

Psykodynamisk psykoterapi ved skizofrenispektrumtilstande

Bent Rosenbaum¹, Francisco Alberdi², Ulrik Haahr³, Anne Lindhardt⁴ & Annick Urfer-Parnas⁵

STATUSARTIKEL

- 1) Psykoterapeutisk Klinik, Psykiatrisk Center København
- 2) Sexologisk Klinik, Psykiatrisk Center København,
- 3) Psykiatrisk Forskningsenhed, Psykiatrien Region Sjælland
- 4) Psykiatrifonden
- 5) Psykiatrisk Center Glostrup

Ugeskr Læger
2019;181:V06180425

Psykodynamiske teorier og holdninger i læge-patientforholdet har en lang historie inden for flere lægelige specialer [1-5] og spillede i flere årtier en væsentlig rolle i psykiatrisk diagnostik og behandling for såvel indlagte som ambulante patienter [6-10]. Behandlingen havde fokus på patientens personlighedsstruktur, og maladaptive gentagelsesmønstre fra patientens opvækst og udvikling sås som væsentlige udviklingspatologiske faktorer. Denne holdning blev ændret med DSM-III [11] og ICD10 [12], ifølge hvilke man i psykiatrisk diagnostik lagde hovedvægten på beskrivelse af adfærd, symptomer og syndromer og desuden tilstræbte en ateoretisk holdning.

I denne artikel redegøres der for psykodynamisk psykoterapi (PPT) til patienter med skizofrenispektrumlidelser.

TIDLIGERE FORSKNING

Effekten af PPT har været beskrevet i mere end 100 år i utallige casebeskrivelser [13-15]. Systematiske, komparative studier af PPT fandt sted i perioden 1960-1980 [16, 17]. Et studie (n = 36) vakte særlig opmærksomhed ved dets positive resultat og undersøgelse af effekten af terapier, der blev udført af hhv. erfarne psykose-terapeuter og psykoterapeuter, som manglede erfaring i psykoseterapi [18]. Effekten af sidstnævntes terapier varede halvt så længe som effekten af førstnævntes. Resultatet af de få andre studier fra denne periode [16] blev af den dominerende amerikanske psykiatri tolket

som et argument mod fremover at bruge psykodynamisk baseret terapi i behandlingen af mennesker med psykose [19].

Til dato er der i Danmark kun gennemført én komparativ undersøgelse af PPT, Det Nationale Skizofreniprojekt (DNS-II): en kvasirandomiseret, komparativ, prospektiv multicenterundersøgelse af konsekutivt inkluderede patienter med første episode af skizofrenispektrumforstyrrelse. Patienterne blev inkluderet i perioden 1997-1999, og der var deltagelse af 14 centre. I undersøgelsen sammenlignede man en gruppe, der fik *treatment as usual* (TaU) + manualiseret støttende PPT (n = 119) med en anden gruppe, der fik TaU (n = 150). I begge grupper indgik afdelinger fra by og land, universitets- og ikkeuniversitetshospitaler samt store og små afdelinger. Undersøgelsen viste ved toårsevalueringen signifikant bedre effekt på Global Assessment og Functioning Scale (GAF)-symptom- og GAF-funktionsniveau for PPT end for TaU + PPT [20, 21].

PATOGENESE OG SYGDOMSFORSTÅELSE

Psykodynamisk teori har siden *Freud* [22] hvilet på, at sindsslidernes patogene afhang af disposition, opvækstbetingelser og aktuel påvirkning. Også andre terapiretninger hviler på denne opfattelse, men forståelsen heraf varierer mellem de forskellige psykologiske retninger. Således vil den udløsende faktor psykisk set i PPT blive forbundet med tidligere nedfældede erindringer, som kan farve og medbestemme personens oplevelse af sig selv, af andre og af interaktionen mellem sig selv og andre. PPT hviler på en ikke-lineær sygdomsforståelse, hvor tilbagegribende processer medfører, at »fortiden« i form af traumatiske oplevelser og gentagelsesmønstre kan stille sig realitetsforvrængende i vejen for *common sense*-oplevelser af tanker og følelser om sig selv og andre. PPT knytter desuden an til moderne neurovidenskab (*Edelman* [23], *Damasio* [24] og *Gallese* [25]). Bl.a. inddrages *Damasios* forståelse af bevidstheden (*proto-self/core self/autobiographic self*) og *Galleses* teorier om spejlneuronerne.

