie af Scott et al. (2000) og Paykel et al. (2004) er i denne forbindelse udvalgt.

Studiet af Paykel et al. (2004) er et 6 års follow-up studie på Scott et al. (2000)'s, og anvender således de samme 158 deltagere, der består af mennesker der tidligere har haft en depression mellem 21-65 år. Deltagerne blev opdelt i to grupper, med en kontrolgruppe, der får antidepressive midler og CM (clinical management) og en interventionsgruppe, der får det samme, men samtidig modtager kognitiv terapi. Scott et al. (2000) undersøgte tyve ugers behandling og et års follow-up (hvor antidepressiv behandling, CM og måleprocedurer fortsatte). Scott et al. (2000) fandt overordnet, at kognitiv terapi havde en effekt på; to ud af fire depressionsmålinger, specifikke psykologiske symptomer (skyld, selvværd og hjælpeløshed) samt områder inden for det sociale funktionsniveau. Disse data kan være med til at indikere, at kognitiv terapi kan have en effekt på selvværdet over tid hos mennesker, der tidligere har haft en depression. Samtidig indikerer resultaterne en signifikant forskel mellem de to grupper i forhold til selvværd målt ved 44 ugers follow-up. Dette ligger i tråd med tidligere studier, der rapporterer om, at kognitiv terapi i den akutte fase er særligt forbundet med ændringer inden for humør, synet på selvet og hjælpeløshed, og

at selvværd har en øget forbedrende effekt ved kognitiv terapi, sammenlignet med antidepressiv behandling (Ruset et al., 1982 if. Scott et al. 2000, p. 445).

Paykel et al. (2004) samler op på resultaterne fire et halvt år efter Scott et al.'s (2000) behandling og målinger er færdiggjorte, og konkluderer ud fra de longitudinelle data, at kognitiv terapi evner til at reducere tilbagefald er gældende i flere år. Helt nøjagtig var effekten af kognitiv terapi til at forhindre tilbagefald gældende indtil tre et halvt år efter behandlingen sluttede, dog med små effektstørrelser. Ud fra disse studier kan der argumenteres for, at det er relevant, at mennesker der tidligere har haft en depression bliver tilbudt en form for 'booster sessions' efter gennemgået behandling (Paykel et al. 2004), for at styrke de færdigheder, der læres i kognitiv terapi, og eventuelt også styrke den enkeltes selvværd.

En kritik jeg vurderer, kan rettes til de foregående studier er, at de ikke foretager målinger når individerne, der tidligere har haft en depression er i en dysforisk tilstand. I tråd med resultatet fra Franck og De Raedt's (2007) studie kunne dette muligvis have vist sig ved yderligere udsving og ustabilitet i selvværdet, grundet en negativ humørpåvirkning. Forskningen har netop været kritiseret for ikke at tage hensyn til at kognitioner hos mennesker, der tidligere har haft en depression, kan være normale, når de ikke er i et dysforisk humørstadium (Segal et al., 1999; Elmsted, 2007, p. 46). Et studie af Segal, Gemar & Williams (1999) undersøger netop effekten af kognitiv terapi over for personer med tidligere oplevet depression i en induceret dysforisk tilstand. Studiet indikerede, at kognitiv terapi, sammenlignet med antidepressive midler, i højere grad medvirkede til at reducere de dysfunktionelle holdninger i remission hos mennesker, der tidligere har haft en depression.

De forrige afsnit omhandlede relevante modeller og teorier inden for kognitiv teori, samt empiriske fund inden for feltet omkring depression og selvværd, der tilsammen konstituerer det jeg vil betegne som; *den eksisterende viden omkring forståelse og behandling af selvopfattelsen ved depression*, der videreføres i følgende deldiskussion.

4.6 Deldiskussion

Det lave selvværd er gennemgribende hos de fleste mennesker med depression, som ovenstående teoretiske og empiriske fremstillinger fremlagde. Det kan igennem den kognitive teori forstås sådan, at det lave selvværd former, hvordan den enkelte tæn-

ker, føler og fungerer i dagligdagen, der samtidig styrkes og vedligeholdes gennem de vedvarende kognitive forvrængninger og negative selvskemaer. Den kognitive forståelse vurderer jeg, grundlæggende arbejder ud fra den antagelse, at det er de negative tankemønstre, der skal arbejdes med, hvormed der søges efter beviser for, at den enkelte er '*god nok*', gennem adskillelige kognitive omstrukturingsmetoder. Det kan endvidere tænkes, at den strukturerede ramme kognitiv terapi tilbyder, netop er særligt egnet til individer med skrøbelige selvopfattelser, idet der muligvis skabes en ro hos den enkelte i de faste og strukturerede rammer, der kunne medvirke til, at der i højere grad åbnes op for terapeuten. Netop dette aspekt med at have tillid til terapeuten vurderer jeg, er relevant, når der skal arbejdes med den negative selvopfattelse ved depression, hvor terapeutens støtte kan tænkes at skabe grobund for en transformation af selvopfattelsen. Det konstruktivistiske udgangspunkt fordrer endvidere muligheden for, at individet selv er aktiv deltagende i forhold til at arbejde med og konstruere sine indre mentale processer, hvilket formodes at være en fordel, da det på denne måde giver mening for patienten, da svaret ikke gives direkte af terapeuten (Fennell, 1998b, p. 72). På den anden side antager jeg, at mennesker med depression kan have svært ved at se objektivt på egen selvopfattelsesproblematik, da det lave selvværd kan rodfæste sig som en permanent del af selvopfattelsen (Fennell, 2003), hvormed det formodes, at terapeutens guidende vejledning kan bidrage til, at den enkelte får formet nye synsvinkler på det subjektive selv-til-selv forhold, og at der herigennem sker en yderligere decentrering af negative tanker og følelser relateret til selvet.

Generelt formoder jeg, at den kognitive forståelse bygger på tankegangen om, at det er muligt, at ændre på den negative selvopfattelse og grundfæste et alternativt syn der er mere positivt. Når der skal arbejdes med selvopfattelsen inden for den kognitive forståelsesramme vurderer jeg, at det centrerer sig om at få individet til at se sin problematik ud fra forskellige vinkler, hvormed der opstår en nuanceret tankegang, hvor den enkelte eksempelvis erfarer, at han/hun er noget værd og at andre ikke er dømmende over for individets formodede utilstrækkeligheder. Herigennem vil den depressive tænkning, der bygger på de dysfunktionelle antagelser, undermineres gennem forandringer i tænkning, adfærd og forholdet til andre mennesker. Det formodes, at individet med depression får en yderligere metakognitiv indsigt på egne mentale processer, som i høj grad er funderet ud fra, at den enkelte lærer

at arbejde med de realistiske tanker, kontra de rigide depressionsrelaterede tanke-mønstre.

Endvidere er der noget der tyder på, at kognitiv terapi ikke udelukkende kan være relevant i den akutte fase men også i de mellemliggende perioder, hvor det lave selvværd muligvis ligger latent under overfladen, i tråd med studiet af Nils-son et al. (2010), og kan være yderligere sårbarhedsskabende over for fremtidige depressioner, som Sowislo og Orth's (2013) metaanalyse indikerede. I tråd med studiet af Segal et al (1999) formoder jeg, at kognitiv terapi via forskellige teknikker, såsom rollespil og adfærdseksperimenter, kunne beskæftige sig med det negative humør samt *mood-congruent bias*, hos personer med tidligere depression, således, at de i højere grad lærer at håndtere tanker og adfærd, når det dysforiske humør optræder og eventuelt herigennem opbygge en yderligere stabilitet i selvværdet. For som Frank og De Raedt's (2007) studie tydede på, har mennesker med tidligere depression ofte et forhøjet reaktionsmønstre mod udefrakommende faktorer, der gør dem særligt sårbare over stress og negative omstændigheder. Som studierne af Sowislo og Orth (2013), Kuster et al. (2012) og Orth et al. (2013) indikerede, er lavt selvværd en risikofaktor for depression og i tråd med dette, formoder jeg, at det er væsentligt, at kognitiv terapi arbejder med selvopfattelsen og selvværdet *eksplicit*. Det kan dog diskuteres, om selvværdet er et element, der arbejdes tilstrækkeligt med i terapien, når det har vist sig at være en risikofaktor for udvikling af depression. Scott et al. (2000) studie antydede dog, at kognitiv terapi er med til at reducere skyld, selvværd og hjælpeløshed, hvormed det vurderes, at kognitiv terapi kan være anvendelig over for faktorer som humør og synet på selvet.

Samtidig indikerede Kuster et al.'s (2013) studie, at rumination er en delvis medierende faktor mellem selvværd og depression. Denne gentagne uproduktive negative tænkning, rumination, vurderer jeg til, at være et aspekt, kognitive terapi beskæftiger sig med i form af at den enkelte, finder alternativer til den ruminative stil og bevæger sig ud af den negative tankespiral omkring; '*det er min egen skyld.*' På den anden side mener Nolen-Hoeksema (1991) og Teasdale (2000), at kognitiv terapi ligeledes kan give anledning til nederlagsfølelser hos den enkelte idet den med alle registreringerne af de negative tanker, blot gør individet med depression endnu mere opmærksom på det negative i tankeindholdet og heraf er der fare for, at den enkelte producerer endnu flere grublerier over, hvorfor han/hun ikke kan undslippe de negative tanker (if. Elsass, 2011, p. 220). Det tyder på, at der er nogle elementer

inden for den kognitive forståelse, der møder udfordringer og eventuelt kunne forbedres i forhold til, at forstå og arbejde med selvopfattelsen hos mennesker med tilbagevendende depression.

4.6.1 Udfordringer og mulige forbedringer

Den kognitive tilgang til forståelsen af selvopfattelsen ved depression formoder jeg overordnet, hviler på ideen om, at negative tanker omkring selvet kan elimineres via en logisk tankegang, der bidrager til en alternativ tankegang omkring selvet. Igennem terapeutens sokratiske guidning får individet med depression mulighed for at tænke som en slags 'videnskabsmand' (Fennell, 1998b, p. 23), der tester sine tanker og overbevisninger og vælger den løsning eller antagelse, der logisk giver mening. Når det handler om at arbejde med selvopfattelsen, som kan have rødder tilbage til barndommen og være infiltreret i negative selvskemaer, er spørgsmålet, om de emotionelle faktorer bliver overset, således at den enkelte eventuelt ikke *føler* en forandring i selvopfattelsen, i tråd med Gilberts tankegang (2010c). Jeg formoder, at individet efter endt terapi, kan have arbejdet med selvopfattelsen, men muligvis udelukkende har arbejdet med det 'yderste lag', i metaforisk forstand. Fennell (1998b) mener dog ikke, at kognitiv terapies formål udelukkende er at hjælpe individet med depression til at tænke rationelt og logisk, men ligeledes er at finde løsninger på den enkeltes problemer via forskellige strategier (pp. 23f) Fennell og Jenkins (2004) mener, at adfærdseksperimenterne netop kan være væsentlige at inddrage i begyndelsen af terapien hos individer med et lavt selvværd, idet de kan være med til at sikre, at de nye antagelser ikke udelukkende bliver intellektuelle øvelser, men også bliver fundet i direkte oplevelser og ændringer på det emotionelle plan (p. 413). Fennell (1998a) erfarer dog, at forandring i selvopfattelsen bliver relativt kompliceret, når hovedparten af de grundlæggende antagelser hviler på emotionelle faktorer i en fjern fortid, hvormed selvopfattelsen kan være et produkt af det syn, den enkelte havde af sig selv som barn. I sådanne tilfælde hvor selvopfattelsen er associeret med dårlige minder og indre stress, bliver der produceret høje niveauer af negative emotioner, der kan være komplicerede faktorer at håndtere for terapeuten. Ud fra det ovenstående antager jeg, at den kognitive forståelse mangler nogle elementer i forhold til at arbejde med de emotionelle faktorer.

Ligeledes fremstår den kognitive tilgang problemfokuseret, hvorved der, generelt antaget, er fokus på den enkeltes fejl og mangler, der, så at sige, skal

'ændres på'. Dette formoder jeg, kan medvirke til en holdning hos den enkelte om, at: "*det er noget galt med mig, det er min skyld,*" der eventuelt fører til mindre selv-accept. Samtidig antager jeg, at den kognitive retning er funderet ud fra en individualistisk forståelsesramme, idet at det er individet, der på egen hånd skal løse og håndtere sine problemer, hvormed ansvaret placeres hos individet selv, der muligvis bidrager til skyldfølelse og en yderligere forstærkning af den negative selvopfattelse. Det er dog vigtigt at påpege, at den kognitive teori anerkender miljøet og de interpersonelle relationers betydning for bedring, men efter min vurdering bliver disse faktorer ikke eksplicit inddraget i terapien, hvormed et højere ansvar placeres hos individet selv. Dette vurderer jeg, kan skabe en konflikt idet det omkringliggende miljø, der omgiver personen med depression er vedholdende, mens den enkelte via terapien ændrer synet på sig selv. Efter endt terapi kommer individet muligvis tilbage til de vanlige rammer, der eventuelt er maladaptive og bidrager til styrkelsen af 'den gamle selvopfattelse' frem for den nye opfattelse af selvet. På den anden side formoder jeg, at individet gennem terapien gerne skulle have opbygget nogle intrapersonelle tankemæssige ændringer samtidig med nogle konkrete redskaber, som han/hun kan bruge i mødet med mulige interpersonelle stressfaktorer. Gilbert (1984) nævner i forbindelse med dette, at selvværdet i den depressive kontekst ikke kan adskilles fra individets perception af selvet-i-relation til andre, idet selvværdet afhænger af social anerkendelse (p. 98). Ud fra det ovenstående formoder jeg, at det er essentielt, at den kognitive retning yderligere inddrager omgivelserne, såsom at de nærmeste modtager psykoedukation omkring bedring, ændrede selvopfattelse samt tidlige advarselstegn på tilbagefald.

Swann (1997/2007) mener, at selvværdet er relativt resistent over for forandringer, blandt andet på grund af at mennesker søger evalueringer, der bekræfter deres nuværende selvopfattelse, selvom selvopfattelsen, og evalueringerne der bekræfter denne, er negativ. Det vil sige, at individet med depression eksempelvis søger feedback og omgås mennesker, der understøtter og bekræfter den negative selvopfattelse. I denne forbindelse er det muligt, at kognitiv terapi kan være behjælpelig i forhold til, at den enkelte lærer alternative antagelser, der kan hjælpe individet til at opsøge feedback, der bekræfter den nyligt opbyggede positive selvopfattelse. Ifølge Swann opstår der dog et problem hos mennesker med negative selvopfattelser, idet ønsket om feedback der er selvbekræftende (negativ), er vigtigere end ønsket om positive evalueringer. At mennesker med depression ser yderligere negativt på andres

reaktioner, end tilfældet er, kan ledes tilbage til de kognitive forvrængninger, som den kognitive terapi arbejder med. I henhold til Swann (1996) er dette arbejde dog ikke tilstrækkeligt i sig selv, da terapeuten er nødt til at være bevidst omkring og tage hensyn til disse selvbekræftende strategier og omvende dem for at fremme ændringer i selvopfattelsen hos individet med depression. Den kognitive forståelse centrerer sig omkring de positive evalueringer af selvet, men jeg vurderer, i tråd med Swann, at den enkelte muligvis kan have svært ved at meningen med de positive evalueringer, da de ikke er selvbekræftende. Jeg stiller mig undrende over for, om arbejdet med de positive evalueringer af selvet er effektive elementer i terapien, i forhold til forandring i selvopfattelsen, eller om der skal tænkes i andre baner, før at det giver mening for personen med depression.

Scott et al.'s (2000) studie indikerede en effekt på niveauet af selvværd, gennem kognitiv terapi, men problemet er, at det endnu er uvist hvilke elementer i terapien, der er effektive og ineffektive strategier i håndteringen af selvopfattelsen ved depression. Det er nødvendig med viden om forandringsprocesser i kognitiv terapi (Kuster et al., 2012), hvortil jeg vurderer, at opmærksomheden særligt skal rettes hen imod hvilke elementer i terapien, der skal vægtes, når der skal arbejdes med den negative selvopfattelse. Eksempelvis viste studiet af Kuster et al. (2012), at rumination var medierende i forholdet mellem selvværd og depression, hvormed det ville være essentielt at anvende og teste denne viden i kognitiv terapi, og se om et yderligere fokus på at eliminere rumination vil hjælpe på selvværdet og forbindelsen til depression. Jeg anser, at det er et vedkommende spørgsmål, om den kognitive terapi skal fokusere yderligere på selvværdet i behandlingen af depression, eller om et løftet selvværd nærmere er en konsekvens af interventionen, frem for at det skal være et eksplicit nøgleelement i programmet. Det kan dog tænkes at være væsentligt at psykoeducere omkring konsekvenserne ved et lavt selvværd, der formodes at være særligt relevant i tilfælde, hvor den enkelte har sværere ved at finde udløsende årsager til depressionen.

En anden faktor jeg vurderer, der mangler i forhold til behandlingen af den negative selvopfattelse ved depression er at give patienterne en forståelse af, at det er muligt at acceptere sig selv uden andres anerkendelse, eller at ens selvværd er afhængigt af succes eller udfaldet af specifikke begivenheder. Dette aspekt kan eventuelt vægtes yderligere, som også ligger i tråd med forskningen omkring ustabilitet i selvværd som risikofaktor for depression (Franck & De Raedt, 2007). For hvad er

målsætningen i grunden i den kognitive terapi, når der skal arbejdes med den negative selvopfattelse? Er målet at den enkelte skal have et højt selvværd, eller er det nærmere, at individets selvopfattelse skal højnes fra et lavt til et mere neutralt liggende selvværd? O'Mara et al. (2006) foreslår, at effektive selvværdsinterventioner kan benytte sig af '*contingent praise*', der betyder, at det ikke er tilstrækkeligt, at rose den enkelte og sige at de er gode nok, som de er, uden at rosen holdes op imod virkelig opnåede bedrifter (if. Orth et al. 2013, p. 8f). Ellers kan det for individet virke som 'løs snak', som den enkelte muligvis igen ikke kan se meningen med, idet det ikke matcher med den enkeltes indre forståelse af sig selv. Dette kan ses i sammenhæng med Swann's (1996) forståelse omkring, at individet med lavt selvværd søger selvbekræftende negativ feedback, og at de selektivt afkræfter inkongruent feedback. Det er i denne forbindelse vigtigt, at terapeuten tager højde for, at et individs ønske om selvbekræftelse kan overskygge behovet for positive selvevalueringer (Swann, 1997, p. 179). I forhold til at rosen skal holdes op imod virkelige opnåede bedrifter, kan kognitiv terapi på den anden side også formodes at gøre dette allerede, ved at der eksempelvis laves adfærdseksperimenter, hvor terapisesionen kan handle om at klarlægge, hvad individet gjorde godt i den pågældende situation. Jeg anser dog en problematik i relation til, om personen med depression godtager rosens sandhedsværdi og ikke blot ser det som et opstillet eksperiment med mangel på økologisk validitet, idet adfærdseksperimentet i nogle tilfælde muligvis ikke har sammenhæng med patientens normale udfordringer i hverdagen.

Crocker og Park (2004) mener, at det ikke er niveauet af selvværd, der er essentielt, men nærmere hvad der bliver gjort for at ophøje eller undgå et fald i selvværdet. De nævner, at mennesker med depression er fanget i en evig 'jagt' efter selvværd, og at det er denne konstante selvværdsefterstræbelse, der er mindre adaptiv. Netop aspektet omkring at mennesker med depression er fokuseret på ikke at lave fejl og modtage andres accept, er helt grundlæggende mål, som den enkelte sætter op for sig selv, for at beskytte selvværdet. Jeg vurderer, at den kognitive forståelse håndterer dette ved at arbejde med de dysfunktionelle antagelser, via tankejournaler, adfærdseksperimenter m.v., men spørgsmålet er om, der bliver lagt tilstrækkelig vægt på faktummet, at muligheden for at få det bedre med sig selv ikke handler om at stræbe efter et højt selvværd, men at der er muligt at opnå et sundere syn på selvet uden direkte at fokusere på selvværdet som et mål i sig selv. Den kognitive forståelse har, som tidligere nævnt, generelt set fokus på, at 'ændre på' maladaptive tankemøn-

stre, hvortil jeg vurderer, at det muligvis er sværere for den enkelte at acceptere sig selv, og finde andre veje til at få et bedre selvværd end de anvende kendte strategier såsom at søge andres accept.

