

ANGSTTILSTANDE - MULTIKAUSALITET OG TERAPEUTISK MANGFOLDIGHED

Nicole K. Rosenberg

Forskning og klinisk praksis i forbindelse med angsttilstande lægger op til en multikausal teori om disse tilstande og til behandling af angstpatienter på flere niveauer: et biologisk, et adfærdsmæssigt og et personlighedsmæssigt/psykodynamisk. En sygehistorie gennemgås med henblik på at illustrere dette og aktuelle danske kritikker af den multikausale og -terapeutiske opfattelse diskuteres.

Mens 1970'erne var de affektive tilstandes årti, publiceredes i 1980'erne mængder af forskningsresultater om symptomalologi, sygdomsforløb, epidemiologi, genetik, biokemi, medikamentel behandling og adfærdsterapi ved angsttilstande. Den indtil da fredede angstneurose blev revideret, opdelt i underkategorier og frataget nogle af sine myter. Forskningen var primært biologisk psykiatrisk orienteret, men også forskellige former for adfærdsterapi ved angsttilstande blev belyst, mens yderst få psykoanalytisk funderede undersøgelser eller teorier blev publiceret. Specielt fire grundigt dokumenterede fund i forbindelse med den alvorligste af angsttilstandene har været provokerende:

- 1) Arvelige faktorer spiller en væsentlig rolle.
- 2) Follow-up undersøgelser viser, at der ofte er tale om kroniske forløb med social invaliditet til følge.
- 3) Hertil kommer at der behandlingsmæssigt er dokumenteret effekt af medikamentel behandling og af adfærdsterapi (jvf. Hand & Wittchen, 1986).

En angstpatient, der henvender sig til psykolog eller psykiater med ønske om behandling bør følgelig altid mødes med en åbenhed hos terapeuten, for tilstanden kan ikke nødvendigvis behandles alene ad psykologisk vej. Det betyder på den anden side ikke, at alle angsttilstande må behandles medikamentelt. Alle, der har haft angstpatienter i behandling, ved at nogle af disse meget hurtigt bedres, mens andre selv efter års psykoterapi er uændrede hvad angstsymptomer angår.

Den påkrævede åbenhed i grundholdning ved behandling af angstpatienter – som i øvrigt er relevant ved psykiatriske tilstande generelt – bør desuden omfatte psykoterapeutiske metoder. Ved at lægge sig fast på én metode hindres man muligvis i at give patienten hjælp. Som nævnt er det

primært adfærdsterapeutiske og kognitivt terapeutiske metoder, der er empirisk undersøgt, men i praksis behandles angst ofte også på baggrund af en psykodynamisk forståelse.

Enhver angsttilstand kan beskrives på flere niveauer: biologisk, adfærdsmæssigt og kognitivt/neuropsykologisk samt psykodynamisk. For den enkelte patient kan terapi på såvel det ene som det andet grundlag eller kombinationer vise sig at være den rette indfaldsvinkel til påbegyndelse af en forandrende proces.

Sygehistorie

Patienten er en 44-årig mand, direktør i et mindre firma, gift, 18-årig hjemmeboende søn og uden sociale eller økonomiske problemer. Han har aldrig tidligere fejlet noget somatisk eller psykisk.

Tilsyneladende uden forvarslers får han omkring sin 44-års fødselsdag for første gang et angstanfald. Herefter kommer der anfald med jævne mellemrum. De starter ganske uventet og varer fra en halv til en hel time. Symptomerne er hjertebanken, åndenød, koldsved og en stærk følelse af angst for at dø.

Han opsøger såvel sin praktiserende læge som talrige speciallæger og det lokale sygehus for at blive undersøgt. Grundige undersøgelser viser gentagne gange, at patienten somatisk er fuldstændig rask. Erklæringer, der dokumenterer dette, har øjeblikkelig en beroligende effekt, der straks forsvinder, når angsten genopstår efter få dage.

Patienten er modstander af medicin, men tager med jævne mellemrum af nød en lille dosis af et benzodiazepinpræparat.

Ved et lægebesøg opfordres han til at opsøge psykolog og er da også meget motiveret for psykoterapi.

Terapien finder sted ved en ugentlig seance af 45 minutters varighed og følger fire faser:

1) *I den indledende fase* søges så præcist og detaljeret et symptombillede som muligt opnået. Hvilke somatiske symptomer, hvor hyppigt, hvor langvarigt, i hvilke situationer, kombineret med hvilke tanker, følelser og handlinger. Hvilke hypoteser har patienten selv om sin tilstand, dens årsager og aktuelle forhold? Er der problemer i patientens livssituation? Hvilke ønsker og forhåbninger retter patienten til behandlingen?

