

PSYKOLOGISKE BEHANDLINGSFAKTORER VED ET INTEGRERET REHABILITERINGSPROGRAM FOR HJERTE-PATIENTER

Benny Karpatschof & Søren Ballegaard

Artiklen er resultatet af et tværfagligt samarbejde, hvor de to forfattere har analyseret et prospektiv patientmateriale omfattende Angina Pectoris-patienter, der har undergået et omfattende behandlingsprogram, der udover akupunktur inkluderer egne akupressur-øvelser og livsstilsændringer. Artiklen indledes med et videnskabsteoretisk diskussion af bio-psykologisk sundhedsforskning, fortsætter med en teoretisk gennemgang af psykologiske behandlingsfaktorer og afsluttes med et empirisk eftersøgning efter disse i vort eget materiale

Denne artikel er resultatet af et samarbejde over 15 år mellem forfatterne. Samarbejdet har været præget af en massiv afvisning fra den etablerede hjertemedicins side over for et utraditionelt behandlingsprogram, hvor en hovedkomponent er akupunktur. Denne afvisning har især vist sig som påstand om, at en evt. positiv effekt af behandlingsprogrammet må være baseret på en ren placebo-effekt. I denne artikel skal vi imidlertid ikke behandle den cardiologiske uenighed om effektiviteten af akupunktur over for cardiologiske sygdomme. Som et bidrag til et sundhedspsykologisk temanummer er de psykologiske behandlingsfaktorer der skal fokuseres på. Dette kan måske umiddelbart ses som et knæfald for den etablerede medicins placebo-begreb. Med begrebet psykologiske behandlingsfaktorer søger vi imidlertid at udvikle et alternativ til placebo-begrebet, der kan ses som et paradoksal hjælpebegreb fra en biologisk reduktionisme, der på den ene side afviser at beskæftige sig med psykologiske forhold, og på den anden side ser sig nødsaget til en de facto anerkendelse af disse forholds betydning. Dette dobbeltgreb sker med det negative og derogative placebo-begreb. Heroverfor har vi søgt at lokalisere, hvad det egentlig kan være for psykologiske forhold, der viser sig i behandlingen af de hjertepatienter, som har gennemgået behandlingsprogrammet. Disse psykologiske forhold kan både være fremmende og hæmmende for et positivt behandlingsresultat.

Hermed søger vi at bidrage til udviklingen af sundhedspsykologien, den endnu ret nye disciplin, som er temaet for dette nr. af Psyke & Logos. Sundhedspsykologien er karakteriseret ved to forhold:

1. Den står for over for et meget bredt arbejdsfelt omfattende en række forhold omkring sundhed og sygdom
2. Den er så at sige født tværfaglig, dvs. at nødvendigvis må have biologien og lægevidenskaben som med- (og undertiden også mod-) spiller.

De to næste afsnit beskæftiger sig med disse to forhold.

SUNDHEDSPSYKOLOGIENS OPGAVER

Forholdene omkring sundhed og sygdom kan sammenfattes i følgende punkter, der ganske vist hænger sammen på mange måder, men som det alligevel efter vores opfattelse kan være uheldigt at sammenblende

1. *Hvad er det som gør, at en person **er sund**?*
2. *Hvad er det som gør, at en person **bliver syg**?*
3. *Hvad er det som **gør** en syg person **rask**?*
4. *Hvad er det som **forhindrer** en person i at blive **rask**?*

De to første punkter omhandler de forhold som vedrører en persons sundhedsmæssige tilstand, herunder de såkaldte livsstilsfaktorer, og sundhedspsykologien peger også med stigende evidens på egentlige personlighedstræk. De næste to punkter omhandler derimod selve behandlingsprocessen, såvel de forhold ved denne som kan tilsikre helbredelse, som de forhold, der kan forhindre den.

Vi vil nu starte med et terminologisk forsøg på at fastlægge disse fire forhold med en opdeling af alle faktorer, der influerer på sundhedstilstand og behandlingsproces:

4 slags sundheds-psykologiske faktorer

1. *Hygiogene faktorer (sundhedsfremmende)¹*
2. *Patogene faktorer (sygdomsfremmende)*
3. *Curative faktorer (helbredelsesfremmende)*
4. *Refraktive faktorer (helbredelsesmodvirkende)*

1. Den første kategori kaldes undertiden for *salutogen* med en latinsk-græsk hybriddannelse, og det er muligt at denne term vil sætte sig fast, men ud fra et rent sprogpuristisk synspunkt vil vi slå et slag for ordet *hygiogen*, sammensat af de græske ord »hygies« som betyder *sund* og »gen« som betyder at *føde* eller *skabe*. Antonovsky (1990) bruger i øvrigt termen *salutogen* om en model for adaptiv sundhedsadfærd, der ved sin aktive form går ud over systemtoeriens homeostase-begreb.

De er primært det tredje punkt der skal diskuteres i denne artikel, hvor vi dog også vil tangere det sidste punkt. Curative er ligesom refraktive faktorer principielt hævet over et evt. tilhørsforhold til et bestemt genstandsområde, men da denne artikel indgår i en sundhedspsykologisk kontekst, er emnet *psykologiske* behandlingsfaktorer.

Forholdet mellem biologi og psykologi i forskellige forklaringsmodeller for sundhed og sygdom

Uanset hvilke af de 4 nævnte problemer vedrørende sundhed og sygdom man praktisk eller teoretisk beskæftiger sig med kan man angribe spørgsmålet enten fra en biologisk eller en psykologisk synsvinkel, eller man kan søge at kombinere disse synsvinkler. Vi skal starte med den rent biologiske synsvinkel.

Den monofaktorielle biologiske model

Sundhedssystemet har siden det videnskabelige gennembrud i 16-hundred-tallet og i alt fald indtil de seneste år har været domineret af en lægestand, hvis uddannelse er baseret på biologiens discipliner. Derfor er den altovervejende del af behandlingssystemet og sundhedsvidenskaben entydigt biologisk orienteret, dvs. baseret på biologiske discipliner som fysiologi, biokemi og genetik.

Dette er naturligvis i vid udstrækning ganske adækvat og ofte optimalt, såvel ud fra et praktisk behandlingsmæssigt som ud fra et teoretisk, sundhedsvidenskabeligt perspektiv. Imidlertid er der to begrænsninger ved en sådan rent biologisk forståelsesramme.

For det første reducerer en ren biologisk forståelsesramme de psykologiske og samfundsmæssige aspekter væk, men det menneskelige individ kan ikke forstås på den måde. Det menneskelige individ er et samfundsvæsen og må derfor også forstås i dets sociale og samfundsmæssige sammenhæng. Det menneskelige individ er et bevidsthedsvæsen der må forstås ud fra dets intentioner, ud fra dets egen opfattelse af sin situation, og ud fra de følelser der forbinder intentioner og situationsopfattelse.

For det andet er det menneskelig individ noget unikt, sådan som det kan sammenfattes i begrebet personlighed, der er den helhedsbetegnelse som sammenfatter en persons væsenstræk. Da de biologiske discipliner er orienteret mod det almene, det nomotetiske, vil de næsten altid komme til at mangle en forståelsesramme for dette forhold.

Ved at reducere det menneskelige individ til noget biologisk overses de samfundsmæssige og psykologiske forhold. Ved at reducere det menneskelige individ til en størrelse bestemt af rent nomotetiske forhold overses det unikke ved den enkelte person, altså personligheden.

Hvor en biologisk forståelsesramme der er åben over for andre viden-

skabelige perspektiver er uundværlig, bliver en biologisk tænkemåde, som afviser sådanne andre perspektiver, reduktionistisk. Den reducerer ikke sundhedsvidenskab til biologi, men til biologisme.

Som en slags reaktion på den dominerende biologisme i sundhedssystemet er der, især inden for den såkaldte alternative behandling, men også i en ikke ubetydelig udstrækning blandt psykologer opstået en antipode til biologismen, nemlig:

Den monofaktorielle psykologiske model

Hvor den monofaktorielle biologiske model reducerer alle spørgsmål om sundhed og sygdom til biologiske faktorer og benægter relevansen af fx psykologiske forhold, der hævder den spejlbillede, den monofaktorielle psykologiske model, at en persons sundhedstilstand alene hænger sammen med psykologiske forhold og at kroppens tilstand og funktion i virkeligheden er bestemt af disse.

