

# Rapport galt i halsen

Sundhedsstyrelsens PTSD-anbefalinger misbruges, hvis de læses som en absolut tilslutning til kognitiv adfærdsterapi over for angst. Forfatterne foreslår en afprøvning af en form for behandling af PTSD, der er neurofysiologisk baseret.

**Nærlæsning** ■ Af Flemming Kæreby, Jack Donen, Lili Lipschitz, Johnny Petersen og Bodil Claesson

■ Efter fremkomsten af Sundhedsstyrelsens "Referenceprogram for angstlidelser hos voksne" i 2007 [1] har vi i stigende grad oplevet, at socialrådgivere i de kommunale instanser lægger pres på deres klienter ved at gøre modtagelsen af sygedagpenge betinget af, at de modtager kognitiv terapi og SSRI-medicin. Pressionen har øjensynligt baggrund i lovgivningen om, at sygemeldte hurtigst muligt skal tilbage på arbejdsmarkedet.

Et sådant pres har ofte den uønskede virkning for klienter, hvor angsten er et symptom på PTSD, at det gør klienterne utilgængelige for det terapeutiske arbejde, fordi klienterne kommer til at opleve det offentlige, inklusive hele behandlerværdenen, som negativt indstillede, magtfulde modstandere, der truer med at udsætte dem for tvangsbehandling – en oplevelse, der reelt kan retraumatisere dem. Behandling af traumer forudsætter tværtimod, at klienten føler sig i sikkerhed, dvs. at den traumatiserende situation opleves som ophørt. Det gør den ikke, når klienten presses eller trues med økonomiske sanktioner.

Sundhedsstyrelsens rapport om referenceprogrammet (herefter: Angst-rapporten) giver ved første øjekast grund

til at tro, at kognitiv adfærdsterapi (KAT) og/eller SSRI-medicin kan helbrede PTSD: "Patienter med PTSD bør så vidt muligt tilbydes traumefokuseret KAT som første behandling." (s. 24) Og: "Ved manglende effekt af behandling med KAT udført "lege artis" kan behandling med SSRI forsøges." (s. 25).

Men rapporten rummer også denne anbefaling: "Man bør være tilbageholdende med at anvende omfattende eksponering i behandlingen, hvis patienten er for psykisk skrøbelig ..., fx hvis han eller hun befinder sig i en presset social situation ...". (s. 25). Og dette citat fra den 159 sider lange rapport viser, at den i virkeligheden er mere nuanceret i sine behandlingsforslag, end man ved et hurtigt opslag skulle tro.

## Rapportens validitet?

For at undgå forkert brug af anbefalingerne burde det have været gjort klart, at Angst-rapporten kun er en præ-paradigmatisk indsamling af empiriske observationer, der senere kan gøres til genstand for en teoretisk bearbejdning, der kan luge ud i de modsætningsfyldte anbefalinger. Hvis man

>





- > alene retter sig efter anbefalingen om traumefokuseret KAT, kommer man uforvarende til at udsætte nogle klienter for et stort pres, og i værste fald fratage dem muligheden for den bedst egnede behandlingsform.

Angst-rapporten indeholder mange oplysninger. Muligheden for manglende effekt af behandling med KAT fremgår allerede af citatet fra side 25, og advarslen på samme side om, at patienter kan være så psykisk skrøbelige, at de ikke tåler omfattende eksponering, antyder at traumefokuseret KAT kan virke direkte skadeligt. Tager man sig tid til at læse hele rapporten, ses det endog, at enkelte undersøgelser har ført til den konklusion, "at patienter med fysisk skade under, eller kronisk smerte efter traumet klarede sig dårligere efter KAT." (s. 82)

Det er en klinisk iagttagelse, som vi som psykologer kan genkende, og det forekommer os indlysende, at for mennesker, der har mærket på deres egen krop, at verden rummer reelle trusler, kan det være til mere skade end gavn at møde en terapeut, der arbejder med kognitiv omstrukturering for at afkræfte patientens katastrofetanker. I så fald, følger det bare spot til skade at signalere manglende tiltro til klientens historie.