Den viden der eksisterer omkring ustabiliteten af selvværd, og dets forbindelse til depression, ser jeg som værende relevant i det terapeutiske arbejde. Jeg vurderer, at den kognitive forståelse muligvis har nogle mangler i forhold til at anvende dette begreb overfor patienter med tilbagevendende depression. Inden for den kognitive forståelse skal klienten, eksempelvis gennem tankejournaler og adfærdseksperimenter, teste tankernes sandhedsværdi og herved antager jeg, at der opstår et mål omkring, at den enkelte skal *validere* sit selvværd. Ifølge Crocker og Park (2004) kreerer validering af selvværd en større afstand og en yderligere konkurrence med andre og bidrager ikke til en medføleende, generøs og altruistisk måde at anskue eget værd på (pp. 404f). I den kognitive tilgang er der muligvis for meget fokus på, hvad en given adfærd/tanke betyder for den enkelte selv; ergo et egoistisk udgangspunkt. Den kognitive forståelse ligger muligvis også i forlængelse af den vestlige samfundsstruktur og de værdier, der anerkendes her indenfor, hvor det antages, at den enkeltes værd og værdi ikke på forhånd er givet, men er noget, den enkelte skal bevise og gøre sig fortjent til, hvortil frygten opstår i forhold til at fejle og stå uden værdi som person (ibid.). Jeg vurderer, at der kan være visse ligheder mellem den kognitive tilgang, selvværdsbegrebet, samt det vestlige samfunds værdigrundlag, der alle formodes at være funderet ud fra en individuel forståelse af lidelse, som noget den enkelte kan ændre på selv.

Crocker og Park (2004) nævner, at det er muligt at ændre på et individs selvværd gennem måder, der er mere sammenhørende med andre og involverer andre parter. Herved skabes et reduceret selvfokus, idet andre er involveret i ens målsætninger, der kan lindre på de depressive symptomer (p. 406). Det er kendt, at mennesker med depression har et intenst selvfokus, der også viser sig ved yderligere rumination, der tidligere blev vist som værende en medierende faktor mellem selvværd og depression (Kuster et al. 2012). Er det muligt, at den kognitive tilgang via sit individualistiske ståsted og arbejdet med at det er individet, der skal ændre sig, er medvirkende til, at der opstår et yderligere intensiveret selvfokus, som i forvejen er gældende hos personen med depression. Det kan også tænkes at det selvfokus, der skabes i kognitiv terapi, er en nødvendighed for at arbejde med den negative selvopfattelse.

4.6.2 Sammenfatning

Den kognitive forståelsesramme antages til at være særligt behjælpelig i forhold til, at individet med depression lærer at træde objektivt tilbage, få en nuanceret tankegang og grundfæste et alternativt positivt syn på eget selv. På den anden side vurderer jeg, at den kognitive forståelsesramme har nogle mangler i forhold til at arbejde med selvopfattelsen hos mennesker med tilbagevendende depression. Nogle af disse elementer involverer; en logisk tilgang til eliminering af lidelse, nederlagsfølelser igennem registrering af negative tanker; de emotionelle faktorer der er mindre i fokus; problemfokusering på fejl og mangler, der kan lede til mindre selvaccept; en individualistisk forståelsesramme, der kan lede til følelsen af, at det er individets egen skyld; fokus på validering og testning af individets eget værd; samt manglende anvendelse af viden omkring tendensen til at opsøge negativ selvbekræftende feedback, der eventuelt kan skabe udfordringer i etableringen af en positiv selvopfattelse, da de positive evalueringer eventuelt bliver afslået.

En anden faktor der formodes at mangle inden for den kognitive forståelse, er viden og anvendelse af det stabile selvværd der er mindre afhængigt af udefrakommende forhold. Det stabile selvværd kan tænkes, at være fundamentet for at skabe en emotionel ligevægt, der muligvis er en nødvendighed for, at individet kan opbygge en tro på eget værd. En sådan tilgang til at opbygge en positiv selvopfattelse formoder jeg, er modstræbende til den forståelse, der eksisterer i kognitiv terapi, om at *ændre* på maladaptive tanker via logik, idet det nærmere antages, at læne sig op ad tankegangen om at selvet accepteres og at der i højere grad arbejdes med selve *forholdet*, den enkelte har til sine tanker frem for selve *indholdet* i tankerne (Gilbert, 2010c, pp. 63f). Dette emotionelle ståsted, der er mindre afhængigt af udefrakommende faktorerers indflydelse på selvopfattelsen, er muligvis netop det, som begrebet self-compassion kan bidrage med over for klientgruppen, som i de følgende afsnit undersøges.

5. SELF-COMPASSION

Inden for det seneste årti er forskning begyndt at interessere sig for konceptet omkring self-compassion, der har sit afsæt i en østlig filosofi, men som Neff introducerede i vestlig forskningsmæssig henseende i 2003 som en positiv og kærlig grundholdning til selvet, ved konfrontation med nederlag og begrænsninger (Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a). Neff har udviklet selvrapporteringsskalaen *self-compassion scale* (SCS) (se bilag 1), som anvendes i de fleste forskningsundersøgelser inden for feltet, og har vist sig, at være en valid skala med god test-retest reliabilitet med en koefficient på $\alpha = 0,93$ (Neff, 2003b). Et højt niveau af self-compassion er generelt positivt associeret med psykologisk velbefindende, glæde samt negativt korreleret med angst, depression, narcissisme, skam og frygt for at begå fejl (Neff, 2003b; Barnard & Curry, 2011; Jørgensen & Larsen, 2013; Neff, et al., 2007) (se bilag 2). En anden fremtrædende forsker inden for feltet omkring medfølelse og udvikling af selvmedfølelse er Gilbert, der med sin baggrund i den evolutionære psykologi og med flere årtiers forskning i depression, skam og selvkritik, undersøger, hvordan hjernen er forbundet med forskellige følelser af mindreværd og undertrykkelse. Gilbert har med inspiration fra flere psykologiske retninger og teorier, heriblandt neuropsykologien og tilknytningsteorien, til sinde at undersøge, hvordan venlighed og self-compassion kan bringes ind i terapirummet med afsæt i en kognitiv-adfærdsterapeutisk ramme, hvilket har ledt til udviklingen af *compassionate mind training* (CMT) og *compassion focused therapy* (CFT). CFT blev oprindeligt udviklet til mennesker med høje niveauer af skam og selvkritik, der havde svært ved at trøste sig selv og generere følelser af indre varme, venlighed og selvbekræftelse (Gilbert, 2010d, p. 99). Det skal påpeges, at begrebet omkring self-compassion ikke er en teoretisk retning i sig selv, men nærmere er et begreb henregnet til praksis (Gilbert, 2010c; Neff, 2003a).

De følgende afsnit vil bestå i redegørelser for henholdsvis Neff og Gilberts forståelse af begrebet, der udmunder i en sammenligning og et afsnit omkring self-compassion i det senmoderne samfund. Herefter følger et afsnit omkring forskningsresultater, der til sidst omhandler behandlingsaspektet. Dette leder samlet set til en deldiskussion, der vil diskutere, på hvilken måde self-compassion kan tilføje no-

get relevant i arbejdet med, og forståelsen af, den negative selvopfattelse ved depression.

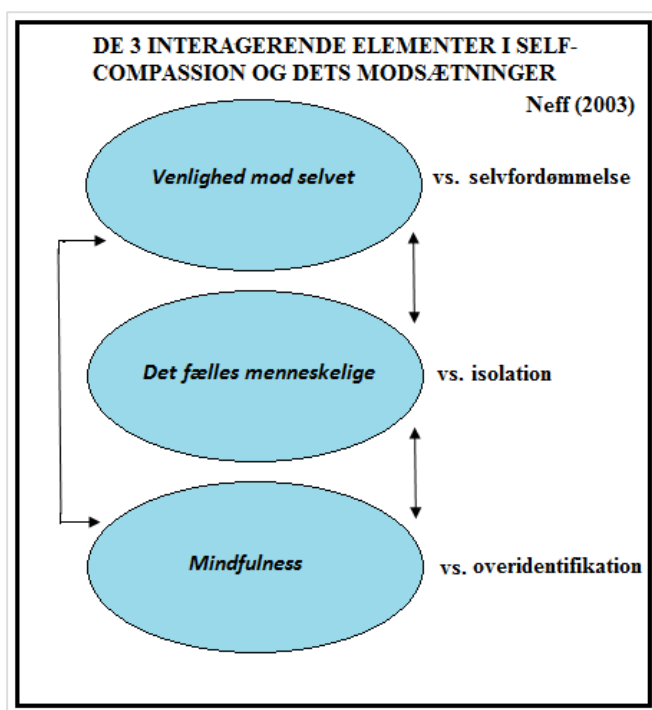
5.1 Neff

Neff's forståelse af self-compassion tager udgangspunkt i en socialpsykologisk og buddhistisk tradition (Gilbert & Procter, 2006, p. 258), der handler om, at individet møder sig selv på en venlig, ikke-dømmende og accepterende måde. I henhold til Neff indebærer self-compassion tre grundlæggende komponenter; *venlighed mod selvet*, *det fælles menneskelige* samt *mindfulness*, hvis modsætninger består i *selvfordømmelse*, *isolation* og *overidentifikation med følelser og tanker* (se figur 7). Kom-

ponenterne påvirker gensidigt hinanden og kreerer tilsammen et selvmedfølende *tankesæt*. Den første komponent *venlighed mod selvet* består i, at individet er forstående, omsorgsfuld og kærlig over for sig selv, frem for dømmende og selvkritisk. Det involverer, at den enkelte accepterer selvet og dets utilstrækkeligheder og vender sig indad for at tilbyde optimal støtte og trøst, ved mødet med besværligheder i livet. Det

fælles menneskelige vedrører det, at den enkelte anerkender det menneskelige i at fejle og at selvet er forbundet til resten af

menneskeligheden, således at individet føler sig mindre isoleret og alene med sine utilstrækkeligheder. Den tredje komponent, *mindfulness*, handler om, at være til stede i nuet på en balanceret måde, således at der hverken sker en overidentifikation med, eller en ignorering af smertefulde tanker og følelser (Neff, 2009, p. 561f; Neff, 2003a, p. 89f). Som Neff (2009) beskriver det: "*Mindfulness involves a sort of step-*



Figur 7 Et forsøg på at illustrere Neff's (2003) forståelse af self-compassion, der består af tre komponenter (og deres modsætninger), der gensidigt påvirker hinanden, og kreerer en selvmedfølende sindsstemning i individet

ping out of oneself, taking a metaperspective on one's own experience so that it can be considered with greater objectivity and perspective (p. 562).” Mindfulness er i sig selv et selvstændigt koncept, der anvendes i forskningssammenhænge, og Neff anser, at der eksisterer et reciprokt forhold mellem mindfulness og self-compassion, hvori self-compassion nærmere er koncentreret omkring oplevelsen af lidelse (Neff, 2003 if. Baer, Lykins & Peters, 2012, pp. 230f), der kan eksemplificeres i følgende citat: *“Mindfulness says: ‘Feel the pain’ and self-compassion says: ‘Cherish yourself in the midst of the pain’”* (Germer, 2009, p. 89).

Self-compassion kan, i henhold til Neff's terminologi, samlet set forstås som individets bevidsthed omkring egen lidelse, der medvirker til følelser af venlighed og en ikke-dømmende holdning over for egne utilstrækkeligheder, således at adfærd og handlinger ses i en bredere fælles menneskelig kontekst. Samtidig involverer det ønsket om at lindre egen lidelse gennem en venlig attitude mod selvet (Neff, 2003a, p. 87f). Neff's tilgang til self-compassion er desuden funderet ud fra tankegangen om, at konceptet har nogle fordele til sammenligning med selvværdsbegrebet, idet det tilbyder en ny forståelse af selvets processer og mentale sundhed (ibid.), som beskrives i det følgende.

5.1.1 Selvværd og self-compassion

Når Neff beskriver self-compassion og fordelene herved, er det ofte med udgangspunkt i en sammenligning med begrebet omkring selvværd. Ifølge Neff har selvværd i højere grad fokus på de positive evalueringer af selvet, hvorimod self-compassion involverer alle aspekterne i den personlige oplevelse, især de følelser der opstår, når livet ikke går som forventet (Neff & Vonk, 2009, pp. 27f). Self-compassion medvirker til, at individet erkender og accepterer positive samt negative aspekter ved sig selv i modsætningen til selvværd, der nærmere involverer, at individet prøver at beskytte en positiv selvidentitet, hvilket kan lede til afhængighed af succesfulde selvevalueringer, narcissisme og øgede sammenligninger med andre. Self-compassion handler ikke i så høj grad om at føle sig bedre end andre, og evaluere sig selv op imod forskellige standarder, men nærmere om at opbygge et indre stabilt ståsted og opnå en øget følelse af samhørighed med andre, der ikke handler om, at positionere selvet som værende i konkurrence med andre, der kan lede til følelser af isolation (Neff, 2009, pp. 566f).

Selvom Neff og hendes kollegaer er fortalere for self-compassion, holdt op imod selvværdsbegrebet (Neff, 2009; Neff, Hsieh & Dejitterat, 2005; Neff et al., 2007), anerkender de også, at konstruktionerne deler nogle af de samme fordele, såsom en positiv attitude henregnet mod selvet, der også viser sig ved, at selvværd og self-compassion ofte er positivt korreleret⁵ (fx Neff, 2003b; Leary et al, 2007; Neff & Beratvas, 2012; Magnus, Kowalski & McHugh, 2010). Selvom de korrelerer, er det dog ikke ensbetydende med at konstruktionerne er ækvivalente (Barnard & Curry, 2011), idet self-compassion og selvværd adskiller sig i forhold til, hvilke faktorer de korrelerer med, eksempelvis har selvværd i nogle studier vist sig at korrelere positivt med negative konstruktioner, såsom narcissisme og vrede, hvormed et højere niveau af selvværd er forbundet med højere niveauer af narcissisme. Det tyder samtidig igennem data fra flere studier på, at self-compassion hænger sammen med flere variable, der er forbundet med psykologisk velbefindende, i modsætningen til selvværd (Neff & Beratvas, 2012; Neff et al., 2007; Leary et al., 2007; Neff & Vonk, 2009, Neff, 2003 if. Barnard & Curry, 2011, pp. 4f). Flere studier indikerer samtidig, at self-compassion er forbundet med unik varians når forskellige aspekter inden for psykologisk velbefindende undersøges, og der samtidig kontrolleres for selvværd i beregningerne. Sagt med andre ord; selvom selvværd tidligere er blevet vist til, at korrelere negativt med forskellige konstruktioner, såsom negativ affekt, så er selvværdsrelationerne, i flere tilfælde, ikke længere signifikante, når der kontrolleres for self-compassion i beregningerne (Neff & Vonk, 2009; Leary et al., 2007; Barnard & Curry, 2011).

Det foreslås af Neff, at begreberne nærmere fremstår komplementære til hinanden med hver deres styrker og begrænsninger, men at konceptet omkring self-compassion tager over der, hvor selvværdsbegrebet er mangelfuldt, det vil sige præcis når individet fejler og føler sig uduelig (Neff, 2009, p. 567). Self-compassion hjælper netop mennesker til, at bevare et positivt syn på selvet til trods for negative ydre omstændigheder – såsom negative livsbegivenheder, utilstrækkeligheder eller hvis de bliver mødt med negative selvevalueringer. Det foreslås endvidere af Neff (2004), at der burde være færre problemer forbundet med, at ændre på niveauet af self-compassion, sammenlignet med niveauet af selvværd, da self-compassion ikke kræver, at mennesker indtager et urealistisk syn på sig selv.

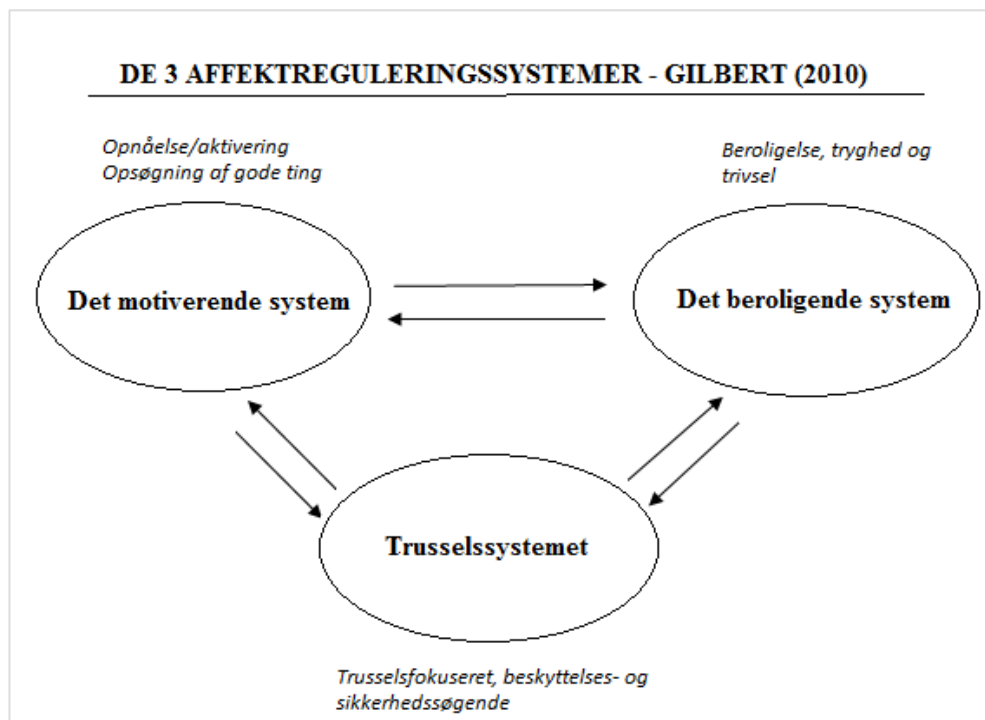
⁵ Variende fra $r = 0,56$ (Leary et al, 2007) til $r = 0,68$ (Neff & Vonk, 2009) if. Barnard og Curry (2011)

5.2 Gilbert

5.2.1 De tre affektreguleringssystemer

Gilbert tager udgangspunkt i nylig neurovidenskabelig forskning, der foreslår adskillelsen mellem tre affektreguleringssystemer (Depue & Marrone-Strupinsky, 2005, if. Gilbert, 2010d, p. 99), som Gilbert benævner: *trusselssystemet*, *det motiverende system* og *beroligelsessystemet* (se figur 8). Hvert af systemerne har særegne funktioner og specifikke udløsningsfaktorer og udfald, men fungerer også i et interagerende samspil, der kan skabe modsatrettede følelser hos individet (Gilbert, 2012, pp. 510f). Opdelingen i de tre systemer er simplificeret og understøtter ikke en uddybende forklaring på hjernens komplekse emotionsreguleringssystemer (Panksepp, 1998, if. Gilbert, 2010d, p. 99).

Trusselssystemet har sammenhæng med hjerneområdet *amygdala*, hvis funktion er at opfange og reagere på trusler og aktivere angst, vrede og



Figur 8: De tre affektreguleringssystemer, der gensidigt interagerer med hinanden. (udgangspunkt i figur fra: Gilbert 2010a)

kamp/flugt/frys- systemet. Trusselssystemet er ikke designet til kompleks tænkning, men hurtig handling, hvis formål er at tage handling mod en foranstående fare, hvormed systemet fungerer som et selvbeskyttelsessystem, der kan forvrænge opmærksomheden, således alle kræfter sættes ind på truslen. Trusselssystemet er evolu-

tionært designet til at beskytte individet, men en overaktivering kan have utilsigtede konsekvenser, og sættes ofte i forbindelse med psykiske problematikker (Gilbert, 2010a, pp. 25f; Gilbert, 2012, p. 511).

Det andet affektreguleringssystem, *det motiverende system*, er forbundet med hjernens udskillelse af *dopamin*, der bliver aktiveret ved behagelige oplevelser og stimulanser såsom anerkendelse, mad og opnåelse af bedrifter. Når systemet er i balance med de to andre systemer, kan det guide individet hen imod vigtige livsmål. Ved en underaktivering af systemet ses mangel på motivation, energi og ønsker, som eksempelvis kan ses ved depression. En overaktivering af systemet er dog heller ikke adaptiv, da det kan drive mennesker til, at ville have 'mere og mere', der i sidst ende kan lede til frustration og øget aktivering af negative følelser fra trusselssystemet, hvis der sker en blokering af mål eller behov (Gilbert, 2010a. 26f; Gilbert, 2010c, 47f).