Det skal understreges, at en sådan psykologisme efter vores opfattelse bestemt ikke er noget positivt alternativ til den oven for omtalte biologisme. Hvor biologismen står for en naturvidenskabelig ortodoksi, der indebærer en vis snæversynethed, fører den psykologiske reduktionisme ofte til en ontologisk idealisme, ja undertiden til en rent okkult opfattelse.

En særligt negativ konsekvens af den monofaktorielle psykologiske model er hvad Spiegel (Spiegel et al 1998) har kaldt for *The Error of Positive Thinking*. Dvs. den i og for sig følgerigtige slutning, at hvis sygdom kun afhænger af psykologiske forhold ved en person, så er enhver sygdom også denne persons egen skyld. Og helt galt er det naturligvis, hvis en sådan person ikke vil vedkende sig denne sammenhæng. Denne udformning af psykologismen føjer således spot til skade. Ud over at trækkes med sin sygdom skal patienten også bære skylden for sig egen sygdom.

Når der kan rettes en så stærk kritik mod begge monofaktorielle modeller, er det ikke uforståeligt, at der mange steder i behandlingssystemet har været sympati for at undgå disse grøfter ved at operere med såvel biologiske som psykologiske faktorer. Hermed kommer vi over i:

Den bifaktorielle bio-psykologiske model

Den bifaktorielle bio-psykologiske model giver muligheder for overskride snæverheden i begge de to tidligere modeller. Fx kan man opstille kausale modeller, hvor man ser på de psykologiske virkninger af biologiske tilstande og proceser, eller man kan omvendt se på hvordan psykologiske forhold virker ind på de biologiske. Hermed er denne model også velegnet til et eksperimentelt forskningsparadigme. Den bifaktorielle bio-psykologiske model indebærer imidlertid stadig nogle meget stærke begrænsninger. Det lyder umiddelbart måske meget salomonisk og neutralt at sidestille biologiske og psykologiske forhold, men ved en sådan

mekanisk sidestilling er det faktisk umuligt at udvikle et teoretisk forståelse for, hvordan de sider egentlig hænger sammen.

Faktisk kan man argumentere for at denne sidestilling er en veritabel kategori-fejl. En tankemæssig fejl af samme art, som hvis man talte om sammenhængen mellem krop og hjerte. Hvis vi nemlig har en relation hvor den ene relatant logisk omslutter den anden, så er der ikke tale om en sidestilling, men om en relation mellem helhed og del. Det er denne sidste forståelsesform, vi skal diskutere i det følgende afsnit.

Mikro-makromodellen for forholdet mellem biologi og psykologi – det biologiske som det sub-psykologiske, og det psykologiske som det supra-biologiske

Udgangspunktet for denne fjerde model er at en person kun forstås som en helhed ud fra et psykologisk perspektiv, der bl.a. inddraget personens personlighed, dvs. indbegrebet af væsenstræk ved personen. Kroppen er naturligvis også en del af personen, ja umiddelbart en del der kan synes at omfatte hele personen. Når vi taler om personens krop forholder vi os imidlertid til enten bestemte dele af personen, såsom lemmer eller organer, eller også beskæftiger vi os i alt fald med noget lokaliserbart i et felt, der ligeledes er lokaliseret i tid og rum.

Når vi forholder os til psykologiske forhold abstraherer vi imidlertid til en vis grad fra disse lokaliserbare tilstande og processer. Hvis vi siger, at en person er glad eller ked af det. Eller hvis vi med en psykologisk terminologi søger at karakterisere vedkommendes personlighed, så beskæftiger vi os med forbigående eller evt mere permanente træk, som ikke på samme måde som de kropslige er lokaliserbare. Det har simpelt ikke nogen mening at bruge samme fysiske termer om kroppen som om psykologiske tilstande eller personlighedstræk.

Vi kan sige at kroppen har body-mass-index på 20, at temperaturen er 39°, men når vi karakteriserer en person som nedtrykt eller indadreagerende eller i besiddelse af en adaptiv coping-form, så er disse adjektiver ikke beskrivelser af lokaliserede tilstande eller processer, men de er globaliserende beskrivelses- eller forståelses-nøgler for noget der angår personen i sin helhed.

På den anden side er det indlysende at psykologiske tilstande og processer ikke kan foreligge uden en række lokaliserbare biologiske tilstande og processer, der så at sige implementerer det psykologiske. Vi kan derfor udtrykke den psyko-biologiske relation ved at betegne det biologiske som det *sub-psykologiske* og alternativt det psykologiske som det *supra-biologiske*.

Vi kan måske karakterisere de ovenfor beskrevne modeller på den måde, at den monofaktorielle biologiske model kun ser forhold omkring sundhed og sygdom med det ene øje, den monofaktorielle psykologiske model kun med det andet, mens den bifaktorielle bruger begge øjne, men

uden at danne et sammenhængende billede. Et sammenhængende billede skulle der derimod gerne komme ud af mikro-makro-modellen.² Om denne forhåbning er reel vil blive afprøvet i det følgende.

En afgørende prøve består i om de 4 sundhedspsykologiske opgaver lader sig angribe ud fra denne model. Lad os her træde et skridt tilbage og se på hvilke typer af disse opgaver som biologismen har opgivet af løse.

Anomalier i den biologistiske medicin

Ifølge Kuhn vil begrænsninger eller direkte fejlagtige påstande i et bestemt videnskabeligt paradigme komme til udtryk som anomalier, dvs. sagforhold som paradigmet ikke kan forklare, eller som det forklarer på en måde, der er i strid med de empiriske iagttagelser, som paradigmet selv indsamler. Vi skal nu se på hvordan den biologistiske medicin er plaget af sådanne anomalier, og vi skal også komme ind på, hvordan disse anomalier får den til om ikke ligefrem at snakke sort, så dog bringe den i så store begrebslige vanskeligheder, at dens sprog kommer i strid med dens egen logik. Vi skal også se på hvordan disse anomalier fører til en forvrænget metodologi og en forvrænget behandlingspraksis.

Den biologistiske medicin har en overgribende intention om at reducere alle forhold omkring sygdom og behandling for sygdom til kausale processer af fysisk-kemisk (herunder biokemisk art). Den søger at udforske disse processer eksperimentelt og herigennem at finde frem til fysisk-kemiske interventioner, der kan fremme helbredelsesprocessen. De tre primære led i medicinen: medicinsk forskning, behandling og lægemiddelindevirksomhed er alle tilpasset denne tankegang og dermed hinanden.

Forenklet er tankegangen at der til en bestemt sygdom svarer en fejlbehæftet tilstand i organismen, og at denne tilstand skal korrigeres gennem en fysisk-kemisk intervention, der bringer organismen over i en fejlfri tilstand. Denne opfattelse kaldes også med et polemisk udtryk for apparat-fejl-modellen.

En paradigmatisk gyldig intervention er dels bekræftet gennem et eksperimentelt medicinsk forsøg og er dels genstand for bestræbelser på en teoretisk forklaring af, hvordan interventionen afstedkommer at den fejlbehæftede tilstand bliver afløst af en fejlfri. Dette ortodokse medicinske paradigme forventer derfor at rationel behandling alene virker på dette grundlag. Ideelt set skulle en helbredelse derfor finde sted i alle de tilfælde, hvor den gyldige behandling finder sted, mens det i alt fald ikke er muligt rationelt at forklare helbredelse i andre tilfælde.

2. Da denne artikel koncentrerer sig om den bio-psykologiske relation, er individets sociale kontekst ikke explicit omtalt, men tages for givet som et grundlag for enhver psykologisk beskrivelse.

