

Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofreni?

Psykoterapi ved schizofreni har gitt grunnlag for mye debatt. Så sent som i 1990 foreslo ledende forskere «et moratorium» for slik behandling. Det er nå allment akseptert at antipsykotika ikke kan eliminere behovet for en omfattende opptrening av praktiske og sosiale ferdigheter hos pasienter med schizofreni, og at de fleste pasienter trenger hjelp til å erkjenne, holde ut og få perspektiv på aktuelle følelser og livshendelser. Psykoterapi kan ikke erstatte behandling med antipsykotisk medikasjon. Men antipsykotisk medikasjon alene er en utilstrekkelig behandling. Pasientene trenger integrerte og omfattende behandlingsopplegg.

Synet på psykoterapi ved schizofreni har variert mye de siste årtier. For 50–60 år siden mente mange at det var uetisk ikke å gi psykoterapi. I 1990 foreslo ledende forskere «et moratorium» for slik behandling, og antydte til og med at den hørte hjemme i «historiens søppelkurv» (1). Mange faktorer har antakelig bidratt til at man har endret syn. Nye medisiner ble tatt i bruk (antipsykotika). May og medarbeidere (2, 3) viste i en sammenliknende studie at det gikk bedre med pasienter som fikk antipsykotika enn med dem som fikk psykoterapi. De som fikk psykoterapi i tillegg til antipsykotika, gjorde det ikke noe bedre enn dem som fikk antipsykotika alene. Undersøkelsen skapte en grunnleggende tvil om verdien av psykoterapi for denne pasientgruppen.

Bedret metodologi

May og medarbeideres studie hadde en rekke metodologiske svakheter. For å skaffe mer sikker kunnskap gjennomførte Gundersen og medarbeidere omkring 1980 en ny studie med forbedret metodologi (4, 5). De benyttet erfarne psykoterapeuter og sørget for at alle pasientene fikk god sykehusbehandling, inkludert adekvat psykofarmakologisk behandling. De hadde også bygd inn i studieopplegget at bare de som gikk i terapi i over seks måneder, skulle inngå i den endelige vurdering av behandlingsresultatet. 164 pasienter ble randomisert til enten eksplorerende innsiktsorientert terapi eller realitetsadaptiv støtterapi. Studien gikk over to år. Resultatene var på mange måter nedslående. Det var bare små forskjeller i resultat mellom de som fikk støtteorientert terapi og de som fikk innsiktsorientert behandling. Det

Svein Friis

svein.friis@psykiatri.uio.no

Avdeling for forskning og undervisning
Psykiatrisk divisjon
Ullevål universitetssykehus
0407 Oslo

Tor K. Larsen

Rogaland psykiatriske sjukehus
Postboks 1163 Hillevåg
4004 Stavanger

Friis S, Larsen TK.

Individual psychotherapy in the treatment of schizophrenia.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2210–2

Psychotherapy of schizophrenia has caused considerable debate. In 1990 prominent researchers proposed «a moratorium» on such treatment. It is now generally accepted that neuroleptic drugs cannot eliminate the need for comprehensive training in practical and social skills in patients with schizophrenia and that most patients need help to acknowledge, bear and put into perspective actual emotions and life events. Psychotherapy cannot replace treatment with neuroleptics, but neuroleptics alone will remain insufficient. These patients need integrated, comprehensive treatment programmes.

mest påfallende resultatet var at en stor del av pasientene falt ut av begge behandlingstyper. Av de opprinnelige 164 pasienter var det bare 95 (58%) som fortsatte utover minimumsgrensen på seks måneder. Heller ikke disse 95 pasientene hadde noe spesielt godt behandlingsresultat, uansett behandlingsform. I kjølvannet av Boston-undersøkelsen bredte det seg derfor en uttalt pessimisme med hensyn til psykoterapiens muligheter.

