

PSYKISKE ASPEKTER VED KRONISK LEDDEGIGT

Cand. psych. Annette Poulsen, Rigshospitalet

Artiklen giver et historisk rids af de psykologiske teorier om kronisk leddegigt (reumatoid artrit). I den klassiske psykosomatiske medicins æra blev kronisk leddegigt betragtet som en psykosomatisk sygdom i snæver forstand. Man forskede således i de mulige psykologiske årsager til den såkaldte »arthritis-personlighed«. I dag er disse specifitets-teorier opgivet til fordel for en integrativ opfattelse. Kronisk leddegigt forstås som en multifaktorielt betinget lidelse, hvor både biofysiologiske og psykoneuroimmunologiske og psykodynamiske forhold spiller afgørende ind. På baggrund af denne forståelse diskuteres de psykosociale aspekter ved leddegigt i form af social isolation, angst- og depressionssymptomer, samlivsproblemer og inadækvat aggressionsforvaltning. Endelig fremlægges nogle overvejelser om psykoterapeutisk behandling ved kronisk, ikke-maligne smertetilstande. Der argumenteres specielt for fordelene ved gruppeterapi fremfor individualterapi i forhold til somatisk syge.

Reumatoid Artrit (RA) er en kronisk inflammatorisk sygdom med et langvarigt, ofte livsvarigt forløb. På dansk kaldes sygdommen kronisk leddegigt. Sygdommen rammer ca. 1% af befolkningen. Den kan opstå i alle aldre, men sætter oftest ind i aldersklassen 40 - 60 år. Kvinder får RA næsten 3 gange så hyppigt som mænd. RA findes udbredt over hele verden med ret ensartet forekomst.

Ætiologien er trods en intensiv forskningsindsats fortsat ukendt. Såvel genetiske faktorer som immunologiske mekanismer anses at spille en afgørende rolle i patogenesen. Der findes ikke empirisk belæg for psykogenetiske faktorerers ætiologiske betydning. Det bliver imidlertid stadig mere klart, at psykologiske faktorer kan have betydning for sygdommens udbrud; en forståelse, som ikke kun er fremherskende blandt psykologer, men som også i tiltagende grad vinder frem blandt læger. I lærebogen for vordende speciallæger i reumatologi formuleres anerkendelsen af psykosomatiske mekanismers betydning således:

»Psykiske traumer og psykisk stress kan have direkte relation til lidelsens opståen og til eksacerbationer af denne, hvorved psykiske årsager får betydning for sygdomsforløbet. Man kan med en vis ret tale om et psykosomatisk islæt« (Petersen, 1984).

I denne artikel skal jeg dels fremlægge de psykologiske teorier om den psyko-genetiske ætologi ved en kronisk, ikke-malign smertetilstand som RA, sådan som de var fremme i den psykosomatiske medicins »klassiske æra« i 1940'erne; dels redegøre for den forståelse, de psykosomatiske forskere i dag har af de psykosociale, psykosomatiske og somatopsykiske aspekter ved RA. Afslutningsvis vil jeg komme ind på de terapeutiske implikationer af den aktuelle forståelse.

Psykologiske teorier om kronisk leddegigt – et historisk rids

Traditionelt har kronisk leddegigt været henregnet til de psykosomatiske lidelser. Den hører således med blandt Franz Alexanders klassiske »syv hellige«: *ulcus duodeni* (sår på tolvfingertarmen), *colitis ulcerosa* (kronisk tyktarmsbetændelse), astma bronchiale, essentiel hypertension (forhøjet blodtryk), *neurodermatitis* (hudlidelse), thyreotoksikose (forøget hormonproduktion i skjoldbruskkirtlen) og reumatoid artrit (kronisk leddegigt) (Alexander, French & Pollock, 1968). Ved kronisk leddegigt er der organpatologiske forandringer og funktionsforstyrrelser, men da de formodede medvirkende biofysiologiske mekanismer – endnu – ikke er kendt, har man inden for medicinen ud fra et pragmatisk udelukkelseskriterium tillagt psykogene faktorer central betydning i ætiologien.

Inden for den tidlige psykoanalytisk orienterede psykosomatiske forskning i 1940'erne og 1950'erne arbejdede man specielt med to teoretiske modeller, der skulle forklare, hvorledes psykiske konflikter kan komme til udtryk i somatiske symptomer.

Den ene var en *personlighedsprofilteori*, udarbejdet af Flanders Dunbar (Dunbar, 1947), der antog, at hvert enkelt psykosomatisk symptombillede bliver modsvaret af en bestemt personlighedstype.