Hvis vi nu sammenholder intervention og behandlingseffekt så for vi følgende skema:

Medicinens sorte huller

Type af Behandlingsform	Positiv Helbredelses-effekt	Manglende Helbredelses-effekt
Medicinsk virksom Behandling	Medicinsk forventet effekt	Nocebo-effekt (Refraktion)
Medicinsk virksom Behandling	Placebo-effekt	Medicinsk forventet mangel på effekt

I tabellen er de hvide felter den kombination af intervention og effekt, som ud fra paradigmet er rationelt forståeligt. Til den medicinske virkssomme behandling forventes en helbredelseffekt, og til den medicinske uvirkssomme behandling forventes en manglende effekt. Anomaliene viser sig nu i de sorte felter. For det første det nederste venstre felt, hvor der på trods af en manglende behandling eller en medicinske uvirkssomme behandling observeres en helbredelseffekt, og for det andet det øverste højre felt, hvor der til en medicinske virksomme behandling ikke fremkommer den forventede helbedelseffekt.

Det første tilfælde er været kendt gennem længere tid og har fået betegnelsen *Placebo-effekt*. Det andet tilfælde er først blevet begrebsliggjort i den senere år under betegnelsen *Nocebo-effekt*. Det er således primært placebo-effekten, der har været i medicinens søgelys, men på den paradoksale måde, at den accepteres som et uforklarligt fænomen, der egentlig ikke burde være der, og som, netop fordi man er nødt til at se i øjnene, at den på trods af al biologisk rationalitet har den frækhed alligevel at optræde, må elimineres som den forstyrrende fejlkilde den er. I statistisk teori taler man *nuissance parameters*, dvs. sådanne parametre i en given analysemodel for et empirisk materiale som slet ikke har nogen interesse for undersøgelsens problemstilling, men som statistikerne alligevel ikke kan slippe for at inddrage i analysen. På samme måde kan man måske se placebo-effekten som et *nuissance* fænomen. Det som gør den til et sådant plagsomt fænomen er, at den på den ene side er paradigmatisk irrelevant, ja ligefrem paradigmatisk modsigelsesfuld, og på den anden side ikke er så lige til at blive af med.

Standard-metoden er gennem det dobbeltblinde forsøg at få et estimat for placeboeffekten, altså en måling af nuisance-parameteren. Det afgørende er nu at effekten i forsøgsgruppen er signifikant større end effekten i kontrolgruppen, ellers må man antage at også effekten i forsøgsgruppen er en placeboeffekt, hvad det så ellers er for noget. Hvis fx placeboeffekten er på 30% helbredelse, mens den i forsøgsgruppen er på 40%, så vil man med et tilstrækkeligt antal ptt. i de to grupper kunne konkludere at der er en genuin effekt af behandlingsmetoden.

Hertil er der en række overvejelser der melder sig. I det omtalte tilfælde er den reelle forsøgseffekt kun på 10%, mens placeboeffekten er 3 gange så stor. Altså er det måske placeboeffekten der er den mest interessante, og måske også den mest virkningsfulde. Men det er alligevel placeboeffekten, der som et fremmedlegeme eller en svulst bliver bortopereret, mens den måske marginale forsøgseffekten søges rendyrket. Årsagen er imidlertid at forsøgseffekten pr. definition tilhører det medicinske paradigmes genstandsområde, mens placeboeffekten ikke gør det. Forsøgseffekten befinder sig inden for paradigmets observationshorisont, mens placeboeffekten befinder sig uden for.

Men kunne man ikke udvide denne medicinske observationshorisont til at omfatte placeboeffekten? Det kan man ikke uden videre, ja faktisk kan man nok slet ikke uden at ændre dette paradigme. Den ikke ubetydelige viden, vi trods placebo-forskningens stedmoderlige placering i sundhedsforskningen faktisk har om placebo,³ peger nemlig på, at det for det første er meget sammensat fænomen, hvor det ikke på samme måde som ved det ortodoxe kliniske eksperiment er muligt at isolere en enkelt virksom faktor. For det andet tyder placebo-forskningen på at der snarere end fysisk-kemisk processer er tale om personligheds- og social-psykologiske forhold, såsom patientens tro på behandlingen og relationen mellem patient og behandler. Der er således tale om forhold, der begrebsligt og teoretisk befinder sig uden for det medicinske paradigmes forståelsesramme.

Men i øvrigt indebærer den kliniske eksperimentalmetodologi, at de virksomme forhold, som altså efter alt at dømme vedrører personligheds- og socialpsykologiske processer, næsten pr. definition er utilgængelige for udforskning. Kravet om dobbelt blindning er nemlig udviklet med henblik på at isolere kemisk virksomme præparater og evt. fysiske interventioner. Derimod kan man jo ikke dobbeltblinde patientens tiltro til behandlingen eller relation til behandleren. Vi har her et eksempel på intra-paradigmatisk kontrol, hvor teorien, metodologien og behandlingspraksis alle støtter hinanden i en næsten ubrydelig enhed. For øvrigt kan vi se forholdet mellem medicinalindustri og behandlingssystem som en ydre ring om denne intra-paradigmatisk kontrol. Ved en konference hvor den

3. Se fx Andersen et al. 1997.

ene af artiklens forfattere (Søren Ballegaard) forelagde sine behandlingsmetoder for repræsentanter for førende medicinalindustrielle koncerner faldt deres i starten store interesse, da de efterhånden fremgik at disse metoder i vid udstrækning overflødiggjorde såvel medicin, som medicoteknologi.

Er det da sundhedspsykologien der skal fremelske en placeboforskning? Nej, det er efter vores mening ikke en farbar vej. Sagen er jo den, at trods dens paradoksale karakter er placebobegrebet trods alt et biologisk hjælpebegreb, som en slags symptombehandling af en af dens alvorlige anomalier. Fejlen ved placebobegrebet er konstruktiv og ubodelig. Den er nemlig konstrueret som et negatoidt begreb. Dvs. at den er defineret ved det den mangler. In casu altså en rationel kemisk-fysisk faktor. Det er derfor ikke rimeligt at spille mere tid på denne medicinens flogiston. Dette betyder imidlertid ikke, at placebo-fænomenet skal afvises. Fænomenet er der rigtig nok. Det har blot endnu ikke fundet sit *begreb*. I stedet vil vi foreslå et positivt begreb for noget der efter alt at dømme er en væsentlig del af den såkaldte placebo-effekt, dette begreb er *psykologiske behandlingsfaktorer*.

Faktisk må der som omtalt i afsnittet om sundhedspsykologiske faktorer være to slags behandlingsfaktorer. De positive curative faktorer, som også kunne helbredelsesfaktorer, og de negative refraktive faktorer. De førstnævnte forårsager placeboeffekten, de sidstnævnte noceboeffekten.

På sporet af en personlighedpsykologisk behandlingsfaktor – defensiv og adaptiv coping

Når vi skal søge de nedstigende instanser hvorigennem personlighedstræk og tilstande sætter sig igennem som somatiske processer, er der øjensynligt flere veje for denne formidling. Vi kan måske foretage en hovedopdeling ved at pege på to former for en sådan nedadgående mediering:

1. Mediering af personlighedsmæssige forhold til somatiske processer via det neurale og hormonale system
2. Mediering af personlighedsmæssige forhold til somatiske processer via personens generelle livsførelse og adfærd over for sygdom og behandling

Vi skal senere i denne artikel komme ind på begge disse medieringer, hvis udforskning i de kommende år formentlig vil hæve en del af sløret for det gådefulde i overgangen fra psykologiske til somatiske processer. Inden da skal vi imidlertid præsentere en skitse til en overordnet personlighedpsykologisk forståelsesramme for den en person forholder sig til en sygdom eller til en andre traumatiske eller belastende forhold i livet, der måske kan medføre sygdom.

Vi skal anvende Lazarus' Coping-begreb (Lazarus & Folkman 1984, Lazarus 1991), hvis styrke bl.a. ligger i at det sammenfatter de væsentligste almenpsykologiske grundfunktioner. Ved *coping*⁴ forstår han den måde en person perciperer, vurderer og handler over for en bestemt situation eller type af situationer, således at coping spænder over alle de 3 klassiske dele af psykologien, altså erkendelse, følelse og handling.

