

SYSTEMATISK SELEKTIVISME ELLER KRITISK EKLEKTICISME I ANGSTBEHANDLING

Nicole K. Rosenberg

Der argumenteres for systematisk selektivisme som grundlag for behandling af angsttilstande. Den klassiske psykiatri, kognitiv teori og indlæringspsykologi samt psykoanalyse er de teorier, der hovedsageligt anbefales at vælge terapeutiske teknikker fra. En række coping-teknikker udviklet indenfor rammerne af indlæringspsykologien og kognitiv teori gennemgås, ligesom psykoanalytisk funderet terapi med udgangspunkt i deficit-teori og psykodynamisk orienteret støttende terapi (POST) omtales.

Angsttilstande

Angst er en kompleks følelse, der forekommer på hele spektret fra normal til psykotisk personlighedsstruktur. Angst kan være et symptom på depression af enhver sværhedsgrad, på demens og på somatisk sygdom. Ved *angsttilstande* eller *-forstyrrelser* forstås imidlertid forskellige former for psykopatologi, der tidligere omfattedes af angstneurosebegrebet, d.v.s. ikke-psykotiske og ikke organisk betingede tilstande, hvor angst er det centrale symptom. De er operationelt definerede såvel i det amerikanske diagnose-system DSM-III-R som i det kommende europæiske ICD-10 (American Psychiatric Association, 1987; WHO, 1992). Denne artikel omhandler psykoterapi af tre af disse angsttilstande: panik forstyrrelse, generaliseret angst og fobiske tilstande. I diagnosesystemerne er de gensidigt afgrænsede ud fra følgende karakteristika:

Panikforstyrrelse = angsten er anfaldsvis; ikke udløst af bestemte situationer; debuterer uden kendt, aktuelt traume.

Generaliseret angst = angsten er konstant tilstedeværende; ikke udløst af bestemte situationer; opstår uden kendt, aktuelt traume.

Fobier = angsten udløses af bestemte, for patienten kendte situationer; opstår uden kendt, aktuelt traume: simple fobier = angst for afgrænsede ting, situationstyper eller følelser (dyr, højder, vrede/kritik), social angst = ubehag ved udsættelse for situationer med et overskueligt antal mennesker (middagsselskab, møde), agorafobi = angst for at begive sig alene ud i verden, væk hjemmefra.

Ovennævnte angsttilstande kan alle være kombineret indbyrdes, de kan være kompliceret af depression og kan have en sværhedsgrad, så de antager karakter af psykiatrisk lidelse. Øvrige angsttilstande: tvangstilstande og krisetilstande vil ikke blive omtalt her.

Selektivisme

For ti år siden var eklekticisme eller selektivisme i forbindelse med angsttilstande – og i øvrigt psykopatologi generelt – ikke særlig udbredt teoretisk set. Idag er det nærmest umuligt at åbne et tidsskrift uden at støde på artikler om nødvendigheden af et udogmatisk, pragmatisk, integrativt, selektivt, multiteoretisk eller eklektisk udgangspunkt for såvel psykopatologi som terapi. Psykologerne Omer & Dar (1992), der har gennemgået et repræsentativt udsnit af tre årtiers psykoterapiforskning, taler ligefrem om en »flight from theory into pragmatics«. Tendensen til at gå fra en nomotetisk til en pragmatisk holdning vil formodentlig bidrage til en velkommen afideologisering af sygdomsforståelse og behandlingsstrategier. Dette vil igen muliggøre en større overensstemmelse mellem teori og praksis, da klinikerne oftest er nødt til at udvælge behandlingsteknikker fra forskellige teoretiske referencerammer.

Det må dog understreges at pragmatismens eksistensgrundlag er de teorier, der med megen tro og nerve, under udfoldelse af et vedvarende teoretisk udviklingsarbejde er udformet under forskellige dogmers faner. Desuden er en akademisk pragmatisme kun acceptabel, hvis den er bevidst analyserende og teoretisk velbegrunder. *Systematisk selektivisme* eller *kritisk eklekticisme* er derfor mere velvalgte betegnelser for den nye pragmatisme.

Der findes flere modeller for selektivisme, bl.a. Beutler's (1986, 1991) og Prochaska's (Prochaska & DiClemente, 1986). Begge lægger vægt på et 1970' er fænomen, nemlig ønsket om at finde den rigtige terapiform til hver enkelt patient ved at kombinere patientdimensioner med variable i de enkelte terapiformer.

Karasu's model (1990) er den mest klinisk anvendelige i et psykiatrisk hospitalssystem, hvor de sværeste tilfælde forekommer. Modellen er udformet i forhold til spektret af depressive tilstande, men lader sig med nogle modifikationer overføre til angstområdet. Karasu tager udgangspunkt i den traditionelle, klassiske psykiatriske selektivitet. Denne gælder primært dimensionen reaktiv – endogen, hvor førstnævnte formodes at profitere af psykoterapi, sidstnævnte af psykofarmakologi. Denne tvedeling viser sig i praksis forenklet, idet der meget ofte vil være behov for både medicin og psykoterapi ved såvel lettere som sværere tilstande. Et første spørgsmål ved planlægning af behandling kan altså være, *hvordan* forskellige psykoterapiformer lader sig kombinere med den medikamentelle. Psykoanalytisk funderede terapeuter ønsker oftest at adskille medikamentel og psykologisk behandling, mens kognitive terapeuter integrerer patientens tanker og

adfærd i forbindelse med medicin i psykoterapien. Ved valg af psykotera-
peutisk retning i forhold til den enkelte patient hævder Karasu endvidere,
at en række variable i den enkelte patients tilstand er non-selektive, d.v.s.
peger ikke på en bestemt behandlingsmåde, mens andre vil være selektive
i forhold til bestemte teorier og tilhørende behandlingsteknikker (Karasu,
1990).

