

19. ÅRGANG NR. 4 – DECEMBER 2002

# Matrix

## REDAKTIONELLT

MATRIX skapades 1984 av en engagerad och entusiastisk dansk trio: Lars Burggaard, Tom Andersen och Søren Aagaard. 1989 kom en norrman in i redaktionen. Det var Sigmund Karterud. Och man förklarade att »Matrix er et skandinavisk tidsskrift forstået på den måde, at bladet kun publicerer manuskripter på svensk, norsk og dansk«. Layout och typografi var den enklast tänkbara. 1993 knöts tidskriften till Dansk Psykologisk Forlag och fick litet elegantare typografi, layout och omslag. 1997 blev Matrix en nordisk tidsskrift för psyko-terapi. Den hade anmärkningsvärt många abonnenter för att vara en nordisk facktidsskrift. De flesta abonnenterna var danskar. En hel del var norrmän och några få var svenskar. Så ser det också ut 2002.

Norden inbegriper Island och Finland, men här föreligger det problem med »at bladet kun publicerer manuskripter på svensk, norsk og dansk«. Andelen svensktalande i Finland har avsevärt reducerats under senare år. Vetenskapliga uppsatser publiceras knappast på svenska i Finland. Liknande förhållanden gäller på Island där danska/norska kommer på undantag. Det har aktualiserat möjligheten att även publicera bidrag i Matrix på engelska, som väl må anses vara det internationella och dominerande psykoterapispråket. Det finns mellan de nordiska länderna en kulturgemenskap och socialpolitisk samsyn, som det är värdefullt att hålla samman kring. Det är redaktionens förhoppning att Matrix skall få fler bidrag från Island och Finland, länder där vi vet att en kvalificerad psykoterapeutisk forskning och en intressant utveckling inom det området finns. Det går att skriva på engelska!

Med detta nummer fortsätter den förändring av Matrix som påbörjats sedan något år, en förändring som syftar att göra tidskriften något mer lik andra veten-

skapliga facktidskrifter. Det har alltid funnits ett antal referees utanför redaktionen, som man vänt sig till vid behov. Uppsatser som publiceras i Matrix kan vara skrivna med en sådan vetenskaplig kvalitet och originalitet att de borde kunna tillerkännas ett meriterande värde, som dock förutsätter att tidskriften uppfyller vissa kriterier. Det finns nu en nordisk panel av välbekanta forskare, som borgar för Matrix vetenskapliga kvalitet. Därmed har Matrix tagit ett viktigt steg framåt. Redaktionen hoppas att det skall komma in uppsatser genom förmedling av denna panel – att tidskriften genom panelen skall locka och utmana fler författare i hela Norden – och därmed också finna fler läsare, som förhoppningsvis bidrar med uppsatser om sina erfarenheter och synpunkter.

Vi tackar följande för deras generösa intresse att bidra till Matrix' utveckling:

I **Danmark**: Ulrik Haahr, Carsten René Jørgensen, Karen Vibeke Mortensen, Stig Poulsen, Bente Thygesen, Kristian Valbak och John Vitger. I **Finland**: Kari Pylkkanen. På **Island**: Magnus Skulason. I **Norge**: Per Anthi, Ann Færden, Asle Hoffart, Astri Johnsen, Sigmund Karterud, Egil Martinsen, Jon Sletvold och Sverre Varin. I **Sverige**: Göran Ahlin, Siv Boalt Boëthius, Gunnar Carlberg, Christer Sandahl och Ulf Ståhlberg. De är vår nordiska panel. Välkomna!

All erfarenhet är i grunden personlig. Matrix har alltid varit ett forum för diskussion av personliga erfarenheter inom det psykoteraeutiska och närliggande områden. Under all formaliserad forskning ligger grundantaganden och värderingar som är viktiga att kritiskt granska och eventuellt ifrågasätta. Till all praktiserad teori är fogad en retorik som måste ges utrymme att utvecklas. Detta i vid mening existentialistiska perspektiv ger Matrix dess karaktär som tidskrift. Redaktionen förhoppning är att Matrix inom sitt ämnesområde skall bidra till en levande dialog inom Norden. Matrix är en liten god motvikt mot den farmakologiska industrins budskap att det finns eller snart kommer att finnas en tablett som botar snart sagt varje form av mänsklig olycka.

Detta nummer av Matrix visar sig vara ett temanummer om praktiserad psyko-terapi inom ramen av den offentliga sjukvårdens institutioner. Det beror på att

slumpen har spelat redaktionen i händerna, men också att intresset för grupp-psykoterapins möjligheter är stort.

Ett sätt att läsa detta nummer av tidskriften är att börja från slutet med Martin Lotzs referat från 18:de världskongressen i Psykoterapi. Han fångar i sin text in de väsentliga frågor som sysselsätter psykoterapiforskning och psykoterapiutveckling. Om man sedan sätter sig in i Einar Kringlens anmälan av den danska översättningen av ES Valensteins bok, »Blaming the brain« får man en intressant inblick i hur ofullständiga de neurofysiologiska teorier är ur en neurobiologisk grundforskarens synpunkt, dessa teorier som gärna presenteras i marknadsföringen av till exempel vissa antidepressiva. Karina Helin Dahlberg är specialistläkare i psykiatri. Hon har läst Hougaard, Rosenberg och Niensens bok »Angst og angstbehandling« och satt in texten i den kliniska praktiken. Hon läser boken mot bakgrunden av klinikerns ständiga fråga: »hur skall man kunna göra något för att hjälpa denna patient till ett åtminstone litet bättre liv?«

Kirsten Andersen redogör för psykoterapi med utvecklingshämmande vuxna i en tankeväckande uppsats om hur man tillämpar och anpassar teori. Psykoterapi med patienter ur denna heterogena grupp har blivit alltmer aktuellt för att hjälpa dem till ett åtminstone litet bättre liv och högre livskvalitet. Tre väsentliga moment är 1. Assessment: vad kan vara ett rimligt mål för psykoterapin med denna patient? 2. Motöverföringen måste hanteras på något sätt med stöd av kollegor och handledning. 3. Ramar och neutralitet måste respekteras men kan inte vara rigida. Det är viktigt att till exempel kunna låna ut ord till patienten i en interaktiv process som berör grundläggande existentiella frågor. Författaren belyser sina synpunkter med episoder ur psykoterapiflöpp.

De flesta sidorna av detta nummer av Matrix ägnas åt gruppterapi i institutioner som etablerat sig på gränsen mellan klinik och öppenvård, vid sidan av, oberoende av den individuella samtalspsykoterapin, som dagavdelning eller gruppcentrum, öppna mot samhället. De patienter de tar sig an är oftast svåra att hjälpa, socialt marginaliserade, ensamma människor med en skör självkänsla och brist på social kompetens.

En författargrupp, K.H. Lund, A.M. Nielsen, S. Milling, M. Nielsen, C.G. Magerlund, A. Christensen och K. Bentzen, vid Psykoterapeutisk afdelning, Psykiatrisk afdelning, Svendborg har undersökt utfallet under en femårsperiod av behandlingen av 77 patienter i gruppanalytisk dagvård. De ger oss en bild av vilka patienter de behandlat och av konstruktionen av behandlingen, som förutom de gruppanalytiska grupperna tre gånger i veckan också kunde erbjuda andra psykoterapiinsatser som bildterapi, kroppskännedom och ADL-träning, allt inom ramen för en miljöterapeutisk behandlingssituation. Även psykofarmaka och kognitiv träning kunde vara aktuellt. Det är således en sammansatt behandlingsmiljö vars effekt man naturalistiskt utvärderar som en kvalitetssäkring. Man finner att behandlingsinsatserna ännu ett halvt år efter utskrivning varit betydelsefulla för 75% av patienterna. Även om denna dagavdelning var unik ifråga om de psykoterapeuter som arbetade där, den kombination av psykoterapeutisk teori och praktik man lagt ner i verksamheten, de särskilda förhållanden som gäller i Svendborg, upptagningsområdets sociala karaktäristik, samarbete med sociala myndigheter osv. så förefaller dagavdelningar att likna varandra. Man delar i mycket samma villkor. Man har ungefär samma behandlingsfilosofi. Man studerar varandras erfarenheter och lär av varandra.

Man känner igen sig när man kommer in i Göran Karlströms tre uppsatser. Karlström tillåter sig mer utrymme än vad författargruppen från Svendborg gör. Han ger oss en litteraturöversikt över vad som skrivits om värdet av dagavdelningsbehandling för patienter med svåra personlighetsstörningar. Problemen tecknas återigen – svårbehandlade patienter, vilka inte passar in i »vanlig« psykiatrisk behandling eller »vanlig« individualpsykoterapi. Om inte dessa dagavdelningar och uppföljningsgrupper funnits skulle vi vara tvungna att uppfinna dem och omvänt har vi givetvis uppfunnit dessa vårdformer från vår erfarenhet av dessa patienter och vårt uppdrag att bereda dem möjligheter till personlig utveckling och »tillfrisknande«.

Om man läst detta nummer av Matrix bakifrån kommer man att finna att vad Martin Lotz berättar om som frågeställningar och samlad erfarenhet från 18:de världskonferensen i psykoterapi återkommer i alla de andra uppsatserna.

Teman dyker envist upp. Det fungerar oftast inte att luta sig tillbaka i stolen och be om infall och replikera med tolkningar. Neutralitet är inte tystnad. Det är inte fel med ramar, men de kan bli tvångströjor för såväl terapeut som patient. Teorin spelar en mindre roll än det uppriktiga intresset för patienten. Människor kan förändras. Människor förändras tillsammans med andra människor. Människor lär av varandra.

Och vad avser tidskriften Matrix inser man att om den inte redan finnes skulle man vara tvungen att hitta på den för att kvalitetssäkra olika former av psykoterapi i Norden och för den dialog som är nödvändig för psykoterapins självkritik och utveckling.

# VÄRDET AV DAGAVDELNINGSBEHANDLING FÖR PATIENTER MED SVÅRA PERSONLIG- HETSSTÖRNINGAR

## – en litteraturöversikt

Matrix 2002; 4, s. 347-362

Göran Karlström

*Personlighetsstörningar har en hög prevalens i befolkningen. I en psykiatrisk patientpopulation är prevalensen ännu högre. Inom diagnoskategorin föreligger en förhöjd självmordsrisk, men bortsett från denna risk är långtidsprognosen bättre än vad som ofta antas. Denna patientgrupp är emellertid ofta svår att behandla, både farmakologiskt och psykoterapeutiskt. Det finns idag ett gott empiriskt stöd för att dagavdelningar, som arbetar med psykodynamiskt orienterad gruppterapi, är ett gott alternativ, speciellt om patienterna erbjuds fortsatt gruppsykoterapi polikliniskt efter dagavdelningsbehandlingen.*

### ***Inledning***

Patienter med allvarliga personlighetsstörningar utgör en stor andel av det totala patientunderlaget på en psykiatrisk klinik. Vård och behandling av dessa patienter är ofta både svår, långdragen och endast delvis framgångsrik. Ångestillstånd, depressionstillstånd och andra axel I-störningar nödvändiggör ofta psykofarmakologisk behandling. Självdestruktiva levnadsmönster och destruktiva interpersonella samspelelmönster gör det ofta önskvärt att erbjuda psykodynamiskt orienterad psykoterapi. Dessa patienter är dock av olika skäl (skam, skuld, bristande tillit, impulsivitet, missriktad stolthet m m) ofta dåligt motiverade för sådan behandling. Under behandlingens gång blir vård på en psykiatrisk vårdavdelning ibland oundviklig p g a självmordsrisken. Vårdmiljön på en avdelning med en blandad patientgrupp gynnar ofta destruktiva proces-

ser med regression och utageranden hos de personlighetsstörda patienterna. Detta leder i sin tur lätt till svårhanterliga motöverföringsprocesser i personalgruppen och till en »låst« behandlingssituation. Inläggning på en vårdavdelning medför också risk för komplikationer i en pågående psyko terapeutisk behandling.

Med denna litteraturgenomgång avser jag att undersöka om det finns empiriskt stöd för att psyko terapeutisk behandling i institutionsmiljö – eventuellt med efterföljande poliklinisk psyko terapi – kan utgöra ett alternativ till poliklinisk psyko terapi (där inläggning ändock kan bli nödvändig under behandlingens gång). Speciellt ska jag också undersöka om det finns stöd för att dagavdelningsbehandling kan utgöra ett alternativ till dygnet runt vård.

### ***Prevalens och långtidsprognos för personlighetsstörningar***

Personlighetsstörningar är vanligt förekommande. Torgersen och medarbetare (1) fann t ex en prevalens på 13,4% i en befolkningsundersökning i Oslo. Bland patienterna på en psykiatrisk klinik är de förstås ännu mycket vanligare förekommande. I manualen för DSM-IV (2) anges t ex för borderline personlighetsstörning en prevalens på 10% bland patienterna på en psykiatrisk mottagning och 20% på en psykiatrisk vårdavdelning.

Stone (3) har visat i en långtidsuppföljning av borderlinepatienter, som behandlats inläggande på sjukhus, att långtidsprognosen faktiskt föreföll vara ganska god, förutsatt att patienterna klarade sig över en ofta mångårig allvarlig krisperiod av sina liv. Han visar också att högst en tredjedel av patienterna egentligen var lämpade för den psykoanalytiskt orienterade individualterapi av insiktskaraktär, som dominerade behandlingen på det aktuella sjukhuset. Hans slutsats blev att sjukhusets förmåga till härbärgerande och hållande hade större betydelse för många patienter än själva psyko terapin.

Beträffande långtidsprognosen har Paris och medarbetare (4) funnit liknande resultat för en – jämfört med Stones urval – mindre välbemedlad grupp borderlinepatienter, som vid något tillfälle under tidsperioden 1958-1978 hade behandlats polikliniskt eller inläggande vid en allmänpsykiatrisk klinik. De fann



också – liksom Stone – att självmordsfrekvensen under den »aktiva borderline-perioden« var relativt hög, mellan 5 och 10%. McGlashan (5) rapporterade liknande resultat i sin långtidsuppföljning av borderlinepatienter från Chestnut Lodge. Alla tre undersökningarna tyder på att förbättringen av patienternas tillstånd och funktionsförmåga kommer relativt sent i livet, någon gång i fyrtiårs-åldern eller senare.

### ***Empiriska undersökningar av behandling i institutionsmiljö av patienter med allvarliga personlighetsstörningar***

Pildis och medarbetare (6) rapporterade redan 1978 att en dagavdelning kan vara ett värdefullt inslag i behandlingen av borderlinepatienter i samband med livskriser. Deras erfarenhet var att dygnet runt vård snarare ökade risken för regression och utagerande, medan dagavdelningen bättre kunde balansera dessa tendenser hos patienten, samtidigt som dagavdelningspersonalen lättare kunde undvika många av de destruktiva motöverföringsreaktioner, som ofta drabbar personalgruppen på en vårdavdelning för dygnet runt vård. Kennedy (7) rapporterade liknande erfarenheter av dagavdelningsbehandling.

Dolan och medarbetare (8) har rapporterat att dygnet runt behandling i ett terapeutiskt samhälle ledde till en signifikant minskning av symtombelastningen hos en avsevärd andel av patienter med allvarliga personlighetsstörningar, trots att behandlingen inte fokuserade på symtomreduktion. Behandlingen bestod istället i en informell terapi via den sociala miljön och i grupperapi av olika slag med fokus på betydelsen av patienternas känslor och handlingar och på deras relationer med andra, både medpatienter och personal.

Tucker och medarbetare (9) följde prospektivt under två år efter utskrivning en grupp patienter med svåra personlighetsstörningar, som vårdats lång tid inneliggande på en för borderlinepatienter specialiserad enhet med psykoterapeutisk och miljöterapeutisk inriktning. Behandlingsupplägget innefattade såväl miljöterapi, individualterapi som grupperapi. Majoriteten av patienterna klara sig signifikant bättre efter behandlingen i flera olika avseenden. Författarna konstaterar också att behandlingen statistiskt signifikant ökade chansen att

dessa (tidigare) dåligt fungerande patienter kunde hålla sig kvar i långtids individuell psykoterapi.

Schene och medarbetare (10) har i en prospektiv, randomiserad undersökning jämfört resultaten av behandling på en dagavdelning med resultaten vid sjukhusvård. Den undersökta populationen bestod av patienter, som enligt författarna normalt skulle ha vårdats på en öppen sjukhusavdelning. Behandlingsinnehållet på de båda enheterna var jämförbara avseende innehållet. De fann inga skillnader i effektivitet avseende graden av psykopatologi efter behandling, social funktionsförmåga, förmåga att fungera interpersonellt eller i hur mycket sociala kontakter och socialt stöd patienterna kunde mobilisera efter behandlingen. De fann däremot att fler patienter kunde acceptera och fullfölja dagavdelningsbehandlingen och de var också mer nöjda med behandlingen. Behandlingen på dagavdelningen tenderade dock att vara längre, delvis som en följd av att behandlingen där av olika skäl blev lite mindre intensiv än behandlingen på sjukhusavdelningen. Ytterligare en slutsats av studien blev att cirka en tredjedel av alla patienter, som normalt läggs in på en sjukhusavdelning, lika väl skulle kunna behandlas på en dagavdelning.

Dick och medarbetare (11) fann liknande resultat, när de jämförde två grupper patienter med neuroser, personlighetsstörningar och anpassningsstörningar, som randomiserades till behandling antingen på en av två olika sjukhusavdelningar eller på en dagavdelning. Behandlingsresultaten var likvärdiga och effekterna fortfarande jämförbara vid en 1-årsuppföljning. Dagavdelningspatienterna var signifikant mer nöjda med sin behandling. Dagavdelningsbehandlingen kostade bara cirka 2/3 jämfört med den billigare av de två sjukhusavdelningarna, trots att behandlingstiden på dagavdelningen var något längre.

Chiesa och Fonagy (12) har nyligen presenterat en studie, där behandlingsresultaten jämförs mellan två grupper behandlade vid två olika enheter specialiserade på miljöterapi med svårt personlighetsstörda patienter. Behandlingen omfattade, förutom miljöterapi, individuell psykoterapi med psykodynamisk inriktning. Den ena gruppen behandlades ineliggande på en sådan avdelning under 12 månader, men erhöll ingen efterbehandling (enfasbehandling), medan den andra behandlades ineliggande under 6 månader följt av 12-18 månaders poliklinisk gruppterapi och dessutom parallellt 6 månaders poli-

klinisk stödkontakt med en sjuksköterska (tvåfasbehandling). Av bl a praktiska skäl kunde allokeringen till de olika grupperna inte ske randomiserat, men författarna har inte kunnat finna några kliniskt signifikanta skillnader mellan grupperna. Båda grupperna visade generellt sett goda resultat 12 månader efter inskrivningen, men resultaten i tvåfasgruppen var överlägsna dem i enfasgruppen.

Vid en konferens med *Nettverk for psykoterapeutiske dagavdelinger i Norge* i september 2001 presenterad Chiesa siffror från en 2-års uppföljning av dessa grupper. Denna visade att skillnaderna mellan grupperna ökat ytterligare till för mån för den tvåfasbehandlade gruppen. Vid konferensen presenterade han också utfallet för en kontrollgrupp, som erhöll »behandling som vanligt«. Deras resultat var genomgående sämre än båda de institutionsbehandlade grupperna.

Chiesa och medarbetare (13) har i en annan rapport undersökt orsakerna till tidig drop-out från den ovan beskrivna institutionsbehandlingen. Analysen visade att tidiga drop-outs var signifikant färre i tvåfasgruppen än i enfasgruppen. Den visade dessutom signifikanta skillnader mellan tidiga drop-outs jämfört med patienter, som fullföljde behandlingen, när det gällde vissa demografiska karakteristika. Det gällde framför allt socioekonomiska och utbildningsmässiga faktorer, där patienter med högre socioekonomisk status och utbildning hade större tendens att fullfölja behandlingen. Borderlinepatienter hade också en högre frekvens drop-out än andra personlighetsstörda patienter. Borderlinepatienter i tvåfasprogrammet hade dock en signifikant lägre frekvens drop-out än borderlinepatienterna i enfasprogrammet och skilde sig inte signifikant i detta avseende från andra personlighetsstörda patienter i undersökningen. Författarna ställer upp hypotesen att detta kan hänga samman med att tvåfasprogrammet bättre balanserar borderlinepatienternas svårigheter att handskas med separationer.

Bateman och Fonagy (14, 15) har i två rapporter undersökt behandlingsresultaten för två grupper borderlinepatienter randomiserade till en indexgrupp, som behandlades under 18 månader med psykoanalytisk individual- och gruppterapi inom ramen för en dagavdelning, respektive en kontrollgrupp, som erhöll »behandling som vanligt«. Av speciellt intresse är att psykoterapi för

indexgruppen bedrevs av sjuksköterskor under handledning, men utan formell psyko terapeutisk utbildning. Den första rapporten undersöker resultaten under och vid avslutningen av den aktiva behandlingsperioden, medan den andra rapporten är en uppföljning av resultaten efter 18 månader. Både indexpatienterna och kontrollgruppen hade under uppföljningstiden fri tillgång till den psykiatriska service, som var tillgänglig inom upptagningsområdet, men indexpatienterna erhö ll dessutom en uppföljande gruppsyko terapeutisk behandling.

Batemans och Fonagys studier är metodologiskt mycket noggrant genomförda och omfattar många olika resultatmått. Indexpatienterna klarade sig signifikant mycket bättre än kontrollpatienterna, både under och omedelbart efter den aktiva behandlingsfasen och skillnaderna ökade ytterligare under uppföljningsperioden. Det kan tilläggas, att kontrollgruppen totalt sett inte erhö ll mindre behandling än indexgruppen p g a att de förra bl a använde mer slutenvård och att de då regelbundet erbjöds efterbehandling vid en dagavdelning utan strukturerat psyko terapeutiskt behandlingsprogram. Författarna har inte gjort någon ekonomisk analys av behandlingsinsatserna i de båda grupperna, men misstänker ändå att indexgruppen totalt sett förbrukade mindre resurser, bl a därför att den använde betydligt mindre resurser under uppföljningsperioden.

### ***Erfarenheter från Norge***

Det finns i Norge många dagavdelningar, som vänder sig till patienter med allvarliga personlighetsstörningar och som arbetar gruppterapeutiskt. Ett tiotal av dessa har organiserat sig i ett Nettverk for psyko terapeutiske dagavdelinger. Alla dagavdelningarna samlar ett omfattande material av uppgifter om sina patienter i en gemensam databas. Där finns både demografiska uppgifter, diagnostiska bedömningar, självskattningar avseende symtomtyngd, interpersonella svårigheter och social funktionsförmåga, samt olika skattningar av behandlingsresultaten. De senare omfattar skattningar både vid utskrivningen, efter ett år och efter fem år.

Datamängden växer snabbt genom det stora antalet patienter, som ingår i den kontinuerligt pågående undersökningen och Karterud och hans medarbe-

tare har redan publicerat flera rapporter (16, 17, 18, 19, 20) och fler är att vänta. För närvarande har man en stor multicenterstudie under publikation, som omfattar data avseende 1244 patienter behandlade vid åtta olika dagavdelningar med ett års uppföljning (21). Den totala bilden är att resultaten bekräftar de ovan citerade undersökningarna avseende dagavdelningars förmåga att härbärgera och hålla patienter med allvarliga personlighetsstörningar, minska deras lidande och öka deras interpersonella och sociala funktionsförmåga. Materialet pekar också på att grupperapi är ett fullgott behandlingsalternativ för dessa dagavdelningar och för den uppföljande behandlingen.

Speciellt intressant är att patientmaterialet inte är koncentrerat till borderlinepatienter, utan omfattar patienter med alla olika personlighetsstörningar. Generellt förefaller det som det norska dagavdelningsprogrammet lämpar sig bäst för patienter med personlighetsstörningar från kluster B och C samt för patienter med personlighetsstörning UNS, medan de mer udda personlighetsstörda patienterna i kluster A har svårare att tillgodogöra sig behandlingen. Behandlingsupplägget passar bäst för patienter med en global funktionsnivå mellan 40 och 50 enligt DSM-IV:s GAF-skala, medan de, som fungerar på en nivå under 40 inte i samma utsträckning kan tillgodogöra sig behandlingen. Andra delresultat pekar mot att resultaten inte förefaller bli bättre om behandlingstiden förlängs utöver sex månader, medan de däremot förbättras ytterligare om patienterna fortsätter i poliklinisk grupperapi under ett par år efter dagavdelningsbehandlingen.

### ***Värdering och sammanfattning av den empiriska resultatforskningen***

De nämnda undersökningarna ger en god illustration av svårigheterna med resultatforskning, när det gäller psykodynamisk orienterad psykoterapi i någon form. Den ideala undersökningen skulle fylla följande krav: 1. Patienterna skall diagnostiseras med hjälp av ett standardiserat diagnossystem. 2. Undersökningen skall vara prospektiv. 3. De behandlade patienterna skall jämföras med en obehandlad (eller annorlunda behandlad) kontrollgrupp. 4. Urvalet till

indexgrupp respektive kontrollgrupp skall ske randomiserat. 5. Grupperna får inte vara för små. 6. Bortfallet får inte vara för stort. 7. Behandlingsmetoden skall finnas väl beskriven. 8. Behandlarnas kompetens för den aktuella behandlingsmetoden bör anges. 9. Resultatet skall mätas med en uppsättning olika mått. Resultatmåttan bör omfatta såväl »hårda« data (t ex frekvens självmord, självmordsförsök eller självdestruktiva handlingar) som skattningar av t ex symtomtyngd, interpersonell anpassning etc. Det är också en fördel om skattningarna kan kombinera självskattningar och skattningar gjorda av professionella bedömare. 10. Skattningar av professionella bedömare bör ske blint och bedömarna bör vara oberoende. 11. Resultatmåttan skall vara relevanta i förhållande till patientgruppens problem och i förhållande till den undersökta behandlingsmetoden. 12. Resultaten bör skattas både vid slutet av den aktiva behandlingen och vid minst ett tillfälle efter avslutad behandling och uppföljningstiden får inte vara för kort. 13. Undersökningen bör också ange vilken ytterligare behandling (eller andra händelser), som kan ha bidragit till eventuella förändringar under och efter den aktiva behandlingsfasen.

De citerade forskningsrapporterna varierar mycket vad gäller ovan nämnda kriterier (rapporterna sammanfattas översiktligt i Appendix). I praktiken är det tveksamt om någon resultatforskning verkligen uppfyller alla kraven. Man får oftast nöja sig med kompromisser och istället försöka värdera bristerna i undersökningen. Bland de artiklar jag undersökt framstår Batemans och Fonagys (14, 15) som den metodologiskt bäst genomförda undersökningen. Den enda allvarliga kritik jag kan se att man kan rikta mot deras undersökning är att materialet är relativt litet (22 patienter i vardera indexgruppen respektive kontrollgruppen).

Dick (11), Dolan (8) och Schene (10) har inte använt standardiserade diagnostiska bedömningar. I övriga undersökningar har man använt någon version av DSM-kriterier för personlighetsstörningar. Samtliga undersökningar är prospektiva. Kontrollgrupp saknas i Dolans (8) och Tuckers (9) undersökningar (även i det norska materialet saknas kontrollgrupp, men jag kommer att kommentera detta separat nedan). Slumpning till indexgrupp respektive kontrollgrupp har skett i Batemans (14, 15) Dicks (11) och Schenes (10) undersökningar. Antalet undersökta patienter är relativt tillfredsställande (omkring 50

eller fler) utom i Batemans (14, 15) undersökning. Bortfallet är relativt stort (> 25%) i samtliga undersökningar utom i Batemans. Chiesa (12) kompenserar i någon mån för bortfallet genom att i vissa analyser inkludera bortfallspatienterna enligt en »intent to treat«-modell. Samtliga författare gör ambitiösa försök att värdera bortfallsgruppen i förhållande till den grupp, som fullföljde undersökningen.