Den anden var Franz Alexanders *konflikt-specifitetsteori*, som arbejdede ud fra hypotesen om et parallelt forløb mellem fysiologiske og psykiske processer (Alexander, 1951). Der skulle således eksistere en specifik korrelation mellem bestemte følelsesmæssige konflikter og dertil svarende somatiske »affektækvivalenter«. Ifølge Alexanders konflikt-specifitetsteori er RA-patientens grundkonflikt ambivalens mellem autonomi og dependens, dvs. konflikt mellem stærke selvstændighedsbehov og stærke afhængighedsfølelser (Alexander et al., 1968). Alexanders sygdomsmodel er *multi-kausal*, forstået på den måde, at dannelsen af det psykosomatiske symptom forudsætter dels eksistensen af en specifik dependenskonflikt, dels en aktuel reaktivering af den psykodynamiske konflikt på grund af manglende tilfredsstillelse af afhængighedsbehovene og endelig en konstitutionel vævs-, organ eller systemsårbarhed, den såkaldte »X-faktor«.

Både Dunbars personlighedsprofilteori og Alexanders konflikt-specifi-

tetsteori vandt stor udbredelse i såvel empiriske, eksperimentelle forskningsprojekter som i individualpsykologiske studier. Ud fra disse to modeller mente de forskere, som arbejdede med reumatoid arthritis, at »RA-personligheden«, som det blev kaldt, er karakteriseret af en *latent, men fortrængt aggression* (Cobb, 1959). De er *emotionelt hæmmede* og evner ikke at give udtryk for følelser (Ruesch, 1948). Dette kliniske fænomen genfindes i dag i begrebet '*alexithymi*' (Sifneos, 1973; Nemiah, 1977), mens den dertil knyttede kognitive stil sammenfattes under begrebet '*pensée opératoire*', dvs. operationel tænkning (Marty & de M'Uzan, 1962). Endvidere mente de tidlige forskere, at RA-patienten er præget af *kompulsive* og *depressive* træk samt *angstsymptomer*, som maskeres bag en veltilpasset facade af social konformitet (Halliday, 1942; King, 1955; Mueller & Lefkovits, 1956; Moos, 1964). Også denne forståelse kan genfindes i dag, hvor psykosomatiske symptomer af psykoanalytisk orienterede socialpsykologer betragtes som individets ubevidste forsøg på integration i forhold til samfundsmæssigt betingede sociale normer og krav (Overbeck, 1984).

I den aktuelle psykosomatiske forskning har man opgivet hypotesen om en specifik arthritis-personlighed. Teorien er blevet kaldt »en psykodiagnostisk myte« (Spergel, Ehrlich & Glass, 1978). Det, man har opfattet som årsager eller udløsende personlighedsmæssige faktorer, skal snarere forstås som et konglomerat af somatopsykiske symptomer, øget somatiseringstendens samt et større psykosomatisk beredskab; forstået på den måde, at leddegigtpatienter har en tendens til ubevidst at forarbejde og udtrykke følelsesmæssige konflikter på et somatisk niveau fremfor på et psykisk.

Samtidig sættes der i stigende grad spørgsmålstegn ved den hidtil udførte '*life-event*'-forskning, ifølge hvilken radikalt livsforændrende begivenheder kan udløse RA. Kritikken går primært på den meget funktionalistiske og deterministiske anvendelse af begrebet inden for den kvantitative, empiriske stressforskning, hvor enkeltstående begivenheder tillægges direkte kausal betydning (Baker, 1982; Rimon & Laakso, 1985; Wallace, 1987; Schüssler, Spiess & Rüger, 1988; Moos, 1988). Derimod anfægtes den kliniske og heuristiske værdi af life-event-begrebet og -forskningen *ikke*. Tværtimod er netop life-event-forskningens bidrag i voldsom ekspansion i disse år qua den moderne psykoneuroimmunologiske forskning, der fremkommer med stadig mere vægtige empiriske belæg for den sygdomsfremkaldende eller sygdomsforstærkende betydning af den subjektive oplevelse af traumatiske begivenheder (Kennedy, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988; Battegay, 1989).

I dag er den fremherskende opfattelse, at RA-patienter udgør en heterogen gruppe med hensyn til såvel psykodynamisk funktion som præmorbid personlighedsstruktur (Taylor, 1987). De psykosociale og somatopsykiske symptomer ved leddegigt forstås som karakteristiske og fælles for en række kroniske, smertefulde tilstande og sammenfattes i begrebet '*kronisk smerte syndrom*' (Vollhardt et al., 1982).