Selektivisme i behandling af angsttilstande

Ved angsttilstande vil en langvarigt tilstedeværende følelse af ængstelse
og usikkerhed på eget værd, mangler, tab og separation i opvæksten,
konflikter i aktuelle forhold, evne til indsigt pege på psykoanalytisk fun-
deret terapi. Forstyrret tænkning, f.eks. overdrivende og somatiserende
tankegang, et vist behov for rådgivning, evne for logisk, rationel tænkning
peger på kognitiv terapi. Mange fysiologiske symptomer, udpræget undvige
adfærd og ringe motivation for at tale om indrepsykiske forhold, eller
årsager til problemer og konflikter med andre mennesker, behov for hjælp
til at udforme øvelser med henblik på at overvinde fobier behandles bedst
med adfærds- eller kognitiv terapi. Patienter med svære, spontane angstan-
fald, depressive træk og sandsynlighed for genetisk baggrund bør behandles
medikamentelt (jvf. Rosenberg & Rosenberg, 1989; Karasu, 1990).

Ud over selektive og non-selektive variable i tilstanden spiller patientens
motivation og »tro« på en behandlingsmåde en vigtig rolle (jvf. f.eks.
Persons & Burns, 1985). Et problem i forhold til angstpatienter er non-
compliance, f.eks. hemmelig indtagelse af et benzodiazepin, hvis behan-
deren er modstander af medicin (jvf. f.eks. Rosenberg et al., 1991). Det
kan derfor ikke nytte at ordinere behandlingsmåder, som patienten ikke
ønsker og forstår.

I forbindelse med diagnosticering, sygdomsforståelse og behandling af
angsttilstande, finder jeg følgende teoretiske referencerammer relevante:

1) *klassisk (biologisk) psykiatri* og nyere diagnosesystemer, til klassificering
og syndrombeskrivelse, genetik samt medikamentel behandling,

2) *indlæringsteori og kognitiv teori* til forståelse af symptom-karakteristika
samt til udformning af teknikker til kontrol og reduktion af symptomer
samt indsigt på Jeg-plan

3) *neuropsykologi* til forståelse af forholdet mellem hjerneområder og
adfærd samt til kognitiv træning,

4) *psykoanalytisk teori* til forståelse af personligheden, forbindelsen mellem
ubevidst og fortid-nutid, desuden til udvikling af en række teknikker af
indsigtsgivende og Jeg-støttende art.

I den følgende gennemgang af disse referencerammer lægges hovedvægten på de såkaldte coping-teknikker, udviklet indenfor de kognitive og indlæringsteoretiske (adfærdsterapeutiske) referencerammer, mens neuropsykologisk baseret terapi ikke omtales her (jvf. i den forbindelse Gray, 1982; Jensen et al., 1989) og de øvrige kun omtales kort.

Psykiatrici: deskription, ætiologi og medikamentel behandling

Det har afstedkommet en revolution i forståelsen af angsttilstandene, at angstneurosebegrebet blev lagt på hylden og nye diagnostiske kategorier dannedes. Her gives en beskrivelse af symptomer ved tilstandene, hvilket såvel klinisk som forskningsmæssigt er relevant. Historisk set var det klinisk erfaring og forskning indenfor den biologiske psykiatri, der førte til differentiering mellem panikforstyrrelse og øvrige angsttilstande (Klein, 1964). Dette indebærer, at man blev opmærksom på et invaliderende forløb af panikforstyrrelse: 1. spontane panikanfald efterfulgt af 2. fobisk undvigelse af situationer, hvor sådanne angstanfald er opstået og af 3. depression samt ofte af 4. social tilbagetrækning, afhængighed af andre, isolation, alkoholisme. Kleins behandlingsmæssige nyopdagelse var, at tricykliske antidepressiva, f.eks. imipramin, kan have en panikblokerende effekt, der er afgørende for prognosen. Det er endvidere også indenfor en biologisk psykiatrisk referenceramme at forholdet mellem panikforstyrrelse og depression til stadighed undersøges (jvf. f.eks. Zinbarg et al., 1992).

Symptombeskrivelse og diagnosticering har stor betydning i behandling af angstpatienten. Patientens umiddelbare oplevelse er ofte, at han/hun overvældes af ANGST – en stor, amorf, ubehagelig, ukontrollabel og udifferentieret masse af følelser og fysisk ubehag. Systematisk interview og rating af patienten (f.eks. med SCID (Spitzer et al., 1988) og SCL-90, (Derogatis et al. 1983)) kan ændre denne oplevelse; angstens forløb og forskellige aspekter får betegnelser og dermed begrænsninger, hvilket giver patienten mulighed for at lære angsten at kende som noget kontrollerbart. I undersøgelser hvor medikamentel behandling sammenlignes med placebo er der stor effekt også i placebogruppen, hvilket især netop kunne skyldes, at patienterne rater grundigt og dermed opnår ovennævnte symptomforståelse (jvf. f.eks. Rosenberg et al., 1991).

Kognitiv terapi og adfærdsterapi: coping-teknikker

I løbet af 1980'erne, startede offentliggørelsen af en række resultater af behandling af angsttilstande med adfærdsterapi og kognitiv terapi. Den medikamentelle revolution i angstbehandlingen gav disse teoriretninger vind i sejlene, da de i mange tilfælde viste sig at kunne konkurrere med medicin på såvel kortere som længere sigt (Sokol et al., 1989). Angstre-

ducerende teknikker af psykologisk art eller coping-teknikker, som de under ét kaldes, er mangfoldige. Specielt fire typer coping-teknikker er blevet undersøgt i forhold til panikforstyrrelse med og uden agorafobi samt fobierne og sammenlignet både indbyrdes og med medikamentel behandling: *exposure-in-vivo*, *vejtrækningsøvelser*, *afslapningsøvelser*, og *kognitive teknikker*. Hertil kommer *behandlingsprogrammer*, der omfatter disse og flere teknikker. De sammenlignende empiriske undersøgelser indebærer en frugtbar diskussion mellem fortalere for klassisk adfærdsterapi og kognitiv terapi.