Terapien befinder sig her på et fænomenologisk, deskriptivt niveau, hvor en afgrænsning af syndromet, vidensformidling til patienten og beroligelse er formålet.

2) *I den anden fase* tilsigtes en observation af symptombilledet over tid og en afprøvning af metoder til symptomreduktion. Patienten manuduceres i selvhjælpsteknikker som f.eks. afslapningsteknikker, ekspositionsøvelser og metoder til ændring af den tænkning, der er forbundet med angstanfaldene.

Terapien befinder sig nu på et adfærdsniveau, hvor terapeuten ved at observere og tilbyde patienten metoder til symptomreduktion, danner sig hypoteser om tilstandens indlæringsteoretiske og kognitive/neuropsykologiske aspekter.

3) I den *tredje fase* tilsigtes en forståelse af tilstandens psykodynamik. Med udgangspunkt i det aktuelle symptombillede søges en forståelse af ubevidste konflikter og forsvarsmekanismer samt livshistoriske traumer opnået. Terapiens niveau er nu de ubevidste aspekter af personligheden.

4) *Den fjerde og sidste fase* tilsigter en stabilisering af tilstanden forbundet med muligheder for fortsat udvikling. Begge dele gælder såvel indsigt hos patienten om hvilke forhold, der har medvirket til syndromets opståen og bevidsthed om, hvilke forhold og (selv)-behandlingsmetoder, der virker symptomreducerende.

Disse faser forudsætter hinanden, men lapper naturligvis i praksis delvist ind over hinanden.

Ad 1) I den indledende fase oplyser patienten, at han har anfald af svær angst, forbundet med tanker om at fejle noget alvorligt og dø af dette. Anfaldene opstår angiveligt dels uventet, dels fremkaldt af situationer såsom restaurantbesøg eller bilkøer. Det kommer desuden frem, at han af og til har lettere ængstelse og uro af en halv til to timers varighed samt depressive episoder af en dags varighed. I hans biologiske familie er der flere tilfælde af depression og angst, bl.a. har moderen i forbindelse med patientens fødsel haft en langvarig depression og har også siden været behandlet for denne lidelse flere gange.

Ad 2) Patienten vælger selv at foretage en registrering af angst og depression på et overskueligt A-4 ark. Et sådant ark medbringes til hver session. Symptomreducerende effekt viser det sig at såvel selve symptomafgrænsningen som teknikker rettet mod ændring af den tænkning, der er forbundet med angstanfaldene, har. Desuden kræves i nogle situationer fortsat indtagelse af benzodiazepin. I løbet af de første uger daler antallet af angstanfald drastisk, mens uro- og angstepisoder fortsat optræder med jævne mellemrum.

Ad 3) Tredje fase opstår gennem samtaler på baggrund af de mønstre, der aftegner sig på arket, hvor symptomfrie dage og dage med anfald veksler. De situationer, patienten har befundet sig i før, under og efter anfald af angst, uro og depression, undersøges af patient og terapeut i fællesskab. De forekommer umiddelbart forskellige: en biltur, et besøg hos moderen, et middagsselskab, en aften før sengetid. En mere indgående analyse af disse viser imidlertid, at et fællestræk er fornemmelsen af at være fanget i en situation, der vækker ubehagelige følelser. De ubehagelige følelser kan enten opstå på grund af ydre påvirkning, f.eks. at moderen uafbrudt taler om sygdom, død og begravelse, eller opstå indefra som en følelse, patienten ikke kender årsagen til og ikke kan standse. I ingen af tilfældene er han selv i stand til at bearbejde følelsen, der vil have tendens til at stige i intensitet og kulminere i et angstanfald eller efterfølges af uro og depres-

sion (med mindre angsten hæmmes medikamentelt eller ved hjælp af en symptomreducerende teknik).

Denne indsigt betyder, at angstanfald, der hidtil har været oplevet som spontane, får en form for mening. Herfra åbnes for en yderligere forståelse af patientens psykodynamik: i årene, der gik forud for det første angstanfald, befandt han sig i en arbejdsmæssig situation, der dels øvede et stort følelsesmæssigt pres på ham, dels var umulig at undslippe. Angsten blev i den forbindelse hans alternativ til flugt.