Behandlingsmetoden beskrivs i samtliga arbeten, men i flera av dem tämligen vagt (Dick [11], Schene [10]). I de allra flesta fall har mer än en aktiv behandlingsåtgärd använts parallellt och undersökningarna tillåter inte några slutsatser om den relativa betydelsen av de olika åtgärderna för slutresultaten. Beskrivningen av behandlarnas kompetens (när den alls finns) varierar så starkt, att det är svårt att ge någon sammanfattande bedömning av denna variabel.

Alla undersökare utom Dolan (8) använder en rad olika effektmått, oftast i form av olika kombinationer av »hårda« data och skattningar. De senare utgör oftast en kombination av självskattningar och skattningar utförda av professionella bedömare. Oberoende bedömare har använts av Chiesa (12) och Tucker (9). Chiasas bedömare var dessutom blinda.

Samtliga undersökare värderar resultatet såväl vid avslutningen av behandlingen som vid minst ett uppföljningstillfälle om minst sex månader (Chiesa kommer att publicera uppföljningsdata). Genomgående är det mitt intryck, att undersökarna har använt både för patientgruppen och för metoden relevanta effektmått. Att undersöka ytterligare faktorer, som kan ha bidragit till resultaten, utöver den givna behandlingen har i de flesta fall inte varit möjligt. Bateman redovisar dock en del uppgifter om den fortsatta behandlingen och sjukvårdskonsumtionen under uppföljningstiden. Bateman, liksom flera andra av forskarna, finner att psykoterapeutisk vidarebehandling ofta ytterligare förbättrar resultaten under uppföljningstiden.

Det norska materialet är unikt i så måtto att det pågår en kontinuerlig, prospektiv insamling av data från ett ständigt växande antal patienter (nu mer än 1500 patienter) från flera olika behandlingsenheter. En kontrollgrupp blir förstås inte möjlig att tillskapa vid denna typ av datainsamling. Standardiserade diagnoser används, liksom flera olika effektmått, både självskattningar och

skattningar av professionella bedömare, som dock inte är oberoende. Uppföljningen omfattar data både efter ett och efter fem år. Det finns också en unik metodbeskrivning i form av en hel lärobok (16).

Som framgår innehåller alltså alla undersökningarna ett antal kompromisser med de ideala kraven på resultatforskning vid psykoterapi. Vad som dock är slående vid en genomläsning av dessa sammanlagt 7 olika undersökningar är att samtliga påvisar signifikanta förbättringar – oftast avseende flera olika resultatmått – efter behandling av en patientgrupp, som i allmänhet anses mycket svårbehandlad. När kontrollgrupp finns, är behandlingsresultaten överlägsna »behandling som vanligt« (vilket är den vanligaste formen av kontrollgrupp). Detta i kombination med att de tre citerade långtidsuppföljningarna av patienter med svåra personlighetsstörningar (Stone [3], Paris [4], McGlashan [5]) samstämmigt kommer fram till att prognosen på sikt trots allt inte är så dålig ger upphov till en viss optimism!

De citerade undersökningarna avser samtliga behandling i institutionsmiljö. I samtliga undersökningar används gruppterapi som ett behandlingsinstrument. Batemans (14, 15), Dicks (11), Schenes (10) samt de norska artiklarna (16, 17, 18, 19, 20, 21) behandlar dagavdelningar som ett alternativ och finner samtliga att det är användbart. Dicks och Schenes undersökningar avser en direkt jämförelse mellan dagavdelningsbehandling och dygnet runt vård. I ingen av dessa framkommer någon skillnad i effektivitet. Dick visar också att dagavdelningsbehandlingen var billigare än dygnet runt vård.

## **Slutsatser**

Denna genomgång av litteraturen berättigar en del försiktiga slutsatser, även om de citerade undersökningarna har varierande syfte, uppläggnings och kvalitet. Det tycks inte finnas någon anledning till behandlingsnihilism avseende patienter med svåra personlighetsstörningar, även om det också finns anledning till ödmjukhet och till att förstå att behandling av denna patientgrupp oftast inte leder till någon definitiv »bot« av personlighetsstörningen. Tiden tycks dock vara på behandlarnas sida, förutsatt att de kan hjälpa patienterna att



överleva den mest stormande och symtomrika perioden av deras liv, som infaller under ungdomsåren och upp till medelåldern någon gång. Under denna period kan aktiv psykoterapeutisk behandling åstadkomma mycket för att lindra både subjektiva besvär och psykosociala konsekvenser av tillståndet.

Dygnet runtbehandling av dessa patienter förefaller mindre gynnsam, eftersom risken för regression och utagerande beteende i kombination med svårhanterliga motöverföringsreaktioner i personalgruppen är stor. Detta blir naturligtvis mest uppenbart och destruktivt på vårdavdelningar egentligen avsedda för korttidsvård med ett blandat patientunderlag, men kan ske även på specialiserade psykoterapeutiska enheter, även om man i de citerade undersökningarna uppvisar goda slutresultat av behandlingen på sådana enheter.

Ett fullgott alternativ avseende slutresultat, som dessutom är behäftat med mindre negativa konsekvenser i termer av regression etc under behandlingens gång, tycks vara psykoterapeutisk behandling inom ramen för en dagavdelning. Vissa undersökningar tyder också på att behandlingstiden på dagavdelningen kan vara förhållandevis kort, särskilt om patienterna erbjuds fortsatt psykoterapeutisk behandling efter avslutad dagavdelningsbehandling. Undersökningarna tyder också på att behandlingsresultaten kan förbättras ytterligare genom sådan uppföljande behandling. Vidare visar det sig att psykodynamiskt orienterad gruppterapi ingår som åtminstone en del av behandlingsupplägget vid de flesta sådana dagavdelningar, även om de citerade undersökningarna inte i sig kan urskilja vilka de mest väsentliga terapeutiska faktorerna i behandlingen på dagavdelningen varit. Speciellt de norska erfarenheterna pekar mot att denna typ av dagavdelningsbehandling lämpar sig bäst för patienter med personlighetsstörningar från kluster B och C och för patienter med personlighetsstörning UNS.

## Litteratur

1. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58(6): 590-96.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC. American Psychiatric Association; 1994.
3. Stone MH. Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. *Bull Menninger Clin* 1987; 51(3):231-47.
4. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28(6): 530-35.
5. McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of borderline personalities. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43(1): 20-30.
6. Pildis MJ, Soverow GJ, Salzman C, Wolf JG. Day hospital treatment of borderline patients: a clinical perspective. *Am J Psychiatry* 1978; 135(5): 594-96.
7. Kennedy LL. Treatment of the borderline patient in partial hospitalization. *Psychiatr Hosp* 1991; 22(2): 59-67.
8. Dolan BM, Evans C, Wilson J. Therapeutic community treatment for personality disordered adults; changes in neurotic symptomatology on follow-up. *Int J Soc Psychiatry* 1992; 38(4): 243-50.
9. Tucker L, Bauer SF, Wagner S, Harlam D, Sher I. Long-term hospital treatment of borderline patients: a descriptive outcome study. *Am J Psychiatry* 1987; 144(11): 1443-48.
10. Schene AH, van Wijngaarden B, Poelijoe NW, Gersons BP. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87(6): 427-36.
11. Dick P, Cameron L, Cohen D, Barlow M, Ince A. Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *Br J Psychiatry* 1985; 147: 246-49.
12. Chiesa M, Fonagy P. Cassel personality disorder study. Methodology and treatment effects. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 485-91.

13. Chiesa M, Drahorad C, Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 107-11.
14. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1563-69.
15. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 36-42.
16. Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G [red.]. *Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling*. Oslo: Pax Forlag A/S; 2001.
17. Karterud S, Vaglum S, Friis S, Irion T, Johns S, Vaglum P. Day hospital community treatment for patients with personality disorders. An empirical evaluation of the containment function. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180(4): 238-43.
18. Wilberg T, Friis S, Karterud S, Mehlum L, Urnes O, Vaglum P. Patterns of short-term course in patients treated in a day unit for personality disorders. *Compr Psychiatry* 1998; 39(2): 75-84.
19. Wilberg T, Karterud S, Urnes O, Pedersen G, Friis S. Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatr Serv* 1998; 49(11): 1462-67.
20. Wilberg T, Urnes O, Friis S, Irion T, Pedersen G, Karterud S. One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatr Serv* 1999; 50(10): 1326-30.
21. Karterud S, Pedersen G, Bjordal E, Brabrand J, Friis S, Haaseth Ø, Haavaldsen G, Irion T, Leirvåg H, Tørum E, Urnes Ø. Day hospital treatment of patients with personality disorders. Experiences from a Norwegian treatment research network. Under publicering.

## Appendix: Sammanfattning av empiriska undersökningar

Tabell 1: Behandlingsinnehåll

Författare; Ref. nr	Behandlingsinnehåll indexgrupp	Behandlingsinnehåll kontrollgrupp
<b>Dolan et al; 8</b>	<i>Dygnet runtbehandling:</i> Terapeutiskt samhälle, stormöten, gruppterapi, aktivitetsgrupper, psykodrama, bildterapi.	Kontrollgrupp saknas.
<b>Tucker et al; 9</b>	<i>Dygnet runtbehandling:</i> Speciellt avpassad för borderline, gruppterapi, aktivitetsgrupper, stormöten, terapeutiska aktiviteter, individuell psykoterapi.	Kontrollgrupp saknas.
<b>Schene et al; 10</b>	<i>Dagavdelningsbehandling:</i> Individuell psykoterapi, individuell konsultation, gruppterapi, socioterapi, familjekonsultation, sysselsättningsterapi, kroppsterapi, dramaterapi.	<i>Dygnet runtbehandling:</i> Behandlingsinnehåll samma som för indexgruppen.
<b>Dick et al; 11</b>	<i>Dagavdelningsbehandling:</i> Individuell konsultation, grupper, aktiviteter, monitorering av medicinering.	<i>Dygnet runtbehandling:</i> Behandlingsinnehåll samma som för indexgruppen.
<b>Chiesa et al; 12-13</b>	<i>2-fasprogram.</i> <i>Fas 1; Dygnet runtbehandling:</i> 6 månader. Individuell psykoterapi, socioterapi, miljöterapi. <i>Fas 2; Efterbehandling:</i> Poliklinisk gruppterapi 18 månader, poliklinisk individuell stödkontakt med sjuksköterska 6 månader.	<i>1-fasprogram.</i> <i>Dygnet runtbehandling:</i> 12 månader. Behandlingsinnehåll samma som fas 1 för indexgruppen. <i>Ingen efterbehandling.</i>
<b>Bateman et al; 14-15</b>	<i>Dagavdelningsbehandling:</i> 18 månader. Individuell psykoterapi 1 ggr/vecka, gruppterapi 3 ggr/vecka, psykodrama 1ggr/vecka, stormöte 1 ggr/vecka. <i>Efterbehandling:</i> Poliklinisk gruppterapi 18 månader.	<i>Treatment as usual:</i> Konsultation med psykiater ca 2 ggr/mån, dygnet runt-vård vid behov med efterbehandling på dagavdelning utan psykoterapeutisk inriktning vid behov, poliklinisk individuell stödkontakt med sjuksköterska.
<b>Karterud et al; 21</b>	<i>Dagavdelningsbehandling:</i> 18 veckor (1 enhet 41 veckor). Gruppterapier med psykodynamisk respektive kognitiv-beteendeterapeutisk inriktning. <i>Efterbehandling:</i> Poliklinisk psykodynamisk gruppterapi max 3,5 år.	Kontrollgrupp saknas.

**Tabell 2: Patientpopulation**

Författare; Ref. nr	Indexgrupp: Patientpopulation /Diagnossystem	Kontrollgrupp: Patientpopulation / Diagnossystem / Randomisering
<b>Dolan et al; 8</b>	Personlighetsstörda patienter / Ej redovisat	Kontrollgrupp saknas
<b>Tucker et al; 9</b>	Borderlinepatienter / DSM-III	Kontrollgrupp saknas
<b>Schene et al; 10</b>	Blandad patientgrupp "normalt vårdad på öppen dygnet runtavdelning" / Ej redovisat	Blandad patientgrupp "normalt vårdad på öppen dygnet runtavdelning" / Ej redovisat / Randomiserad fördelning
<b>Dick et al; 11</b>	Blandad patientgrupp neuros, anpassningsstörning, personlighetsstörning / Ej redovisat	Blandad patientgrupp neuros, anpassningsstörning, personlighetsstörning / Ej redovisat / Randomiserad fördelning
<b>Chiesa et al; 12-13</b>	Personlighetsstörda patienter / DSM-III-R	Personlighetsstörda patienter / DSM-III-R / Ej randomiserad fördelning
<b>Bateman et al; 14-15</b>	Borderlinepatienter / DSM-III-R	Borderlinepatienter / DSM-III-R / Randomiserad fördelning
<b>Karterud et al; 21</b>	Personlighetsstörda patienter / DSM-IV	Kontrollgrupp saknas

**Tabell 3: Gruppstorlek, bortfall, uppföljningstid**

Författare; Ref. nr	Gruppstorlek index- grupp/kontrollgrupp	Bortfall indexgrupp/ kontrollgrupp	Follow up-tid efter behandling
<b>Dolan et al; 8</b>	95 / Saknas	35 % / Saknas	6 månader
<b>Tucker et al; 9</b>	62 / Saknas	35 % / Saknas	24 månader
<b>Schene et al; 10</b>	99 / 123	43 % / 59 %	6 månader
<b>Dick et al; 11</b>	43 / 48	12 % / 6 % efter 4 mån; sammanlagt för båda grupper 30 % efter 1 år.	12 månader
<b>Chiesa et al; 12-13</b>	44 / 46	47 % / 47 %; Bortfallet kompenseras genom intent to treat-analys.	24 månader
<b>Bateman et al; 14-15</b>	22 / 22	14 % / 14 %; Bortfallspatienter kunde inkluderas i follow up-analys.	18 månader
<b>Karterud et al; 21</b>	1244 / Saknas	25 % / Saknas	12 månader

**Tabell 4: Globalt utfall, särskilda slutsatser**

<b>Författare; Ref. nr</b>	<b>Globalt utfall</b>	<b>Särskilda slutsatser</b>
<b>Dolan et al; 8</b>	Signifikant symtomreduktion för en majoritet.	–
<b>Tucker et al; 9</b>	Signifikant förbättring på de flesta ingående variabler.	Större chans att patienterna kunde fullfölja långtids individuell psykoterapi efter avdelningsbehandling.
<b>Schene et al; 10</b>	Ingen skillnad mellan index- och kontrollgrupp i effekt. Fler indexpatienter fullföljde och var nöjda med behandlingen.	1/3 av alla patienter, som normalt läggs in på öppen dygnet runtavdelning kan behandlas på dagavdelning.
<b>Dick et al; 11</b>	Ingen skillnad mellan index- och kontrollgrupp i effekt.	Kostnaden för dagavdelningsbehandlingen ca 65 % av den billigaste dygnet runtbehandlingen.
<b>Chiesa et al; 12-13</b>	Indexgrupp signifikant bättre resultat. Skillnaden ökar till förmån för indexgruppen under uppföljningstiden.	Speciellt borderlinepatienter drar bättre nytta av 2-fasprogrammet än av 1-fasprogrammet.
<b>Bateman et al; 14-15</b>	Indexgrupp signifikant bättre resultat 6 mån efter inledd behandling. Skillnaderna ökar sedan successivt under behandlingstiden och uppföljningstiden.	Indexgrupp sannolikt behandlad till lägre total kostnad jämfört med kontrollgruppen.
<b>Karterud et al; 21</b>	Signifikanta förbättringar på de flesta variabler, dock ej arbetsförmåga. Generellt ytterligare förbättring under uppföljningstiden.	Behandlingen lämpar sig bäst för personlighetsstörningar från kluster B och C samt för personlighetsstörning UNS och för patienter med GAF 40-50. Patienter med personlighetsstörning från kluster C tenderar att återfalla något under uppföljningstiden.

# STRUKTUR OCH BEHANDLINGSINNEHÅLL PÅ EN DAGAVDELNING FÖR PATIENTER MED SVÅRA PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR

Matrix 2002; 4, s. 363-382

Göran Karlström

*Strukturen och behandlingsinnehållet på en dagavdelning för patienter med svåra personlighetsstörningar presenteras. Dagavdelningen utgör en integrerad del av verksamheten inom en sektoriserad klinik med psykiatriskt totalansvar inom ett begränsat upptagningsområde med totalt 30000 innevånare. Dagavdelningen arbetar gruppsykoterapeutiskt och miljöterapeutiskt, men en socialpsykiatrisk ansats är också nödvändig med tanke på patienternas fortsatta liv efter behandlingsperioden på dagavdelningen. Fortsatt poliklinisk gruppterapi efter dagavdelningsuppehållet är nämligen för denna patientgrupp ett gott men inte tillräckligt alternativ. Patienterna behöver också hjälp att strukturera sitt vardagsliv på ett meningsfullt sätt.*

## **Inledning**

I en första artikel har jag visat att det finns ett gott forskningsstöd för att psyko-dynamiskt orienterad psykoterapi i dagavdelningsmiljö kan vara ett användbart alternativ, när det gäller behandling av patienter med allvarliga personlighetsstörningar. Mot bakgrund av att sådana patienter under 1990-talet allt oftare kom att läggas in på klinikkens vårdavdelning och att vårdtiderna där ofta blev långa och präglade av destruktiva processer, beslutade Psykiatriska kliniken Karlskrona öst att starta en gruppterapeutiskt orienterad dagavdelning för denna patientkategori.

Ett första försök att starta dagavdelningen gjordes hösten 1998. Förebilder hämtades från *Nettverk for psykoterapeutiske dagavdelinger i Norge*, men vår brist på kunskaper och erfarenhet gjorde att dagavdelningen fick problem. Efter noggrann analys av erfarenheterna och misstagen blev det emellertid möjligt att starta om i februari 2000 med en modifierad struktur och ett behandlingsinnehåll bättre anpassat för den främsta målgruppen, d v s patienter med allvarliga personlighetsstörningar i sådana kristillstånd, att inläggning på vårdavdelning för dygnet runt vård kunde bli nödvändig.

I denna artikel beskriver jag de viktigaste dragen i dagavdelningens struktur och behandlingsinnehåll och något om de teoretiska överväganden, som ligger bakom en del av valen, när strukturen utformades. I en tredje artikel ska jag presentera en del kliniska data från verksamheten, som beskriver patientpopulationen, som hittills behandlats, drop-out problematiken och något om behandlingsresultaten.

### ***Några grundläggande reflektioner***

Dagavdelningens viktigaste uppgift är alltså att kunna ta emot patienter, som fungerar på en nivå som på GAF-skalan skattas omkring eller under 40 (1, 2). GAF-skalan är konstruerad för att ge ett mått på *individens* funktionsnivå. Mycket ofta ger den dock också ett indirekt mått på det känslomässiga klimatet i individens *sociala nätverk*. Inte minst gäller detta för människor med personlighetsstörningar. Dessa människor är extremt sensitiva för störningar i sina närmaste relationer – likaväl som de kan vara starkt benägna att *skapa* komplikationer i dessa relationer.

När patienter med personlighetsstörningar fungerar på denna nivå, d v s när de mår så dåligt att de löper risk att bli inlagda på en psykiatrisk vårdavdelning, är det ofta uttryck för akuta störningar i det sociala nätverket: Kränkningar, avvisanden, hot om separationer och andra former av interpersonella svårigheter kan finnas med i bakgrunden. Detta synsätt leder fram till några viktiga principer, som ligger bakom utformningen av vår dagavdelning:



1. Eftersom patientens funktionssvikt delvis hänger samman med svikten i hans eller hennes känslomässiga nätverk, är det viktigt att skapa en tillfällig ersättning i form av ett terapeutiskt stödjande nätverk. Dagavdelningen måste därför starkt betona mindre specifikt verkande terapeutiska faktorer som grupsammanhållning, väckande av hopp, s k universalitet och altruism.
2. När patientens naturliga nätverk sviktar, är hans eller hennes situation akut. Mottagande och inledning av behandlingen måste därför kunna ske akut.
3. Svikten i patientens nära relationer hänger samman med känslomässiga tillbakadraganden, avståndstaganden, övergivanden och utstötningsprocesser. Patienten är därför rasande, ångestfylld och deprimerad, men också fylld av skam- och skuld känslor. Det är därför nödvändigt att ta emot patienten på ett sätt, som han eller hon inte upplever som att återigen värderas och vägas.
4. Patientens svårigheter är inte över, när behandlingstiden på en dagavdelning närmar sig sitt slut. Under hela behandlingstiden är det därför också viktigt att förbereda och planera för en fortsättning både i termer av fortsatt psykoterapeutiskt stöd och i termer en realistisk planering av livsföringen i övrigt. Detta kräver stöd av även andra instanser i samhället likaväl som från patientens eget, känslomässiga nätverk. Dagavdelningen behöver därför ha en socialpsykiatrisk ansats med breda kontaktytor utåt förutom det psykoterapeutiska och miljöterapeutiska arbetssättet.

### ***Den yttre strukturen på dagavdelningen***

Dagavdelningen kan ta emot upp till 16 patienter. Den är öppen fyra dagar per vecka. Arbetsdagen delas mellan praktiskt arbete efter en modifierad miljöterapeutisk modell, gruppterapisessioner i olika former och informell samvaro mellan patienter och terapeuter. Dessutom sker en del individuellt behandlingsarbete, främst i form av socialpsykiatriskt nätverksarbete. Behandlingstiden på dagavdelningen är planerad till sex månader. Behandlingstiden kan

dock individualiseras något, eftersom det är vår erfarenhet att olika patienter tar till sig behandlingsinnehållet olika snabbt.

Dagavdelningen bemannas med tre terapeuter, som är skötare från klinikkens vårdavdelning, men som nu arbetar cirka 70% av sin arbetstid på dagavdelningen. Två av dem är i tjänst måndagar och fredagar, alla tre på tisdagar och torsdagar. Terapeuterna ansvarar självständigt för såväl gruppterapin som miljöterapi. De tar emot nya patienter, gör upp behandlingsplaner i samarbete med patienten, tar tillsammans med patienten nödvändiga kontakter med andra samhällsinstanser, erbjuder möjlighet till samtal tillsammans med familjemedlemmar etc. Terapeuterna är mycket erfarna och har alla arbetat minst tjugo år inom psykiatri. Samtliga har en treårig, grundläggande psykoterapiutbildningen med speciell inriktning på stödterapeutiskt arbete med svårt störda patienter.

### ***Gruppterapin på dagavdelningen***

Inte minst mot bakgrund av de uppföljningsstudier över lång tid (3, 4, 5) avseende borderlinepatienter, som jag refererade i en tidigare artikel, ser vi det som centralt att den långsiktiga behandlingen (dagavdelningsbehandling och efterföljande vidarebehandling) skall sträva efter att hålla och härbärgera patienterna genom en ofta ganska lång krisperiod av deras liv, där deras personlighetsmässiga svårigheter ger som mest dramatiska konsekvenser i form av symtom, interpersonella svårigheter och inte minst en förhöjd risk för självmord. Eftersom prevalensen av personlighetsstörningar är så hög (6) kan detta aldrig lösas genom att uppgiften uteslutande skall ligga på professionella terapeuter. Gruppen får därför en central roll inte bara allmänt sett som ett terapeutiskt medium, utan också i synnerhet som det hållande och härbärgerande mediet i sig.

Många teoretiska synsätt har bidragit till utformningen av gruppterapin på dagavdelningen och endast några få skall nämnas. Foulkes (7, 8, 9, 10) hade en positiv syn på terapeutiska gruppers förmåga att på olika sätt gynna individen, samtidigt som han såg psykiska störningar som i grunden utspelande sig i individens känslomässiga nätverk, men utkristalliserade hos individen. Detta

tillsammans med hans syn på människan som en på ett mycket grundläggande sätt social varelse utgör en viktig grund för vårt synsätt.

Andra, t ex Bion (11) och Nitsun (12, 13) har mer betonat de regressiva och/eller destruktiva krafterna i grupper. James (14) har undersökt hur Bions begrepp »containing« och Winnicotts begrepp »holding« kan användas konstruktivt för förståelsen av hur terapeutiska grupper kan bära medlemmarna genom stora svårigheter. Självpsykologiskt och intersubjektivt orienterade gruppteorier, t ex bidrag av Harwood (15) och Paparos (16), har betonat hur gruppen kan fylla arkaiska behov av självobjektöverföringar och gynna en utveckling mot mer mogna former. Ett mer praktiskt orienterat tillnärmelsesätt representeras av den teoribildning och forskning kring terapeutiskt verksamma faktorer vid gruppterapi, som t ex Yalom (17) och Bloch & Crouch (18) representerar. Vi kan också känna igen och ha nytta av många av de tekniker och rekommendationer Kibel (19, 20, 21) ger i flera arbeten.

Gruppterapin på dagavdelningen syftar till att vara stödande. Uttryckt i termer av terapeutiska faktorer innebär detta att den starkt betonar mindre specifika faktorer som väckande av hopp, universalitet, vägledning, altruism, självutlämnande och katharsis (med viss försiktighet, var god jmf nedan). Det innebär givetvis inte att terapeuterna försummar att ta till vara alla möjligheter till att utnyttja även mer komplexa faktorer som insikt och inläring genom interpersonell interaktion, men dessa får inte inta en så dominerande roll att lågmotiverade patienter skräms bort från dagavdelningen av det skälet.

Framför allt har vi dock funnit det viktigt att betona faktorn gruppsammanhållning. Erfarenheten visar att våra patienter oftast kommer till dagavdelningen i situationer, när deras normala grupptillhörighet av olika skäl blivit alltför utarmad eller har kollapsat till följd av konflikter. Hela atmosfären på dagavdelningen bygger därför på grundtanken att vår främsta uppgift är att gå in som ett tillfälligt känslomässigt nätverk, som utnyttjar människors naturliga behov av tillhörighet och acceptans. Denna grundtanke får många viktiga konsekvenser för gruppterapin.

Patienternas starka tendens att externalisera sina konflikter och därmed skapa splittring och konflikter i gruppen runt omkring sig kräver särskilda hänsynstaganden. Det är viktigt att terapeuterna hela tiden uppmärksammar och

skyddar gruppsammanhållningen och det är hela patientgruppen, som måste vara i fokus för denna uppmärksamhet. Vi har därför låtit storgruppen (som samlas dagligen) bli det centrala gruppsykoterapeutiska mediet. Inledningsvis intog smågruppen en mer central ställning, men detta skapade svårhanterliga subgruppsfenomen med destruktiva former av rivalitet mellan smågrupperna.

Storgruppssamtalet är fritt, d v s terapeuterna anger inte några specifika teman för diskussionen och styr den inte aktivt. Vad de särskilt försöker uppmärksamma är emellertid att tendenser till konflikter mellan enskilda patienter, mellan olika subgrupper eller mellan patientgruppen och terapeuterna skall komma upp till diskussion i storgruppen. Terapeuterna strävar därvid att normalisera konflikterna genom att tolka dem i termer av vardagliga och vanliga mänskliga behov och genom att sätta in dem i sitt sociala sammanhang. Terapeuterna strävar också efter att benämna och differentiera känslor, samtidigt som de gärna använder mindre starkt laddade ord för känslorna. Terapeuterna vidkänns och benämner negativa känslor, men försöker samtidigt understryka positiva och konstruktiva aspekter av den aktuella interaktionen i gruppen. Fokus blir alltså extremt här-och-nu inriktat, men grupperna diskuterar också mycket material från patienternas aktuella livssituation utanför dagavdelningen. Det är dessutom inte ovanligt att patienterna spontant kommer att tänka på situationer i sina uppväxtfamiljer.