Mer nyanserte holdninger

De siste ti årene har imidlertid de kategoriske synspunkter måttet vike for mer nyanserte holdninger. Selv om det var slått fast at medikamenter alene var bedre enn psykoterapi alene, så var ikke medikamentell terapi alene noen strålende suksess. Allerede May og medarbeidere (3) understreket dette i beskrivelsen av femårsoppfølgingen av sin egen studie. Senere erfaring pekte i samme retning. For det første viste det seg at tilbakefallsfrekvensen var betydelig, selv ved adekvat bruk av antipsykotika (6). For det andre ble det mer og mer tydelig at antipsy-

kotika først og fremst var egnet til å dempe såkalt positive psykotiske symptomer, som vrangforestillinger, hallusinasjoner og alvorlige tankeforstyrrelser. De hadde mye mindre effekt på symptomer som passivitet og tilbaketrekning. De kan kanskje bedre evnen til (re)læring, men de kan ikke eliminere behovet for en omfattende opptrening av praktiske og sosiale ferdigheter. Denne doble erkjennelsen ble tydelig markert allerede i slutten av 1980-årene i en artikkel av Coursey (7). Han fremhevet psykoterapi som et nødvendig supplement til farmakoterapi, og understreket at psykoterapien:

– Kan og skal ta opp de personlige, menneskelige spørsmål som reises ved det å ha en alvorlig psykisk lidelse.

– Må være praktisk, og ta i bruk både opplæring og erfaringsmessige tilnærminger, for å hjelpe personen til å mestre sin lidelse.

– Må ta opp de av dagliglivets problemer som mennesker med schizofreni må møte på linje med ethvert annet menneske.

Nyansering i synet på årsakene til schizofreni

Den gang var Courseys anbefalinger kontroversielle. I dag er de allment akseptert. Det nyanserte synet på behandling har utviklet seg parallelt med en nyansering i synet på årsakene til schizofreni. Selv om det er grunn til å tro at schizofreni ikke er en enhetlig lidelse, antar vi at for svært mange pasienter har lidelsen klare biologiske årsaker. På grunn av arv eller uheldige faktorer i fosterlivet eller ved fødsel har det antakelig oppstått en sårbarhet. Denne sårbarheten gjør at pasientene mye lettere vil reagere med en psykose når de utsettes for påkjenninger. Sårbarheten kan ha sammenheng med nevrokognitive problemer. Pasienter med schizofreni vil ofte ha svekket korttidshukommelse, oppmerksomhet og utholdenhet. Derfor vil de lett bli overveldet. En pasient beskrev det på denne måten: «Jeg får overflod på computeren». Han følte at alt låste seg, og tankene stoppet helt opp. Problemet forsterkes av at pasienter med schizofreni også har problemer med å håndtere sterke affekter. De er særlig sårbare for aggresjon. Noen hver av oss kan få problemer med å tenke klart når vi kommer inn i et følelsesmessig minefelt. For pasienter med schizofreni blir dette særlig problematisk, fordi den nevrokognitive kapasitet er svekket på forhånd, og fordi de er mer vare for følelsesmessige spenninger. Derfor vil selv relativt moderat kritikk lett komme til å kompromit-

tere en allerede svekket nevrokognitiv funksjon.

Antipsykotika ser ut til å bedre hjernens evne til å filtrere stimuli, slik at den nevrokognitive kapasitet ikke så lett blir overbelastet. Foreløpige undersøkelser kan peke i retning av at de nyere antipsykotika i tillegg har en spesifikk effekt på nevrokognitiv fungering. Marder (8) har gitt følgende oppsummering av nyere undersøkelser av interaksjonen mellom psykoterapi og medikamentell behandling:

– Pasienter som får effektiv psykososial behandling, kan greie seg med lavere dose av antipsykotisk medikasjon.

– Pasienter som får adekvat medikasjon, kan tåle mer pågående og stimulerende former for psykososial behandling enn de som er umedisinert eller inadekvat medisinert.

– Pasienter som får psykososial behandling kan ha større sjanse for å følge medikamentforskrivningene.

– Effekten av å kombinere behandlinger kan være mer enn additiv, siden hver av dem forsterker effekten av den andre.

– Medikamenter og psykososial behandling kan påvirke ulike funksjonsområder. Marder hevder at slike positive interaksjoner kan være særlig uttalte for de nyere antipsykotika.

Psykoterapi ved schizofreni må ta hensyn til pasientenes kognitive og emosjonelle forutsetninger. I starten vil selve hovedutfordringen være å etablere en relasjon. Det kan være en krevende oppgave og vil ofte ta lang tid. Det å skape og vedlikeholde en relasjon vil stille store krav til terapeutens trygghet, fleksibilitet, kreativitet, tålmodighet og utholdenhet. Psykoterapien skal være støtteorientert. Bedring av arbeidsmessig og sosial fungering har prioritet fremfor dynamisk innsikt. Det er viktig å ta ett skritt om gangen, og å være var for signaler om at pasienten føler seg presset. Erfaring tilsier at slik terapi har størst sjanse for å virke gunstig hvis den gir tilstrekkelig støtte. Hvis terapien er for krevende, kan den fort virke skadelig.

