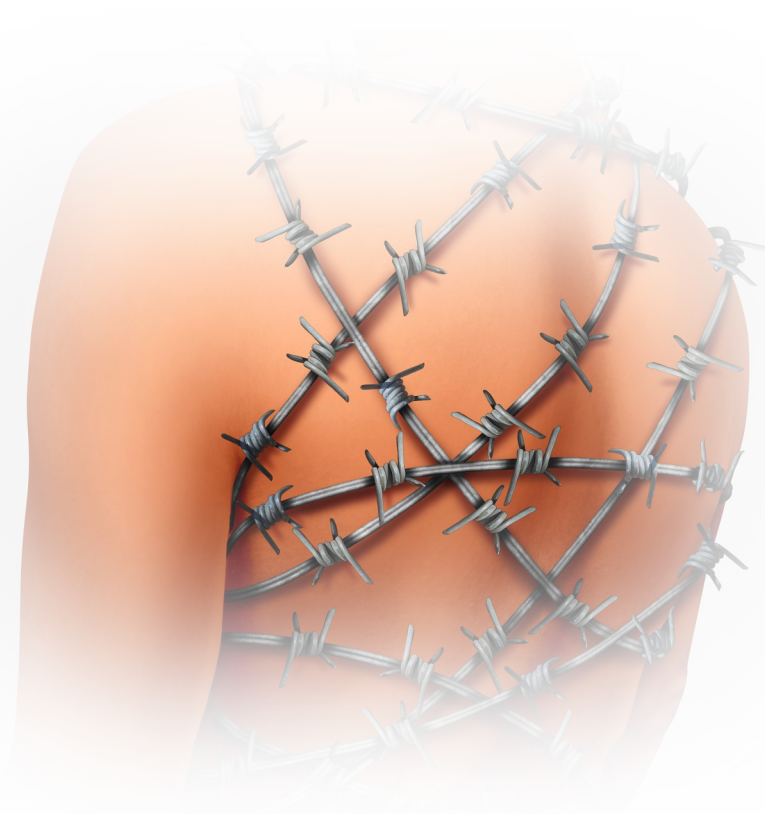


Intensiv dynamisk korttidsterapis (ISTDP) bidrag til den medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser

Herunder et systematisk review af effekten af ISTDP i behandlingen af funktionelle lidelser



Kirstine Kjærgaard
Studienummer 20156043

Maj, 2020
Kandidatspeciale
10. semester
Aalborg Universitet
Vejleder: Casper Schmidt

Antal tegn inkl. mellemrum og fodnoter: 185.218
Svarende til antal normalsider: 77,2

Abstract

Background: Around 6 % of the Danish population suffers from a functional disorder (also called bodily distress disorder). These patients often go through a long-term diagnostic process in order to rule out structural diseases. This is a large expense for society and exhausting for the patients. Treating this group is a challenge for the Danish healthcare system. Some patients are cured, but the general practitioner is often only able to teach patients to cope with their symptoms, rather than treat and remove them. Allan Abbass has proposed intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) as an alternative treatment for functional disorders. **Aim:** To examine to what degree ISTDP is able to contribute to the present Danish medical understanding and treatment of functional disorders. **Theoretical Basis:** this master's thesis compares two positions of understanding and treatment for functional disorders; the current treatment in Denmark and ISTDP. The current treatment is presented through work by Per Fink, who advocates for the TERM-model and techniques from cognitive behavioral therapy. ISTDP is then presented as an alternative approach, based on work by Allan Abbass. **Data Sources:** a systematic review of the cost effectiveness and possible symptom reduction of ISTDP in the treatment of functional disorders was performed using PsycNet and PubMed in April-May 2020. The search terms included 24 words for functional disorders, including: psychosomatic, psychophysiological disorder, medically unexplained, somatisation, fibromyalgia, pain and headache. **Review Methods:** the inclusion criteria were quantitative studies that examined ISTDP in adults with various forms of functional disorders or somatic symptoms. A backward search was performed on previous systematic reviews on the subject. Risk of bias were assessed. **Review Results:** 11 studies were included in the review, 4 of these were RCT-studies, and the remaining 7 were pre-post studies, with a total sample of 2,108 participants. Quality assessment showed low to moderate risk of bias but did not account for the lack of comparison groups throughout the studies. Two of the RCT-studies themselves did not have proper control groups. Study results showed positive results in all 11 studies. 10 studies measured symptoms and found a significant reduction, with most studies reporting moderate to large effect sizes. 1 study reported significant drop in emergency department return visits. 3 out of 5 cost effectiveness studies reported statistical data and found a significant reduction in health care costs, the reduction in cost for the last two studies were reported in percent or Canadian dollars. **Thesis**

Discussion: the aim of the discussion was to identify limits within the presented theories and the methodical limits of this thesis. Furthermore, it's discussed to what degree ISTDP can contribute to the present treatment both in terms of theoretical understanding and in terms of treatment supplementations to current practices when dealing with functional disorders. **Conclusion:** it is suggested, that ISTDP can contribute in the theoretical understanding of functional disorder, so that the unconscious and the power it has to create symptoms as defense mechanisms is acknowledged. Furthermore, it is suggested that possible attachment traumas should be covered in treatment, especially in the more severe and chronic cases of functional disorders. It is concluded that this group of patients could benefit from ISTDP. However, the evidence does not yet support a recommendation for ISTDP as an option for referral in the Danish health care system, due to the lack of RCT-studies. Still, the 11 included studies had a large sample, and all showed a positive effect of ISTDP for functional disorders, which suggests a strong therapeutic potential. Therefore, it is recommended to complete more high quality RCT-studies, and especially more Danish studies should be requested. **Language:** This paper is written in Danish.

Indholdsfortegnelse

FORORD	1
KAPITEL 1: INTRODUKTION	2
1.1 PROBLEMFORMULERING	4
1.2 AFGRÆNSNING OG TEORETISK UDGANGSPUNKT	4
1.2.1 Den nuværende danske medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser	4
1.2.2 Intensiv dynamisk korttidsterapi	5
1.2.3 Aldersgruppe	5
1.2.4 Hypotese	6
1.3 PERSONLIGT UDGANGSPUNKT OG RISIKO FOR BIAS	6
1.3.1 Bias	7
1.4 LÆSEVEJLEDNING	7
KAPITEL 2: DEN NUVÆRENDE DANSKE, MEDICINSKE FORSTÅELSE OG BEHANDLING AF FUNKTIONELLE LIDELSER	8
2.1. DEFINITION AF FUNKTIONELLE LIDELSER	8
2.1.1. Anvendte begreber i specialet	10
2.2 ÆTIOLOGI	11
2.2.1 Prædisponerende og udløsende faktorer	11
2.2.2 Vedligeholdende faktorer	12
2.3 BIOLOGI	12
2.4 LÆGENS UDFORDRINGER MED PATIENTER MED FUNKTIONELLE LIDELSER	15
2.5 BEHANDLING	16
2.5.1 Psykoterapeutisk behandling	17
2.5.2. Farmakologisk behandling	17
2.5.3 Andre anbefalede behandlingsformer	18
2.5.4 Stepped care-modellen	18
2.5.5 The Extended Reattribution and Management Model (TERM-modellen)	19
2.5.6 Opfølgende samtaler og kognitiv adfærdsterapi	22
2.6 DELKONKLUSION	24
KAPITEL 3: BIDRAG TIL FORSTÅELSE OG BEHANDLING: INTENSIV DYNAMISK KORTTIDSTERAPI (ISTDP)	25
3.1 AFGRÆNSNING	25
3.1.1 Definition af ISTDP	26
3.1.2 Sammenhæng mellem krop og psyke	26
3.1.3 Forsvarsmekanismer, følelser og somatisering	27
3.1.4 Psykofysiologiske sygdomme og strukturelle sygdomme	27
3.2 TEORETISK POSITION	28
3.2.1 Malans trekanter	28
3.2.2 Tilknytning	29
3.2.3 Ubevidste angst-kanaler	30
3.3 BEHANDLING	33
3.3.1 Vigtigt at kunne afvise strukturel sygdom	33
3.3.2 Vigtigt at kunne påvise psykofysiologisk sygdom	35
3.3.3 Milde tilfælde af psykofysiologisk sygdom	35
3.3.4 Sværere tilfælde af psykofysiologisk sygdom	37
3.3.5 Teknikker i ISTDP	39
3.4 DELKONKLUSION	40
KAPITEL 4: SYSTEMATISK REVIEW	42
4.1 INTRODUKTION TIL REVIEW	42
4.2 METODE	43
4.2.1 Protokol	43

4.2.2 Kriterier.....	43
4.2.3 Databaser og søgning	45
4.2.4 Screening og backward-søgning	46
4.2.5 Inkluderede studiers data og resultater	47
4.2.6 Risiko for bias i individuelle studier	47
4.3 RESULTATER.....	48
4.3.1 Screening og backward søgning.....	48
4.3.2 Inkluderede studiers data og resultater	49
4.3.3 Risiko for bias	56
4.4 DELDISKUSSION: BEGRÆNSNINGER I INDIVIDUELLE STUDIER OG I REVIEWET	56
4.4.1 Mangel på kontrolgrupper i inkluderede studier.....	56
4.4.2. Betydning af valg af studietyper for reviewets konklusion.....	58
4.4.3. Mål for effekt.....	58
4.4.4 Interventionsgruppe	60
4.4.5 Bias ift. forfattergængere.....	60
4.4.6 Publikationsbias og screening af behandlingsudbytte	61
4.4.7 Reviewets udarbejdelsesproces.....	62
4.5 DELKONKLUSION	62
KAPITEL 5: DISKUSSION.....	64
5.1 DEL 1 TEORETISKE BEGRÆNSNINGER	64
5.1.1 Begrænsninger ved ISTDP.....	64
5.1.2 Forfatter-bias og muligt publikationsbias i ISTDP	66
5.1.3 Begrænsninger ved den medicinske tilgang til funktionelle lidelser.....	67
5.1.4 Lægens udfordringer med funktionelle lidelser pga. sin uddannelse	68
5.2 DEL 2 METODISKE BEGRÆNSNINGER	69
5.2.1 Rodet begrebsområde	70
5.2.2 Begrænsninger for specialet ved udførsel af ét review	73
5.2.3 Fremstillingen af den medicinske behandling er baseret på anbefalinger.....	73
5.2.4 Teori om ISTDP er baseret på én forfatter.....	74
5.2.5 Screening af behandlingsudbytte	75
5.3 DEL 3 DISKUSSION AF ISTDP'S BIDRAG TIL DEN NUVÆRENDE BEHANDLING	76
5.3.1 De milde tilfælde af funktionelle lidelser	76
5.3.2 Mål med behandling	76
5.3.3 Forskellige grundforståelser	77
5.3.4 Ætiologi	78
5.3.5 ISTDP's bidrag til forståelse og behandling af funktionelle lidelser.....	80
5.3.6 Bidrag på baggrund af review	81
KAPITEL 6: KONKLUSION	82
REFERENCELISTE	84
TIDLIGERE ANVENDT LITTERATUR.....	84
NY LITTERATUR.....	85

Bilag:

Bilag 1: Stepped care-modellen

Bilag 2: TERM-modellen

Bilag 3: PRISMA 2009 Checklist

Bilag 4: Protokol

Bilag 5: Quality Assessment of Controlled Intervention Studies

Bilag 6: Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies with No Control Group

Bilag 7: Risiko for bias arbejdsark RCT

Bilag 8: Risiko for bias arbejdsark pre-post

Forsideillustration: <https://www.legalnomads.com/chronic-pain/>, tilgået 23. maj 2020

Forord

Officielle tal fra Afdelingen for Funktionelle Lidelser på Århus Universitetshospitals hjemmeside¹ peger på, at ca. 6% af befolkningen, svarende til 300.000 danskere, lider af en funktionel lidelse, som er så invaliderende, at den påvirker deres livskvalitet. Heraf er halvdelen af disse så belastede, at det går ud over deres evne til at varetage deres arbejde.

Tal fra en metaanalyse og kritisk review af 27 befolkningsstudier fra 13 forskellige lande i Europa viser samme tendens. Wittchen og Jacobi (2005) fandt, at prævalensen af ICD-10-diagnosen Somatoforme Tilstande var 6,3 %. Til sammenligning lå tallet på 6,9 % for depression, hvilket understreger den store udbredelse af de funktionelle sygdomstilstande.

Der har længe været manglende viden om funktionelle lidelser, men der er indenfor de sidste år blevet sat mere fokus på fænomenet. Lovende er DanFund², et dansk projekt, som har til formål at opnå større viden om funktionelle lidelser på baggrund af en befolkningsundersøgelse af 9.801 danskere. Projektet har fire overordnede formål: definition og forekomst i befolkningen; kausale årsagsnet bag sygdommene; risikofaktorer; og konsekvenser for individ og samfund. Data er stadig under behandling, og der udgives løbende artikler med resultater. I en artikel af Petersen og kollegaer (2019) formidles prævalensen af forskellige funktionelle somatiske syndromer, som er fundet ifm. projektet. I denne analyse indgik 9.656 danskere, og heraf opfyldte 16,3 % kravene for mindst én funktionel lidelse (Petersen et al, 2019). Dette henleder opmærksomheden på, at der kunne være et mørketal, som er meget højere end det officielle 6 %, og indeholde danskere, som lever i smerten, men uden at henvende sig til sundhedsvæsenet. Denne patientgruppe er en stor og svær gruppe for sundhedssystemet. Allan Abbass har med sin bog ”Hidden from View” (Abbass & Schubiner, 2018) sat fokus på intensiv dynamisk korttidsterapi som behandling for psykofysiologiske sygdomme (funktionelle lidelser red.), og dette speciale vil undersøge, i hvilken grad dette kan bidrage til den nuværende behandling af denne patientgruppe.

¹ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/> tilgået den 24. marts 2020.

² <https://www.frederiksberghospital.dk/ckff/sektioner/SBE/danfund/Sider/default.aspx> tilgået den 25. marts 2020.

Kapitel 1: Introduktion

*"Psychophysiological processes can
and do cause chronic, severe pain"*

(Abbass & Schubiner, 2018, p. 13)

Mange patienter, som opsøger egen læge, lider af psykofysiologiske sygdomme (funktionelle lidelser red.), lidelser, som har et fysisk udtryk, men som er psykisk i oprindelse (Abbass, 2005, p. 215). Disse patienter går ofte igennem langvarige udredningsforløb i mange forskellige medicinske specialer, for at lægerne kan sikre sig, at der ikke er tale om somatiske sygdomme, som bør behandles lægefagligt. Symptomerne bliver altså både af læger, men også af patienterne selv, først og fremmest mistænkt for at være somatiske, og når det viser sig ikke at være tilfældet, har mange patienter gennemgået et langt forløb med unødigt testning, hospitalsindlæggelser og i nogle tilfælde operationer (Abbass, 2005, p. 215+218). Dette skaber stor frustration for både behandlere og patienter. I nogle tilfælde har operationerne effekt, blot for at patienterne kort efter vender tilbage med nye psykofysiologiske symptomer andre steder i kroppen (Sarno, 2007, p. 13).

Disse lange forløb og tilbagevendende henvendelser koster samfundet mange penge. På baggrund af to danske 5-års follow-up studier (n = 7278), ifm. DanFund-projektet, peger Poulsen og kollegaer (2018) på, at sundhedsomkostninger til en patient med irritabel tyktarm, en undergruppe til funktionelle lidelser, koster samfundet 680 euro (ca. 5.000 danske kroner) mere om året end en person uden symptomer. Forfatterne peger på, at det svarer til 188 mio. euro årligt (ca. 1,4 mia. danske kroner) hvis man regner med 6 % af danskerne. Disse udgifter går til kontakt med psykiatriske hospitaler og syge- og invaliditetspension ifm. sygefravær. Sammenhængen mellem gruppen med symptomer og sundhedsomkostninger var statistisk signifikant (Poulsen et al, 2018). Funktionelle lidelser er altså en stor byrde for samfundet, foruden for patienten selv, som er hæmmet i sin hverdag.

I behandlingen af funktionelle lidelser anbefaler Afdelingen for Funktionelle Lidelser på Århus Universitetshospital kognitiv adfærdsterapi (KAT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), gradueret genoptræning, selvhjælps-programmer over internettet, mindfulness og/eller medicin³. Det anbefales, at læger tager et

³ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/> tilgået den 24. marts 2020.

efteruddannelsesprogram i TERM-modellen, for at blive bedre rustet til at håndtere denne patientgruppe. Dette speciale skal ikke vurdere, hvorvidt disse behandlingsmuligheder er gode eller ej. Formålet er snarere at vurdere, om der findes anden behandling, som kan supplere, idet Sundhedsstyrelsen peger på at funktionelle lidelser generelt ” (...) ofte kan behandles, idet forskningen viser, at der findes virksomme behandlingsmetoder til enten helbredelse eller lindring af symptomerne. Desværre er der også nogle af lidelserne, hvor der kun er få kendte virksomme behandlingsmetoder. Målet med behandlingen vil ofte være at lindre symptomerne og hjælpe det enkelte menneske til at leve med lidelsen og dermed øge funktionsevne og livskvalitet”⁴. Dette peger desværre på et felt, hvor reducere af symptomer i mange tilfælde er opgivet og coping med symptomerne i stedet bliver målet med behandling. De ovenstående tal bliver i lyset af dette skræmmende høje og antyder en stor og dyr patientgruppe, som bliver tabt på gulvet.