Blandt psykoanalytisk inspirerede tilhængere af Coping-teorien er det blevet almindeligt at skelne mellem to forskellige former for coping.

A. *Adaptive Coping*

B. *Defensiv Coping*

Ved adaptiv coping forstås de forholdemåder der er direkte rettet mod det problem eller den opgave der foreligger i en given situation og som er egnet til løse problemet eller fuldføre opgaven.

Ved defensiv coping forstås derimod forholde- og reaktionsmåder, der i virkeligheden ikke primært (eller overhovedet) er rettet mod det ydre problem, men mod problemet som det foreligger inden for personens interne personlighedspsykologiske husholdning. Den defensive coping er rettet mod uligevægtstilstande i personens eget følelsesliv, især mod negative tilstande som angst og smerte. Ved psykopatologiske tilstande og personlighedsformer er det slet ikke en adækvat fungerende personlighed der forsvarer sin indehaver mod ydre trusler, men derimod oftest uerkendte dele af personligheden der forsvarer sig selv mod truslen om at blive afsløret som uanvendelige, skadelige eller ligefrem destruktive.

På grundlag af (Rosenbaum 1990) har vi forsøgt at udvide denne opdeling af copingformer til at omfatte en række parallelle personlighedspsykologiske dikotomier:

A. Adaptive Coping

(Reformative Self Control)

Learned Ressourcefulness:

Sense of Coherence

Hardiness

B. Defensiv Coping

(Redressiv Self Control)

Learned Helplessness

Lack of Sense of Coherence

Vulnerability

4. Coping har ikke fået nogen god dansk oversættelse. Undertiden bruges udtrykket mestring, der i øvrigt er flot gammelt ord, men det har nogle connotationer, der er lidt for festlige til at dække de negative former for coping.

Når den første af de 4 dikotomier *Reformative Self Control* versus *Redressiv Self Control* er anbragt i parentes er de fordi de ikke bidrager meget til overskriften, men nærmest er synonyme for overskriftens copingform. Rosenbaum (1990) skriver således herom:

Whereas in redressive self-control the person's efforts are directed at resuming normal functioning that was disrupted, in reformative self-control the efforts are directed at disrupting his or her customary way of functioning and adopting a new behavior.

Den næste dikotomi *Learned Ressourcefulness* overfor *Learned Helplessness* er udtryk for en teoretisk videreudvikling af Seligman's klassiske teori (Seligman 1975) om *Learned Helplessness*. Lige som Seligman påviste eksperimentelt at hjælpeløshed kan være en generaliseret adfærdsdisposition erhvervet gennem indlæring har Meichenbaum (1977) foreslået et begreb om *Learned Ressourcefulness*, der ligeledes er en generel, indlært adfærdsdisposition, men som modbegrebet til indlært hjælpeløshed er indlært ressourceløshed, som Rosenbaum har videreudviklet siden 1983. Hos begge disse forfattere indgår begrebet i en forståelsesramme, der er overvejende præget af den kognitive terapi, hvilket imidlertid ikke begrænset begrebets generelle personlighedspsykologiske anvendelighed, som er overordnet karakteristisk af en persons copingform.

Den tredje dikotomi er *Sense of Coherence* versus *Lack of Sense of Coherence*. Antonovsky definerer (1990) *Sense of Coherence* på følgende måde:

The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (a) the stimuli deriving from one's internal and external environment in the course of living are structured, predictable, and explicable (comprehensibility); (b) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli (manageability); (c) these demands are challenges, worthy of investment and engagement (meaningfulness).

Den sidste af dikotomierne er *Hardiness* (dansk *robusthed*) overfor *Vulnerability* (dansk *skrøbelighed*). Dette personlighedsdimension har ligesom de 3 foregående fået en grundig psykometrisk behandling, som er for teknisk og omfattende til at indgå i denne artikel, men i (Orr & Westman 1990) slås det fast at de vigtigste aspekter ved skalaen er *Commitment, Control and Challenge* (dansk *engagement, kontrol og udfordring*), og den person beskrives på følgende måde:

... An active optimist organizing his or her ever-changing social context. Instead of being on the watch and only reacting to stress when confrontation is inescapable, the hardy person thrives on it.

Hardiness (dansk *robusthed*) kan måske modstilles til *vulnerability* (dansk *skrøbelighed*). Dimensionen har vist at hænge nøje sammen med 3 førnævnte, og den er særlig intimt knyttet til lyst til *challenge* (dansk *udfordringer*) og til *dispositional optimism*.

Efter denne lyntur gennem nogle litteraturen eftersøgning efter nogle centrale repræsentanter for hvad vi har kaldt psykologiske behandlingsfaktorer kommer vi nu omsider til den empiri, som vi skal forelægge.

Behandlings-programmet

Da det bio-medicinske paradigme som tidligere blev diskuteret fremtrådte det måske som en skyggeagtig videnskabsteoretisk abstraktion. Vi har imidlertid gennem 15 år været i en nærkontakt med dette paradigme og slet ikke oplevet det som et substansløst begreb, men derimod som et særdeles substantielt magtmonopol inden for sundhedssystem og sundhedsforskning. Da den ene af forfatterne, Søren Ballegaard som ung hjertelæge med en tillægsuddannelse i klassisk kinesisk akupunktur var i gang med nogle af sine første undersøgelser af effekten af akupunktur, henvendte han sig til den anden af os, Benny Karpatschof, for at søge en samarbejdspartner, der kunne trænge ned i evt. psyko-sociale faktorer, hvor iblandt Ballegaard havde en fornemmelse af at patientens forventning var at finde.

Sammen med daværende stud., nu cand. psych. Joan Holck, blev i forbindelse med et akupunktur-forsøg et supplerende psykologisk undersøgelsesdesign opstillet. Vi udviklede således et index for social netværk og anvendte desuden MMPI. På et meget lille patientmateriale fandt vi en signifikant behandlingseffekt af det sociale netværksindex, og vi faldt desuden over en refraktiv faktor, nemlig det der i MMPI-testens terminologi hedder *det hysteriforme V*. Det vil sige, at patienter der fremviste det misforhold, at de havde særdeles mange uspecifikke somatiske klager, men til gengæld forbløffende få klager vedrørende deres psyko-sociale status, disse personer havde lige som patienter med en dårlig social netværksindex praktisk taget ingen helbredelseffekt, mens hovedparten af patienter med et acceptabelt netværksindex og uden det hysteriforme V næsten alle havde en behandlingseffekt. Og behandlingseffekten var håndfast nok, det var hjertets ydeevne målt i Watt under en cykeltest.

Desværre var Søren Ballegaard gået i den metodologiske fælde at opstille et design der tentativt imødekom kravet til et klinisk forsøg. Dvs. at der var en kontrolgruppe til akupunktur-gruppen, således at kontrolgruppen fik en såkaldt Sham-akupunktur i andre nålepunktur end de i den

klassiske kinesiske teori foreskrevne. Vi nævnte før, at samspillet mellem teori, metodologi og behandlingspraksis udgør et integreret system af intra-paradigmatisk kontrol, og vi anførte ortodoxien omkring det blinde, og helst dobbelt-blindede, kliniske forsøg som en hovedhjørnestein i denne kontrol. Netop kravet om en blindet kontrol viser hvordan. Dette krav er nemlig ikke blot et rationelt krav til videnskabelighed ved de behandlingsformer, hvor dette er muligt, typisk ved farmaka, men det bliver også meget let en eksklusion af interaktive behandlingsformer, hvor blinding ikke er muligt. Hvis fx blindingskravet havde været gældende i psykologien, så var der praktisk taget ingen psykologiske behandlingsformer, der ville blive accepteret som klinisk afprøvede.

Da der ikke fremkom nogen signifikant effekt mellem forsøgs- og kontrol-gruppe kunne de højteknologiske hjertelæger sende akupunkturen, der hen hvor de ønskede den. Hvilket bogstaveligt talt er til det verdenshjørne hvor pebberet gror og hvor akupunkturen jo også kommer fra. I alt fald blev den lille forsøgsafdeling med akupunktur smidt ned fra Rigshospitalets 13. etage, og Ballegaard var for stedse uddrevet ikke blot fra dette hospital, men fra enhver støtte fra sundhedssystemet i det hele taget. Ja, mere end det, han har siden været black-listet af den magtfulde organisation af hjertelæger.