Vi anerkender, at andre patientgrupper, der primært lider af tvangstanker om en indbildt fare, kan profitere af KAT, men for PTSD-patienter er angsten sekundær og ætiologien anderledes, så valget af KAT som første behandling er ikke indlysende.

### Hvad med evidensen?

Jamen, er der da ikke evidens for, at KAT er bedre end anden psykoterapi? Nej, det er der ikke! "Traumefokuseret

KAT opnåede (...) ikke statistisk bedre virkning end psykologisk stressbehandling" (s. 80) [2]. "Nyere systematiske gennemgange af effektundersøgelser (...) vurderer samstemmende, at EMDR også har effekt over for posttraumatiske belastningsreaktioner." (ibid.)

Faktisk er der kun undersøgt tre forskellige former for psykoterapi, og resultaterne var så ens, at man har foretaget en samlet resultatopgørelse: "En metaanalyse opgør resultaterne i form af antal patienter efter terapien, som ikke længere tilfredsstiller de diagnostiske kriterier for PTSD. Samlet for KAT, EMDR og psykologisk stressbehandling var tallet 56 % af alle de patienter, der indgik i de 29 anvendte undersøgelser, mod 14 % af patienterne i ventelistegrupperne og 36 % af patienterne i grupperne, der fik støttet terapi." (ibid.)

Det er i øvrigt etisk betænkeligt, at evidensen kun viser, hvor meget behandlingen gavner flertallet, men ikke hvor meget behandlingen skader mindretallet. Afprøvningen bør også vise, hvor mange af de ikke-helbredte der får det værre efter behandlingen. Man burde her tænke på filosofien i det gamle lægeløfte: "Aldrig skade – altid lindre – om muligt helbrede", og spørge: Hvilken behandling gavner mest uden at skade nogen? Af to behandlingsformer, der har samme gennemsnitlige helbredelsesprocent, burde man først prøve den, der skader de færreste – og senere om nødvendigt supplere med anden behandling.

### Som man råber i skoven –

Grunden til, at KAT har været forskernes foretrukne terapiform, er, at det er nemmere for dem at designe et afprøvningsforsøg, når terapiformen i sig selv er skematisk opbyg-

get og det terapeutiske arbejde går frem efter en protokol. KAT har derfor været stærkt begunstiget med let adgang til forskningsmidler. Men når gentagne undersøgelser konkluderer, at KAT ikke er signifikant bedre end fx EMDR, og kun 56 % af patienterne bliver helbredt, så er det på høje tid at gøre brug af andre behandlingsformer, der integrerer den ny viden om neurofysiologi, der i disse år gør PTSD mere og mere forståelig samt mere umiddelbart tilgængelig for en primært kropsspsykologisk baseret behandlingsform.

Det synes nærliggende at konkludere, at KAT er for ensidig med sit fokus på systematisk emotionel bearbejdning af den traumatiske hændelse for at lære patienterne at håndtere intensive angstsymptomer. Der er nemlig mange mennesker med PTSD, der henvender sig til deres læge med somatiske klager, fordi de ikke er bevidste om, at de i virkeligheden er traumatiserede. Se fx følgende citater fra Angst-rapporten:

”Mennesker med PTSD vil typisk præsentere sig med depressive klager, generaliseret angst, somatiske klager.”. ”Patienten vil ikke nødvendigvis selv kunne relatere symptomerne til en traumatisk begivenhed.”. ”Det anbefales, at man specifikt spørger om traumer i patienternes liv, især hos patienter med uforklarede fysiske symptomer, som henvender sig til deres læge flere gange.”. ”Der bør spørges specifikt ind til forskellige former for traumer (fx overfald, voldtægt, trafikulykker, seksuelt misbrug i barndommen og traumatiske fødsler).” (s. 49)

### Det sansemotoriske niveau

Der synes altså for nogle patienter at være behov for en terapiform, der kan møde patienten på det somatiske niveau. En terapiform, som har tilstrækkelig spændvidde i sig til først at kunne give tilfredsstillende forklaringer på fysiske symptomer, for senere, via en kreativ individuel tilpasning, at kunne bevæge sig op fra det sansemotoriske niveau, gennem det emotionelle niveau til det kognitive niveau, og som kan ende med fokus på eksistentielle spørgsmål – altså en såkaldt ”bottom-up”-proces.