Individualisert behandlingsopplegg

Det er i denne sammenheng viktig å understreke at pasienter med schizofreni utgjør en heterogen gruppe. Det er stor forskjell i disse pasientenes ønske om og mulighet for å nyttiggjøre seg en mer dynamisk psykoterapi. Derfor kan samme type behandling slå dramatisk forskjellig ut for ulike grupper av pasienter. Dette har tydelig blitt demonstrert i undersøkelsen fra Kastanjabakken ved Gaustad sykehus. Denne pioneravdelingen gav et ambisiøst tilbud til unge pasienter med schizofreni. Programmet la stor vekt på en kombinasjon av individuell psykoterapi og miljøterapi. Varvin gjorde en etterundersøkelse av 27 pasienter behandlet ved Kastanjabakken i perioden 1979–89 (9). Det viste seg at en tredel av pasientene fungerte bemerkelsesverdig bra. Imidlertid gikk det

svært dårlig for to tredeler av pasientene. Fordelingen var altså topuklet: Enten gikk det veldig bra, eller så gikk det veldig dårlig. Vi foretok en sammenlikning med pasienter som var gitt standardbehandling (akuttavdeling + poliklinikk) (10). Den gjennomsnittlige globalskåre for pasientenes helse viste ingen forskjell av betydning mellom de to etterundersøkelsene. Imidlertid viste gruppen med vanlig behandling en mye mindre spredning. De fleste gjorde det middels bra, og det var ingen tegn til topuklet fordeling. Behandlingen ved Kastanjabakken fremstod dermed som mye mer potent. Den hadde gjort noe med alle pasientene. En undergruppe av pasientene vare blitt mye bedre, men hovedgruppen var blitt verre (11). Behandlingen var antakelig altfor krevende for de fleste. Men den undergruppen som hadde ressurser til å nyttiggjøre seg en så krevende behandling, ble veldig mye bedre. Dessverre ble undersøkelsen gjort i en periode hvor det ikke var vanlig å gjøre nevrokognitive undersøkelser. Derfor vet vi ikke om det var forskjell mellom de to gruppene i nevrokognitiv fungering. Det er imidlertid nærliggende å tro at det var det. I tillegg er det nærliggende å tenke seg at gruppene hadde ulik holdning til innsikt.

Innsikt på flere plan

Innsikt kan ha mange nivåer. Det mest overfladiske vil være en erkjennelse av det faktum at man har fått en alvorlig sykdom, som manifesterer seg gjennom en økt sårbarhet, og at det får konsekvenser for ens fremtidige liv. Et viktig delmål for psykoterapien vil være å hjelpe pasienten til en slik innsikt, slik at de kan forholde seg realistisk til behovet for skjerming, inkludert det å ta antipsykotika. Et dypere nivå av innsikt innebærer en forståelse av hvordan sårbarheten uttrykker seg – for eksempel å erkjenne at bestemte situasjoner har tendens til å utløse psykotiske symptomer og/eller funksjonssvikt. Et enda dypere nivå vil være å forstå hvorfor disse bestemte situasjonene var så belastende akkurat for meg. Dette nivået er høyst sannsynlig for krevende for de fleste. Men de som makter å komme så langt, vil antakelig være mindre sårbare for fremtidige påkjenninger. Det er disse pasientene som ifølge McGlashan og medarbeidere søker bedring gjennom integrering (12). De er kjennetegnet ved at de:

– Har en følelse av kontinuitet i sitt liv, tvers gjennom den psykotiske episoden.

– Tar ansvar for sine psykotiske symptomer.

– Er ambivalente overfor psykososen.

– Er nysgjerrige etter å forstå.

Motpolen er de som søker bedring gjennom forsegling. Disse pasientene er kjennetegnet ved at de:

– Isolerer den psykotiske episoden i sitt liv, og ikke har noen følelse av kontinuitet.

– Føler at de psykotiske symptomene er helt jegfremmede.