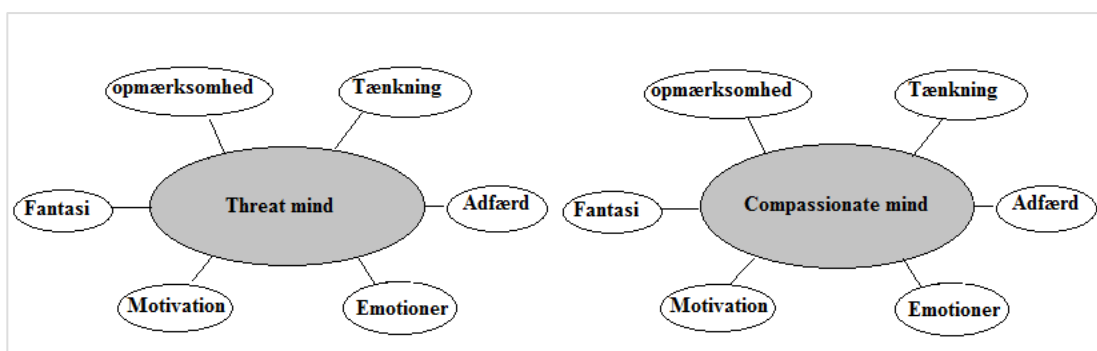
Det sidste system, *beroligelsessystemet*, genopretter balancen efter aktivering af trusselssystemet, og er forbundet med hjernens udskillelse af *endorfiner* og produktion af hormonet *oxytocin*, der tilsammen frembringer positive emotioner, der medvirker til psykologisk velbefindende. Systemet fremkalder følelser af tryghed og beroligelse, hvor den enkelte er tilfreds med omstændighederne; "*being happy with the way things are and feeling safe, not striving or wanting. It is an inner peacefulness*" (Gilbert, 2010a, pp. 26f). Systemet forbindes også med kærlighed og hengivenhed, der igennem omsorg og trøst, leder til, at individet føler sig elsket, ønsket og tryk i hverdagen. Det er beroligelsessystemet, der er forbundet med evnen til at udvikle self-compassion, da individet også på egen hånd skal kunne give sig selv omsorg og beroligelse (ibid.; Gilbert, 2010d. pp. 102f;). Ved udvisning af self-compassion vil individet, ifølge Gilbert, føle sig forbundet med andre, være i følelsesmæssig balance, i form af at være sensitiv og tolerant over for egen lidelse, og have en følelse af at være holdt af, hvilket højner den enkeltes velbefindende (Gilbert, 2010a; Gilbert & Procter, 2006, pp. 358f).

De tre affektreguleringssystemer interagerer, som tidligere nævnt, med hinanden i et indbyrdes samspil, hvilket kan lede til modstridende følelser (Gilbert, 2012, p. 511), såsom hvis individet med depression, er motiveret for at starte på et nyt arbejde (motivationssystemet), men samtidig frygter andres afvisninger (trusselssystemet). Følgende afsnit vil nærmere beskrive forståelsen af medfølelse og selvmedfølelse ud fra Gilberts evolutionære perspektiv.

5.2.2 Self-compassion set ud fra en evolutionær synsvinkel

Inden for en evolutionær- neurovidenskabelig tilgang ses *medfølelse* som en evne, der er udviklet gennem menneskets kapacitet for altruisme og omsorgsfuld adfærd (Gilbert, 2010d, p. 103). Medfølelse forstås i henhold til Gilbert, som individets bevidsthed om at et andet menneske, inklusiv individet selv, lider eller er i vanskeligheder, og et ønske om at være behjælpelig med at lette denne lidelse (Gilbert, 2010a, pp. 217f). Gilbert har kombineret teorien om arketyper (fra Jung) med moderne evolutionær-, social- og udviklingspsykologi og foreslår, at mennesker har en række *socialle mentaliteter*, der består af forskellige psykologiske kompetencer, der er motiveret hen imod at sikre specifikke typer af sociale forhold. Et individ med én slags social mentalitet søger andre mennesker med lignende social mentalitet. Udviklingen af sociale mentaliteter er forbundet med gener, baggrundsmæssige forhold og nuværende sociale krav. En af de sociale mentaliteter er *care-giving-mentality*, der har fokus på omsorg og andres lidelse og behov, hvor input søges fra andre, der kan lette indre stress og skabe udvikling. At individet føler sig elsket og beroliget af andres omsorgsfulde og medfølelsende adfærd er centralt for følelsen af velbefindende, og denne *care-giving-mentality* kan også føres over på individet selv, således der er tale om; *self-compassion*. Der findes modsat også *social-rank-mentality*, hvor individet sammenligner sig selv med andre, og i mindre grad tager hensyn til, og hjælper andre med følelser og behov. Mennesker, der i høj grad er orienteret mod social rank, kan efterlades med følelser af depression, hvis han/hun føler sig mindreværdig i sammenligningen med andre. Den første mentalitet, *care-giving-mentality*, er udviklet gennem evolutionen i forhold til ønsket om at dele og samarbejde og føle sig inkluderet, hvorved der opnås positive følelser. De sociale mentaliteter kan også sammenblendes, idet individet eksempelvis både kan elske og være vred på en person på samme tid, hvormed individet lærer at håndtere ambivalente følelser (ibid., pp. 112ff; 128).

Så i henhold til Gilberts forståelse er hjernen organiseret og motiveret hen imod forskellige mål og kreerer forskellige mentaliteter alt efter, hvilke biosociale mål, der efterstræbes. Gilbert benævner også de to mentaliteter som "*threat mind*" vs. "*compassionate mind*" (ibid., pp. 113ff; Gilbert, 2010d, pp. 22ff+126ff), der influerer på individets følelser, motiver og adfærd m.m.. Dette er illustreret på *figur 9*, hvor en person der har en depression, oftere vil befinde sig i "*threat mind*," hvor tænkningen eksempelvis er trusselsfokuseret og præget af rumination. De sociale mentaliteter optræder konstant, og kan også være i konflikt med hinanden, og kan



Figur 9: "Threat mind" (social rank), og "compassionate mind" (care-giving mentality)" (Lavet ud fra figur i Gilbert, 2010c, p. 127)

skifte i individet. De skaber mønstre i individets sind og påvirkes af, hvilke interaktioner individet møder, hvilket også betyder, at kultur og sociale strukturer kan aktivere bestemte mønstre i sindet (Gilbert, 2010a, p. 126), som der anskues nærmere i afsnit 5.4.

Gilbert anser ud fra sit evolutionære perspektiv psykiske lidelser som værende et udtryk for en konflikt mellem den 'gamle' og 'nye hjerne'. Mennesker adskiller sig fra andre levende væsener, idet de råder over nye udviklinger i hjernen, der giver mulighed for kompleks tænkning, refleksion, theory-of-mind og en fornemmelse af et selv (neo-cortex). Konflikter opstår når de ældre udviklede dele i hjernen (reptilhjernen og den emotionelle/limbiske hjerne), der råder over kapaciteter som følelser, hurtig handling, behov, forsvar og drifter, blandes med nyhjernens kompleksitet. Et eksempel på dette er menneskets fantasi og forestillingsevne, der kan give problemer, idet individet kan forestille sig, hvad andre mennesker tænker om ham/hende, hvilket kan lede til stærke angstfyldte følelser, der kommer fra den gamle hjerne. Den nye hjerne skaber indre billeder af behov og drifter, eller ting den enkelte bør frygte, hvilket er forbundet til frontalbarken, der giver mennesket evnen til at forstå andre menneskers tanker, følelser og føle empati (Gilbert, 2010b, pp. 28ff; Gilbert, 2010c, pp. 29ff)

Ifølge Gilbert giver medfølelse anledning til at benytte det nye sind på nye måder og lægge afstand til nogle af de primitive behov og drifter. Gilbert mener, at det i psykoterapi er væsentligt, at der også arbejdes med motiver og følelser fra den gamle hjerne og ikke kun nyhjernens evne til at styre, ændre og frigøre sig fra følelserne. Det handler om at lære den enkelte, at forstå og acceptere de gamle følelssystemer, og ikke handle efter dem, men snarere opbygge og erstatte dem med

nye medfølelende følelser og motiver (Gilbert, 2010b, pp. 28ff; Gilbert, 2010a, pp. 31ff).

Samtidig med nyhjernens evne til at koordinere og reflektere har evolutionen også medvirket til, at mennesket har udviklet en selvbevidsthed, der er medvirkende til, at der kan udøves en vis kontrol over følelserne, men samtidig bidrager selvbevidstheden også med nogle udfordringer. Især evnen til at reflektere over selvet kan have indvirkning på følelserne i de gamle dele af hjernen. Det er eksempelvis muligt at udløse depressive følelser, ved at den enkelte tænker på sig selv som mindreværdig, eller hvis han/hun er bekymret over fremtidige problemer. Menneskets evne til selverkendelse og det at kunne reagere på tanker skabt i en indre verden, kan medvirke til konflikter hos den enkelte. Irritation eller skuffelsen over selve den oplevede situation forgår hurtigt, mens oplevelsen af et dertilhørende mindreværd kan forblive og nage individet i flere dage og modarbejde en fornemmelse af psykologisk velbefindende. Selvførdømmelse kan fratage individet lysten til at påbegynde nye aktiviteter og glædes over selve aktiviteten, idet al mental aktivitet bruges på at dømme, i stedet for at være i oplevelsen, som kan ses ved personer med depression. Depression forstås som et hjernemønster, der evolutionært er udviklet for at hjælpe dyr/mennesker mod trusler fra omgivelserne, men det tilføjer endnu mere lidelse, at mennesket, oveni det passive adfærdsmønster, samtidig har udviklet en selverkendelse (Gilbert, 2010b, 36ff; Gilbert, 2010a, pp. 31ff).

5.3 Forskelle og ligheder i forståelsen af self-compassion

Som set i de forrige afsnit er der ingen entydig definition på medfølelse og selvmedfølelse, hvor Gilberts forståelse er funderet ud fra en evolutionær, neurovidenskabelig og tilknytningsrelateret forståelse, og Neff's i højere grad tager udgangspunkt i den buddhistiske forståelse. Gilbert nævner dog, at hans tilgang til medfølelse også er inspireret af buddhismen i form af en øget sensitivitet og motivation til at lindre lidelse (Gilbert 2010c, p. 6). Jeg vurderer, at Gilbert's og Neff's forståelser har flere ligheder, end de har forskelligheder, da de grundlæggende er enige om, at self-compassion kan ses som en mental færdighed og venlig forholdemåde individet kan have til sig selv og til livet, og som hos nogle er en naturlig komponent i personligheden, hvorimod andre har vanskeligheder ved at udvise det. Neff vægter i denne forbindelse isolations- og overidentifikationsbegreberne, hvor Gilbert har konceptet

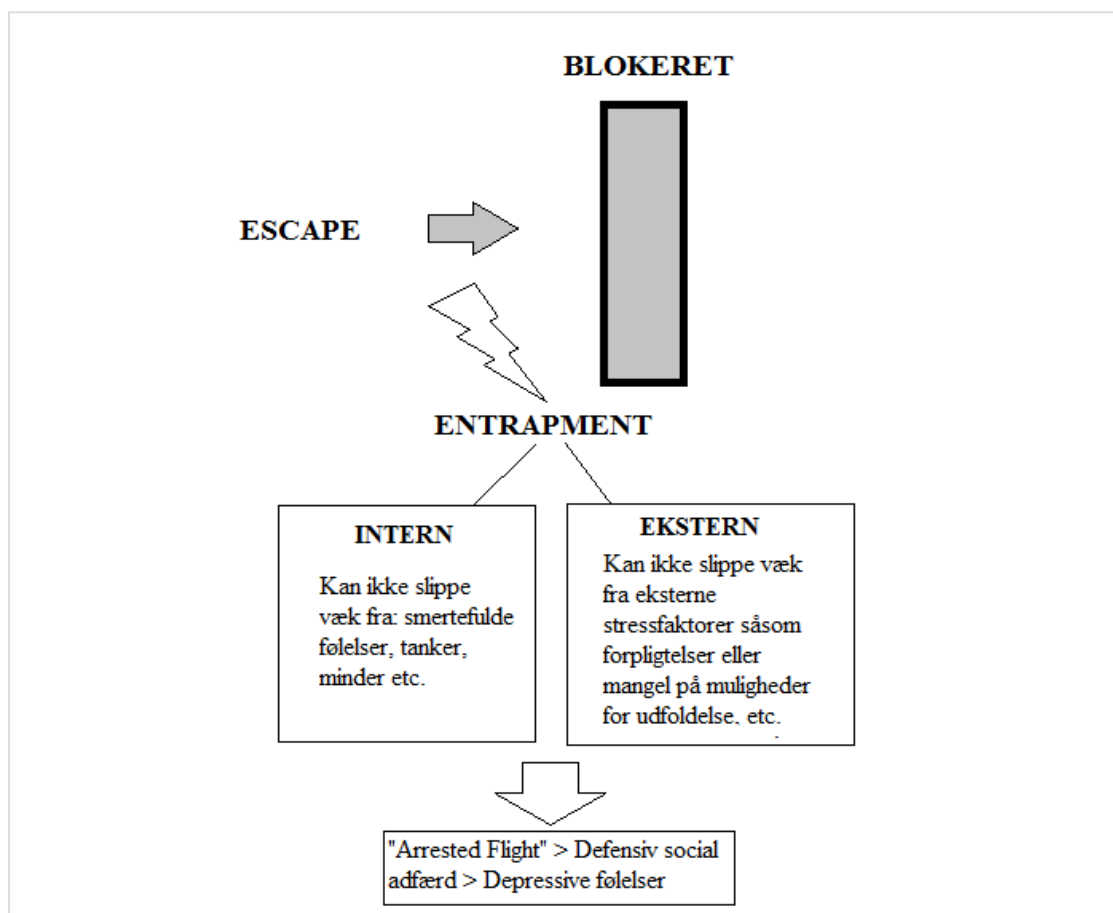
omkring trusselssystemet, der begge relaterer til et individs manglende evne til at udvise self-compassion, idet fokuset er på trusler og overidentifikation med tanker og emotioner samt individets følelse af at være isoleret med sine problemer. Hvis der skulle påpeges nogle forskelle mellem de to forståelser af begrebet, kunne det antages, at Neff, ved at være inspireret af den buddhistiske model, ser medfølelse som udspringet af individets indsigt i, og opnåelse af *et separat selv* (Gilbert 2010c, p. 3), hvorimod Gilbert muligvis snarere går efter tankegangen om, at individet ikke skal lede efter noget 'ægte selv', idet det ikke findes, som han nævner: "*There are only states of mind and patterns of consciousness*" (Gilbert, 2010a, p. 106). Han benævner det '*multi mind*' (Gilbert, 2010c, p. 37). Jeg vurderer endvidere, at Neff med hendes begreb om *det fælles menneskelige* muligvis har den antagelse, at individet har mere til fælles med andre, end det er særegent, og at Gilbert muligvis nærmere mener, at individet er formet gennem forskellige faktorer, gennem evolution, gener og miljø, som ikke er muligt at kontrollere, hvormed mennesker er formet af multiple faktorer og alle er særegne. Selvom Neff har konceptet omkring *det fælles menneskelige*, kan tankgangen muligvis stadig være præget af, at individet skal finde en 'indre kerne' og ro inde i sig selv gennem mindfulness og herigennem finde sit 'virkelige selv'. Helt overordnet ser Neff, at self-compassion har fordele i forhold til selv-værdsbegrebet, og hendes forståelse af self-compassion er oftest den, forskning bygger på, idet hun har udviklet SCS. Gilbert betoner nærmere, at self-compassion har fordele i forhold til at supplere traditionel kognitiv teori og terapi, og hans tilgang er snarere anvendt i praktisk og i terapeutisk sammenhæng. Ud fra det ovenstående formoder jeg, at Neff og Gilberts forståelser kan ses som komplementære til hinanden, med forskellige anvendelsesmuligheder.

5.4 Self-compassion i et senmoderne samfund

"Karen was experiencing the effects of the increasingly common problem: living in a society that continually demanding more and more of her, with no concern whatsoever for her welfare, that is overstimulating her threat and stress systems. Her mild depression was a natural, normal consequence of that; her loss of confidence was actually her brain saying, 'Give up, get out of this fight' – but, of course, how would she then pay the mortgage?" (Gilbert, 2010a, pp. 12f)

Dette citat illustrerer den problematik, der er gældende for flere individer i det moderne samfund i dag, det som Gilbert benævner: '*Entrapment*', som betyder at indi-

videt konstant forbliver i vedvarende truende miljøer, og føler sig nødsaget til at forblive der, hvilket kan medføre stress og depression. Gilbert nævner, at trusselssystemet evolutionært er designet til et simplere liv, hvor det er muligt at undslippe truslerne ved at undgå disse eller gøre modstand mod dem. Dette kompliceres i et moderne samfund, der består af komplekse forhold, der er sværere at undslippe, og hvor ønsket om at undslippe eller kæmpe imod kan blokeres, der kan bidrage til en defensiv social adfærd som benævnes *arrested flight*, hvor individet, i stedet for at undslippe interne eller eksterne stressfaktorer, efterlades med sine ruminerende tanker (Gilbert, 2010a, pp. 166ff; Gilbert & Allan, 1998, p. 588) (se figur 10)



Figur 10: Figur hvor jeg har forsøgt at illustrere Gilberts forståelse af "Entrapment"

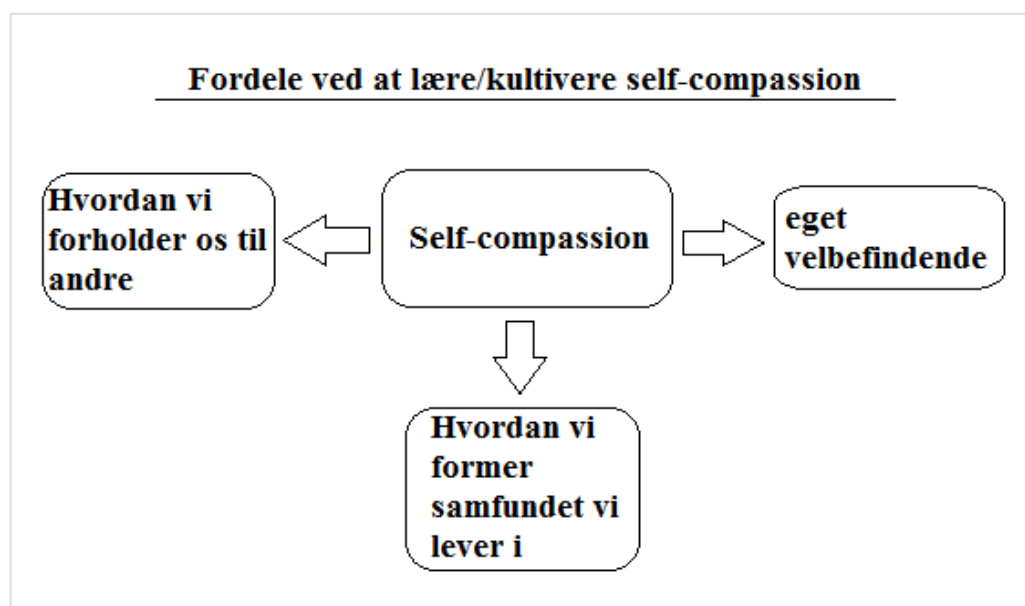
Gilbert mener, at det moderne samfund ikke er et medfølelsesfuldt samfund, men snarere er konkurrencepræget, hvilket medvirker til, at de økonomiske systemer, uddannelsesinstitutionerne og sundhedssystemerne adskiller sig fra hvad den menneskelige hjerne og de sociale forhold egentlig har behov for, nemlig; en følelse af samhørighed, tryghed og velbefindende (Ibid., p. 13). Samfundet, og de underliggende øko-

nomiske systemer, har fokus på konkurrence og effektivitet. Både på det personlige og arbejdsmæssige plan, handler det for individet om at opnå bestemte mål og være effektiv, hvilket ifølge Gilbert skyldes "*the profit-maximizing business model*," der infiltrerer alle aspekter i det moderne liv. Individet lever i en konstant efterstræbelse efter 'mere og mere', hvor den enkelte sjældent, eller kortvarigt, er tilfreds og hele tiden opsøger nye stimulanser. Ifølge Gilbert føler det moderne individ, at han/hun er nødsaget til at belønne sig selv, på grund af at han/hun har arbejdet så hårdt og køber eksempelvis nye ting, men dette belønner blot motivationssystemet og ikke det beroligende system, der er forbundet med psykologisk velbefindende på længere sigt (ibid., pp. 10ff).