Der findes dog klienter – fx torturoverlevende eller multitraumatiserede mennesker – der heller ikke har ressourcer til at arbejde terapeutisk på det sansemæssige niveau. I så belastede tilfælde synes det nødvendigt, at terapeuten fokuserer på at skabe de trygge rammer, der skal til, for at man kan opbygge en bæredygtig kontakt, før det er muligt

at foretage nogen form for bearbejdning af de traumatiske oplevelser.

### Ikke primært en angstlidelse

Det er nødvendigt at begynde med at anerkende, at PTSD ikke primært er en angstlidelse.

Bessel van der Kolk, en af de mest anerkendte internationale eksperter i PTSD, har i 2006 udgivet en artikel om, hvad hjernescanninger af PTSD-patienter kan lære os om lidelsens natur. [3]

Han beskriver, hvordan PTSD ændrer hjernens funktioner, så påmindelser om traumatet hæmmer frontallapperne, der normalt dæmper udsving i det autonome nervesystem ved en såkaldt ”top-down” proces. Frontallapperne bliver slået fra, når personen udsættes for pres. Det kan derfor vise sig at være omsonst at bruge kognitiv terapi til at lære klienten at beherske sig ved eksponering. Desuden nævner han, at sprogcetret hæmmes, så PTSD-patienter ikke kan sætte ord på deres følelser, hvilket vanskeliggør realiseringen af den kognitive målsætning om at opnå en systematisk emotionel bearbejdning af traumatet igennem eksponering. Endelig gør han opmærksom på, at PTSD-patienter har mistet evnen til at omsætte sanseindtryk til handling og derfor er præget af en følelse af magtesløshed. Nogle patienter kan godt have en fornemmelse af, hvad de føler trang til at gøre, men de magter ikke at gøre det.

Bessel van der Kolk nævner en lang række terapiformer, der kan genskabe handlekraften ved at arbejde med kropssansninger og muskelimpulser, og som derved kan få en terapeutisk proces til at forløbe fra bunden af hjernen og op til cortex. En af de mest kendte herhjemme, hvor efterhånden et par snese danske psykologer har gennemført den flerårige efteruddannelse, er Somatic Experiencing eller SE-terapi. [4]

Tankegangen i SE-terapi er, at den magtesløse tilstand primært er en fuldstændig naturlig reaktion på mødet med en livstruende overmagt. Men denne reaktion kan sekundært fremkalde angst ved oplevelsen af, at det autonome nervesystem tager styringen over vores krop og sætter vores rationelle hjerne ud af kraft. Denne sekundære angst består ikke i tvangstanker om fiktive katastrofer, men i chokket over at opleve ukendte og meget primitive sider af én selv, som tager over, når hjernestammen – den mest primitive del af hjernen – tager kontrol over vores kropslige adfærd.

>

## > **Nervesystemets udvikling**

I vor moderne verden tænker de færreste på, at vort nervesystem er resultatet af millioner af års udviklingsarbejde, og at vi derfor har en række overlevelsesfunktioner fælles med vore nærmeste slægtninge – pattedyrene. Vores autonome nervesystem har reddet liv og lemmer for vore forfædre, og det fungerer i det store og hele på samme måde den dag i dag. Det er bare blevet suppleret med (og koordineret med) vore højere hjernefunktioner, og når de viser sig utilstrækkelige, træder det autonome nervesystem stadig væk i aktion.

Mennesker har et medfødt adfærdsberedskab til at imødegå trusler, og de fleste af os har erfaret, hvordan vi indskrænker vores horisont, når stressniveauet stiger fra utryghed til vished om fare. Faktisk regredierer vi, i takt med at trussels- og stressniveauet vokser: Stress af første grad (*utryghed*) får os til at mobilisere alle vore sociale kompetencer, samtidig med at vores rationelle hjerne arbejder på højtryk for at finde en udvej. Stress af anden grad (*vished om fare*) mobiliserer musklerne og får os til at handle aktivt ved at kæmpe mod fjenden eller knokle med at bygge beskyttelsesrum eller løbe for livet – og vi handler for at overleve, mens vores sunde fornuft er sat ud af drift.