Således uddrevet af hospitalsystemet har Ballegaard i de forløbne år etableret sin egen klinik, Akupunkturcentret, som for nogle år siden var så veletableret, at han kunne genoptage sin tidligere forskningsvirksomhed. De to forfattere genoptog da det afbrudte samarbejde. Den empiri, hvoraf dele fremlægges i artiklen, repræsenterer prospektive data for alle hjertepatienter, der har været i behandling i Akupunktur-centret i perioden 1990-1997. Vi er nu i gang med en ny runde af indsamling af prospektive data pga en forbedret protokol.

Inden vi går over til at beskrive selve datamaterialet og resultaterne herfra, skal behandlingsformen kort beskrives. Det er fortsat akupunkturbehandling i den klassiske kinesiske form, der er hovedhjørnesteinen i behandlingen, der i øvrigt udøves over for en bred gruppe af patientkategorier, hvor dog hjertepatienter udgør den største del. Imidlertid er der sket en nyudvikling af behandlingssynet i to væsentlige retninger. For det første indgår akupunkturen nu et samlet behandlingssystem, der også omfatter patientens livsførelse. For det andet er nu hovedparten af den samlede behandling lagt over til patienten selv, således at behandlingen i stigende grad har fået en sundhedspædagogisk karakter.

Behandlingsprogrammet omfatter som sagt akupunktur, og det er den vigtigste del af det, som er lægeadministreret. De andre dele varetages af patienten selv og de er i modsætning til akupunkturen, som kun udøves nogle få gange, en varig og daglig rutine, en fast del af patientens livsførelse. Disse patientadministrerede dele består af:

1. Akupressur, som er en modificeret udgave af akupunkturen, hvor patienten selv trykker med pegefingern på de samme smertelindrende og hjertestimulerende akupunktur-punkter, som anvendes i selve akupunkturen.
2. Kostomlægning til mindre og bedre fedt (flerumættede olier), mere grønt og frugt, fiberholdig kost. – Kort sagt Middelhavskost.
3. Motionsomlægning (for langt hovedparten mere motion)
4. Afslapning – et program til imødegåelse af stress-tilstande.
5. Stress-håndteringsteknikker (herunder information om sociale forholds positive eller negative indflydelse på helbredet)

Behandlingssystemet indebærer et syn på patienten som en person snarere end som et fysisk-kemisk system med funktionsfejl. Som en aktiv agent i sin egen behandling snarere end som et objekt for lægens intervention.

Dette helhedssyn på patienten og patientens livsførelse indebærer i øvrigt, at det meget svært at foretage en isoleret evaluering af den enkelte behandlingskomponents isolerede virkning. En sådan isoleret evaluering er naturligvis ønskeligt, spørgsmålet er imidlertid hvor væsentligt det er. I stedet for en sådan komponentiel synsvinkel kan man, som overlæge John Godtfredsen har foreslået, se det samlede behandlingsprogram som en *integreret rehabilitering*.

Under alle omstændigheder er dette problem med forholdet mellem komponenternes isolerede effekt og effekten af det samlede program mindre væsentlig for denne artikels problematik, som er at afsøge psykologiske behandlingsfaktorer. I den foreliggende sammenhæng konstaterer vi blot, at der er en behandlingseffekt, som det allerede er massivt påvist Ballegaard, Johannessen, Karpatschof & Nyboe 1999. Hvilke af behandlingskomponenterne der har indvirkning herpå, og i hvilken udstrækning der kan være tale om evt. synergetisk effekt, er ikke temaet for denne artikel. Her skal vi derimod søge efter hvilke personlighedsmæssige faktorer, der har indflydelse på resultatet af behandlingen.

Forskningsprogrammet

Indeværende datamateriale er resultatet af en fortløbende (prospektiv) undersøgelse af alle Hjerter-patienter i behandling på Akupunkturcentret i perioden 1990-97. Der er tale om en meget omfattende registrering af såvel anamnestiske som løbende årlige oplysninger om patientens medicinske og psyko-sociale tilstand. Vi skal i denne artikel koncentrere os om 3 hovedgrupper af patientoplysninger: Medicinske data, Patientens sundhedsadfærd – adherence (compliance)-data, og endelig Psykometriske data.

A. Medicinske data

Der er i denne artikel brugt 3 variable af medicinsk art: **Hjertetilstand, Medicinforbrug og Body Mass Indeks.**

Hjertetilstand (NYHA-indeks 0 til 4)

NYHA er den mest udtredte metode til patientvurdering af egen generelle fysiske tilstand i forbindelse med hjertesygdomme. 0 betegner en helt normal, problemfri fysik. 1 en tilstand med begrænsede problemer og uden gene i dagligdagen, 2 er ret besværet tilstand, 3 en meget nedsat fysisk kapacitet, og 4 en tilstand af nærmest hel invaliditet.

Medicinforbrug (Nitroglycerin)

Nitroglyceinforbruget er opgivet i gennemsnitlige daglige doser

Body Mass Index

Body Mass Index udregnes som kvadratet på vægt i kg. Divideret med højden i i cm. Her er den almindligt fastsatte grænse for overvægt et Body Mass Index (BMI) på 25.

B. Patientens sundhedsadfærd – Adherence (Compliance)-data

Patientens sundhedsadfærd er her belyst som variable der belyser de væsentligste træk ved *Adherence* eller *Compliance*. Dvs. udøvelse af af de oven for beskrevne øvelser eller livsstilsændringer, som rehabiliteringsprogrammet anbefaler:

Akupressur

Kost-omlægning

Motionsomlægning

Afslapning

Stresshåndtering

C. Psykometriske data

De psykometriske data består af 3 slags variable:

Start-forventning til behandlingen

Forventning er angivet ved visuel analogskala med endepunkterne 0 (for ingen forventning) og 100 (for meget stor forventning).

Beck's Depressions-test

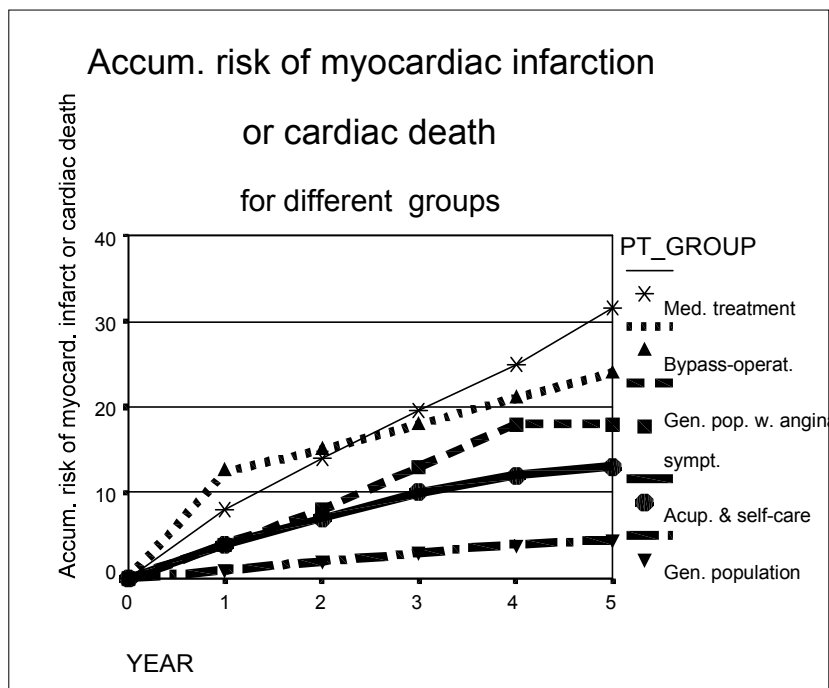
Beck's Depressions-Test er scoret ud fra en række spørgsmål vedrørende forhold rækkende fra almindelige nedtrykthed til egentlig depression. Testen er således følsomt over for sub-depressive tilstande af ikke-psykopatologisk karakter, hvilket naturligvis er det relevante for denne somatiske patientgruppe.