Smågruppen samlas två gånger per vecka. Den arbetar på liknande sätt som storgruppen och blir ofta en övningsplats för patienterna, där de kan prova att ta upp smärtsamma teman innan de vågar göra det i storgruppen. Alternativt kan en diskussion från storgruppen fortsätta och fördjupas i smågruppen. Terapeuterna växlar som smågruppsledare, eftersom deras arbetschema tvingade fram en sådan lösning. Det visade sig emellertid ge ytterligare en möjlighet att moderera temperaturen i den terapeutiska processen. Om en viss patient haft en intensiv diskussion eller en konflikt med en av terapeuterna i storgruppen, kan terapeuten välja om hon/han vill ge möjlighet till att fortsätta den diskussionen i smågruppen eller om hon/han vill kyla ner situationen genom att inte leda den aktuella patientens smågrupp den dagen.

Som framgår strävar terapeuterna alltså som metod efter att hålla nivån på aggressiviteten inom hanterliga ramar, eftersom många av våra patienter har

svårigheter med impulskontrollen eller alternativt får mycket stark ångest om konflikterna blir för hätska. Oftast håller sig också den öppna aggressiviteten på en rimlig nivå. Men det ska erkännas att det händer att det smäller i dörrar eller att tonläget på en diskussion inte håller sig på en «civiliserad nivå». Vi har däremot inte haft några våldsbrott på dagavdelningen, men åtskilliga gånger har patienter hotat att ta sina egna liv, att skada sig själva eller legat på golvet och skrikit av ångest.

Utöver denna form av gruppterapi utnyttjar vi även bildterapi en gång per vecka inom ramen för den lilla gruppen. Vi har funnit att bildterapi utgör ett värdefullt komplement till den vanliga gruppterapin. Den fokuserar mer på den enskilda individens belägenhet och mindre på gruppdynamiken (utan att bortse från den). Den ger också möjligheter till känslomässig kontakt med material, som patienten kan ha svårigheter att sätta ord på. Ändock kan den samtidigt respektera försvaren genom att patienten alltid kan välja hur mycket han vill diskutera sin bild och hur mycket han vill förstå av den.

Gruppterapin kompletteras dessutom en gång per vecka med en mer kognitiv inriktad problemlösnings- och behandlingsplaneringsgrupp. Även detta sker inom ramen för den lilla gruppen. Slutligen skall jag bara nämna, att alla terapiesessioner utom bildterapi (där det av tekniska skäl krävs en och en halv timme) begränsas till en timme. Den tidsramen räcker gott, när man ska sitta i grupp flera gånger per dag, fyra dagar per vecka. Den är också på ett sätt bättre avpassad för impulsiva människor i allvarliga känslomässiga kristillstånd, eftersom den i sig motverkar tendenser till alltför stark regression i terapirummet.

### ***Miljöterapi på dagavdelningen***

Om gruppterapin drar nytta av människans sociala behov som en drivkraft i samtalet, kan miljöterapi sägas göra det samma genom att den drar nytta av människans behov av att vara verksam och aktiv i samhandling med andra. Det är min uppfattning, att många av de terapeutiska faktorerna i gruppterapin är lika verksamma inom miljöterapi, men där genom människors gemen-

samma arbete. Det är därför inte förvånande, att gruppterapi och miljöterapi så väl låter sig förenas.

Praktiskt innebär miljöterapi att allt arbete med dagavdelningens drift uträtas gemensamt av patienter och terapeuter. Terapeuterna tjänar därvid som rollmodeller både praktiskt och vad gäller t ex konfliktlösning. Terapeuterna anger också ramen för det gemensamma arbetet, d v s vilka arbetsuppgifter som ska lösas, men de undviker att organisera och planera arbetet i detalj (detta får istället patientgruppen lösa informellt). Vi vill nämligen att miljöterapi ska få samma ostrukturerade prägel, som en gruppterapisession byggd på fri diskussion. Miljöterapi blir då en arena, där patienternas sätt att förhålla sig i olika avseenden blir synliggjorda, där de kommer att iscensätta såväl adaptiva som mindre adaptiva sidor av personligheten. Sådana iscensättanden kan terapeuterna iakttä under det gemensamma arbetet och senare låta bli viktigt material i terapisessionerna.

Miljöterapi har emellertid också många andra viktiga funktioner. En av de viktigaste är att den på ett gynnsamt sätt balanserar patienternas motstridiga tendenser mellan regressiva behov och behov av att bevara självkänslan och upplevelsen av att vara en vuxen och ansvarig människa. Den känslomässiga värme, som automatiskt uppstår i ett hus där det doftar gott från köket och där man slår sig ned tillsammans runt ett dukat bord tillfredsställer många regressiva behov. Samtidigt kommer det gemensamma ansvaret för att detta kommer till stånd att vädja till och stimulerar mer vuxna, adaptiva sidor. Vi möter därför inte samma destruktiva och regressiva processer, som alltför ofta utlöstes av vårdavdelningens mer passiva och ansvarsbefriade miljö. Det gemensamma arbetet bidrar också till att moderera den känslomässiga temperaturen, när konflikter uppstår. Människor blir lite mer varsamma med varandra och mindre hätska, när de omedelbart efter diskussionen i grupprummet kan hamna sida vid sida i (det mycket trånga) köket.

Relationerna mellan patienterna blir förstås mer reella i en sådan dagavdelningsmiljö än i en renodlad terapigrupp. Det är heller inte ovanlig att det uppstår vänskapsband (kärleksrelationerna har hittills däremot varit sällsynta), som lever vidare även utanför dagavdelningen. Självklart får detta konsekvenser för terapigrupperna. Det är emellertid en oundviklig del av behandlingsupp-

lägget (och en del som också har många fördelar med hänsyn till patienternas ofta socialt utarmade situation). Vi betraktar det alltså inte som ett motstånd eller en utagering i sig, utan som en naturlig del av den ram vi har skapat. Det vi försöker se till, är att sådana vänskaps- eller kärleksförhållanden inte blir hemligheter, som inte kan diskuteras öppet i terapigrupperna. Avundsjuka och svartsjuka är också viktiga mänskliga erfarenheter, värda att undersöka i gruppterapi.

Sammanfattningsvis är det alltså vår strävan att använda miljöterapi som en integrerad del av behandlingen, där gruppdynamiska faktorer vägs in i aktiviteternas utformning och timing. De olika aktiviteterna på dagavdelningen kommer därför att ömsesidigt stötta och förstärka varandra på ett gynnsamt sätt, samtidigt som det blir lättare att undvika regressiva och/eller självdestruktiva utageranden eller destruktiva grupprocesser.

### ***Att inleda behandlingen på dagavdelningen***

Vi kommer oftast in i patienternas liv i samband med akuta kristillstånd, när det sociala livet kollapsat av ett eller annat skäl. Detta i kombination med att patienternas skamfilade självkänsla gör dem extremt känsliga för procedurer, som kan uppfattas som att de på nytt ska värderas som människor, har lett fram till ett intagningsförfarande, som är mycket informellt och ställer extremt låga krav på patienten. Vi genomför inga diagnostiska intervjuer och vi ställer inte heller några krav på att patienterna skall ge uttryck för någon egen motivation eller kunna formulera några egna målsättningar med behandlingen. Vi träffar patienten och berättar om dagavdelningen och dess arbetssätt och bjuder in patienten att prova under två veckor utan att förbinda sig att därefter fortsätta. Vi säger att det bästa för patienten är att själv bilda sig en uppfattning om behandlingen kan passa honom eller henne. Proverperioden skall också kunna inledas omgående. Den redan befintliga gruppen på dagavdelningen får en dags förvarning om att det kommer en ny patient. Hittills är det vår erfarenhet att detta intagningsätt är mycket gynnsamt.

En alternativ väg att komma i kontakt med dagavdelningen representeras av patienter, som trots vår strävan att hålla dem utanför vårdavdelningen ändå har hamnat där. Eftersom terapeuterna tjänstgör deltid på vårdavdelningen, kan de omedelbart aktualisera frågan om inte dagavdelningen vore ett bättre alternativ. Vårdtiderna i slutenvård kan därför i allmänhet göras mycket korta, eftersom patienten i så fall kan inleda sin provperiod redan under pågående slutenvårdsbehandling. Han eller hon kommer oftast själv mycket snabbt att konstatera, att dagavdelningen är bättre avpassad för honom eller henne och begär sig utskrivna för att fortsätta där.

Den skeptiske ställer sig naturligtvis frågan om ett så lättvindigt förfarande inte riskerar att medföra att patienter, som inte klarar behandlingen, ändå kommer dit. Vår erfarenhet är att risken är försumbar inom ramen för den totala setting dagavdelningen verkar i (som en integrerad del av en liten, sektoriserad klinik med totalansvar för den psykiatriska behandlingen inom upptagningsområdet). Många faktorer bidrar till att urvalet i slutänden ändå blir rimligt. För det första har terapeuterna på kliniken, som hänvisar patienterna till oss, oftast en god uppfattning om vilka patienter, som kan dra nytta av behandlingen och de har oftast redan tidigare en god diagnostisk kännedom om sina patienter, om inte annat genom att det inte sällan rör sig om patienter, som varit aktuella på kliniken upprepade gånger i olika krislägen. För det andra utgör själva provperioden en diagnostisk värdering i sig, där patienten och terapeuterna ömsesidigt är uppmärksamma på om fortsatt behandling verkar rimlig.

### ***Den socialpsykiatriska ansatsen på dagavdelningen***

Vår erfarenhet är att denna patientgrupp har stor nytta av gruppterapi och miljöterapi såsom den kommit att utformas på dagavdelningen. Vår erfarenhet visar emellertid också, att detta inte är nog. Merparten av våra patienter har nämligen inte något bärande socialt sammanhang att återvända till efter behandlingsperioden. Det är t ex ovanligt att någon av våra patienter har ett arbete. De är dessutom oftast ensamstående, antingen genom att de förlorat sin familj eller genom att de aldrig bildat familj, och deras relationer med ur-



sprungsfamiljerna är oftast allvarligt slitna eller helt kollapsade. Av det skälet har det visat sig gynnsamt att under behandlingsperioden också tillämpa en aktiv, socialpsykiatrisk ansats.

I det syftet har terapeuterna byggt upp ett personligt kontaktnät med viktiga personer inom andra samhällsinstanser, som av olika skäl möter denna patientgrupp. De viktigaste kontakterna är med Försäkringskassan, Karlskrona kommuns Omsorgsverksamhet för patienter med psykiska funktionshinder, Arbetsförmedlingen, och Socialtjänsten, speciellt dess Alkohol- och Drogsektion. Genom detta samarbete blir det möjligt att på ett smidigt sätt förbereda utskrivningen från dagavdelningen, t ex genom att i god tid planera för någon form av meningsfull sysselsättning efter behandlingsperioden.

För en stor andel av våra ofta unga (< 30 år) patienter handlar det emellertid i detta avseende snarare om en habilitering än om en rehabilitering. Många har nämligen egentligen aldrig haft eller klarat av ett reguljärt arbete. Samarbetet med Karlskrona kommuns Omsorgsverksamhet blir för dessa patienter extra viktig, eftersom denna verksamhet bl a omfattar ett rikt varierat utbud av arbetsträning under skyddade former genom s k sysselsättningsgrupper, som driver t ex en bilvård, ett snickeri, en handelsträdgård, flera café- och restaurangverksamheter och ett skogsvårdslag. Många av våra patienter har gått vidare till sådana sysselsättningsgrupper och för kanske första gången i sina liv haft en meningsfull verksamhet att gå till på dagarna. Vår förhoppning är naturligtvis att många av dem i längden också ska kunna komma vidare därifrån ut på den reguljära arbetsmarknaden, men detta återstår ännu att se.

För de patienter, som har ett arbete att återgå till, kan terapeuterna på motsvarande sätt bidra till att underlätta återgången genom att i samarbete med patienten och arbetsgivaren hjälpa till att upprätta en realistisk rehabiliteringsplan. Även detta samarbete har i flera fall visat sig värdefullt för patienten. Jag bör kanske understryka att alla sådana här kontakter naturligtvis sker i samarbete med patienten och med dennes goda minne. Terapeuterna strävar också aktivt efter att undvika att ta över ansvaret från patienterna för dessa kontakter, utan bidrar mer genom sitt stöd och genom sitt ständiga poängterande av vikten av dessa åtgärder än genom att göra det praktiska arbetet.

## **Att avsluta behandlingen på dagavdelningen**

En rimlig behandlingstid på dagavdelningen är cirka sex månader (med möjlighet till viss individualisering). Detta tror vi är inbyggt i dagavdelningens struktur. För att en terapeutisk miljö ska vara verksam, måste den erbjuda både trygghet och känslomässig utmaning. För denna både socialt och psykologiskt utsatta patientgrupp, måste de trygghetsskapande strukturerna vara ganska uttalade om utvecklande processer ska kunna komma igång. När de gör det, kommer strukturen i sig att innehålla fröet till sin egen undergång avseende möjligheten att också erbjuda känslomässiga utmaningar, eftersom både det akuta behovet av trygghet i sig minskar och samtidigt miljön allteftersom blir allt mer välbekant och förutsägbar. Till slut återstår inte mycket mer än tryggheten och gemenskapen, drivkrafterna till utveckling och förändring har upphört att vara verksamma.

Symtomen på detta är oftast ganska påtagliga. Patienten kan t ex bli mindre noggrann med närvaron utan tenderar att dyka upp, när andan faller på, och håller sig borta, när annat verkar mer lockande. I gruppterapirummet är patienten kanske mindre aktiv och engagerad, medan han eller hon är mer entusiastisk inför de miljöterapeutiska aktiviteterna, speciellt de mer lustbetonade. Allt mer energi går åt till att locka medpatienter till andra, gemensamma aktiviteter utanför dagavdelningens ram. Patienten är helt enkelt på dagavdelningen mer för att umgås än för att bearbeta sina problem. Det här syndromet – daghospitaliseringssyndromet om man så vill – börjar göra sig märkbart hos de flesta efter cirka sex månader.

Avslutningsprocessen bevakas numera hela tiden aktivt av terapeuterna, framför allt inom ramen för problemlösnings- och behandlingsplaneringsgruppen, där detta perspektiv hela tiden hålls levande. Planeringen för en meningsfull verksamhet efter dagavdelningen intensifieras, liksom de socialpsykiatriska kontakterna. Ändock väcker den inledda avslutningsprocessen starka känslor till liv, inte minst separationsångesten. Plötsligt blir gruppssessionerna mer meningsfulla igen, men nu för att föra fram sitt missnöje. »Varför måste jag sluta nu, jag är ju långt ifrån färdig med mig själv! Och varför får han vara kvar,

han har ju varit här lika länge som jag?!« (Det senare påståendet kan ibland vara sant, ibland utgöra en grov verklighetsförfalskning!) Och patienten har rätt! Han eller hon är inte färdig med sig själv. Dagavdelningen varken kan eller skall »bota« personlighetsstörningen. Och det finns ingen mekanisk rättvisa i den psykoterapeutiska världen, på sin höjd en *dynamisk* rättvisa innebärande att behandlingen individualiseras efter personliga förutsättningar och behov.

Det här är förstås viktigt psykoterapeutiskt/psykodynamiskt material i sig och bemöts som sådant, som något som skall förstås och bearbetas (inom ramen för grupperapisessionerna), utan att själva beslutet om avslutning för den skall ändras. Men det är ofta slitsamma processer även för terapeuterna, som kräver mycket handledning, oavsett om man råkar vara den idealiserade (som patienten försöker beveka) eller den nedvärderade (som patienten försöker förinta). Terapeuterna har också ibland gått i fällan och tillåtit patienter att vara kvar längre än vad de borde ha varit. Men vi har lärt av misstagen, för vi upptäckte att protesten i dessa fall gärna avlöstes av en visserligen på ytan stillsammare period, men där patienten istället la sin energi på att försöka skapa allianser i patientgruppen inför nästa förväntade förslag om avslutning. Och denna subgruppsaktivitet i det fördolda var inte heller bra! Så idag gäller att om sex månader är det grova riktmärket, så är »daghospitaliseringssyndromet« det yttersta tecknet på att behandlingen bör avslutas inom en rimlig framtid.

En viktig del av avslutningsprocessen är också diskussioner om den fortsatta behandlingen. Detta sker i samarbete med patientens terapeut på klinikens mottagning. Vår strävan är att kunna erbjuda alla som önskar det att fortsätta i en poliklinisk grupp en gång per vecka, men andra möjligheter finns naturligtvis också, t ex en fortsatt individuell psykoterapeutisk behandling på mottagningen. Hittills har de flesta valt att fortsätta i grupp och hittills har också alla som så önskat kunnat erbjudas plats utan väntetid i någon av de grupper vi bedriver på Gruppcenter på kvälls- eller eftermiddagstid. Det finns ett gott vetenskapligt stöd för att sådan vidarebehandling i grupp är till nytta för denna patientkategori (se t ex 22, 23, 24, 25).

## **Personalgruppens storlek**

Ett förhållande, som ofta har väckt uppmärksamhet, är hur vi kan driva en dagavdelning med upp till sexton patienter med svåra personlighetsstörningar med enbart tre terapeuter på deltid samt några få timmar läkartid per vecka. Det innebär naturligtvis en balansgång, som gör dagavdelningen sårbar. Sjuka får de inte bli, men oundvikligen blir terapeuterna emellanåt slitna till den grad, att de kan te sig närmast gnälliga (vilket är fullt rimligt mot bakgrund av den korseld av starka känslomässiga processer de verkar i). Men de brinner samtidigt för verksamheten och är stolta över den inte minst utifrån det perspektivet att den i stor utsträckning är deras eget verk.

Trots sårbarheten har den lilla personalgruppen många fördelar. De starka känslomässiga processer, som patientgruppen riktar mot terapeuterna, är ofta kaotiska och inte alltid lättolkade. Komplexiteten ökar logaritmiskt med antalet personer som skall vara inblandade. Att terapeuterna är få och samspelta underlättar därför dechiffringen av många beteenden och processer. Samtidigt bidrar den relativa bristen på föräldrafigurer till att göra »syskonen« i gruppen mer betydelsefulla och intressanta för patienterna. Balansen mellan hoppet om att få »komma till« och konkurrensen om utrymmet hos föräldragestalterna blir också mer gynnsam, när det finns en viss terapeutbrist. Det ger nämligen upphov till många värdefulla tillfällen till interpersonell inläring på teman som rivalitet, avund, svartsjuka.

Handledning och kontinuerlig vidareutbildning blir naturligtvis mycket viktig för terapeuter, som arbetar på detta sätt. Gruppcenters hela arbetsgrupp (dagavdelningens terapeuter, jag själv och två stycken psykologer, som arbetar med andra grupper) träffas två gånger per vecka för kamrathandledning, extern handledning och teoriseminarier. Även för handledningen är det en fördel, att arbetsgruppen är liten. Det ger en trygghet i handledningsgruppen, som gör att deltagarna vågar ta större känslomässiga risker. Gruppen kan friare diskutera motöverföringssvårigheter och personliga blinda fläckar samt svårigheter med samarbetet som coterapeuter.

## **Integrationen med kliniken**

Dagavdelningen arbetar inte för sig själv, som en utväxt på klinikkens verksamhet, och skulle inte heller kunna göra det. Det är tvärtom oerhört viktigt att den utgör en *integrerad* del av klinikkens totala verksamhet. Strukturellt kommer denna integration till uttryck i att dagavdelningens terapeuter har sina rötter på klinikkens vårdavdelning och fortfarande arbetar kvar där cirka 30% av sin arbetstid. Dessutom är jag själv en viktig del i denna struktur, eftersom jag som överläkare är verksam på samtliga enheter inom kliniken.

Det nära sambandet med den övriga verksamheten underlättar för oss att ta in patienter på dagavdelningen på ett snabbt, smidigt och informellt sätt. Integrationen underlättar också bevakningen av att patienter, som skulle kunna ha nytta av dagavdelningsbehandlingen, verkligen erbjuds detta. Även erfarna terapeuter kan lätt förföras av att dessa patienter gärna inledningsvis idealiserar nya kontakter och kan därför också lätt »glömma« vad erfarenheten annars lärt dem, nämligen att arbete med svårt störda patienter nästan alltid måste vara ett teamarbete. Möjligheten att introducera nya patienter på dagavdelningen under redan pågående vård på slutenvårdsavdelningen är också en stor fördel, som bl a har visat sig bidra till att slutenvårdstiden kan minimeras.

En annan aspekt av behovet av integration med övrig verksamhet på kliniken är säkerhets- och trygghetsaspekter på dagavdelningen. Om terapeuterna bedömer att någon patient kan komma att bli farlig för sig själv, kan de ta med sig patienten tillbaka till vårdavdelningen på kvällen utan att akutmottagningen eller jourhavande läkare behöver blandas in. Vi kan också tillsammans – och i samförstånd med patienten – snabbt avgöra, om patienten kan åka med tillbaka till dagavdelningen påföljande dag. Denna möjlighet till akut inläggning under informella former är mycket viktig som ett skydds nät för verksamheten. Att möjligheten finns, gör att terapeuterna lättare hanterar sin egen oro, vilket lett till att den hittills faktiskt inte i praktiken utnyttjats. Förberedelser för akut inläggning har däremot gjorts vid några tillfällen, men har då lett till att patienten kunnat trygga sig med att han har möjlighet att komma till avdelningen under natten.

## **Sammanfattning och slutsatser**

Det finns ett gott vetenskapligt stöd för att gruppterapi och miljöterapi inom ramen för en dagavdelning kan vara ett värdefullt bidrag till behandlingen av patienter med svåra personlighetsstörningar. Psykiatriska kliniken Karlskrona öst driver sedan februari 2000 en sådan dagavdelning och våra erfarenheter bekräftar den uppfattningen. På dagavdelningen bedrivs psykodynamiskt orienterad gruppterapi både i storgrupp och i smågrupp, men storgruppen ses som det viktigaste psykoterapeutiska redskapet inte minst utifrån den synpunkten, att terapeuterna hela tiden aktivt måste värna om gruppssammanhållningen, som måste omfatta hela patient- och personalgruppen.

Dagavdelningen drivs också miljöterapeutiskt efter något modifierade principer, framför allt innebärande att terapeuterna visserligen deltar i det miljöterapeutiska arbetet, men i bara i mycket begränsad omfattning organiserar det. Miljöterapi får därför en liknande ostrukturerad karaktär, som gruppterapi-sessionerna. Med detta följer att patienterna även i köket tenderar att iscensätta sina inre konflikter på ett sätt, som gör att det kan lyftas fram och bearbetas vidare i gruppterapin. Den miljöterapeutiska ansatsen har också andra fördelar, framför allt den på ett gynnsamt sätt bidrar till att balansera patienternas regressiva tendenser mot deras behov av eget, vuxet ansvarstagande.

Vi har funnit att en rent psykoterapeutisk ansats på dagavdelningen inte är nog för denna patientgrupp. Både för att ordna upp missförhållanden i patienternas sociala liv utanför dagavdelningen och för att planera för en meningsfull vardag efter dagavdelningsvistelsen, krävs också en socialpsykiatrisk ansats med omfattande kontakter med andra instanser i samhället, som bistår med olika former av sociala insatser. Terapeuterna har därför byggt upp ett omfattande kontaktnät med sådana instanser.

I den totala setting vår dagavdelning arbetar (en sektoriserad psykiatrisk klinik med totalansvar för all vuxenpsykiatrisk behandling inom ett begränsat upptagningsområde med totalt ca 30000 innevånare) har det varit nödvändigt att anpassa verksamheten efter dessa yttre förutsättningar. Detta innebär framför allt att vi tar emot patienter på dagavdelningen i akuta krislägen utan krång-

liga intagningsprocedurer. Dagavdelningen måste klara av att inleda en behandling akut med lågmotiverade patienter. Efter en tid övergår denna behandling utan gräns i en mer subakut form av behandling i takt med att miljön och mottagandet dämpar de initiala stormande krissyntomen och ökar patientens egen motivation.

En rimlig behandlingstid på dagavdelningen har visat sig vara cirka sex månader. Efter denna tidsgräns kommer för de flesta miljön på dagavdelningen inte längre att innehålla tillräckligt starka inslag av känslomässiga utmaningar, för att dessa ska kunna tjäna som psykoterapeutiska drivkrafter. Patienten tenderar att komma till dagavdelningen mer för att umgås och för att miljön känns trygg och välkomnande än för att aktivt arbeta med sina problem. Patienten har då större nytta långsiktigt av att gå ut i samhället, möta svårigheterna där och fortsätta bearbeta dessa i poliklinisk grupperapi.

En dagavdelning av detta snitt kan inte »bota« personlighetsstörningar och den ska inte heller ha en sådan målsättning. Målsättningen är istället att härberga patienterna under svåra kristillstånd, samtidigt som man utnyttjar tillfället att så långt möjligt aktivt bearbeta och arbeta med patienternas interpersonella och sociala svårigheter. Att detta är en fruktbar ansats menar vi bekräftas av att patienterna själva förefaller uppleva denna behandlingsform som meningsfull och väl avpassad för deras behov.

Ytterligare ett par viktiga lärdomar har vi gjort. En verksamhet av denna typ kan inte kopieras från andra verksamheter eller från litteraturen. Sådana källor kan tjäna som förebilder och ge inspiration, men varje verksamhet måste utformas efter de egna, lokala förhållandena. Verksamheten måste också vara anpassad både för den patientgrupp, som faktiskt skall utnyttja den, och efter den organisation, av vilken verksamheten utgör en del. Om verksamheten inte passar den större organisationen, kan den inte heller bli till någon god hjälp för patienterna.

## Litteratur

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association: 1994.
2. American Psychiatric Association. MINI-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press; 1995.
3. McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 1986; 43(1): 20-30.
4. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. Compr Psychiatry 1987; 28(6): 530-35.
5. Stone MH. Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. Bull Menninger Clin 1987; 51(3):231-47.
6. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58(6): 590-96.
7. Foulkes SH. Introduction to group analytic psychotherapy. London: William Heinemann Medical Books Ltd 1948, nytryck av H. Karnac (Books) Ltd; 1983.
8. Foulkes SH. Group analytic psychotherapy, method and principles. London: Gordon & Breach, Science Publishers Ltd 1975, nytryck av H Karnac (Books); 1986.
9. Foulkes SH. Selected papers, psychoanalysis and group analysis. London: H Karnac (Books) Ltd; 1990.
10. Foulkes SH, Anthony EJ. Group psychotherapy, the psychoanalytic approach. London: Penguin Books 1957, nytryck av H Karnac (Books) Ltd; 1984.
11. Nitsun M. The anti-group: Destructive forces in the group and their therapeutic potential. Group Analysis 1991; 24: 7-20.
12. Nitsun M. The future of the group. Int J Group Psychother 2000; 50(4): 455-72.
13. Bion WR. Experiences in groups and other papers. London: Tavistock Publications Ltd; 1961.