– Føler psykososen som noe ensidig negativt.
– Distanserer seg fra den psykotiske episoden, og prøver å innkapsle den.

Men også de som tenderer mot forsegling, kan ha utbytte av hjelp til å erkjenne, holde ut og få perspektiv på aktuelle følelser og livshendelser. Det kan for eksempel dreie seg om hendelser forbundet med det å være syk, eller andres reaksjoner på sykdommen. Det er fortsatt mange fordommer knyttet til psykiske lidelser, ikke minst schizofreni. Derfor vil det være en viktig oppgave å hjelpe pasientene til å forholde seg rasjonelt til andre menneskers irrasjonelle reaksjoner. Men det kan også være aktuelt å hjelpe pasientene til å justere egne fastlåste holdninger til seg selv og sin sykdom.

Lysaker & France beskriver hvor viktig dette kan være i forbindelse med rehabilitering til arbeid (13). De fant at slik rehabilitering kunne gå i stå fordi den vekket smertefulle minner om tidligere nederlag. Muligheten for at de kunne komme ut i arbeidslivet igjen, truet en likevekt som de hadde oppnådd ved å resignere og se på seg selv som hjelpeløse og arbeidsuføre. Psykoterapien hjalp pasientene til å inkorporere arbeidserfaringen i en mer fullstendig og sammenhengende livshistorie. Dermed åpnet muligheten seg for en vellykket rehabilitering. Lysaker & France gjorde sine erfaringer med pasienter som hadde vært syke i lang tid. De la vekt på å tilpasse behandlingen til det stadium den enkelte pasient var i. En slik fasespesifikk tilnærming har i lang tid blitt anbefalt av Alanen og hans gruppe i Finland (14), og har de senere år også blitt satt i system i USA, der Hogarty og medarbeidere har utviklet det de kaller personlig behandling (personal therapy) (15). Det er et tretrinns behandlingsopplegg som skreddersys til den enkelte pasients behov. Det legges stor vekt på at vedkommende får den tid som trengs for å stabilisere seg på hvert trinn, og at ingen kan gå videre til neste trinn før det foregående er vellykket gjennomført. Varighet av de enkelte trinn varierer derfor, men samlet varighet er som regel minst tre år. Gjennom en prosess som kalles indre mestring blir pasientene hjulpet til å identifisere følelsesmessige, kognitive og fysiologiske uttrykk for stress. Terapien setter søkelys på pasientenes generelle respons på stress, og unngår symbolske tolkinger og forsøk på klargjøring av ubevisste motiver. Pasientene hjelpes til å gi uttrykk for opplevd stress, og å bedre sin egen mestring av stressfylte situasjoner. De foreløpige resultatene med personlig behandling er ikke helt entydige. Det ser imidlertid ut til at denne behandlingen gir mange pasienter mulighet for en mer langvarig og omfattende bedring enn familierapi og støttetapi (16, 17).

Kognitiv terapi

Hogartys tilnærming integrerer elementer fra ulike terapeutiske teknikker. Den inne-

holder blant annet elementer av kognitiv terapi som særlig retter seg mot dysfunksjonelle måter å tenke på. I løpet av de siste årene har kognitiv terapi fått en sentral plass i psyko-behandlingen, særlig i England (18). Mye av forskningen angående effekt av psykologisk behandling av psykoser har vært preget av dårlig metodikk, og det er gjennomført få studier som har gode kontrollgrupper eller randomisert dobbeltblind design. Vurdering av kognitiv terapi har vært et unntak. Der har man i større grad har klart å gjennomføre studier hvor man kan si noe om effekt sammenliknet med andre typer behandling. I en helt fersk metaanalyse fra Cochrane ble 22 relevante artikler identifisert. De omhandlet 13 studier angående kognitiv terapi ved schizofreni (19). Man konkluderte med at kognitiv terapi ikke hadde noen signifikant bedre effekt i forhold til tilbakefall eller reinnleggelser sammenliknet med standardbehandling, men at pasientene i større grad ble i stand til å skrives ut fra sykehus. Videre fant man at pasienter som fikk kognitiv terapi oftere hadde respons på behandlingen i løpet av de første 13–26 ukene, men denne effekten holdt seg ikke ved ett års oppfølging. Man fant ingen klar effekt på symptomnivå eller symptomutforming i forløpet. Det ser imidlertid ut til at kognitiv terapi kan påvirke innsikt og skape mer positive holdninger til medikamentell behandling (19). Hovedkonklusjonen var at mer forskning er nødvendig for at kognitiv terapi skal kunne implementeres som standardbehandling ved psykoser, samtidig ser det ut til at erfarne behandlere som behersker kognitive teknikker bra, kan bruke metodene på en slik måte at pasientene mestrer sykdommen bedre.