Kapitalismen har fokus på resultater og effektivitet frem for kvalitet og indsats, der blandt andet også kan ses i skolesystemet, hvor det i højere grad handler om, at sammenligne sig på tværs af hinanden, lande og skoler. Gilbert advarer imod konsekvenserne i forhold til, at børn vokser op i disse konkurrenceprægede, og ikke medfølelser, samfund (Gilbert, 2010b, pp. 160f). Det konstante fokus på konkurrence og effektivitet skaber endvidere en konstant reorganisering og skift i individet sociale liv, der eksempelvis kan betyde skift i, hvem den enkelte arbejder med, hvilket medvirker til mindre stabilitet i livet (Gilbert, 2010a, p. 55). I Gilberts optik overstimulerer moderne samfund både trussels- og motivationssystemet, men problematikken består i, at psykologisk velbefindende ikke findes i disse systemer. Motivationssystemet passer med den konkurrencestyrede sociale mentalitet, der har fokus på social anerkendelse og status, men det er en kortvarig følelse af glæde individet opnår i motivationssystemet, da der kort tid efter aktivering opstår nye behov og bedrifter.

Individet føler sig nødsaget til at fortsætte med at opnå noget, ellers advarer trusselssystemet dem om mulige tab og trusler (Gilbert, 2010b, pp. 158f). Hos nogle betyder det, at der konstant er et pres på, at de skal vise deres værd og frygten for at blive forkastet leder til selvkritiske angreb på selvet. I moderne samfund afhænger overlevelse og fremdrift ikke om gensidigt samarbejde, men snarere om konkurrencefordele, der kan lede til aktivering af trusselssystemet når frygten for udkonkurrering opstår. Gilbert mener, at denne tendens til social sammenligning og konkurrence gør det sværere for individet at opnå følelser af tilfredshed og psykisk balance, som er at finde i beroligelsessystemet, men stimulerer nærmere skuffelse, vrede og selvkritik (ibid., pp. 158ff). Det moderne samfund går op i *social rank mentalitet*, hvor der ses på forskelle til andre, og folk deles op i kategorier, hvormed perso-

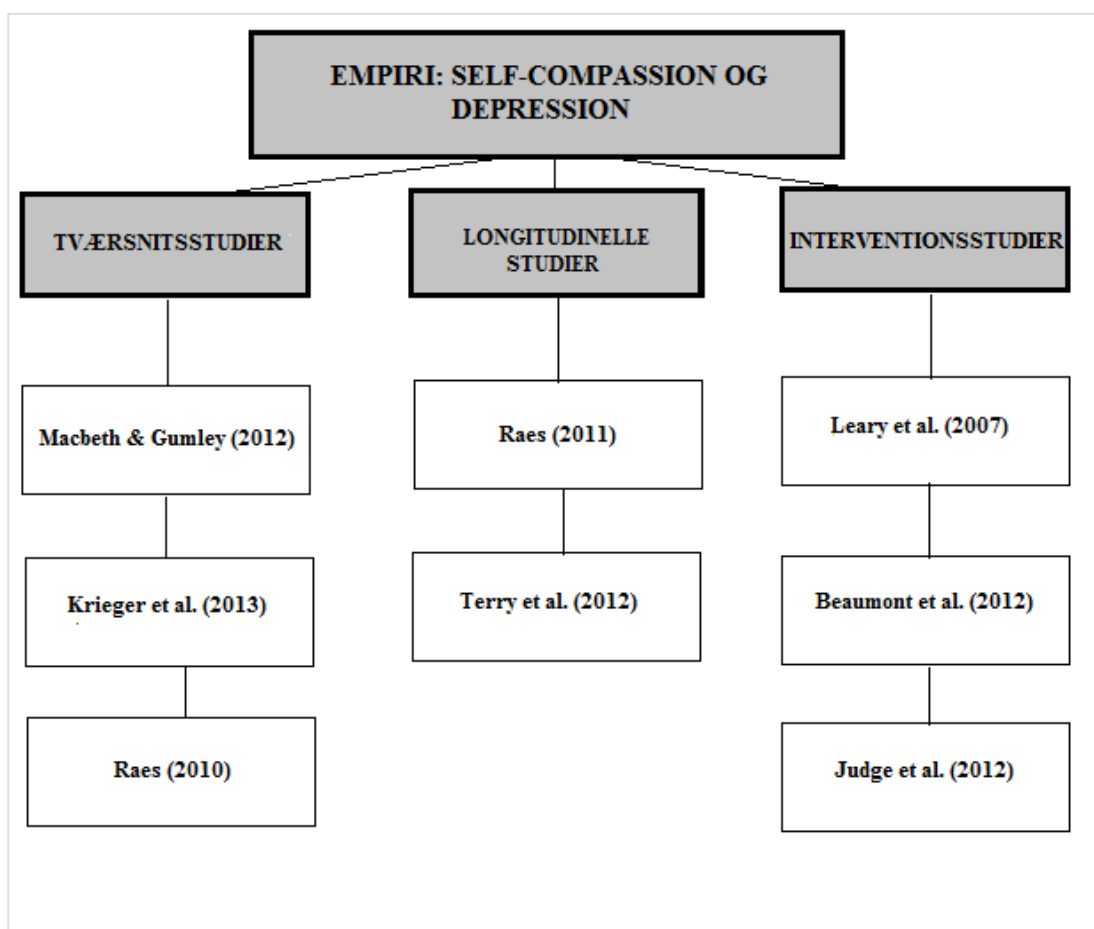
ner med lav rank er i risiko for psykiske problemer. Gilbert mener, at der er behov for en reorganisering af det moderne samfund hen imod et mere samarbejdsvilligt og indbyrdes afhængigt samfund. Et medfølende samfund kræver dog en ny type politik, hvor bestemte sociale mentaliteter belønnes (Gilbert, 2010a, pp. 501ff). Neff er ligeledes inde på disse tanker i forhold til, at der er brug for et kulturskifte, der anerkender værdien af self-compassion, der vil fremskynde en venligere, mindre selvoptaget, mindre isoleret og bedre emotionelt fungerende befolkning (2003a, pp. 96f). At udvikle en selvmedfølende holdning møder nogle udfordringer under de gældende samfundsvilkår, men hvis flere ville påtage sig en medfølende attitude, vil dette ikke udelukkende have intrapersonelle fordele, men ligeledes interpersonelt i form af et mindre fokus på social sammenligning og bidrage til et medfølende samfund (Gilbert & Choden, 2013, p. 46). Denne tankegang er forsøgt illustreret på *figur 11*.



Figur 11: Jeg har forsøgt at illustrere Gilberts forståelse af, hvordan self-compassion ikke kun øger individets eget velbefindende, men også influerer på, hvordan den enkelte relaterer sig til andre, og hvordan hele samfundet kan formes af en medfølende attitude

5.5 Self-compassion og depression: Empiriske forskningsresultater

Det er nu relevant at skabe et overblik over forskningsfeltet inden for self-compassion og depression. Det følgende tager udgangspunkt i en gennemgang og diskussion af artikler, delt op i tværsnits-, longitudinelle - og interventionsstudier (se figur 12).



Figur 12: De inkluderede studier indenfor self-compassion og depression.

5.5.1 Tværsnitsundersøgelser

Dette afsnit tager udgangspunkt i tværsnitsstudierne af Krieger et al. (2013) og Raes (2010), der blev fundet gennem en søgning på PsycINFO med søgetermerne: [*Self-compassion* (Title) AND *depressi** (Title)], hvor der fremkom 11 resultater. Udover søgningen blev en metaanalyse af Macbeth og Gumley (2012) udvalgt, der har samlet resultaterne fra 14 studier, der omhandler sammenhængen mellem self-compassion og psykopatologi, herunder depression, angst og stress. Metaanalysens

data indikerer samlet set, at self-compassion er negativt korreleret med symptomatologi fra depression, angst og stress, alle med store effektstørrelser. Dette resultat tyder på, at et lavere niveau af self-compassion er forbundet med flere psykologiske helbredsproblematikker, herunder depressiv symptomatologi. Disse resultater kan være med til at indikere, at self-compassion kan fungere som en slags 'buffer' imod udviklingen og opretholdelsen af psykiske lidelser, herunder også depression. Macbeth og Gumley (2012) nævner selv, at dette resultat yderligere skal valideres gennem fremtidige studier, der i højere grad inkluderer kliniske grupper.

Dette har studiet af Krieger et al. (2013) netop gjort, hvor de som de første har sammenlignet niveauet af depressiv symptomatologi hos ikke-kliniske kontra kliniske grupper. Krieger et al. (2013) undersøger 142 ambulante patienter med depression og 120 mennesker fra lokalområdet, der aldrig har haft en depression, hvor metoden består i udfyldning af selvrappporterende spørgeskemaer. Data fra studiet indikerer, at gruppen med depression udviser signifikant lavere niveauer af self-compassion, til sammenligning med gruppen, der aldrig havde haft depression, selv når der kontrolleres fra depressive symptomer i beregningen.

Dette resultat kan sammenholdes med det tidligere nævnte studie af Franck og De Raedt (2007), der, som tidligere nævnt, fandt en signifikant forskel mellem niveauet af selvværd/ustabilitet i selvværd hos den kliniske gruppe til sammenligning med kontrolgruppen. Samtidig havde kontrolgruppen også signifikant mere stabilt selvværd sammenlignet med gruppen af mennesker, der tidligere havde haft en depression. Jeg vurderer, at det kunne have været relevant hvis Krieger et al. (2013), i tråd med Franck og De Raedt (2007), medtog en gruppe af tidligere patienter med depression, for at undersøge om de samme forskelle mellem grupperne gjorde sig gældende, når det handler om self-compassion.

I Krieger et al. (2013) var self-compassion desuden negativt korreleret med depressive symptomer inden for de to grupper, i tråd med resultatet fra metaanalysen af MacBeth og Gumley (2012), dog med lille til medium effektstørrelser, til sammenligning med MacBeth og Gumley's (2012) metaanalyse, der fandt en stor effektstørrelse mellem self-compassion og depressiv symptomatologi⁶. Studiet af Krieger et al. (2013) kan ikke benyttes til at påvise årsagssammenhænge, men forfatterne kommer med nogle bud på, hvorfor self-compassion er forbundet med mindre

⁶ MacBeth og Gumley (2012) fandt en effektstørrelse på $r = -0,52$, hvor Krieger et al. (2013) fandt effektstørrelser på $r = -0,23$ (klinisk dep. gruppe) og $r = -0,27$ (ikke-dep.)

depressiv symptomatologi; såsom effektive copingstrategier, der ikke involverer undgåelsesstrategier. De undersøger dette og deres data indikerer, at self-compassion, inden for gruppen der har depression, er negativt korreleret med *avoidance* og *symptomfokuseret rumination*. De finder desuden data, der indikerer, at symptomfokuseret rumination og avoidance fungerer som medierende faktorer i forholdet mellem self-compassion og depression. Jeg vurderer, at der kan rettes en kritik i forhold til den økologiske validitet i studiet, idet det foregår via online spørgeskemaer. Jeg formoder endvidere, at nogle kognitioner kan være sværere at eksplicere verbalt/skriftligt, og muligvis ikke i så høj grad bliver opfanget via sådanne selvrapporterende spørgeskemaer.

I tråd med studiet af Krieger et al. (2013) finder Raes (2010) ligeledes frem til, at rumination delvist er medierende i forholdet mellem self-compassion og depression. Helt nøjagtigt viser data fra Raes (2010) studie, at det drejer sig om en bestemt maladaptiv type af rumination, nemlig *brooding*, der refererer til en selvkritisk nederlagspræget grublen. Selvom depression var korreleret med både bekymring, og de to typer af rumination (*reflection* og *brooding*), var det udelukkende brooding, der var medierende i forholdet mellem self-compassion og depression. Dette resultat, sammenholdt med det tidligere af Krieger et al. (2013), kan indikere, at self-compassion har en effekt på depression, da det muligvis hjælper på den uproduktive ruminerende tankegang, der siges, at forlænge og forværre det depressive humør (Nolen-Hoeksema et al., 2008 if. Raes, 2010). En kritik til generaliserbarheden i Raes (2010)'s studie er dog, at hypotesen testes på studerende, hvor størstedelen er kvinder, hvilket kan have indflydelse på resultaterne, da kvinder, som nævnt, har en tendens til at have en mere ruminerende stil end mænd. En anden begrænsning ved studiet er, at det ikke angiver årsagssammenhænge, hvilket kræver longitudinelle studier, der gennemgås i det følgende.

5.5.2 Longitudinelle undersøgelser

Der findes få longitudinelle undersøgelser inden for feltet omkring self-compassion, og specielt inden for feltet omkring self-compassion og depression (Barnard & Curry, 2011). Samme søgning på PsycINFO, som ved tværsnitsundersøgelserne, ledte til to udvalgte studier af Terry, Leary og Mehta (2012) og Raes (2011).

Raes (2011) undersøger 347 studerende, der udfylder spørgeskemaer omhandlende self-compassion og depressive symptomer, målt over to gange adskilt af fem måneder. Formålet med studiet er at undersøge om self-compassion kan forudsige ændringer i depressive symptomer over tid. Data fra studiet indikerede, at et højere niveau af self-compassion ved T1 kunne forudsige efterfølgende bedringer i somatiske og affektive depressive symptomatologi ved T2. Dette vil helt præcist sige, at et højere niveau af self-compassion var signifikant associeret med større bedring i depressive symptomer og/eller mindre forværringer i symptomer ved T2, sammenlignet med mennesker med et lavere niveau af self-compassion. I beregningen blev der samtidigt kontrolleret for depressiv symptomatologi ved baseline. Raes var i 2011 den første inden for forskningen, der igennem det longitudinelle designstudie kunne pege på, at self-compassion formodes at have en evne til at fungere som en beskyttende faktor over for emotionelle problematikker, som depression (Raes, 2011, p. 36). Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at studiet bestod af et sample af studerende, hvilket ikke kan udlede noget om, hvorvidt effekten gør sig gældende over tid hos en klinisk gruppe af mennesker med depression. På den anden side er fordelene ved anvendelsen af en ikke-klinisk gruppe, at data kan sige noget om den naturlige reaktion mellem self-compassion og depression, uafhængig af behandlings-effekter (ibid.).

Terry et al. (2012) har, i tråd med Raes (2011), til sinde at undersøge, hvordan self-compassion fungerer som en buffer mod depression, men også hvordan self-compassion beskytter mod følelser af hjemve og utilfredshed med omstændigheder i livet. De tager, modsat Raes (2011), udgangspunkt i en nuværende potentiel udfordring i livet og hvordan self-compassion kan være beskyttende heroverfor, idet overgangen til universitetet, der involverer at flytte hjemmefra og tilpasse sig et nyt miljø, kan være stressende. Før de 119 studerende startede på universitetet udfyldte de en måling af self-compassion (T1), og ved slutningen af første semester udfyldte de flere forskellige målinger, såsom depression og sociale besværligheder (T2). Self-compassion korrelerede negativt med hjemve og depression, med store effektstørrelser, og korrelerede positivt med tilfredshed om at starte på universitetet og tilfredshed med sociale liv, også med store effektstørrelser.

Data fra studiet indikerede endvidere, at studerende der var utilfredse med det sociale liv, men samtidig havde et højt niveau af self-compassion, ikke var så påvirket af de besværligheder de mødte på universitetet, i modsætningen til stude-

rende med et lavere niveau af self-compassion, der oplevede signifikant højere niveauer af hjemve og mindre tilfredshed vedrørende beslutningen om at starte på universitetet, alle med medium effektstørrelser. Fundene indikerer samlet set, at selvmedfølelse studerende oplever færre depressive symptomer samt mindre hjemve og utilfredshed omkring at starte på universitetet. Det tyder på, at self-compassion er særligt relevant, når livet ikke går som forventet, der også ligger i tråd med Neff's (2003a) forståelse af self-compassion, samt et studie af Allen, Goldwasser og Leary (2012), der fandt data, der pegede på, at fysiske problemer forudsagde negative emotioner iblandt ældre, hos dem med et lavere niveau af self-compassion, men ikke hos ældre med et højt niveau af self-compassion. Det kunne tyde på, at selvmedfølelse individer ikke er så emotionelt påvirket af små og store begivenheder, og håndterer udfordringer som de opstår, hvilket kan være medvirkende til, at de går igennem livet ved at føle sig tilfreds og oplever færre depressive symptomer (Terry et al., 2012, p. 286).

En kritik til Terry et al. (2012) er samplet, der består af studerende. Fordelen ved studiet er dog, at det tager udgangspunkt i en virkeligt oplevet begivenhed, og ikke genkaldelser af noget der er sket eller opdigtede scenarier (ibid.). Hvis mennesker med en klinisk depression i fremtiden skulle undersøges over en tidsperiode som denne, vurderer jeg, at det eventuelt ville være muligt, at redegøre for *within-group differences*, der eksempelvis kunne undersøge, om der var forskelle i niveauet af skam, selvkritik, rumination o.l., og hvilken sammenhæng dette vil have med self-compassion, depressionsniveau og tilfredshed med livet. Efter de to foregående afsnit er det nu relevant at kaste et blik på behandlingsstudier.

5.6 Behandling og kultivering af self-compassion

Inden for forskningsfeltet omkring self-compassion findes der både analogiske studier, der eksperimentelt forsøger, at inducere et højere niveau af self-compassion hos deltagerne samt interventionsstudier af udviklede behandlingsprincipper såsom CMT (Barnard & Curry, 2011, p. 10).

Et hyppigt refereret studie inden for kultivering af self-compassion er undersøgelsen af Leary et al. (2007), hvor deltagerne i et af de fem delforsøg bliver bedt om, at genkalde sig en fejltagelse, afvisning eller et tab, der fremkaldte selvevaluerende emotioner (såsom ydmygelse eller skam). Deltagerne bliver delt op i fire

grupper; 1. en gruppe der får induceret self-compassion; 2. en gruppe der får induceret selvværd; 3. en skrivekontrolgruppe; og 4. en kontrolgruppe (uden skrivning). I self-compassion induktionsgruppen blev deltagerne bedt om, at respondere på den oplevede begivenhed ud fra Neff's tre komponenter - ved 'det fælles menneskelige' blev deltagerne eksempelvis instrueret i, at tænke på måder, hvorpå andre mennesker oplever lignende begivenheder. I selvværdsgruppen gik det ud på at respondere på tre prompts, eksempelvis: "*nedskriv dine positive karakteristika.*" Det viste sig, at gruppen der fik induceret self-compassion, adskilte sig signifikant fra de andre grupper, i forhold til at de rapporterede det laveste niveau af negativ affekt og den største perception af, at have noget tilfælles med andre mennesker i det oplevede. Samtidig var gruppen bedre til at tage ansvar for den oplevede begivenhed uden samtidig at udvise negativ affekt. Studiet af Leary et al. (2007) kan være med til at indikere, at det er muligt at inducere self-compassion, og at en selvmedfølelse attitude kan hjælpe mennesker med at tage ansvar, og at dette ikke er ensbetydende med, at opleve samtidig negativ affekt, såsom at være ulykkelig over det, der er sket. Self-compassion kan bidrage til, at mennesker anerkender, at de er personer, der laver fejl, og at dette er en almenmenneskelig oplevelse. Induktionen med self-compassion viste sig desuden at være særligt effektiv hos de personer, der fra starten havde et lavere niveau af self-compassion, især inden for kategorien 'det fælles menneskelige' (Leary et al., 2007, pp. 899ff). Hvorfor at induktionen med self-compassion var særlig effektiv kontra selvværdsgruppen, kan muligvis forklares ud fra, at selvværdsinduktionen i høj grad gik ud på at fokusere på sig selv, modsat gruppen med self-compassion, der også inkluderede andre, i form af det fælles menneskelige (ibid., p. 901). Studiet kan anvendes til at understøtte muligheden for at højne self-compassion hos mennesker med et lavt niveau af self-compassion, såsom mennesker med depression og en negativ selvopfattelse, selvom dette endnu ikke er undersøgt.

Udover evidensen fra sådanne analogiske studier som Leary et al.'s (2007) er det relevant, at der i fremtiden kommer flere effektstudier inden for de etablerede behandlingsformer, der omhandler self-compassion, da self-compassion som tidligere nævnt, er forbundet til psykologisk velbefindende. Samtidig er der noget der tyder på, at selvkritiske patienter oplever mindre fremgang i traditionel behandling, som antidepressiv behandling, placebo og psykoterapi (interpersonel eller kognitiv) (Blatt, 1995, if. Barnard & Curry, 2011, p. 11) sammenlignet med mennesker, der ikke er selvkritiske. Det kan også tænkes at fælles faktorer på tværs af psy-

koterapierne, såsom empati og selvmonitorering, muligvis også er gavnlige i forhold til at hæve niveauet af self-compassion (Greenberg et al., 1998 if. Barnard & Curry, 2011, p. 11).