14. James DJ. Bion's »containing« and Winnicott's »holding« in the context of the group matrix. *Int J Group Psychother* 1984; 34(2): 201-13.
15. Harwood INH. Advances in group psychotherapy and self psychology: an intersubjective approach. I: Harwood INH, Pines M [ed.]. *Self experiences in group. Intersubjective and self psychological pathways to human understanding*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd; 1998.
16. Paparo F. How does group psychotherapy cure? A reconceptualization of the group process: from self psychology to the intersubjective perspective. I: Harwood INH, Pines M [ed.]. *Self experiences in group. Intersubjective and self psychological pathways to human understanding*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd; 1998.
17. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*, Fourth edition. New York: BasicBooks; 1995.
18. Bloch S, Crouch E. *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press; 1985.
19. Feilbert-Willis R, Kibel HD, Wikstrom T. Techniques for handling resistances in group psychotherapy with severely disturbed patients. *Group* 1986; 10(4): 228-38.
20. Kibel HD. Inpatient group psychotherapy: where treatment philosophies converge. I: Langs R [ed.]. *The yearbook of psychoanalysis and psychotherapy*, Vol 2. New York: Gardner Press; 1987.
21. Kibel HD. *Group psychotherapy*. I: Leibenluft E, Tasman A, Green SA [ed.]. *Less time to do more. Psychotherapy on the short-term inpatient unit*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1993.
22. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1563-69.
23. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 36-42.
24. Chiesa M, Fonagy P. Cassel personality disorder study. Methodology and treatment effects. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 485-91.

25. Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G [red.]. Personlighetsforstyrrelser. Forståelse, evaluering, kombinert gruppebehandling. Oslo: Pax Forlag A/S; 2001.

# KLINISKA DATA FRÅN EN DAGAVDELNING FÖR PATIENTER MED SVÅRA PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR

Matrix 2002; 4, s. 383-396

Göran Karlström

*Kliniska data från verksamheten vid en grupp- och miljöterapeutisk arbetande dagavdelning för patienter med svåra personlighetsstörningar redovisas. Dagavdelningen har varit igång under två års tid och har under denna tid inlett 51 behandlingsperioder med 46 olika patienter. 40 av dessa behandlingsperioder har hunnit avslutas, i hälften av fallen genom att patienterna fullföljt behandlingen. Diagnostiskt dominerar patienter med personlighetsstörningar från kluster B och kluster C enligt DSM-IV. Patientgruppen kännetecknas av att den är tungt belastad, såväl psykiatriskt som socialt. Bedömd med GAF har patientgruppen ett medelvärde på 35 vid behandlingens inledning. Trots den låga funktionsnivån kan man ändå se gynnsamma resultat, främst bland dem som fullföljer behandlingen, men också i viss mån bland dem som hoppar av först efter en tid. De som avbryter tidigt visar däremot inga tecken på förbättrad funktionsnivå.*

## **Inledning**

I tidigare artiklar har jag visat vad empirisk forskning har funnit om gruppterapeutisk behandling inom ramen för en dagavdelning och beskrivit struktur och behandlingsinnehåll vid en sådan dagavdelning, som startades i februari 2000 vid Psykiatriska kliniken Karlskrona öst. Dagavdelningen har nu varit igång i två år och det kan vara dags att försöka utvärdera erfarenheterna. I den här artikeln kommer jag därför att ge en statistisk bild av patientgruppen, som varit aktuell på dagavdelningen hittills. Jag kommer att beskriva patientgruppen i grova diagnostiska termer och beskriva något om dess psykiatriska och soci-

ala belastning. Patienternas närvaro, behandlingstidernas längd och kick-out/drop-out problematiken kommer att belysas. Även några tentativa slutsatser avseende behandlingsresultaten kommer att diskuteras.

## **Metod**

Den undersökta gruppen består av samtliga patienter, som inlett en behandlingsperiod från dagavdelningens öppnande i slutet av februari 2000 fram till och med den siste februari 2002. Data samlades in retrospektivt i mars 2002 genom en journalgenomgång, i vissa fall också kompletterad med en intervju med patientens terapeut på klinikens mottagning. I många fall hade jag också själv personliga kunskaper om patienterna sedan tidigare. Dessa data jämfördes sedan med kunskaper om patienterna, som dagavdelningens terapeuter fått under behandlingsperioden, ofta dessutom kompletterade med tidigare personliga kunskaper om patienterna. Samtidigt gjordes också en diagnostisk bedömning av varje patient. (Det diagnostiska förfarandet kommer att redovisas nedan.) De insamlade uppgifterna har sedan relaterats till registrerade uppgifter om närvaro, behandlingstid och avslutningsätt.

## **Diagnostiska överväganden**

Patienterna på dagavdelningen tas emot akut och utan föregående diagnostisk evaluering. Under behandlingens gång får vi emellertid tillgång till mycket information, som möjliggör en förenklad form av retrospektiv diagnostik. På axel I har patientgruppen företett en brokig symtomflora omfattande framför allt förstämningssyndrom (i första hand dystymi eller depression UNS) och olika ångestsyndrom (paniksyndrom, agorafobi, social fobi, olika specifika fobier, tvångssyndrom och generaliserade ångestsyndrom eller ångestsyndrom UNS) som huvuddiagnos. Åtstörningar har inte heller varit ovanliga, framför allt i form av bulimi.

Beträffande axel II bedömdes om patienten uppfyllde DSM-IV:s allmänna diagnostiska kriterier för personlighetsstörning (1) och om så var fallet till vilket

av klustren de dominerande avvikande personlighetsdragen hörde. Patienternas globala funktionsnivå enligt GAF vid behandlingsperiodens inledning skattades också. Varje patient diskuterades tills vi kunde uppnå en gemensam bedömning. Denna grundade sig på all tillgänglig information, d v s journaldata, eventuella kompletterande muntliga uppgifter från mottagningsterapeuten samt egna intryck från dagavdelningen och i förekommande fall från egna tidigare kliniska kontakter.

En följd av denna förenklade diagnostik blir förstås att personlighetsstörning UNS faller bort ur diagnossystemet. Egna och andras erfarenheter (se t ex Karterud et al [2]) pekar mot att en mer systematisk diagnostik kommer att avslöja förekomsten av mer än en personlighetsstörning hos en ganska stor andel av denna patientkategori, något som inte heller blir synliggjort med detta diagnostiska förfarande. Diagnosfördelningen på axel II och funktionsnivå enligt GAF framgår av tabell 1.

**Tabell 1: Huvuddiagnos axel II och GAF-nivå vid behandlingsperiodens inledning\***

---

Huvuddiagnos axel II		
Diagnos ej möjlig	1	(2%)
Ingen diagnos	2	(4%)
Kluster A	3	(6%)
Kluster B	36	(70%)
Kluster C	9	(18%)
Medelvärde GAF	35	StAv = $\pm$ 9,6

---

\* = beräknat utifrån antalet behandlingsperioder, n = 51, var god jmf nedan.

## **Patientgruppens sammansättning. Demografiska, kliniska och sociala förhållanden.**

Under de första två åren har 46 patienter påbörjat sammanlagt 51 behandlingsperioder på dagavdelningen. Fem av patienterna har återkommit för en andra behandlingsperiod. Medelåldern i patientgruppen var 30,8 år (standardavvikelse  $\pm 10,7$  år) och andelen kvinnor var 65%.

Personlighetsstörda patienter har ofta en stor psykiatrisk belastning med bland annat stor sjukvårdsförbrukning, missbruk och självmords- och/eller självskadebeteenden. Förekomsten av psykiatriska belastningsfaktorer i den aktuella patientpopulationen framgår av tabell 2.

**Tabell 2: Psykiatrisk belastning\***

Tidigare psykosepisoder		7	(15%)
Neuropsykiatriska tillstånd		6	(13%)
Självmordsförsök		18	(39%)
Självskadebeteenden		13	(28%)
Missbruk			
	Aktuellt	22	(48%)
	Tidigare	5	(11%)
Tidigare psykiatrisk sjukhusvård			
< 30 år	Ingen eller ringa omfattning	17	(65%)
	Måttlig eller stor omfattning	9	(35%)
≥ 30 år	Ingen eller ringa omfattning	8	(40%)
	Måttlig eller stor omfattning	12	(60%)
Tidigare psykiatrisk öppenvård			
< 30 år	Ingen eller ringa omfattning	13	(50%)
	Måttlig eller stor omfattning	13	(50%)
= 30 år	Ingen eller ringa omfattning	1	(5%)
	Måttlig eller stor omfattning	19	(95%)

\* = beräknat utifrån antalet individer, n = 46

Två av patienterna hade (kortvariga) psykosepisoder under behandlingsperioden. De neuropsykiatriska handikapp vi noterat var i första hand symtom förenliga med ADHD. Flertalet patienterna med tidigare självmordsförsök hade gjort mer än ett försök. En patient hade gjort fler än 50 försök! Den vanligaste formen av självskadebeteende var självskärning, men även andra former förekom. En patient spelade t ex ofta »rysk roulett« med sitt liv genom att inta stora doser paracetamol utan självmordsavsikt, men väl medveten om risken för levernekros.

Alkohol var den vanligaste drogen, men narkotikamissbruk och/eller missbruk av psykofarmaka var också vanligt förekommande, framför allt bland de yngre patienterna. Vi bedömer att de flesta inte hade utvecklat något beroende, men väl den problematiska form av missbruk man ofta ser bland borderlinepatienter, d v s ett impulsivt och häftigt drogintag, ofta utlösande andra problembeteenden, t ex självskadebeteenden. När det gäller missbruk, självmordsförsök och självskadebeteenden, räknar vi med att det kan finnas ett mörkertal, eftersom det finns en benägenhet att försöka dölja sådana problembeteenden. Psykofarmakaförbrukningen var hög. Inte mindre än 61% av individerna använde mer än ett läkemedel, medan endast 17% var medicin fria. 33% använde bensodiazepiner som anxiolytika, 24% beroendeframkallande hypnotika.

Patientgruppen var tungt belastad socialt. Det måste påpekas att sociala markörer numera – med den samhällsutveckling vi har – inte är lika entydiga som de varit tidigare. Förmågan att leva i fasta relationer är t ex något, som med dagens allt lösare familjestrukturer inte lika tydligt skiljer ut dem med särskilda svårigheter från dem med mer normalpsykologiska. Sysselsättningsgraden är en faktor, som är extremt beroende av den allmänna arbetsmarknadssituationen. Patientgruppens relativa ungdom är också en faktor, som måste tas i beaktande. En sammanfattning av de markörer vi undersökt finns i tabell 3.

**Tabell 3: Sociala belastningsfaktorer i patientpopulationen**

Civilstånd*			
< 30 år	Ensamstående	16	(62%)
	Frånskild/Separerad	6	(23%)
	Gift/Sambo	4	(15%)
= 30 år	Ensamstående	2	(10%)
	Frånskild/Separerad	13	(65%)
	Gift/Sambo	5	(25%)
Förlorat vårdnad och/eller kontakt med barn**		13	(59%)
Avsevärda skulder*		12	(26%)
Ingen sysselsättning***		42	(82%)
Bidragsberoende***		43	(84%)
Kriminalitet*		16	(35%)

\* = beräknat utifrån antalet individer, n = 46

\*\* = beräknat utifrån antalet föräldrar i patientpopulationen, n = 21

\*\*\* = beräknat utifrån antalet behandlingsperioder, n = 51

Ingen patient kom till dagavdelningen direkt från aktiv sysselsättning, men 9 av patienterna hade någon form av sysselsättning innan de några veckor före inskrivningen blivit sjukskrivna. Bland dessa var en sysselsatt inom Karlskrona kommuns sysselsättningsprojekt för personer med långvariga psykiska funktionshinder och uppbar sjukpension, övriga var i arbete, arbetsmarknadsåtgärd eller studier eller var anmälda som arbets sökande. Dessa 8 kunde alltså försörja sig genom ersättning knuten till eget arbete (inkomst av arbete, arbetslöshetskassa/arbetsmarknadsersättning eller studiemedel).

Avsevärda skulder har definierats som skulder, som allvarligt påverkar patientens dagliga ekonomi eller som det förefaller osannolikt att patienten någonsin kommer att kunna betala. De unga var skuldsatta i ungefär samma omfattning som de äldre. När det gäller kriminalitet, har vi registrerat allt vi fått kän-



nedom om. Allt är däremot inte känt av rättsväsendet och är alltså inte juridiskt beivrat. Även när det gäller skuldsättning och kriminalitet räknar vi med ett mörkertal.

## **Behandlingsförlopp och behandlingsresultat**

En förutsättning för att en psykosocialt inriktad behandling skall kunna ge effekt är förstås att patienten infinner sig till den och fullföljer den. Patienter med svåra personlighetsstörningar har ofta svårt att fullfölja behandlingsavtal på ett meningsfullt sätt och alla har naturligtvis inte kunnat göra det i denna behandlingsform heller. Generellt kan sägas att närvaron varit hög trots patientgruppens sammansättning. De, som fullföljt sin behandlingsperiod, har varit närvarande 79% av dagarna. Samma höga närvaro, 82%, gäller för dem, som fortfarande var i behandling vid brytdatum för denna datasammanställning. Bland dem, som hoppat av under den inledande provperioden eller senare under behandlingsperioden avslutat den i förtid genom kick-out eller drop-out, är närvarofrekvensen däremot betydligt lägre.

Hittills har vi inte haft någon fast behandlingstid på dagavdelningen, utan har angivit att sex månader är den rimliga tiden för de flesta, men att det kan finnas utrymme för individuella kompromisser både uppåt och nedåt. Detta medför att den aktiva behandlingstiden varierar ganska mycket även för patienter, som fullföljt behandlingen och avslutat den på ett planerat sätt. Behandlingstiden har för fullföljarna i medeltal varit 25,8 veckor med en standardavvikelse på  $\pm 12,9$  veckor.

Av de 51 påbörjade behandlingsperioderna har 11 (21,5%) avslutats redan under provperioden. Senare under behandlingsperioden har 5 stycken (10%) avslutats i förtid genom kick-out p g a bristfällig närvaro och ytterligare 4 stycken (8%) har avslutats i förtid genom drop-out. Frekvensen avhopp i olika subgrupper av patientpopulationen framgår av tabell 4. Observera att procenttalen beräknats på antalet *avslutade* behandlingsperioder inom respektive subgrupp. Vi fann ingen korrelation mellan GAF och risken för avhopp.

**Tabell 4: Avhopp från behandlingen i olika subgrupper av patientpopulationen**

Subgrupp	Planerad avslutning		Förtida avslutning	
< 30 år	8	(38%)	13	(62%)
≥ 30 år	12	(63%)	7	(33%)
Pågående missbruk	6	(33%)	12	(67%)
Ej pågående missbruk	14	(64%)	8	(36%)
Kluster A	0	(0%)	3	(100%)
Kluster B	13	(48%)	14	(52%)
Kluster C	6	(86%)	1	(14%)
Kvinnor	11	(44%)	14	(66%)
Män	9	(60%)	6	(40%)

Ett annat sätt att beskriva behandlingsutfallet är att titta på potentiellt skadliga händelser. Det har förekommit några enstaka självmordsförsök under behandlingstiden (två individer, sammanlagt tre försök). Det har inte förekommit något fullbordat självmord. De flesta med mer uttalad självdestruktivitet har gjort nya självskadehandlingar under behandlingstiden, men ingen har gjort det på dagavdelningen och ingen har kommit till allvarlig skada. Det har inte förekommit några våldshandlingar på dagavdelningen och ingen inredning har blivit förstörd. Vid några få tillfällen har patienter kommit drogpåverkade till dagavdelningen, men detta har varit undantagshändelser. Enstaka sexuella gränsöverskridanden har skett och ett par har inlett ett mer regelrätt kärleksförhållande, men detta ser vi mer som terapimaterial än som direkt skadliga händelser.

När det gäller mer handfasta resultatkriterier har jag inte så mycket att redovisa. Allmänt sett är det vårt intryck att patienter, som fullföljer behandlingen, mår bättre vid avslutningen. Detta gäller även dem, som stannar en tid, för att sedan falla ifrån som drop-out eller kick-out. (I flera fall kan detta i själva verket ha varit ett bidragande skäl till drop-out problematiken. När den psykiska smärtan har minskat, har motivationen att fortsätta behandlingen också falnat.) Vi har inte gjort någon GAF-skattning vid avslutningen av behandlingsperioden.

Vi har undersökt i vilken utsträckning patienterna går från dagavdelningen till

någon form av sysselsättning. Oavsett sysselsättningsform ser vi det som en framgång om patienten har en ordnad sysselsättning istället för att vara helt sysslösa, som ju var fallet för en överväldigande majoritet före behandlingen. Vi har också målsättningen att försöka öka motivationen för långsiktig, regelrätt psykoterapi. Det är ett fåtal av patienterna, som tidigare haft sådan motivation, även om många haft tidigare stödkontakter i en eller annan form. Resultaten framgår av tabell 5.

**Tabell 5: Behandlingsresultat**

---

Sysselsättning		
Fullföljd behandling (n = 20)		
Aktiv sysselsättning före behandlingen*	5	(25%)
Aktiv sysselsättning efter behandlingen	15	(75%)
Avbruten behandling (n = 20)		
Aktiv sysselsättning före behandlingen	1	(5%)
Aktiv sysselsättning efter behandlingen	4	(20%)
Försörjning		
Fullföljd behandling		
Ej bidragsberoende före behandlingen**	4	(20%)
Ej bidragsberoende efter behandlingen	7	(35%)
Avbruten behandling		
Ej bidragsberoende före behandlingen	1	(5%)
Ej bidragsberoende efter behandlingen	2	(10%)
Avtal om fortsatt psykoterapi efter behandlingen på dagavdelningen		
Fullföljd behandling***	13	(65%)
Avbruten behandling****	5	(25%)

---

\* = Aktiv sysselsättning = studier, arbete, arbetsträning, arbetsmarknadsåtgärd, sysselsättningsgrupp (= arbetsträning för psykiskt funktionshandikappade).

\*\* = Bidragsberoende = beroende av sjukpenning, sjukbidrag/-pension eller socialbidrag.

\*\*\* = Samtliga har avtalat om gruppterapi.

\*\*\*\* = Samtliga har avtalat om individualterapi.

## Sammanfattning och diskussion

Psykiatriska kliniken Karlskrona östs dagavdelning för patienter med personlighetsstörningar har under de första två åren inlett sammanlagt 51 behandlingsperioder med 46 olika patienter. Diagnostiskt har patienter med personlighetsstörningar från kluster B (70%) och kluster C (ca 20%) dominerat. Patienterna var i allmänhet i dåligt skick, när de inledde sin behandlingsperiod, med en genomsnittlig GAF-nivå på 35.

Är detta rimliga GAF-skattningar? Ja, jag tror det. Vår målgrupp är i första hand patienter, som är i ett sådant tillstånd att inläggning på vårdavdelning redan skett eller övervägs. Detta talar för att skattningsnivån är rimlig. Ytterligare ett argument är följande: Inom *Nettverk for psykoterapeutiske dagavdelinger i Norge* behandlar man främst patienter inom GAF-intervallet 40-50. Vid ett första försök att starta en dagavdelning, använde vi en liknande intagningsprocedur och avdelningsstruktur. Vi fick då också ett urval av patienter, vars GAF-nivå huvudsakligen skattades i intervallet 40-50. Vi har nu modifierat både intagningsproceduren och strukturen på dagavdelningen, så att den är mer trygghetsskapande, ångestreducerande och regressionsmotverkande. Min bedömning är att dessa modifikationer lett till att vi nu verkligen når en sämre fungerande patientkategori, som tidigare skrämdes bort från behandlingen.

Patientgruppen var relativt ung (drygt hälften av patienterna var under 30 år). Vi ser detta som gynnsamt. Stone (3) respektive Paris (4) har visat att funktionsförmågan hos patienter med svåra borderlinestörningar ofta förbättras spontant någon gång efter cirka 40 års ålder och att långtidsprognosen därför inte är så dålig, förutsatt att patienterna överlever (självmoordsfrekvensen är hög). Det är därför av stor vikt att försöka hjälpa patienterna att härbärgera sina svårigheter under den mest stormiga tiden i ungdomsåren och tidig vuxenålder.

Patientgruppen hade ett högt symtomlidande och medicinanvändningen i gruppen var hög. Jag tycker dock inte att jag har sett några onödiga mediciner och doserna har också förefallit rimliga. Det jag möjligen kunde

önskat mig<sup>1</sup>, är att gruppen som förskrivs beroendeframkallande farmaka kunde varit mindre. Det rör sig ju om personer, som måste anses vara i riskzonen för beroendeutveckling, samtidigt som de symtom man försöker påverka sällan är av mer tillfällig art.

Patientgruppen gav sig också i stor utsträckning in i problematiska beteenden som självmordsförsök, självska debeteenden, promiskuitet, kriminalitet eller missbruk. Hela 48% hade ett pågående missbruk, ytterligare 11% hade missbrukat tidigare. Ändå fann vi en lägre omfattning tidigare utnyttjande av psykiatrisk vård och behandling än jag förväntat mig. Detta förklaras i stor utsträckning av att patientgruppen var så ung. Många hade helt enkelt inte hunnit bli storkonsumenter.

Patienterna var också tungt belastade socialt. De levde oftast ensamma. Bland de som var föräldrar, hade majoriteten förlorat kontakten med barnen. Den överväldigande majoriteten (82%) saknade fast sysselsättning och en ännu större andel (84%) var för sin försörjning beroende av någon form av bidrag, som inte var knutet till egen arbetsprestation.

Avhoppssproblematiken bland dessa patienter är uttalad i de flesta behandlingsformer. Så var också fallet vid dagavdelningen. Drygt 20% av patienterna valde att avbryta redan under den inledande provperioden. Vi erbjuder patienterna att själva prova behandlingen under två veckor utan att förbinda sig att därefter fortsätta. Detta får ses som ett försök att nå fler patienter med behandlingsformen än vi skulle göra, om vi ställde krav på egen motivation. Vi försöker skapa en motivation hos patienter, som själva knappast skulle ha sökt sig till någon långsiktig behandling. Vi har också lyckats med detta i några fall, men givetvis inte i alla.

Ytterligare cirka 18% avslutade oplanerat senare under behandlingsperioden. Denna verkliga kick-/drop-out frekvens är jämförbar med vad Bateman

---

<sup>1</sup> Patienten behåller under dagavdelningsbehandlingen sin ordinarie patientansvarige läkare på kliniken, vilket innebär att jag inte vidtar några större korrigeringar av medicineringen på dagavdelningen, utan hänvisar sådana tillbaka till ansvarig läkare på mottagningen.

finner vid sin dagavdelning i London (5, 6, 7) och något lägre än vid Ullevåls dagavdelning (2). Sammantaget förefaller den typiske avhopparen vara under 30 år, ha ett pågående missbruk och har oftare en axel II-diagnos inom kluster B. Kvinnor förefaller också något oftare än män bli avhoppare. Däremot fann vi ingen korrelation mellan GAF-nivå och risken för avhopp.

Även om det med hänsyn till patienturvalet alltså kan finnas förklaringar till denna frekvens avhopp, är det ändå otillfredsställande att så många som sammanlagt 39% av behandlingsperioderna avslutas oplanerat. Det är därför angeläget att undersöka om det finns någon möjlighet att förebygga detta genom korrigeringar av dagavdelningens struktur eller behandlingsinnehåll. Vi har redan inlett ett samarbete med socialtjänstens Alkohol- och Drogektion och vi kommer nu att försöka vidareutveckla detta. Efter denna datasammanställning har vi t ex haft en patient boende på socialtjänstens behandlingshem för missbrukare (han bedömdes som allt för avvikande och stökig för att passa in i behandlingsprogrammet där), medan han gick i behandling på dagavdelningen. Bland de allra yngsta patienterna (under 20 år) hade kanske några på liknande sätt behövt vara familjehemsplacerade (frivilligt eller under tvång), för att kunna fullfölja behandlingen.

Man kan också ställa sig frågan, om denna dagavdelningsbehandling passar alla typer av personlighetsstörningar. Vi har mycket begränsad erfarenhet av patienter med kluster A-störningar (två individer har inlett sammanlagt tre behandlingsperioder, samtliga avbrutna i förtid). Dessa erfarenheter tillsammans med undersökningar från Norge (se t ex Karterud et al [2]) talar för att dessa patienter har sämre nytta av denna typ av dagavdelningar.

Bland dem, som fullföljde behandlingen, såg vi en del uppmuntrande resultat. Patienter, som fullföljde behandlingen, var sysselsatta i högre utsträckning redan före behandlingen än avhopparna. De ökade dock sin sysselsättningsgrad ordentligt efter behandlingen. Även gruppen »Drop-/Kick-out« ökade sin sysselsättningsgrad i någon mån efter (den avbrutna) behandlingen, medan de som slutar redan under provperioden inte gjorde det.

När det gäller förmågan att försörja sig genom egna ansträngningar, ser man också en viss förbättring bland dem som fullföljde behandlingen, men inte i lika stor utsträckning. Detta hänger samman med att de som gått till någon av

sysselsättningsgrupperna fortsatt försörjs genom sjukpenning eller sjukbidrag/sjukpension. Patienttillfredsställelsen med behandlingsformen föreföll också vara hög bland dem, som fullföljde behandlingen. 65% av dessa väljer t ex vidarebehandling i grupperapi jämfört med att endast ett fåtal av patienterna före behandlingen haft motivation för långsiktig psykoterapi.

Vi har inte försökt skatta patienternas GAF-nivå vid avslutningen. Vårt främsta argument för detta är, att denna patientgrupp erfarenhetsmässigt reagerar positivt på en god och hållfast struktur, vilket gör att patienterna redan som ett ospecifikt resultat av dagavdelningsstrukturen bör fungera bättre. Däremot är det inte säkert att denna förbättring överlever många veckor (eller i värsta fall dagar), när patienten avslutar behandlingen där. En GAF-skattning vid avslutningen borde därför ske en tid efter utskrivningen. Jag bedömde också att det skulle bli psykologiskt svårt för oss själva att göra en realistisk åtskillnad i bedömningen av funktionsnivån före respektive efter med denna retrospektiva form av datainsamling.

Detta är inte en forskningsrapport i strikt mening. Data som presenteras, har inte sådan systematik och kvalitet, som är nödvändig i sådana sammanhang och de är insamlade retrospektivt. Det betyder dock inte att de saknar intresse. De utgör kliniska data från en vardagspsykiatrisk verksamhet och de visar att det är möjligt att skapa fungerande dagavdelningar för dåligt fungerande personlighetsstörda patienter även inom ett litet upptagningsområde med begränsat patienturval och med små personalresurser.

Dagavdelningens viktigaste uppdrag från kliniken var i första hand att skapa ett (bättre avpassat) behandlingsalternativ för patienter med så svår personlighetsstörningsproblematik, att de hamnar eller riskerar att hamna på kliniken vårdavdelning. Jag vågar påstå att vi har lyckats lösa den uppgiften. När dagavdelningen öppnade i slutet av februari 2000, fanns det för ögonblicket fem stycken patienter med denna problematik inskrivna på vårdavdelningen. Dessa fick omedelbart börja åka med till dagavdelningen på dagarna. Inom loppet av några få veckor var tre av dem utskrivna, efter ytterligare ett par månader kunde den fjärde skrivas ut, medan vi så småningom fick ge upp försöken att behandla den femte inom ramen för dagavdelningen. Sedan dess har denna patientkategori endast undantagsvis vårdats på vårdavdelningen och då i de

allra flesta fall enbart ett fåtal dagar. Vi har också hittills klarat att alltid bereda plats akut på dagavdelningen för nya patienter, som varit på gränsen till inläggning eller eventuellt redan kommit in.

I övrigt måste resultaten ses som mycket tentativa. Utan att göra anspråk på att ha bevisat det vetenskapligt vill jag dock våga mig på följande försiktiga slutsatser: Behandlingen förefaller göra en positiv skillnad. Speciellt verkar det gå bättre för de patienter, som fullföljer behandlingen, men även de, som stannar kvar en tid, förefaller förbättra sin funktionsförmåga. Motivationen för systematisk långtidsterapi förefaller också öka. Däremot vet vi naturligtvis ingenting om hur hållbara dessa resultat är över tid. Det rör sig om en grupp extremt sårbara människor i utsatta sociala situationer och vi gör inte anspråk på att »bota« deras personlighetsstörning.