Det kliniske rationale i de tidligere forskeres observationer er imidlertid stadig gældende: Mennesker med kronisk leddegigt lider ofte under en *autonomi-dependens-ambivalens*. Set ud fra et psykosomatisk perspektiv kan denne konflikts psykodynamiske udspring muligvis afdækkes individualhistorisk i et psykoterapeutisk forløb. Ud fra et somatopsykologisk synspunkt er denne konflikt mellem stærke selvstændigheds- og afhængighedsbehov imidlertid generelt set yderst forståelig, set i lyset af, at reumatoid artrit er en sygdom, der i høj grad truer individets selvstændighed på vitale områder og medfører afhængighed af andre såvel økonomisk som socialt og psykisk. Denne autonomi-dependens-konflikt er således et udmærket eksempel på de metodologiske og videnskabsteoretiske problemer, som den psykosomatiske medicin fortsat befinder sig i, idet en præcis skelnen mellem psykosomatiske og somatopsykiske fænomener er yderst vanskelig, bl.a. på grund af fejkilderne ved retrospektive studier og problemerne med manglende eller inadækvate kontrolgrupper.

Sammenfattende kan det siges, at den *lineære årsags-virknings-model*, som fortsat er fremherskende – og frugtbar – inden for den biomedicinske forskning i dag er opgivet inden for den psykosomatiske forskning. Man har forladt såvel den *biologisk reduktionistiske* som den *psykologisk reduktionistiske* forståelse af ætiologien til fordel for en langt mere kompliceret *multifaktoriel* forståelse, som bl.a. inddrager nyere psykoanalytiske begreber fra eksempelvis objektrelations-teori (Weiner, 1982a; Taylor, 1987), neuropsykologi (Weiner, 1977) og psykoneuroimmunologi (Solomon, Amkraut & Kasper, 1974; Ader, 1985).

Psykosociale aspekter ved kronisk leddegigt

I det følgende skal jeg ud fra litteraturstudier såvel som kliniske og forskningsmæssige erfaringer beskrive de psykosociale aspekter ved kronisk leddegigt.

Problemerne ved kronisk leddegigt udgør et komplekst netværk af fysiske, psykiske, socioøkonomiske, sociale og interpersonelle forhold. Den gigtramte plages af kroniske eller periodiske smerter og træthed, og hun er til stadighed konfronteret med risikoen for fortsat bevægelses- og aktivitetsindskrænkning, hvis sygdommen progredierer. Ængstelse for at ligge familie og venner til byrde, frygt for at blive afhængig af omgivelserne, angst for at miste sin selvhjulpethed i dagligdagen, bekymring for at tabe eller få nedsat sin erhvervsevne er forståelige og relevante bekymringer (Kiviniemi, 1979 & 1984; Yelin, Henke & Epstein, 1987).

Denne generelle følelse af angst og bekymring for fremtiden kan imidlertid antage urealistiske dimensioner, hvis den gigtramte ikke bliver grundigt informeret om sin sygdom, men er henvist til mangelfulde eller direkte fejlagtige oplysninger af populærvidenskabelig, common-sense eller mytolo-

gisk art (Williams, 1986). Samtidig kan manglende viden om sygdommen bidrage til en følelse af afmagt over for et almægtigt sundhedssystem, repræsenteret først og fremmest af den lægelige autoritet.

Det er mindre vanskeligt at acceptere sin sygdom, hvis man har kendskab til mulige årsager, erfaringer med kendte forløbsformer og forskellige individuelle behandlingsmuligheder. En høj grad af sygdomsindsigt forstærker graden af *komplians*, det vil sige behandlingsmotivation og etablering af et tillidsfuldt forhold til behandlingssystemet (Bury & Wood, 1979; Poulsen, Tvede & Ægidius, 1988).

Fysiske, sociale og interpersonelle problemer

På det fysiske niveau er de centrale problemer smerter, træthed, nedsat energi og indskrænket aktivitetsniveau. Der sættes ofte en uhensigtsmæssig kædereaktion i gang. Denne selvforstærkende akkumulation af problemer bliver kaldt *smertens onde cirkel* (Rickers, 1987; Jensen, 1988).

Det sociale felt indsnævres reelt, hvis patienten mister sit arbejde som følge af sygdommen og samtidig har vanskeligt ved at deltage i fritidsaktiviteter uden for hjemmet i samme omfang som tidligere. Samtidig ses der ofte tendens til *social isolation*. Smerter og uoverkommelighedsfølelse kan således få den gigtramte til at minimere sine sociale aktiviteter, ligesom synlige (eller oplevet synlige) handicaps kan gøre hende sky og ængstelig over for udadvendt kontakt (Kiviniemi, 1987; Achterberg-Lawlis, 1982; Jensen & Rolfsager, 1988).

De *intrafamilære relationer* kan blive påvirket i negativ retning, hvis eller når den gigtramte ikke længere magter de samme arbejdsopgaver som tidligere, men i stigende grad oplever, at hun mister sin autonomi. Ofte savner ikke blot den gigtramte, men også de pårørende information og har brug for hjælp til at tale åbent om problemerne. Dårlig kommunikation i familien kan endvidere implicere *samlivsproblemer*. Problemer på det seksuelle område kan være særlig svære at tackle; såvel de fysiske, der kan opstå på grund af smerter ved samleje, som de psykiske, der hænger sammen med, at leddegigtpatienten ofte følger sig mindre attraktiv som seksualpartner på grund af sine leddeformiteter (Cohen, 1987; Risum & Sonne, 1987).