Gilbert har udviklet compassionate mind training (CMT) til eksplicit at lære patienter at producere selvomsorgsgivende tanker. Forskning inden for CMT er i sin begyndelse, og der findes kun få studier her indenfor, ligesom inden for compassion focused therapy (CFT) (Gilbert, 2012, p. 520; Barnard & Curry, 2011, p. 11). CFT anvender begreber fra traditionel kognitiv terapi såsom; problemløsning, generering af alternative tanker, at søge efter beviser og adfærdseksperimenter, men der hvor terapiformen adskiller sig, er i selve den medfølende kontekst og måde, som teknikkerne benyttes på (Gilbert, 2010d, p. 105). Der anvendes desuden supplerende teknikker, såsom udvikling af det indre medfølende selv, visualisering, medfølende brevskrivning, opmærksomhedstræning, psykoedukation omkring hjerne og evolution, meditation m.v. (Gilbert, 2012, pp. 515ff).

CFT er en tilgang, der ser et problem som værende i balance med de andre affektreguleringssystemer, hvormed der er fokus på, hvordan der via arbejdet med det beroligende system, opnås en opmærksomhedsomfordeling, der kan nedtone den gentagende trusselsfokuserede tænkning. Igennem terapien skal patienten få en fornemmelse af at det, der foregår i hjernen og i livet ikke er individets egen skyld, men at de kan tage ansvar for at træne hjernen, så de bliver orienteret mod deres besværligheder på en mere objektiv og medfølende facon. (Gilbert, 2010c, pp. 59f, 64; 2010d; 2012; 2010a, p. 69ff). CFT anses som værende et supplement til traditionel kognitiv terapi, og Lee (2009) foreslår, at CFT særligt bibringer med en ny måde at arbejde med emotioner, skam, skyld og selvkritik på, igennem konkrete redskaber til at kunne forebygge tilbagefald (if. Beaumont, Galpin & Jenkins, 2012, p. 32).

En søgning foretaget på PsycINFO med søgetermen: [*compassionate mind training* (Title) OR *compassion focused therapy* (Title)] resulterede i 23 resultater, hvoraf otte omhandlede effektstudier. Ingen studier tester udelukkende på patienter med depression, men studierne af Beaumont et al. (2012) og Judge et al. (2012) er udvalgt, da de måler på depressionsniveauet før og efter interventionen hos forskellige grupper.

Beaumont et al. (2012) undersøger 32 deltagere, der er henvist til terapi efter en traumatisk hændelse, hvor de tilfældigt er udvalgt til individuelt, at modtage op til 12 sessioner af enten kognitiv adfærdsterapi (KAT) eller kognitiv adfærdsterapi

med compassionate mind training (KAT+CMT). Inden for begge grupper sås en signifikant reduktion i depressive symptomer, ved målingen efter terapien, men forskellen i niveauet af depression mellem grupperne var ikke signifikant. Dog oplevede gruppen med supplerende CMT en signifikant større bedring i depressive symptomer over tid⁷ sammenlignet med gruppen, der udelukkende modtog KAT⁸, idet gruppen med CMT startede på et lavere gruppegennemsnit. I forhold til undgåelsessymptomer oplevede begge grupper signifikante forbedringer, men der var ingen forskel mellem grupperne, post-therapy. Data pegede dog på, at gruppen med tilkoblet CMT oplevede en signifikant større reduktion af undgåelsessymptomer, sammenlignet med KAT-gruppen. I forhold til niveauet af self-compassion var der inden for begge grupper en signifikant fremgang i niveauet af self-compassion (post therapy), og der var også en signifikant forskel mellem grupperne post-therapy, hvor gruppen med CMT, udviklede et signifikant højere niveau af self-compassion, sammenlignet med KAT gruppen. Studiet kan i relation til dette speciales problemstilling anvendes i forhold til at mennesker, der har oplevet et traume ofte har høje niveauer af skam og skyld, ligesom der ofte ses ved depression (Beaumont et al., 2012), hvormed det kunne tænkes at CMT i kombination med KAT, også ville være relevant for den depressive lidelse.

Judge et al.'s (2012) studie kan muligvis yderligere være med til at indikere, at tilgangen er særligt egnet til den depressive lidelse. Studiet undersøger 42 klienter⁹ fra et lokalt center for mental sundhed, med heterogene diagnoser, hvor depression er den hyppigste diagnose blandt deltagerne. Klienterne blev inddelt i grupper med omkring fem personer i hver, over en periode på 12-14 uger, for at teste på effekten af CFT i gruppesammenhæng. Overordnet peger data fra studiet på, at CFT signifikant reducerer niveauet af selvkritik, skam, depression, angst, stress, submissive behavior og social sammenligning, ved målingen efter interventionen. Et væsentligt fund ved studiet er endvidere, at der ses en signifikant stigning i "reassured self scores," hvilket kunne indikere, at klienterne er blevet bedre til at berolige sig selv, gennem terapien. Dog sås der ikke en signifikant virkning på den selvkorrigerende del af selvkritik-skalen, hvilket ligger i tråd med data fra et pilotstudie af Gilbert og Procter (2006). Dette kunne indikere, at patienterne stadigvæk føler, at de er nødt til at korrigere og kritisere sig selv for at undgå at lave fejl. I forhold til de

⁷ Reduktion på 10,56 i gennemsnitlig depressionsscore

⁸ Reduktion på 6,25 i gennemsnitlig depressionsscore

⁹ 27 anvendt i data

individuelle forskelle pegede data endvidere på, at klienter med en højere score på depressionsskalaen og skalaen for ekstern skam var associeret med en større fremgang inden for forskellige målinger (ved post therapy)¹⁰. Desuden kunne størstedelen af deltagerne inden terapien begyndte klassificeres inden for kategorien '*severe depression*' - ved Becks depressionsskala¹¹, til sammenligning med efter terapien, hvor størstedelen af patienterne kunne klassificeres inden for '*borderline clinical depression*',¹² hvilket er en fremgang. Studiet af Judge et al. (2012) kan samlet set være med til at indikere, at et fokus på self-compassion muligvis er særlig anvendeligt over for deltagere, der udviser høje niveauer af depression og ekstern skam.

En samlet kritik til studierne af Judge et al. (2012) og Beaumont et al. (2012) er mangel på kontrolgrupper samt det lave antal af deltagere. Generelt mangler der forskning, der kan skabe yderligere evidens til virkningen af træning i medfølelse og selvmedfølelse (Gilbert 2012; Barnard & Curry, 2011). De tre gennemgåede studier er opsummeret i *tabel 1*, da disse anses som væsentlige i argumentationen for dette speciales problemfelt. Det er nu relevant at opsamle på de foregående om self-compassion igennem en deldiskussion, der vil diskutere, hvordan konceptet kan benyttes over for mennesker med tilbagevendende depression og en negativ selvopfattelse.

¹⁰ Bl.a. var en høj baseline depressionsscore associeret med større fremgang på "hated self sub scale" og "self-persecution subscale", sammenlignet med personer med lavere baseline depressionsscore

¹¹ Score ml. 31-40 på Becks depressionsskala

¹² Score ml. 17-20 på Becks depressionsskala

Tabel 1: Overblik over de udvalgte studier i afsnit 5.6., der vedrører intervention, eller kultivering af self-compassion

STUDIE	STIKPRØVE	DESIGN	RESULTAT
ANALOGISK STUDIE:			
<i>Leary et al. (2007)</i> (Delstudie nr. 5)	115, (m/k) = 54/61 Studerende	Genkalder sig en negativ begivenhed. Promptet ifht. SC/SE/skrivekontrol /kontrol	SC-gruppen adskilte sig signifikant fra de andre ift. laveste niveau af negativ affekt + største perception af, at have noget tilfælles med andre, og bedre til at tage ansvar, uden samtidig at opleve negativ affekt.
INTERVENTIONS-STUDIER:			
<i>Beaumont et al. (2012)</i>	32 traume-ofre	12 sessioner af enten KAT eller KAT+CMT	Begge grupper signifikant reduktion i symptomer (ingen forskel ml. grupper <i>post therapy</i>). Deltagere i KAT+CMT gruppe dog større reduktion i depression og avoidance symptomer + signifikant højere niveau af SC (post-therapy)
<i>Judge et al. (2012)</i>	42 klienter fra center for mental sundhed (27 anvendt) (m/k) = 11/16	Intervention med CFT i grupper i 12-14 uger	CFT reducerer signifikant niveauet af selvkritik, skam, depression, social sammenligning m.v. + bedring i evnen til at berolige sig selv

Note: SC = Self-Compassion, SE = Self-Esteem, CFT: Compassion Focused Therapy, KAT: Kognitiv adfærdsterapi, CMT: Compassionate Mind Training

5.7 Deldiskussion

Som ovenstående afsnit om empiriske studier indikerede, tyder det på, at mennesker med depression er særligt præget af lavere niveauer af self-compassion, men at det samtidigt lader til, at være muligt at inducere et højere niveau af self-compassion. De gavnlige effekter af en intervention med self-compassion er muligvis særligt relevante over for personer med et lavt niveau af self-compassion, som Leary et al. (2007) indikerede, og/eller høj depressiv symptomatologi, som studiet af Judge et al. (2012) antydede. Foruden disse fordele for individer med depression antager jeg, at opbyggelsen af et højere niveau af self-compassion muligvis er særlig vedkommende for klientgruppen, da det netop er en væremåde og copingstrategi, der kan benyttes ved konfrontation med nederlag, begrænsninger og ugunstige ydre omstændigheder, med evidens fra studiet af Terry et al. (2012). Jeg formoder, at opbyggelsen af et højere

niveau af self-compassion ikke kun er fordelagtigt i mødet med komplikationer som følge af det depressive humør, men muligvis også på længere sigt, i remission, som et slags forebyggende forsvar. Dette kunne være tilfældet, idet den enkelte muligvis i højere grad perciperer sig selv med en klarhed og reagerer med en emotionel ligevægtighed, når den enkelte konfronteres med positive, negative eller neutrale indre eller ydre faktorer, således at der eventuelt opleves færre nederlag og ustabilitet i egen selvopfattelse. Ud fra studierne af Terry et al. (2012) og Leary et al. (2007) er der noget der tyder på, at selvmedfølende individer er mindre påvirket af ugunstige ydre omstændigheder, tager udfordringer op som de opstår og tager ansvar uden samtidig at opleve negativ affekt. Udover at disse egenskaber muligvis vil være anvendelige over for mennesker med tilbagevendende depression og en negativ selvopfattelse, formoder jeg, at læren om og kultiveringen af self-compassion kunne være behjælpelig i forhold til at ramme den depressive dysfunktionelle strategi omkring isolation, idet fokuset bliver på det fælles menneskelige og at den enkelte ikke står alene om, at opleve tab og nederlag.

Igennem arbejdet med self-compassion får individet med depression muligvis en erkendelse af, at den indre selvkritiske dialog er en mindre adaptiv strategi, og at det snarere vedrører det, at være medfølende, accepterende og forstående over for sine begrænsninger. Samtidig vurderer jeg, at arbejdet med self-compassion bevirker, at den enkelte minimerer sin fornemmelse af, at: *'der er noget galt med mig'* og at terapien ikke udelukkende har et formål, at han/hun skal *ændre* sit selv, men at personen med depression måske snarere får en fornemmelse af, at det vedrører det, at han/hun skal arbejde med *forholdet* til sine tanker og følelser, som Gilbert (2010a) nævner det, der i højere grad skal hvile på en medfølende attitude frem for en selvkritisk og dømmende, der sammenligner sig med andre.

Er det muligt at opbygge en sådan selvmedfølende attitude hos individer med depression? I henhold til Gilbert afviser mennesker med underdanige selvidentiteter ofte forandring og søger forudsigelighed og genkendelighed i deres selvidentiteter (2010c, pp. 32, 95), hvilket kan sammenlignes med Swann's (1997/2007) formodning om, at mennesker med lavt selvværd ofte søger negativ selvbekræftende feedback. Jeg antager, at en selvmedfølende attitude er et helt nyt skift i måden individet med depression skal anskue eget selv på og tackle livets udfordringer. Mennesker med depression kan føle, at selvkritikken har en funktion, og af denne grund bruger Gilbert i tilgangen til patienterne ikke energi på at *'ændre'* dem, og lave deres

selvkritiske side om, men snarere at opbygge selvet, via fokus på det beroligende system, således at den enkelte bliver i stand til at arbejde med den selvkritiske side af selvet, når han/hun er klar til dette (2010c, p. 95). Hertil vurderer jeg, at arbejdet med self-compassion ikke i så høj grad vækker følelsen eller fornemmelsen af 'et tab af selvidentitet' og modstand imod forandring, da den enkelte kan få lov at beholde sine vanlige sikkerhedsstrategier og forsvar fra trusselssystemet, indtil at arbejdet med medfølelse og det beroligende system gerne skulle tage over som en ny strategi.

Neff's begreb omkring *det fælles menneskelige* vurderer jeg, kan give individet en form for beskyttelse imod konkurrencementaliteten og det som Gilbert benævner *social rank mentalitet*, idet individet ser på ligheder til andre, frem for at positionere selvet som værende i konkurrence med andre, og føle sig mindreværdig til sammenligning. Det anses at være relevant at inddrage self-compassion til klientgruppen, da flere mennesker med depression, i henhold til Gilbert, har et underudviklet beroligelsessystem (2010a), der muligvis kan dateres tilbage til de tidlige år, hvor de eksempelvis kan være blevet mødt af kritiske eller kontrollerende forældre, eller opvokset i et miljø med usikker tilknytning eller mangel på nærvær og omsorg. Flere individer med depression har muligvis en underudviklet *caregiving mentalitet*, da det beroligende system ikke er blevet anset som værende fordelagtigt, når individet har mødt udfordringer i livet (Gilbert, 2010a). Det antages i tråd med dette, at nogle individer med depression muligvis ikke har de grundlæggende implicitte formodninger om, hvad medfølelse og omsorg kan betyde for velværet, men nærmere har fundet mentaliteten omkring social rank, og at 'være på vagt' over for farer og trusler, for anvendelig. Det formodes at være en helt ny copingstrategi eller mental færdighed, der skal tillæres, hvor den enkelte, i tråd med Gilberts (2010c) tese, skal lære at forstå og acceptere følelserne og ikke handle efter dem, men snarere opbygge og erstatte følelserne med nye motiver og følelser, der er rettet hen imod medfølelse. Igennem arbejdet med self-compassion kan det tænkes, at det medfølelses selvtil-selv forhold styrkes, således at den emotionelle tone til selvet bliver forstående og venlig frem for selvkritisk og dømmende, i tråd med Gilberts forståelse. Dette kunne sættes i relation til Neff's begreb omkring venlighed mod selvet og mindfulness samt Gilberts forståelse af, at der skal lægges afstand til de primitive behov og følelser, og at medfølelse netop er en ny måde at benytte de nye hjernestrukturer på, frem for at ty til den rumi-native stil og bruge undgåelsesstrategier når livets udfordringer imødegås. I terapeutisk sammenhæng vurderer jeg, at det i særlig grad handler om eksplicit at have fokus

på self-compassion for at minimere rumination og undgåelsessymptomer, med evidens fra studierne af Krieger et al. (2013), Beaumont et al. (2012) og Raes (2010). Disse studier vurderer jeg samlet set, kan være med til at underbygge tesen om, hvordan self-compassion kan fungere som en beskyttende faktor over for depression, idet individet med en akut depression muligvis tilegner sig en mere positiv selvopfattelse gennem terapien, men også på længere sigt, i tråd med Raes (2011), eventuelt oplever færre forværrende symptomer. Således formoder jeg, at et fokus på self-compassion kan fungere tilbagefaldsforebyggende i form af, at den enkelte opbygger et højere niveau af self-compassion, hvormed at mulige tegn og sensationer på tilbagefald registreres og handles på i tide frem for brug af undgåelsesstrategier og overidentifikation med tanker og følelser. I stedet for at et negativt humør automatisk opfanges som: *"Jeg er trist, ergo; jeg er ved at få en depression igen"*, skal der muligvis nærmere opstå en accept af følelsen samt en forståelse og medfølelse herover for. Samtidig vurderer jeg, at en erfaring i mindful objektivitet over for egne indre tilstande er anvendelig, således at den enkelte i højere grad observerer sig selv 'udefra' med et metaperspektiv på egne tanker og følelser, og ikke 'går ind i følelsen' og lader sig rive med dysforien, men måske snarere er forstående over for den, og forebyggende tager udfordringerne op, som de opstår. Her indtræder anvendeligheden af Neff's begreb omkring mindfulness, som en del af self-compassion, hvad angår det, at personen med depression lærer at observere sine tanker og ikke reagere på dem, nærmere lade dem passere, og giver sig selv en medfølelse og forståelse over for eksempelvis følelsen af tristhed og at det er en del af livet, at humøret går op og ned, og at han/hun ikke er alene om dette.

Endvidere vurderer jeg, at self-compassion er anvendelig over for individer med gentagne episoder af depression, idet der ifølge Segal et al. (1996) skal mindre til at udløse en depressiv episode, på grund af *kindling* og *sensitization* (if. Clark et al., 1999), hvormed at den enkelte med tiden, så at sige, kører på 'automatpilot' og reagerer med de samme selvnedvurderende tanker, som han/hun er vant til og herved automatisk ruminerer og tolker begivenheder negativt. En selvmedfølelse attitude og begrebet omkring mindful objektivitet, igennem objektiv registrering af tanker og følelser uden at dømme, er muligvis medvirkende til, at personen med depression i sin indre dialog kan *vælge*, hvordan han/hun vil handle heroverfor. I stedet for rumination og undgåelse, vurderer jeg således at den enkelte, gennem øget meta-kognitiv indsigt, muligvis i højere grad lærer at ændre responsstil til en ikke-

dømmende og selvmedfølende attitude. Samtidig er mindfulness, ifølge Neff (2009), en nødvendighed for at kunne være selvmedfølende, da mindfulness bidrager med dét *mentale rum*, der er byggestenene til at skabe selvmedfølende attitude. Mennesker med depression har som tidligere beskrevet ofte et fortidsfokus, hvortil at mindfulness formodes at være behjælpelig med et yderligere opmærksomt nærvær i nuet, frem for rumination (Neff, 2003a). Gilbert taler i denne forbindelse om *desensitization*, hvormed det kan tænkes, at arbejdet med at få personer med depression til at tolerere og føle ting som de kan have afvist og benægtet, samtidig med at udvikle klientens eget selvmedfølende selv, gennem terapeutens empatiske forståelse (Gilbert, 2010c, pp. 100, 207), kan være anvendelig over for mennesker med gentagne depressioner og en negativ selvopfattelse.

Self-compassion handler om en bevidsthed omkring egen lidelse, samt et ønske om at gøre noget ved det, i tråd med Neff's (2003a) forståelse. Denne accepterende holdning over for selvet, som kunne tænkes at blive opbygget hos individer med depression, vil muligvis også kunne give en emotionel sikkerhed til, at den enkelte i højere grad får et klarsyn på egen selvopfattelse og i højere grad kan identificere områder for videre udvikling. Samtidig er det væsentligt, som Magnus et al. (2010) nævner, at give en forståelse til den enkelte om, at disse følelser af venlighed og medfølelse over for selvet er der, eftersom de er menneskelige væsener og ikke er afhængige af ydre faktorer, og bestemte træk, de skal påtage sig (p. 365). Flere individer med depression har netop den antagelse, at deres værd er afhængig af ydre eller indre faktorer og tillægger sig selv skylden for ydre omstændigheder, som tidligere blev beskrevet i den kognitive triade. Jeg vurderer, i tråd med Magnus et al. (2010), at det er væsentligt at lægge vægt på dette ubetingede medfølende forhold til selvet. Som anslået i den tidligere deldiskussion vurderer jeg samtidig, at et højt selv-værd/højt niveau af self-compassion i mindre grad skal være *målet* i sig selv, men, som Neff et al. (2005) nævner, at den enkelte nærmere skal være drevet af et medfølende ønske om at øge eget velbefindende på længere sigt (p. 265). Dette stemmer også overens med det tidligere afsnit om depressiv symptomatologi (3.2.1), hvor det blev klargjort, at mennesker med depression ofte søger umiddelbar tilfredsstillelse frem for at udskyde og forlænge nydelse og velvære. Herved formoder jeg, at arbejdet med self-compassion kan få mennesker med depression til at fjerne fokus fra motivationssystemet, der resulterer i kortvarig glæde, såsom umiddelbar behovstilfredsstillelse og at søge andres anerkendelse, samtidig med et minimeret brug af sikker-

hedsstrategier fra trusselssystemet, der udelukkende reducerer arousal på kort sigt (Gilbert, 2010c, p. 44), og muligvis i højere grad skabe længerevarende glæde og psykologisk velbefindende igennem et yderligere fokus på medfølelse motiver og ønsker.