Psykotiske oplevelsesformer udmærker sig ved radikalt forandret identitetsoplevelse i form af identitetsdiffusion og -opløsning, ofte knyttet til hallucinationer, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Identitetsdiffusion viser sig i form af ekstrem usikkerhed på,

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Psykodynamisk forståelse og terapeutisk ekspertise har i de seneste årtier været vigende i lægestanden i takt med kognitiv terapies fremmarch.
- ▶ En større dansk komparativ undersøgelse har vist, at patienter med førstegangpsykose profiterer signifikant af psykodynamisk baseret psykoterapi i tilgift til *treatment as usual*.
- ▶ Psykodynamisk psykoterapi er centreret om patientens subjektive oplevelser af selv-anden-relationen i og uden for behandlingen. Det vil være værdifuldt fremover at opretholde psykodynamisk psykiatri som en del af den psykiatriske og almenlægelige ekspertise.

hvem man er, om man har et jeg og hvad jeg'et eller selv'et indeholder og står for, mens identitetsopløsning har form af en afvisning af, at der skulle eksistere noget selv, eller en afvisning af, at den krop, der taler, skulle have noget som helst med en selv at gøre. Som en tidligere patient skrev: »*Consciousness gradually loses its coherence. The ,me' becomes a haze. Reality breaks up like a bad radio signal. There is no longer a sturdy vantage point from which to look out, take things in, assess what's happening. No core lens through which to see the world, to make judgements and comprehend risk. Random moments of time follow one another. Sights, sounds, thoughts, and feelings don't go together. No organizing principle takes successive moments in time and puts them together in a coherent way from which sense can be made*« [26]. Ofte forekommende udsagn hos andre patienter kan være: »Jeg kan ikke føle, at jeg eksisterer«, »Der er ingen forbindelse mellem mine tanker, mine følelser og den måde, jeg oplever mig selv på – jeg kan være i tvivl om, hvorvidt jeg har et selv«, »Jeg kan ikke forestille mig, hvad der foregår i andre« og »Jeg forstår ikke, at andre mennesker har følelser«.

Psykosens forrykkede identitetsoplevelse vedrører også ændringer i subjektets forhold til tid og rum – bl.a. generationsfornemmelsen og oplevelse af fortid-nutid-fremtid. Det, der normalt er indlysende, er helt eller delvis opløst i psykosens. Lignende vanskeligheder findes i egenoplevelsen i kommunikationens rum [27].

PSYKODYNAMISKE INTERVENTIONER

PPT udøves som 1-2 sessioner/uge [28] og er baseret på en udviklingspsykopatologisk forståelse [24] samt den opfattelse, at alle bevidste kommunikative udtryk har ubevidste komponenter og tjener til opretholdelse af forsvarsmønstre, der sikrer mindst mulig angst, og ydermere at dele af personens selvopfattelse er mere psykosepræget end andre. Psykose ses ikke som en statisk tilstand, men som dynamisk varierende, afhængigt af kontekst og forholdet til den anden.

PPT-sessioner er ikke på forhånd strukturerede (ud over strukturen: *assessment*, initial-, midt- og slutfase). Det er i hver session patienten, der udtrykker, hvad der er mest presserende at tale om i terapitimen, men som i enhver kommunikation vil patientens ord give mange forståelsesmuligheder for terapeuten. Patienten fører ordet, men det er terapeuten, der strukturerer den terapeutiske dialog.