Det findes derfor relevant at se på, om andre faglige områder kan bidrage med tiltag, som kunne reducere nogle af de symptomer, som patienterne lider under. Forfattere og behandlere inden for intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) anskuer diverse psykofysiologiske symptomer som udtryk for psykologisk angst, som manifesterer sig i kroppen (Abbass, 2015; Abbass & Schubiner, 2018). Denne angst opstår på baggrund af undertrykte konfliktfyldte følelser. Netop pga. denne psykologiske årsagsforklaring kan der gennem et psykologisk arbejde skabes adgang til og bearbejdning af disse følelser, og dermed skabe reduktion i de psykofysiologiske symptomer. De omtalte psykofysiologiske symptomer ligner i deres beskrivelse i høj grad de symptomer, som er beskrevet under det medicinfaglige anvendte begreb funktionel lidelse. Psykodynamisk terapi er dog ikke et almindeligt anerkendt behandlingsværktøj til patienter med funktionelle lidelser i medicinsk regi, og projektet udspringer af en undring over hvorfor dette faglige felt ikke anvendes. Formålet med dette projekt bliver derfor at undersøge, i hvilken grad ISTDP kan bidrage til den medicinske forståelse og behandling af denne patientgruppe.

⁴ <https://www.sst.dk/da/Viden/Funktionelle-lidelser/Fakta-om-funktionelle-lidelser/Udredning-og-behandling> tilgået den 24. marts 2020.

1.1 Problemformulering

Ovenstående leder frem til specialets problemformulering, som lyder:

I hvilken grad kan ISTDP bidrage til den medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser?

1.2 Afgrænsning og teoretisk udgangspunkt

1.2.1 Den nuværende danske medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser

Den begrebsmæssige definition af funktionelle lidelser og psykofysiologiske sygdomme mm. lader sig ikke kort forklare, men vil blive uddybet i afsnit 2.1 og 3.1.4 ifm. de teoretiske fremstillinger. Begrebet funktionel lidelse anvendes i dette speciale i sammenhæng med redegørelsen for den danske, medicinske forståelse og behandling af disse lidelser, primært hos den praktiserende læge, som med de rigtige værktøjer kan varetage de lette til moderate tilfælde af funktionelle lidelser, og som anbefales at være tovholder på de svære tilfælde. Begrebet funktionel lidelse er anvendt på baggrund af ”Funktionelle Lidelser – udredning og behandling” (Fink & Rosendal, 2012). Per Fink er en af de førende danske forskere, behandlere og undervisere indenfor funktionelle lidelser. Denne bog, samt information fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside⁵, Afdelingen for Funktionelle Lidelser på Århus Universitetshospitals hjemmeside⁶ (herefter: Afdelingen for Funktionelle Lidelser), foruden hjemmeside og artikler udarbejdet på baggrund af det danske projekt DanFund⁷, omtalt i indledningen, vil danne udgangspunktet for redegørelsen af den nuværende håndtering af funktionelle lidelser i medicinsk regi i Danmark.

Grundet rammerne har det ikke været muligt at foretage et review om effekten af den nuværende behandling, og dette ses som en begrænsning for specialet. Derfor fremstår denne del af behandlingen, og argumentationen, for dette på baggrund

⁵ <https://www.sst.dk/da/Viden/Funktionelle-lidelser/Fakta-om-funktionelle-lidelser/Udredning-og-behandling> tilgået den 24. marts 2020.

⁶ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/> tilgået den 24. marts 2020.

⁷ <https://www.frederiksberghospital.dk/ckff/sektioner/SBE/danfund/Sider/default.aspx> tilgået den 25. marts 2020.

af ovenstående litteratur. Det har den betydning, at indeværende speciale ikke kan vurdere den nuværende behandling, men blot forholde sig til den teoretisk.

Anvendelsen af ordet 'medicinske' henviser i dette speciale til den måde forståelse og behandling af funktionelle lidelser forstås af læger indenfor det lægefaglige sundhedsområde. Det henviser ikke til medicinske medikamenter, og dette vil i stedet blive omtalt som farmakologisk behandling. Specialet vil tage udgangspunkt i behandling af funktionelle lidelser hos den praktiserende læge.

1.2.2 Intensiv dynamisk korttidsterapi

Som muligt bidrag til den nuværende behandling, vil dette speciale tage udgangspunkt i teori om intensiv dynamisk korttidsterapi (herefter ISTDP efter den engelske forkortelse af intensive short-term dynamic psychotherapy). Det vil se på teoriens fundament og antagelser, samt tage et kritisk analytisk blik på teoriens praktiske implikation gennem et systematisk review af empiriske studier om terapiens effekt og omkostningseffektivitet.

Teorien vil tage udgangspunkt i Allan Abbass' fremstilling af ISTDP gennem de to bøger "Reaching Through Resistance" (2015) og "Hidden from View" (Abbass & Schubiner 2018). Abbass er central i dette speciale, da han foruden at være aktivt praktiserende af terapien, og forfatter til flere bøger om ISTDP, også er meget aktiv i forskningen af effekten af terapien gennem forskellige studier og reviews. Desuden handler hans bog "Hidden from View" (2018), som han har skrevet i samarbejde med Howard Schubiner, netop om behandlingen af psykofysiologiske sygdomme vha. ISTDP.

ISTDP vil i dette speciale ses som det alternative bidrag til den medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser. Specialet har altså ikke til formål at kritisere nuværende behandling, men forsøge at bidrage til at udfylde huller, og udvide forståelsen af funktionelle lidelser, sådan at patienterne bliver behandlet bedst muligt.

1.2.3 Aldersgruppe

Specialet vil begrænse sig til arbejdet med voksne patienter. Dette gøres på baggrund af, at litteratur om funktionelle lidelser ofte er opdelt i børn/unge og voksne, og fordi

ISTDP næsten udelukkende beskriver voksne klienter. Det kan dog ikke udelukkes, at specialet alligevel kan være relevant for andre aldersgrupper.

1.2.4 Hypotese

Specialet er skrevet på baggrund af en hypotese om, at ISTDP kan bidrage med et dybere liggende syn på funktionelle lidelser, hvor forklaringen er, at det ubevidste skaber forandringer i kroppen, som fungerer som forsvarsmekanismer mod ubehagelige følelser.

1.3 Personligt udgangspunkt og risiko for bias

Min baggrund er psykodynamisk, og har rod i mit praktikforløb på Universitetskliniken på Aalborg Universitet i foråret 2019. Jeg er herigennem blevet opmærksom på kroppens virke i en terapeutisk sammenhæng. Det har både været den måde jeg kunne bruge signaler fra min egen krop som værktøj til forstå klienten bedre, og hvor meget information der lå i klienternes kropslige udtryk i sessionen. Det der virkelig fangede mig, var, at jeg stiftede bekendtskab med klienter, som somatiserede og havde smerter i kroppen, symptomer som på den ene eller anden måde havde en symbolsk sammenhæng med deres problematikker. Dette gjorde et stort indtryk på mig, og har optaget mig meget siden da. Det var af en uforklarlig grund tydeligt for mig, at de fysiske symptomer (som nogle i mange år havde været i tæt lægekontakt omkring uden synnerligt held) ikke var udtryk for en fysisk defekt, men havde en tæt sammenhæng med de psykiske udfordringer, der plagede dem. Det udviklede et ønske om i mit fremtidige virke at blive i stand til at hjælpe disse klienter af med de smerter, som spiller en så stor invaliderende rolle i deres liv. Jeg fandt derfor hurtigt frem til Davanloo-traditionen (som Abbass' beror sit arbejde på), som er en af de få psykodynamisk forankrede terapeutiske retninger, hvor sammenhængen mellem kroppen og psyken er helt central, og hvor visse fysiske symptomer netop er udtryk for psykiske forsvarsmekanismer.

De fleste mennesker med fysiske smerter dukker dog op hos lægen før psykologen, og mit første møde med Davanloo-traditionen affødte en del fordomme om, at man i medicinsk regi ikke hjælper disse mennesker godt nok, uden at vide ret meget om, hvad den medicinske forståelse eller behandling reelt omfatter. Derfor blev det vigtigt for mig i dette speciale at blive klogere på, hvordan dette hænger sammen, og om det overhovedet giver mening at se ISTDP som et bidrag hertil.

1.3.1 Bias

Ift. ovenstående finder jeg det vigtigt at være opmærksom på mit eget udgangspunkt. Jeg har forsøgt at tage nogle tiltag for ikke at blive for farvet af mine egne interesser og fordomme. For det første gør jeg det med dette afsnit klart, hvad mit udgangspunkt er, sådan at jeg bliver så gennemsigtig som muligt. Derudover har jeg med projektet taget en tilgang til emnet, hvor jeg gennem et review vil se empirisk på effekten af ISTDP, fremfor den udelukkende teoretiske argumentation. Jeg har desuden netop valgt at skrive om den medicinske forståelse og behandling af emnet for at komme mine fordomme til livs, ved at sætte mig ind i litteraturen om emnet. Det findes vigtigt at forstå, hvordan funktionelle lidelser opfattes i medicinsk regi, og hvilket grundlag man har for at anbefale den behandling, som man gør på nuværende tidspunkt. Jeg har endvidere forsøgt at forholde mig kritisk til ISTDP som teori og til empiriens bidrag, hvilket fremgår af diskussionen.

1.4 Læsevejledning

Indeværende speciale er delt op i 6 kapitler. Dette kapitel har præsenteret specialet. De følgende to kapitler indeholder specialets teoretiske udgangspunkter: Kapitel 2 indeholder en fremstilling af den medicinske forståelse og behandling, som den anskues og anbefales i Danmark. Kapitel 3 præsenterer intensiv dynamisk korttidsterapi, som et muligt bidrag til den nuværende behandling, herunder teoretisk position og behandlingstilgang. Kapitel 4 er et systematisk review, som undersøger ISTDP's mulige effekt af symptom- og omkostningsreducering. Her præsenteres de metodologiske overvejelser bag reviewet, samt resultater og begrænsninger ved det udførte review. Kapitel 5 er tredelt, og de to første dele indeholder henholdsvis de inddragede teoris begrænsninger, samt metodologiske begrænsninger, herunder begrænsninger ved de valg, der er foretaget i specialet. Den sidste del er en diskussion af, i hvilken grad ISTDP kan bidrage til den nuværende forståelse og behandling af ISTDP med det formål at besvare problemformuleringen. Slutteligt præsenteres specialets konklusion i kapitel 6.

Kapitel 2: Den nuværende danske, medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser

Den første del af teorien omhandler funktionelle lidelser. For at kunne vurdere, om ISTDP kan bidrage med noget til den medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser, er det nødvendigt først at kortlægge, *hvad* den medicinske forståelse og behandling dækker over. Det vil forsøges klarlagt i det følgende.

Dette kapitel vil tage udgangspunkt i dansk litteratur eller litteratur af danske forfattere, for at få et billede af den danske model, da behandlingen formodes ikke at foregå på samme måde over resten af verden. Dette speciale ønsker derfor at se på ISTDP's relevans for det danske sundhedsvæsen.

2.1. Definition af funktionelle lidelser

At prøve at begrebsdefinere funktionelle lidelser, og adskille det fra lignende begreber som medicinsk uforklarlige smerter, bodily distress disorder, somatoforme tilstande eller psykofysiologiske lidelser mfl. ville næsten være et helt speciale i sig selv. Herudover anses ovenstående begreber ofte som paraply-begreber, der dækker over et hav af forskellige medicinske syndromdiagnoser fra forskellige specialer, hvoraf nogle af de mest typiske kan nævnes: irritabel tyktarm, fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom (Henningsen, Fink, Hausteiner-Wiehle, & Rief, 2011b, p. 47) og piskesmældssyndrom (Skjernov & Möhl, 2017, p. 499). Det er problematisk, at der findes så mange begreber, der prøver at indfange det samme, da det hurtigt kan blive svært at vide, om man faktisk taler om det samme. Uden et veldefineret begreb, man kan blive enige om, vil mange patienter med funktionelle lidelser ikke blive opdaget og ikke tilbudt den rette behandling (Budtz-Lilly et al, 2015). Nogle patienter kan fremstå med stort set identiske præsentationer, men kan let blive beskrevet på forskellig vis, og dermed modtage forskellige diagnoser, alt efter hvilket lægespeciale, de møder (Henningsen et al, 2011b, p. 43). Der er også stor debat om, hvorvidt de forskellige diagnoser som irritabel tyktarm, fibromyalgi mv. er udtryk for forskellige lidelser, eller om de er udtryk for den samme underliggende lidelse, som bare kommer til udtryk på forskellig vis (Fink & Schröder, 2010, p. 415).

De enkelte begreber kan være svære at finde enighed om i litteraturen, da nogle forfattere definerer det samme begreb på forskellige måder. Nogle forfattere

anvender endda forskellige begreber for det samme i forskellige udgivelser, bl.a. bruger Allan Abbass både 'somatization' (Abbass, 2005), 'somatic disorders' (Abbass, Kisely & Kroenke, 2009) og 'psychophysiologic disorders' (Abbass & Schubiner, 2018) uden der fremgår en tydelig forskel. Nogle af de ovenstående begreber skal forsøges defineret i det følgende.

Medicinsk uforklarlige symptomer (MUS) er en udbredt måde at betegne fænomenet på indenfor lægevidenskaben, og henviser til, at man har udelukket andre veldefinerede somatiske sygdomme, og dermed sikret sig, at der ikke er tale om andre sygdomme, som er nødvendige at behandle somatisk. Det bliver dog kritiseret for at være en udelukkelsesdiagnose, som man først stiller, når man ikke har kunnet finde andet, og det er misvisende, da studier har antydnet, at der er neurofysiologisk-biologisk grundlag for disse tilstande (Fink, et al 2012, p. 23).

Somatoforme tilstande (F.45) er den nuværende officielle overordnede diagnosekategori i ICD-10 (Skjernov & Møhl, 2017, pp. 500ff). Diagnoserne under de somatoforme tilstande er blevet stærkt kritiseret for at være for vage i deres afgrænsninger, sådan at patienterne ofte vil kunne opfylde kriterierne for flere diagnoser på samme tid (Fink et al, 2012, p. 39). Fysiske symptomer er hyppige i befolkningen, og diagnoserne bliver endvidere kritiseret for at gøre det svært at skelne lette tilfælde af funktionelle lidelser fra det 'normale' hos mennesker (Fink et al, 2012, p. 39).

Bodily distress syndrome. Hvor somatoforme tilstande bliver defineret til også at indeholde helbredsangst, karakteriserer Fink og Rosendal (2012) helbredsangst og bodily distress disorder som to underkategorier til funktionelle lidelser.

Fink & Schröder (2010) finder de mange begreber problematisk, da det udgør en udfordring for forskning og effektiv patienthåndtering. De argumenterer for, at de forskellige diagnoser er udtryk for et fælles fænomen, der kan indkapsles under 'bodily distress syndrome' (BDS) (Fink & Schröder, 2010, p. 415; Budtz-Lilly et al, 2015, p. 2). BDS opdeles i multiorgan eller single-organ, som igen opdeles i fire subtyper: hjerte-lunge; mave-tarm; muskel og skelet; og generelle symptomer (Fink & Schröder, 2010, p. 416). Fink og Schröder (2010) undersøgte, hvorvidt kriterierne for BDS kunne indkapsle diverse funktionelle lidelser (n = 978), og fandt, at alle patienter med fibromyalgi, kronisk træthedssyndrom, hyperventilationssyndrom, 98 % af

patienter med irriteret tyktarm, og mindst 90 % af patienter med ikke-hjerte-relateret brystmerter, smertesyndrom eller andre somatoforme lidelser blev indkapslet under BDS (Fink & Schröder, 2010, p. 415). Denne betegnelse kan være et bud på at finde fælles fodslag om fænomenet, selvom den bliver kritiseret for kun at inkludere de mest almindelige symptommønstre (Budtz-Lilly et al, 2015). Fink og Rosendal bruger i deres bog ”Funktionelle lidelser” (2012) stort set bodily distress syndrome som synonym til funktionelle lidelser.

Ifølge WHO⁸ går fænomenet i den engelske udgave af den nye diagnosemanual, ICD-11, under den nye diagnose 6C20 Bodily Distress Disorder. ’Kropslig stresstilstand’ er foreslået til den danske oversættelse af manualen (Skjernov & Møhl, 2017, p. 504).