Det kan dog diskuteres, om det er muligt at opbygge en selvmedfølelse attitude i et samfund, der ikke korresponderer med de medfølelse værdier og der ifølge Gilbert overstimulerer trussels- og motivationssystemet og hvor der konstant er pres på, at den enkelte skal vise sit værd. Dette er blot én af udfordringerne næste afsnit nærmere diskuterer.

5.7.1 Udfordringer

Der kan tænkes, at opstå en udfordring hvad angår udviklingen af en selvmedfølelse attitude, hvis personen med depression i forvejen omgås mennesker med mentalitet, der er præget af social rank. Samtidig er der de kulturelle og samfundsmæssige foranstaltninger der, som tidligere nævnt, fremhæver den konkurrenceprægede mentalitet og anerkendelsen af, at det er individets eget ansvar at være omstillingsparat og effektiv, og at selvkritik, frem for self-compassion og forståelse, muligvis bliver en konsekvens heraf. Jeg antager, at det ikke kun er *mikrosystemet*, i form af de nærmeste, der kan vedligeholde den 'gamle' negative selvopfattelse, men ligeledes hele samfundsstrukturen og kulturen, *makrosystemerne*, i henhold til Bronfenbrenners (1993) terminologi, der influerer på individets evne til at tage den selvmedfølelse attitude med sig ud fra selve terapirummet. I henhold til Gilbert (2010b) kan der opstå nogle udfordringer, idet individet kan føle sig mindreværdig og marginaliseret i den ydre verden, men samtidig også skal lytte til indre kritik og bearbejdelser i den indre verden, hvilket leder til fornemmelsen af, at der ingen er til at give kærlig støtte, omsorg og opbakning (pp. 162f). Her vurderer jeg, at self-compassion muligvis kan gå ind og virke som et *beskyttende hylster*, i Giddens (1991) terminologi, hvor individet er nødt til at aflede de farefulde omstændigheder, skabt i *risikosamfundet*, fra sin bevidsthed for at fungere optimalt (pp. 32f, 47).

En anden udfordring kunne bestå i det Gilbert benævner; frygten for medfølelse, hvor det tyder på, at især selvkritiske individer finder det svært at udøve self-compassion og modtage medfølelse, da de reelt frygter det. Et studie af Gilbert et al. (2011) indikerer, at denne frygt for medfølelse er forbundet med frygten for at modtage medfølelse fra sig selv og fra andre, der tilsammen er associeret med blandt

andet selvkritik, depression og en usikker tilknytning. Så i forhold til dette speciales problemstilling er det væsentligt at være opmærksom på denne modstand, der kan være imod medfølelse. I henhold til Gilberts forståelse kan et fokus på medfølelse reaktivere nogle gamle følelsessystemer, der kan have været lukket ned på grund af emotionelle konflikter og afvisning, hvorved modstanden opstår, idet de gamle emotionelle minder er præget af følelsen af manglende omsorg og støtte (Gilbert, 2010c, pp. 241f). Så det er væsentligt at være opmærksom på, at det ikke kun er fraværet af self-compassion, der skal være i fokus i arbejdet med den negative selvopfattelse, men også frygten for medfølelse der skal anerkendes og arbejdes med ved den depressive lidelse. Dette anser jeg, ligger i tråd med Swann's (1996) formodning omkring, at individer søger forudsigelighed i deres selvopfattelse, som jeg vurderer, muligvis hænger sammen med frygten for 'det ukendte', i forhold til at blive mødt af en person/eller en ny udgave af selvet, der er medfølelsende og i højere grad bekræfter de positive elementer ved selvet.

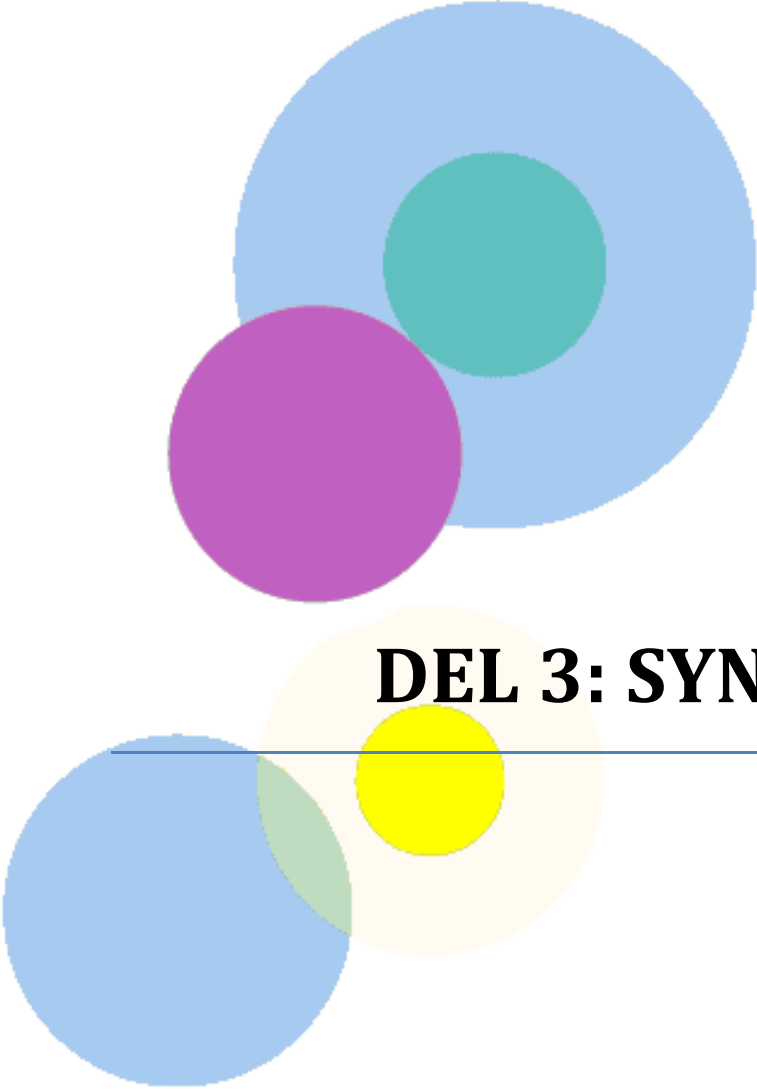
Samtidig anser Neff (2003a), at der florerer nogle misforståelser omkring self-compassion, såsom postulatet omkring at self-compassion belønner en yderligere optagethed af selvet. Her kan det modsatte anslås til at være gældende, idet self-compassion tyder på, at hjælpe den enkelte til at befri sig selv for selvoptagethed og promovere konstruktiv forandring og minimere rumination, der leder til selvfiksering og selvoptagethed (Dryden, 2013, p. 113). En anden misforståelse, der kan skabe udfordringer i forhold til bedring i selvopfattelsen, er hvis den enkelte har en formodning om, at self-compassion er lig med passivitet, selvmedlidenhed og dovenskab. En antagelse som Neff beskriver, er at finde hos flere mennesker, der ikke er selvmedfølelsende (Neff, 2003a). Som studiet af Leary et al. (2007) og Terry et al. (2012) indikerede tyder det dog på, at selvmedfølelsende individer netop er præget af en aktiv holdning i form af at være medfølelsende over for sig selv ved nederlag, men samtidig tage ansvar for det oplevede uden selvfordømmelse.

Alle disse modstande, som Neff og Gilbert angiver, kan være udfordrende i forhold til at opbygge en selvmedfølelsende attitude hos mennesker med tilbagevendende depression. Der kan endvidere tænkes, at eksistere nogle implicitte ubevidste motiver om at ville 'tage sig af', og beholde det '*depressive selv.*' Lowens (2010) betegner det ligefrem som, at individet med depression kan opleve en form for tab, når han/hun skal bevæge sig fra en rank-fokuseret mentalitet til en, der er drevet af omsorg og medfølelse (p. 180f). I tråd med Lowens (2010) tese, vurderer

jeg, at der muligvis kan opstå nogle ambivalente følelser i transformation til en selvmedfølende identitet kontra en identitet præget af selvkritik, frygt og sammenligninger, hvilket anses som værende væsentligt at være opmærksom på i terapeutisk sammenhæng. For som studiet af Judge et al. (2012) pegede på, var der ikke nogen ændring i den selvkorrigerende del af selvkritikken efter endt terapi, hvorved det kan tænkes at være et særligt vanskeligt interventionsområde. Dette kan muligvis imødegås gennem psykoedukation såsom at forklare omkring de tre affektreguleringssystemer og betydningen heraf i forhold til den enkeltes frygt for forandring og medfølelse (Gilbert, 2010c, p. 185), ligesom at en psykoedukation omkring virkningerne af self-compassion igennem klarlæggelsen af forskningsresultater, som Neff og Germer (2014) benytter sig af, kan give individet en bevidsthed om, at self-compassion ikke har sammenhæng med dovenskab, men snarere psykologisk velbefindende.

5.7.2 Sammenfatning

Ud fra den ovenstående deldiskussion formodes det, at self-compassion kan være anvendelig i arbejdet med den negative selvopfattelse ved depression, men at det samtidig er muligt, at der eksisterer nogle udfordringer i etableringen af en selvmedfølende attitude hos klientgruppen. Nogle af disse består i selve samfundsstrukturen, der anses som værende modsætningsfuld til en medfølende holdning til selvet. Andre udfordringer kunne bestå i individets frygt for medfølelse og forandring samt misforståelser omkring self-compassion. Tankegangen omkring self-compassion formodes, at være behjælpelig i forbindelse med normaliseringen af de reaktioner personen med depression oplever, således at den enkelte ser det i sammenhæng med det fælles menneskelige. Samtidig formodes self-compassion at være behjælpelig i forhold til, at personen med depression lærer at drage omsorg for eget selv og være accepterende og forstående over for fejl og mangler, via et fokus på det beroligende system, således at den ruminative tendens og selvkritiske tankegang ved depressionen minimeres. Det antages, at self-compassion bidrager med en form for forebyggende forsvar eller et beskyttende hylster, når personen med depression imødegår nederlag og begrænsninger, hvormed den enkelte muligvis oplever færre nederlag i forbindelse med egen selvopfattelse, via læren om at tage et metaperspektiv på egne indre tilstande og tage ansvar ved at arbejde med svære tilstande frem for at ty til undgåelsesstrategier, og herved muligvis øge velbefindende og hindre tilbagefald på længere sigt.



DEL 3: SYNTHESE

6. SAMLET DISKUSSION

Følgende afsnit har til formål at sætte de forrige perspektiver over for hinanden med henblik på at diskutere, hvordan perspektivet omkring self-compassion kan tilføre noget anvendeligt til den eksisterende viden i forhold til forståelse, behandling og tilbagefaldsforebyggelse af depression og den negative selvopfattelse.

6.1 Self-compassion i en selvværdskultur

Self-compassion kan anses som en modsætning til vilkårene i det senmoderne samfund, der er præget af en konkurrerende mentalitet, individualitet, stress og følelsen af utilstrækkelighed. Swann (1996) påpeger, at samfundet bidrager til normen om, at et højt selvværd er efterstræbelsesværdigt, men at det hos flere individer ofte er uklart *hvorfor*, det er vigtigt at have et højt selvværd. Her vurderer jeg, at opbyggelsen af self-compassion i højere grad giver mening for den enkelte, i form af, at self-compassion ikke har negative konsekvenser for andre og for samfundet, som efterstræbelsen efter et højt selvværd i visse tilfælde kan have, såsom øget konkurrence-mentalitet og brugen af selvbeskyttende strategier. Træning i medfølelse vil muligvis fjerne selvfokus og sammenligningen med andre, der kunne være relevant for individer med depression, der eksempelvis kan lære at glæde sig på andres vegne (Gilbert, 2010a, p. 68). Jeg antager, at self-compassion bidrager med et mindre egoistisk udgangspunkt og en mere medfølelse og altruistisk måde at anskue eget værd på, til sammenligning med selvværdsbegrebet. Samtidig er det muligt, at selvværds-kulturen er medvirkende til, at det kan være vanskeligt at have en depression og en negativ selvopfattelse, idet opløftelsen af eget værd er i fokus i den generelle befolkning. Her vurderer jeg, at fokuset på self-compassion muligvis er behjælpelig i forhold til ikke kun at arbejde med at *styre* og *frigøre* sig fra følelserne, men at tillade personen med depression at have anerkendelse og medfølelse over for hele følelsesregistret, og ikke føle skam over for de negative tanker og følelser, der muligvis er sværere at udtrykke eksplicit i miljøet. Samtidig kan arbejdet med *det fælles menneskelige* være med til at normalisere følelserne relateret til depressionen, som jeg formoder, er særligt anvendeligt i et samfund, hvor fremstillingen af et positivt selvbillede i høj grad vægtes iblandt *social rank* mentaliteter og hvor tegn på svaghed muligvis i mindre grad ud-

trykkes *'frontstage'*, i Goffmann's (1959) terminologi. Jeg formoder, at følelsen af at alle mennesker fejler og oplever nederlag, ikke naturligt er at finde i miljøet, men eksplicit skal arbejdes med i terapien. Den enkelte kan eventuelt føle, at livet er perfekt for andre og drage negative sociale sammenligninger, der kan lede til rumination og muligvis i særlig grad *brooding*, i tråd med Raes (2010). Brooding kunne netop involvere en bekymring omkring, hvorfor den enkelte har flere problemer end andre, hvormed et fokus på *det fælles menneskelige* kunne normalisere den enkeltes reaktioner og give en forståelse af, at symptomerne er naturlige reaktioner på det miljø han/hun omgives (Gilbert, 2010a, p. 69), og herved muligvis fratage den enkelte skyld og isolationsfølelse. Dette vurderer jeg, kan tilføje noget gavnligt til den kognitive forståelse således, at fokuset i højere grad fjernes fra, at der er noget *galt* med individet og den bagvedliggende antagelse om, at det er måden han/hun fortolker omverdenen på, der er fejlagtig.

Opleves der i realiteten mere modgang i dag, og hvis dette er tilfældet, kan individet igennem self-compassion blive bedre rustet til at tackle de ydre omstændigheder? Gilbert (2010a) nævner, at mennesker med depression kan føle sig 'fanget' i de nye moderne strukturer, hvor stressfaktorer er sværere at undslippe i dag. Giddens (1991) mener i forlængelse af dette, at der ikke er mere modgang i dag, men at de grundlæggende livserfaringer, såsom døden, i mindre grad konfronteres direkte af individet, idet de i højere grad overtages institutionelt, idet der benævnes *erfaringens afsondring* (p. 190). Dette formoder jeg, kan være problematisk, idet den enkelte muligvis i mindre grad har lært at tackle livets modgang på egen hånd, hvormed kultiveringen af self-compassion vurderes til at være særlig anvendelig i dag. Dette kan også ses i sammenhæng med hele selvværds-kulturen, med evaluering og validering af eget værd i flere sociale sfærer, hvor der er øget fokus på ros, anerkendelse og en positiv attitude, hvormed det kan antages, at nederlag bliver sværere at håndtere.

Som tidligere nævnt, kan flere mennesker med en negativ selvopfattelse have svært ved at godtage sandhedsværdien af den ros de modtager, hvormed at positiv feedback, gennem kognitiv omstrukturering, eventuelt kan virke som *'falsk'*, idet feedbacken ikke samtidig indebærer selvbekræftende elementer. Jeg formoder, at arbejdet med self-compassion kan bidrage til en mere virkelighedsnær tilgang til arbejdet med selvopfattelsen, i forhold til at ændringen ikke sker på én gang, hvor den enkelte bliver overvældet af positiv feedback omkring han/hun er god nok, men at

den enkelte, via arbejdet med anerkendelsen af sine besværligheder og sikkerhedsstrategier, i højere grad får *udstrakt* processen, så den positive feedback forekommer i mindre doser af gangen. På denne måde vurderer jeg, at det implicitte emotionelle niveau løbende inddrages i forandringsprocessen i kraft af, at der bliver arbejdet med self-compassion og beroligelsessystemet. Dette ligger i tråd med Swann's (1996, p. 55) og Mruk's (2013, p. 96) antagelser omkring, at for hurtige ændringer i selvsystemet kan medføre defensive responser, og at mindre doser af positiv feedback har nemmere ved at *glide ind* i selvsystemet og omvænne tankegangen til en mere positiv selvopfattelse på sigt. Jeg vurderer, at arbejdet med self-compassion i højere grad giver personen med depression en fornemmelse af at blive mødt med selvbekræftelse i sin selvopfattelse i form af, at den enkelte får lov at beholde sine sikkerhedsstrategier, til han/hun er klar til at lade beroligelsessystemet og selvomsorgen overtage. Det formodes herved, at selvopfattelsen ikke fremstår så resistent imod forandring i samme grad som den ville gøre, hvis fokuset havde været på selvværd, inden for den kognitive forståelse.

Når samfundsforanstaltningerne er præget af en selvværds kultur, hvor det handler om at adskille sig fra mængden, kan det, i tråd med Gilbert (2010a), forstås sådan, at de sociale strukturer skaber mønstre i sindet, såsom *social rank mentalitet*. Værdierne i samfundet kan også tænkes at bidrage til hjernens udvikling i form af *synaptisk pruning*, hvortil jeg vurderer, at eksempelvis konkurrence, anerkendelse og validering af eget værd særligt bliver gentaget, og muligvis skaber vedvarende forbindelser mellem hjernens synapser, hvormed at self-compassion kan anses som en diametral modsætning til de lærdomme, det moderne individ går igennem livet med. Den moderne kultur strider imod begrebet '*being modus*' fra mindfulness, og korresponderer nærmere med '*doing modus*', hvor det handler om at problemløse, evaluere og analysere alt, frem for at opleve alting direkte og uden forudindtagede vurderinger (Sigaard, 2010, p. 24). At analysere og vurdere kan være godt i den ydre verden, men ikke i den indre verden, ifølge Segal et al. (2002), hvormed '*being modus*', som mindfulness indebærer, strider imod de vestlige værdier om viden, rationalitet og oplysning (if. Sigaard, 2010, p. 24), og muligvis også er modsætningsfuld til den kognitive forståelse omhandlende logik, rationalitet og valideringen af eget værd gennem kognitiv omstrukturering. Den moderne kultur fordrer udvikling, fremadretthed og tilegnelsen af nye kompetencer, hvortil jeg antager, at det kan være vanskeligt for den enkelte, at '*være tilfreds med omstændighederne som de er*', som beroli-

gelsessystemet, i henhold til Gilbert, fordrer, idet individet eksempelvis kan være præget af utilstrækkelighedsfølelser (Brinkmann, 2008). Et undrende spørgsmål jeg hertil problematiserer, er om personen med depression, igennem terapien, skal lære at leve et liv i korrespondens med de moderne værdier og håndtere disse for at blive inkluderet og følge med accelerationen i det moderne samfund, eller, at den enkelte nærmere skal opbygge et emotionelt ståsted uafhængigt af de moderne krav og værdier. Dette aspekt vurderer jeg, er vigtigt at være opmærksom på, således at self-compassion, ligesom Sigaard (2010) nævner det med mindfulness, ikke bliver anvendt med henblik på, at den enkelte skal effektiviseres inden for en individualistisk optik, hvor individet står med ansvaret for eget velbefindende (pp. 29f). Anvendeligheden af self-compassion formoder jeg, kan være særlig vedkommende i dag, hvor individer, ifølge Sennett (1988) ikke har styrken og viljen til at involvere sig i andres livskriser (if. Dencik et al. 2008, p. 126f), hvortil jeg antager, at individet i højere grad må drage omsorg for sig selv, igennem self-compassion. Samtidig vurderer jeg, at læren om medfølelse over for selvet eventuelt kan give den enkelte en anden selvopfattelse, der i mindre grad er præget af følelser af utilstrækkelighed, skam og skyld ved konfrontation med ydre eller indre omstændigheder og muligvis gå ind og virke som et beskyttende hylster mod vanskelige omstændigheder og krav i mikro- og makrosystemerne. Dog er self-compassion en ny måde at anskue eget selv på, som jeg vurderer, kræver en tilvænningsproces, både hos mennesker med depression, men også hos terapeuter, idet det er modstridende til de fremhævede diskurser og værdier i samfundet samt det velkendte selvværdsbegreb. Alligevel kan self-compassion vurderes til at have fordelen i, at være henregnet til praksis, modsat selvværdsbegrebet der med sine mangeartede teoretiske definitioner muligvis er mindre praksisorienteret og sværere direkte at arbejde med terapeutisk.