Flugten viser sig at være den metode, han gennem barndommen har tyet til, når et pres på følelserne blev for stort. Han erindrer stadig flere episoder i hjemmet, der viser, at stemningen ofte var ladet og trykket, bl.a. beroende på moderens dysfori og depressionsperioder. Patienten undslap ved at gå sin vej og alliere sig med naboer og andre, som han allerede fra 4-årsalderen udviklede nære og stabile forhold til.

Hans allertidligste erfaring, som er udenfor erindrings rækkevidde, var, som nævnt, en depressiv mor. Hun var ikke i stand til at passe ham som spæd, men overlod ham til faderen, en travl landmand, der efter ringe evne havde sørget for drengen. Oftest ved at fixere ham og forsyne ham med sutteflaske, senere legetøj, mad eller drikke. Han fik altså ikke mulighed for at gennemgå sin tidligste udvikling i samspil med en god-nok-forælder. Dette kan have bidraget til den mangelfulde evne til hensigtsmæssigt at regulere kropsligt-følelsesmæssige reaktioner på bestemte faresituationer.

Evnen til basal regulering af umiddelbare reaktioner på fare er neuropsykologisk forbundet med det limbiske system. Denne del af hjernen udvikles i det første leveår og dens udvekslingsmodus med omverdenen svarer i høj grad til stimulus-respons modellen (Joseph, 1990). Dette kan være en del af forklaringen på, at en sproglig gennemarbejdning af angstens ubevidste dynamik har ringe effekt på symptomerne, mens adfærdsterapeutiske principper, der i højere grad følger det limbiske systems modus, umiddelbart kan have en angstdæmpende effekt. At disse på den anden side ikke kan stå alene, kunne skyldes, at størstedelen af personligheden dannes »ovenpå« dette basale traume i takt med storhjernens og dermed sprogets udvikling. Hertil kommer genetiske faktorer. Sandsynligvis er der en familiær disposition for angst og depression i patientens familie.

Terapien af denne patient er endnu ikke afsluttet, men den fortsætter ad alle tre spor, det adfærdsterapeutiske, det psykodynamiske og det biologisk psykiatriske, følgende en vekslen i patientens behov for h.h.v. reduktion af symptomer og forståelse af tilstandens dynamik.

Angstbehandlingens mange niveauer

Hos forskellige klinikere, der har specialiseret sig i behandling af angsttilstande, er der, indbyrdes uafhængigt, opstået en holistisk praksis i den

ovennævnte forstand (Sheehan, 1983; Rosenberg og Rosenberg, 1989; Zal, 1990). Nogle vil vel opfatte denne praksis som eklektisme, da der med holisme i forbindelse med sygdomsteori og behandling oftest menes, at én teori forklarer »hele mennesket«. Eklektismebegrebet indfanger imidlertid ikke den multikausalitet eller rettere de mange niveauers samspil, som begrebet her implicerer.

Denne holistiske kliniske praksis i angstbehandlingen indebærer, at ingen teori har forrang på et kausalt forklarende plan eller terapiteknisk. Afhængigt af den enkelte patient fremhæves enten den ene eller den anden.

Når man i danske sammenhænge fremfører et sådant synspunkt, mødes man af tre forskellige slags reaktioner: 1) genkendelse eller enighed, 2) dogmatisk forsvar for én retning, der af og til kan antage fundamentalistisk karakter eller 3) en afvisning af de realitetsorienterede, tekniske aspekter af teori og behandlingsform.

Ad 1) Genkendelse eller enighed opstår hos de terapeuter, der i praksis anvender elementer fra forskellige terapiretninger overfor angstpatienter.

Ad 2 og 3) Det dogmatiske forsvar og kritikken af realitetsorienteringen er i familie med hinanden. Førstnævnte beror vel på det alment menneskelige fænomen, der – afhængigt af tid og sted – kan være rationelt eller irrationelt, og som kan betegnes som tro eller lejr-tænkning. »Jeg (vi) kender sandheden og de andre må overbevises eller bekæmpes.« Der kan i denne fundamentalisme ligge et ønske om at beskytte og udvikle en bestemt teoriretning, specielt hvis den opleves som defensiv (psykoanalysen i fh.t. psykiatrien, adfærdsterapien i fh.t. psykoanalysen). Men der kan også blive tale om undertrykkelse og bortcensurering, hvis den fundamentalistisk konciperede teori kommer i en offensiv position. Marks kommer, sine store kvaliteter som forsker og kliniker til trods, tæt på en adfærdsterapeutisk fundamentalisme (Marks, 1987) og Petersen (1989) repræsenterer i en anmeldelse af *Angst - krise og stress* (Rosenberg og Rosenberg, 1989) og *Hverdagsangst* (Rosenberg, 1989) en psykoanalytisk fundamentalisme. Det er tilstrækkeligt for hende at hævde, at forfatterne ikke er rigtig psykoanalytisk orienterede. Herefter er deres synspunkter pr. definition forkerte eller uinteressante.