Hver coping-teknik har fortalere, der mener at netop deres teknik er den primære. Fælles er antagelsen, at den pågældende teknik retter sig mod et centralt aspekt ved angsten, som sekundært fører til at de øvrige aspekter reduceres:

Undvigelse. Exposure-in-vivo

Exposure-in-vivo (la.) betyder udsættelse-for-i-virkeligheden. Det er en af de vigtigste, måske *den* vigtigste coping-teknik ved angstbehandling. Teknikken bygger på den erfaring, at angst fører til undvigelse af situationer, der fremkalder angsten samt at dette mønster ikke kan ændres uden patientens aktive udsættelse for situationer, der volder angst. Denne erfaring har terapeuter indenfor andre teoretiske referencerammer også gjort (f.eks. Freud, 1894), Vanggaard, 1987). »Man lærer ikke at svømme på badebroen« er en god metafor for princippet om nødvendigheden af at opsøge det angstfremkaldende. Det er den engelske, klassisk adfærdsterapeutiske psykiater Marks' særlige fortjeneste at have fokuseret på denne enkle, selvfølgelige og elegante teknik (Marks, 1987). Exposure findes i flere versioner: ved flooding-teknikken sker udsættelsen for den mest angstvoldende situation på én gang og langvarigt. Hvis en patient er angst for at handle i supermarked vil terapeuten eksempelvis bede hende gå til supermarkedet og blive der i 2 timer. Angsten vil her udvikle sig til et højdepunkt, hvorefter den igen daler. Herved desensibiliseres patienten i følge Marks hurtigt og med blivende effekt efter få gange.

En hyppigere anvendt og motivationsmæssigt set nemmere metode er graderet exposure (f.eks. Beck & Emery, 1985). Her opstiller terapeut og patient i fællesskab et hierarki af angstvoldende situationer og underopdeler yderligere hver enkelt fobisk situation i opgaver af stigende sværhedsgrad. Patienten med angst for at gå i supermarked, vil her indledningsvis blot blive opfordret til at gå ind ad døren, ud igen og hjem og rapportere om forløbet i næste session. Herefter til at gå lidt længere ind i forretningen, herefter til at gå indenfor og gennem kassen ud igen på et tidspunkt, hvor der ikke er mange mennesker til stede o.s.v.

Empiriske undersøgelser viser, at exposure-in-vivo er en virkningsfuld

teknik, især hvis udsættelsen er a) langvarig, gentages indtil al angst, forbundet med situationen er elimineret, c) gradueret fra lav-stress til høj-stress situationer og ikke mindst d) grundigt planlagt (Barlow, 1988). Når den alligevel er uhyre omdiskuteret skyldes det formodentlig en løbende strid mellem den klassiske adfærdsterapi og de nyere kognitive retninger. Indenfor den klassiske adfærdsterapi mener man at den ændrede reaktion (R) på stimulus (S) er angstbehandlingens formål via en ukendt forandring i organismen (O). Rijken et al. (1992) finder eksempelvis, at gradueret exposure-in-vivo alene har lige så stor effekt som vejtrækningstræning og kognitiv restrukturering samt kombinationen af alle tre teknikker. De konkluderer, at det er tvivlsomt om man vinder ved at tilføje andre teknikker til exposure. Dette finder også Sweet og Loiseaux (1991) på baggrund af analyser af empiriske undersøgelser.

Den kognitive retning finder at tanker og øvrige bevidste teknikker, som terapeuten lærer patienten at skyde ind mellem S og R er afgørende for behandlingens effekt. Beck og Emery (1985) hævder således, at de tanker, der er skudt ind mellem alle led i S-O-R, har afgørende betydning for forløbet af denne proces og tilsvarende, at gradueret exposure altid indebærer en kognitiv strukturering (patienten tænker noget før, under og efter udsættelsen).

De fleste fortalere for de kognitive teknikker mener samtidig at exposure er alt afgørende for disses effekt. I forhold til exposure har de øvrige teknikker nærmest en slags redskabsfunktion; under udsættelsen må patienten kunne anvende såvel forandret tænkning som vejtræknings-, afslapnings-, og/eller adfærdsforandrende teknikker. Teknikkerne står deres prøve, hvis de hjælper patienten med kontrol eller dæmpning af angsten under udsættelse for angstvoldende situationer. Michelson og Marchione (1991), der gennemgår en række sammenlignende undersøgelser af coping-teknikker, finder at anslået ca 50% af patienter med panikforstyrrelse vil have god effekt af exposure-in-vivo, men at exposure sammen med kognitive teknikker er mere virkningsfuld end exposure alene.

Et særligt problem knytter sig til exposure ved den genstandsløse angst som f.eks. panikforstyrrelse. Ved panikforstyrrelse anvendes exposure ved udsættelse såvel for ydre som for indefrakommende angst-stimuli, d.v.s. begyndende angstsymptomer. Hos patienter med spontane panikanfald er det formodentlig ofte netop indre stimuli i form af somatiske symptomer (hjerterbanken, åndenød el.a.), der fremkalder panik. For at kunne udsætte sig for disse stimuli, må de fremkaldes. Dette kan ske i terapisesionerne ved at lade patienterne hyperventilere eller motionere (Öst, 1988). Dette vil føre til hjerterbanken m.m., som tolkes af patienten som begyndende angst, hvorved et panikanfald fremprovokeres. Under angstanfaldet mobilisere dels nogle naturlige, angstdæmpende processer (autonome) dels sikrer terapeuten at patienten oplever, at visse teknikker hjælper ham med at få kontrol over angsten. Det er ikke den fobiske stimulus, patienten skal lære at beherske gennem exposure, men udviklingen af angstsymptomer.