Psykisk belastende oplevelser og psykisk stress *influerer* på sygdomsforløbet og *forværrer* ledsymptomerne (Achterberg & Lawlis, 1980; Weiner, 1982b). Endvidere har mange RA-patienter en række fysiske gener som muskelspændinger, hovedpine, søvnforstyrrelser samt symptomer i hjerte/kar- og mave/tarmsystemet. Disse symptomer kan dels være led i sygdommen eller bivirkninger af medicinen, men ofte er der tale om *psykosomatiske reaktioner*, idet den gigtramte ubevidst forarbejder sine psykiske konflikter på et somatisk niveau, hvor de udmønter sig i somatiske symptomer (Beck, 1971).

Psykiske reaktioner

Spørgsmålet om, hvorvidt eller snarere hvorledes psykosociale forhold spiller en rolle for udløsning af en sygdom som kronisk leddegigt, er som nævnt fortsat omdiskuteret. Derimod hersker der udbredt enighed om, at psykiske reaktioner i form af *angst-* og specielt *depressionssymptomer* er alvorlige problemer for mange RA-patienter.

Disse symptomer forstås i stigende grad som led i en personlighedsstruktur, der er karakteristisk for mennesker med en kronisk, ikke-malign lidelse, snarere end som specifik for RA (Spergel et al., 1978; Gardiner, 1980; Baum, 1982). Der synes især at være en sammenhæng mellem kroniske smertetilstande og depressive symptomer som uoverkommelighedsfølelse, selvbepjældelse og skyldfølelse, tomhedsfølelse samt emotionel og motorisk hæmning (Rimon, 1974; Skevington, 1986). Andre fremherskende personlighedstræk, der er forbundet med kronisk sygdom, er lav selvværdsfølelse, kønsidentitetsproblemer og inadækvat aggressionsforvaltning. Med hensyn til den uhensigtsmæssige håndtering af vrede ses modsigelsesfyldte reaktionsmønstre, hvor vreden enten projiceres, idet patientens frustrationstolerance og impuls kontrol er meget lav, eller, hvad der er mere hyppigt, fortrænges, således at patienten fremtræder konfliktsky eller ligefrem overkontrolleret (Moldofsky & Chester, 1970; Levitan, 1981).

De nævnte problemer er dominerende ved kroniske sygdomme, som ikke er direkte livstruende, men hvor smerten er et livsvilkår, og hvor den reelle eller truende progredierende immobilitet tenderer mod at blive det altoverskyggende i tilværelsen.

Et særlig centralt psykisk problem for leddegigtpatienter er imidlertid den *almene uvished* om, hvorledes sygdommen vil udvikle sig. At sygdomsforløbet er så uforudsigeligt, er blevet kaldt »leddegigtens byrde« (Wiener, 1975). Sygdommens yderst individuelle forløb og behandling implicerer, at den gigtramte aldrig kan føle sig sikker på, hvor længe en periode med ro i betændelsestilstanden og lav sygdomsaktivitet vil vare; hvor længe et præparat med god effekt vil virke uden at give alvorlige bivirkninger; eller hvornår yderligere legemsdele vil blive ramt af sygdommen. Gode perioder afløses af dårlige – gode dage af mindre gode.

Denne uforudsigelighed kan gøre det svært for omgivelserne at forstå og acceptere, at den gigtramte reelt er syg, hvis hun pludselig en dag har mindre overskud og flere smerter. Det gør det ligeledes overordentligt vanskeligt at planlægge aktiviteter på lidt længere sigt, hvorved forsøgene på at normalisere dagligdagen og opretholde et vist, nogenlunde konstant aktivitetsniveau hele tiden afbrydes.

Mange leddegigtramte giver udtryk for den paradoksale, men forståelige ambition, at de på den ene side vil accepteres af familien, de sociale omgivelser og en eventuel arbejdsplads som raske og ønsker at blive stillet over for de samme krav og opgaver, men på den anden side føler de sig sårede

over ikke at blive mødt med tilstrækkelig hensyntagen og omsorg.

»An arthritic may be proud 'that nobody knows' and yet wish that 'somebody cares'« (Wiener, 1975).

Den usikre prognose gør tilværelsen til en balancegang mellem håb om lindring eller remission og frygt for progression af sygdommen; en balancegang, der, afhængigt af den øjeblikkelige sygdomstilstand, psykisk kan give sig udtryk i svingninger mellem euforisk hyperaktivitet og apatisk resignation.