Høgh-Olesen (1989) kan nævnes som eksempel på rationalisme- og teknologikritikken. Han er bange for, at et klinisk psykologisk og biologisk psykiatrisk angstbegreb vil betyde en indsnævring af angstbegrebet og føre til forsøg på at effektivisere angstpatienten på samfundets præmisser mod alment menneskelige interesser. Dette synspunkt er givetvis meget udbredt og ligger til grund for uenighed mellem eksistentialisme og psykoanalyse på den ene side, indlæringsteori og biologisk psykiatri på den anden. Mens eksistentialismen og psykoanalysen opfatter sig som humanistiske, opfattes de øvrige retninger som mekanistiske, teknologistiske. Sandhedskernen i denne modstilling er retningernes forankring i henholdsvis humaniora og naturvidenskab.

Indenfor humaniora opfattes psykisk sygdom som udtryk for livshistorien, direkte eller formidlet af specifikke intrapsyriske måder at forarbejde den ydre historie på. Forståelsen indenfor denne tradition vil således ikke anerkende biologiske aspekter eller genetisk betingede, psykologiske egenskaber som medvirkende faktorer (jvf. f.eks. Michelsen, 1989).

Modsat denne tradition eksisterer en medicinsk, litterær tradition for at beskrive sin livshistorie som et resultat af eller stærkt påvirket af en (biologisk betinget) psykiatrisk lidelse (jvf. f.eks. Lieburg, 1988). I disse nosografier ses sociale omgivelser og livshistorie ikke som forhold, der skaber psykopatologi.

Disse traditioner genfindes i den kliniske psykologi og psykiatrien, som retninger, der – forståeligt nok – har vanskeligt ved at tale med hinanden. Fremfor fortsat at lade disse retninger udvikles hver sin vej med alvorlige blinde pletter, reduktionisme og ufrugtbar dogmatik til følge, er der imidlertid god grund til åbenhed, samarbejde og integration. At den ene retning i sit menneskesyn og behandling af psykisk sygdom er human, mens den anden nærmer sig det inhumane, beror på en skråsikkerhed på, at angst eller anden psykopatologi altid er en psykologisk meningsfuld instans, en kommentar og et korrektiv til det levede liv (Høgh-Olesen, 1989). Det er i øvrigt også den opfattelse, der fremføres i dag- og ugeblades brevkasser i svar til angstpatienter. Men sæt nu, at angst, som mængder af forskning finder, i nogle tilfælde er »en organismisk dysfunktion, der er u hensigtsmæssig«, som Høgh-Olesen skriver med tilføjelsen »i en strøm linet virkelighed«. I disse tilfælde er det vel behandlerens humanistiske opgave at søge at reducere eller fjerne symptomet, med henblik på at patienten bliver i stand til at tilpasse sig den virkelighed, han lever i, hvad enten det er som direktør i et internationalt firma eller som medlem af foreningen af bevidst arbejds sky elementer.

LITTERATUR

- HAND, I., WITTCHEM, H.-U. (red.): *Panic and Phobias*. Berlin: Springer-verlag, 1986.
- HØGH-OLESEN, H.: »Angstens Homo Faber«. *Psykolog Nyt*, 1989, 13: 407-409.
- JOSEPH, R.: *Neuropsychology, neuropsychiatry, and behavioral neurology*. New York: Plenum Press, 1990.
- LIEBURG, M.J. van: *Famous depressives*. Rotterdam: Organon International bv, 1988.
- MARKS, I.M.: *Fears, Phobias, and Rituals*. New York: Oxford University Press, 1987.
- MICHELSEN, K.: *Syndlejomfruen og lægevidenskabens menneskeopfattelse*. København: Munksgaard, 1989.
- PETERSEN, B.: Angsten for kærligheden (En anmeldelse af Nicole Rosenberg: *Hverdagsangst* og Nicole og Raben Rosenberg: *Angst - krise og stress*). *Psyke & Logos*, 1989, 10: 411-417.
- ROSENBERG, N., ROSENBERG, R.: *Angst - krise og stress*. København: Munksgaard, 1989.
- SHEEHAN, D.V.: *The anxiety disease*. New York: Charles Schribner's sons, 1983.
- ZAL, H.M.: *Panic Disorder - the great pretender*. New York: Plenum Press, 1990.