Beck's Angst-test

Beck's Angst-Test er opbygget på samme måde som Depressions-testet, og det er således en indikator for psykopatologisk angst, der lige som nedtrykthed er normal reaktion for somatiske patienter.

Resultater

Denne artikels formål er ikke at afprøve den medicinske effekt af det omtalte rehabiliteringsprogram, men at belyse de psykologiske behandlingsfaktorer. En forudsætning for at belyse sådanne behandlingsfaktorer er imidlertid, at der hos nogle af patienterne faktisk er en behandlingseffekt. Dette mener vi i øvrigt i sig selv vil blive dokumenteret i det følgende, men inden vi går i gang med denne sundhedspsykologiske analyse, vil vi lige til belysning af bedringen i den somatiske tilstand referere til et diagram fra en artikel, der er under udgivelse i et medicinsk tidsskrift.⁵



5. Ballegaard, Johannessen, Karpatschof & Nyboe 1999

I dette diagram er den over 5 år kumulerede risiko for infarkt eller hjertedød angivet for 5 forskellige grupper:

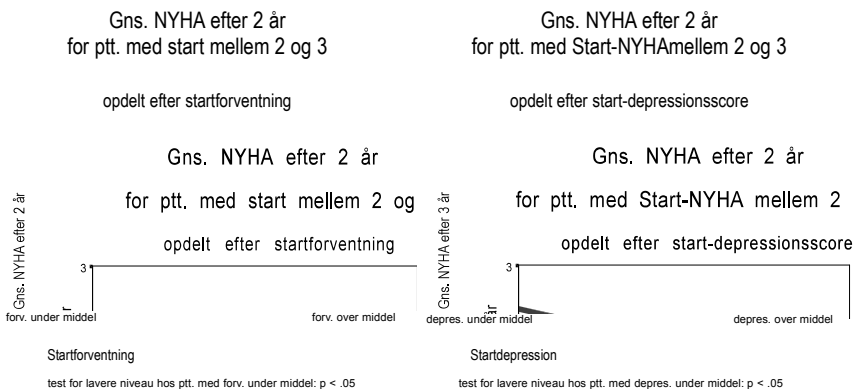
1. Den danske totalpopulation med samme alders-og køns-forde-
ling (Østerbrounderøgelsen)
2. Den her undersøgte patientgruppe behandlet med det integre-
rede rehabiliteringsprogram
3. Den del danske totalpopulation med samme alders-og køns-for-
deling, hvor der er fundet symptomer på Angina Pectoris (Øster-
brounderøgelsen. Se Appleyhard et al. 1989)
4. Bypass-opererede patienter
5. Patienter med kun medicinsk behandling

Det fremgår, at den her undersøgte patientgruppe ligger lavere mht risiko for infarkt eller hjertedød end samtlige andre patienter med hjerteproblemer, selv de stort set ikke diagnosticerede patienter fra Østerbrounderøgelsen, der kun fremviste symptomer på Angina Pectoris. Kun normalbefolkningen ligger lavere. Det skal tilføjes, at selv om den her undersøgte patientgruppe er mindst lige så dårlig som de med Bypass og medicin-behandlede patienter, så ligger risikoen signifikant højere i de to sidstnævnte grupper.

Vi skal nu til at se på om nogle af de psykometriske variable kan opfattes som psykologiske behandlingsfaktorer. Vi sammenholder først dels startforventning og dels startdepressionsscore med patientens selvopfattede hjertetilstand, NYHA, efter 2 års behandling, idet vi for at eliminere, eller i alt fald reducere, startforskelle i hjertefunktion kun medtager de patienter, hvis startnyha var 2 eller 3, dvs. en generende til alvorlig, men ikke invaliderende tilstand.⁶ Pga af de endnu meget lille antal undersøgte patienter, der har gennemgået 2 års behandling er de 2 psykometriske variable kun opdelt i to kategorier, hhv. en lav versus høj forventning, og en høj versus lav depressionsscore, idet begge disse kategoriseringer er foretaget pga. af en median-delning i startmaterialet, hvor altså samtlige undersøgte patienter indgår.⁷

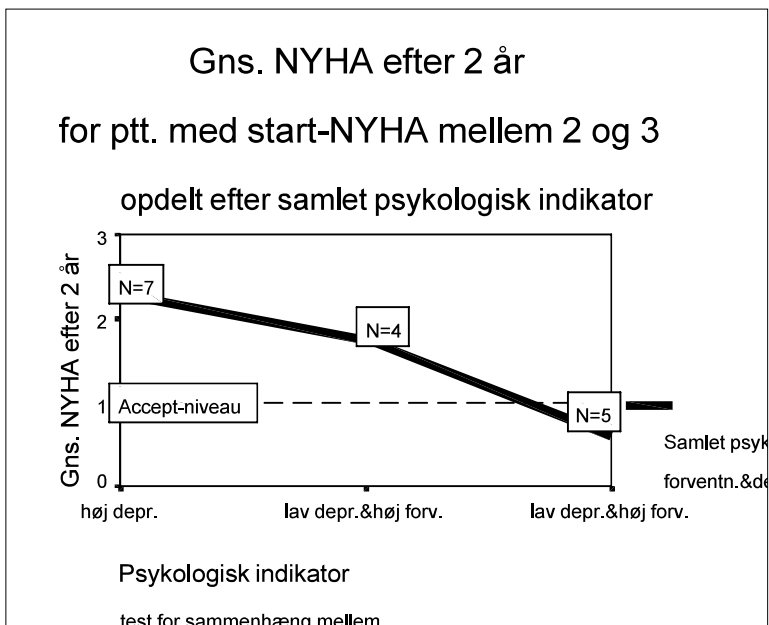
6. Denne begrænsning medfører kun en udelukkelse af en ringe andel af patienterne, nemlig 6 ud af 33 i det første diagram og 2 ud af 19 i det andet.

7. Der kan således være afvigelser fra denne medialisering på et senere tidspunkt.



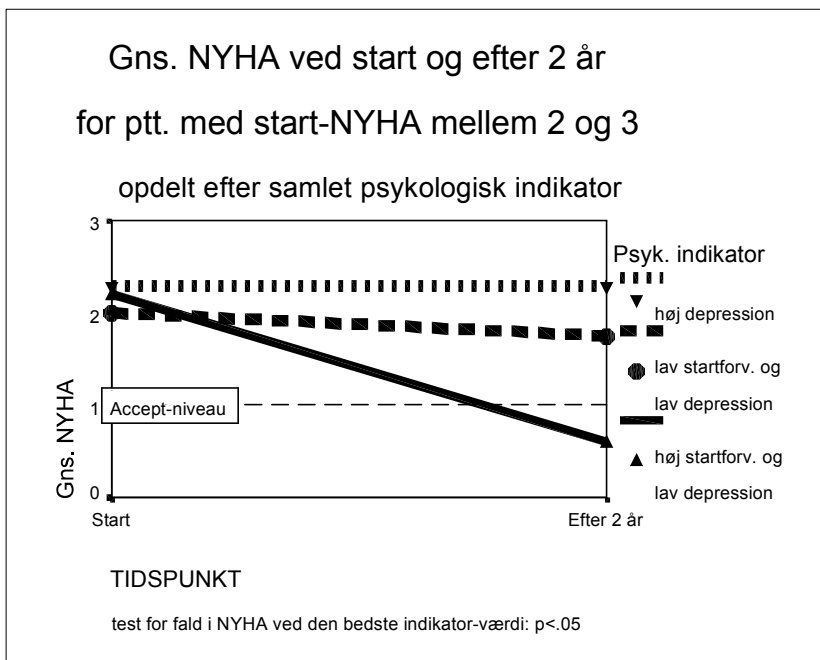
Vi ser her at begge de to psykomtriske variable faktisk fungerer som prospektive indikatorer for behandlingseffekt. De fungerer på nogenlunde samme måde. Patienter med den positive værdi af begge indikatorer får en NYHA efter 2 år, som er et helt point bedre end dem, der har den negative værdi. Og i begge tilfælde er forskellen signifikant, om end kun på 5%-niveauet.