Konklusjon

Vi startet med et spørsmål om individuell psykoterapi har noen plass i behandlingen av schizofreni. Det skulle fremgå klart at vi mener det. Men psykoterapi kan ikke erstatte behandling med antipsykotisk medikasjon. Disse pasientene trenger integrerte og omfattende behandlingsopplegg. Vi må forskåne dem for ensidige behandlingsopplegg som er mer basert på ideologi enn empiri.

Litteratur

1. Mueser KT, Berenbaum H. Psychodynamic treatment of schizophrenia: is there a future? *Psychol Med* 1990; 20: 253–62.
2. May PR, Tuma AH, Dixon WJ. Schizophrenia – a follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 474–8.
3. May PR, Tuma AH, Dixon WJ, Yale C, Thiele DA, Kraude WH. Schizophrenia. A follow-up

study of the results of five forms of treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 776–84.

4. Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, Frank AF, Vannicelli ML, Schnitzer R et al. Effects of psychotherapy in schizophrenia: I. Design and implementation of a controlled study. *Schiz Bull* 1984; 10: 520–63.
5. Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schiz Bull* 1984; 10: 564–98.
6. Hogarty GE, Ulrich RF. The limitations of anti-psychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res* 1998; 32: 243–50.
7. Coursey RD. Psychotherapy with persons suffering from schizophrenia: the need for a new agenda. *Schiz Bull* 1989; 15: 349–53.
8. Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (suppl 407): 87–90.
9. Varvin S. A retrospective follow-up investigation of a group of schizophrenic patients treated in a psychotherapeutic unit: the Kastanjobakken Study. *Psychopathol* 1991; 24: 336–44.
10. Melle I, Friis S, Hauff E, Vaglum P. Patients with schizophrenia after the acute ward: seven years' service utilization and clinical course. *Nord J Psychiatr* 2000; 54: 47–54.
11. Hauff E, Varvin S, Laake P, Melle I, Vaglum P, Friis S. Inpatient psychotherapy compared with usual care for patients who have schizophrenic psychoses. *Psychiatr Serv* 2002; 53: 471–3.
12. McGlashan TH, Levy ST, Carpenter WT jr. Integration and sealing over. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1269–72.
13. Lysaker PH, France CM. Psychotherapy as an element in supported employment for persons with severe and persistent mental illness. *Psychiatry* 1999; 62 (3): 209–21.
14. Alanen YO. Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. London: Karnac Books, 1997.
15. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Flesher S et al. Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schiz Bull* 1995; 21: 379–93.
16. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, I: Description of study and effects on relapse rates. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1504–13.
17. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, Kornblith SJ, DiBarry AL, Cooley S et al. Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1514–24.
18. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 500–4.
19. Cormac I, Jones C, Campbell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* www.update-software.com/cochrane/ (15.1.2002).

Summaries in English



- 2180** Hartmann A, Jenssen T, Midtvedt K, Reisæter AV, Fauchald P, Henriksen T, Monn E, Christophersen B. **Protein/creatinine concentration ratio: a simple method for proteinuria assessment in clinical practice.**
- 2184** Lindenskov PHH, Hanem S, Sponheim S. **Lung oedema follows inspiratory stridor – another pitfall for the anaesthetist.**
- 2187** Anderssen S-H, Andresen J, Andersen R, Sponheim L. **Universal screening of congenital hearing impairment.**
- 2190** Kaldestad RH, Wingard L, Hansen TWR. **Screening for congenital hearing loss – a pilot study.**
- 2194** Elverland HH, Mjølunes O, Hjørnevik B, Arnesen AR. **Early diagnosis of permanent childhood hearing impairment.**
- 2199** Iversen T, Kopperud GS. **Use of specialist health care in Norway.**
- 2206** Jørgensen HA. **Antipsychotic drug treatment of schizophrenia.**
- 2210** Friis S, Larsen TK. **Individual psychotherapy in the treatment of schizophrenia.**