Hyperventilation. Vejrtrækningsteknikker

Lum (1981) og Ley (f.eks. 1987 og 1991) er hoved fortalere for at hyperventilation er det angstsymptom, der fremkalder de øvrige symptomer. Hyperventilation er vejrtrækning, der ikke passer med de fysiologiske behov og som kan give en oplevelse af ukontrollabel åndenød. Ved hyperventilation reduceres mængden af CO₂ i lungerne og dermed i blodet. Dette skaber midlertidige forandringer både i hjernens »opfattelse« af behovet for vejrtrækningshastighed og i blod-barrieresystemet og viser sig som en række ubehagelige kropslige symptomer: åndenød og hjertebanken, prikken og snurren i kroppen, svimmelhed, synsforstyrrelser, svaghedsfølelse. Såvel panikangsten som katastrofetænkning forstås som en konsekvens af cerebral hypoxi, induceret af hyperventilation (Ley, 1991). Op-træning af dyb, rolig vejrtrækning ses følgelig som den væsentligste coping-teknik ved angst. Hermed fastholder disse klinikere en traditionel opfattelse, som bl.a. afspejles i betegnelsen hyperventilationssyndrom og som kendes fra skadestuenes praksis. Her lader man den akutte angstpatient ånde ind og ud med en pose for munden, indtil vejrtrækningen er stabiliseret og angsten aftaget.

Empiriske undersøgelser af effekt på kort og længere sigt af vejrtrækningstræning giver ikke anledning til den store optimisme. Denne teknik kan næppe stå alene (de Ruiten et al., 1989). En empirisk undersøgelse af hyperventilation og CO₂ indhold i blodet viser, at der oftere er lavere CO₂ indhold i venerne hos panikpatienter end hos normale, men kun hos 30%, og tillige at det oftest er patienter med generaliseret angst, der hyperventilerer (Munjack et al., 1993); det er således ikke helt afklaret, hvilken status vejrtrækningsteknik kan have i angstbehandling generelt.

Anspændthed. Afslapningsteknikker

Afslapning udgør en anden gruppe af coping-teknikker, der anvendes med henblik på reduktion af panikanfald. Den tidligst udviklede teknik kaldes progressiv afslapning (Wolpe & Lazarus, 1966; Bernstein & Borcovec, 1973). Formålet er at reducere generel anspændthed gennem hyppig og langvarig afslapningstræning, hvor patienten lærer gradvist at slappe af i flere og flere muskelgrupper samtidigt. Öst har videreudviklet denne teknik i sin »applied relaxation technique« (Öst 1987; 1988). Her lærer patienten også at slappe af i muskelgrupper, men hovedvægten lægges på at applicere afslapningen på angsten, når den opstår. Afslapningstræningen udvides med en fase, hvor patienten øver sig i muskelafslapning ved en aftalt, ofte, men uregelmæssigt forekommende ydre hændelse, f.eks. når telefonen ringer. Formålet er, at patienten bringes i stand til at indsætte afslapning ved de tidligste tegn på angstudvikling, hvorved et anfald hævnes eller hindres. Hvis ikke patienten selv formår dette in vivo, arrangerer

Öst, som nævnt, via 2 minutters hyperventilation i terapisesionen, at patienten kan øve sig i timen. Öst inkluderer altså exposure i sin afslapningsteknik.

En forudsætning for metodens effekt er patientens evne til perception af tidlige og dermed diskrete tegn på angst hos sig selv, og den omfatter således også kognitive teknikker (jvf. også Öst, 1987).

Empiriske undersøgelser af den traditionelle afslapningsteknik sammenlignet med andre coping-teknikker viser ca. halvt så god effekt af denne som af de bedste teknikker (Michelson & Marchione, 1991). Öst selv rapporterer 100% efekt, men ekskluderer formodentlig patienter med depression.

Min kliniske erfaring er, at såvel vejtræknings- som afslapningstræning er gode teknikker for nogle patienter og har ringe eller ligefrem modsat effekt hos andre. Afslapning af musklerne og dyb vejtrækning kan give en fornemmelse af kontroltab evt. ledsaget af svimmelhed, der gør dem uanvendelige, i hvertfald i deres hyppigst anvendte form. Den meget væsentlige kropstræning må derfor individualiseres.

Forstyrret tænkning. Kognitive teknikker

Termen kognition betegner i forbindelse med terapi tænkningens indhold, tænkemåder og ikke det, der traditionelt forstås ved begrebet, nemlig basale elementer i erkendevnen så som koncentration, indlæring, hukommelse, problemløsning m.m.

Kognitive coping-teknikker er karakteriseret ved at tilsigte ændring i patientens tænkning i eller op til situationer, der frembringer angst, ud fra opfattelsen, at forstyrret tænkning er en faktor, der starter, accelererer og forværrer angstudvikling. De kognitive teknikker søger at ændre patientens *opfattelse* af såvel ydre som indre stimuli. Dermed bryder den kognitive psykologi afgørende med den klassiske indlæringspsykologi ved at interessere sig for personen som oplevende, bearbejdende subjekt fremfor blot som reagerende objekt. Det er den mest komplekse, individualiserede og dermed terapeutisk udfordrende af coping-teknikkerne (jvf. Barlow & Cerny, 1988; Beck & Emery, 1985).