## Litteratur

1. American Psychiatric Association. MINI-D IV, Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press; 1995.
2. Karterud S, Urnes Ø, Pedersen G [red.]. Personlighetsforstyrrelser. Förståelse, evaluering, kombinerat gruppebehandling. Oslo: Pax Forlag A/S; 2001.
3. Stone MH. Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. *Bull Menninger Clin* 1987; 51(3):231-47.
4. Paris J, Brown R, Nowlis D. Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Compr Psychiatry* 1987; 28(6): 530-35.
5. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156(10): 1563-69.
6. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001; 158(1): 36-42.
7. Bateman A. Personligt



# EFFEKTEN AF BEHANDLINGEN I GRUPPEANALYTISK DAGAFSNIT

Undersøgelse af 77 patienter med therapeutevaluering og patienttilfredshedsundersøgelse med 1/2 års opfølgning i en 5 års periode.

Matrix 2002; 4, 397-412

Kristine Hjuler Lund, Anne Mette Nielsen, Sanne Milling, Marianne Nielsen, Carl Gerhardt Magelund (†), Anders Christensen og Karen Bentzen

*Denne artikel beskriver effekten af behandlingen af en patientgruppe, der behandles med gruppeanalytisk psykoterapi i et miljøterapeutisk indrettet dagafsnit. Der er tale om en naturalistisk, longitudinel undersøgelse, der beskriver afsnittets behandlingsmæssige funktion og patientgruppens karakteristika. Patienterne møder til behandling 3 gange om ugen i langsomt åbne analytiske grupper, hvor den gennemsnitlige behandlingstid er 9,6 måneder.*

*Ved terapeuternes vurdering af behandlingsresultatet ved terapiafslutning fandtes 82% at have haft positiv effekt af behandlingen. 86% af patienterne var tilfredse med behandlingsresultatet ved afslutningen af terapien.*

*Ved en opfølgning efter et halvt år var patienttilfredsheden signifikant lavere (73%,  $p < 0.05$ ), størst hos kvinder med angstdiagnoser og personlighedsforstyrrelser.*

*På grund af patientgruppens størrelse og designet kan der kun drages begrænsede konklusioner.*

## **Indledning**

I midten af 60-erne blev der i USA mulighed for daghospitalsbehandling i forbindelse med at distriktspsykiatrien blev oprettet. Forsøg på at behandle bredt sammensatte patientgrupper i kombination med diffuse programbeskrivelser og dårligt uddannet og utrænnet personale gav meget forskellige behandlingsresultater for såvel skizofrene som for nonskizofrene patientgrupper. Nogle

undersøgelser viste, at der ikke var forskel mellem daghospitalsbehandling og andre ambulante behandlingsformer for gruppen af nonskizofrene, men i Dick's arbejde fra 1991 hvor der var tale om alvorligt forstyrrede, nonskizofrene patienter viste daghospitalsbehandling sig at være signifikant bedre end anden ambulante behandling (1).

På grund af de metodologisk svage tidligere undersøgelser af effekten af daghospitalsbehandling påbegyndtes i 1989 en større undersøgelse i Edmonton, Alberta i Canada. Der var tale om en randomiseret intervention-versus-kontrol (venteliste) undersøgelse af et velbeskrevet, tidsbegrænset (18 uger) behandlingsprogram (2,3). Piper og medarbejdere undersøgte 120 patienter med affektive lidelser og personlighedsforstyrrelser. Patienterne i interventionsgruppen viste en signifikant bedring på syv af 17 variable: social dysfunktion, familietydfunktion, interpersonel funktion, stemningsleje, livskvalitet, selvtillid og på individuelt fastsatte behandlingsmål. Patienterne i behandlingsgruppen behandlede med gruppepsykoterapi i daglig storgruppe, små analytiske grupper og med miljøterapeutiske behandlingsaktiviteter med en blanding af sociale, rekreative aktiviteter og forskellige arbejdsgrupper.

Fra Ullevål Universitets Hospital i Norge er der udgået flere arbejder om gruppeanalytisk behandling i daghospital af dårligt fungerende personlighedsforstyrrede patienter. Det er patienter, der er dårligt fungerende af mange grunde, hvor intrapsykiske, interpersonelle, netværksmæssige og sociale funktioner er sat ud af spillet. Behandlingsprogrammets sammensætning med kombineret gruppeterapi og miljøterapeutiske aktiviteter aktiverer ovenstående funktioner og en proces, som kan udvikle dem (4, 5).

### **Beskrivelse af Psykoterapeutisk Afsnit i Svendborg**

Afsnittet er en del af Psykiatrisk afdeling i Svendborg, der varetager al psykiatrisk behandling for optageområdet ca. 125.000 indbyggere. Afsnittet behandler 14 patienter med fremmøde 3-4 dage om ugen. I dette dagtilbud er indeholdt analytisk orienteret gruppeterapi, miljøterapi, socialtræning og psykofarmakologisk behandling.

### **Målgruppen og behandlingsmål i gruppeanalytisk dagafsnit**

- Middelsvære forstyrrelser i personlighedsstrukturen.
- Angstrelaterede sygdomme.
- Lette til moderate depressioner.
- Efterbehandling af psykoser.

Afsnittets overordnede mål er at bedre patientens totale situation, herunder bryde uhensigtsmæssige adfærdsmønstre og yde støtte til øget livskvalitet med maksimal anvendelse af personlige og familiemæssige ressourcer. Således sigter behandlingen for den enkelte patient mod varige ændringer i form af dybere forståelse af relationerne til andre, og gennem behandlingen åbnes der mulighed for, at patienten kan udvikle nye måder at forholde sig til sig selv og andre på. Patienterne er sygemeldte. Der samarbejdes med kommunale forvaltninger om aktivering/revalidering.

### **Arbejdsmetode**

Det centrale i behandlingen er den analytiske gruppeterapi, som er baseret på Foulkes' og Bions teori og praksis (6,7), det vil sige »gruppeterapi af, i og ved gruppen«. Gruppeterapien er inspireret af Foulkes' terapeutiske principper om langsomt åbne grupper, modificeret mht. terapeutens aktivitetsniveau, som afspejler patientkategorierne som anført af Rice og Rutan (8) og Yalom (9). Gruppeterapien suppleres på hensigtsmæssig vis af afsnittets øvrige aktiviteter og giver således en flerstrengt tilgang til patienterne, såsom tegneterapi, ADL-træning og kropsterapi.

Alle patienter deltager ugentlig i 3 timers analytisk orienteret gruppeterapi, fordelt på 2 sessioner. Ligeledes indgår alle patienter i den miljøterapeutiske ramme, der ligger for afsnittet. Kobling mellem den analytiske gruppeterapi og miljøterapeutiske aktiviteter er beskrevet af Lotz (10). Alle er medansvarlige for dagsprogrammets gennemførelse og praktiske funktioner. Såfremt patienterne har behov herfor (for eksempel ved svær fobi, socialangst, depressivt præget tænkning) arbejdes der tillige med kognitiv teknik og træning. Patienterne ordineres psykofarmakologisk behandling, når der er indikation for det.

Efter visitering indkaldes patienten til forsamtale med deltagelse af 2 behandlere med henblik på journaloptagelse, diagnostisk afklaring, problemafklaring og etablering af behandlingsalliance samt udarbejdelse af behandlingsplan. Visitationsdiagnosen fastlægges efter ICD-10 kriterier. Afsnittet modtager ikke patienter fra skizofrenigruppen, der modtager psykoterapeutisk behandling i andet regi.

### **Hensigten med undersøgelsen**

Kvalitetssikringsbegrebet har igennem de seneste år haft stigende opmærksomhed i sundhedsvæsenet. I takt med befolkningens øgede krav til kvalitet, sættes der mere og mere fokus på kvalitetsudvikling. I forbindelse hermed oplevede personalet i afsnittet en stigende interesse og nysgerrighed for om behandlingen virkede efter hensigten, hvilket Hougaard omtaler som en basis for at analysere behandlingsindsatsen (11). Vores egen subjektive vurdering var, at patienterne fik det bedre.

Det store spørgsmål var »Gad vide om patienternes opfattelse af den gode effekt af behandlingen stemmer overens med vores?«. Dette ville vi gerne undersøge nærmere og samtidig rette vores opmærksomhed på at udvikle afsnittets behandlingstiltag.

### **Metode**

I diskussionerne om, hvorledes effekten af behandlingen kunne vurderes, blev der enighed om et enkelt system, der kunne evaluere patienternes subjektive besvær og bedring af symptomer, og som indbefattede terapeuternes faglige vurdering af bedring. I forbindelse med terapeuternes vurdering af behandlingens effekt skulle der desuden tages hensyn til, om de mål var nået, som patienten og behandlerne havde skitseret i behandlingsplanen ved behandlingsstarten. Via funktionen i gruppeterapien blev den sociale funktion vurderet. Det var afgørende med en 3-fløjet vurdering med »globale«, enkle, let forståelige items af psykoterafi under naturalistiske betingelser (12). Vi ønskede at studere virkelige patientforløb og disses effekt så enkelt som muligt (11).

Undersøgelsen blev i hovedtræk en naturalistisk, prospektiv, longitudinel undersøgelse, der i vurderingerne var forankret i foruddefinerede succeskriterier (behandlingsplanens mål, sat ved starten) samt global vurdering af patienternes sociale funktionsniveau vurderet ud fra adfærd og konfliktløsning i gruppesammenhænge i afsnittet og patientens subjektive oplevelse af symptomer og funktion. Vi ønskede endvidere, at evalueringen skulle integreres i vores daglige arbejdsstruktur, og at vi opnåede så stor svarprocent som muligt. Vi valgte Valbak's effektmål og kategorier som udgangspunkt og udformede et skema med fokus på udbytte af behandlingen (13). Skema med frankeret svarkuvert blev udleveret til patienterne ved afslutningen af behandlingen med mundtlig anmodning om at afkrydse skemaet set i relation til problemer og (subjektive og objektive) symptomer ved starten af behandlingen. På et tilsvarende afkrydsningsskema foretog behandlerne en objektiv vurdering af behandlingsresultatet i relation til behandlingsplan og -mål, som blev sat ved terapiforløbets begyndelse. Skemaet blev herefter returneret til sekretæren, som efter et halvt år sørgede for at patienten tilsendtes tilsvarende skema.

Efter en kort pilotfase, hvor arbejdet først og fremmest bestod i at prøve og at øve skalaerne samt af at afgrænse og strukturere dataindsamlingen, startede undersøgelsen januar 1996. Patientdata i kvalitetssikringsprojektet er indsamlet i 5 års perioden 01.06.96 til 01.06.01. De sidste halvårs evalueringer blev modtaget 01.07.01.

For at kunne vurdere patientgruppen, der ikke blev indvisiteret i psykoterapeutisk afsnit, er der foretaget en bortfaldsanalyse ved prospektiv undersøgelse af samtlige (88 personer) ikke-indvisiterede i et år fra 01.06.96 til 01.06.97. Denne blev kombineret med en enqueteundersøgelse af de henvisende praktiserende lægers vurdering af nytten af forsamtalerne og tilfredshed med patientvurderingerne ved hver af forsamtalerne, der ikke førte til optagelse i Psykoterapeutisk afsnit. 75% af lægerne returnerede besvarede skemaer.

## **Statistisk metode**

Datamaterialet for denne undersøgelse er bearbejdet ved hjælp af Stat-View® på Macintosh®-platform. De statistiske beregninger af forskelle mellem grupper er foretaget ved hjælp af anvendelse af Pearsons chi-square test og 2-sidige Fischers exakt test for kategoriske variable med signifikansniveau sat til  $p < 0,05$ . Kontinuerlige variable er testet med parret, respektive uparret 2-sidige nonparametrisk t-test (Wilcoxon) ved før-efter sammenligninger, ved sammenligning mellem patient og terapeut og ved undersøgelse af forskelle mellem grupperinger i de kontinuerlige variable. Signifikansniveau er sat til  $p < 0,05$ . Hos de patienter, som havde gennemført forløbet og besvaret skemaet ved behandlingsafslutningen, men som ikke besvarede halvårsopfølgningen, anvendtes princippet med at fremskrive sidste værdi (LOCF).

## **Materiale**

I 5 års perioden henvistes i alt 469 patienter til psykoterapeutisk afsnit, heraf startede 19% som patienter i det gruppeanalytiske dagafsnit. Yderligere modtog 22% individuelle behandlingstilbud, 8% familierapi og 8% fik behandling i ambulant gruppe. I gruppen andet, svarende til 201 (43%) indgik henviste patienter, som afsluttedes til egen læge efter forsamtalerne.

Den 1-årige bortfaldsanalyse af de ikke-indvisiterede 88 patienter viste, at der var 56, der blev vurderet ved gennemsnitligt 2 forsamtaler. Der var tale om en diagnosefordeling med 55% i grupperne belastningsreaktioner og anden uspecifik angsttilstand og 13% i gruppen af personlighedsforstyrrelser, resten fordelte sig jævnt over de øvrige ICD-10 kategorier. Årsagerne til, at patienterne ikke blev optaget, var for 41%'s vedkommende, at forsamtalerne i sig selv var tilstrækkelig afklaring eller terapi. 17 personer, svarende til 30%, var ikke motiverede for et behandlingsforløb. De resterende 16, der ikke fik et behandlingstilbud, fordelte sig således, at 3 ikke ønskede gruppeanalytisk behandlingstilbud, 9 fik andre behandlingstilbud i amt eller kommune, mens blot 3 blev fundet uegnede til psykoterapi. Enqueteundersøgelsen viste, at 87% af lægerne var tilfredse med forsamtalerne for deres patient. Lægerne anså, at vurderingen gav diagnostisk afklaring, var en støtte i lægens fremtidige behandling

af vedkommende patient, samt at lægen oplevede at patienten havde haft gavn af forsamtalerne (14).

Antallet af forsamtaler i forsamtaleforløb er i gennemsnit 2,4 (range 1-11). Forklaringen på spredning med hensyn til antal af forsamtaler kan blandt andet forklares ved, at forsamtalerne anvendes til diagnostisk afklaring, fastlæggelse af behandlingsplan samt undersøgelse af den henvistes motivation og psykologiske indlevelsessevne. Det maksimale antal forsamtaler på 11 samtaler findes hos de personlighedsforstyrrede, hvor ambivalens i forhold til behandling kan være en problematik. Sammenlignes antallet af forsamtaler i forhold til fuldført behandling/afbrudt behandling (drop out), er forsamtaleantallet statistisk non-signifikant, også fordelt på diagnosegrupper. Ventetid, det vil sige sagsbehandling, visitation og ventetid for patienterne i psykoterapeutisk dagafsnit var i gennemsnit 40 dage (range 8-119).

I selve evalueringsprojektet indgik 91 patienter, som blev optaget i dagafsnittet efter visitation og forsamtaler. 77 patienter gennemførte behandlingen svarende til 85%, hvorimod 14 patienter afbrød behandlingen. Af de 77 personer, der gennemførte behandlingen og som evaluerede ved afslutningen, var der 10 (13%), der ikke sendte et udfyldt skema retur ved 1/2 års opfølgningen. 56% henvistes fra egen læge og af de henviste personer var 75% kvinder.

Tabel 1 viser, at 69 patienter havde angstrelaterede sygdomme eller depression. 20 personer kunne henregnes til gruppen med personlighedsforstyrrelser. Gennemsnitsalderen er 35 år (range 19-54 år).

**Tabel 1. Fordeling efter køn, diagnose og gennemsnitsalder.**

	Mænd		Kvinder		Total	
	Antal	Alder	Antal	Alder	Antal	Alder
Alkoholmisbrug	2	31	0		2	31
Depression	5	34	15	34	20	34
Angsttilstande	10	34	39	37	49	36
Personlighedsforstyrrelse	6	35	14	32	20	33
I alt	23	34	68	36	91	35

## Resultater

Af 91 patienter, som startede i behandlingen, var der 14, som ikke fuldførte, svarende til 15% drop out's. Fordelt på henviser, diagnosegrupper, og køn fandtes der ingen signifikante forskelle mellem de patienter, der fuldførte behandlingsforløbet og drop outs.

Fravær fra behandlingen udgøres af udeblivelser og afbud. Fravær er i gennemsnit 11 dage per patient (range 0-50 dage). Fravær med afbud udgør i gennemsnit 9 dage og udeblivelser 2 dage. Kvinders fravær er i gennemsnit 14 dage mod mænds fravær på 7 dage. Fordelt med hensyn til afbud og udeblivelser har kvinder flest dage med udeblivelser på 3 mod mændenes 0,6 dag i gennemsnit. Kvinders høje fravær kan blandt andet forklares med, at mange er fraværende på grund af mindreårige børns sygedage. Fravær i forhold til diagnosegrupperne viser, at størst fravær findes hos kvinder med personlighedsforstyrrelser med et gennemsnit på 20 dage mod 8 dage hos kvinder med affektive lidelser.

**Tabel 2. Behandlingslængden i måneder, totalt og i relation til køn og diagnose.**

	Antal	Mean	SD
Behandlingstid for misbrugsgruppen			
mænd	2	6,1	(1,2)
Behandlingstid for depressiongruppen			
mænd	4	8,7	(3,1)
kvinder	13	9,2	(2,1)
Behandlingstid for angstgruppen			
mænd	8	11,2	(5,0)
kvinder	34	9,5	(3,8)
Behandlingstid for personlighedsforstyrrede			
mænd	6	8,6	(4,5)
kvinder	10	10,9	(4,7)
Behandlingstid i måneder			
i alt	77	9,6	(3,8)
mænd	20	9,4	(4,3)
kvinder	57	9,7	(3,6)



Den gennemsnitlige behandlingstid var 9,6 måneder (range 1,2 -19,8). Der var ingen forskel i behandlingstid for mænd og kvinder. I tabel 2 ses fordelingen af de forskellige behandlingstider for mænd og kvinder i relation til diagnosegrupperne.

I tabel 3 ses antallet og den procentvise fordeling mellem forskellige grader af behandlingsudbytte. Summen af de to bedste kategorier viser at patienterne for 86%’s vedkommende ved udskrivelsen var tilfredse med behandlingen. Efter et halvt år er den tilfredse andel signifikant lavere, 73% (Fischers test  $p < 0,0001$ ). I gruppen særdeles godt resultat er der sket et fald på 8%. I gruppen rangerende lige under er faldet 5%. Imidlertid er gruppen med ringe udbytte steget 12% fra 9% til 21%.

Terapeuternes globale vurdering af behandlingseffekt og virkning i relation til behandlingsstartens ønskede mål og vurdering af den sociale funktion viser 82% samlet positiv effekt.

**Tabel 3. Patienttilfredshed og terapeutevaluering. N=77.**

Værdi/Kategori	Patienttilfredshed ved udskrivelse		Patienttilfredshed efter 1/2 år		Terapeutevaluering	
	n	%	n	%	n	%
3 / Særdeles godt	25	32,5	19	24,7	23	29,8
2 / Tilfredsstillende	41	53,2	37	48,1	40	52,0
1 / Ringe	7	9,1	16	20,8	14	18,2
0 / Intet, negativt	4	5,2	5	6,4	0	0

I tabel 4 ses patienternes tilfredshedsvar og terapeuternes evalueringer i ordinale tal. Ved afslutningen af behandlingen og efter et halvt år scorede kvinder med personlighedsforstyrrelser lavere end patientgruppen som helhed og signifikant lavere end kvinder med angsttilstande eller depressiondiagnoser.

Ved undersøgelse af forskellen i patienternes før-efter evaluering opdelt i diagnosegrupper og efter køn er der kun signifikante forskelle i effektvurderingerne hos kvinder. Der var ingen signifikante forskelle i patientevalueringer-

ne og effektvurderingen hos terapeuterne, eller korrelation med faktorer som alder, optagetid, antal forsamtaler og fravær. For den samlede gruppe var terapeutvurderingen og patientevalueringen ens ved behandlingsafslutningen. Efter 1/2 år var patientvurderingen af udbyttet faldet signifikant. Ved en opspaltning af effekt tallene ses endvidere i tabellen, at kvinderne i undersøgelsen scorede marginalt højere i gennemsnit end mændene, men at de ved halvårsopfølgningen vurderede som gennemsnittet, altså havde haft et lidt større fald end mændene.

**Tabel 4. Patienttilfredshed og terapeutevaluering ved behandlingsafslutning og efter et halvt år fordelt efter diagnose og køn i ordinale tal.**

	Antal	Patienttilfredshed				Terapeutvurdering	
		Afslutning Mean (SD)	Efter 1/2 år Mean (SD)	Afslutning Mean (SD)	Efter 1/2 år Mean (SD)		
Alkoholmisbrug							
mænd	2	2,0 (0,0)	2,0 (0,0)	2,0 (0,0)	2,0 (0,0)		
Depression	17	2,2 (0,8)	1,9 (1,0)	2,2 (0,7)	1,9 (1,0)		
mænd	4	1,8 (0,5)	1,2 (1,0)	1,8 (0,5)	1,2 (1,0)		
kvinder	13	2,3 (0,9)	2,1 (1,0)	2,3 (0,8)	2,1 (1,0)		
Angsttilstande	42	2,3 (0,6)	2,0 (0,7) <sup>a</sup>	2,1 (0,7)	2,0 (0,7) <sup>a</sup>		
mænd	8	2,1 (0,8)	1,9 (1,0)	2,1 (0,9)	1,9 (1,0)		
kvinder	34	2,3 (0,6)	2,1 (0,7) <sup>a</sup>	2,2 (0,7)	2,1 (0,7) <sup>a</sup>		
Personlighedsforstyrrelser	16	1,7 (1,0)	1,6 (1,0)	2,0 (0,6)	1,6 (1,0)		
mænd	6	2,0 (1,1)	2,0 (1,1)	2,2 (0,8)	2,0 (1,1)		
kvinder	10	1,5 (1,0) <sup>d</sup>	1,3 (0,8) <sup>e</sup>	1,9 (0,6)	1,3 (0,8) <sup>e</sup>		
I alt	77	2,1 (0,8)	1,9 (0,8) <sup>a</sup>	2,1 (0,7) <sup>c</sup>	1,9 (0,8) <sup>a</sup>		
mænd	20	2,0 (0,8)	1,8 (1,0)	2,0 (0,7)	1,8 (1,0)		
kvinder	57	2,2 (0,8)	1,9 (0,8) <sup>a</sup>	2,2 (0,7)	1,9 (0,8) <sup>a</sup>		

a)  $p < 0,05$  (non-parametrisk parret test).

c) NS: patientvurdering ved afslutning og efter 1/2 år versus terapeutvurdering (non-parametrisk uparret test, Wilcoxon).

d)  $p < 0,05$  personlighedsforstyrrelser versus depression og versus angsttilstande.

e)  $p < 0,05$  personlighedsforstyrrelser versus angsttilstande.

## **Diskussion**

Psykoterapeutisk afsnit flyttede i 1995 ind i nye lokaler i en nybygget psykiatrisk afdeling efter at have fungeret på samme måde i mange år. Det terapeutiske arbejde havde i disse år blandt andet indeholdt psykoterapi som forskning som beskrevet af Susanne Lund (15). Der havde ikke tidligere været et dokumentationsbehov, men flytningen til det nye faldt sammen med et samfundsmæssigt, ydre krav om dokumentation af effekt. Beskrivelsen af arbejdet, metoderne og opgørelse af den vurderende, visiterende og terapeutiske funktion i en 5 års periode har været en nødvendig og vigtig dokumentation af virksomheden. Der er ingen kontrolgruppe med de begrænsninger, der derved er ved fortolkning af resultaterne.

Analyse af den ikke-indvisiterede patientandel, den demografiske beskrivelse af de henviste patienter og den trefløjede beskrivelse af tilfredsheden med og effekten af den terapeutiske indsats finder vi udgør et godt grundlag i dokumentation af den psykoterapeutiske virksomhed ved afsnittet.

I visitationen til behandlingen og til vurdering af de henvistes egnethed til psykoterapi har afdelingen anvendt forsamtaler, som desuden er en patientvurdering, diagnostisk afklaring og et behandlingsforløb i sig selv, som de praktiserende læger benytter og er glade for.

De anvendte diagnoser i dette arbejde er de, der stilles ved forsamtalerne. Diagnoserne er stillet af speciallæge i psykiatri. Når andelen af personlighedsforstyrrelser er lav, kan det skyldes at forsamtalediagnosen er depression eller angst. Når symptomerne er velbehandlede eller nedtonede, vil der ved fornyet diagnostisk samtale ofte kunne påvises personlighedsforstyrrelser, men i de tilfælde er diagnosen ikke ændret.

Arbejdet med forsamtaler er omfattende og tidsrøvende, men vurderes vigtigt af mange grunde. Den rigtige inklusion og eksklusion til behandlingen er blandt andet basis for at opnå så lav dropoutrate som muligt (16). I vores undersøgelse var dropout på 15%, hvilket vurderes at være særdeles lavt. Dropout defineret som frafald, pludseligt og uforberedt ophør efter opstart i behandling i gruppeterapi har i mange opgørelser ligget i en størrelsesorden ca. 40-57% (17,18,19). I Edmontonundersøgelsen var dropoutfrekvensen 28,5%. Det er bemærkelsesværdigt, at den del af vor patientgruppe, der ikke

fuldfører behandlingen, ikke på nogen signifikant måde adskiller sig fra den samlede gruppe, hvilket er beskrevet af flere forfattere (9,20). Grunden til den lave dropoutfrekvens i vores undersøgelse kan være forsamtalernes antal og fokus på motivation og evne til at indgå i en relation og vurdering af psykologisk indlevelsessevne.

Den gruppeterapeutiske behandling, der er basis i dagafsnittets behandlingstilbud, kan yderligere beskrives som korttids-, gruppeanalytisk psykoterapi med særlig fokus på de interpersonelle relationer i gruppen som beskrevet af MacKenzie (21,22).

Udgangspunktet i gruppeterapien er det klassisk gruppeanalytiske, nemlig at ordet er frit, og at pauser nødvendigvis ikke er et problem for gruppens arbejde. Terapeuterne er aktive og intervenserer hurtigt med gruppetolkninger, der har fokus på gruppens her og nu-plan (og ikke kun patienternes fortid), oplevelser, følelser og fantasier, og med individuelle opfordringer, som Yalom er talsmand for (23). Terapeuterne bestræber sig for at være tydelige, direkte og relativt transparente med fokus rettet mod patienternes »jeg« og mindre på »det'et«.

I forbindelse med den tidligere omtale af ønsket om at »måle« resultatet af det daglige arbejde finder vi, at vi med den anvendte model opnår en brugbar effektanalyse. Den tredelte opgørelsesmodel beskriver udmærket brugernes subjektive besvær og symptomer og disses reduktion. Endvidere er der en relativt objektiv vurdering ved terapeuterne af, om målene sat ved behandlingsstarten (behandlingsplanen) er nået, samt en global vurdering af interpersonel, social funktion. Dette er blandt andet beskrevet af Malan (24,25) som klinisk meningsfyldt og med høj brugsværdi for terapeuterne. Vi finder endvidere, at undersøgelsen af patienternes sociale, interpersonelle funktionsniveau og specielt ændringerne i dette demonstrerer de behandlede personers større uafhængighed og tilfredshed med bedre social funktion.