PPT beror på et engagement i den enkelte patients subjektive oplevelsesformer og generelle psykiske tilstand samt en evne hos terapeuten til at lytte og skabe mening: lytte til patientens ord og mening, lytte til egne ideer på grundlag af det sagte, evnen til at vælge, hvilke af de mange ideer der er mest relevant at intervinere med, og lytte til patientens respons på disse ideer. Evnen til at lytte indebærer også evnen til ikke at

frustreres over det ikkeforståelige. Unødige interventioner, som blot forøger patientens angst og konfusion, ses som mulige tegn på modoverføring, der kan hæmme forståelsen af patienten.

STØTTENDE INTERVENTIONER

Allerede Freud gjorde opmærksom på, at visse mennesker i psykoterapi havde behov for edukative interventioner, og at den psykotiske tilstand indebærer den samtidige eksistens af ikkepsykotiske aspekter af personligheden. Disse to elementer har direkte relation til den dynamisk støttende holdning i terapien.

Det væsentlige i PPT er at skabe mening i patientens oplevelser og i den kommunikation, patienten oplever uden for terapirummet, hvor selv-anden-oplevelsen er forstyrret, og i terapien. Ordnes konventionelle betydninger med mangtydighed og usikre referencer skaber usikkerhed om egenværd, identitet og fremtidsperspektivering for den psykotiske patient. I den støttende psykoterapi må terapeuten til stadighed være opmærksom på arbejdsalliancen, dvs. tilliden til, at patient og terapeut arbejder sammen for at ændre patientens smertefulde situation. Terapeuten prøver på at hjælpe patienten til at binde tingene sammen og skabe sammenhæng i oplevelserne, dvs. hjælpe patienten til at tænke, forstå og formulere sine forvirrende indtryk, opfattelser og oplevelser (inkl. symptomer). Man taler psykodynamisk set om at omdanne »rå« sansedata til tanker, og tanker til tænkning [29] (Tabel 1).



TABEL 1

Psykodynamisk syn på behandling og støttende faktorer i psykodynamisk psykoterapi.

Psykodynamisk syn

Understreger vigtigheden af arbejdsalliancen og rammen

Skaber mening i kommunikationens dynamiske processer, laver parallelere mellem kommunikation i det terapeutiske rum: »overføring« i begrebets bredeste forstand, og kommunikationsprocesser uden for dette rum

Anerkender tilstedeværelse af ubevidste processer i interaktionen mellem terapeut og patient samt i patientens måde at forholde sig til sin omverden

Anerkender modoverføringen rolle i forvrængningen af terapeuten forståelse og måde at respondere på Understreger udviklingsperspektivet i patientens symptomer og intersubjektive vanskeligheder, fokuserer herunder på patientens forståelse af og evne til at håndtere egne og andres emotioner og intentioner på en mere adaptiv måde: evne til symbolisering

Anerkender og gør patienten bevidst om såvel psykotiske som ikkepsykotiske aspekter af patientens personlighed

Arbejder med at gøre patienten bevidst om såvel hjælpende som destruktive aspekter af forsvarsmekanismerne

Arbejder med at hjælpe patienten til at tænke, forstå og formulere sine smertefulde indtryk og oplevelser og symptomer, omdanner »rå« sansedata til tanker og tanker til tænkning

Støttende faktorer

Fokus på ikkepsykotiske aspekter af eksistensen: imødegåelse af regression

Nyorientering af sindet i dets forsøg på at rumme og forsvare sig mod tab det har erfaret: muligheden af andre fortællinger og anden forståelse af sig selv

Nødvendige modifikationer af behandlingsteknik og brug af klarificering, affirmation, suggestion, direkte svar på spørgsmål efter at have undersøgt deres mulige mening, klare empathiske udtryk over for patientens smertefulde sindstilstand

Deidne er et navn, som *Karoline* i en periode brugte om sig selv, så tekstens mening er: »*Deidne* – givet sin vilje til hvad den vil«. Billedet er venligst udlånt af Sct. Hans Hospitals Museum, Psykiatrisk Center Sct. Hans. Det er malet af *Karoline Ebbesen* (1852-1936).