Spørgsmålet er nu om de to således allerede etablerede psykologiske behandlingsfaktorer kun er identiske udtryk for samme disposition eller om de er selvstændige størrelser, der samvirker på en faktorielt »additiv«, eller mere præcist formuleret på en *supplementær* måde. Dette belyses i næste diagram:

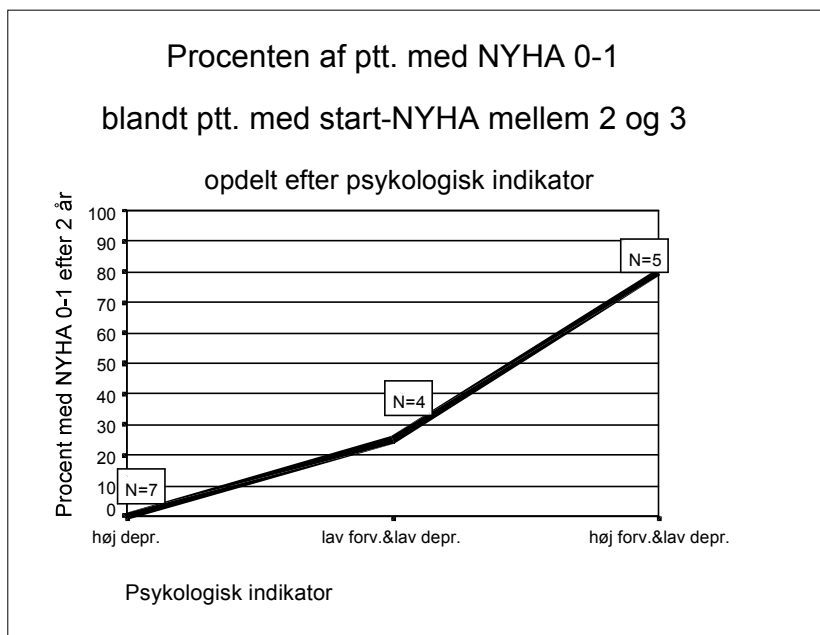


Det fremgår af diagrammet, at der faktisk er en supplementær effekt af begge de to enkelt-indikatorer. Den kombinerede virkning er således både større og mere signifikant. Forskellen mellem den patologiske og den hygiejne værdi er således her fra 2.29 til 0.60, en effekt på i alt 1.69 hvilket er godt halvdelen af de individuelle bidrag fra de to enkelt-indikatorer. Og signifikansen er betydelig stærkere end ved enkelt-indikatorerne, nemlig på 1 promille-niveauet.

Men selv om vi har udtaget midtergruppen i området på 2-3 for start-NYHA kunne der jo godt være forskelle i udgangstilstanden knyttet til indikatoren, en mulig startforskelle, som kunne være årsagen til sluteffekten. Denne eventuelitet belyses i næste diagram:



Vi ser af diagrammet, at der ikke er nogen nævneværdi forskel på start-tidspunktet, mens forskellene kommer frem efter 2 års behandling. Kun den bedste gruppe, med lav depression og høj forventning, har en signifikant bedring i NYHA, og kun denne gruppe når generelt ned i accept-området på 0 eller 1. Hos den dårligste gruppe der praktisk taget ingen, og hos mellemlgruppen meget lidt.

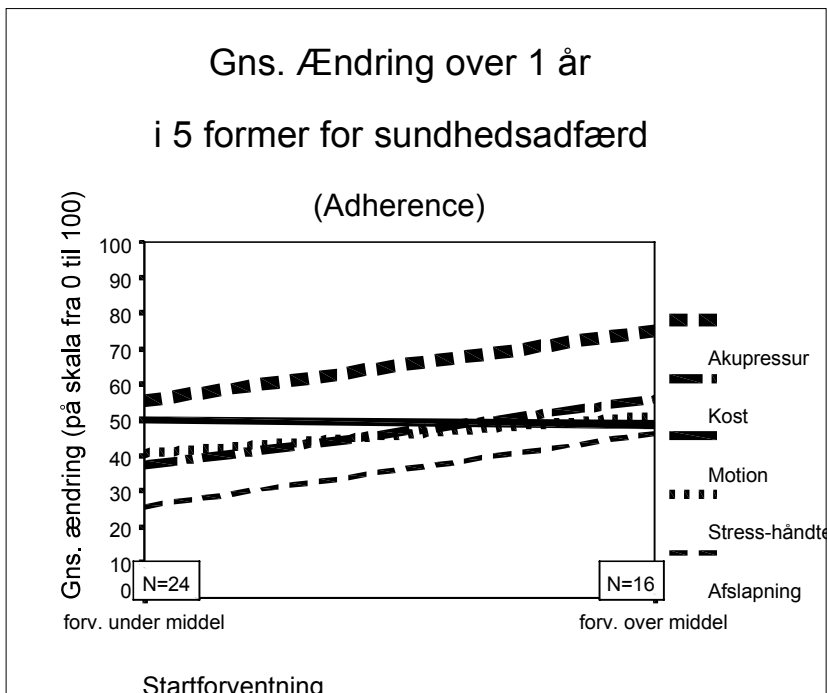


Dette diagram demonstrerer,⁸ at mens der i den dårligste gruppe slet ikke er nogen patienter, som opnår en acceptabel NYHA, så er der ca. en fjerdedel i den midterste gruppe, som får en sådan forbedring, mens det for den bedste gruppe er ikke mindre end 80%.

Vi har nu set dokumentation for, at der psykologiske dispositioner eller tilstande fungerer som prospektive indikatorer for behandlingsresultatet, og det er svært at forestille sig, at der ikke skulle foreligge kausale sammenhænge bag disse statistiske resultater. At gå fra de statistiske til sådanne kausale sammenhænge forudsætter imidlertid, at empirien placeres i en begribelig teoretisk kontekst, der er egnet til at løfte sløret over den rent statistiske evidens.

Dette kunne være i form af en personlighedspsykologisk belysning af eventuelle coping-former, og det er netop hvad vi skal forsøge nu. Da vi imidlertid ikke pt. har sådanne mere dybtgående personoplysninger, har vi i stedet søgt efter et operationaliseret forhold, der måske kan kaste lys over forskelle i coping over stress. Det kunne også være patientens sundhedsadfærd, det som læger ofte kalder *compliance* eller *adherence*. Som vi skal se vil i al forsigtighed forsøge at inddrage begge disse aspekter.

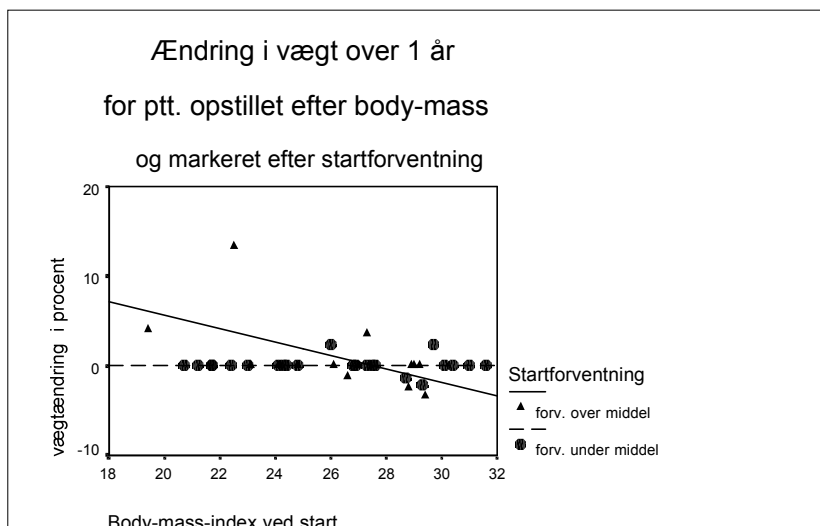
8. Når udvalget af patienter er indskrænket til start-NYHA 2 og 3, så udelukker dette kun 2 personer.