Spørgeskemaet har almene, letforståelige, éntydige kategorier, der antages at kunne rangordnes til ordinale variable på en intervallskala for at belyse materialet bedre. Statistiske metoder eller test på dette transformerede datamateriale skal anvendes med forsigtighed. Der er lidt divergerende resultater mellem undersøgelse af kategorier og tilpassede ordinaltal. Undersøgelsens konklusioner

sioner baseres på statistikken udført på svarene i kategorier.

I vores undersøgelse var svarprocenten 87% ved halvårsopfølgningen. For de 10 personers manglende svar (= 13%) er sidste kendte svar fremskrevet (LOCF-princippet). Ved evalueringen efter et halvt år svarede således 87%. Gillings og Koch's 70% regel, når sidste observation skrives frem ved manglende observationer, vurderes at være overholdt i dette studie (26). I follow-up undersøgelser er et stort frafald et almindeligt og kendt problem. I nogle undersøgelser af psykoterapieffekt er frafaldet i form af manglende svar ved efterundersøgelser så stort som 61% i løbet af 2 år (27).

Resultatet af afsnittets undersøgelse viser at 86% og efter et halvt år 73% af patienterne er tilfredse eller særdeles tilfredse, hvilket må siges at være et tilfredsstillende resultat. Mange undersøgelser viser symptombortfald hos ca. 51-57% og størst og mest stabil effekt hos de forholdsvis tungere tilfælde (28). I flere undersøgelser er det vist, at psykoterapi er en virksom behandling med positivt udbytte hos ca 70 -75% af de behandlede personer, hvilket støttes af vores undersøgelse (29). I gruppen af de personlighedsforstyrrede er der en mindre effekt af behandlingsindsatsen. Gruppen scorer lavt både ved afslutningen og ved halvårsopfølgningen. Vi fandt, at dette skyldtes den personlige væremåde, der karakteriserer diagnosegruppen. Der er tale om en udtalt personlighedsforstyrrelse med manglende evne til at indgå i stabile relationer. Gruppen af personlighedsforstyrrede har efter dagafsnittets behandling brug for individuelle behandlingstilbud og støtte.

Det er undersøgernes indtryk, at mange af de behandlede patienter ville være behandlet under indlæggelse, såfremt daghospitalsbehandlingstilbuddet ved psykoterapeutisk afsnit ikke eksisterede, hvilket er beskrevet af Karterud et al (30).

Der kan dog kun drages beskedne konklusioner af patienternes tilfredshedsopgørelser og behandlernes evaluering ved afslutningen grundet opgørelsens opbygning, herunder specielt, at der ikke foreligger et kontrolleret, forskningsmæssigt design med en kontrolgruppe.

Et vist tilbagefald på 13% vurderes at være almindeligt klinisk kendt som »honey-moon« effekt, idet virkeligheden og det reelle funktionsniveau er indtrådt efter et halvt års terapiophør.

## Litteraturliste

- 1 Dick PH, Sweeney L, Crombie IK. Controlled comparison of day-patient and out-patient treatment for persistent anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry* 1991;158 :24-27.
- 2 Piper WE. A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 1993; 44:757-763.
- 3 Piper WE. Time limited day treatment for personality disorders. Integration of research and practice in a group program. Washington. American Psychological Association, 1996.
- 4 Wilberg T, Karterud S, Urnes Ø, Friis S. Outcomes of Poorly Functioning Patients with Personality Disorders in a Day Treatment Program. *Jour of Psychiatric Services*. 1998;49:1462-67.
- 5 Karterud S. Gruppeanalyse og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Pax Forlag, 1999.
- 6 Foulkes S H. Group Analytic Psychotherapy. Method and principles. London: Karnac-Maresfield Library, 1975.
- 7 Bion W R. Erfaringer i grupper. København: Hans Reitzels Forlag, 1993.
- 8 Rice C A og Rutan J S (1987): Gruppeterapi på psykiatrisk afdeling. København: Munksgaard, 1991.
- 9 Yalom I D. Inpatient group psychotherapy. New York: Basic Books, 1983.
- 10 Lotz M. Tværfagligt personale som psykoterapeuter. I Psykoterapeutisk dialog i mellemtiden. KAS. Stolpegård, 1998.
- 11 Hougaard E. Psykoterapiforskning og evidensbaseret behandling. *Agrippa* 1999; 19: 5-37.
- 12 Beutler L E, Hamblin D L. Individualized outcome measures of internal change: Methodological considerations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54:48-54.
- 13 Valbak K, Rokkedal Christensen K, Wegge A, Stokmar H. Patienter henvist til gruppeanalyse. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1989; 43:11-17.

- 14 Nielsen A M, Nielsen M, Bentzen K. Stikprøveundersøgelse af ikke-indvisterede patienter henvist til psykoterapeutisk afsnit af egen læge. Upubliceret. Svendborg: 1997.
- 15 Lund S. Forskning i psykoterapi og psykoterapi som forskning. Matrix 1999; 3, 289-304.
- 16 Jacobsen C. H. »De måske egnede«. Matrix 2000/01;1: 53-86.
- 17 Christensen K R, Valbak K, Weeke A. Premature termination in analytic group therapy: Dropout frequencies and pretherapy predictors. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 1992;45:337-382.
- 18 Valbak K, Weeke A, Rokkedal Christensen K, Rosenbaum B. Vurdering af patienter til ambulant gruppeanalytisk terapi. En egnethedsskala. Agrippa-psykiatriske tekster 1990;12:185-95
- 19 Rutan J S, Stone W N. Psychodynamic group psychotherapy. New York: The Guilford Press. 1993
- 20 Grotjahn M. The Art and Technique of Analytic Group Therapy. New York Aronson, Inc. 1977.
- 21 MacKenzie K R. Time-Limited Group Theory and Tecnique. I: Alonso, A & Swiller, H. Group Therapy in Clinical Practice. Washington, DC: American Psychiatric Press.1993.
- 22 MacKenzie K R. Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications. Washington, DC: American Psychiatric Press.1997.
- 23 Yalom I. The theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books. 1995.
- 24 Malan DH. A study of brief psychotherapy. London: Tavistock Press.1963.
- 25 Malan DH. Towards the validation of dynamic psychotherapy. New York: Plenum Press.1976.
- 26 Gillings D, Koch G. The application of the principle of intention-to-treat to the analysis of clinical trails. Drug Information journal 1991;25:411-24.
- 27 Sloane R B. Short term analytic oriented psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge, Mass: Harvard University Press. 1975.
- 28 Elkin J. NIMH treatment of depression program. General effectiveness of treatment. Arch. Gen. Psych. 1989;46:917-982.

- 29 Luborsky L. Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books. 1988.
- 30 Karterud S, Vaglum S, Friis S, Irion T, Johns S, Vaglum P. Day Hospital Therapeutic Community Treatment for Patients with Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. 1992; 180:238-43.



# PSYKOTERAPI MED MENNESKER MED UDVIKLINGSHÆMNING

Matrix 2002; 4, 413-433

Kirsten Andersen

*Artiklen sætter fokus på psykoanalytisk psykoterapi med mennesker med udviklingshæmning.*

*Betragtninger angående psykoanalytisk psykoterapeutisk teknik danner baggrund for refleksion over muligheder, vanskeligheder og strategier ved planlægning og gennemførelse af psykoterapi med voksne mennesker med udviklingshæmning. Modoverføring fremhæves som særligt central.*

*Herefter følger to afsnit af mere praktisk karakter, opsummerende typiske temaer, reaktioner og forsvarsorganisationer. Man vil her se, at temaerne har meget eksistentielle aspekter, samt at der er tale om en høj grad af traumer, hvor især overgrebstraumer fremhæves. Det maniske forsvar betones som særligt fremherskende. Artiklen er primært opsummering og refleksion på baggrund af terapeutiske forløb. Formålet/håbet er at inspirere og kvalificere kolleger, som har bevæget sig ud i, eller måske er på vej ud i, arbejde af lignende art ved at foreslå nogle redskaber og rammer til overvejelse.*

## **INDLEDNING**

Baggrunden for denne artikel må først og fremmest karakteriseres som faglig frustration, idet jeg som privatpraktiserende psykolog jævnlige har haft henvendelser angående terapeutisk hjælp til udviklingshæmmede mennesker, men jeg savnede redskaber til overblik og evaluering. Jeg havde forstået på min psykodynamiske uddannelse, at psykodynamiske principper primært var anvendelige hos intellektuelt normalt/velfungerende, så jeg orienterede mig mere i retning af adfærds- eller kropsterapeutiske metoder, ud fra en antagelse om, at denne type klienter ikke ville kunne opnå »indsigt«, som jo er et af de

veldefinerede formål med psykodynamisk psykoterapi. Imidlertid var nysgerigheden efterhånden vakt – nu ville jeg finde ud af, om nogen vidste noget, eller selv skaffe mig bedre overblik.

Det har ført til deltagelse i en del møder med psykologer, som arbejder med udviklingshæmmede mennesker – i dag formaliseret til en formel sammenlutning (Dansk Psykologisk Selskab om Udviklingshæmning). Desuden har det ført til deltagelse i 2 konferencer om psykisk udviklingshæmmede med sindslidelser, arrangeret af Socialt Udviklingscenter SUS. Det har vist sig, at man i såvel SUS som i LEV og Dansk Psykiatrisk Selskab op gennem 1990'erne har haft fokus på udviklingshæmmede med sindslidelser, hvilket har resulteret i flere publikationer og konferencer (1, 2) og SUS har i samarbejde med Videnscenter for Psykiatri og Udviklingshæmning, Landsforeningen LEV og Videnscenter for Socialpsykiatri igangsat et projekt med fokus på erfaringsopsamling, netværksopbygning, koordinering og vidensformidling.

En række forespørgsler til danske amtskommuner i 1992 tydede på, at »Egentlig psykoterapi tilbydes ikke. Dog forekommer samtale af terapeutisk karakter i nogle tilfælde.« (1, s. 54) Sammesteds oplyses, at der på landsplan findes, hvad der svarer til ca. 12 psykologstillinger specielt rettet mod udviklingshæmmede mennesker. I et afsnit med forslag til psykiatrisk service til voksne udviklingshæmmede påpeges i samme publikation bl.a. (s. 61ff.), at »Mindst en tredjedel af udviklingshæmmede har væsentlige adfærdsforstyrrelser«, ligesom vanskelighederne med præcis diagnosticering i forhold til denne gruppe påpeges. Behandlingsindsatsen i »de mere psykologiske former« omtales samme sted (s. 64) som en »akilleshæl for det psykiatriske servicesystem«, idet de »ofte er en trossag«. Tilbuddene beskrives som en »ikke særlig styret alternativ psykoterapeutisk inspireret behandling«, og der peges på vigtigheden af at stimulere forskning og udvikling på området, hvilket forekommer mig meget forståeligt.

Især de to nævnte konferencer bragte min forståelse langt videre. Det var først og fremmest en engelsk psykoanalytiker (Valerie Sinason), som ved den første konference på overbevisende måde satte psykoterapi med udviklingshæmmede mennesker i forståeligt og konstruktivt perspektiv. Jeg afprøvede

hendes forslag/retningslinjer i perioden derefter med klare forbedringer af såvel de terapeutiske forløb/resultater som af mit overblik og min evne til at beskrive problemstillinger og resultater – og mangel på samme (3,4).

Ved den følgende konference deltog jeg i en workshop med Valerie Sinason og fik yderligere redskaber og anvisninger, som jeg siden har forsøgt at holde mig ret stringent til. Ved samme konference fremlagde projektleder Barbro Carlsson fra Lund formål og resultater af et projekt om psykoanalytisk psykoterapi med udviklingshæmmede, hvor man ved evalueringen kunne fremvise ganske betydelige resultater efter 1½ års terapi (5,6), hvilket gav mig øget mod på (også) at forsøge.

Det er mit håb, at denne artikel evt. kan inspirere andre, der arbejder med denne klientgruppe, eksempelvis i det/de nyligt dannede psykologiske behandlernetværk, og at den eventuelt kan medvirke til bedre overblik og evaluering af de terapeutiske forløb.

## **PSYKISK UDVIKLINGSHÆMNING**

Betegnelsen psykisk udviklingshæmning (benyttet og foretrukket af Landsforeningen Evnesvages Vel) er identisk med de lægelige betegnelser oligofreni og mental retardering. Betegnelserne dækker over en tilstand med bremset eller nedsat udvikling med nedsat intellektuelt funktionsniveau i en grad, som nødvendiggør særlig behandling eller støtte, idet udviklingshæmmede ikke adfærdsmæssigt kan tilpasse sig i samfundet på normal vis. Årsagen til tilstanden kan være arvelige forhold, skader opstået i fostertilstanden eller ved fødslen, understimulation, eller erhvervet hjerneskade, fx som følge af ulykker eller sygdomme(7, 8). Udviklingshæmning indkredses ofte efter graden af mental retardering, fx i ICD-10, hvor der bl.a. tales om lettere, middelsvær, sværere og sværeste grad af mental retardering (9). Valerie Sinason fremlagde ved ovennævnte konferencer casemateriale med svært udviklingshæmmede mennesker, som fx ikke havde aktivt sprog. Mine erfaringer er gjort i forbindelse med lettere og middelsvære grader af udviklingshæmning.

## **TERAPIEN – nyttige teoretiske forhåndsbetragtninger.**

### **BEGYNDELSEN**

#### **Rammer**

Noget af det, som mest karakteristisk adskiller psykoanalytisk psykoterapi fra anden terapi synes at være den betydning som tillægges »rammer«. Her forsøger terapeuten at opretholde en struktur på baggrund af hvilken klientens (tilpassende eller overskridende) adfærd søges tolket. Rammen er en vigtig del af samarbejdsaftalen mellem terapeut og klient, hvor man fx aftaler tidspunkter og interval for samtalerne (10).

Overvejelser over rammernes betydning i arbejdet med udviklingshæmmede mennesker har ikke mindst vedrørt betydningen af pårørendes/personales indflydelse, fx i tilfælde af, at aftaler har været aflyst, fordi personale/pårørende har været forhindret i at yde aftalt følgeskab eller transport. Desuagtet at sådanne forhold er realistiske og uundgåelige er det min erfaring, at de med fordel kan verbaliseres i terapitimerne. Ikke mindst sidste-øjeblikks-aflysninger kan have vigtig indflydelse på klientens tillid til terapien.

Andre overvejelser har vedrørt indretning og beliggenhed af klinik. Det er her vigtigt at sikre sig, at man som terapeut kan være tryk ved udførelsen af sit arbejde. Arbejder man med udadreagerende klienter, kan det være nødvendigt at tage forholdsregler. Man kan gøre sig overvejelser over betydningen af klinikens indretning, ikke mindst i lyset af, at mange udviklingshæmmede mennesker er institutionsvante.

#### **Assessment**

I forbindelse med min specialist- og supervisoruddannelse i psykoterapi er jeg tilbagevendende blevet opmærksom på og enig i betydningen af »assessment« som en nødvendig og nyttig forudsætning for at igangsætte psykoterapeutiske forløb. Hvor man i den gængse metode automatisk ville udskille (nærmest ved screening) udviklingshæmmede mennesker, har assessment i dette tilfælde netop sigtet på en afdækning af de intellektuelle og emotionelle mulig-

heder og begrænsninger i forsøg på at opstille hypoteser, mål og strategier for den terapeutiske behandling samt forsøg på at foretage relevante prognostiske overvejelser. Man kan kortfattet udtrykke det sådan, at målgruppen er ændret, men overvejelserne er i vid udstrækning de samme (11). Jeg mener, at man især bør være sig for at stille for høje mål, i retning af, at klienterne skal kunne blive »normalt« fungerende.

### **Alliance**

For enhver psykolog, der beskæftiger sig med psykodynamisk psykotering er kendskab til betydningen af den terapeutiske alliance, også kaldet arbejdsalliancen, basal. I »Introduktion til psykotering« (12) beskrives arbejdsalliancen bl.a. med reference til »det almindelige gode forhold som to mennesker nødvendigvis må have for at kunne samarbejde om en fælles opgave« (s.67-68). Jeg har imidlertid ofte oplevet at disse betragtninger er betydeligt lettere sagt end gjort i arbejdet med udviklingshæmmede mennesker. Først og fremmest skal man som terapeut kunne skille sig af med sit i sammenhængen rigelige og rigeligt intellektuelle sprogbrug – som det ofte er fremhævet i psykoanalytisk psykotering kan det være en fordel at tie stille hvis man ikke ved, hvad man skal sige. »Den fælles opgave« skal defineres med få klare ord, som udgangspunkt helst af klienten, men dette er ikke altid muligt, og terapeuten må i stedet prøve at »låne klienten ord«. Ordene skal være enkle og konkrete, og gennem aflæsning af klientens reaktioner og signaler må terapeuten søge be- eller afkræftelse. Man skal erindre sig, at det passive ordforråd ofte er større end det aktive. Det er min erfaring, at påpegning af både prognostiske muligheder og begrænsninger i terapien i heldige tilfælde kan være medvirkende til at skabe relevant tillid og forholdsvis realistiske forventninger. Selv om der ikke skal siges meget, kan det være nyttigt at sige det samme flere gange, både ved de første samtaler og ved at vende tilbage til det senere. Jeg har ikke kunnet påvise, at udviklingshæmmede menneskers emotionelle hukommelse skulle være dårligere end andres, hvorimod den – ikke overraskende – synes påvirket af deres psykopatologi. Tilbagevenden til enkle vendinger fra første samtale synes at virke integrerende.

## **Neutralitet**

Terapeutens bestræbelse på neutralitet må fremhæves. Den er en forudsætning og betingelse for terapien både i begyndelsen og undervejs. Terapeuten må gøre sig sin magt i forholdet klart for sig selv og forsøge at skabe en atmosfære af velvilje og hjælpsomhed, så vidt muligt uden derved at øge klientens oplevelse af afmagt og underlegenhed. Balancegangen er imellem hverken at frustrere eller støtte unødigt eller overdrevent (13).

Balancegangen i psykoterapi med udviklingshæmmede vanskeliggøres bl.a. af, at klienterne ofte har et langvarigt forhold til »hjælpere«, hvor tidligere fordele og ulemper klart overføres til terapisituationen, jf. næste afsnit.

## **UNDERVEJS**

### **Overføring/modoverføring**

Overføring refererer som bekendt til, at klienten overfører følelser, holdninger og reaktioner fra situationer hidrørende fra andre og tidligere forhold og situationer til terapeuten. Man bør måske tilføje, at denne klientgruppe i højere grad end mange andre er karakteriseret ved stærke frustrationer, som klart påvirker overføringsforholdet, typisk fx i form af en overdrevent idylliserende eller overdrevent mistillidsfuld attitude over for terapeuten. Mange udviklingshæmmede mennesker er opvokset under forhold, som ville være usædvanlige for normalt udviklede børn, og kontakt- og adfærdsformer er følgelig ændrede.

Det synes efterhånden bredt accepteret at skelne mellem 2 aspekter af modoverføring:

1. Den oprindelige, af Freud beskrevne, hvor man anser modoverføringsfølelser for hidrørende fra terapeutens egne ubearbejdede følelser, og på hvilken håndteringen har været mere analyse eller terapi af terapeuten, idet sådanne følelser betragtedes som hindrende for terapien.

2. En senere beskrevet form, hvor modoverføring opfattes som de følelser, der vækkes i terapeuten som følge af kontakten med klienten, vakt af klientens ubevidste kommunikation. Den form anses for at være et vigtigt redskab til forståelse af, hvad der foregår i patientens ubevidste. (14).

Tidligere omtalte psykoanalytiker Valerie Sinason lagde ved oplæg på førnævnte workshop særlig vægt på netop modoverføringen – især som den er beskrevet under pkt.2 ovenfor, uden at hun kom nærmere ind på sit teoretiske ståsted i den forbindelse. Jeg er gennemgående enig i, at det begreb fortjener særlig fremhævelse inden for dette arbejdsområde.

Sinason nævnte ved workshoppen, at det er en vigtig terapeutopgave at forsøge at finde ud af, hvad klienten »prøver at få terapeuten ind i«, eller »hvem klienten har i hovedet« og undlade at gøre det, som klienten ubevidst forventer. Hun påpegede, at det er vigtigt, hvordan modoverføring håndteres, og gjorde sig til fortæller for en rummende, undersøgende holdning. Hun nævnte modoverføring som nøglen til klientens følelser, som hun mener, det er terapeutens opgave at verbalisere, dvs. sætte ord på hvad man *tror* klienten føler, på basis af klientens udtryk og det indtryk, som dette gør på terapeuten (3).

Som en typisk forsvarsmekanisme i modoverføringen nævnte hun fx travlhed – man kan vel her tale om en pendant til de tidligere nævnte tilbøjeligheder til manisk forsvar hos udviklingshæmmede mennesker.

For mig personligt har refleksion over modoverføringen især givet anledning til at fokusere mere på netop det maniske forsvar hos klienten såvel som hos mig selv. Det blev i særlig grad et vendepunkt i det terapeutiske arbejde. Det blev tydeligt for mig, at jeg i princippet mere eller mindre gjorde præcis som klienterne: småfnisede, talte hurtigere og gjorde mig dårligere end jeg var. Jeg blev mere bevidst om dette, da jeg dels søgte større viden om området og blev klogere (bl.a. gennem læsning af artiklen »Smiling, Swallowing, Sickening and Stupefying: The Effect of Sexual Abuse on the Child« af Valerie Sinason (15 ), dels i højere grad søgte at forholde mig neutral, tilbageholdende og empatisk.

Hjulmand (14) advarer mod en for dogmatisk anvendelse af modoverføring, i form af en »ukritisk ophøjelse af modoverførings rigtighed og vigtighed«, idet det »risikerer at forvrænge fokus og unddrage sig vore væsentligste missioner

på det psykoterapeutiske område.« Han fremhæver betydningen af »en kritisk-fordomsfri indstilling til både klient og sig selv, en konstant søgen og refleksion, accept af egen ufuldkommenhed og ikke-viden samt igen det Ferenczi'ske nøglebegreb om elasticitet, som indbefatter villighed til konstant at søge (og eventuelt skifte) vores egen placering eller *positionering* som terapeut i denne proces. Endelig en fortløbende overvejelse af vores fokus, som vel må og bør være: hvordan hjælper vi *denne* klient bedst muligt?« (ibid.,s.116). Jeg finder, at citatet sætter teknikken i et relevant perspektiv i forhold til den overordnede problemstilling (at hjælpe *denne* klient bedst muligt) og åbner, som jeg ser det, mulighed for kreativ tænkning i terapien, med modoverføring som vigtig og nødvendig inspirationskilde for udformning af tolkninger.

### **Interventioner**

Traditionelt har interventionerne i psykoanalytisk psykoterapi bestået i anvendelsen af tolkninger, der altså er blevet betragtet som terapiens såkaldte kura-tive element. I nyere psykoanalytisk psykoterapi er imidlertid nok så meget kvaliteten af relationen mellem terapeut og klient fremhævet, bl.a. inspireret af selvpsykologi, hvor der er øget fokus på betydningen af empati.

Det er min erfaring, at begge disse elementer er betydningsfulde, såvel i psykoterapi generelt som i terapi med udviklingshæmmede mennesker, at de indgår i et komplekst dynamisk samspil, hvor det ene vanskeligt kan trækkes frem på bekostning eller uafhængigt af det andet. Fokus på relationen synes at have været med til at gøre op med forestillingen om terapeuten som en kølig, distanceret, kun-analytisk person, som »lægger tolkninger ned over klienten«. Fokus på tolkningen (og i samme forbindelse klarifikation og konfronation) kan på sin side medvirke til at strukturere terapeutens fokus på, hvad der skal siges og hvordan.

Sinason (3) fremhæver, at kun få terapeuter i det hele taget arbejder i feltet, og de har da som regel været involveret i arbejdsområdet tidligere (s.195). Hun nævner, at i psykiater- og psykologkredse inden for området vækker det frygt for sorg, tab og lidelse, og mange har svært ved at tænke på handicappets betydning. Hun mener, at smertens kerne er, »that a man and a woman have come together and instead of producing something as beautiful as the best of



themselves, something have come out wrong« (ibid.). Denne grundlæggende antagelse finder jeg er vigtig baggrundsforståelse, som man kan holde sig for øje ved tilrettelæggelse af interventioner. I behandlingen lægger hun stor vægt på det forsvar, som de sekundære symptomer udgør((16), især s.111 pp.). Også her finder jeg at have fået en vis rettesnor at gå ud fra i udformning af tolkninger og egenadfærd, jf. også denne artikels afsnit om psykiske reaktioner og forsvarsmekanismer.

### **Containing, holding og tilknytning**

Til yderligere belysning af dynamikken i det terapeutiske forhold fremhævede Sinason ved workshoppen i 1999 begreber som containing, holding og tilknytning, med referencer til Bion, Winnicott og Bowlby.

Da der som tidligere nævnt kan være tale om endog meget stærke frustrationer, kan klienterne indimellem være svære at rumme. I forhold til klienter, som er dramatiserende og udadreagerende, kan man have brug for at »bevare roen« og overblikket, og det kan være en vanskelig balancegang imellem at forsøge at rumme klientens følelser i terapien og samtidig søge at støtte klienten i at opnå bedre følelsesmæssig struktur og bedre håndtering af egne kaotiske følelser. De mere stillestående reaktioner kan på anden måde kræve terapeutens tålmodighed og overvejelser.

Winnicott har fundet holding-begrebet »særlig dækkende« for socialarbejderes opgaver og citeres (17) for at have sagt, at socialarbejdets mål er at »fremme de tendenser, der er virksomme i individet, og som fører til en naturlig udvikling baseret på vækst« (s. 107). Det gælder selvsagt også i psykoterapi. Vanskeligheden i forhold til udviklingshæmmede mennesker består i, at deres udvikling ikke har været og ikke kan blive »naturlig«, og man må ud fra »det muliges kunst« arbejde sig frem til at finde et »så-godt-som-muligt«-kompromis. »Psykologisk set har »holding« den funktion at give jeg-støtte« (s. 106). Jeg finder det generelt vigtigt og nyttigt at tilstræbe en sådan holdning, men den udfordres og vanskeliggøres af nogle af de udviklingshæmmedes problemer, idet det hyppigt forekommer, at god kontakt sættes alvorligt på prøve. Jeg finder, at de terapeutiske rammer er en vigtig del af »holding«, idet der deri implicit ligger en struktur, som har en afsmittende virkning på det terapeutiske forhold (18).

Mht. tilknytning har mange udviklingshæmmede mennesker udviklet tilknytningsforstyrrelser til de nærmeste omsorgsgivere under opvæksten. Sinason fremhævede i 1999, at tilknytning gennemgående er sværere for handicappede børn, som møder forældre, der har svært ved at acceptere deres handicap og reagerer med høj grad af afvisning pga. aggression og skyldfølelse. Hun fremhævede, at en del handicappede børn er urolige, hvilket i sig selv kan vanskeliggøre tilknytningen, da de voksne kan have svært ved at udholde dette. Den tilknytningsstil en udviklingshæmmede har udviklet gennem opvæksten afspejles naturligvis i det terapeutiske forhold. Det er min erfaring, at der hos næsten alle udviklingshæmmede, som søger psykoterapi, forekommer betydelige mængder frustration/aggression.

### **Supervision**

Noget af den mest nyttige inspiration mht. at analysere kommunikation har jeg fået fra den psykoanalytiske psykoterapis tradition for supervision, og den specielle form denne antager. Dels anbefalingen om anvendelse af procesnoter, dvs. at terapeuten (hurtigst muligt) efter terapitimen så ordret som muligt nedskriver timens forløb. Og dels at man – optimalt – arbejder med supervisorsforløb, hvor der superviseres på et enkelt eller et par enkelte terapiforløb, og hvor der er relativt stor overensstemmelse imellem terapiens og supervisorsrammer. Man opnår gennem disse to tiltag grundigt kendskab til den terapeutiske proces som helhed og de enkelte terapitimers dynamik, derunder også de vanskeligheder i terapi, hvor man som terapeut må gøre sig overvejelser over, hvad der foregår bag de talte ord, ikke mindst gennem aflæsning og tolkning af nonverbale signaler såvel hos klient som terapeut.