2.1.1. Anvendte begreber i specialet

Psykofysiologiske lidelser (PPD) er forklaret i afsnit 3.1.4 i kapitel 3, idet det er det begreb, som Abbass og Schubiner (2018) anvender, og vil derfor anvendes ifm. ISTDP.

Ifm. den danske teoretiske forståelse og behandling af funktionelle lidelser vil begrebet funktionel lidelse anvendes, idet det benyttes af førende danske forskere om fænomenet, fx af Per Fink og Marianne Rosendal i deres bog ”Funktionelle lidelser – udredning og behandling” (2012) og Afdelingen for Funktionelle lidelser⁹ som begge er centrale kilder i dette kapitel. Psykofysiologiske lidelser og funktionelle lidelser adskiller sig i dette speciale på deres teoretiske baggrund, som vil fremgå af dette og følgende kapitel, men vil dække over de samme fysiske symptomer.

Funktionelle symptomer defineres af Fink og kollegaer (2012) som ”(...) symptomer, der skyldes forstyrrelser i symptomperceptionen og/eller symptomproduktionen, fx pga. arousal med hyperaktivitet i det autonome nervesystem (...)” og funktionelle lidelser som ”Tilstande, hvor individet oplever fysiske symptomer, som påvirker den daglige funktionsevne eller livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved anden somatisk eller psykiatrisk sygdom, eller tilstande, hvor individet i sygelig grad er bekymret for sit helbred” (Fint, Rosendal, Toft & Schröder, 2012, p.

⁸ <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f767044268>, tilgået den 7. maj, 2020

⁹ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/>, tilgået den 25. marts 2020.

24). Der vil i dette speciale være mindre fokus på helbredsangst, selvom det lægger sig tæt op ad (og ofte, som her, defineres som en del af) funktionelle lidelser. I denne definition er der fokus på den hæmmede, daglige funktion hos patienten, og udelukkelsen af andre mere veldefinerede sygdomme. Denne definition af funktionelle lidelser vil være udgangspunktet for dette kapitel.

2.2 Ætiologi

Årsagerne til funktionelle lidelser er kun delvist afklaret, men menes at opstå på baggrund af biologiske, psykologiske og kulturelle faktorer, hvor også behandlingssystemet spiller en rolle. Årsagerne opfattes altså multifaktorielt (Fink et al, 2012, p. 59). Sygdommens forløb inddeles i *prædisponerende* faktorer (sårbarhed), *præcipiterende* faktorer (udløsende, de direkte årsager til sygdommens udbryd), og *vedligeholdende* faktorer (fastholder eller forværrer sygdommen) (Fink et al, 2012, p. 59). De første symptomer er ofte så subtile, at både læge og patient overser dem. Behandlingen kan have tre udfald: helbredelse, kronisk sygdom, eller død (Fink et al, 2012, p. 59).

Pga. den multifaktorielle sygdomsmodel, giver det sjældent mening at tale om 'årsagen', idet mange faktorer spiller ind og er med til at forme sygdommen på forskellige tidspunkter i forløbet (Fink et al, 2012, p. 59). Lægen og patienten opfatter ofte de udløsende faktorer som årsagen, fx betragtes et trafikuheld som årsagen til symptomer på piskesmæld, selv om det ikke kan forklare de symptomer, der er tilbage efter at skaderne burde være helet, og andre muligheder udelukkes derved (Fink et al, 2012 p. 59f).

2.2.1 Prædisponerende og udløsende faktorer

Psykologiske og sociale faktorer er mulige prædisponerende faktorer, i samspil med patientens generelle genetiske og senere erhvervede sårbarhed (Fink et al, 2012, p. 61). Disse faktorer kan være "tidligt tab af nærtstående familiemedlem eller dårlige sociale kår" (Fink et al, 2012, p. 61), men er ikke specifik på funktionelle lidelser, da de også kan være prædisponible for andre lidelser. Mere specifikke faktorer er misbrug (fysisk eller seksuelt) som barn eller at en af patientens forældre har haft en funktionel lidelse. Sidstnævnte kan skyldes social indlæring, men der peges ifølge Fink og kollegaer også på en moderat genetisk faktor (Fink et al, 2012, p. 61).

De udløsende faktorer kan være fysisk eller psykisk stress – herunder immunologiske, emotionelle (tabet af nærtstående familie, fyring eller økonomiske problemer) eller kemiske. Kemiske faktorer kan fx være kronisk træthedssyndrom, som er udløst af en infektionssygdom (fænomenet er ikke undersøgt tilstrækkeligt, men forfatterne peger på, at traumet udløser en hypersensibilisering i hjernen) (Fink et al, 2012, p. 61).

2.2.2 Vedligeholdende faktorer

Sociale faktorer kan spille ind på vedligeholdelsen af funktionelle lidelser, herunder familieforhold, der kan være en psykisk belastning på patienten, eller familiemedlemmer, som fastholder patienten i sygerollen. Økonomiske forhold kan i nogle tilfælde have en rolle, fx hvis en patient venter på tildeling af pension eller udbetaling af forsikring (Fink et al, 2012, p. 61). Derudover er sundhedssystemets måde at tilgå patienten på, en medvirkende faktor til, hvordan sygdommen udvikler sig; læger kan være tilbøjelige til primært at have fokus på de fysiske forklaringer, og mindre på andre, hvilket kan skabe en øget sygdomsbekymring og -adfærd hos patienten, og dermed forstærke sygdommen, ved at forstærke patienten i sygerollen (Fink et al, 2012, p. 61f). Fink og kollegaer (2012) påpeger, at der nødvendigvis ikke er sammenhæng mellem ætiologi og behandling (mange ætiologiske faktorer spiller ind på sygdommen, og nye erfaringer påvirker, så det kan blive meget komplekst at forsøge at finde den enkelte årsagsforklaring, for der er ikke nogen) og behandling er i øvrigt afhængig af, hvilke muligheder der findes, og hvor der forventes størst effektivitet (Fink et al, 2012, p. 62f).

2.3 Biologi

Der findes stigende dokumentation for, at der ved funktionelle lidelser er en involvering fra biologiske mekanismer. Der menes fx på baggrund af tvillingestudier at være en arvelig disposition (Skjernov & Møhl, 2017, p. 513). Der er, endvidere, ifølge Fink og kollegaer, studier, som viser forandringer i hjernens funktion hos patienter, som lider af funktionelle lidelser, og nogle studier viser mulige strukturelle eller fysiologiske forandringer (Fink et al, 2012, p. 65). Fink og kollegaer henviser til flere studier, hvoraf nogle kan nævnes her. Kuchinad og kollegaer (2007) foretog et studie, der undersøgte kvindelige fibromyalgi-patienter mod en kontrolgruppe. De fandt, at

fibromyalgi-patienterne havde signifikant lavere volumen af grå substans i hjernen. Jo længere, patienterne havde haft fibromyalgi, jo større tab af grå substans-volumen, for hvert år svarende til 9,5 gange det normale fald, der kommer med aldring. I et andet studie, fandt de Lange og kollegaer (2005), at volumen af grå substans også er nedsat hos patienter med kronisk træthedssyndrom i modsætning til en rask kontrolgruppe. Wood og kollegaer (2007) undersøgte et lidt andet aspekt, hvor de så på dopamin-responsen i patienter med fibromyalgi mod raske kontrolpersoner. Selvom dopamin oftest bliver forbundet med belønningssystemet, antyder ny forskning, at det også er involveret i smertemodulering. De indsprøjtede hypertonisk saltvand i den forreste tibialis-muskel, og påførte derved dyb muskelsmerte. Fibromyalgi-patienterne oplevede større smerte ved denne indsprøjtning end kontrolgruppen, og frigav ikke dopamin ved den smertefulde stimuli, som kontrolgruppen gjorde. Mængden af dopamin korrelerede ikke med opfattet smerte, som hos kontrolgruppen. På baggrund af dette konkluderer forfatterne, at patienter med fibromyalgi har en unormal dopaminrespons på smerte, og kan ligge til grund for den smerte, der er forbundet med fibromyalgi.

Der er desuden, ifølge Skjernov og Møhl (2017), via blod- og spytpøver fundet dysreguleringer i HPA-aksen med stresshormonet kortisol, og ved stress-test har man fundet øget aktivitet i det autonome nervesystem, samt fundet forandringer i neurotransmittersystemerne dopamin, serotonin og noradrenalin og deres receptorer via PET-scanninger og blodprøver. Fundene tyder, ifølge forfatterne, på et udtryk for vedvarende, svære eller tidlige stresspåvirkninger, frem for primær neurologisk sygdom (Skjernov & Møhl, 2017, p. 514).

Selvom der hersker enighed om, at centrale mekanismer er involveret, er man stadig uenige om, præcis hvilke mekanismer, der er tale om og der er forskellige hypoteser (Fink et al, 2012, p. 65).

Fink og kollegaer (2010) inddeler de herskende hypoteser i to grupper; den ene gruppe formoder, at der er en sensorisk dysfunktion, og den anden antager, at der er en øget symptomproduktion.

Den første hypotese indeholder flere del-hypoteser: nedsat *filterfunktion* (at stimuli til hjernen ikke bliver hæmmet) eller *central sensibilisering* (de kropslige signaler bliver forstærket, grundet en central hypersensibilisering); eller at patienten har en øget *smertetærskel* (Fink et al, 2012, p. 65).

Hvis filterfunktionen er utilstrækkelig, betyder det, at de stimuli, som normalt bliver sorteret fra (fordi vi hele tiden bliver bombarderet med input og ikke alt er relevant), trænger sig på og når frem til bevidstheden. Dette kan skyldes psykologiske faktorer, der ændrer perceptionstærsklen, via biologiske mekanismer, eller der kan være en defekt i filtermekanismen (Fink et al, 2012, p. 66).

Central sensibilisering er indenfor smerteforskning en meget udbredt del-hypotese (Fink et al, 2012, p. 67; Skjernov & Møhl, 2017, p. 514). Den går ud på, at en langvarig stimulering og overstimulering af det somatosensoriske område i hjernen øger sensibiliteten. De vedholdende smerter forandrer de neuroner, der indgår i bearbejdningen af smertestimuli, og dette kan derved blive en vedligeholdende faktor for funktionelle lidelser. Hypotesen støttes dog ikke entydigt af resultater fra forskningen (Fink et al, 2012, p. 67). En forklaring kunne være, at sensibiliteten er specifik, så det kun er bestemte modaliteter, der er øget sensitivitet for, og at andre input blokeres, fordi de aktuelle smerter er dominerende (Fink et al, 2012, p. 67).

En sidste del-hypotese antager også, central sensibilisering har en betydning for funktionelle lidelser, men forholder sig næsten modsat til ovenstående. Den antager, at det centrale nervesystem, som behandler de sensoriske indtryk, ikke er følsomt eller fintunet nok til at patienten kan opfange normale kropslige stimuli, men først når stimuliene bliver tilstrækkeligt kraftige nok, vil patienten reagere, hvorved det så kan være for sent at forebygge mere vedholdende gener. Forfatterne henviser til et studie hvor det er fundet, at patienter med mange symptomer havde højere smertetærskel end raske (Kuzminskyte, 2008 ifølge Fink et al, 2012, p. 68). De peger desuden på, at forklaringen kan være en ubalance i samspillet mellem hjernedelene i smerteprocesseringen, eller en transmitterubalance (Fink et al, 2012, p. 68).

Den anden gruppe har den hypotese, at det centrale nervesystem medvirker til produktion af symptomer. Ved psykiske eller fysiske belastninger, reagerer kroppen med arousal; øget vagtsomhed eller alarmtilstand, som medfører produktionen af en række symptomer, herunder fx muskelspændinger. Dette foregår gennem det autonome nervesystem og HPA-aksen (fx med stress-hormoner som cortisol, noradrenalin mfl.). Hjernen kan desuden også spontant producere symptomer ved understimulering, som det ses ved fantomsmerter (Fink et al, 2012, p. 70; Skjernov & Møhl, 2017, p. 514).

Det anbefales overfor patienten at give en simpel forklaring om, at patienten kan have nedsat overfølsomhed af nervesystemet, og forklare, at symptomperceptionen kan være forstyrret, samt at patienten er i øget alarmberedskab pga. denne forstyrrede perception (Skjernov & Møhl, 2007, p. 514).

2.4 Lægens udfordringer med patienter med funktionelle lidelser

Inden der vil ses på behandlingen af funktionelle lidelser i medicinsk regi, bør der kort ses på, hvad der kan være en udfordring for lægen ved denne patientgruppe. Dette afsnit vil omhandle, hvad sker der mellem læge og patient, som kan gøre det svært at have med funktionelle lidelser at gøre.

Det bliver ofte udlagt som en udfordring, at patienten er afvisende overfor psykosociale forhold ifm. funktionel sygdom, men det er en misforståelse, og i nogle tilfælde er det lægen, der somatiserer, og patienten kan derfor føle sig misforstået (Fink et al, 2012, 71). Problemet ved, at lægen somatiserer og foretager en masse undersøgelser, selvom han ikke finder noget, er, at lægen bidrager til at fastholde patienten i sygerollen (Fink et al, 2012, p. 72).

Der kan dog være flere grunde til, at lægen gør dette, og de fleste skyldes manglende kendskab og uddannelse i behandling af funktionel lidelse, samt tidspres (Fink et al, 2012, pp. 72ff).

Hvis patienten beder om undersøgelser, kan lægen gå med på det, for at berolige patienten, selvom det i virkeligheden kan få den modsatte effekt. Patienten kan tænke, at når nu lægen går med til undersøgelsen, må det jo betyde, at lægen også er i tvivl, så måske er der noget om det? (Fink et al, 2012, p. 75f).

Generel manglende kendskab til andre tilbud, og endda manglende tiltro til psykosociale behandlingstilbud kan gøre det svært for lægen, hvem han skal henvise til (Fink et al, 2012, p. 74f). Fink og kollegaer pointerer i denne sammenhæng: "Desværre er de negativt prægede holdninger til det almene psykiatriske behandlingstilbud ikke uden substans. Mange psykiatere og psykologer har kun en sparsom viden om funktionelle tilstande og behandlingen af disse" (Fink et al, 2012, p. 75) og uddyber, at der er en tendens i psykiatrien til at opfatte funktionelle lidelser som lettere psykiske forstyrrelser, som ikke hører hjemme i psykiatrien, og at denne opfattelse formentlig bunder i, at de sjældent ser disse patienter i psykiatrien, da de i stedet opsøger egen

læge med deres fysiske symptomer. Dette bevidner, at patienten ikke får den rette behandling (Fink et al, 2012, p. 74f).

Lægen er uddannet til at varetage udredning og behandling af somatisk sygdom, og dette kan påvirke hans opfattelse af lægerollen, som én der behandler somatisk sygdom, og at andet er uden for hans rolle (Fink et al, 2012, p. 77). Desuden har lægen ofte manglende kundskaber til at håndtere patienter med funktionel lidelse, da han er uddannet i en biomedicinsk forståelse og kan være usikker overfor psykologiske aspekter, hvormed det er mere naturligt for lægen at gribe til velkendte rutiner med test og behandlingsforsøg (Fink et al, 2012, p. 76). Det kan endvidere være et spørgsmål om blufærdighed, der afholder lægen fra at spørge ind til psykosociale forhold eller emotionelt velbefindende, da lægen ikke vil krænke patienten. Det afgørende for, om patienten vil opfatte det sådan, er dog, om han forstår baggrunden for, at lægen er interesseret i den viden, lægen søger (Fink et al, 2012, p. 77). Selv hvis dette kan blive formidlet til patienten, kan lægen være nervøs for, hvad patienten kan åbne op for, specielt hvis lægen tidligere har erfaringer med, at det kan være som at åbne Pandoras æske (Fink et al, 2012, p. 78). Patienter kan gå rundt med nogle meget stærke historier og følelser, som det kan være overvældende som læge at forholde sig empatisk og rummende til, endsige lukke ned igen på en indfølelse måde (Fink et al, 2012, p. 78).

Desuden kan frykten for at overse somatisk sygdom være en afgørende faktor for, at lægen foretager ekstra undersøgelser. Dette kan i sig selv være godt – så længe der er en faglig grund til at gøre dette. De problematiske grunde til dette er, hvis lægen gør det for sin egen skyld fremfor patientens, fx for at holde sin egen ryg fri, af frygt for klager eller retsforfølgelse, eller pga. faglig usikkerhed (Fink et al, 2012, p. 73f).

2.5 Behandling

Funktionel lidelse bør overvejes, hvis patienterne opsøger eller tidligere har opsøgt læge med funktionelle symptomer, har et diffust symptombillede, ikke har responderet som forventet på en behandling, eller at lægen har en fornemmelse af, at der er noget, der ikke rigtigt hænger sammen (Fink et al, 2012, p. 102). Den anbefalede tilgang til behandling vil blive udlagt i det følgende.