Behandlingsmæssige overvejelser

Den delvist påtvungne og delvist selvpåførte sociale isolation, som mange gigtramte befinder sig i, udgør sammen med de psykiske problemer som lav selvværdsfølelse og forringet selvtillid, psykomotorisk anspændthed og ængstelse, overvejende introjiceret aggression samt manglende fremtidsperspektiv og dysfori et *psykodynamisk, konfliktmateriale* af uforløst, indkapslet sorg, vrede og skyld (Poulsen, 1988).

Udadtil fremtræder mange RA-patienter som mennesker, der i overraskende grad har »lært at leve med deres sygdom«. Mange har således fundet en *modus vivendi* i deres håndtering af de sygdomsrelaterede problemer. For en del er der naturligvis psykisk dækning for den anvendte copingstrategi, men ved en nærmere undersøgelse viser det sig ofte, at den gigtramte enten slet ikke har accepteret sin sygdom, men fantaserer om at genopleve det liv, hun havde før. Eller hun har omvendt fortrængt sit tidligere liv så fuldstændigt som muligt og har i stedet identificeret sig med rollen som patient i en sådan grad, at sygdommen og forhold vedrørende behandling styrer hele livsindholdet.

Hvad der for en overfladisk betragtning fremstår som *sygdomsaccept*, dækker i realiteten over en mere eller mindre *passiv resignation*. Hvis en forventet remission udebliver, eller hvis sygdommen blusser op, kan '*giving-up/given-up*'-komplekset opstå (Engel, 1968), hvilket indebærer, at den gigtramte »giver op« og »bliver opgivet« af omgivelserne i en gensidigt selvforslærkende, destruktiv proces. Relateret til den interpersonelle og psykosociale dialektik mellem »at give op« og »blive opgivet« er tilstanden intrapsykisk karakteriseret af depressive følelser som hjælpeløshed og håbløshed (Schmale, 1964).

Analogt med faserne i Johan Cullberg *krisemodel* (Cullberg, 1984): chok, reaktion, bearbejdning og nyorientering, kan man ved kronisk leddegigt tale om chok, når diagnosen bliver stillet; forsvar, eksempelvis fortrængning eller benægtelse, i reaktionsfasen; sygdomserkendelse og sygdomsindsigt i bearbejdningsfasen; og sygdomsaccept i nyorienteringsfasen.

En sådan krisemodel skal forstås cirkulært fremfor lineært, idet tilværelsen med en kronisk sygdom indebærer et *livslangt forsoningsarbejde* med tilbagevendende krisereaktioner.

Man kan altså forstå de psykosomatiske, psykosociale og somatopsykiske reaktioner som udtryk for, at mange RA-patienter befinder sig i en uforarbejdet krise, som det kan kræve professionel hjælp at arbejde sig ud af.

Jeg er selv aktuelt i gang med en prospektiv, randomiseret undersøgelse af effekten af psykologledede gruppesamtaler for patienter med kronisk inflammatoriske bindevævssygdomme. Den overordnede hypotese er, at gruppeterapi kan bidrage til at forbedre den intrapsykiske, interpersonelle og psykosociale funktion. Målet er ændring af en eventuel resigneret, passiv sygdomsaccept til en ressourcemobiliserende, aktiv sygdomsaccept; samt en øget indsigt hos deltagerne i, at reinvestering af psykisk energi i nye eller reaktualiserede livsværdier forudsætter en realistisk vurdering af egne muligheder og fysisk formåen.

Gruppeterapi har en række fordele fremfor individualterapi i forhold til fysisk syge mennesker, som ofte ikke er vant til eller umiddelbart indstillede på at give udtryk for deres følelsesmæssige problemer, endsige på at se en sammenhæng mellem deres eventuelle psykiske problemer og deres somatiske symptomer (Yalom, 1975; Bräutigam & Rüppel, 1977; Rad & Sellchopp-Rüppel, 1987; Kutter, 1989):

- Gennem *erfaringsudveksling* i gruppen bringes den enkelte ud af sin isolation og oplever ikke kun kognitivt, men også emotionelt, at hun deler sine problemer med andre.
- Såvel gennem at tale med som lytte til de øvrige gruppemedlemmer vil den enkelte – på trods af modstand – opleve sine egne intense reaktioner på gruppeprocessen. Hun får således mulighed for at *gennemarbejde* fortrængt konfliktmateriale og *erkende* ressourcestærke og ressource-svage sider hos sig selv.
- Den enkelte deltager lærer at *verbalisere* sine erfaringer og sætte ord på sine følelser. Samtidig lærer hun at formidle dem til andre, der reagerer med spørgsmål, kritik og opmuntring.
- Endelig giver gruppen deltagerne mulighed for at *få og afprøve sociale erfaringer*, idet internaliserede konflikter og patogene eller u hensigtsmæssige reaktionsmønstre kan eksternaliseres og bearbejdes i gruppen. Gruppen muliggør – og nødvendiggør – en mere direkte konfrontation med den sociale realitet, end det er tilfældet i individual terapi.