Især de tilbagevendende fokuseringer på små enkelt detaljer har jeg fundet uendeligt nyttige i psykoterapi med udviklingshæmmede mennesker. Dette at reflektere over udsagn, tavshed eller attituder hos klienten, såvel som hos mig selv som terapeut, alt sammen reflekteret i forhold til terapiens rammer og forløb.

## **AFSLUTNINGEN**

Dette tema er ofte fremhævet i psykoanalytisk psykotering. Ofte fremhæves det som en periode i slutningen af et terapeutisk forløb, hvor klientens symptomer blusser op igen, og hvor terapeuten skal stimulere klienten til gennemførelse af det sorgarbejde, som forestående afslutning aktiverer (19).

Speciallæge i psykiatri Anders Christensen holdt i 1996 i »Den Psykoteraeutiske Arbejdsgruppe på Fyn« et foredrag om afslutning af psykotering. Med afslutning refereredes bl.a. til, at dette var passende, når terapiens mål ( at finde årsagen, støtte det udviklingsmæssige efterslæb, hjælpe patienten til at nå livsmål) var opfyldt. Han var ved foredraget inde på, at der kan være forskellige afslutningsmåder og skelnede overordnet mellem afbrydelse (forandriget af terapeut, patient eller »yde årsager«) og afslutning af terapi (20).

Valerie Sinason var ved foredrag og workshop i SUS (som omtalt i indledningen) inde på afslutningstemaet i forbindelse med psykotering med udviklingshæmmede mennesker, hvor hun påpegede, at terapi med udviklingshæmmede snarere afbrydes end afsluttes. Hun påpegede, at der pga. det patologiske udgangspunkt ikke er et naturligt afslutningstidspunkt. Hun tilrådede, at man er ærlig om dette forhold gennem hele terapien og anførte, at dette ville overføres til terapiarbejdet.

I artiklen »Individual Psychotherapy with Severely and Profoundly Handicapped Patients« (3) beskriver Sinason (s.155), at terapien skal gennem 3 stadier for at få afgørende betydning: For det første skal der arbejdes med sekundære handicaps, hvor det primære handicap på forskellig måde overdrives. I den periode kan stemmeføring, sprog, kropsholdning og lign. ændre sig. For det andet en periode med sorg – over spildte år med sekundære handicaps og det primære handicap i sig selv og over følelsen af at være alene. For det tredje et stadium med bedring af indre og yde funktion.

Jeg er ikke helt enig i, at der ikke er et afslutningstidspunkt, selv om jeg kun ved enkelte lejligheder har erfaret et sådant, hvor klienten efter 2-3 års terapi selv har taget initiativ til afslutning. Afslutning må efter min mening klart ses i forhold til de opstillede mål og strategier for behandlingen. I forhold til de mål, som Christensen opstillede (jf.ovenfor) vil jeg mene, at det er en relevant del

af psykoterapi med udviklingshæmmede at arbejde på i fællesskab at opstille relevante livsmål (fx at bo i et bofællesskab eller have en kæreste) og at hjælpe klienten med sorgarbejdet over det, som ikke kan nås (fx at få børn). Når disse forhold er opfyldt, vil det formentlig være relevant at tale om afslutning efter en kortere eller længere »cementeringsperiode« med bedre funktion. De 3 stadier nævnt i ovenstående afsnit finder jeg således meget genkendelige.

Som Sinason påpegede, er der dog – også ifølge min erfaring – i de fleste tilfælde tale om afbrydelse, desværre oftest pga. »ydre forhold«, først og fremmest bevilgende myndigheder., problemer med ledsagende personale el.lign.

## **TERAPIEN I PRAKSIS**

### **1. Temaer**

Efter denne udredning om baggrundsforståelse og –begreber vil jeg søge at beskrive nogle af de temaer, som fremkommer i terapi med udviklingshæmmede mennesker.

#### **a) Eksistentielle temaer**

Her skal først og fremmest nævnes en række eksistentielle temaer, som er karakteristiske. På den tidligere nævnte SUS-konference opsummerede psykolog og projektleder Barbro Carlsson formål, fremgangsmåde og resultater fra et projekt med psykoanalytisk psykoterapi til voksne udviklingshæmmede mennesker, som samtidig havde psykiske problemer eller forstyrrelser. De blev tilbudt 1½ års psykoanalytisk psykoterapi (5, 6 + egne noter).

Hun og hendes kolleger nævnte eksistentielle temaer som

- at være en person
- have egne venner
- flytte hjemmefra
- seksuel identitet/partner
- drømme om egne børn/familie
- hvordan klare livet når forældrene er døde

Jeg har fundet ovenstående temaer meget genkendelige og uden at være uenig kan fx tilføjes:

- at være anderledes
- afhængighed af andre, oplevelse af at være en belastning
- ønske om større selvstændighed
- forhold til familien, også bredere end frygt for forældrenes død

**Eksempel:** Pia var henvist pga. depression og »dårlig trivsel«. Hun isolerede sig socialt, var trist og – over for sin mor – vred og irriteret. Hun havde et meget ambivalent forhold til sin mor, som hun var klar over, at hun følte sig afhængig af, men som hun ikke ønskede indblanding fra og ikke ville tale med om fx seksuelle vanskeligheder og kæresteovervejelser. En vanskelig blanding af afhængighed, taknemmelighed og vrede var tilbagevendende ved samtalerne. Pia trivedes dårligt på en institution for udviklingshæmmede, men ønskede heller ikke at bo hos forældrene. Var samtidig bange for at flytte andre steder hen. Det viste sig efterhånden, at det i særlig grad var mænd, hun frygtede. Vi talte om disse problemer på mange planer, inddragende seksualitet, tidligere overgrebsepisode, overvejelser over andet botilbud, hvor der i øjeblikket kun boede piger (hun endte med at modtage dette og var glad for det i en periode), frustration over ikke at kunne klare sig uden andres hjælp, endsige leve et normalt familieliv, som hun allerhelst ville, fritidsinteresser, hvordan hun kunne opsøge/udøve samvær med andre, generthed/blufærdighed m.m. Hun afsluttede terapien i forbindelse med et selvvalgt skift til bofællesskab, som hun så frem til og ikke anså for en midlertidig løsning. Afslutningen var på eget initiativ, men jeg var enig i, at tidspunktet kunne være passende, fordi hun i langt højere grad end tidligere tog selvstændige beslutninger, havde en betydeligt bedre balance mellem ja og nej og kunne være spontan. Forholdet til moren var bedret betydeligt og i det hele taget var de personer omkring Pia, som jeg havde lejlighed til at tale med, enige om, at hun var modnet betydeligt. Forholdet til mænd var dog ikke blevet bedre. Hun var afklaret om, at hun ønskede en kæreste, men under ingen omstændigheder sex.

## **b) Enkeltstående traumatiske oplevelser**

Ud over de nævnte eksistentielle temaer, som naturligvis gennemgående er traumatiske i sig selv, er det karakteristisk, at terapien omhandler mere konkret afgrænsede traumer, som oftest deciderede overgreb af voldelig og seksuel karakter. Der er ikke tvivl om, at det på mange måder er en udsat gruppe, både pga. det ofte medfødte handicap og det atypiske livsforløb.

Seksuelle overgreb synes at have en meget dominerende rolle. Fx tilfælde af incest fra fædre til udviklingshæmmede døtre, seksuelle overgreb fra pædagog, voldtægtslignende episode fra medbeboer på institution. De fleste af de her nævnte episoder har været anmeldt og flere har ført til domme. Derudover er der mange ikke-anmeldte episoder, som enten – trods alt – er mindre graverende eller – snarere – er vanskeligere at føre til retssager, men derfor ikke nødvendigvis mindre krænkende.

Sinason (2 ) anser – især seksuelle – traumer for at være en vigtig kilde til forståelse af psykisk lidelse hos udviklingshæmmede. Hun mener (s.154), at det ikke er handicappet i sig selv, der forårsager psykisk lidelse, men at byrden ved at være handicappet nedsætter personens ressourcer, så sårbarheden over for følelsesmæssig forstyrrelse øges. Øget sårbarhed ses også pga. sociale omstændigheder, idet størstedelen af klientgruppen kommer fra lavere sociale lag.

Dertil kommer vold, fx mellem brugere på beskyttet værksted, eller beboere på støttecentre, eller »udefra kommende«. Man kan have indtryk af, at udviklingshæmmede, formentlig pga. ringe realitetssans og dømmekraft lettere ryger ud i konflikter, fx også i form af kriminalitet. Dette sker i en del tilfælde formentlig også pga. lav selvtilid og lavt selvværd, idet visse udviklingshæmmede mennesker således bliver »lette at lokke«.

Endelig kan nævnes øget sårbarhed over for en række mere eksistentielle enkelttraumer som fx tab af forældre el. søskende, kærestesorg, skift af beskæftigelsessted eller bolig m.m.

**Eksempel:** Helle henvistes for mistanke om depression. Personalet på døgninstitutionen, hvor hun boede, var bekymrede for hende, bl.a. havde hun tabt sig voldsomt og var meget selvutilerende og udadreagerende. Der var flere

kendte seksuelle overgreb i hendes baggrund, også flere med inddragelse af politiforhør, dom m.m. Hun havde et dårligt forhold til sin familie, særligt dårligt i øjeblikket, hvor familien ikke ønskede kontakt med hende pga. den uadrea-gerende adfærd. Det er min fornemmelse, at hun blev tiltagende »samlet«, efterhånden som vi talte hendes livshistorie igennem, startende med de forhold, som hun var glad for. Hun/vi kredsede ofte om de seksuelle overgreb, men Helle blev meget rokkende og fnisende (jf. næste afsnit), hvilket holdt mig tilbage. En dag tog jeg dog initiativ til, at vi skulle tale lidt nærmere om »den værste tid i hendes liv«, som hun selv havde benævnt den. Jeg talte stille og roligt om nogle af mine tanker om, hvor forfærdeligt, jeg forestillede mig, at hun måtte have haft det. Der var flere lange pauser, mine sætninger var korte, hendes rokken, fnisen og kiggen op i loftet aftog efterhånden, og hun faldt til ro. Jeg spurgte, om der var noget, hun gerne ville sige. Hun svarede klart »Nej, det er der ikke« og gik. Fortalte næste gang spontant fra begyndelsen, at hun havde grædt meget den følgende weekend, men at det nok var godt. Dette blev tilsyneladende et vendepunkt i terapien, hvorefter hun hyppigt talte om afslutning, selvutilitationen dalede (uden dog at ophøre helt i den tid vi havde kontakt), hun fik mere hold på sig selv, og de aggressive udbrud blev færre, men også mere tydelige at gennemskue (større sammenhæng mellem hvad hun blev frustreret over og reaktion), også for hende selv. Det førte til, at hun både selv blev bedre til at give udtryk for, hvad hun ville og ikke ville fx i forhold til en kæreste, samt at hun meget konkret bad om hjælp fra personalet til fx at sætte grænser for kæresten, hvilket hun var klar over, at hun ikke magtede alene.

## **2. Psykiske reaktioner og forsvarsmekanismer:**

Hos en del udviklingshæmmede mennesker er de psykiske reaktioner meget umiddelbare, konkrete og direkte. Sammenligningen med børn er ikke altid helt malplaceret; men man bør nok gøre sig klart, at visse lighedstræk i reaktionsmåder bestemt ikke er det samme, som at udviklingshæmmede er »barnlige voksne«.

Følelserne som typisk udtrykkes er fx sorg, vrede, afmagt, misundelse, skyld, skam, angst.

Både hos Valerie Sinason (17) og tidligere omtalte psykolog Barbro Carlsson fremhæves især det maniske forsvars betydning (jf. fx eksemplet vedrørende Helle beskrevet ovenfor): tendens til klovneri, grin/fnisen uden objektiv grund, falsk latter, flagrende bevægelser, stor-i-slaget. Også benægten og fortrængning fremhæves, fx gaben, kiggen ned/væk, falden i søvn, gøren sig dårligere end man er. Barbro Carlsson nævnte også depressiv tendens, hvorom hun bl.a. sagde, at denne ofte optræder indirekte som aggressiv udadreageren ( jf. eksemplet om Pia ovenfor).

Jeg har fundet beskrivelserne af de psykiske reaktioner og forsvarsmekanismer meget genkendelige. Det terapeutiske arbejde består naturligvis i at finde ud af, hvilke emner den udviklingshæmmede person har svært ved at tale om, hvornår forsvaret øges og på hvilken måde man kan tale sammen, så det sænkes igen eller (hellere) forstås af klienten – enten via tolkning eller som uddybning af relationen. Viden om og håndtering af destruktive eller selvdestruktive reaktioner (acting out) kan nødvendiggøre udbygget samarbejde med personale, fx kontaktpersoner på bosted eller værksted, eller med familiemedlemmer.

## **TEKNISKE OG PRAKTISKE OVERVEJELSER**

### ***Ændrede rammer***

Hvis man ændrer på de sædvanlige rammer mener jeg, at det er vigtigt at overveje hvorfor. Hovedformålet må selvfølgelig være forsøg på at hjælpe frem for at hæmme eller gøre skade. Principielt mener jeg, at man bør foretage færrest mulige ændringer i forhold til, hvordan man behandler andre. Ofte gøres det modsatte i god hensigts navn. Jo mere særbehandling jo større risiko er der efter min opfattelse for, at man kommer til at fremme den udviklingshæmmede persons sygdomsidentitet, hvorved man let kan komme til at spænde ben for både sit eget arbejde og den udviklingshæmmede persons udvikling. Tages ingen hensyn risikeres akkurat det samme. Altså: der er tale om en vanskelig balancegang, hvor man må bestræbe sig på at tage de nødvendige – og kun de nødvendige – hensyn.



## **Samarbejdet med andre**

I praksis vil en del ramme-ændringer vedrøre samarbejde med personer uden for terapirummet. Ethiske problemer i forhold til tavshedspligt bliver her et hovedtema. Jeg mener, at man må formidle det, som er tvingende nødvendigt og intet andet. Altid med klientens detaljerede viden om, hvad der drøftes. Derimod har jeg ikke fundet det hverken nødvendigt eller ønskeligt, at klienter skal deltage i sådanne drøftelser mellem fagfolk. Jeg anser det for at være for stort et pres for en udviklingshæmmede person at forvente, at vedkommende skal/kan/bør forstå et ofte ret abstrakt fagsprog. Men klienten skal informeres på enkelt, letforståeligt dansk – naturligvis.

Jeg er ofte blevet spurgt, hvorvidt en pårørende eller personale kunne, måtte eller burde deltage i samtalerne. Ikke alle udviklingshæmmede mennesker kan redegøre for deres egen situation. Jeg har nogle gange inviteret eller accepteret en enkelt central pårørende eller behandler med til første samtale. Det giver gode fingerpeg om forholdet mellem denne og den udviklingshæmmede, deres syn på hinanden, deres situation og samarbejde. De fleste gange har jeg fået en redegørelse, mundtlig eller skriftlig, på forhånd, hvilket ofte har været tilstrækkeligt. Især når disse har været udarbejdet med særligt henblik på, hvorfor den udviklingshæmmede foreslås terapi.

Emnet for denne artikel er ikke det tværfaglige samarbejde omkring udviklingshæmmede mennesker, men det er nødvendigt at man inden for dette område forholder sig til dette. Vigtig inspiration har jeg fundet i bøger og artikler om miljøterapi (21, 22), om kontaktpersonfunktionen (23) og om individ-gruppe-organisations-samspil (24).

## **Hjælp til struktur og overblik**

For det meste har jeg fundet det tilstrækkeligt at holde mig til de gængse retningslinjer fra psykoanalytisk psykotering som anamneseoptagelse, assessment, information om rammer, afklaring af fokus etc. Indimellem har jeg dog haft glæde af i begyndelsen at gå lidt ud over de traditionelle rammer og indføre mere konkrete og anskuelige kommunikationsformer, nærmest pædagogisk inspirerede, om end sigtet har været terapeutisk. Det har drejet sig om personer/situationer, hvor jeg har haft svært ved at få overblik over og sam-

menhæng i klientens historie eller situation, ud fra sagsakter, oplysninger fra henvisende person eller instans og/eller ud fra det klienten har fortalt mig. Eller hvor jeg har fået indtryk af, at klienten ikke havde et sådant sammenhængende overblik, hvilket ikke er usædvanligt, da abstraktionsevnen typisk er nedsat, samtidig med at der kan have været ført en omskiftelig tilværelse på en del forskellige skoler, institutioner, plejefamilier el.a. Jeg har da i samarbejde med klienten udformet en *livslinje*, et *stamtræ* samt evt. en *netværkstegning*, som nærmere beskrevet nedenfor.

- a) *Livslinje*: Midt på et stykke papir tegnes en linje med plads til notater på begge sider, startende med nul, inddelt fx år for år med en streg. På den ene side af linjen skrives de »objektive begivenheder«, fx familieforhold, skolegang etc. kronologisk. På den anden side den subjektive oplevelse, »følelsernes historie«, traumer, særlige begivenheder, både gode og dårlige. Jeg synes dette har givet bedre overblik over livsforløbet for såvel klient som terapeut, det har været let at vende tilbage til sammen eller hver for sig, og det er mit indtryk, at det i nogle tilfælde har bedret klientens tidsfornemmelse og oplevelse af kontinuitet. Desuden synes det at påvirke opbygningen af en god arbejdsalliance i gunstig retning.
- b) *Stamtræ*: Formålet er her at få overblik over klientens familieforhold gennem en tegning, hvor man kan se, hvordan generationer og familier hænger sammen. Jeg har ladet klienten bestemme, hvor langt tilbage og hvor langt til siderne (tanter, grandtanter osv.) han/hun ønskede at gå, typisk afhængig af relationernes karakter. Der kan hæftes stikord ved, så man har mulighed for at få mere indsigt i relationernes karakter. Også her finder jeg, at tidsfornemmelse og kontinuitetsoplevelse hos klienten påvirkes, og min viden og overblik øges på en overskuelig måde, som er let at vende tilbage til.
- c) *Netværkstegning*: Fx tegnes klienten i midten og netværkspersonerne omkring, evt. i forskellig afstand til netværkspersonen, illustrerende hvor nært/fjernt forholdet opleves. Formålet er at få information og overblik over klientens netværk og hans/hendes oplevelse deraf og at kunne danne sig et skøn over relationernes karakter. Dette kan gøres bredt, med inddragelse af alle

aktuelle relationer, eller der kan laves flere tegninger med forskelligt fokus, på fx forhold til familiemedlemmer, professionelle, venner/kammerater, eller på forskellige historiske tidspunkter.

## **AFSLUTNING**

Som jeg nævnte indledningsvis er denne artikel egentlig udsprunget af min frustration over, at jeg ikke kunne finde ud af, hvordan jeg bedst muligt hjalp udviklingshæmmede klienter. Jeg havde i det store og hele kendskab til de teoretiske begreber, som jeg kort har omtalt undervejs i artiklen, men havde forkastet disse på forhånd, da jeg ikke troede, at de passede på målgruppen. Hvor blind kan man være, spørger jeg mig selv i dag, med tanker om dogmatisme og modoverføring mest present.

Den hjælp jeg har fået ved at reflektere over terapierne i analytiske termer og forholde mig til de basale råd og »tommelfingerregler« derfra, har først og fremmest bevirket bedre overblik over den terapeutiske proces. Det har medført en markant højere »succesrate«, selv om jeg skønner denne noget under udbyttet for ikke-udviklingshæmmede (selvfølgelig afhængig af, hvem man sammenligner med).

Skal noget entydigt konkluderes ud fra de her fremlagte overvejelser må det være, at forskellen på terapi med udviklingshæmmede mennesker og terapi med andre klientgrupper er langt mindre end jeg havde troet, og end det almindeligvis antages. De største forskelle synes at være:

- anvendelsen af sproget, som skal være meget enkelt og konkret
- overførings/modoverføringsforholdet,
- den øgede forekomst af manisk forsvar
- forholdene omkring klienten, som nødvendiggør overvejelser over samarbejdet med andre
- ændret fokus og reviderede målsætninger i forhold til handicappets omfang og karakter.

## Litteratur

1. Jansen, H., Jørgensen, F.U., Pedersen, K.E., Sørensen, K., Henning, B. & Buch, C.F.: Udviklingshæmmede med psykiske lidelser. Dansk Psykiatrisk Selskab og Landsforeningen LEV, København 1994.
2. Perlt, B. (red.): Udviklingshæmmede med sindslidelser – en tværfaglig udfordring. Socialt I Udviklingscenter SUS.
3. Sinason, V.: Individual Psychotherapy with Severely and Profoundly Handicapped Patients. I: Elwood, J.(ed.): Psychosis: Understanding and treatment. 1995.
4. Sinason, V.: Psychoanalysis and Mental Handicap: Experience from the Tavistock Clinic. I: Groef, Johan de & Heinemann, Evelyn (ed.): Psychoanalysis and mental handicap.
5. Carlsson, B.: »Psychoanalytic psychotherapy with intellectually disabled adults – evaluation by using projective tests. A collaboration project between a Psychiatric Clinic and the Services for mentally handicapped«. Papir uddelt ved Sus-konferencen »Udviklingshæmmede med sindslidelser«, november 1999.
6. Carlsson, B.: »Psykoaterapi för vuxna personer med utvecklingsstörning«. Papir uddelt ved SUS-konferencen, november 1999.
7. Videnscenter for psykiatri og udviklingshæmning. Oligofreniklinikken. Oplysningerne er hentet fra klinikkens hjemmeside – udviklingshæmning, d. 5.august 2002.
8. Landsforeningen Evnesvages Vel. Oplysninger hentet fra foreningens hjemmeside – »Hvad vil det sige at være udviklingshæmmet?«, d. 5. august 2002.
9. WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier.
10. Frølund, L. og Nielsen, J.: Om tilegnelse af den psykoanalytiske tænke-måde set fra den lærendes perspektiv. I: Gammelgaard, J. og Lunn, S.: Om psykoanalytisk kultur – et rum for refleksion. Dansk psykologisk Forlag. 1997.

11. Perry, S., Cooper, A. & Michels, R.: The Psychodynamic Formulation. *American Journal of Psychiatry*, 144:5, May 1987.
12. Brown, D. og Pedder, J.: Introduktion til psykotering. En oversigt over psykodynamiske principper og praksis. Hans Reitzel. København 1982.
13. Noter fra foredrag »Om neutralitet« af John Vitger i Den Psykoanalytiske Arbejdsgruppe på Fyn, d. 12. november 1997.
14. Hjulmand, K.: Modoverføring – psykoanalysens Askepot. *Psyke & Logos* nr.1, 1998.
15. Sinason, V.: Smiling, Swallowing, Sickening and Stupefying: The Effect of Sexual Abuse on the Child. I: *Psychoanalytic Psychotherapy* (1988) Vol. 3 No 2, 97-111.
16. Sinason, V.: *Mental Handicap and the Human Condition. New Approaches From the Tavistock.* Free Association Books/ London/ 1992.
17. Davis, M. og Wallbridge, D.: Frihed og grænser. En introduktion til D.W. Winnicotts arbejde. Hans Reitzels Forlag. København 1988.
18. Vitger, J. Foredrag om holding-begrebet hos Winnicott. Den Psykoteraeutiske Arbejdsgruppe på Fyn. Juni 2001.
19. Freud; S.: Den endelige og den uendelige analyse. I: Afhandlinger om behandlingsteknik, udgivet af Olsen, O.A. og Køppe, S. Hans Reitzels Forlag. København 1992.
20. Christensen, A: Afslutning i psykotering. Foredrag i Den psykoanalytiske arbejdsgruppe på Fyn. 1996. Noter.
21. Lotz, M.: En integrerende kreds. Miljøterapi for borderlinepatienter. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1987, 41: 285-290.
22. Bechgaard, B. (red.): *Miljøterapi.* Hans Reitzels Forlag. 1992.
23. Crafoord, C. Udviklende fortrolighed. Tanker om kontaktpersonfunktionen. Hans Reitzels Forlag. København 1994.
24. Shapiro, E. R. & Carr, W.: *Lost in Familiar Places. Creating new connections between Individual and Society.* Yale University Press. New Haven & London. 1991.



# BOGANMELDELSER

Matrix 2002; 4, s. 435-439

## **PSYKISKE LIDELSER OG PSYKOFARMAKA**

***Valenstein, E.S.: Hjernen som syndebook. Sandheden om psykofarmaka og psykisk sundhed. ISBN 87-412-2567-8. København: H. Reitzels Forlag 2002. 350 s. Pris: DKK 350,-.***

Anmeldt af Einar Kringlen

Elliot Valenstein har vært professor i psykologi og nevrobiologi ved universitetet i Michigan, USA. Hans bok fra 1998 »Blaming the brain« er nå oversatt til dansk.

Valenstein innleder sin bok med en skisse av psykofarmakologiens nyere historie for så å ta opp mer detaljert gehalten i en del empiriske studier med særlig diskusjon av dopaminhypotesen ved schizofreni og serotoninhypotesen ved depresjon. Selv om Valensteins bok ikke bringer virkelig nytt stoff, blottlegger han klart og overbevisende svakhetene ved de ofte enkle biologiske forklaringsmekanismene.

Dopaminhypotesen hadde sin bakgrunn i observasjonen at virkningen av nevroleptika ved schizofreni var korrelert til blokkering av dopaminreseptorer. Dessuten kunne amfetamin som fører til økt utskillelse av dopamin, framkalle eller forverre en schizofrenilignende tilstand. Selv om det ikke har vært mulig å demonstrere abnormt høye nivåer av dopamin hos schizofrene, antok flere

forskere at schizofrene kunne være hypersensitive overfor dopamin. Senere fant man i en undersøkelse abnormt høye antall dopaminreseptorer i hjernen hos schizofrene. Men materialet var lite med betydelig overlapping i antall dopaminreseptorer fra normale og schizofrene. Endelig viste det seg at de fleste schizofrene var blitt behandlet med antipsykotiske midler før de døde, og det er velkjent at blokkering av dopamin og andre reseptorer produserer en kompensatorisk økning i antall reseptorer. Det store antall reseptorer som man fant hos schizofrene kunne altså være resultatet av behandling og ikke årsak til lidelsen. Arvid Carlsson, en av de fremste innenfor psykofarmakologien, har nå stort sett avvist dopaminhypotesen ved schizofreni. I de senere år har glutamat – en eksitatorisk aminosyre – vært framme som en interessant kandidat.

Millioner av amerikanere og europeere er blitt behandlet med de nye antidepressive SSRI-preparatene. Det enorme salget reflekterer blant annet troen på at serotonin spiller en kritisk rolle i depresjonens etiologi. Men sammenhengen mellom serotonin og atferd er langt mer komplisert enn man kan få inntrykk av gjennom den farmasøytiske reklamelitteraturen. Alt i alt er det god grunn til å tro at ethvert forhold mellom adferd og serotoninaktivitet er indirekte og ikke kausalt. Det er også et paradoks at et medikament som er lovprist for sin spesifisitet når det gjelder farmakologisk virkning kan anvendes i behandling av så vidt forskjellige tilstander som depresjon, angst, tvangslidelse, spiseforstyrrelse og alkohol- og stoffproblemer.