2.5.1 Psykoterapeutisk behandling

Ifølge Fink og kollegaer er behandlingsresultaterne med psykologisk behandling af funktionelle lidelser gode (Fink et al, 2012, p. 89). Dette gælder for syndromer som kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi, irritabel tyktarm og non-kardiogene brystsmerter, og dette specielt ved behandling med kognitiv adfærdsterapi (KAT). Resultater viser, at de forskellige syndromer kan behandles på samme måde med KAT (Fink et al, 2012, p. 89). Dog har psykodynamiske behandlinger også vist sig gavnlige (Fink et al, 2012, p. 89f). Skjernov og Møhl (2017, p. 516) påpeger dog på baggrund af en meta-analyse fra 2014 af 21 RCT-studier (van Dessel et al, 2014), som undersøger forskellige terapitypers effekt for somatoforme lidelser og medicinsk uforklarlige fysiske symptomer, at ”overordnet konkluderes det, at der aktuelt kun findes evidens for effekt af psykoterapi af typen kognitiv adfærdsterapi” (Skjernov & Møhl, 2017, p. 516). Fink og kollegaer (2012) pointerer, at KAT ikke er en entydig behandlingsform, men at det grundlæggende er en værktøjskasse, som man kan tilpasse forskellige lidelser. Psykologer, som behandler funktionelle patienter, bør derfor beherske de specifikke metoder, som er nødvendige ved funktionelle lidelser (Fink et al, 2012, p. 137).

2.5.2. Farmakologisk behandling

Både Fink og kollegaer (2012), Skjernov og Møhl (2017) og Afdelingen for Funktionelle lidelser¹⁰ peger på, at farmakologi kan være effektiv i behandlingen af funktionelle lidelser. Antidepressiva (NaSSA, TCA, SNRI, SSRI) kan være effektiv specielt ved samtidig angst, depression eller anden psykisk lidelse, men også ved patienter, som ikke er depressive (Fink et al, 2012, p. 95). Skjernov og Møhl peger (2017) på, at SSRI og SNRI har evidens for at være virksom ved længerevarende, svær funktionel lidelse, og TCA (TriCykliske Antidepressiva) er effektiv for patienter med kroniske, funktionelle smertetilstande, som fibromyalgi (p. 516f).

Antiepileptika formodes også at have en effekt i smertebehandling af patienter med funktionelle lidelser (Fink et al, 2012, p. 95; Afdelingen for Funktionelle lidelser¹¹).

Nogle patienter kan være skeptiske over for brug, da de kan få opfattelsen af, at lægerne misforstår dem og blot betragter dem som deprimerede og det er

¹⁰ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/behandling/>, tilgået den 8. maj 2020

¹¹ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/behandling/>, tilgået den 8. maj 2020

dermed vigtigt for forløbet, hvordan medicinen bliver præsenteret for patienten (Fink et al, 2012, p. 95). I første omgang anbefales kognitiv adfærdsterapi, pga. bivirkninger ved farmakologisk behandling (Skjernov & Möhl, 2017, p. 517).

Ifølge Fink og kollegaer (2012, p. 100), er effektstyrken af kognitive og farmakologiske behandlingsformer ved kroniske funktionelle lidelser typisk kun moderate. De påpeger, at forklaringen kan være, at lægevidenskaben ikke har haft held med at udvikle interventioner, som kan behandle patienternes symptomperception, eller at der kan være opstået varige, biologiske ændringer i hjernens bearbejdning af kropslige sensationer, som ikke kan påvirkes medicinsk eller psykoterapeutisk. Dog bliver nogle patienter helt symptomfrie (Fink et al, 2012, p. 100).

2.5.3 Andre anbefalede behandlingsformer

Ud over ovenstående, anbefaler Afdelingen for Funktionelle Lidelser¹² behandling med Acceptance Commitment Therapy, hvor man arbejder med at blive bedre til at tackle sygdommen, ved at fokusere på det, man har kontrol over og øge opmærksomhed på det, der har værdi. De anbefaler desuden Mindfulness (meditation, yoga osv.); og Graderet genoptræning, som er langsom, systematisk genoptræning af fysisk udholdenhed, og som mange fysioterapeuter kan varetage.

2.5.4 Stepped care-modellen

Hvilken behandling, der passer til den enkelte patient, og hvem der skal tage sig af patienten, afhænger af sværhedsgraden af sygdommen. Behandlingen af funktionelle lidelser bør tage udgangspunkt i *stepped care*-modellen, som fremgår af bilag 1. Der bør være en overordnet specialist, der sørger for at samle op og guide lægen, men desværre findes der ikke sådan en ordning i det danske sundhedssystem, påpeger Fink og kollegaer (2012, p. 91f). I stedet er det hensigtsmæssigt, at den praktiserende læge fungerer som tovholder, og kan indsamle informationen fra de forskellige specialer, som skal undersøge patienten (Sundhedsstyrelsen, 2018, p. 33). Målet er, ifølge

¹² <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/behandling/>, samt <https://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-og-forskere/til-behandlere/>, begge tilgået den 8. maj 2020

Afdelingen for Funktionelle Lidelser¹³, at alle læger, i alle specialer, skal blive i stand til at genkende og behandle denne patientgruppe.

Lægen kan og bør behandle lette til moderate tilfælde af funktionelle lidelser, hvis han er ordentligt klædt på til det (og i nogle tilfælde også de svære, selvom en specialist ville være at foretrække) (Fink et al, 2012, p. 93; Sundhedsstyrelsen, 2018, p. 32).

TERM-modellen anbefales som et efteruddannelses-program til praktiserende læger, med det formål at forstå og blive i stand til at behandle lette til middelsvære tilstande af funktionelle lidelser i egen praksis. Foruden bogen ”Funktionelle lidelser” af Fink og Rosendal (2012), som også er udgangspunktet for dette kapitel, består uddannelsen af et intensivt kursus, hvor de forskellige elementer trænes i praksis. Modellen, som tager afsæt i kognitiv terapi, er tilpasset primærsektoren, og er en model for konsultationsprocessen fra start til slut¹⁴. Den vil i korte træk blive udlagt nedenfor. Ved sværere tilfælde, kan lægen henvise til en psykolog, som har erfaring med funktionelle tilstande, eller en specialist (Sundhedsstyrelsen, 2018, p. 32).

TERM-modellen for funktionelle lidelser fremgår ikke af sundhedsstyrelsens hjemmeside¹⁵, men bliver anbefalet af Dansk Center for Almen Medicin¹⁶, foruden Afdeling for Funktionelle Lidelser¹⁷ (sidstnævnte har været med i udviklingen af modellen (Fink et al, 2012, p. 15)).

2.5.5 The Extended Reattribution and Management Model (TERM-modellen)

Behandlingen kan i nogle tilfælde gennemføres med få konsultationer hos egen læge, og forebygge udvikling af sygdomsbekymring eller kronificering (Fink et al, 2012, p. 101). The Extended Reattribution and Management Model (herefter TERM-modellen) indeholder først og fremmest nogle generelle samtaleteknikker, som psykologisk set er vigtige for, at patienten føler sig set og forstået. Det er en forudsætning, at lægen er

¹³ <https://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-og-forskere/til-behandlere/>, tilgået den 8. maj 2020

¹⁴ Dansk Selskab for Almen Medicin: <https://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=657&gotoChapter=657>, tilgået den 8. maj 2020

¹⁵ <https://www.sst.dk/da/viden/funktionelle-lidelser>, tilgået den 18. maj 2020

¹⁶ <https://vejledninger.dsam.dk/funktionellelidelser/?mode=visKapitel&cid=657>, tilgået 18. maj 2020

¹⁷ <https://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-og-forskere/kurser-undervisning/term-modellen/>, tilgået 18. maj 2020

nærværende, og sørger for, at patienten føler sig tryk ved at åbne op og fortælle (Fink et al, 2012, p. 103). Disse spørgeteknikker indbefatter sokratiske spørgeteknik, hvor lægen er nysgerrig, neutral, stiller åbne spørgsmål, og hvor han ikke korrigerer, giver råd eller forklaringer, da patientens oplevelse er central (Fink et al, 2012, p. 103f); opsummeringer, hvor lægen gentager, omformulerer og tolker på det, patienten fortæller, for at være sikker på, at han har forstået patienten korrekt (Fink et al, 2012, p. 105f); og emotionel feedback, hvor lægen giver udtryk for empati for patienten, så patienten føler sig hørt og set (Fink et al, 2012, p. 106). For at få et bedre billede af patientens oplevelse, kan lægen samle information om tidligere sygdomsepisoder, mønstre, reaktioner, kronicitet og psykiatrisk anamnese inden konsultationen (Fink et al, 2012, p. 106).

TERM-modellen fremgår af bilag 2. Modellen er en vejledning for en konsultation med en patient med funktionelle lidelser, og er delt op i flere faser: A) *Forståelse*, B) *Lægens bord og anerkendelse*, C) *Forhandling af en ny eller modificeret forståelsesmodel*, D) *Opsummering og planlægning af efterforløb*, og E) *Håndtering af kroniske tilstande* (Fink et al, 2012, p. 107). Disse vil kort uddybes.

A) Forståelse

Lægen bør få præciseret de fysiske symptomer så meget som muligt, samt hvordan de kan variere og hvilken sammenhæng de har med emotionelle tilstande. Dette kan endvidere hjælpe patienten til at få overblik over sine egne symptomer, som kan virke uoverskuelige, hvilket i sig selv kan have en behandlende effekt (Fink et al, 2012, p. 108). Lægen bør samle information om symptomer på angst og depression, (Fink et al, 2012, p. 109), om der er nogle sociale, arbejdsmæssige eller familiære belastninger (Fink et al, 2012, p. 109f), og få et billede af patientens funktionsevne, smertehåndtering og sygdomsadfærd (Fink et al, 2012, p. 110). Inden lægen kommer med sin vurdering af sygdommen, bør han afdække patientens egen sygdomsvurdering, da dette har stor betydning for, hvordan patienten håndterer sin sygdom. Patientens forventning til lægens udredning og behandling er også væsentlig, og det er vigtigt at finde et fælles realistisk mål at arbejde henimod (Fink et al, 2012, p. 111f). Slutteligt bør lægen foretage en fokuseret klinisk undersøgelse af patientens symptomer, også selvom lægen ikke har mistanke om organpatologi, for af psykologiske grunde at udelukke dette for

patienten (Fink et al, 2012, p. 113). Som tidligere omtalt er det blot vigtigt, at lægen er opmærksom på, at dette også kan vedligeholde patienten i en sygdomsopfattelse.

B) Lægens bord og anerkendelse

Når anamnesen og de kliniske undersøgelser er foretaget, skal lægen formidle resultaterne til patienten, herunder både negative og positive fund. Det er meget vigtigt, at lægen ikke siger, at patienten ikke fejler noget. Derimod kan han i stedet sige, at patienten ikke fejler det, som patienten eller lægen troede (Fink et al, 2012, p. 113). Det betyder ikke, at patienten lyver om sine symptomer, og det er vigtigt at anerkende, at patientens symptomer er reelle og plagsomme. På baggrund af dette skal det formidles til patienten, at lægen, på baggrund af sin ekspertviden, ikke vil foretage flere somatiske undersøgelser, og at der ikke findes nogen virksom traditionel, medicinsk eller kirurgisk behandling (Fink et al, 2012, p. 114).

C) Forhandling af en ny eller modificeret forståelsesmodel

Det næste step er at forhandle en ny forståelsesmodel sammen med patienten. Det mest effektive er, hvis patienten selv kommer frem til, at der kan være andre forklaringer end de somatiske (Fink et al, 2012, p. 115). Hvis man fra starten har haft fokus på den psykologiske komponent, bliver det nemmere at få patienten til at se denne sammenhæng. Fink og kollegaer (2012) fremlægger nogle samtaleteknikker til denne del af konsultationen, hvor de påpeger, at det er vigtigt at undgå konflikt (forhandle med patienten i stedet for at ende i en konfronterende diskussion); og styrke selvhjælp og egen kontrol (ved at anerkende og fremhæve de gode ideer, som patienten har) (p. 116).

D) Opsummering og planlægning af efterforløb

Sammen med patienten forhandles et nyt behandlingsforløb. I de lette tilfælde vil det være nok at opsummere og normalisere tilstanden for patienten, hvorefter denne kan afsluttes. Ved moderate og svære tilfælde af funktionel lidelse planlægges en samtalerække med faste tider. Patienten kan have svært ved at acceptere, at der ikke er nogen fysisk årsag, og det vil være målet med disse samtaler, at få patienten til at se den psykiske komponent. I disse samtaler ser lægen og patienten også på coping-strategier ift., hvordan patienten selv kan forværre eller forbedre sin aktuelle tilstand. Der henvises evt. til psykolog eller specialist (Fink et al, 2012, p. 122). Ift. stepped care-

modellen (se bilag 1) bør de svære tilfælde behandles ved en specialafdeling med kognitiv adfærdsterapi, genoptræning og evt. farmakologisk behandling.

E) Håndtering af kroniske tilstande

I de kroniske tilfælde er det mere realistisk at se på håndtering end kurering af sygdommen. Målet vil være at give patienten den bedst mulige tilværelse trods sin sygdom (Fink et al, 2012, p. 122f). Medicin kan være nødvendigt (Fink et al, 2012, p. 126). Det er ligeledes vigtigt at indgå i en dialog med patienten om forventninger til helbredelse, dette fra begge parter synspunkt, og lægen må være ærlig ift. de lægefaglige begrænsninger (Fink et al, 2012, p. 129). Hvis muligt, bør lægen sørge for, at patienten begrænser sig til én behandler, da de vedvarende undersøgelser kan fastholde patienten i en forkert sygdomsopfattelse. Det er vigtigt, at lægen er tovholder og opfattes som en stabil samarbejdspartner (Fink et al, 2012, p. 136).

2.5.6 Opfølgende samtaler og kognitiv adfærdsterapi

For de patienter, som ikke kan afsluttes efter en enkelt konsultation, fremlægges der nogle anbefalinger til de opfølgende samtaler. I disse samtaler bør symptomerne ikke fylde for meget. I stedet bør fokus være på de ting, der volder problemer for patienten, og som vedligeholder adfærd og symptomer. Samtalen er en dialog, og fokus er på nutiden: *”at arbejde med barndommen kan være relevant i en langvarig psykoterapi, men er sjældent en god ide i andre situationer, snarere tværtimod. Patienten, der har mange ’lig i lasten’, kan blive helt absorberet og handlingslammet. Det vil for dem være en stor hjælp, at de holdes i fast i nutiden og i praktiske, konkrete problemer. For andre patienter kan det at tale om barndommen være en flugt fra at tage stilling til nutidige problemer”* (Fink et al, 2012, p. 138f). Derfor anbefales nogle teknikker fra kognitiv adfærdsterapi (KAT), som har fokus på her og nu. Først vil kort gives et billede af den basale tankegang bag KAT.

Den basale tankegang bag kognitiv adfærdsterapi er, at man antager, at tanker hænger sammen med følelser og kropslige reaktioner, som igen hænger sammen med handlinger. Følelserne kan ikke påvirkes aktivt, men tanker og handlinger kan, og på den måde kan man påvirke følelserne og de kropslige reaktioner. Derved er tanker og handlinger fokus for kognitivadfærdsterapi, idet de kan påvirkes og ændres. En stor del af den kognitive tilgang er at undervise patienten i denne tankegang (psykoedukation), sådan

at patienten kan lære at hjælpe sig selv. Basale begreber indenfor denne terapiretning er skemata (grundlæggende antagelser), dysfunktionelle antagelser (uhensigtsmæssige antagelser), automatiske tanker (som skabes på baggrund af skemata og dysfunktionelle antagelser) og alternative tanker (tanker, som patienten fremstiller sammen med lægen, som alternativ til de uhensigtsmæssige automatiske tanker) (Fink et al, 2012, pp. 141ff).

I KAT er grundtanken, at man skal ændre de dysfunktionelle tanker og handlinger, og at dette vil føre til ændringer i følelsesregistret og dermed i de kropslige reaktioner. Det er nødvendigt, at behandlingen tager udgangspunkt i konkrete situationer, og hvis patienten har svært ved at komme med eksempler, kan lægen bede ham udfylde et ugeskema over symptomer, så patienten kan begynde at lægge mærke til sammenhænge. I ugeskemaet udfylder patienten tanker, handlinger og følelser forbundet med kropslige reaktioner – og de automatiske tanker, som følger. Dernæst udfyldes sammen med lægen et alternativt skema med alternative tanker, som patienten kan erstatte de automatiske tanker med, og som er mindre uhensigtsmæssige for patienten (Fink et al, 2012, p. 142f).

Gradueret træning og aktivering kan være et værktøj, lægen kan arbejde med patienten med, idet patienter med funktionel lidelse ofte har nedsat funktionsevne. Dette bør genoptrænes. Det er essentielt, at der bliver taget små skridt, idet patienten kan blive overmodig én dag, hvilket blot vil føre til tilbageslag og skuffelse dagen efter. Det er vigtigt at følge patienten tæt og i fællesskab lave mål, som giver små sejre. Målet er en grad af belastning, sådan at man også kan være aktiv dagen efter (Fink et al, 2012, p. 145). Patientens sygdomsopfattelse er vigtig ift. behandling. Det er svært at få patient til at dyrke motion, hvis han grundlæggende er af den opfattelse, at motion er sygdomsfremkaldende. Det er derfor vigtigt at ændre patientens overbevisning, da det ellers vil være svært at hjælpe patienten til ændre sine handlinger (Fink et al, 2012, p. 143f).