Den psykologiske teori bag de kognitive teknikker er mere kompliceret end teorierne bag de øvrige coping-teknikker og har i højere grad karakter af psykologisk teori om personlighed og psykopatologi. Nogle af de væsentligste begreber skal kort omtales: *Skema* betegner basale antagelser som en person, uden at vide det, har om *sig selv*, *omverden* og *fremtiden*. Skema er således strukturer, der er afgørende for den kognitive organisering af verden. De har den funktion, at såvel kendte som ukendte situationer ikke skal perciperes, analyseres og rubriceres fra bunden, men automatisk vækker erindringer om følelser, tanker og adfærd i tidligere, mere eller mindre tilsvarende situationer. Skema omfatter både konkrete ting og mere

abstrakte forhold, så som selvpfattelse. *Set* er betegnelsen for, hvordan et eller flere af en persons skemata sammenfattes og udtrykker sig i en given situation. Normalt vil aktiveringen af set og skema og set lette forståelse, tilpasning og problemløsning (Jeg-funktion). *Modus* er betegnelsen for subsystemer til de mere basale skema. De kan aktiveres og vedblivende være tilstede, selvom de ikke er relevante i forhold til en given situation. De giver personen en begrænset opmærksomhed og hindrer analyse af situationen. Tænkemodi har karakter af *automatisk tænkning*. De fører til en opfattelse af situationen som f.eks. farlig, forfølgende eller håbløs uden at dette udspringer af situationen selv. Der bliver derfor tale om *forstyrret tænkning*. I forbindelse med angst omtaler Beck & Emery nogle generelt forekommende former for sådan forstyrret eller automatisk tænkning ved angsttilstande: stimulus generalisering, katastrofetænkning, selektiv abstraktion, tab af perspektiv og dikotom tænkning. Sådan tænkning sætter gang i en såkaldt *ond cirkel*, hvor tænkningen øger fysiologiske symptomer og hvor adfærd og følelser, svarende til depression, angst, paranoia el.a., følger (jvf. f.eks. Beck & Emery, 1985).

I kognitiv terapi er den første opgave at afgrænse og benævne patientens problemer. Herefter udarbejdes en behandlingsplan, indeholdende delmål og midler til at opnå disse. Et kognitivt terapiforløb vil altid indebære, at patienten har hjemmearbejde. Det tages således ikke for givet, at patienten selv kan overføre terapitimens indsigter til situationer i hverdagslivet. Men det opfattes som altafgørende for terapiens effekt, at patienten øver sig i ændret tænkning og dermed ændret adfærd udenfor terapilokalet. Dette indebærer, at problemer formuleres som øvelser, patienten kan foretage mellem terapitimerne. Selve de kognitive teknikker indebærer, at patienten lærer at identificere forstyrret, automatiske tænkemodi og give dem betegnelser. En fordom mod kognitiv terapi er at terapeuten herefter blot opfordrer patienten til at glemme de automatiske tanker og tænke positivt (Dattilio & Freeman, 1992; Bechgaard, 1992). Dette er ikke tilfældet. De kognitive coping-teknikker har til formål at lære patienten at forstå og handle adækvat i givne situationer og at gøre sin egen tænkning til genstand for refleksion: *Kognitiv restrukturering*, d.v.s. at finde ansatser hos patienten til at tænke mindre selvundertrykkende er en grundliggende teknik. *Reattribution* vil sige at hjælpe patienten med at placere følelserne på rette sted. »Har omgivelserne virkelig de forventninger til eller følelser for dig eller kommer de fra dig selv?« *Stille spørgsmål ved evidens* tilsigter, at noget patienten har været helt sikker på i forbindelse med en bestemt type situationer betvivles.»Hvad var det der fik dig til at tro, at den unge mand, der kiggede efter dig havde til hensigt at slå dig ned? Kunne han have andre motiver?« Terapeuten stiller generelt spørgsmål til patienten m.h.p. at bringe automatiske tanker i bevægelse. »Hvad så, hvis det virkelig skulle ske?« er også et karakteristisk kognitiv terapeutisk spørgsmål. En anden type kognitiv coping-teknik er at lære patienten at tage imod angsten, når den opstår, hilse på den, lade den være der et stykke tid og herefter

aktivt få den til at forsvinde i stedet for at handle panisk, så angsten øges (jvf. f.eks. Freeman, 1992). De kognitive coping-teknikker kan både anvendes ved fobier for konkrete ting og situationer, som f.eks. at køre med bus og ved angst, der opstår i mellem menneskelige situationer: forhold til foresatte, mødre, ægtefæller. Også her vil terapi i kognitiv modus indebære, at et omfattende problem identificeres og omformuleres til en øvelse så som at påtage sig at afbryde telefonsamtale, indlede kontakt, afgrænse sig fra andre.

Exposure-in-vivo er således, som nævnt ovenfor, oftest inkluderet i kognitiv terapi, men ideologien bag den rene adfærdsterapi og den kognitive terapi divergerer. I sidstnævnte tilsigtes en forandring af patientens evne til analyse og fortolkning af sine oplevelser under exposure, mens førstnævnte alene tilsigter ændringer i angstreaktion (den betingede reaktion).

Ifølge et review ved Michelson og Marchione over effekt undersøgelser behandling af agorafobi alene med kognitive teknikker og i kombination med exposure ved panikforstyrrelse den mest virkningsfulde terapi. Andre gennemgange af studier over effekt af kognitiv terapi har, som omtalt, mere blandede konklusioner. Hoffart (1993) bidrager med en vis forklaring på de modstridende fund ved reviews af empiriske undersøgelser af kognitive teknikker. Hvis kvalitetskriteriet alene er forskningsdesign overser revieweren, at det, der i undersøgelser hvor forskellige angstreducerende coping-teknikker sammenlignes, kaldes kognitiv terapi, ofte er enkeltstående og overfladiske teknikker, f.eks. paradoxal intention (søge at overdrive og forværre angsten i stedet for at undertrykke den), som i øvrigt kun i ringe grad er underbygget af den kognitive teori (jvf. ovenfor). Undersøgelser hvor dybtgående, teoretisk velfunderet kognitiv terapi sammenlignes med andre coping teknikker (Marchione et al., 1987; Beck, 1988 og Clark, 1991 (jvf. Hoffart, 1993)) viser at kognitiv terapi har bedre effekt end de øvrige teknikker. Salkovskis et al. (1991) finder at kognitiv terapi alene (uden exposure) har effekt hvis, og kun hvis den omfatter ændring af patientens misfortolkning af kropslige symptomer. Hertil kommer at behovet for individualisering, som klinisk er et kategorisk imperativ (Wolpe, 1986), fordi både fobier, symptomprofil ved genstandsløs angst og interpersonelle problemer er forskellige fra person til person, er vanskeligt at efterkomme i empiriske gruppeundersøgelser design (jvf. Wolpe, 1986).