Heller ikke vet man egentlig hvorfor antidepressive medikamenter virker bortsett fra at man tror de stimulerer hjernens monoaminer. Det er også ukjent hvorfor antidepressiva ofte tar så lang tid for å virke, ofte 2-3 uker etter første dose. Selektiviteten av SSRI er altså en illusjon. Flere mener i dag at SSRI-preparatene i sin virkning ligger mellom de klassiske anti-depressiva og de klassiske nevroleptika.

Valensteins bidrag er nyttig i en tid preget av tendenser til biologisk reduksjonisme. Det man savner i boka er en mer dyptgående diskusjon om hva som gjør at nevroleptika og anti-depressiva virker. Placebo-fenomenet, som er så sentralt ved behandling av depresjon, drøftes overhodet ikke.



**Esben Hougaard, Raben Rosenberg, Thomas Nielsen:  
»Angst og angstbehandling«.  
Köpenhamn: Hans Reitzels forlag, 2002**

Anmäld av Karina Helin Dahlberg

Ett tvärvetenskapligt samarbete mellan två psykologer, lektor Thomas Nielsen och lektor Esben Hougaard, psykologiska institutet Århus universitet, och en psykiater, professor Raben Rosenberg, psykiatrisk Hospital Århus, ligger bakom den nya boken »Angst og angstbehandling«. Det tvärvetenskapliga samarbetet gör boken extra intressant för alla oss som arbetar med teampsykiatri.

Boken innehåller mycket teori med olika forskningsresultat men också mer kliniska och praktiska delar. Den är traditionellt indelad, som en lärobok, i olika kapitel bestående av bakgrund, diagnostik och därefter olika behandlingar samt utvärdering av dessa. Under varje kapitel hittar man de olika ångestsyndromen. Boken är lätt att hitta i men det blir svårt att få en övergripande bild av varje enskilt syndrom.

De första två kapitlen är skrivna tillsammans av författarna. Det första redogör för ångestens biologi och psykologi. Författarna nämner ytligt många olika bakgrunder till och teorier om ångest, till och med Hippokrates gamla temperamentsbeskrivning återges. Däremot är redogörelsen för den kognitiva och neurobiologiska bakgrunden omfattande med olika forskningsresultat på både försöksdjur och människor. Fynden är intressanta att ta del av, men resone-mangen är mycket teoretiska. Tyngdpunkten ligger tydligt på kognitiv och neurobiologisk grund, vilket är bakgrunden till den generella ångestmodell man så småningom kommer fram till. Modellen är intressant och ter sig användbar kliniskt. Den är väl illustrerad och kan användas som ett pedagogiskt hjälpmedel inför patienterna.

I det följande kapitlet ägnas en del åt återgivning av ICD-10 (DSM-IV i app). Författarna tillfogar kortare beskrivningar av diagnostik, orsaker, förlopp, ko-

morbiditet etc. Till resonemangen bifogas fallbeskrivningar som är illustrativa men kanske väl elementära.

Ett kapitel handlar enbart om dynamisk psykoterapi och är skriven av en annan författare, professor Geir Høstmark Nielsen, Institutet för klinisk psykologi, Bergens universitet. Kapitlet kan läsas av många med intresse för dynamisk psykoterapi. Det är lärorikt och spännande, med intressanta och nya begrepp som t ex cyklisk dynamisk psykoterapi, CMM (cykliskt maladaptivt mönster). Nya infallsvinklar på begrepp som arbetsallians och försvarsmekanismer diskuteras. Dessutom ges en beskrivning av en holistisk psykoterapiform, nämligen integrativ dynamisk psykoterapi.

Ett annat lärorikt kapitel handlar om kognitiv beteendeterapi. Intrycket är att man inte direkt skiljer på kognitiv terapi och kognitiv beteendeterapi. Det här är ett kapitel som man kan gå tillbaka till och få klinisk hjälp av. Liksom i det föregående kapitlet om dynamisk psykoterapi skriver man om att renlärighet är på retur inom psykoterapi, och att de olika terapiformerna närmar sig varann. De här två kapitlen har en kliniker stor behållning av, eftersom de har en mer praktisk inriktning.

Kapitlet om farmakologisk behandling är kortfattat och framställningen känns väl summarisk. Mer inspirerande är istället kapitlet om verkan/utvärdering av farmakologisk behandling. Bland annat förs en nyanserad diskussion om behandling med bensodiazepiner. Möjligtvis är rädslan för dessa preparat mindre framträdande i grannlandet? Man anför att toleransökning ej ses så ofta vid anxiolytisk behandling men man ser förstås seponeringsssymtom. Möjligtvis skiljer vi i kliniken ej dessa åt som man borde. Detta kapitel pryder väl sin plats med redovisade källor och man tar även upp evidensbaserad behandling.

Vissa av kapitlen har ett tydligt forskningsperspektiv, som till exempel kapitlet om utvärdering av psykologisk behandling. För varje syndrom redogörs för studier både vad gäller kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi. Författaren ger störst vikt åt kontrollerade studier. Det är både överskådligt och informativt. Kapitlet avslutas med en konklusion av författaren, något som annars kan saknas i boken. En läsvärd jämförelse mellan psykologisk och farmakologisk behandling liksom kombinationsbehandling diskuteras i ett eget

kapitel. Till boken finns flera appendix, t ex ett matnyttigt om olika diagnostiska hjälpmedel och checklistor.

Det här är en modern bok där kognitiva och neurobiologiska aspekter dominerar. Referenslistorna är långa och många referenser är färska. De praktiska delarna är lättlästa medan de teoretiska och forskningsinriktade är något mer krävande. En svaghet är att nivån på innehållet är så pass varierande. Till exempel redogörs de psykoanalytiska teorierna mycket kortfattat och med tanke på hur dominerande de varit tidigare är det något förvånande. Man når inte ända fram till den helhet man gör anspråk på.

Sammanfattningsvis erbjuder boken en fördjupning i sitt ämne med både delar av forskning och klinisk praktik, fram för allt ur ett kognitivt och neurobiologiskt perspektiv. Den kan varmt rekommenderas till många olika personalkategorier, inte minst på en allmän psykiatrisk mottagning. Den är en tillgång inom den psykiatriska litteraturen genom sitt tvärvetenskapliga samarbete och sin redogörelse av syndrom som lätt hamnat vid sidan om tidigare.



# RAPPORT FRA DEN 18. VERDENSKONGRES OM PSYKOTERAPI

Matrix 2002; 4, s. 441-448

Martin Lotz

*Hvad enten vi taler om psykodynamisk psykoterapi eller kognitiv adfærdsterapi, så peger forskningen på, at den reservede, passive og intellektualiserende terapeut ikke har så gode resultater, som den veloplagte, engagerede og aktive terapeut. Artiklen giver et kort sammendrag af forfatterens noter fra verdenskongressen i Trondhjem.*

I dagene fra den 14 til 18 august blev den 18 verdenskongres om psykoterapi afholdt i Trondhjem. Jeg deltog som en af de få danskere og skal i det følgende forsøge at give nogle få indtryk fra kongressen. Der var tilmeldt 565 deltagere fordelt på et stort antal lande, men i realiteten var Norge meget stærkt repræsenteret både blandt foredragsholdere og andre deltagere. Jeg var for mit eget vedkommende taget med for at høre noget om psykoterapiforskningen og deltog hovedsagelig i de symposier, der havde dette som emne. Selvom jeg havde forberedt mig på kongressen ved at arbejde med et materiale fra BBH, E12, var jeg noget handicappet af mit temmelig overfladiske kendskab til statistik. Jeg har dog skønnet, at det kunne have interesse med dette referat, selvom det må blive meget impressionistisk. I *Nordic Journal of Psychiatry* (1) kan man finde en oversigt over kongressens indlæg med korte abstracts fra de mange symposier.

Trondhjem er en smuk by, beliggende yderst i den norske skærgård, vejret var solrigt og varmt, så selve opholdet kunne ikke være bedre. Kongressen var veltilrettelagt og forløb eksemplarisk.

*Peter Fonagy* var inviteret til at holde det første plenumforedrag. Han er kendt for at have en finger med i spillet på snart sagt samtlige videnskabelige undersøgelser af psykoterapi og psykoanalyse i England. Han egen indsats ligger især i udviklingspsykologien og småbørnsforskningen ud fra en psykoanalytisk synsvinkel. Begge dele har skaffet ham autoritet som et af de store navne i dagens videnskabelige felt. Han er en almindeligt udseende mand med et moderne tæt, kort fuldskæg. Han talte i et højt tempo, men samtidig på et højt informationsniveau. Han tog hul på en del af problemerne med psykoterapiforskningen. Jeg hæftede mig ved, at han argumenterede stærkt for brugen af kontrolgrupper eller i det mindste af ventelisteundersøgelser. Han mente også, at der skulle redegøres for manualiserede terapier og for terapeuternes indsats i den forbindelse. Han mener, det er nødvendigt for at trænge igennem blandt somatiske kolleger og blandt politikerne. Han var også inde på forskellen mellem 'efficacy' undersøgelser og 'effectiveness' undersøgelser. Ved veltilrettelagte, stramt kørte og ambitiøse 'efficacy' undersøgelsen kan man se meget høje exclusionstal, gennemsnitlig 70% af de henviste. Man kunne på den måde fremskaffe kunstigt høje effektstal. Derfor var 'effectiveness' studier af, hvordan hverdagen udformer sig, også interessante.

*K. Roy MacKenzie* fra Californien er en af stjernerne ved en sådan lejlighed. Han var en lille tæt mand, som sprudlede af vid og viden. Han har i mange år været en væsentlig forsker i gruppeterapiens effekt. Hans emne var brugen af spørgeskemaer og testbatterier til at forbedre terapien. Han anbefalede, at man altid startede med en god brochure om den terapi, man tilbød. Dernæst fik patienten de første spørgeskemaer, og besvarelsen af disse blev gennemgået grundigt med patienten. Det næste punkt skulle være en fokusering, som gerne skulle handle om mønstre, som man kunne se i spørgeskemaerne. Endelig kom spørgeskemaerne igen ind i forløbet, gerne hyppigt, ja, eventuelt efter hver session. Til sidst advarede han mod hjemmelavede spørgeskemaer; de bliver ofte mangelfulde og forhindrer desuden sammenligning med andre behandlingssteder. Til MacKenzies foredrag knyttede sig emnemæssigt et symposium ved nordmanden *Thorleif Ruud*. Ruud præsenterede et testbat-

teri til evaluering af gruppeterapi, et batteri som i øvrigt må have betydelig interesse også for danske forskere. Det inkluderede symptom-checklisten SCL-90R, Inventory of Interpersonal Problems IIP og Social Adjustment Scale SAS-SR, endvidere vedrørende gruppeklimaet: Group Climate Questionnaire GCQ og Stuttgarter-Bogen, SB. Det interessante var, at dette batteri nu er samlet på en CD. Her findes desuden brugsanvisning og alt software, som er nødvendig for at beregne sammenligningskvotienter. Man kan således give feedback både til terapeuter og patienter undervejs. Testbatteriet har været en del år undervejs, men skulle nu være parat til brug. Det tillokkende ved dette tilbud er selvsagt, at enhver mindre enhed her får en slags målestok for at vurdere sine resultater i sammenligning med etablerede normer (email adresse til kontaktperson: [torleif.ruud@sintef.no](mailto:torleif.ruud@sintef.no)). Et eksempel på brugen af disse test fik man ved *Steinar Lorentzen's* (sammen med *KP Bøgwald* og *P Høglend*) undersøgelse af forandringer under og efter langtidsanalytisk gruppeterapi i en privat praksis i Oslo. Rammen var 90 min. 1 gang ugentlig i 2 år og 8 måneder. Man målte før, efter og ved follow-up efter et år. De havde målt symptomer (SCL-90) og interpersonelle problemer (IIP) ved selvrapporteringskemaer og Global Assessment Score (GAF) ved to uafhængige bedømmere. På disse tre måleområder var der opnået en 'mean-effect size' på 1.40. Som eksempler kan nævnes, at SCL90 – GSI før-efter var faldet fra 1,13 til 0,74 og ved follow up yderligere til 0,63 (Cohens delta: 0,92). Når det gjaldt klinisk signifikant bedring viste GAF-tallene det bedste resultat med 86% signifikant bedre og 61% helbredt (dvs. de havde bevæget sig ind i en normal fungerende population).

Hvad er det, der hjælper?

*David Orlinsky* fra USA talte om udforskningen af terapeutens bidrag til den psykoterapeutiske proces. Emnet er selvsagt spændende, idet så mange undersøgelser har understreget betydningen af terapeutens relation til patienten. Hvad er det da for kvaliteter hos terapeuten, der er så betydningsfulde? Han refererede til tidligere fund og til egen forskning. Ved disse nye og grundige undersøgelser havde man igen fundet, – hvad man har hørt flere gange

tidligere – at terapeutens valg af terapiretning og størrelsen af hans erfaring ikke synes at have signifikant betydning for terapiens effekt. Heller ikke terapeutens etniske tilhørsforhold, køn, alder eller personlighedstræk gjorde nogen forskel. Kun et af de mange parametre havde vist signifikans, nemlig om terapeuten havde det godt med sig selv (well being)! Orlinsky kunne dog sige noget om terapirelationen. Relationen mellem patient og terapeut skulle være varm, empatisk, affirmativ og engageret. Han anbefalede, at vi prøvede at mærke os, om patienterne kunne opleve os på den måde. Han mente, at vi kunne være dirigerende og strukturerende over for visse modtagelige patienter og non-direktive med modstandsprægede patienter. Overføringstolkninger var ikke nyttige i korttidsterapier, mens engagerende interventioner som fx gestaltterapiens 'varme stol' måske med fordel kunne bruges til patienter, som ikke var alt for usikre.

*Klaus Grawe* fra Schweiz redegjorde lørdag formiddag for et grundigt og omfattende projekt, hvor man ville finde frem til de elementer, der havde betydning for psykoterapiens proces. Han brugte dog megen tid på at fremlægge sit eget forslag til fornyelse af teorien bag psykoterapi. Han var inspireret af hjerneforskningen og arousal begrebet og talte meget om at finde frem til en 'ressourceaktivering' både hos patient og terapeut. Diskussion af patientens problemer var mindre vigtig, fandt han. Terapien skal være stærkt målrettet og terapeuten skal gerne have et rigt repertoire af interventioner om ressourceaktivering.

Interessant var det at høre *Per Høglend's* gennemgang af litteraturen om korttids dynamisk terapi og hans senere gennemgang af et eget materiale. Han havde en væsentlig betragtning om, hvad man bør tilbyde en given patient. Patienter med gode evner og høj uddannelse responderer bedst på indsigtsterapi, men dårligt på supportativ terapi. Det omvendte gælder imidlertid patienter med lavere uddannelsesniveau og mindre talent for psykologiske sammenhænge. Her ville støtteterapi være effektiv, mens indsigtsterapi ikke hjælper. Et kompromis findes ikke, dvs. man kan ikke tilrettelægge en generel



teknik, som ville være hjælpsom i alle tilfælde. Han mente, at man kunne bedre patientens evne til at arbejde i terapien ved en initial oplæring og derved få bedre slutresultater. Han sammenlignede korte og længere terapier og fandt, at bedre fungerende patienter kan reagere godt på kortere terapiforløb, mens patienter med personlighedsforstyrrelser kan ikke hjælpes optimalt med terapier på mindre end 30 sessioner.

*Anne Grethe Hersoug* havde sammen med *Bøgwald* og *Høglend* undersøgt mønstret for tolkninger for at se, om det havde noget at gøre med patient- eller terapeutkarakteristika. De fandt, at terapeuterne gav mange tolkninger, når patienten var dårlig og coopererede dårligt, men færre når patienterne havde det godt. Ved en optælling af det samlede antal af tolkninger, fandt de, at antallet af tolkninger som helhed ingen signifikant sammenhæng havde med terapiens resultat.

Kognitiv adfærdsterapi (KAT) var pænt repræsenteret, og der var ikke nogen særlig tendens til gensidig bekrigelse mellem de to hovedpsykoterapiretninger. Hvad effekt angår, opfattede man tilsyneladende i det store og hele KAT som sidestillet med psykodynamisk terapi, en opfattelse, som stammer fra resultatet af mange undersøgelser, og som i øvrigt også blev bekræftet et par gange ved de fremlagte undersøgelser på kongressen. *Martin Svarberg* fremlagde således en sammenlignende undersøgelse af 50 patienter, som havde været i enten KAT eller i psykodynamisk terapi, i begge tilfælde med veluddannede og erfarne terapeuter. Han karakteriserede resultaterne som 'close race', men fandt dog ved follow up, at 54% af patienterne i psykodynamisk terapi mod 42% af patienterne i KAT var nået ned på niveau med en rask gennemsnitsbefolkning. Som den mest fremragende forsker fra dette felt fremlagde *David H Barlow* et eksemplarisk og meget interessant arbejde om panikangst, som han havde udført sammen med *Jack Gorman*, *Katherine Shear* og *Scott W. Woods* (2). 314 patienter var behandlet på fire forskellige centre (i Boston). Tilbuddene var a) Imipramin alene, b) KAT alene, c) KAT og Imipramin sammen, og c) placebo sammen med psykoedukative samtaler. Målepunkterne

var: før, efter 3 måneders terapi, efter 6 måneder med vedligeholdelse og slut­telig 6 måneder. efter helt afsluttet behandling. Resultatet var ganske overras­kende: Imipraminbehandling var signifikant hjælpsom, KAT var lige så ef­fektiv, mens placebogruppen var ineffektiv. Kombinationsgruppen med både medicin og psykoterapi var også signifikant effektiv, men lå dog lidt under de to rendyrkede behandlinger. Bedringerne holdt sig i vedligeholdelsesgrupper­ne. Men da man stoppede al behandling, så man et stort tilbagefald på 40-50% i alle de grupper, der havde faet medicin – altså også i den kombinerede grup­pe, men kun et 10-15%’s tilbagefald hos gruppen med ren psykoterapi. Barlows konklusion var, at man ikke skulle give antidepressiva til disse patienter samtidig med, at de var i psykoterapi. Det ville spolere langtidseffekten. Anbefalingen var at tilbyde behandlingerne sekventielt. Han virkede selv meget overbevist om denne anbefaling, men da han blev spurgt, om den også var gældende ved andre lidelser, svarede han lidt tøvende, at undtagelsen måske var behandlingen af depressioner. Store undersøgelser af denne meget krævende type er vanskelige at gennemføre. 49% af de patienter, som fik til­buddet, sagde nej tak til selve denne konstruktion, hvor man ikke vidste, hvad man fik. 34% ville slet ikke have medicin, 25% ville ikke stoppe med den medi­cin, de fik. 1% ville ikke have psykoterapi. Forskerne havde gjort et meget stort arbejde for at finde prædiktorer for terapeutisk succes. I alt det væsentlige var det ikke lykkedes, hverken i personlighedsfaktorer, sværhedsgrad eller comor­biditet. Gik man ud fra intention-to-treat faldt kun få items signifikant ud: meget svær panikangst, længerevarende misbrug, og høj ydre stress var negative faktorer, mens højere indkomst var positivt. Barlow var skeptisk over for disse få faktorer (især den sidste), som han anså for at være tilfældets høst.

Det ene af de to afsluttende plenumforedrag var med *Glen Gabbard*. Gabbard er en ret høj, elegant herre, som ser ud som om han kom lige fra et direk­tionsmøde i et multinationalt firma. Gabbard må i dag regnes for at være psykoanalysens førstemand, i hvert fald i USA. Han talte intensivt og fængs­lende. Hans emne var neurovidenskabernes revolution og den betydning, den har for psykoterapien. Han var lidt filosofisk i starten. Vi taler to forskellige

sprog, sagde han. Man kan se hjernen og billeder fra scanninger, men man kan ikke se psyken, der er tale om to forskellige videnskabelige områder. Imidlertid kan vi ikke tillade os at være ligeglade med hjerneforskernes resultater. Visse ting træder frem som betydningsfulde. Vi kan ikke længere betragte psyken som et tabula rasa, der findes både genetiske og miljømæssige faktorer, som bestemmer, hvad vi kommer til at indeholde. Han gjorde opmærksom på, at både genetiske faktorer og tidlige opvækstbetingelser sommetider først slår igennem og giver manifest forstyrrelse i den voksne alder. Voksne kvinder, der har været udsat for incest som børn, har et ACTH (et hypofysehormon som regulerer binyrebarken) niveau, som er seks gange højere end kontrolgrupper. Videnskabelige resultater af denne type bør viderebringes til offentligheden, fordi de påviser, hvor konkret belastende for biologien, psykiske faktorer kan være. Selv blandt højt informerede mennesker florerer misforståelser og foragt for psykoterapi. En højesteretsdommer i USA udtalte for nylig i en sag om psykoterapi, at 'man lige så godt kunne tale med sin mor'. Gabbard var meget optaget af attachmentteoriene og sagde bl.a. 'psychotherapy is a new attachment relationship that has the potential to reconstruct attachment and implicit memory'. Om psykoterapeutens rolle sagde han, at han skulle være 'affectively engaged, giving a vivid affective experience to his patients'.

En kongres af denne type er et sted, hvor man kan få en fornemmelse af 'the state of the art'. Det gamle billede af den tilbagelænedede terapeut, som kommer med de fine tolkninger, har ikke vist sin holdbarhed ved det videnskabelige eftersyn. Forskningen viser ret entydigt, at det går bedst for en engageret og engagerende terapeut. Han skal have det godt med sig selv og vedvarende lade sin patient mærke sin interesse. Man kunne ikke ved de resultater, der her blev fremlagt, påvise nogen signifikant betydning af hvilken slags terapi, der blev anvendt, eller hvor megen erfaring terapeuten havde. Barlow og hans kollegers kliniske eksperiment var nok det mest opsigtsvækkende af de nyere resultater. Det rejste alvorlig tvivl om, hvorvidt man skal bruge psykofarmaka samtidig med psykoterapi ved panikangst.

**Litteratur**

1. Nordic Journal of Psychiatry (2002). vol. 56, suppl.45
2. Barlow DH, Gorman J, Shear K og Woods SW (2000). JAMA, 19: 2573-4.

## ABSTRACTS

**Göran Karlström: The value of day hospital treatment for patients with severe personality disorders, a survey of the literature. *Matrix* 2002, 4, 347-362**

Personality disorders have a high prevalence in the general population and an even higher prevalence in a psychiatric patient population. Patients with severe personality disorders have a high suicide rate, but apart from that, the long time prognosis is better than generally expected. These patients are however often difficult to treat, both pharmacologically and psychotherapeutically. There is now a fair amount of empirical evidence that group psychotherapeutically oriented day hospital treatment can be a good alternative, especially if the day hospital treatment is followed up with long term group psychotherapy on an outpatient basis.

**Göran Karlström: Structure and modes of treatment in a day hospital for patients with severe personality disorders. *Matrix* 2002, 4, 363-382**

The structure and modes of treatment in a day hospital for patients with severe personality disorders is outlined. The day hospital is an integrated part of a psychiatric department with full responsibility for all forms of psychiatric services within a limited catchment area of approximately 30,000 inhabitants. The unit uses a combination of psychodynamically oriented group psychotherapy and milieu therapy, but a social psychiatric approach is also essential, considering the patients' needs for an active and meaningful structuring of their lives outside the unit and after the day hospital treatment period. Continued group psychotherapy on an outpatient and long-term basis following the treatment period in the day hospital is also recommended.

**Göran Karlström: Clinical data from a day hospital for patients with severe personality disorders. *Matrix* 2002, 4, 383-396.**

Clinical data from a day hospital for patients with severe personality disorders are presented. The unit applies group psychotherapeutic and milieu therapeutic methods. Most of the patients have personality disorders from cluster B or C according to DSM-IV. The patients are heavily burdened psychiatrically and socially, and at the time of entry they have a mean level of 35 according to the DSM-IV GAF-scale. It is often difficult to engage this type of patients in long-term treatment modalities, and many of our patients also terminate their treatment prematurely. Those who do complete the treatment however seem to do better afterwards (so far we do not have any follow up data), and 65 % of them choose to continue their treatment in long-term group psychotherapy on a weekly basis.

**Kristine Hjuler Lund et al.: The effect of the treatment in a day hospital offering group-analytic psychotherapy. *Matrix* 2002, 4, 397-412.**

This article describes the effect of the treatment of a group of patients treated with group-analytic psychotherapy in a day hospital offering milieu therapy. This is a naturalistic, longitudinal study describing the therapeutic techniques of the ward and the characteristics of the patient population. The patients come for treatment three times per week in slow-open analytical groups where the average duration of treatment is 9.6 months.

According to the therapists' assessment of the results of treatment, 82% were found to have benefited from the treatment. 86% of the patients were satisfied with the outcome of the treatment at the point of termination.

At a follow-up study carried out six months after termination, the patient satisfaction was significantly lower (73%,  $p < 0.05$ ), remaining largest for women with anxiety disorders and personality disorders.

Due to the size of the patient population and the design of the study, only limited conclusions may be drawn.

**Kirsten Andersen: Psychotherapy with mentally handicapped adults. Matrix 2002, 4, 413-433.**

This article focuses on psychoanalytic psychotherapy with adult people who are mentally handicapped.

Considerations about the techniques of psychoanalytical psychotherapy constitute the background for reflections on possibilities, difficulties, and strategies in psychotherapy with mentally handicapped adults. Counter-transference is mentioned as being particularly central.

The subsequent part of the article focuses especially on practical aspects of the therapeutic process, e.g. themes, reactions, and defence mechanisms that seem particularly characteristic. It transpires that the themes have very marked existential aspects, and that there is a notably high degree of trauma. Manic defence systems are observed as being essential.

The article comprises primarily summaries and extended reflections on conferences pertaining to the subject as well as the actual handling of therapy with mentally handicapped adults. The hope and purpose is chiefly to inspire and qualify colleagues working or intending to work in similar areas by suggesting a vocabulary and framework for reflection.

## **FORFATTERLISTE**

- GÖRAN KARLSTRÖM**, Leg. läkare/specialist allmän psykiatri; leg. psykoterapeut. Överläkare, Psykiatriska kliniken Karlskrona öst, Karlskrona.
- KRISTINE HJULER LUND**, Læge, reservlæge, Sygehus Fyn, Svendborg.
- ANNE METTE NIELSEN**, sygeplejerske, psykoterapeut MPF, afdelingssygeplejerske Psykoterapeutisk afsnit, Psykiatrisk afdeling P3, Sygehus Fyn, Svendborg.
- SANNE MILLING**, sygeplejerske, psykoterapeut, sygeplejerske Psykoterapeutisk afsnit, Psykiatrisk afdeling P3, Sygehus Fyn, Svendborg.
- MARIANNE NIELSEN**, ergoterapeut, psykoterapeut, ledende ergoterapeut Psykoterapeutisk afsnit, Psykiatrisk afdeling P3, Sygehus Fyn, Svendborg.
- ANDERS CHRISTENSEN**, Speciallæge i psykiatri; Gruppeanalytisk psykoterapeut. Overlæge, Psykiatrisk afd., Vejle sygehus (tidl. overlæge Psykiatrisk afdeling, Svendborg).
- KAREN BENTZEN**, lægesekretær, Psykoterapeutisk afsnit, Psykiatrisk afdeling P3, Sygehus Fyn, Svendborg.
- KIRSTEN ANDERSEN**, cand.psych., autoriseret psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi, privat praksis, Odense.
- EINAR KRINGLEN**, Psykiatrisk institutt, Universitetet i Oslo, Vinderen, 0319 Oslo
- KARINA HELIN DAHLBERG**, psykiater, överläkare, Östermalms psykiatriska mottagning, Norra Stockholms psykiatri.
- MARTIN LOTZ**, psykiater.