Men stress af tredje grad (*akut livsfare*) sætter også vore følelser og handleimpulser ud af drift, når det autonome nervesystem reagerer på, at faren umuligt kan håndteres. Så bliver man meget imod sin bevidste vilje tvunget til at opgive kampen for livet og kollapser i en magtesløs tilstand. Egentlig er der tale om en hensigtsmæssig instinktiv overlevelsesadfærd, der automatisk igangsættes af det autonome nervesystem "for at narre fjenden", der fx nogle gange standser volden i den tro, at man allerede er død. Men oplevelsen af, at jeg'ets vilje knægtes af en fremmed kraft (vor uerkendte instinktive underverden), kan få følger i form af, at PTSD-klienter føler sig fremmede i deres egen krop og mister grebet om sig selv.

### **Hvad kan hjælpe?**

Tiden læger ikke nødvendigvis alle sår for PTSD-klienter, der tværtimod kan risikere at få det værre og værre med tiden, for så vidt traumatet har bragt deres nervesystem i en dissocieret tilstand, hvor de ikke kan bearbejde det primære chok. I stedet kan der udvikles flere og flere sekundære problemer. Almindelig psykoedukation virker ikke her, når

de kognitive funktioner er ude af drift, så den bedste strategi synes at ligge i at skabe kontakt til det sansemæssige niveau ved at rette opmærksomheden mod den interoceptive oplevelse her og nu af den traumatiske begivenhed – altså ikke en redegørelse for hændelsesforløbet, men en samtale, hvis mål er en kontakt med de direkte sansemæssige oplevelser under den traumatiske begivenhed.

Det er derfor vores forslag, at der afprøves en terapiform, hvor den terapeutiske proces foregår på det sansemotoriske niveau [5], som det sker i et SE-terapiforløb. Terapien skal netop bestå i, at terapeuten hjælper klienten til at opleve, at det er muligt at gå i dialog med det autonome nervesystem, dvs. at "genforhandle" den traumatiske situations reaktioner. Med en sådan støtte, der tilmed omfatter mobiliseringen af en oplevelse af kroppens ressourcer, er det muligt at komme i berøring med en så lille del af energien fra choktraumatet, at man ikke risikerer, at klienten bliver overvældet og dermed retraumatiseret af oplevelsen. Når der ved hjælp af terapien er samlet styrke til at blive i choktilstanden længe nok, vil klienten kunne opleve, at der opstår overlevelsesrelevante handleimpulser, som kan hjælpe ham ud af handlingslammelsen og opløse følelsen af en fremmed magtovertagelse.

Den terapeutiske proces på det sansemotoriske plan indledes med, at man finder frem til de kropsfornemmelser, der giver klienten ressourcer til i ganske små portioner at kunne tåle en interoceptiv eksponering – dvs. en eksponering med fokus på kroppens reaktioner. Mange af symptomerne ved PTSD (såsom dissociation, følelsesmæssig ustabilitet eller følelsesfladhed, fastfrosne tilstande og hyperårvågenhed, koncentrations- og hukommelsesproblemer, overfølsomhed over for lys og lyde, søvn- og spisevanskeligheder) fremkommer ved ubalancer i nervesystemet, altså mellem de sympatiske kamp-/flugtreaktioner og de to grene af det parasympatiske nervesystem, der er ansvarlig for hvile/genopbygning eller kollaps. Disse kan reguleres gennem en omhyggelig, terapeutisk styret vekselvirkning mellem de positive og negative kropslige fornemmelser, som klienten giver som feedback til terapeuten.

### **Tilbage til livet**

Når fornemmelsen af magtesløshed og angst ved hjælp af terapi er ophævet på det sansemotoriske niveau, kan processen bevæge sig videre til det kognitive niveau. Dvs. her

omsættes klientens oplevelse af kropsfornemmelsen meningsmæssigt, til en oplevelse af, at han ved en aktiv handling godt ville kunne håndtere en lignende situation, hvis den skulle opstå i fremtiden. Der er tale om en impuls til at forsvare sig, som der kan have været gode grunde til at undertrykke i den traumatiske situation, fordi overmagten har været for stor. Alligevel kan det virke helbredende at komme i kontakt med, at han faktisk havde impulsen til at forsvare sig – og at han under andre omstændigheder kunne have handlet. Det er det, der ligger i udtrykket at ”genforhandle” den traumatiske situations reaktioner.