6.2 Selvopfattelsen og det emotionelle niveau

Der hvor self-compassion særligt vurderes til at supplere den kognitive forståelse i forhold til arbejdet med selvopfattelsen ved depression, kunne være via anerkendelsen af det emotionelle niveau i forandringsprocessen. Som tidligere nævnt, omtalte Fennell (1998a), at forandring i selvopfattelsen er kompliceret, når hovedparten af de grundlæggende antagelser hviler på emotionelle faktorer i en fjern fortid. Crocker og Park (2006) er også inde på at et ustabilt selvværd, der er afhængig af ydre faktorer

er vanskeligt at ændre på, idet det har rødder tilbage i tidlige emotionelle oplevelser, som er svært tilgængeligt for bevidstheden (p. 406). Gilbert (2010c) mener i forlængelse af dette, at den logiske tænkning kan være i konflikt med følelserne og at det er de emotionelle forbindelser, der bidrager til forandring. Tilføjelsen af self-compassion til den traditionelle kognitive behandling formodes at bidrage til, at individet med depression både lærer at udfordre egne tanker, følelser, adfærd og indre dialog med selvet, via kognitiv omstrukturering og den rationelle tankegang, men samtidig gør det på en medfølelse og sympatisk måde frem for en kritisk og dømmende (Beaumont et al., 2012, p. 32). Det logiske og rationelle grundsyn i kognitiv terapi kan suppleres med en venlig indre dialog, i tråd med Gilbert (2010c, p. 12), således at de alternative tanker ikke udelukkende giver logisk mening på et eksplicit bevidst niveau, men også bliver sagt på en varm og opmuntrende måde i den indre dialog på et implicit ikke-bevidst emotionelt niveau (ibid., pp. 12, 15).

Der hvor self-compassion muligvis adskiller sig, vurderer jeg, er ved at angribe spørgsmålet '*hvorfor*' personen med depression har det som han/hun har det, ved at kaste et blik på affektreguleringssystemerne og hvordan de arbejder sammen for den enkelte, og kan have mønstre tilbage fra barndommen. I modsætning til den kognitive forståelse hvor, '*hvorfor*' spørgsmål ofte undgås (Fennell, 1998b, p. 64). Ved at give den enkelte en forklaring på de følelsesmæssige tilstande kan det fratage skyldfølelsen (Gilbert, 2010a), og eventuelt gøre den enkelte mere åben i forhold til at arbejde med selvopfattelsen. Samtidig vil Neff's begreb omkring *venlighed mod selvet* muligvis være anvendeligt i forhold til, at patienten når til en erkendelse af, at givet de ufavorable omstændigheder er det forståeligt, hvordan han/hun har det og muligvis få lettere ved at være venlig over for sig selv og lære teknikker til at komme videre. Dette vurderer jeg, adskiller sig fra den kognitive forståelse om at teste tankernes sandhedsværdi og validere selvet, der eventuelt kan give den enkelte skyld- og nederlagsfølelser og skabe større afstand til andre.

Det kan overvejes, om arbejdet med self-compassion ikke blot lindrer lidelse og er problemfokuseret, som den kognitive forståelse kan antages til at være, men er ressourcefokuseret og bidrager med noget 'ekstra' til individets velbefindende. Der er ikke udelukkende fokus på arbejdet med faktorer i trusselssystemet og eliminering af problemerne (Gilbert, 2009, pp. 206f), men at den enkelte samtidig skal have en indre medfølelse dialog og møde verden med en selvmedfølelse attitude, som jeg vurderer, bidrager til øget velbefindende og ikke kun fraværet af lidelse.

Gilbert (2010c) nævner, at terapien ligefrem kan udvikle nye medfølende og sikre emotionelle oplevelser, som et supplement til den traditionelle kognitive tilgang hvor fokuset er på, at finde alternativer til de negative tanker omkring selvet, der kan være vanskeligt, når personen med depression eksempelvis er fyldt med emotionelle minder (pp. 70f). En medfølende base formodes, at give en tryghed og nye positive oplevelser til at kunne arbejde med egen selvopfattelse.

At arbejdet med self-compassion i højere grad inddrager en forklaring på den enkeltes depressive tilstand, antager jeg, muligvis også vil kunne tage hensyn til de negative selvbekræftende strategier, som Swann (1996) omtaler. Dette i forhold til, at der via terapien kommer fokus på de selvbeskyttende strategier fra trusselssystemet og frygten for medfølelse, og at der muligvis heraf opstår en erkendelse af, at den enkelte opsøger feedback og relationer, der bekræfter en negativ udgave af selvet. Jeg vurderer, at forskellen består i, at et fokus på self-compassion er med til at anerkende de svære følelser og omstændigheder lige fra begyndelsen, før de omstruktureres og arbejdes med, modsat den kognitive forståelse, der i højere grad formodes, at finde alternativer til de problematiske områder, uden først at anerkende og forstå de negative tanker og følelser. Jeg formoder at der via arbejdet med self-compassion og det implicite emotionelle niveau, muligvis sker en mindre resistent forandringsproces i forhold til selvopfattelsen, idet personen med depression godtager den feedback han/hun modtager, idet terapeuten ikke kun ser alt som fordrejninger af virkeligheden, men samtidig anerkender de svære omstændigheder. Jeg antager, at den enkelte herved er mere villig til at inkorporere positiv feedback til selvopfattelsen senere i terapien, uden at det virker falsk, idet de negative følelser er anerkendt. Vonk (2006) nævner, at et intensiveret fokus på positive kvaliteter ikke skaber vedvarende forandringer, idet det ikke hænger sammen med livsvilkår omkring, at alle laver fejl og bliver afvist, og at dette aspekt skal vedkendes, ellers kan det for individet virke urealistisk (if. Kernis, 2006, pp. 178f). Swann (1996, p. 163) påpeger i tråd med dette, at der florerer nogle misforståelser omkring, at alle mennesker er motiveret for at løfte deres selvværd og kan lide at modtage ros, der medvirker til holdningen om at: *"du skal bare sige, at du er god nok,"* men at dette mantra kun fører til kortvarige lettelser i depressionen. Denne tilgang vurderer jeg, på sin vis præger den traditionelle kognitive tilgang gennem kognitiv omstrukturering og ved eksempelvis at lave lister med 'positive kvaliteter'.

Hvori består løsningen så i forhold til at ramme den negative selvopfattelse? I henhold til Tevendle og Dubois (2006) handler det om, at imødegå personlige begrænsninger frem for at filtrere utilstrækkeligheder væk, idet det udelukkende beskytter selvværdet på kort sigt (if. Kernis, 2006, pp. 175f). Swann (1996) anser i tråd med dette, at der skal eksistere en blanding af selvbekræftende evalueringer og positive evalueringer, før forandringer finder sted i selvopfattelsen (p. 149). Jeg vurderer, at dette i højere grad kunne være tilfældet gennem et fokus på self-compassion, over for mennesker med depression og en negativ selvopfattelse, til sammenligning med den eksisterende forståelse, idet der er fokus på anerkendelsen af og arbejdet med forståelse af de negative følelser, der muligvis i højere grad leder til en metakognitiv valgmulighed om, at ændre responsstil heroverfor, og samtidig være medfølelse.

Som tidligere nævnt tyder det på, at selvværd ikke korrelerer ligeså stærkt med variable knyttet til psykologisk velbefindende, som er tilfældet med self-compassion, hvilket også kunne tyde på at ved at optimere selvværdet, ses der ikke en forbedring inden for selvsamme områder. Det formodes, at kultiveringen af self-compassion i højere grad leder til psykologisk velbefindende og en positiv selvopfattelse på sigt, idet personen med depression er motiveret af velbefindende og ikke af ydre faktorer, der leder til ustabilitet i selvværdet. Det vurderes ligeledes, i tråd med Segal (2002), at arbejdet med mindfulness og en accepterende holdning over for selvet er medvirkende til, at de emotioner der er knyttet til de negative kognitioner omkring selvet med tiden mister deres styrke (if. Elmsted, 2007, p. 52), således at den onde cirkel af depression muligvis nemmere kan brydes. Samtidig lærer den enkelte, gennem self-compassion, at møde tanker og følelser relateret til den negative selvopfattelse objektivt, ikke-dømmende og med en venlig og anerkendende attitude, hvor opmærksomheden i højere grad omfordeles til at være rettet mod følelser fra beroligelsessystemet, som formodes at kunne supplere den traditionelle kognitive forståelsesramme.

7. SAMMENFATNING

På baggrund af de fremlagte argumenter i dette speciale kan self-compassion antageligvis bidrage med forståelsen af tilbagevendende depression og arbejdet med den negative selvopfattelse. I specialets gennemgåede review over forskningsfeltet, var de primære fund, at self-compassion tyder på, at være associeret med lave niveauer af depression og kan forudsige forbedringer i niveauet af depression, samt at det er muligt, at inducere et højere niveau af self-compassion eksperimentelt og terapeutisk. Samtidig indikerede de gennemgåede forskningsartikler, at der er evidens for, at et lavt selvværd er forbundet med depression og sårbarheden over for depression. Ud fra de gennemgåede diskussioner, tyder det dog på, at selvværdsbegrebet har nogle mangler i forhold til anvendelse i en praktisk kognitiv terapeutisk sammenhæng såsom; en logisk og problemfokuseret tilgang til eliminering af lidelse, en individualistisk forståelsesramme, samt en yderligere korrespondens med værdierne i det senmoderne samfund, hvor individets eget værd skal valideres og evalueres, der kan lede til negative sociale sammenligninger samt skyld- og nederlagsfølelser. Disse foreslåede udfordringer kan være medvirkende til, at selvopfattelsen hos individet med depression bliver vanskeligt at forandre, idet det antages, at det emotionelle niveau ikke i så høj grad inddrages i forandringsprocessen og at der i mindre grad tages hensyn til den enkeltes søgen efter forudsigelighed og selvbekræftende negativ feedback.

Self-compassion anses i denne sammenhæng som en ny måde at anskue selvopfattelsen på, og som et virkningsfuldt supplement til den kognitive forståelse, der muligvis medvirker til, at selvopfattelsen bliver mindre resistent imod forandring, som kan listes i følgende seks argumenter. Dette antages *for det første*, idet der i højere grad arbejdes med et medfølelse, anerkendende og accepterende forhold til selvet, der i særlig grad varetager de vanskelige emotioner relateret til selvet, der kan fratage skyld- og nederlagsfølelser hos individet med depression. *For det andet* forstås det, at self-compassion hovedsageligt er relevant i forhold til, at inddrage det implicite emotionelle niveau i forandringsprocessen, således at individet også føler en forandring i selvopfattelsen og ikke udelukkende kan se logikken ved de alternative tanker. *For det tredje* vurderes det, at der via fokuset på self-compassion i højere

grad tages hensyn til individets anvendelse af selvbekræftende negative strategier, der kan overskygge behovet for positiv feedback og forandring, blandt andet igennem arbejdet med sikkerhedsstrategierne fra trusselssystemet samt frygten for medfølelse. *Samtidig* er det blevet foreslået, at begrebet omkring self-compassion i mindre grad korresponderer med en individualistisk forståelsesramme, hvormed at der arbejdes med, at det ikke udelukkende er individets fortolkning af omverdenen, der er fejlagtig, som formodes at give individet med depression mindre skyld- og isolationsfølelse, samtidig med incitament og ansvar i forhold til at arbejde med selvopfattelsen. *For det femte* handler det ikke i så høj grad om at styre og frigøre sig fra følelser og tanker, men nærmere om at opbygge en emotionel ligevægt hos den enkelte, således, at selvopfattelsen ikke i så høj grad påvirkes negativt af intra- og interpersonelle forhold. Dette kunne ske gennem opbyggelsen af en mindful attitude, der bringer med et metaperspektiv og en objektivitet over for egne indre tilstande, således at tanker og følelser registreres og håndteres på en medfølelse facon, og handles på i tide, således at fremtidige tilbagefald af depression muligvis hindres. Som et *sjette argument* er det endvidere blevet fremført, at self-compassion kan virke beskyttende over for vanskelige vilkår i det senmoderne samfund, såsom utilstrækkelighedsfølelse, stress, isolationsfølelse og negative sociale sammenligninger. En måde self-compassion kan virke beskyttende er igennem begrebet omkring det fælles menneskelige, fra self-compassion, der både kan normalisere følelserne relateret til depression, mindske det depressive selvfokus og skabe en attitude, hvor der ses på ligheder frem for forskelle til andre, hvilket anses som værende relevant over for personer med depression og en negativ selvopfattelse, under de samfundsmæssige betingelser, hvor nederlag og depressive følelser står i kontrast til samfundets fokus på selvudvikling og en positiv attitude.

Det tyder på, at der er flere argumenter, hvormed jeg *samlet set* antager, at der gennem arbejdet med self-compassion opnås en yderligere virkelighedsnær tilgang til arbejdet med selvopfattelsen ved depression, hvor personlige begrænsninger og svære emotioner og tanker anerkendes, og hvor fokuset i mindre grad er på, at disse er fejlagtige og skal omstruktureres med det samme, men hvor der er mulighed for at beholde vanlige sikkerhedsstrategier til, at den enkelte løbende får arbejdet med det emotionelle niveau. Således formodes det, at forandringsprocessen bliver udstrakt idet arbejdet med medfølelse og positive evalueringer kommer i mindre doser af gangen, og har lettere ved at glide ind i selvsystemet. Self-compassion er et nyt

psykologisk koncept, der kræver tilvænning, da det er modsætningsfuldt til værdierne i samfundet og det velkendte begreb omkring selvværd. Jeg foreslår igennem dette speciale, at self-compassion kunne fungere som et effektivt supplement i arbejdet med selvopfattelsen hos mennesker med depression, og muligvis bidrage med mindre modstand mod forandring, der er forsøgt illustreret i en model i bilag 4. Det er dog væsentligt, at fremtidig forskning beskæftiger sig nærmere med dette emne, i forhold til om arbejdet med self-compassion medvirker til et selvmedfølende tankesæt på længere sigt, og kan forebygge tilbagefald af depression.

REFERENCELISTE

- Allen, A.B., Goldwasser, E.R. & Leary, M. R. (2011). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and identity*, 11 (pp. 428-453)
- Allen, N.B. & Knight, W.E.J. (2005): Mindfulness, compassion for self, and compassion for others – implication for understanding the psychopathology and treatment of depression in Gilbert, P.: *Compassion – conceptualizations, research and use in psychotherapy*, 2005, New York: Routledge
- Baer, R. A., Lykins, E.L.B. & Peters, J.R. (2012) Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological well-being in long-term meditators and matched nonmeditators. *The journal of positive psychology*, 7 (3) (pp. 230-238)
- Bancroft P.R. & Ardley, L.B. (2008) *Major Depression in Women*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Barnard, L.K. & Curry, J.F. (2011) Self-compassion: Conceptualizations, Correlates and Interventions. *Review of General psychology*. Advance online publication, DOI: 10.1037/a0025754, (pp. 1-15)
- Beaumont, E., Galpin, A. & Jenkins, P.(2012) ‘Being kinder to myself’: A prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either cognitive behavior therapy or cognitive behavior therapy and compassionate mind training. *Counseling Psychology Review*, vol. 27, No.1, (pp. 31-43).
- Beck, A. (1967) *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical aspects*. USA: University of Pennsylvania Press
- Beck, A. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, Inc.
- Beck, A. & Alford, B.A. (2009) *Depression – causes and treatment*. (2nd ed.)Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Beck, A.T., Steer, R.A. Epstein, N. & Brown, G. (1990). Beck Self-concept Test. *Psychological Assessment*, 2, (pp. 191-197)
- Beck, A., Rush, J.A., Shaw, B.F & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. Guildford Press.
- Beck, J.S. (2011) *Cognitive behavior therapy – basics and beyond*. (2nd ed.) New York/London: The Guildford Press
- Becker, J. (1979) Vulnerable Self-Esteem as a predisposing Factor in Depressive Disorders. In Depue, R.A. (ed.) *The psychobiology of the depressive disorders – implications for the effects of stress*. New York: Academic Press. [kap.14]
- Blatt, S.J. & Homann, E. (1992) Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review*, vol. 12, (pp. 47-91)
- Brinkmann, S. (2008) *Identitet – udfordringer I forbrugersamfundet*. Århus: KLIM
- Bronfenbrenner, U. (1993), Ecological models of human development, In *Internationeal Encyclopedia of education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in: Guavain, M & Cole, M. (Eds.), *Readings on the development of the children*, 2nd Ed. (1993, pp. 37-43). NY: Freeman.

-
- Chatterton, L., Hall, P.L. & Terrier, N. (2007) Cognitive therapy for low self-esteem in the treatment of depression in an older adult. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 35 (pp. 365-369).
- Chen, Li-Shiun; Eaton, W.W.; Gallow, J. J. & Nestadt, G. (2000) Understanding the heterogeneity of depression through the triad of symptoms, course and risk factors: A longitudinal, population-based study. *Journal of Affective Disorders*, Vol 59 (1), (pp. 1-11)
- Christensen, G. (2005) *Psykologiens videnskabsteori – en introduktion*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Connolly Gibbons, M.B., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Wiltsey Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L.A., Temes, C.M. & Ring-Kurtz, S. (2009) Unique and common mechanisms of change across cognitive and dynamic psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77. (pp. 801-813)
- Costello, C.G. (ed.) (1993) *Symptoms of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Clark D.A., Beck A.T. & Alford B.A. (1999) *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Crocker, J. og Park, L. (2004) The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*. Vol. 130, no.3 (pp. 392-414)
- Dencik, L., Jørgensen P.S. & Sommer D. (2008) *Familie og børn i en opbrudstid*. (1.ed). København: Hans Reitzels forlag [pp. 120-130]
- Dryden, W. (2013) *Unconditional Self-Acceptance and Self-Compassion* in Bernard, M.E. (2013) *The strength of self-acceptance*. New York: Springer. (pp. 107-121)
- Elliot, R., Rubinsztein, J.S., Sahakian, B.J. & Dolan, R.J. (2002) The Neural Basis of Mood-Congruent Processing Bias in Depression. *Arch Gen Psychiatry*, 59. (pp. 597- 604)
- Elmsted, H.C. (2007) *En analyse og vurdering af Mindfulness-Baseret Kognitiv Terapi – til tilbagefaldsforebyggelse af depression*. Sokratisk Forlag
- Elsass, P. (2011) *Buddhas veje. En introduktion til buddhistisk psykologi*. København: Dansk Psykologisk Forlag. [pp. 153-232]
- Fennell, M.J.V. (1998a) Low Self-esteem. In Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (ed.): *Treating complex cases – the cognitive behavioral therapy approach*. Wiley. [kap. 10]
- Fennell, M.J.V. (1998b) *Kognitiv-adfærdsterapeutisk depressionsbehandling, del 1 – en brugsbog til terapeuten*. Psykologisk forlag A/S.
- Fennell, M. J.V. (2003) *At overvinde lavt selvværd – en selvhjælpsguide på grundlag af kognitiv adfærdsterapi*. Århus: Klim
- Fennell, M.J.V. (2004) Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (pp. 1053-1067)
- Fennell, M.J.V. (2005) Low self-esteem. In: *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. (ed.) (pp. 236-240).
- Fennell, M.J.V. & Jenkins H. (2004) Low self-esteem in Bennett-Levy et al (2004) *Oxford Guide to behavioural experiments in cognitive therapy*, New York: Oxford University Press Inc.
- Fournier, J.C, DeRebeis, R.J., Shelton, R.C., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D. & Gallop, R. (2009) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 77, No.4, (pp. 775-787)
-

-
- Franck, E. & De Raedt, R. (2007) Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperformans level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behaviour research and therapy*, 45 (pp. 1531-1541)
- Germer, C.K. (2009). The mindful path to self-compassion. New York: Guildford
- Giddens, A. (1991). *Modernitet og Selvidentitet – Selvet og Samfundet under sen-moderniteten*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gilbert, P. (1984) *Depression: from psychology to brain state*. London: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Gilbert, P. (ed.) (2005) *Compassion – conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: Routledge
- Gilbert, P. (2009) Developing a compassion-focused approach in cognitive behavioral therapy. In Simos, G. (ed.) *Cognitive behavior therapy – a guide for the practicing clinician*. Vol. 2. New York. Routledge [kap. 13]
- Gilbert, P. (2010a) *The Compassionate Mind*. London: Constable
- Gilbert, P. (2010b) *Medfølelse og Mindfulness – fra selvkritik til selvværd*. Århus: Klim
- Gilbert, P. (2010c) *Compassion Focused Therapy*. New York: Routledge
- Gilbert, P. (2010d) An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2). (pp. 97-112)
- Gilbert, P. (2012) Medfølelsesfokuseret terapi [compassion-focused therapy; oversat af Visby, M.] in: Arendt, M. & Rosenberg, N.K. (eds.) *Kognitiv terapi – nyeste udvikling*. (pp. 507-522). København: Hans Reitzel
- Gilbert, P. & Allen, S. (1998) The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28. (pp. 585-598)
- Gilbert, P. & Choden, S.M. (2013) *Mindful compassion*. London: Robinson.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2009) Shame, Self-criticism, and self-compassion in adolescence in Allen, N.B. & Sheeber, L.B. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*. Cambridge University Press [kap. 195-215]
- Gilbert, P., McEwan, K. Matos, M. & Ravis, A. (2011) Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2011), 84, (pp. 239–255)
- Gilbert, P. & S. Procter (2006) Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 13 (pp. 353-379)
- Goffmann, E. (1959) *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin Books.
- Greenberg, P.E, Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W, Berglund & Corey-Lisle, P.K. (2003) The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*: 64: 12. (pp. 1465-1475)
- Greenwald, A.G. & Farnham, S.D. (2000). Using the Implicit Association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of personality and social psychology*, 79. (pp. 1022-1038).
- Guindon, M.H. (2010) *Self-esteem across the lifespan – issues and interventions*. (1.ed.) New York: Routledge.
- Hankin, B.L., Lakdawalla, Z., Carter, I.L., Abela, J.R.Z & Adamas, P. (2007) SSre neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or