Det er et basisprincip i KAT, at der opstilles realistiske, specifikke mål. Dette gælder både langsigtede mål for forløbet, men også delmål for de enkelte konsultationer. Patient vil ofte have et mål om at blive helt symptomfri, hvilket kan være uoverskueligt, og måske ikke opnåeligt. Dette kan gøre patienten opgivende. Konkrete mål, som kan brydes ned i små, overskuelige trin, kan give små sejre, som kan give patienten

håb (Fink et al, 2012, p. 147). Patienten kan have en sort-hvid tankegang, hvor han er overbevist om, at hvis han ikke kan én ting, så kan han ikke noget, og lægens opgave er derfor at hjælpe patienten til at se de grå nuancer, og at hjælpe patienten til at rykke sine grænser for sin formåen i små skridt (Fink et al, 2012, p. 147). Lægen kan sammen med patienten udfylde et målskema eller en måltrappe, hvor delmål og slutmål bliver klarlagt, og trin for at opnå mål, bliver præciseret (Fink et al, 2012, p. 147).

2.6 Delkonklusion

Den nuværende danske, medicinske forståelse af funktionelle lidelser er baseret på den bio-psyko-sociale forståelsesmodel og behandlingen tager udgangspunkt i TERM-modellen og teknikker fra kognitiv adfærdsterapi (Fink et al, 2012, p. 137; Afdelingen for funktionelle lidelser¹⁸). Generelt er det kognitiv adfærdsterapi, som bliver fremhævet som den bedste behandling ved disse lidelser (Fink et al, 2012, p. 137; Skjernov & Møhl, 2017, p. 516f). TERM-modellen er baseret på KAT, og er udarbejdet til den alment praktiserende læge, så han kan varetage behandling af de lette til middelsvære tilfælde af funktionel lidelse (Fink et al, 2012). Det er centralt ved TERM-modellen at få patienten til at forstå og acceptere, at sygdommen ikke udelukkende er fysisk, og dette kan potentielt være helende i sig selv. Den videre behandling har fokus på patientens nuværende situation, på tanke- og handlemønstre, og på ændringen af disse, for at hjælpe patienten til at være mindre hæmmet af sin sygdom og i nogle tilfælde opleve symptomreducering.

¹⁸ <https://funktionellelidelser.dk/for-fagfolk-og-forskere/til-behandlere/>, tilgået den 9. maj 2020

Kapitel 3: Bidrag til forståelse og behandling:

Intensiv Dynamisk Korttidsterapi (ISTDP)

Ovenstående afsnit har gennemgået den nuværende medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser. Fortalere for intensiv dynamisk korttidsterapi fremhæver dog denne terapiform som velegnet i behandlingen af samme patientgruppe, både til de lette, middelsvære og svære tilfælde (Abbass & Schubiner, 2018; Abbass, Town & Driessen, 2012). Det er derfor relevant at se på, i hvilken udstrækning denne terapiform kan bidrage med viden og teknikker til den nuværende medicinske behandling af patienter, som lider af funktionelle lidelser. Teori og behandling vil blive udlagt i det følgende.

3.1 Afgrænsning

Dette speciale tager udgangspunkt i Allan Abbass' tilgang til intensiv dynamisk korttidsterapi (eng: intensive short-term dynamic psychotherapy, heraf ISTDP). Abbass baserer sig, som andre ISTDP-forfattere, som Jon Frederickson (2013) og Patricia Coughlin Della Selva (2001), på arbejde af Habib Davanloo. Davanloo udviklede i 1970'erne short term dynamic psychotherapy (STPP), en behandlingsform, som havde aktive interventioner, heriblandt udfordring og konfrontation af forsvar, for at få adgang til ubevidste, uforløste følelser (Abbass, Town, Driessen, 2012, p. 98). Idet terapien ikke viste sig egnet til patienter med lav angst-tolerance (som svære depressive eller somatiserende patienter), videreudviklede han terapien og satte fokus på opbygelse af angst-tolerance, og heraf blev ISTDP udviklet. Han forfinede sin teknik gennem videooptagelser af sessioner, hvor han sammenlignede de patienter, som responderede på terapien, med dem, som ikke gjorde. Derudover brugte han patienternes feedback, som han fik fra dem, ved at de så videooptagelserne af deres egne sessioner, til at udvikle på terapien. Disse videooptagelser udgjorde derved en stor del af uddannelse, forskning og videreudvikling af ISTDP (Abbass, Town, Driessen, 2012, p. 98).

Det er i dette speciale valgt at fokusere på Allan Abbass' udlægning af ISTDP. Selvom Frederickson, Della Selva og Abbass baserer sig på samme udgangspunkt, vil der alligevel være mindre variationer imellem de forskellige udlægnings af terapien og den bagvedliggende teori. For at undgå en snæver, knudret diskussion af indbyrdes forskelle indenfor samme felt, og siden formålet er at se på ISTDP's

betydning for psykofysiologiske sygdomme, er det valgt at fokusere snævert. Udgangspunktet ligger i Abbass, da han har arbejdet mere målrettet med somatisk symptomlindring, end Frederickson og Della Selva har. Afsnittet er baseret på de to værker ”Reaching Through Resistance” (2015), som er en udførlig guide til ISTDP som teknik og ”Hidden from View” (Abbass & Schubiner, 2018), som specifikt handler om, hvordan man som kliniker forstår og behandler psykofysiologiske lidelser, altså psykisk manifesterede somatiske sygdomme. En anden fordel er, at Abbass er psykiater, og dermed har det medicinske syn for øje, noget der bliver tydeligt i hans samarbejde med Howard Schubiner (som er specialist i indremedicin) i ”Hidden from View” (2018), hvor der er et stort fokus på at sikre sig, at strukturel sygdom er udelukket inden man behandler terapeutisk, sådan at man ikke overser livstruende sygdomme, som kunne være behandlet lægefagligt.

3.1.1 Definition af ISTDP

Intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) er en emotionsfokuseret terapiform (Abbass 2016, p. 246), som har udgangspunkt i det psykodynamiske paradigme. Det vil sige, at anerkendelsen af det ubevidste spiller en central rolle for forståelsen af symptomer og som genstand for behandling. Det emotionsfokuserede består i, at arbejdet med følelser er centralt for terapien. Terapien er rettet mod symptomlindring og karakterændring, ved at skabe adgang til undertrykte, konfliktfyldte følelser. Det centrale består i, at fortrængte, ubevidste følelser skaber ubevidst angst, som giver symptomer, og disse symptomer kan man afhjælpe ved at skabe adgang til de ubevidste følelser, så de kan opleves og bearbejdes (Abbass, 2015; Abbass & Schubiner, 2018).

3.1.2 Sammenhæng mellem krop og psyke

Inden for ISTDP er det anerkendt, at der er en sammenhæng mellem kroppen og psyken (Abbass & Schubiner, 2018; Abbass 2015), og det er netop derfor denne terapi type er interessant i forståelsen af funktionelle lidelser. Det antages her, at fysiske symptomer skabes ved, at ubærlige følelser i patientens ubevidste skaber angst, som kommer til udtryk gennem kropslige symptomer. Abbass kalder dette ’somatization of emotions’ (Abbass, 2005, p. 215). Fordi symptomerne er skabt af angsten for de ubevidste følelser, kan terapeuten gennem terapi hjælpe patienten med at nedregulere angsten, vende patienten mod sine egne forsvar, og derved komme i kontakt med disse følelser,

og på den måde 'skubbe' somatiseringen ud (Abbass, 2005, p. 217f). Dermed mindskes eller reduceres de fysiske symptomer hos patienten, ved at patienten kommer i kontakt med sine ubevidste følelser og føler dem (Abbass & Schubiner, 2018, p. 143)

3.1.3 Forsvarsmekanismer, følelser og somatisering

De fysiske symptomer opfattes derfor indenfor ISTDP som forsvarmekanismer (Abbass, 2015, pp. 11ff; Abbass & Schubiner, 2018 p 70ff), da de forsvarer mod skræmmende, intense eller modstridende ubevidste følelser. Den primære drivkraft bag somatiske symptomer er skyld over vrede - men også kærlige følelser, og sorg over tab og vrede i sig selv, spiller en stor rolle (Abbass & Schubiner, 2018, p. 118). Disse følelser kan være komplekst forbundne, og gør det netop derfor svært for patienten, bevidst at være i kontakt med følelserne, hvormed det har ført til fortrængning. I stedet somatiserer patienten, dvs. når de farlige følelser dukker op, bliver de af hjernen fortrængt og går i stedet i fx maven og skaber smerter (Abbass, 2015, p. 17). Af nogle forfattere opfattes det som det ubevidstes måde at distrahere den bevidste del af sindet på, sådan at det fysiske ubehag tager fokus fra det psykiske ubehag (Sarno, 2006, p. 12). Nogle patienter oplever følelsen kortvarigt inden den forsvinder, hos andre er forsvarmekanismen så effektiv, at de ikke engang mærken følelsen kortvarigt, men fortrængningen sker så hurtigt, at de slet ikke opdager hvad der sker (Abbass & Schubiner, 2018, p. 72). Man oplever derved ofte blokering eller hæmning af emotioner, hos patienter, som somatiserer (Abbass, 2005, p. 216). Det fænomen, at nogle mennesker kan have svært ved at identificere, opleve og udtrykke følelser kaldes aleksitymi, og det ses ofte ved patienter, hvis symptomer primært er drevet af ubevidste, emotionelle processer (Abbass & Schubiner, 2018, p. 3f).

3.1.4 Psykofysiologiske sygdomme og strukturelle sygdomme

Psykofysiologiske sygdomme (PPD) anvendes af Abbass og Schubiner (2018) om de tilstande, som skyldes psykologiske processer og som kræver psykologisk behandling. Strukturelle sygdomme er tilstande, som er somatisk i sin oprindelse, dvs. at der er tale om en reel fysisk forandring i kroppen, som kræver lægefaglig behandling. De lægger dog vægt på, at man godt kan lide af PPD og strukturelle sygdomme på samme tid. Strukturelle sygdomme kan endvidere forårsage emotionelle reaktioner, hvilket kan

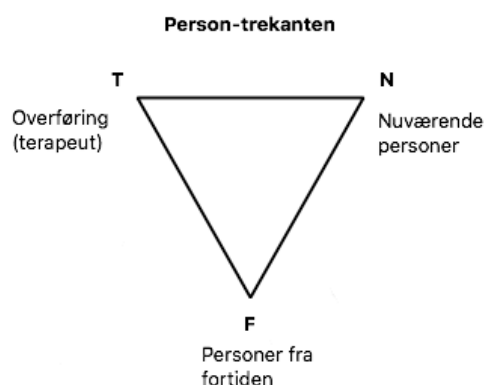
gøre det vanskeligt at skelne. Det er dog vigtigt ift. behandling at distancere mellem psykofysiologiske og strukturelle sygdomme (Abbass & Schubiner, 2018, p. 8).

3.2 Teoretisk position

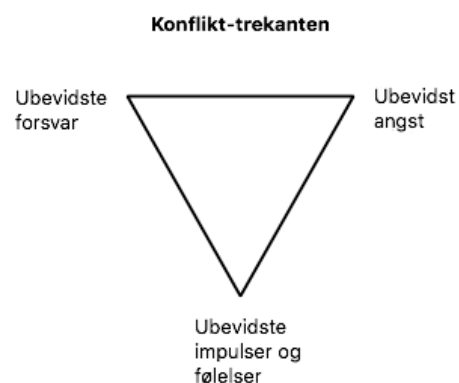
Ud over Davanloo, trækker ISTDP på Bowlbys tilknytningsteori (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 67f), og Malans to trekanten: persontrekanten og konflikttrekanten (Abbass, 2015, pp. 8-11). Derudover er en væsentlig del af ISTDP, teorien om de fire kanaler, hvorigennem angsten kan manifesteres; i den tværstribede muskulatur, i den glatte muskulatur, som kognitive-perceptuelle forstyrrelser eller som motor conversion. Det er de symptomer (som er beskrevet nærmere under kategorierne nedenfor) som ofte bliver mistolket som værende strukturelle sygdomme (idet de nogle gange er (Abbass & Schubiner, 2018, p. 16)), hvormed samspillet mellem det lægefaglige og psykologfaglige bliver relevant.

3.2.1 Malans trekanten

David Malans (1979) to trekanten, konflikttrekanten og persontrekanten, er en vigtig del af det teoretiske fundament i ISTDP. Forholdet mellem terapeut og patient er centralt i terapien, og spiller en stor rolle i interventionerne. Følelser rettet mod terapeuten indeholder vigtige informationer om patientens problematikker, og er en nøgle til følelser rettet mod nuværende og tidligere nøglepersoner i patientens liv (se figur 3.1). Overføringen gør det muligt at bearbejde nogle af de tidligere traumer, som er opstået gennem tidlig tilknytning, og er derfor et centralt element i ISTPD (Abbass, 2015, p. 8).



Figur 3.1: Persontrekanten (Abbass, 2015, p. 9).
11)



Figur 3.2: Konflikttrekanten (Abbass, 2015, p. 11)

Ubevidst smerte, vrede og skyld, som er knyttet til tilknytningstraumer, udløser ubevidst angst og ubevidste forsvar, som skal beskytte patienten mod det ubærlige (se figur 3.2). Derfor er ubevidst angst og forsvar *signaler* om, at der er underliggende ubevidste følelser tilstede (Abbass, 2015, p. 11).

3.2.2 Tilknytning

ISTDP bygger på John Bowlbys tilknytningsteori (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 67ff). Barnet med sikker tilknytningsstil vokser op og bliver i stand til at kende sine følelser, at kunne interagere med andre mennesker, og at være tryk ved sig selv (Abbass & Schubiner, 2018, p. 68). Hvis båndet til en af omsorgspersonerne bliver brudt, fx ved en forælders sygdom eller død, ved skilsmisse, ved fysisk eller psykisk misbrug e.l., påvirker det barnets måde at knytte sig til andre mennesker på, og til dets måde at være i kontakt med sine følelser på. Andre voksne tæt på barnet kan hjælpe det til at håndtere de svære og modstridende følelser, der opstår ved sådant et traume, og det kan hjælpe barnet til at udvikle sig sundt alligevel. Men hvis der ikke er det, vil barnet begynde at undgå de svære følelser, som han eller hun har. Specielt traumer tidligt i livet vil vække vrede, som kan være så intens, at barnet ikke vil være i stand til at være i kontakt med det, og dermed fortrænge det. Da denne vrede er meget stærk, vil barnets ubevidste opleve denne vrede som om den *var* blevet reageret på, og dermed føle skyld over dette, og gøre følelserne meget komplekse (Abbass & Schubiner, 2018, p. 68). De komplekse, stærke følelser vil skabe ubevidst angst, som vil bevirke en undgåelse af disse, og gøre det svært for barnet, og den senere voksne, at opbygge tætte og intime relationer, samt give selvdestruktive adfærdsmønstre. Hendes alarmberedskab vil hele tiden være tændt, da man ofte er i relation til mennesker på den ene eller anden måde, og hun vil være bange for at blive gjort skade på - eller at gøre skade på andre (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 68f). Denne tilstand af konstant alarmberedskab vil gøre hende særligt sårbar overfor bl.a. psykofysiologiske sygdomme (Abbass & Schubiner, 2018, p. 69).

Davanloo (ifølge Abbass, Town & Driessen, 2012, p. 98) fandt, at terapeuten, ved at fokusere på de ubevidste følelser, og de forsvar, som er bygget op omkring dem, vækker nogle komplekse overføringsfølelser hos patienten mod terapeuten. Dette er en blanding af dyb påskønnelse over, at der er en, der forsøger at danne en

relation, men også irritation over netop samme, fordi det på et ubevidst plan minder patienten om de relationer, som er gået i stykker i fortiden og følelser forbundet hermed, hvilket gør relationen angstfyldt (Abbass, Town & Driessen, 2012, p. 98). Terapeuten vil på denne måde (også) udgøre en trussel, og derved er arbejdet med overføring en vigtig del af terapien, da man gennem dette forhold kan få kontakt til det svære.

3.2.3 Ubevidste angst-kanaler

Jo tidligere i livet, jo mere intens, og jo oftere barnet oplever traumer i livet, des stærkere følelser er der tilknyttet disse begivenheder. Den ubevidste angst, som de ubevidste følelser skaber, kan komme til udtryk som forsvarsmekanismer på forskellige måder. Eksempelvis vil tidlige traumer i spædbarnsalderen skabe ubevidst angst, som manifesteres som kognitive-perceptuelle forstyrrelser. Det er vigtigt i behandlingen, at differencere mellem disse angst-udtryk, da interventionerne skal tilpasses herefter (Abbass, 2015, p. 23; Abbass & Schubiner, 2018, p. 69).