Der er kun lavet få undersøgelser af effekten af psykodynamisk orienteret gruppeterapi af patienter med kronisk leddegigt (Udelman & Udelman, 1977 & 1978; Schwartz, Marcus & Condon, 1978; Deter, Hahn & Petzold, 1987). Disse få studier viser gode resultater, men undersøgelserne har over-

vejende karakter af *procesevaluering*, mens der endnu ikke er gennemført prospektive undersøgelser med randomiserede kontrolgrupper. Sådanne metodologiske problemer gør sig gældende inden for psykoterapeutisk effektforskning generelt (Hougaard, 1987), men de er om muligt særlig påtrængende inden for det somatiske område, hvor der ikke er tradition for at inddrage psykiske aspekter i behandlingen, og hvor den fremherskende metode er det kontrollerede, kliniske eksperiment, mens integration af kvantitative og kvalitative metoder fortsat er undtagelsen snarere end reglen (Poulsen, 1989).

På baggrund af erfaringer med åbne terapigrupper på en reumatologisk afdeling i USA har Udelman & Udelman opstillet fire niveauer, som alternerer i den gruppeterapeutiske proces (Udelman & Udelman, 1977):

- 1) Det *informativt-kognitivt* niveau, hvor deltagerne udveksler erfaringer og gensidigt formidler sygdomsindsigt til hinanden.
- 2) Det *socialt-integrative* niveau, hvor deltagerne tilbydes mulighed for at afprøve en identitet, som ikke fastlåser dem i patientrollen.
- 3) Det *supportativt-ventilerende* niveau, hvor der gives rum til at udtrykke angst, frustration, sorg og vrede inden for en velstruktureret 'setting' med emotionel støtte fra terapeuten og gruppen.
- 4) Det *eksplorativt-dynamiske* niveau, hvor der kan ske en gennemarbejdning af psykodynamiske konflikter og uhensigtsmæssige forsvarsmekanismer eller copingstrategier.

Når der nødvendigvis må blive tale om en kombination eller vekslen mellem støttende og indsigtsgivende terapi, er det ikke begrundet i en formodning om en særlig lav frustrationstærskel, lav angsttolerance, manglende stabilitet i de defensive funktioner eller realitetstestningen (Tähkä, 1983) hos somatiske patienter. Det er snarere på grund af deres ofte ringe motivation for introspektion samt en – ikke empirisk dokumenteret – hypotese om alexithyme træk hos kroniske syge, som tendentielt er meget fikserede i deres somatiske problemer.

Samtidig er det et åbent spørgsmål, hvorvidt det overhovedet er meningsfuldt eller muligt at lave en klar distinktion mellem supportativ og eksplorativ gruppeterapi på samme måde som i individual terapi (Wallerstein, 1986).

Afslutning

Jeg har i denne artikel peget på en række psykiske og sociale vanskeligheder, som en kronisk, ikke-malign smertetilstand som leddegigt kan medføre. Et særligt problem for mennesker med kronisk leddegigt er den nagende uvished om, hvorledes sygdommen vil udvikle sig.

Det er vigtigt at understrege, at der hverken i den refererede litteratur eller i mit eget materiale er fundet decideret psykopatologiske træk i form af tegn på endogen depression eller massive angstsymptomer.

Endvidere er det væsentligt at fremhæve, at leddegigtpatienter udgør en heterogen gruppe med hensyn til præmorbid personlighedsstruktur og -dynamik. Dette forhold forklarer den iøjnefaldende diskrepans, man ofte finder mellem på den ene side den objektivt konstaterbare sygdomsaktivitet og funktionsnedsættelse og på den anden side det subjektivt oplevede fysiske og psykiske funktionsniveau. Udviklingen af en aktiv sygdomsaccept, hvor sygdommen *ikke* styrer hele tilværelsen, er afhængig af den enkeltes personlighedsmæssige ressourcer og totale livssituation, herunder erhvervs-mæssig og socioøkonomisk status samt socialt netværk og støtte.

Som en mulig psykologisk intervention, der kan fremme optimal fysisk og psykisk funktion, har jeg peget på gruppeterapi. RA-patienter giver udtryk for, at deres symptomer forværres afgørende ved psykisk belastning. Det gælder såvel de gigtramte, der har formået at integrere sygdommen i deres tilværelse på en sådan måde, at den ikke bliver det altoverskyggende indhold, som for gigtramte med ringe udviklet sygdomsaccept. Oplevelsen af smerteintensitet påvirkes ligeledes i udstrakt grad. Det er derfor relevant at undersøge, hvorvidt psykologledede samtalegrupper kan bidrage til øget selvindsigt og nye handlemuligheder i forhold til de psykologiske mekanismer, som påvirker leddegigtpatienternes måde at håndtere deres kroniske sygdom på.