-
- distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26. (pp. 29-63).
- Hankin, B. L., Oppenheimer, J.J., Barrocas, A., Shapero, B. G. & Goldband, J. (2009) Developmental origins of cognitive vulnerabilities to depression: review of processes contributing to stability and change across time. *Journal of clinical psychology*, Vol. 65 (12), University of Denver (pp. 1327-1338)
- Healy, D. (1993) Dysphoria in Costello, C.G. *Symptoms of depression*, New York John Wiley & Sons, Inc. [kap. 2]
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Maser, J.D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., Paulu, M.P., Kunovac, J.L., Leon, A.C., Mueller, T.I., Rice, J.A. & Keller, M.B. (1998) A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 55. (pp. 591-700)
- Judge L., Gleghorn A., McEwan, K. & Gilbert, P. (2012) An exploration of group-based compassion focused therapy for a heterogeneous range of clients presenting to a community mental health team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5 (4). (pp. 420-429).
- Jørgensen, C.R. (2002) *Psykologien i senmoderniteten*. Hans Reitzels Forlag. [pp. 280-350]
- Jørgensen, C.R. (2012) Perspektiver på socialt udsatte. In *Psykologi Nyt*, nr. 7., 2012. (pp. 13-17)
- Jørgensen, L.K. & Larsen, S.K. (2013, unpub.) *Go easy on yourself – et systematisk review af studier, der belyser sammenhængen mellem self-compassion og psykologisk velbefindende*. [upubliceret værk] Aalborg: Aalborg Universitet, Projekt i teori, praksis og videnskabelig metode, 9.sem.
- Kernis, M.H. (2003) Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological inquiry*, 14, (1) (pp. 1-26)
- Kernis, M.H. (ed.) (2006) *Self-esteem – issues and answers*. A sourcebook of current Perspectives.
- Koester, T. (2005) Psykologi: Metode, begreb og teori, in. Koester, T. & Frandsen, K. (red.) *introduktion til psykologi*, København: Frydenlund
- Kragh-Sørensen, P. & Kessing, V.L. (2010) Affektive sindslidelser in Mors, Kragh-Sørensen & Parnas: *Klinisk Psykiatri* (3.ed.), København: Munksgaard
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I. Doerig, N., Holtforth G. M. (2013) Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44 (pp. 501-513).
- Kuster, F. Orth, U. & Meier, L.L. (2012) Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: a five-wave longitudinal study. *Personality and social psychology bulletin*, 38 (6) (pp. 747-759)
- Leary, M.R. Tate, E.B. Allen, A. B. Adams, C.E. & Hancock, J. (2007) Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*. (92) 5, (pp. 887-904)
- Lowens, I. (2010) Compassion Focused Therapy for People with Bipolar Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (2). (pp. 172-185)
-

-
- Magnus, C. M. R., Kowalski, K. C., McHugh, T. F. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and identity*, 9, (pp. 363-382)
- Macbeth A. & Gumley, A. (2012) Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology review*, 32 (pp. 545-552)
- Michalak, J., Teismann T., Heidenreich, T., Strohle, G. & Vocks, S. (2010) Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression. *Personality and individual differences*, 50. (pp. 751-754)
- Mruk, C.J. (2013) *Self-esteem and positive psychology. Research, theory, and practice*. (4th ed.) New York: Springer Publishing Company.
- Mørch, M.M. & Rosenberg, N. K. (2005) Kognitiv terapi – modeller og metoder. Hans Reitzel.
- Neff, K. (2003a) Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward the self. *Self and Identity*, 2. (pp. 85-101)
- Neff, K. (2003b) The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2 (pp. 223–250)
- Neff, K. (2004) Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9 (pp. 223-250).
- Neff, K. (2009) Self-compassion. In Leary, M.R. & Hoyle, R.H. *Handbook of individual differences in social behavior*. The Guildford Press: NY. (pp. 561-573)
- Neff, K. D. & Beretvas, S. N. (2012). The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and identity*, 12, (pp. 78-98)
- Neff, K. & Germer, C.K. (2014) A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of clinical psychology*, Vol. 69 (1), (pp. 28–44)
- Neff, K. D., Hsieh, Y. & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic. *Self and identity*, 4, (pp. 263-287)
- Neff, K.D, Kirkpatrick K.L. & Rude S.S (2007) Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41 (pp. 139-154)
- Neff, K.D. & Vonk., R. (2008) Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77:1,
- Neff, K & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to the self. *Journal of Personality*, (77) 1, (pp. 23-50)
- Nilsson, K., Jørgensen, C.R., Craig, T.K.J., Straarup, K.N. & Licht, R.W. (2010) Self-esteem in remitted bipolar disorder patients: a meta-analysis, *Bipolar Disord* 2010:12: (pp. 585-592).
- Nielsen, T. (1995) *Depression – psykologisk forståelse og behandling*. Kbh: Dansk psykologisk forlag
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, (pp. 569–582)
- Nolen-Hoeksema, S. (1995). Epidemiology and theories of gender differences in unipolar depression. In M. V. Seeman Ed.), *Gender and psychopathology*, Washington, DC: American Psychiatric Press. (pp. 63–87)
-

-
- Oestrich, I.H. (2008) Patienter med lavt selvværd har brug for psykologisk hjælp i almen praksis if. Rosendal, M. & Hilden J. *Kognitiv adfærdsterapi i almen praksis*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning.
- Orth, U., Robins, R.W., Widaman, K.F. & Conger, R.D. (2013) Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental psychology*, vol. 50, No.2. (pp. 622-633)
- Padesky, C. & Greenberger, D. (1995) *Clinicians guide to Mind over Mood*. Guildford Press.
- Papageorgiou, C. (2009) Cognitive behaviour therapy, depressive rumination and metacognition in Simon, G. (ed.) *Cognitive Behaviour therapy – a guide for the practising clinician* (vol. 2)
- Paykel, E.S., Scott, J., Cornwall, P.L., Abbott, R., Crane, C., Pope, M. & Johnson, A.L. (2004) Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of controlled trial. *Psychological Medicine*, 35 (pp. 59-68)
- Petersen, A. (2011) Autentic self-realization and depression. *International Sociology*. Vol. 26 (1). (pp. 5-24)
- Raes, F. (2010) Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual differences*, 48 (pp. 757-761)
- Raes, F. (2011) The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness* 2:33-36. (pp. 33-36)
- Rosenberg, M. (1979) *Conceiving the Self*. New York: Basic Books Inc.
- Rosenberg, N.K. (2008) Kognitiv terapi – historie og central begreber in Rosendal & Hilden *Kognitiv adfærdsterapi i almen praksis* København: Månedsskrift for praktisk lægegerning
- Scott, J., Teasdale, J.D, Paykel E.S., Johnson A.L, Hayhurst, A.H., Moore, R. & Garland, A. (2000) Effects of cognitive therapy on psychological symptom and social functioning in residual depression. *British Journal of Psychiatry*, 177 (pp. 440-446).
- Segal, Z.V., Gemar, M. & Williams, J. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (pp. 3-10).
- Segal, Z.V., Williams, J.M, Teasdale, J.D. & Gemar, M. (1996) A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26 (pp. 371-380)
- Segal, Z.V., Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002): *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*, (1.ed.) New York: Guilford
- Segal, Z.V. Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2013): *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression* (2.ed.) New York: Guilford
- Seligman, M. (2007) *What you can change... and what you can't: the complete guide to successful self-improvement: learning to accept who you are*. Vintage Books
- Sullivan, P.F., Neale, M.C. & Kendler, K.S. (2000) Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 157 (10). (pp.1552-1559)

-
- Carvalho, S. Gouveia, J.P., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P. & Pereira, J.M. (2013) Entrapment and Defeat Perceptions in Depressive Symptomatology: Through an Evolutionary Approach. *Psychiatry*, 76 (1) (pp. 53-67)
- Sigaard, L. (2010) Mindfulness-baseret kognitiv terapi ved depression. in: *Kognition & pædagogik*, Årg. 20, nr. 77 (2010) (pp. 20-32)
- Sowislo, J.F. & Orth, U. (2013) Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 2013, Vol. 139, No.1. (pp. 213-240)
- Suls, J. (2006) On the divergent and convergent validity of self-esteem in Kernis, M.H. (ed.) *Self-esteem - issues and answers*. New York. Psychology Press.
- Swann, W.B. (1996) *Self-traps – the elusive quest for higher self-esteem*. W.H. Freeman and Company.
- Swann, W.B. (1997) The trouble with change: self-verification and allegiance to the self. *Psychological science*, vol. 8, no.3 (pp. 177-179)
- Swann, W.B., Chang-Schneider, C. & McClarty, K.L. (2007) Do Peoples self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*. Vol 62, No.3 (pp. 84-94).
- Tarlow E.M. & Haaga D.A.F (1996) Negative self-concept: Specificity to depressive Symptoms and relation to positive and negative affectivity. *Journal of research in personality*, 30 (pp. 120-127)
- Terry, M.L., Leary, M.R. & Mehta, S. (2012) Self-compassion as a buffer against homesickness, depression, and dissatisfaction in the transition to college. *Self and Identity*, vol. 12, No. 3. (pp. 278-290)
- Torrey W.C., Mueser, K.T., McHugo, G.H. & Drake, R.E. (2000) Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2000; 51. (pp. 229-233)
- Uher, R. (2014) Gene–environment interactions in common mental disorders: an update and strategy for a genome-wide search. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2014) 49:3–14. (pp. 3-14)
- Watts, F.N (1993) Problems with Memory and Concentration in Costello, C.G. *Symptoms of depression*, New York John Wiley & Sons, Inc [kap. 6]
- Willner, P.. (1993) Anhedonia in Costello, C.G. *Symptoms of depression*, New York John Wiley & Sons, Inc. [kap. 4]
- WHO-ICD-10 (2011) *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser – klassifikation og diagnostiske kriterier* (1. ed., 16. oplag) København: Munksgaard Danmark

ILLUSTRATIONER OG FIGURER:

Forside-illustration: hentet fra Hein, I. (2010) Regnskabplus: http://www.regnskabplus.dk/A_fordele/fordele.htm. Hentet d. 18/2 2014.

Figur 5: Geoffroy, B.M. (2014) Kognitiv Terapi. <http://www.kognitivterapi.dk/>, hentet 5/3 2014.

BILAG 1: Self-compassion Scale: Neff (2003)

Reference:

- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, (pp .223-250).
- Neff (2014) Scale for researchers:
[Http://www.selfcompassion.org/Self_Compassion_Scale_for_researchers.pdf](http://www.selfcompassion.org/Self_Compassion_Scale_for_researchers.pdf)

Målgruppe: Aldersgruppen 14 år og opefter.

Kodning:

- Self-Kindness Items: 5, 12, 19, 23, 26
- Self-Judgment Items: 1, 8, 11, 16, 21
- Common Humanity Items: 3, 7, 10, 15
- Isolation Items: 4, 13, 18, 25
- Mindfulness Items: 9, 14, 17, 22
- Over-identified Items: 2, 6, 20, 24

Subskala-scores udregnes ved at beregne gennemsnit for hver subskala. For at beregne total-scoren skal de negative subskala items: self-judgement, isolation, and over-identification, ”vendes”: fx en score på 1 bliver til 5, og en score på 2 bliver til 4 osv. Herefter beregnes det totale gennemsnit, og hermed SCS-scoren. SCS-skalaen er vist herunder, i den originale engelske udgave (Neff, 2003/2014).

HOW I TYPICALLY ACT TOWARDS MYSELF IN DIFFICULT TIMES

Please read each statement carefully before answering. To the left of each item, indicate how often you behave in the stated manner, using the following scale:

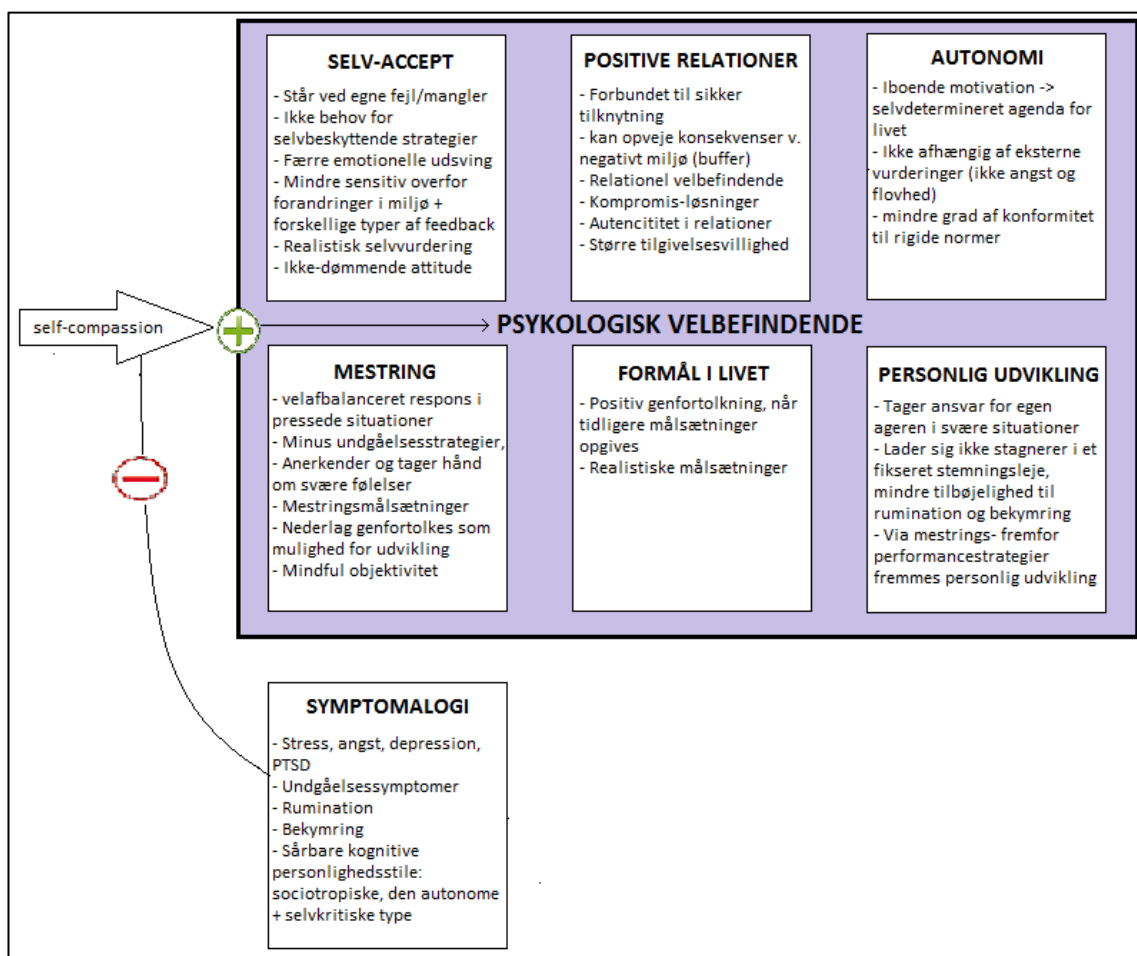
Almost Never	1	2	3	4	5	Almost always
-----------------	---	---	---	---	---	------------------

- _____ 1. I'm disapproving and judgmental about my own flaws and inadequacies.
_____ 2. When I'm feeling down I tend to obsess and fixate on everything that's wrong.

-
- _____ 3. When things are going badly for me, I see the difficulties as part of life that everyone goes through.
- _____ 4. When I think about my inadequacies, it tends to make me feel more separate and cut off from the rest of the world.
- _____ 5. I try to be loving towards myself when I'm feeling emotional pain.
- _____ 6. When I fail at something important to me I become consumed by feelings of inadequacy.
- _____ 7. When I'm down and out, I remind myself that there are lots of other people in the world feeling like I am.
- _____ 8. When times are really difficult, I tend to be tough on myself.
- _____ 9. When something upsets me I try to keep my emotions in balance.
- _____ 10. When I feel inadequate in some way, I try to remind myself that feelings of inadequacy are shared by most people.
- _____ 11. I'm intolerant and impatient towards those aspects of my personality I don't like.
- _____ 12. When I'm going through a very hard time, I give myself the caring and tenderness I need.
- _____ 13. When I'm feeling down, I tend to feel like most other people are probably happier than I am.
- _____ 14. When something painful happens I try to take a balanced view of the situation.
- _____ 15. I try to see my failings as part of the human condition.
- _____ 16. When I see aspects of myself that I don't like, I get down on myself.
- _____ 17. When I fail at something important to me I try to keep things in perspective.
- _____ 18. When I'm really struggling, I tend to feel like other people must be having an easier time of it.
- _____ 19. I'm kind to myself when I'm experiencing suffering.
- _____ 20. When something upsets me I get carried away with my feelings.
- _____ 21. I can be a bit cold-hearted towards myself when I'm experiencing suffering.
- _____ 22. When I'm feeling down I try to approach my feelings with curiosity and openness.
- _____ 23. I'm tolerant of my own flaws and inadequacies.
- _____ 24. When something painful happens I tend to blow the incident out of proportion.
- _____ 25. When I fail at something that's important to me, I tend to feel alone in my failure.
- _____ 26. I try to be understanding and patient towards those aspects of my personality I don't like
-

BILAG 2: Self-compassion og psykologisk velbefindende

Dette bilag viser en figur fra et tidligere projekt jeg har været med til at udforme (Jørgensen & Larsen, 2013). Projektet, der blev udformet fra september til december 2013, havde til formål at undersøge sammenhængen mellem self-compassion og relationen til psykologisk velbefindende, gennem et systematisk review. Det systematiske review gennemgik 24 forskningsartikler, som på hver deres måde undersøgte self-compassion og dets relation til psykologisk velbefindende, eksempelvis via undersøgelsen af bestemte copingstrategier og interpersonelle færdigheder. Nedenstående figur var produktet af det systematiske review, der er et forsøg på at illustrere, den sammenhæng self-compassion har til seks aspekter inden for psykologisk velbefindende: selv-accept, positive relationer, autonomi, mestring, formål i livet og personlig udvikling, ud fra de resultater vi fik igennem det systematiske review. Desuden illustrerer figuren også, hvordan self-compassion har en evne til at fungere som en form for ”buffer” mod diverse psykiske sygdomme, maladaptive strategier og symptomatologi.



BILAG 3: Self-esteem scale (SES)

Rosenberg (1979)

Kilde: Rosenberg (1979): *Conceiving the self*. New York: Basic Books, Inc., Publishers. (pp. 291ff).

Form: RSE er en 10-item Guttman skala.

Instruktioner: Deltagere bliver bedt om at svare på nogle generelle følelser omkring selvet, hvor de skal markere om de er meget enige, enige, uenige eller meget uenige. Nedenstående er den originale engelske udgave, Rosenberg (1979)

1. *On the whole, I am satisfied with myself.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

2. *At times I think I am no good at all.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

3. *I feel that I have a number of good qualities.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

4. *I am able to do things as well as most other people.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

5. *I feel I do not have much to be proud of.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

6. *I certainly feel useless at times.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

7. *I feel that I'm a person of worth, at least on an equal plane with others.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

8. *I wish I could have more respect for myself.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

9. *All in all, I am inclined to feel that I am a failure.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

10. *I take a positive attitude toward myself.*

Strongly Agree - Agree – Disagree - Strongly Disagree

BILAG 4: Figur til besvarelse af problemformulering

Figur, hvor jeg har forsøgt at illustrere nogle af dette speciales fund/teser, i forhold til, hvordan perspektivet omkring self-compassion tilfører noget anvendeligt til den eksisterende viden i forhold til forståelse, behandling og tilbagefaldsforebyggelse af depression og den negative selvopfattelse.