3.2.3.1 Tværstribede muskulatur

Hvis angsten går i den tværstribede muskulatur, vil man se muskelspændinger, knyttede hænder og sukkende vejtrækning. Der ses her spændinger i den muskulatur, som normalvis er under viljens kontrol, muskler bl.a. i ben, arme, ryg og mellemgulv (heraf suk) (Abbass, 2015, pp. 11f). Når patienten har angst i den tværstribede muskulatur, indikerer det, at de ubevidste følelser ligger lige under overfladen (Abbass, 2015).

Spændingshovedpine	Brystmerter	Kæbesmerter, skære tænder	Åndenød
Kvælningsfornemmelse	Bugvægssmerter (mavesmerter)	Stemme eller andre tics	Bensmerter
Nakkesmerter	Kramper, rystelser	Fibromyalgi	Rygmerter

Tabel 3.1: Tværstribede muskulatur-relaterede medicinske fremstillinger (egen oversættelse af tabel fra Abbas, 2015, p. 12).

3.2.3.2 Glatte muskulatur

En anden vej, angsten kan bevæge sig, er i den glatte muskulatur. Dette indebærer muskulatur, som vi ikke har nogen kontrol over; tarmkanaler, luftveje og blodårer. Under denne kategori er også blæren. Angst i denne kategori er, modsat angst i den tværstribede muskulatur, ikke synlig udefra, og patienten vil derfor fremstå rolig og

afslappet, så her er det vigtigt, at hjælpe patienten til at fortælle, hvordan kroppen mærkes (Abbass, 2015, p. 14).

Medicinsk speciale	Glat-muskulatur-relateret tilstand
Kardiologi (hjertet)	Forhøjet blodtryk, spasmer i kranspulsårer, rødme, lavt blodtryk med bevidstløshed
Lungemedicin	Astma, hoste, kvælningss fornemmelse
Gastroenterologi (fordøjelse)	Irritabel tyktarmssyndrom, gastroøsofagal refluxsygdom, funktionel opkastning, uforklarlige mavesmerter
Urologi (urinveje)	Blæredysfunktion, Smertefuldt blæresyndrom
Neuromedicin	Migræne

Tabel 3.2. Glat-muskulatur-relaterede medicinske fremstillinger (egen oversættelse af tabel fra Abbass, 2015, p. 14).

3.2.3.3 Kognitive-perceptuelle forstyrrelser

Angsten kan ad en tredje vej gå ind og skabe kognitive-perceptuelle forstyrrelser, hvilket fx kan afbryde patientens evne til at tænke klart, skabe synsforstyrrelser eller svække høresansen. I mere ekstreme tilfælde kan nogle patienter helt miste synet eller hørelsen (også kaldet 'sensory conversion') eller miste bevidstheden og besvime. Nogle patienter kan opleve psykotiske fænomener, og derved blive misdiagnosticeret (Abbass, 2015, p. 17).

Sløret syn, tab af syn, tunnelsyn	Svækkelse eller tab af høresansen	Hukommelsestab eller forvirringstilstand
Pseudoseizure	Dissociation	Hallucinationer i alle 5 sanser
Bevidstløshed		

Tabel 3.3. Kognitive-perceptuelle forstyrrelser, relateret til medicinske fremstillinger (egen oversættelse af tabel fra Abbass, 2015, p. 17).

3.2.3.4 Motor conversion

Angst i den tværstribede muskulatur viser sig som muskelspændinger, men angsten kan også komme til udtryk i samme muskelgruppe som slaphed eller lammelse af en eller flere muskelgrupper. Fx kan patienten miste evnen til at løfte sin arm, eller til at tale. Patienten vil fremstå afslappet og uden muskelspændinger, men er altså i en

tilstand af lammelse. Både angst og forsvar bliver lukket ned for og fortrængt, og man vil derfor ikke se tegn på angst, eller brug af særligt mange forsvarsmekanismer, men der vil altså heller ikke være adgang til de fortrængte følelser (Abbass, 2015, p. 20).

3.2.3.5 Angst-kanaler og interventioner

Hos nogle patienter viser angsten sig i kun én af ovenstående kategorier, hos andre kan forskellige angst-kanaler være aktive på forskellige tidspunkter. De forskellige angst-kanaler kræver forskellige interventioner, og derfor er det vigtigt at være opmærksom på, hvordan angsten viser sig og evt. ændrer sig (Abbass, 2015, p. 23).

Formålet med behandlingen er at hjælpe patienten til at komme i kontakt med sine ubevidste følelser. Når angsten befinder sig i den tværstribede muskulatur, kan terapeuten fokusere på følelser (Abbass & Schubiner, 2018, p. 147). Hvis angsten manifesterer sig i den glatte muskulatur, er det vigtigt først at nedregulere angsten, fordi den kan forværre symptomerne (Abbass & Schubiner, 2018, p. 151). Terapeuten nedbringer angsten ved en intellektuel gennemgang af de fysiske symptomer, for at skabe en øget forståelse for affekt og selv-refleksion hos patienten om, hvad der sker (Abbass & Schubiner, 2018, p. 121). Dette vil bringe angsten over i den tværstribede muskulatur, og man kan fokusere på følelserne (Abbass & Schubiner, 2018, p. 121).

Ved angst, der skaber kognitive-perceptuelle forstyrrelser, er patienten ofte slet ikke i stand til at tænke klart, og vil blot fremstå forvirret over spørgsmål om, hvad han føler, hvorfor det ikke giver mening at fokusere på dette. Han vil slet ikke være i kontakt med sine følelser i denne tilstand, og vil heller ikke få det (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 18+121). Ved motor conversion er følelserne fortrængt så effektivt ned i muskelsvaghed, at patienten heller ikke her vil kunne få kontakt til dem (Abbass & Schubiner, 2018, p. 124). Ved at nedregulere angsten og intellektualisere over den, er målet at bringe angsten ind i den tværstribede muskulatur, da det vil have en beroligende effekt på patienten, samt en ikke-skadelig virkning på indre organer i patienten (Abbass, 2015, p. 121) og i denne tilstand kan man fokusere på følelser.

Når patienten har angst i den tværstribede muskulatur, indikerer det, at de ubevidste følelser ligger lige under overfladen og at patientens angsttolerance er stærkt nok til, at man kan hjælpe patienten til at komme i kontakt med dem. Hvis angsten herfra flytter sig over i en af de tre andre angst-kanaler, skal man stoppe op, og få styr på angsten, indtil angsten igen er i den tværstribede muskulatur (Abbass, 2018, p. 148).

Dette arbejde skal gentages, hvis angsten igen går i en af de andre kanaler. Når angsten er i den tværstribede muskulatur, er det vigtigt at fokusere på følelser, med det formål at komme i kontakt med dem. Patienten kan måske godt intellektualisere følelserne, men hvis han ikke er i stand til at føle dem, vil angsten vedvarende være fanget i den tværstribede muskulatur (Abbass & Schubiner, 2018, p. 72).

3.3 Behandling

Indtil videre har dette kapitel handlet om teorien bag behandlingen, om hvordan symptomerne kommer til udtryk, og lidt om fokus for behandlingen. Det næste afsnit vil se mere indgående på selve behandlingen, som er blevet inddelt i milde og svære tilfælde. Det er ikke alle patienter med psykofysiologiske sygdomme (PPD), som bør modtage ISTDP for deres symptomer. Nogle kan blive raske af mindre omgangsrigte interventioner. Derfor vil dette afsnit, ud over ISTDP, fremhæve nogle behandlingstiltag som psykoedukation, kognitive- og adfærdsorienterede interventioner, som Abbass og Schubiner (2018) anbefaler til patienter med mildere tilfælde af PPD. Dernæst vil behandling med ISTDP, som de anbefaler til sværere tilfælde af PPD, blive udpenslet. Allerførst vil det uddybes, hvor vigtigt det er at skelne mellem psykofysiologisk og strukturel sygdom.

3.3.1 Vigtigt at kunne afvise strukturel sygdom

Før man kan begynde at behandle for psykofysiologiske sygdomme (PPD), er det altafgørende at sikre sig, at man har udelukket strukturel sygdom (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 13ff). Hvis smerter og ubehag skyldes strukturel sygdom, skal man behandle lægefagligt, og det er vigtigt, at man ikke går i gang med at behandle med terapi, hvis man er i tvivl. Som tidligere omtalt, kan der være tale om mulige livstruende sygdomme i de indre organer, som fx hjertet eller mave-tarm-systemet (se tabel 3.2). Det første tegn på PPD er, hvis smerter og symptomer ikke svarer til kendte sygdomme (Abbass & Schubiner, 2018, p. 15).

Det kan imidlertid være svært at afgøre, om der er tale om det ene eller det andet, og nogle gange kan begge dele være tilstede (Abbass & Schubiner, 2018, p. 13). Som ovenstående tabeller indikerer, kan angsten (som er tegn på PPD) vise sig på mange forskellige måder, og mange forskellige specialer er ofte nødvendige at inddrage, for at udelukke strukturel sygdom. Nogle patienter får mange diagnoser fra

mange forskellige specialer, og hvis de falder sammen med de omtalte symptomer i tabel 3.1, 3.2 og 3.3 (som er et udsnit af de syndromer, som ofte skyldes PPD), bør det i sig selv fatte mistanke om PPD (Abbass & Schubiner, 2018, p. 16+22). Andre tegn kan være, at symptomerne er opstået umiddelbart efter en stressfuld livsbegivenhed; at en hovedpine kun er tilstede i hverdagene, men forsvinder i weekenden; eller at hovedpinen ikke er tilstede mens patienten har mavesmerter eller omvendt. Et vigtigt fingerpeg er desuden at lægge mærke til, om symptomerne begynder eller forværres, når der tales om ømtålelige emner i sessionen (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 17f). Abbas og Schubiner fremlægger en udførlig liste over tegn på PPD, hvoraf der foruden de ovenstående kan nævnes: smerte der flytter sig rundt i kroppen; smerter fortsætter, selvom oprindelige sår er helet; patienten har selvkritiske, perfektionistiske, behage-syge personlighedstræk, kritiske forældre med høje forventninger, eller en baggrund med barndomstraumer (Abbass & Schubiner, 2018, p. 29). Derudover skal de fornødne lægefaglige tests selvfølgelig ikke vise tegn på strukturel sygdom.

Nogle af de mest almindelige symptomer er smerter i nakke og ryg. Her er det rigtig vigtigt at undersøge, om der er tale om en nerverod, der er kommet i klemme, fx ved at man kan se sammenhæng til mistet sansning (Abbass & Schubiner, 2018, p. 19). Abbas og Schubiner (2018) lægger dog vægt på, at abnormiteter, som er fundet via røntgenbilleder, ikke nødvendigvis kan indikere, at der er tale om en strukturel sygdom. Uden at blive alt for fysiologisk teknisk her, må man som læge vurdere om eventuelle diskus-degenerationer (slidgigt), svulmende diskus, eller diskusprolaps er skyld i smerten, ved at se på, om de nervebaner, der er forbundet med abnormiteten, hænger sammen med det område, som er i smerte – fx kan diskusprolaps skabe pres på rygsøjlen, som kan skabe problemer med maven eller blæren, eller de kan skabe pres på rygsøjlennerver, som bevirker nedsat muskelstyrke eller tab af sansning (p. 20). I andre tilfælde vil abnormiteter i rygsøjlen ikke skabe smerter, og derfor kan man ikke udelukke PPD alene på grund af røntgen. Abbas og Schubiner (2018, p. 19) henviser til et studie af Takatalo og kollegaer (2009), som har undersøgt en gruppe raske 21-årige, som ikke havde smerter, og fandt, at 50 % havde diskus-degenerationer, og 25 % havde svulmende diskus. Endvidere henviser de til et studie af Brinjikji og kollegaer (2015), som undersøgte en gruppe 50-årige, som ikke havde nogen historie med rygsmerter, og fandt, at hele 80% af dem havde diskus-degeneration, 60 % havde svulmende diskus, og 36 % havde diskusprolaps. På baggrund af disse studier slutter Abbass og Schubiner (2018), at der, udover ved tegn på svulster, infektioner

eller brud, ikke er nogen forskel på MR-scanninger hos personer med eller uden smerter (p. 19f).

3.3.2 Vigtigt at kunne påvise psykofysiologisk sygdom

Lige så vigtigt, som det er at sikre sig, at der *ikke* er tale om strukturel sygdom, lige så vigtigt er det at være sikker på, at der *er* tale om psykofysiologisk sygdom (Abbass & Schubiner, 2018, p. 15). Der kan, som ovenstående indikerer, være usikkerhed om diagnosen. I nogle tilfælde kan man først være helt sikker, når man ser symptomerne forsvinde med kognitive interventioner eller emotionsfokuseret terapi (ISTDP) (Abbass & Schubiner, 2018, p. 34). Selvom man har foretaget det indledende arbejde med at udelukke strukturel sygdom, og vurderet at der er tale om PPD (ud fra nogle af de nævnte tegn i forrige afsnit), kan der godt dukke nye symptomer op under behandling, som man kan blive i tvivl om skyldes det ene eller det andet. Her er det vigtigt, at man tager et skridt tilbage, og undersøger dette. Det kan være nogle af de symptomer, som fremgår af tabel 3.1, 3.2 og 3.3, hvilke både kan være tegn på PPD og strukturel sygdom. Det skal i denne sammenhæng siges, at ”Hidden from View” (Abbass & Schubiner, 2018), som dette afsnit er skrevet på baggrund af, er henvendt til et bredt sundhedsfagligt personale, inklusive læger, og henviser flere steder til, at svære patienter skal henvises til psykologer. Hvis man som dansk psykolog sidder i en situation, hvor man bliver i tvivl, er det derfor vigtigt, at man sørger for, at en læge kan udelukke diverse strukturelle sygdomme.

3.3.3 Milde tilfælde af psykofysiologisk sygdom

De fleste mennesker har en eller anden form for psykofysiologisk reaktion på et tidspunkt i deres liv. Det er en del af det at være menneske, og hvordan kroppen og hjernen er forbundet (Abbass & Schubiner, 2018, p. 40). Det betyder også, at ikke alle tilfælde af PPD skyldes traumer i barndommen, og der kan være stor forskel på graden af sygdom. Ikke alle tilfælde af psykofysiologisk sygdom kræver derfor behandling med ISTDP. Nogle patienter kan opleve symptomlættelse ved nogle mindre omfangsrige interventioner. Dette vil beskrives kort i det følgende, men vil ikke blive uddybet i detaljeret form, da det er ISTDP, som er fokus for indeværende speciale. Det er dog relevant at fremhæve alligevel, da det er en del af Abbass og Schubiners anbefalede behandling for psykofysiologiske sygdomme, selvom indholdet i større grad er

tiltænkt de praktiserende læger, som i mange tilfælde kan behandle de milde tilfælde med stor succes, og dermed er fri for at sende patienten videre til endnu en instans.

Første step er undervisning, herunder at forklare patienten, at han har en psykofysiologisk lidelse, og hvad dette betyder (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 31ff). Dette kan være svært for patienten at acceptere, da han på dette tidspunkt i processen ofte har været igennem et hav af undersøgelser for strukturel sygdom, og er af den klare overbevisning, at hans smerter skyldes noget fysisk. Nogle gange kan han have brug for selv at se, at symptomerne ændrer sig med forskellige livsbegivenheder (Abbass & Schubiner, 2018, p. 34). For andre, kan det at finde ud af, at man ikke fejler noget fysisk, være symptomreducerende i sig selv, idet det, der fastholdt patienten i et sygdomsbillede, forsvinder (Abbass & Schubiner, 2018, p. 31).

Andet step er kognitive- og adfærdsorienterede interventioner. Dette er ikke at forveksle med kognitiv adfærdsterapi, da sidstnævnte er fokuseret på at lære patienten at leve med smerterne og arbejder typisk ikke med underliggende emotionelle tilstande. Formålet med de kognitive- og adfærdsorienterede interventioner er at fjerne symptomerne (Abbass & Schubiner, 2018, p. 46).

Nogle patienter med milde tilfælde af PPD har indlært bestemte tanke- og handlingsmønstre, som gør, at de bekymrer sig om deres symptomer, og handler på en måde, der forværrer disse. Dette kan blive forværret af andre udefra, som tidligere omtalt, fx sundhedspersonale, som fastholder patienten i en tro om, at der er noget fysisk galt med ham. Typisk har patienter i denne kategori spændingshovedpine og nakkeproblemer. Disse patienter har dog forholdsvis nem adgang til deres ubevidste følelser, og responderer godt på undervisning, samt på kognitive- og adfærdsorienterede strategier (Abbass & Schubiner, 2018, p. 2f). Behandlingen består i at lære at aktivere 'no-pain'-tilstanden, i stedet for den indlærte smertetilstand. Jo oftere denne neurologiske bane bruges, jo mere bliver det en standardindstilling. Patienten lærer dermed at overkomme smerte som standardindstilling, og det er den neurologiske basis for at blive helbredt for PPD (Abbass & Schubiner, 2018, p. 39).