Derved kan helbredelsen blive varig, så symptomerne ikke dukker op igen i en ny forklædning, fordi energien i dem så at sige er forløst. Klienten genvinder sin almindelige evne til at kunne klare livets udfordringer både i arbejdsmæssige og sociale/familiemæssige sammenhænge. Er der tale om personer med forældreansvar, har dette vidtrækkende betydning for børnenes udvikling.

## Anbefaler forskning

Vi foreslår på den baggrund, at der igangsættes en afprøvning af en form for behandling af PTSD, der på omfattende vis er neurofysiologisk baseret, så at man kan sammenligne resultaterne fra de to terapiformer.

Denne terapiform forudsætter, at terapeuten er grundigt trænet i både at kunne følge og regulere nervesystemets reaktioner. Terapeuten er for eksempel opmærksom på ændringer i farver i ansigt, hals og bryst, åndedræt, pupiller m.m. og har teknikker til sin rådighed, hvis formål er at justere på og afbalancere klientens dysfunktionelle nervesystem.

Den kognitive uddannelse er helt utilstrækkelig til at arbejde på denne måde. Vi vil derfor anbefale, at metodeafprøvningen udføres af terapeuter, der har gennemført en treårig efteruddannelse i Somatic Experiencing.

*Flemming Kæreby, cand.scient., psykoterapeut,  
Jack Donen, Lili Lipschitz, Johnny Petersen  
og Bodil Claesson, cand.psych.*

*Forfatterne har alle årelang erfaring med  
PTSD-behandling i privat praksis – og alle en treårig  
efteruddannelse i Somatic Experiencing*

## LITTERATUR ■

P.A. Levine (1997). *Waking the Tiger*. Berkeley, CA, North Atlantic Books. (Dansk: *Væk Tigeren*, Borgen, 2001)

P.A. Levine (2005). *Healing Trauma*. Boulder, Co: Sounds True. (Dansk: *Helbredelse af traumer*, Borgen, 2006)

Bessel A. van der Kolk: Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1071: 277-29. (2006).

Pat Ogden og Kekuni Minton. Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology, Vol. VI, Issue 3, Article 3* (October 2000).

Bob Whitehouse, Diane Poole Heller: Heart Rate in Trauma: Patterns Found in Somatic Experiencing and Trauma solution. *Biofeedback, Vol. 36, Issue 1*, pp. 24-29.

## NOTER ■

[1] Kan downloades fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk) ved at søge på ordet ”Angsttilstande” og klikke på ’Referenceprogram for angstlidelser hos voksne’.

[2] ”Psykologisk stresskontrolbehandling refererer til forskellige måder, hvorpå man arbejder med mestring af angst og symptomer på øget arousal (fx søvnproblemer, irritabilitet og tendens til sammenfaren). Dette kan eksempelvis være i form af positive indre monologer, tankestopmetoder (instruktion i at standse ubehagelige tankerækker), afspændingsøvelser og åndedræts teknikker.” (Angst-rapporten, s. 79)

[3] *Ann.N.Y.Acad.Sci.* 1071: 277-293.

[4] Der er i foråret 2008 udkommet en artikel om SE-terapi i tidsskriftet *Biofeedback* (Vol. 36, issue 1, pp. 24-29). I artiklen forsøger Bob Whitehouse og Diane Poole Heller at vise med fysiologiske målinger, at der faktisk kan foregå en psykoterapeutisk proces på det sansemotoriske niveau.

[5] Om det sansemotoriske niveau: Se Pat Ogdens: ”Trauma and the Body – a sensorimotor approach to psychotherapy” (2006). Se også hendes artikel på nettet: [www.sensorimotorpsychotherapy.org/articles.html](http://www.sensorimotorpsychotherapy.org/articles.html).