Den onde cirkel. Behandlingsprogrammer

Flere af de ledende centre for angstbehandling i USA er kognitiv terapeutisk orienteret. Centrenes behandlingstilbud tager dog udgangspunkt i alle fire aspekter af angstens onde cirkel: fysiologiske symptomer, følelser, tanker og adfærd. Deres behandlingsforløb/-programmer omfatter således også flere af de omtalte coping-teknikker samt andre øvelser og undervisning (psykoedukation) af og til i kombination med medikamentel be-

handling (Beck og Emery, 1985; Clark, 1986; Barlow, 1988). Dette gælder også for Daghøjskolen i København (Årsrapport, 1991).

Fokuseringen på enkelte coping-teknikker har især forskningsmæssig betydning, idet virkning af de enkelte teknikker isoleres og dermed kan vurderes.

Deficit. Psykoanalytisk terapi af støttende art

Allerede Freud var opmærksom på, at angstneurosen ikke er en almindelig neurose. Han kunne ikke finde et konfliktindhold i angstneurotikerens angst og måtte konkludere at angst ikke kan reduceres til andre følelser (Freud, 1894).

I dag kan man måske komme angstens psykodynamik lidt nærmere via deficitteorien. At der kan opstå en indre psykisk konflikt kræver en Jeg-struktur med differentierede psykiske instanser. Indrepsykiske problemer kan imidlertid også dannes uden at denne differentiering er sket og medføre defekter i Jeg'et og Selvet (f.eks. Killingmo, 1989). En hypotese er, at den manglende evne til selv at regulere angstudvikling kunne skyldes et medfødt forhøjet angstniveau kombineret med mangler i den primære plejepersons evne til at møde et barn med dette karakteristikum, kompensere herfor og gradvist overgive »ansvaret« for de følelsesmæssige reaktioner til barnet. Den mangelfulde kontakt med den primære plejeperson fører til problemer for barnet med selv at regulere de psykofysiologiske processer, der knytter sig til oplevelsen af fare. Dette sker formodentlig normalt i et intimt forhold mellem mor og barn, gennem moderens måde at holde om, trøste og bære barnet på. Den mangelfulde kontakt fører til, at den signalangstfunktion, der normalt dannes som en Jeg-funktion (Freud, 1926) mangler; den voksne oplever angsten med samme styrke og kvalitet som barnet: overvældelse af kropsligt ubehag, at være alene, være sammen med en uoverskuelig mængde mennesker og fjernt fra det trygge hjem.

Desuden er han/hun ikke i stand til at bringe sig selv til ro og vil derfor helst være hjemme eller have en anden person i hånden. Angstpatientens deficits, som måske kommer til udtryk i termen signalangst, indebærer forringede evner til at analysere og bearbejde indtryk (Rosenberg & Andersen, 1991).

Killingmo (1989) beskriver en vigtig forskel mellem formålet i en psykoanalytisk terapi af personer med indrepsykiske konflikter og personer med deficits. Ved indre konflikt søger terapien at afdække skjult indhold. Her er psykoterapeuten non-direktiv og støttende. Ved deficits er der nærmere tale om at hjælpe patienten med at opleve mening. Psykoterapeuten skal derfor primært være affirmativ, bekræftende.

Wallerstein nævner to hovedgrunde for en psykoanalytisk orienteret terapeut til at vælge støttende psykoterapi, som er den kategori, der kommer affirmativ terapi nærmest: krise hos en ellers normal person eller svære

Jeg-deficits (psykose og svære borderlineforstyrrelser). Ved sværere angsttilstande vil der, som nævnt, ofte være så svære forstyrrelser i Jeg-funktionen, at personen socialt funktionsmæssigt kan sidestilles med borderlinegruppen (her anvendt som psykostrukturel term). En elev af Kernberg, Rockland, beskæftiger sig i sin anbefalelsesværdige bog (Rockland, 1992) med psykodynamisk orienteret støttende terapi (POST). Han omtaler bl.a. to grupper af støttende teknikker: nogle som kan anvendes af terapeuter generelt og nogle, der kræver psykoanalytisk uddannelse.

Førstnævnte minder i høj grad om de kognitive teknikker og Rockland henviser selv til den kognitive terapi, som Linehan udøver. Sidstnævnte omfatter følgende:

Styrke adaptive forsvarsmekanismer. F.eks. at opfordre den antiaggressive karakterneurotiske patient til ikke at give udtryk for aggressioner og den dependente patient til ikke at bryde med sine forældre.

Underminere maladaptive forsvarsmekanismer. Forsvar, der på u hensigtsmæssig vis, hindrer patienten i at blive mere »hel« er derimod vigtige at påpege, f.eks. splitting hos en dårligt integreret, oppositionel patient.

Give unøjagtige fortolkninger. I nogle tilfælde vil det være på sin plads at undlade at fremhæve den dybeste angst (f.eks. dødsangst) i et symptom, men bevidst nøjes med at tolke symptomet som udtryk for en angst, som patienten bedre kan håndtere.

Anvende benigne projektioner og introjektioner. Terapeuten understøtter, gennem sine interventioner, at et problem placeres udenfor patienten selv eller omvendt gøre et mellem menneskeligt problem til et karakteristikum ved patienten med henblik på, at patienten bedre kan arbejde med problemet.

Anvende forståelse af patientens karakter og ubevidste overføring til at afgøre interventionernes stil og art. Den dependente patient får f.eks. mere rådgivning end den kontra-fobiske, der i højere grad opfordres til at forsøge selv.