I dette arbejde er det vigtigt at have fokus på ikke-psykotiske aspekter af patientens personlighed [30]. Terapeuten må ikke miste troen på, at nyorientering af patientens sind kan finde sted i sindets forsøg på at rumme og forsvare sig mod de mange tab, som patienten har erfaret, såsom tab af familiaritet i oplevelsen af andre, subjektivt oplevet tab af venner og af familiens forståelse og opbakning.

Det kræver stor kreativitet, åbenhed og fleksibilitet af terapeuten at kunne intervenere med noget, der fanger patientens opmærksomhed, og som tager vare på den angst og utryghed, som patienten oplever umiddelbart i samtalen med andre. Omdannelsen er ofte en længerevarende proces, der ofte forløber med meget små skridt, hvilket terapeuten ikke må frustreres over. Støttende interventioner omfatter bl.a.: 1) Klarifikation: »Kunne du sige lidt mere om det, du nu fortæller mig om, så jeg bedre kan forstå det?« og »Hvad skete der konkret i situationen?«. 2) Affirmation: I alle terapeutens interventioner skal patienten altid føle sig set, hørt og respekteret. 3) Suggestion: hjælpende opfordringer til at udføre det, som patienten synes, er vanskeligt, uoverkommeligt eller angstvækkende. 4) Vejledning – aldrig som et direktiv, men som en mulighed, som patienten kan forfølge: »Måske kunne du gøre/sige/tænke ...«. 5) Psykodynamisk psykoedukation, bl.a. i form af generaliseret livserfaring, som kan holdes op mod patientens subjektive oplevelser: »Jeg forstår

din oplevelse. Mange mennesker forstår den situation anderledes end du. Hvordan skal vi forstå denne forskel mellem din og andres ideer?«. Det vigtige er ikke, at patienten overtager terapeutens ideer, men at patienten lader sig udfordre i sin egen forståelse. Det er også vigtigt, hvis patienten ikke kan sige noget herom, at terapeuten har nogle ideer in mente, som kan foreslås. Disse ideer vil aldrig blive accepteret som ahaoplevelser af patienten, men er alliancen god, vil et kim være sået, som senere kan blive frugtbart for patienten.

Nogle tror, at PPT overvejende handler om patientens fortid, og at symptomer ikke er i fokus. Begge dele er forkert. Fortiden er kun interessant, for så vidt den skaber udviklingsmønstre, der gentager sig i nutiden og viser sig at være hæmmende eller destruktiv for personens evne til at integrere tanker og følelser i stabile fremtidige planer. Symptomer, hvis følelsesmæssige komponenter patienten lider under og må hjælpes til at håndtere, er interessante, fordi de har en udviklingshistorie med betydning for patienten. Ved belysning heraf kan de gøres mindre påtrængende og ændres til oplevelser, som patienten kan mestre. Også understøttelse af ressourcer og kreative aspekter af patientens personlighed er af betydning i behandlingen.

KONKLUSION

PPT-holdning kan ikke blot anvendes i psykoterapi, men også som forståelsesramme og vejledning i andre kliniske situationer, eksempelvis i mødet med patienter med hallucinationer og vrangforestillinger og til belysninger af uhensigtsmæssige interpersonelle relationsmåder.

Der er evidens for, at det er muligt for psykoterapeutisk indstillede læger med støtte fra manualer og supervision at give patienter med skizofrenispektrum-psykose bedre funktionsniveau efter to år. Undersøgelser viser også, at to års psykoterapi ikke er tilstrækkelig [21].

Metoden stiller krav til lægen som en »lyttende indsigtfuld læge«. Supervision og nogen erfaring med psykodynamisk praksis og teori er i et vist omfang nødvendig. Opfyldes disse krav, vil en del psykotiske patienter kunne nyde godt af bedring af symptomer og funktionsniveau, og de vil føle deres subjektive bekymringer, tanker og følelser respekteret i den gode arbejdsalliance.