LITTERATUR

- ACHTERBERG, J. & LAWLIS, G. F. *Bridges of the bodymind*. Illinois: Champaign, 1980.
- ACHTERBERG, J. The psychological dimensions of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1982; 50: 984-92.
- ADER R. Psychoneuroimmunologic contributions to the study of rheumatic diseases. In S. Gupta & N. Talal (Ed.), *Immunology of rheumatic diseases* (ss. 669-96). New York: Plenum Medical Book Compagny, 1985.
- ALEXANDER, F. *Psychosomatic medicine: Its principles and implications*. New York: Norton, 1950.
- ALEXANDER, F., FRENCH, T. M. & POLLOCK, G. H.: *Psychosomatic specificity. Vol. I: Experimental study and research*. Chicago: University of Chicago Press, 1968.
- BAKER, G. H. B. Lifeevents before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982; 38: 173-7.
- BATTEGAY, R. Das ich – Abwehrmechanismen und Coping. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 1989; 35: 220-40.
- BAUM, J. A review of the psychological aspects of rheumatic diseases. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1982; 11: 353-61.
- BECK, D. *Psychosomatische Aspekte des chronischen Gelenksrheumatismus*. Basel: Hoffman-LaRoche, 1971.
- BRÄUTIGAM, W. & RÜPPEL, A. Group psychotherapy. In E. D. Wittkower & H. Warnes (Ed.), *Psychosomatic medicine – its clinical applications* (ss. 94-106). Maryland: Harpers & Row, 1977.

- BURY, M. T. & WOOD, P. H. N. Problems in communication in chronic illness. *International Rehabilitation Medicine*, 1979; 1: 130-4.
- COBB, S. Contained hostility in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 1959; 2: 419-425.
- COHEN, M. Sexuality and the arthritic patient - how well are we doing? *Journal of Rheumatology*, 1987; 14: 403-5.
- CULLBERG, J. *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. København: Reitzel, 1984.
- DETER, H.-CH., HAHN, P. & PETZOLD, E. Krankheitsorientierte Gruppentherapie - ein tiefenpsychologisch orientiertes Behandlungsverfahren für körperlich Kranken. In H. Quint & P. L. Janssen (Ed.), *Psychotherapie in der psychosomatischen medizn* (ss. 12-20). Berlin: Springer, 1987.
- DUNBAR, F. *Mind and body: Psychosomatic medicine*. New York: Random House, 1947.
- ENGEL, G. L. A life setting conducive to illness: the giving up - given up complex. *Annals of Internal Medicine*, 1968; 69: 293-300.
- GARDINER, B. M. Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Psychological Medicine*, 1980; 10: 159-63.
- HALLIDAY, J. L. Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1942; 35: 455-67.
- HOUGAARD, E. Psykoteraeutisk effektforskning - design og målemetoder. *Psykologisk Skriftserie*, 1987; 12: 1-33.
- JENSEN, M. A. Når du er optaget af noget andet. *Sygeplejersken*, 1988; 88: 38-41.
- JENSEN, KL. L. & ROLFSAGER, K. *Psykologisk smertebehandling af gigtramte*. Københavns Universitet Amager: Institut for Klinisk Psykologi, 1988 (upubl. manus).
- KENNEDY, S., KIECOLT-GLASER, J. K. & GLASER, R. Immunological consequences of acute and chronic stress: Mediating role of interpersonal relationships. *British Journal of Medical Psychology*, 1988; 61: 77-85.
- KING, S. H. Psychological factors associated with rheumatoid arthritis - an evaluation of the literature. *Journal of Chronic Diseases*, 1955; 2: 287-302.
- KIVINIEMI, P. Emotions and personality in rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1978; 6, suppl. 18: 1-132.
- KIVINIEMI, P. Social effects of rheumatism on the family. *Current Medical Research and Opinion*, 1979; 6, suppl. 2: 47-52.
- KIVINIEMI, P. The illness process in rheumatic diseases. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1984; 11, suppl. 53: 5-15.
- KUTTER, P. Gruppetherapie oder Einzeltherapie? Indikation, Methoden und Ziele. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 1989; 34: 7-14.
- LEVITAN, H. L. Patterns of hostility in the fantasies and dreams of women with rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1981; 35: 34-43.
- MARTY, P. & M'UZAN, M. DE. Das operative Denken (pensée opératoire). *Psyche*, 1978; 32: 974-985 (fr. 1962).
- MOLDOFSKY, H. & CHESTER, W. J. Pain and mood patterns in patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatic Medicine*, 1970, 32: 309-18.
- MOOS, R. H. Personality factors associated with rheumatoid arthritis: a review. *Journal of Chronic Diseases*, 1964; 17: 41-55.
- MOOS, R. H. Coping: Konzepte und Messverfahren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 1988; 34: 207-26.
- MUELLER, A. D. & LEFKOVITS, AA. M. Personality structure and dynamics of patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Psychology*, 1956; 12: 143-7.
- NEMIAH, J. C. Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977; 28: 199-206.
- OVERBECK, G. *Krankheit als Anpassung. Der sozio-psycho-somatische Zirkel*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1984.
- PETERSEN, H. P., ANDERSEN, R. B., FRIIS, J., LUND, H. I. & SYLVEST, J. *Klinisk reumatologi*. København: Chr. Ejlers, 1984.