(Rocklands interventionsformer, delvis mine eksempler)

Symptomets psykologi – helhedens psykologi

Psykoanalysen har primært sin forklaringskraft i forbindelse med udviklingsmæssige, interpersonelle forholds betydning for et symptoms dannelse. Den omhandler *personligheden som helhed*, strukturelt og i et livshistorisk - perspektiv og søger at forstå meningen i symptomet. Efter symptomets

dannelse vil det formodentlig »løsrive sig« og antage et vist selvstændigt forløb, blive Jeg-fremmed, få karakter af en ubehagelig »uvane«. Her gør en, indenfor psykoanalysen forsømt, »*symptomets psykologi*« sig gældende, altså forståelsen af symptomets udvikling, fixering, generalisering m.v. efter at det er dannet. Den kognitive teori og indlæringspsykologien har netop stor betydning for forståelse og behandling af *symptomet*, dets karakteristika, udvikling og indflydelse på patientens tilværelse.

I behandlingen af angstpatienter vil det altid være vigtigt at skelne mellem på den ene side helheden, d.v.s. pt.s livshistorie, traumer og hans/hendes aktuelle livssituation, hvor almen psykologi og psykodynamisk psykologi kan være teoretisk grundlag, på den anden side symptomet, dets forløb, fysiologiske, affektive, kognitive og adfærdsmæssige aspekter.

Denne skelnen mellem livshelhed og symptomer indebærer, at den angstbehandling jeg foretager, oftest forløber fra en fase med hovedvægt på diagnosticering, afgrænsning af symptomer og symptomreduktion til en fase med analyse af patientens historie og psykodynamik. Behandlingen starter med terapi i »kognitiv modus« og først, når patienten har opnået en vis symptomkontrol og -reduktion, får den karakter af psykoanalytisk funderet psykoterapi.

Jeg hævder altså, at det er muligt, måske nødvendigt, at starte med en støttende terapiform med hovedvægt på kognitive teknikker og gradvist at overgå til en explorativ terapiform. Denne tankegang er langt fra i overensstemmelse med terapeuter, der har beskæftiget sig med begge terapiformer på et psykoanalytisk grundlag. Kernberg (1992) mener således at denne rækkefølge både er uhensigtsmæssig, da neutraliteten brydes, hvilket hindrer en non-direktiv terapiform i at udvikle sig. Dette er der ikke tilstrækkelig empirisk dokumentation for. Der er nærmere tale om et overleveret dogme. Derimod betyder alene den dokumenterede effekt af de ovenfor beskrevne kognitive adfærdsterapeutiske teknikker, at man ikke bør forholde patienten muligheden for at blive tilbudt disse.

Det systematisk eklektiske grundlag passer godt til denne behandlingsstrategi, der først retter sig mod symptomerne, herefter mod personligheden som helhed.

En fordel ved at begynde det terapeutiske arbejde med symptomet er endvidere, at de psykodynamiske konflikter, der efterhånden kommer frem, med større sandsynlighed har forbindelse med symptomdannelsen, end hvis man går den modsatte vej. For et klinisk eksempel på dette, se Rosenberg, 1991).

Faser i angstbehandling på systematisk eklektisk grundlag.

Fase 1. Anamnese: Terapeuten danner sig, gennem interview af patienten, et bredt billede af patientens livshistorie – og opstiller hypoteser om sammenhængen mellem patientens liv og symptomdannelse.

Fase 2. Symptomerne: Herefter sikrer man sig, evt. gennem diagnostisk interview og rating, en grundig beskrivelse af sygdomsforløb og symptomer: sygdomsdebut, hvor ofte angsten forekommer, i hvilke situationer og med nøjagtig hvilke symptomer. Terapeuten skal i denne fase så tæt på alle symptomets aspekter som muligt. Herefter kan hun undersøge, hvad patienten spontant gør, såvel hensigtsmæssigt som uhensigtsmæssigt, for at dæmpe angsten. Til sidstnævnte hører undvigelse, isolation, tanker om at det aldrig bliver bedre. Til spontan, hensigtsmæssig adfærd hører alle forsøg på at reducere og overvinde angsten ved at udsætte sig for angstprovokerende situationer, tale beroligende/irrettesættende med sig selv, aflede eller konfrontere sig med angsten og ethvert andet forsøg på at gøre noget for at hindre angsten i at få overtaget.

Fase 3. Behandlingsplan: Herefter udarbejder terapeut og patient et program af øvelser, der bygger på den hensigtsmæssige del af patientens spontane coping-strategier og som løbende evalueres, modificeres og udbygges. I denne fase tages også stilling til evt. medikamentel behandling. Det vigtigste er at afgrænse og operationalisere problemer, således at de kan fremstå som øvelser, der kan gøres i det virkelige liv under anvendelse af angstdæmpende teknikker (»kognitiv-adfærdsterapeutisk modus«). Øvelserne skal altid indeholde exposure-in-vivo og skal kunne udvikles i et hierarki fra lettere til sværere. Forud for exposure går indøvelse af teknikker, som patienten kan anvende under udsættelse for den provokerende situation. Det er oftest mest relevant at starte med angst for ydre ting eller situationer og herefter at fastholde en »kognitiv-adfærdsterapeutisk modus« overfor angst for autoriteter, for nærhed, for aggression, social angst, sexual angst og øvrige interpersonelle forhold.

Fase 4. Livshistorien: Fra symptomreduktion vil man kunne bevæge sig over mod stadigt mere at behandle angstens psykodynamiske aspekter, fra symptom mod helhed. Ved at starte med symptomerne og det terapeutiske arbejde med disse, er der mulighed for, at de livshistoriske forhold, der erindres, har forbindelse med symptomdannelsen.

Når man lader dogmerne fare og selektivismen råde er det forbundet med en overbevisning om at uhildet udforskning af effekt og proces er vigtigere end tro og forhåndssympati. Ovennævnte model er ikke i sin helhed empirisk undersøgt, men bygger delvist på kliniske erfaringer. Det må være forskning i psykopatologi og psykoterapi, der fremover viser om denne model og andre behandlingsformer er velegnet for angstpatienter.