Kognitive- og adfærdsorienterede interventioner kunne være at begynde at tage kontrollen tilbage fra smerten ved at tage dybe vejrtrækninger og tale til smerten med viden om, at det er hjernen, der skaber smerterne, ved brug af meditation og mindfulness (afslappende vejrtrækning nedsætter frygt og aktiverer det para-

sympatiske nervesystem), udføre skriveøvelser, og øvelser rettet mod at forøge egenomsorg (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 46ff). Patienter med PPD har tendens til at være kritiske overfor sig selv, så at øve sig i at være venlig mod sig selv er en helende komponent i PPD (Abbass & Schubiner, 2018, p. 56). Derudover har det for mange patienter også en helende effekt, hvis de øver sig i at blive mere opmærksomme på deres følelser, idet mange med PPD har tendens til at undgå eller fortrænge følelser, og specielt fortrængt vrede skaber symptomer på PPD (Abbass & Schubiner, 2018, p. 60f). Dette kan desuden være vigtigt for de patienter, som har svært ved at acceptere diagnosen, og dermed har brug for at opleve sammenhængen.

3.3.4 Sværere tilfælde af psykofysiologisk sygdom

Hvis patienterne ikke responderer på de tiltag, som er beskrevet i afsnittet ovenfor, anbefaler Abbass og Schubiner (2018) emotionsfokuseret terapi i form af ISTDP. Nogle patienter er endvidere så dårlige, at man med rette kan begynde her. Til de patienter, hvor symptomerne primært er drevet af ubevidste og emotionelle processer, hvor patienterne ofte har aleksitymi, høj traumebelastning, og i det hele taget er i stor modstand i terapien (selvom de verbalt giver udtryk for at de gerne vil hjælpes), anbefales ISTDP (Abbass & Schubiner, 2018, p. 3f).

I det følgende vil patientens tilladelse, ISTDP-baserede korte interventioner, The Graded Format og teknikker i ISTDP gennemgås.

3.3.4.1 Tilladelse

Man kan ikke behandle en patient, som ikke synes, han har et problem, eller har et problem, men ikke er motiveret for at arbejde med det (Abbass, 2015, p. 47). Han skal altså *give terapeuten lov* til at hjælpe ham. Patienten kan godt være ambivalent her, da han gerne vil have hjælp, men samtidig udgør symptomerne, og den måde han indtil videre har håndteret ting på, en tryghed, fordi det er velkendt. Hvis patienten verbalt giver udtryk for, at han gerne vil arbejde med problemet, men forsvarerne skaber modstand, er det vigtigt at samarbejde med patienten, om at vende sig mod forsvaret, som udgør en forhindring (Abbass, 2015, pp. 47ff). Hvis man forsøger at nedbryde forsvaret, uden at have patienten med i det, vil det for patienten blot opfattes som et personligt angreb. Har man til gengæld vendt patienten mod sit eget forsvar, styrker det den

terapeutiske alliance, og man kan sammen arbejde hen mod lindring (Abbass, 2018, p. 76).

3.3.4.2 ISTDP-baserede korte interventioner udført af sundhedspersonale

Nogle patienter kan hjælpes med ISTDP-baserede korte interventioner, hvilket fx kan varetages af en praktiserende læge, andre patienter har brug for fuld ISTDP-behandling (Abbass & Schubiner, 2018, p. 160). Formålet med førstnævnte er at hjælpe patienten til at se ”1) hvordan følelser, som er mobiliseret i nuværende livsbegivenheder, er komplekse, 2) hvordan disse følelser er bundet til tidligere begivenheder, og 3) hvordan de er manifesteret som tiltagende somatiske symptomer” (Abbass & Schubiner, 2018, p. 118, egen oversættelse). Dette gøres, efter man har fået tilladelse af patienten til at arbejde med problemet, ved at se på sammenhængen mellem følelser og somatiske sensationer; observere følelser, som de kommer til udtryk i løbet af sessionen; finde frem til tidspunkter i livet, som hænger sammen med udviklingen af adfærdsmønstre ift. håndteringen af komplekse følelser; udforske tidligere forbundne følelser, som bliver udløst af processen; og opsummere fundene, ved at se på sammenhængene mellem følelser, angst og forsvar/somatisering (Abbass & Schubiner, 2018, p. 119f).

3.3.4.3 ISTDP – The Graded Format

Patienter med sværere tilfælde af PPD bør henvises til en psykolog, som kan varetage terapeutisk behandling med ISTDP. Patienter, som konverterer deres komplekse følelser til angst i den glatte muskulatur, til depression, motor conversion eller kognitive-perceptuelle forstyrrelser (alle et udtryk for fortrængning), kræver en proces med at opbygge angst-tolerance. Man skal have flyttet angsten over i den tværstribede muskulatur, før man sikkert kan fokusere på følelser (Abbass & Schubiner, 2018, p. 147). At opbygge angst-tolerance kan ofte være en proces frem og tilbage mellem tre processer: 1) fokuser på følelser (når angsten er i tværstribede muskulatur), 2) stigning i komplekse følelser og angst (angsten går i glatte muskulatur) og 3) sammenfat med klienten hvad der sker, for at styrke selv-refleksion og flytte angsten over i den tværstribede muskulatur (Abbass & Schubiner, 2018, p. 148). Det er, som tidligere beskrevet, vigtigt at stoppe op og nedbringe angsten førend man fortsætter, hvis den viser sig

andre steder end i den tværstribede muskulatur, da det er her den er mindst farlig, og mindst en forhindring for at nå de ubevidste, komplekse følelser.

3.3.5 Teknikker i ISTDP

Indenfor ISTDP er der nogle helt konkrete teknikker, som kort vil beskrives her. Når angsten er i den tværstribede muskulatur, eller viser sig som andre af de klassiske forsvarsmekanismer, kan man bruge disse teknikker, som vil låse op for adgangen til de ubevidste komplekse følelser.

At sætte under pres (eng: pressure), handler om at komme forbi modstanden og forsvaret, til patienten, som er fanget nedenunder. Det aktiverer overføringsfølelser, og styrker den terapeutiske alliance, da terapeuten forsøger at komme i kontakt til patientens ægte, emotionelle selv (Abbass, 2015, p. 69). Terapeuten *opfordrer* patienten til at gøre noget, for patientens eget bedste: fx kan terapeuten opfordre patienten til at være specifik; til at være en aktiv med-aktør i terapien; til at finde ud af, hvad patienten vil med terapien; eller at sætte pres på for at identificere, opleve og give udtryk for følelser, med forskellige spørgsmål. Det taler til patientens aktive deltagelse i terapien og patientens tilladelse til terapeutens interventioner, fx ved at opfordre til patientens vilje ved at spørge: ”Er det dit ønske at undersøge dette?” (Abbass, 2015, p. 70f).

Afklaring (eng: clarification) og udfordring (eng: challenge), bruges for at vende patienten mod sine forsvar med det formål at nedbryde dem. Formålet er at stoppe noget. Før man kan udfordre patienten til at stoppe sine forsvar, er det vigtigt, at man har afklaret forsvarets karakteristik, funktion, og ødelæggende effekt. Det er vigtigt at bruge afklaring, når modstanden bevæger sig ind i overføringen, eller på anden måde er relevant for det terapeutiske forhold (Abbass, 2015, p. 75). Som ovenfor beskrevet er det vigtigt at afklare før man udfordrer forsvaret, så det bliver tydeligt for patienten, at det er forsvaret, og ikke patienten som menneske, man angriber. Disse teknikker vil for de patienter med moderat modstand føre til gennembrud af komplekse overføringsfølelser (Abbass, 2015, p. 76).

Frontalsammenstød (eng: head-on-collision) er et nødvendigt værktøj til patienter, som efter at have arbejdet med de andre teknikker, stadig er i stærk modstand. Den

stærke modstand kommer til udtryk ved, at forsvaret er krystalliseret i overføringen, og udgør en forhindring for at patienten kan få adgang til de ubevidste komplekse følelser (Abbass, 2015, p. 81). Abbass og hans kollegaer trækker på Davanloo's fund (ifølge Abbass, 2015, p. 81; Abbass, Town, Driessen, 2012, p. 98), idet han påpeger, at der i kampen mod modstanden er der to komponenter, som er vigtige: de komplekse overføringsfølelser (som dukker op, når terapeuten forsøger at få kontakt til den del af patienten, som er fanget under forsvarene; som føler kærlige følelser og vrede mod terapeuten for at vende ham mod sine forsvar) (Abbass, 2015, p. 33f), og den ubevidste terapeutiske alliance (giver adgang til oplevelsen af visuelle billeder hos patienten af ubevidst ubearbejdet materiale) (Abbass, 2015, p. 34).

Det er kritisk nødvendigt, at patienten kæmper denne indre kamp og vinder over modstanden, hvilket vil 'lukke op' for det ubevidste, og skabe varige ændringer i patientens psykiske funktioner (Abbass, 2015, p. 81). Formålet med frontalsammenstød er derfor at aktivere de komplekse overføringsfølelser og styrke den ubevidste terapeutiske alliance, så den til sidst får større kraft end modstanden (forsvarene), og patienten dermed selv bliver i stand til at overvinde dem (Abbass, 2015, p. 84; Abbass, Town, Driessen, 2012, p. 98). Det kan betyde, at man som terapeut skal styrke patienten i fx at verbalisere og opleve et visuelt billede af patienten, som angriber og dræber terapeuten, et billede som lader vreden trænge igennem forsvaret og som aktiverer skyldfølelse. Abbass (2015) giver et eksempel på sådan en situation, der ender med, at patienten visualiserer sin søster i terapeutens sted og bliver overvældet af skyld (pp. 243ff). På denne måde kan man gennem de følelser, der opstår i overføringen, få adgang til ubevidste, ubearbejdede følelser fra fortiden.

3.4 Delkonklusion

Disse teknikker vil, med brug på forskellige tidspunkter og med rette timing, hjælpe patienten til at opnå gennembrud til ubevidste følelser, hvormed angsten vil reduceres og patienten vil opnå symptomlettelse, idet der ikke længere er noget at forsvare imod.

Kort opsummerende kan man sige, at processen i ISTDP er at udforske følelserne hvis angsten er manifesteret i den tværstribede muskulatur. Hvis angsten viser sig i den glatte muskulatur, som motor conversion eller fremstår som kognitive-perceptuelle forstyrrelser, bør terapeuten stoppe op og nedbringe angsten, indtil den igen bevæger sig over i den tværstribede muskulatur, hvor terapeuten kan fortsætte

med at udforske følelserne. Dette arbejde fortsættes, indtil der opnås adgang til de underliggende ubevidste følelser, som knytter sig til tidligere traumer eller personer, hvilket vil skabe symptomlættelse, da der med adgangen til følelserne ikke længere vil være noget at beskytte imod.

Kapitel 4: Systematisk Review

Indtil videre er den danske medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser samt teorien og behandlingen i ISTDP skitseret. I tråd med dette speciales formål, som er at vurdere i hvilken grad ISTDP kan bidrage til den medicinske model for funktionelle lidelser, findes det relevant ikke blot at udlægge den teoretiske del af ISTDP, men at undersøge, i hvilken grad ISTDP rent faktisk har en positiv effekt på patienter, som lider af diverse funktionelle lidelser og somatiske symptomer. Formålet med dette kapitel er derfor via et systematisk review at undersøge den empiriske værdi af ISTDP for patienter med funktionelle lidelser.

4.1 Introduktion til review

Som det fremgår af specialets teori-afsnit, hører ISTDP indenfor den psykodynamiske tradition. Der er derfor mange typer af terapi, som ligner ISTDP, heriblandt dens forgænger STPP (short term psychodynamic psychotherapy) (Abbass, Town & Driessen, 2012, p. 98). Det er derfor af betydning for dette speciale, at de inddragede studier er benævnt ISTDP, idet de er fokus for specialet, selvom nogle af de andre terapi typer muligvis ligner denne i stor grad, og kunne belyse effekten af terapi, som har fokus på det ubevidstes og angstens betydning for patientens somatiske velbefindende. Det samme gælder for den eksisterende opsamlende forskning på området, og begrænser derved antal af reviews og meta-analyser, som ser specifikt på ISTDP. Der findes dog nogle få tidligere reviews og meta-analyser, som kigger på sammenhængen mellem ISTDP og psykofysiologiske symptomer. De følgende reviews og inkluderede studier gør ikke brug af begrebet 'funktionelle lidelser', men som tidligere udredt, dækker de forskellige udtryk overordnet set stort det samme. De vil derfor opfattes synonymt med lignende begreber i dette review, for at få det bredest mulige billede af ISTDP's effekt indenfor emnet. Begge nedenstående reviews var en del af de hits, som fremkom med søgningen til indeværende systematiske review.

Et systematisk review udarbejdet af Abbass, Town og Driessen (2012) har fremlagt outcome data på 21 ISTDP-studier. De kiggede både på behandling af somatiske sygdomme, personlighedsforstyrrelser og andre psykiatriske sygdomme. Herunder fandt de 6 studier for somatiske sygdomme, som alle viste en effekt af ISTDP. De fandt derudover, at behandling med ISTDP har en høj omkostningseffektivitet, dog dette på baggrund af 13 studier med blandede patientgrupper, heraf kun 1

af de omtalte 6 studier for somatisk sygdom (Abbass et al, 2012). Somatiske symptomer er til stor gene for patienterne, men det udgør også en stor post for sundhedsvæsenet, (Fink et al, 2012, p. 28f), og dermed har det stor værdi, hvis ISTDP kan reducere disse tilbagevendinger og dermed omkostninger. Derfor vil indeværende review, som en del af mål for effekten, også se på studier af omkostningseffektivitet.

Town og Driessen (2013) udarbejdede et review, som tog udgangspunkt i ovenstående review, og afsøgte, om der efterfølgende var foretaget nogle studier, som undersøgte ISTDP's effekt på somatiske sygdomme. De fandt yderligere 2 studier. I en meta-analyse af effekten for somatiske sygdomme, var effektstørrelserne for ISTDP før og efter behandling mellem $d = 0,72$ til $1,03$ (moderat til stor effekt) ved mål på somatiske symptomer, angst, generel psykopatologi og depression.

De ovenfor omtalte reviews er henholdsvis fra 2012 og 2013, og det har ikke været muligt at opspore nyere reviews om problemstillingen, og derfor findes det relevant, at foretage et nyt, hvilket vil blive fremstillet i det følgende.

4.2 Metode

Dette review følger systematisk PRISMA checklist (se bilag 3) og den uddybende artikel herom af Liberati et al (2009).

4.2.1 Protokol

En protokol blev udarbejdet og fremgår af bilag 4. Den indeholder information om inklusions- og eksklusionskriterier, om søgningen (herunder søgeord, indekstermer i de to anvendte databaser, og fulde søgestreng) samt resultat af søgning.

4.2.2 Kriterier

Med udgangspunkt i PICO-modellen (Johannsen & Pors, 2013, p. 42f) blev følgende inklusions- og eksklusionskriterier formuleret, før søgningen blev foretaget:

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
• Voksne 18+ • ISTDP, individuel eller i gruppe, herudover internetbaseret eller in-person • Behandling af funktionelle lidelser/fysiske symptomer • Studietype: kvantitative studier • Andet: dansk eller engelsk	• Studier med børn og unge under 18 år ekskluderes • Studier med andre therapyter end ISTDP ekskluderes (herunder STPP) • Behandling af andre lidelser end funktionelle lidelser ekskluderes (herunder depression, angst, spiseforstyrrelser og kræft) • Studietype: kvalitative studier ekskluderes • Andet: studiet må ikke være på andre sprog end dansk eller engelsk

Tekstboks 4: inklusions- og eksklusionskriterier

Som det fremgår af indledningen til dette review, er det udelukkende studier, som anvender ISTDP, og ikke therapyter, som måtte ligne, der blev inkluderet. Studier, hvor terapien var uklar, eller blot henviste til litteratur om ISTDP, blev ekskluderet.

Det brede valg af inkluderede studietyper er en svaghed for studiet, men skal ses i lyset af alternativet. Det mest optimale valg ift. at sikre sig studier, som befinder sig i toppen af evidenshierarkiet, ville være kun at inddrage randomiserede, kontrollerede studier (RCT) (Johannsen & Pors, 2013, p. 20). Dog inddrager dette review alle kvantitative studier, som ellers falder inden for inklusionskriterierne. Dette gøres for at muliggøre inddragelsen af væsentligt flere studier, som kan give substans i besvarelsen af specialets problemformulering (Perestelo-Pérez, 2013, p. 52). Det blev formodet, at mængden af RCT-studier, ved et valg om eksklusiv inklusion af denne studietype, ville blive meget lille, på baggrund af tidligere reviews af andre forfattere og af undertegnede.