- POULSEN, A., TVEDE, N. & ÆGIDIUS, L. Effekten af tværfaglig gruppevejledning for patienter med reumatoid artrit. *Ugeskrift for Læger*, 1988; 150: 3047-50.
- POULSEN, A. Somatopsykiske og psykosociale konsekvenser af reumatoid artrit. *Ugeskrift for Læger*, 1988; 150: 3043-7.
- POULSEN, A. Det nødvendige tværfaglige samarbejde. *Nordisk Psykologi*, 1989; 41: 141-4.
- RAD, M. VON & SELLSCHOPP-RÜPELL, A. Psychoanalytische Psychotherapie psychosomatisch Kranker im ambulanten Setting. In H. Quint & P. L. Janssen (Ed.), *Psychotherapie in der psychosomatischen medizin* (ss. 3-12). Berlin: Springer, 1987.
- RICKERS, I. Psykologisk smertebehandling. *Psykolog Nyt*, 1987; 41: 668-71.
- RIMON, R. Depression in reumatoid arthritis. *Annals of Clinical Research*, 1974; 6: 171-5.
- RIMON, R. & LAAKSO, R.-L. Lifestress and rheumatoid arthritis. A 15-year follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1985; 43: 38-43.
- RISUM, T. & SONNE, I. *Gigt og seksualitet*. København: Gigtforeningen, 1987.
- RUESCH, J. The infantile personality. *Psychosomatic Medicine*, 1948; 10: 134-44.
- SCHMALE, A. H. A genetic view of affects with special reference to the genesis of helplessness and hopelessness. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1964; 19: 287-310.
- SCHÜSSLER, G., SPIESS, K. & RÜGER, U. Krankheitsbewältigung bei der rheumatoiden Arthritis. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 1988; 34: 291-305.
- SCHWARTZ, L. H., MARCUS, R. & CONDON, R. Multidisciplinary group therapy for rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*, 1978; 19: 289-93.
- SIFNEOS, P. E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973; 22: 255-62.
- SKEVINGTON, S. M. Psychological aspects of pain in rheumatoid arthritis: A review. *Social Science and Medicine*, 1986; 23: 567-75.
- SOLOMON, G. F., AMKRAUT, A. A. & KASPER, P. Immunity, emotions and stress with special reference to the mechanisms of stress effects on the immune system. *Annals of Clinical Research*, 1974; 6: 303-22.
- SPERGEL, P., EHRLICH, G. E. & GLASS, D. The rheumatoid arthritic personality: A psychodiagnostic myth. *Psychosomatics*, 1978; 19: 79-86.
- TÄHKÄ, V. *Psykoanalytisk psykoterapi*. Århus: Centrum, 1983.
- TAYLOR, G. J. *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Connecticut: International Universities, 1987.
- UDELMAN, H. D. & UDELMAN, D. L. Team therapy in a rheumatology unit. *Psychosomatics*, 1977; 18: 42-6.
- UDELMAN, H. D. & UDELMAN, D. L. Group therapy with rheumatoid arthritic patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1978; 32: 288-99.
- VOLLHARDT, B. T., ACKERMANN, S. H., GRAYZEL, A. I. & BARLAND, P. Psychologically distinguishable groups of rheumatoid arthritis patients: A controlled, single blind study. *Psychosomatic Medicine*, 1977; 44: 353-62.
- WALLACE, D. J. The role of stress and trauma in reumatoid arthritis and systemic lupus lupus erythematosus. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1987; 16: 153-7.
- WALLERSTEIN, R. S. *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York and London: The Guilford Press, 1986.
- WEINER, H. *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier, 1977.
- WEINER, H. Contributions of psychoanalysis to psychosomatic medicine. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1982a; 10: 27-46.
- WEINER, H. The prospects for psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1982b; 44: 491-517.
- WIENER, C. L. The burden of rheumatoid arthritis: Tolerating the uncertainty. *Social Science and Medicine*, 1975; 9: 97-104.

- WILLIAMS, G. H. Lay beliefs about the causes of rheumatoid arthritis. Their implications for rehabilitation. *International Rehabilitation Medicine*, 1968; 8: 65-8.
- YALOM, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1975.
- YELIN, E., HENKE, C. & EPSTEIN, W. The work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 1987; 30: 507-12.