LITTERATUR

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd revision). Washington, D.C.: APA
- BARLOW, D.H. & CERNY, J.A. (1988) *Psychological treatment of panic*. The Guildford Press, New York
- BECHGAARD, B. (1992) *Miljøterapi*. Hans reitzels forlag, København
- BECK, A.T.; EMERY, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York Basic Books
- BERNSTEIN, D.A. & BORKOVEC, T.D. (1973) *Progressive relaxation training. A manual for helping professions*. Research Press, Campaign, IL
- BEUTLER, L.E. (1986). Systematic eclectic psychotherapy. In J.C. Norcross (red) *Handbook of eclectic psychotherapy* (s. 94-131) Brunner/Mazel, New York
- BEUTLER, L.E. (1991) Selective treatment matching: systematic eclectic psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 457-462
- DEROGATIS, L.R., LIPMAN, S.R., COVI, L. (1973) SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 9, 13-28
- FREEMAN, A. (1992) The development of treatment conceptualizations in cognitive therapy. In A. Freeman & F.M. Dattilio, red. *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Plenum Press. New York, London.
- FREUD, S. (1894) Über die berechtigung, von der neurassthenie einen bestimmten symptomkomplex als »Angstneurose« abzutrennen. In *Studienausgabe Hysterie und Angst, Bd. VI*, S. Fischer verlag, Frankfurt am Main 1971
- GRAY, J.A. (1982) *The neuropsychology of anxiety: an inquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford, Clarendon Press
- HOFFART A. (1993) Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91
- JENSEN, H. H., DREJER, K., BUCHMANN J. (1989) Angstens neuropsykologi og personlighedens dimensioner. *Psyke og Logos*, 10, 330-348
- KARASU, T.B. (1990) Toward a clinical model of psychotherapy for depression, II: An integrative and selective treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, 147, 269-278
- KERNBERG, O.F., SELTZER, M.A., KOENIGSBERG, H.W., CARR, A.C., APPELBAUM, A.H. (1992) *Borderline og psykodynamisk psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag, København
- KILLINGMO, B. (1989) Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65-79
- KLEIN, D.F. (1964) Delineation of two drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5, 397-408
- LEY, R. (1987) Panic disorder and agoraphobia: fear of fear or fear of the symptoms produced by hyperventilation? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 10, 207-212
- LEY, R. (1991) The efficacy of breathing retraining and the centrality of hyperventilation in panic disorder: a reinterpretation of experimental findings. *Behavior research and therapy*. 29, 301-304
- LUM, L. (1981) Hyperventilation and anxiety state. *Journal of research in social medicine*. 74, 1-4
- MARCHIONE, K., MICHELSON, L., GREENWALD, D., DANCU, C. (1987) Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia. *Behavior research and therapy*, 25, 319-328
- MICHELSON, L.K., MARCHIONE K. (1991) Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 100-114
- MUNJACK, D.J., BROWN, R.A., McDOWELL, D.E. (1993) Existence of hyperventilation in panic disorder with and without agoraphobia, GAD, and normals: *Implica-*

- tions for the cognitive theory of panic. 37-48
- OMER, H. & DAR, R. (1992) Changing trends in three decades of psychotherapy research: the flight from theory into pragmatics. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60, 88-93
- PERSONS, J.B. & BURNS, D. (1985) Mechanisms of action of cognitive therapy: the relative contributions of technical and interpersonal interventions. *Cognitive therapy and research*, 9, 5349-551
- PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.C. ((1991) The transtheoretical approach In J.C. Norcross (red) *Handbook of Eclectic psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York
- ROCKLAND, L.H.(1992) *Supportive therapy for borderline patients. A psychodynamic approach*. The Guildford Press. New York, London
- ROSENBERG, N. (1990) Angstilstande – multikausalitet og terapeutisk mangfoldighed. *Psyke og Logos*, 11, 367-372
- ROSENBERG, N. & ANDERSEN, R. (1990) Rorschach-profile in panic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 99-109
- ROSENBERG, N.K., MELLERGAARD, M., ROSENBERG, R., BECK, P., OTTOS-SON, J.-O. Characteristics of panic disorder patients responding to placebo. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 365, 33-38
- ROSENBERG, N. & ROSENBERG, R. (1988) *Angst-krise og stress*. Hans Reitzels Forlag, København
- SALKOVSKIS, P.M., CLARK, D.M. HACKMANN, A (1991) *Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining*, 29, 161-166
- SOKOL, L., BECK, A.T., GREENBERG, R.L., WRIGHT, F.D. (1989) Cognitive therapy of panic disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 177, 711-720
- SPITZER, R.L. & WILLIAMS, J.B. (1988) Revised diagnostic criteria and a new structured interview for diagnosing anxiety disorder. *Journal of psychiatry research*, 22, 55-70
- VANGGAARD, T. (1987) *Angst – En psykoanalytisk forløb*. København, Gyldendal
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva
- WOLPE, J. (1986) Individualization: the categorical imperative of behavior therapy practice. *Journal of behavior therapy and experimental research*, 17, 145-153
- WOLPE, J. & LAZARUS, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Pergamon press. New York
- ZINBARG, R.E., BARLOW, D.H., BROWN, T.A., HERTZ, R.M. (1992) Cognitive-behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. *Annual review of psychology*, 43, 235-267
- ÖST, L.-G. Beteendeanalys in (L.-G. Öst, ed.) *Beteende-terapi inom psykiatrin*. Natur og kultur, 1987, Lund
- ÖST, L.-G. (1987) Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behavior research therapy*, 5, 397-409
- ÖST, L.-G. (1988) Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behavior research therapy*, 26, 13-22
- ÅRSRAPPORT fra Daghøjskolen (1991) (København, upubl.)