SUMMARY

Bent Rosenbaum, Francisco Alberdi, Ulrik Haahr, Anne Lindhardt & Annick Urfer-Parnas:

Psychodynamic psychotherapy of patients with schizophrenia spectrum psychosis
Ugeskr Læger 2019;181:Vo618o425

This Danish review is a description of the relevance and importance of psychodynamic psychotherapy in the understanding and treatment of patients with schizophrenia spectrum psychosis. Previous research is included, and the results of a recently published, large-scale, prospective comparative study showing good results of adding psychodynamic psychotherapy to treatment as usual are summarised. Concrete examples are given to demonstrate the specificity of the dynamics and the supportive characteristics of the effective interventions in the relationship between patient and therapist.

KORRESPONDANCE: Bent Rosenbaum.

E-mail: bent.rosenbaum@dadlnet.dk

ANTAGET: 31. oktober 2018

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 14. januar 2019

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities, 1957.
- Graugaard PK, Finset A. Lægens følelser: betydningen af lægens emotionelle reaktioner på patienterne. Ugeskr Læger 1998;160:1927-31.
- Horowitz MJ, red. Essential papers on posttraumatic stress disorder. New York University Press, 1999.
- Varvin S. Mental survival strategies after extreme traumatization. Multivers, 2003.
- Galasinsky D. Language and psychiatry. Lancet Psychiatry 2018;5:200-1.
- Sklar J. Balint matters: psychosomatic and the art of assessment. Karnac, 2017.
- Gabbard GO. Psychotherapy in psychiatry. Int Rev Psychiatry 2007;19:5-12.
- Alberdi F, Sørensen P. Psykoterapi og medikamentel behandling. I Alberdi F, Rosenbaum B, Sørensen P, red. Moderne psykoterapi. Hans Reitzel, 2015:511-26.
- Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. 5. ed. American Psychiatric Publishing Co., 2014.
- Abbass AA, Kisely SR, Town JM et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database Syst Rev 2014;7:CD004687.
- DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed. American Psychiatric Association, 1994.
- ICD-10. International Classification of Diseases and Related Health Problems. WHO, 1994.
- Bjerre P. Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen 1912;3:795-847.
- Beck A. Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with delusion based on borrowed guilt. Psychiatry 1952;15:305-12.
- Levander S, Cullberg J. Psychotherapy in retrospect. Nord J Psychiatry 1994;48:263-9.
- Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. Schizophr Bull 1984;10:520-51.
- Bechgaard B. Forholdet mellem psykologisk og medicinsk behandling af skizofreni. I: Bechgaard B, Jensen HH, Nielsen T. Psykologisk og medicinsk behandling af psykiske lidelser. Hans Reitzel, 2001:34-93.
- Karon BP, Vandenbos GR. Psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice. Aronson, 1981.
- Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 1998;24:1-10.
- Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P et al. Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first episode psychosis: two-year outcome. Psychiatry 2012;75:331-41.
- Harder S, Koester A, Valbak K et al. Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: long-term outcome in social functioning. Psychiatry 2014;77:155-68.
- Freud S. Forelæsninger til indføring i psykoanalysen. Hans Reitzel, 1965.
- Edelman GM. Bright air, brilliant fire: on the matter of the mind. Basic Books, 1992.
- Damasio A. The feeling of what happens. William Heinemann, 1999.
- Ammaniti M, Gallese V. The birth of intersubjectivity: psychodynamics, neurobiology and the self. Norton Co., 2014.
- Saks ER. The center cannot hold. New York Hachette Books, 2007:89.
- Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical research and perspective. Harv Rev Psychiatry 2014;22:251-65.
- Rosenbaum B, Harder S. Psykoterapeutisk behandling af lidelser i det skizofrene spektrum. I: Alberdi F, Rosenbaum B, Sørensen P, red. Moderne psykoterapi. Hans Reitzel, 2015:225-46.
- Bléandonu G, Wilfred Bion: his life and works 1897-1979. Guilford Press, 1994.
- Harder S, Simonsen E. Udviklingspsykopatologi. I: Simonsen E, Møhl B, red. Grundbog i psykiatri. 2. udg. Hans Reitzel, 2017:115-29.