Diagrammet viser, at startforventningen spiller en positiv rolle for 4 af de 5 former for sundhedsadfærd, der er undersøgt, således at de patienter som har en forventning over middel har en større end ændring end patienter med en forventning under middel. Og disse forskelle er signifikante. Den eneste undtagelse er motion, hvor der ingen forskel mellem grupperne.

Det er i øvrigt interessant, at det er de fysiske adfærdsformer, som er mest populære, mens de to mere psykologiske, stresshåndtering og afslapning ligger på et lavere niveau.

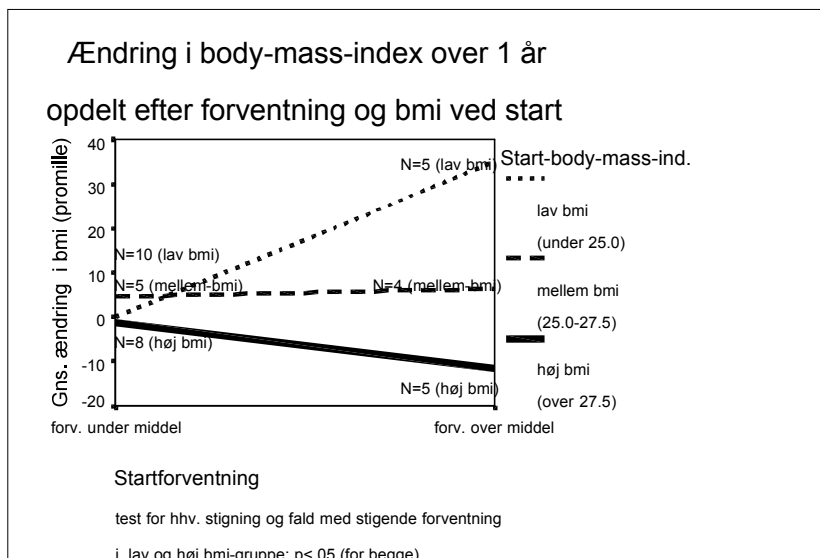
Dette resultat peger på, at i alt fald en del af virkningen af forventningsindikatoren hænger sammen med dennes forbindelse med sundhedsadfærd. En videregående hypotese, som der ikke pt. er evidens for, kunne være at forbindelsen ikke bare går til sundhedsadfærd, men til defensiv og adaptiv coping i det hele taget. I mangel af egentlig evidens har vi dog et fingerpeg.



I ovenstående diagram er vist sammenhængen mellem body-mass-indeks ved start og vægtændring over et år, idet patienterne er markeret for forventning under eller over middel.

De indtegnede regressionslinier viser, at der er en tendens til at patienter med forventning over middel er fleksible på den målrettede måde, at de undervægtige tager på, mens de overvægtige taber sig. I gruppen med lav forventning er der derimod ingen sådan plasticitet.

Det næste diagram anvender de samme data på en måske tydeligere måde:



Her ser vi igen, at der ingen tendens til vægtændringer er hos patienter med lav forventning, mens vi i gruppen med høj forventning har en tendens til adækvate vægtændringer.

Det skal afslutningsvis bemærkes, at hvis denne hypotese om coping som væsentlig faktor er korrekt, så sker dette øjensynlig uden at det fremtræder særligt klart for patienterne selv, idet vi jo lige har set, at de prioriterer sådanne psykologiske strategier ret lavt.

Metodologisk randbemærkning

Den her fremlagte empiri har en karakter, der nok kræver en metodologisk uddybning. Spørgsmålet er hvilken karakter denne empiri har, og specielt hvilken vægt man kan tillægge de statistiske resultater. Det skal understreges, at der på ingen måde er tale en strikte hypoteseprøvende undersøgelse. Ikke alene observationsmaterialet, men også hypoteserne har en pilot-karakter. Dvs. at i stedet for at starte med bestemte hypoteser, der allerede er formuleret pga. af eksisterende teori og tidligere empiriske undersøgelser, så er der her tale om en hypotese-opstillende empiri-analyse. En sådan kan undertiden forfalde til signifikans-fiskeri, en aktivitet der er temmelig meningsløs, da der med et større antal variable vil være et særdeles stort antal mulige sammenhænge, hvoraf 1/20 kan påregnes at være signifikante på 5%-niveaet. Det er imidlertid ikke det, vi har gjort. Derimod har vi ud fra nogle teoretisk plausible og relevante hypoteser foretaget en analyse af datamaterialet for at formulere, tentativt afprøve sådanne hypoteser og dernæst at tolke resultatet af analysen.

Det forhold at undersøgelsen er heuristisk, tilhører Area of Discovery of ikke Area of Justifikation, at den er hypotese-opstillende snarende end hypotese-testende, betyder på den anden side at de fund vi gjort har foreløbigheds karakter. Den egentlige afprøvning tilhører en senere, konsoliderende fase.

REFERENCES

- ANDERSEN, L.O. et al. (1997): *Placebo-historie, biologi og effekt*. København: Akademisk Forlag.
- ANTOVOSKY, A. (1990): Pathways Leading to Successful Coping and Health. IN: M. Rosenbaum, M. (Ed.) 1990 *Learned Resourcefulness -on Coping Skills, Self Control and Adaptive Behavior*. New York: Springer.
- APPLEYHARD M. et al. (1989): The Copenhagen City Heart Study. *Scand. J Soc. Med.* 170 (supl 41) 1-160.
- BALLEGAARD, S. JOHANNESSEN, KARPATSCHOFF, B. & NYBOE, J. (1999): Addition of acupuncture and self-care education in the treatment of patient with severe angina pectoris may be cost beneficial. An open, prospective study.
- BECK,-AARON-T.; STEER,-ROBERT-A.; GARBIN,-MARGERY-G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation., *Clinical-Psychology-Review*. 1988; Vol 8(1): 77-100

- CLARK,-DAVID-A.; STEER,-ROBERT-A.; BECK,-AARON-T. (1994): Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal-of-Abnormal-Psychology*. 1994 Nov; Vol 103(4): 645-654
- COHEN, S.; KESSLER, R.C. & GORDEN, L.U (1997): *Measuring Stress - A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press.
- LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.
- LAZARUS, R.S. (1991): *Emotion and Adaption*, Oxford: Oxford Un. Press.
- MEICHENBAUM, D. (1977): *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- ORR, E. & WESTMAN, M. (1990): Does Hardiness Moderate Stress, and How? A Review. IN: M. Rosenbaum, M. (Ed.) (1990): *Learned Ressourcefulness -on Coping Skills, Self Control and Adaptive Behavior*: New York: Springer.
- RISKIND,-JOHN-H.; BECK,-AARON-T.; BROWN,-GARY; STEER,-ROBERT-A. (1987): Taking the measure of anxiety and depression: Validity of the reconstructed Hamilton scales. *Journal-of-Nervous-and-Mental-Disease*. 1987 Aug; Vol 175(8): 474-479
- ROSENBAUM, M. (1990a): Role of Learned Ressourcefulness – in Self-Control of Health Behavior IN: M. Rosenbaum, M. (Ed.) (1990): *Learned Ressourcefulness -on Coping Skills, Self Control and Adaptive Behavior*. New York: Springer.
- ROSENBAUM, M. (Ed.) (1990b): *Learned Ressourcefulness -on Coping Skills, Self Control and Adaptive Behavior*. New York: Springer.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975): *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- SPIEGEL,-DAVID; SEPTON,-SANDRA-E.; STITES,-DANIEL-P. MCCANN, SAMUEL M. (Ed); LIPTON, JAMES M. (Ed); et-al. (1998): Effects of psychosocial treatment in prolonging cancer survival may be mediated by neuroimmune pathways. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 840: *Neuroimmunomodulation: Molecular aspects, integrative systems, and clinical advances*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 840. (pp. 674-683). New York, NY, USA: New York Academy of Sciences.