Da jeg tidligere har udført et systematisk review på RCT- og ikke-randomiserede-kontrollerede-studier, som undersøgte psykodynamisk terapies effekt på reduktion af somatiske symptomer, fandt jeg 9 studier, hvoraf kun 2 af studierne undersøgte ISTDP i et RCT-studie. De behandlede reviews i indledningen til dette kapitel havde endvidere ikke noget krav om studier af typen RCT. Havde de haft dette, ville

de have fundet henholdsvis 2 (Abbass, Town & Driessen, 2012, p. 103) og 0 (Town & Driessen, 2013).

Derfor blev det til dette speciale vurderet, at det var nødvendigt at inddrage et bredere omfang af studietyper, i et forsøg på at indfange et større sample og dermed få et bredere billede af ISTDP's virkning. Dette gjorde samtidig plads til, at studier af omkostningseffektivitet blev en del af reviewets resultater, og selvom der kan være flere forklaringer på, hvorfor en patient henvender sig mindre i sundhedsvæsenet, formodes det, at en af de væsentligste grunde er, at han eller hun har fået det bedre. Dermed anskues disse studier som et mål for effekten af ISTDP. Et bredere studievalg har dog væsentlige begrænsninger for reviewets resultater, og dette vil blive diskuteret i kapitlets del-diskussion.

Kriterierne for, hvilke funktionelle eller psykofysiologiske lidelser, der skulle inddrages, var brede og ikke nærmere defineret. Listen af disse lidelser er lang, og kompliceres af de mange syndromdiagnoser og forskellige begreber for samlebetegnelser, som pointeret i afsnit 2.1. Idet det er en del af rekrutteringen til behandling med ISTDP, at strukturelle sygdomme er udelukket (Abbass & Schubiner, 2018, pp. 13ff), må det derfor formodes, at de sygdomme, som forskellige studier undersøgte effekten af med ISTDP (og som ikke er veldefinerede psykiske sygdomme, som angst og depression), falder indenfor rammen af psykofysiologiske sygdomme. Derfor blev det ikke vurderet nødvendigt at specificere dette kriterie nærmere. Dog blev spiseforstyrrelser og kræft udelukket, da de, i modsætning til funktionelle- og psykofysiologiske lidelser, opfylder kriterierne for veldefinerede diagnoser.

4.2.3 Databaser og søgning

De to databaser PsycNet og PubMed udgjorde kilderne til søgningen. PsycNet blev valgt, da det er en psykologisk database, og PubMed fandtes relevant, da det er en medicinsk database, og dette speciale krydser disse to sundhedsfaglige områder.

Søgeord, samt index-termer blev fundet for de valgte to databaser ved den følgende proces: Søgeordene blev fundet ud fra synonymer til nøgleord fra problemformuleringen ('ISTDP' og 'funktionelle lidelser'), samt ud fra de lidelser, som angsten, ifl. Abbass (2015, pp. 12-17), kan manifestere i kroppen. Disse sygdomme fremgår af tabel 3.1, 3.2 og 3.3 kapitel 3. De omtalte lidelser er nedjusteret til nøgleord,

som blev vurderet dækkende for de fleste, og mest relevante sygdomme, fx 'pain' for neck pain, back pain, abdominal wall pain, chest pain og unexplained abdominal pain. Søgeordene blev oversat til dansk, og en prøvesøgning på de danske termer blev foretaget, men gav 0 resultater i PsycNet, og 1 ikke-relevant resultat i PubMed, og kun de engelske termer blev derfor anvendt i den endelige søgning, som det fremgår af protokollen (se bilag 4). Index-terminerne blev herefter fundet for hver database på baggrund af søgeordene, inden de to endelige søgninger blev foretaget.

Søgningerne er foretaget henholdsvis den 23. og 24. april 2020 og fulde søgestrengene fremgår af protokollen (se bilag 4).

4.2.4 Screening og backward-søgning

Resultaterne fra de to databaser blev screenet systematisk i RefWorks på baggrund af inklusions- og eksklusionskriterierne over to faser: en titel- og abstractscreening efterfulgt af en fuldtekstscrening. Tekster, som det ikke var muligt at tilgå via AUB, blev ekskluderet. Det var desværre ikke muligt at screeningen blev foretaget af to personer, som det anbefales (Liberati et al, 2009, p. 9), og, på trods af omhyggelighed, er dette en mulig fejlkilde, idet der kan være relevante studier, som ved en fejl er blevet ekskluderet.

Nogle studier undersøgte effekten af ISTDP hos patienter, som har forskellige lidelser (fx somatoform lidelse, personlighedsforstyrrelse og depression i Abbass, Kisely, Rasic og Katzman (2013)). De studier, hvor der procentvis var størst vægtning af psykofysiologiske lidelser end de andre patientgrupper, blev inkluderet i studiet. Det blev vurderet rimeligt at inddrage disse studier, da psykofysiologiske eller funktionelle lidelser har stor komorbiditet med andre psykiske lidelser. Ifølge Skjernov og Møhl (2017) lider op til 50 % af patienter med svær grad af funktionel lidelse også af depression eller angst, og op til 75 % har en personlighedsforstyrrelse (Skjernov & Møhl, 2017, p. 512). Det formodes derfor, at der i de studier, som ikke måler depression, angst osv. også må være en procentdel, som ville falde indenfor disse kategorier, hvis dette blev målt. Der vil dog blive taget højde for disse studier, som har flere målte lidelser, i formidlingen af resultater.

Efter endt screening, blev der foretaget en backward søgning på de studier, som var inkluderet i de to reviews fremlagt i introduktionen til dette kapitel, og de relevante studier for dette review blev inddraget.

4.2.5 Inkluderede studiers data og resultater

Der blev udarbejdet en tabel, som indeholder en oversigt over de mest relevante informationer fra de inkluderede studier (se tabel 4.1). Tabellen rummer studierne samplestørrelse, hvilke fysiske symptomer, der er undersøgt, studiets formål, studietype, om der er en eventuel kontrolgruppe, samt mål for effekt. Kun relevante målinger for spicalet er inddraget.

Studiernes resultater fremgår endvidere af tabellen, og de statistiske data, som er mål for dette, er rapporteret. Studierne måler overordnet på to parametre: symptomreduktion og omkostningseffektivitet, og derfor fremstiller de individuelle studier deres resultater på forskellig vis. Desuden fremstår nogle studier med mere gennemsigtige data end andre. For de studier, der målte på omkostningseffektivitet, er signifikansniveau rapporteret for de studier, som har fremlagt dette, ellers fremgår reducering i beløb eller procent. For de studier, der har fremlagt udgifter til behandling med ISTDP, fremgår dette også af tabellen. Signifikansniveau (p) for symptomreduktion er fremlagt for alle effekt-studierne, idet alle studier havde rapporteret dette, og effekt (Cohen's d) er indhentet for de studier, som har redegjort for dette. Få studier har rapporteret om power, og dette fremgår endvidere af tabellen.

4.2.6 Risiko for bias i individuelle studier

De inkluderede studier blev vurderet for grad af risiko for bias på baggrund to redskaber. Da de inkluderede studier kunne inddeles i to grupper mht. anvendt studietype; RCT-studier og pre-post-studier, blev det vurderet mest optimalt at bruge to forskellige redskaber, der svarede til de to studietyper (Perestelo-Pérez, 2013, p. 54). Begge værktøjer følger samme system¹⁹, dog med forskellige fokuspunkter tilpasset studietypen.

De randomiserede, kontrollerede studier blev vurderet med værktøjet *Quality Assessment of Controlled Intervention Studies* (se bilag 5), som indeholder spørgsmål om randomiseringsprocessen, blinding (hvilket er besværligt i studier, som undersøger terapi), interventions- og kontrolgruppernes demografiske ensartethed ved baseline, samt frafald, rimelighed af målemetoder og studierne brug af intention-to-treat-analyse.

¹⁹ Begge redskaber er fra National Heart, Lung and Blood Institute's hjemmeside: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>, tilgået den 11. maj 2020

Analysen af pre-post-studierne tog udgangspunkt i *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group* (se bilag 6). Spørgsmålene i dette værktøj omhandlede studiets klarhed om emnet, deltagerudvælgelse, samplestørrelse, blinding, tilstedeværelsen af statistiske mål og frafald. Den overordnede gennemsigthed i hvert studie spillede en rolle for bedømmelsen af hvert studie, uanset studietype.

På baggrund af disse redskaber, blev risiko for bias vurderet mellem 'Poor', Fair' og 'Good' for hvert studie.

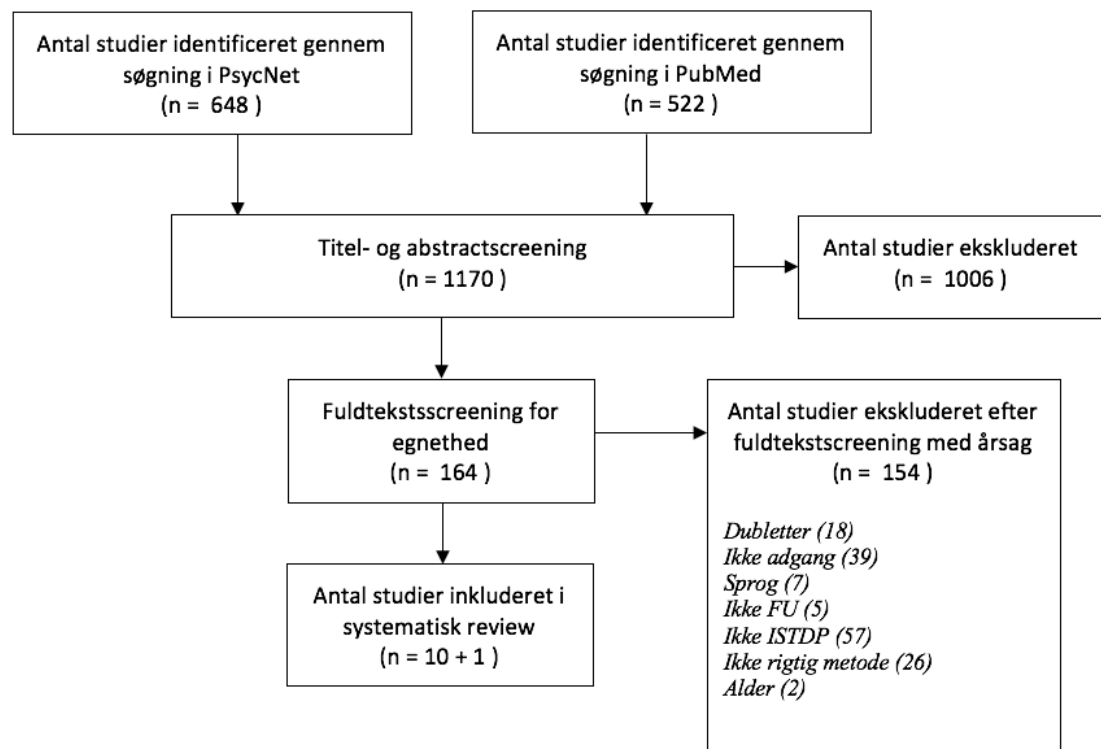
Ifølge Liberati et al (2009), kan skemaer med spørgsmål, som giver en numerisk værdi ift. risiko for bias give et misvisende billede (Liberati et al, 2009, p. 11). Selvom de omtalte værktøjer indeholder spørgsmål, som i mange tilfælde kan besvares med 'ja' eller 'nej', er der ikke nogen formel for, hvornår et studie bør vurderes godt, moderat eller dårligt. Det afgøres af den person, der vurderer studiet, ift. kritiske parametre. Det har fx yderligere været relevant at se på typen af kontrolgrupper, og betydningen af dette for det enkelte studies validitet, under vurderingen af RCT-studier, da det ikke var en del af redskabernes spørgsmål. Der ses med denne fremgangsmåde en risiko for subjektivitet som en begrænsning for studiet, specielt i lyset af, at det kun var muligt i dette review at én person vurderede risikoen for bias. Dog er det fordelagtigt, at vurderingen ikke reduceres til et enkelt tal, så nuancerne i vurderingen får mere plads.

4.3 Resultater

4.3.1 Screening og backward søgning

PsycNet gav 648 hits, PubMed 522 hits, i alt 1.170 hits. Screeningen i RefWorks reducerede dette antal til 10 studier, og derudover fandtes der vha. backward-søgning i tidligere reviews 1 yderligere inkluderet studie.

Figur 4: Flowdiagram



Udarbejdet på baggrund af Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Der blev foretaget en backward-søgning i de to reviews fra kapitlets intro. Abbass, Town og Driessen (2012) fandt 6 studier, hvoraf ét studie opfyldte kriterierne for indeværende review (Hawkins, 2003). De andre blev ekskluderet, idet: to af studierne ikke kunne opnås adgang til (hvoraf det ene i sit abstract henviste til STPP og ikke ISTDP); ét var et casestudie; ét var utydeligt, ift. hvilken terapiform, der reelt blev anvendt (der blev blot refereret til en tekst af Davanloo ved navn "Short term dynamic psychotherapy" fra 1980 (denne tekst var det ikke muligt at få fat på, så det formodes, at der her henvises til ISTDP's forgænger STPP)) (Hinson et al, 2006); og ét studie var allerede inkluderet i indeværende review (Abbass, Campbell, Magee & Tarzwell, 2009). Reviewet af Town og Driessen (2013) byggede ovenpå Abbass og kollegaers review (2012), hvor de fandt yderligere to studier, hvoraf det ene var upubliceret og det andet ikke var muligt at få adgang til, og derfor ikke blev inkluderet i dette review.

4.3.2 Inkluderede studiers data og resultater

Data og resultater fra de inkluderede 11 studier fremgår af tabel 4.1. Studierne vil kort blive beskrevet nedenfor ved en tematisk fremstilling ift. de anvendte metoder.

Tabel 4.1
Overblik over studier

Forfattere og årstal	Land	Intervention	Sample	Fysiske symptomer	Studiets formål	Studietype	Mål for effekt	Kontrolgruppe og evt. fælles behandling	Resultater
Abbass, Campbell, Magee, Tarzwell (2009)	Canada	ISTDP, individuelt, gn. 3,8 sessioner (SD 5.3)	n = 50	Medicinsk uforklarlige symptomer	At reducere antal af ED (emergency department) konsultationer	Pre-post design	Forskellen i antal af ED konsultationer året før og året efter intervention. Og BSI*	÷, dog sammenlignet med "referred but never seen"	Gn. reducere af 3,2 (69 %, SD 6,4) ED konsultationer/patient året efter (p < 0,001). "Referred but never seen": 15 % reducere til 43 % forværring. BSI: før: gn. 1,21 (SD 0,58), efter: 0,86 (SD 0,63) (p < 0,01)
Abbass, Kisely, Rasic, Katzman (2013)	Nova Scotia, Canada	ISTDP, gn. 9.9 sessioner (SD 11.6)	n = 140 (alle pt som blev refereret til ambulant ISTDP-behandling ml. 1999 og 2008)	Somatoform lidelse (65.0%) angst-lidelse (57.9%), personlighedsforstyrrelse (47.1%), svær depression (32.1%)	Effektivitet og udgifts-effektivitet for patienter ved en intensiv træningsmodel for psykiatriske turnuslæger	Naturalistisk studie, pre-post komparativ analyse	Pre-post komparativ analyse af lægeregninger, hospitalsudgifter og total health care costs ved 1, 2 og 3 års follow-up. Og pre-prost for BSI og IIP*	÷	År 1 og 2 vs. år 0: ingen signifikant forskel i udgifter. År 3 vs. år 0: alle udgifter signifikant reduceret. Total gn årlig omkostningsreducing for de tre år: \$ 1.257,73 pr. år. Total difference: \$3,773 pr/pt over 3 år (udgifter til behandling ca. \$500 i samme periode). BSI = pre: 1,62 (SD 0,77) post: 1,15 (SD 0,81; p < 0,001, d = 0,59). IIP = pre: 1,52 (SD 0,66) post: 1,16 (SD 0,76, p < 0,001, d = 0,51)
Abbass, Kisely, Rasic, Town, Johansson (2015)	Nova Scotia, Canada	ISTDP, individuelt. Gn. 7.3, (SD 12.4) sessioner	n = 890	Somatoform lidelse (60,9 %) (herunder kronisk/tilbagevendende hovedpine (38,3 %) irriteret tyktarm (36,5%) fibromyalgi (22,7 %)), angst (55,3 %), pers.forstyrrelse (50,1 %), svær depression (33,9 %)	Langsigtet reduktion i sundhedsudgifter	Kvasi-eksperiment, pre-post	Pre-post, år-for-år udgifter. Gn. udgifter til hospital og læger blev taget ud af PHRU** databasen 1 år før henvisning og 1, 2 og 3 år efter. Og pre-post BSI og IIP*	Alle pt refereret til tjenesten, men som aldrig mødte op (n = 192)	Gn. reducere af udgifter pr. patient var \$12,628 over 3 år follow-up (behandlingsudgifter \$708 pr. patient). Signifikant reducere i udgifter ved 1, 2 og 3 års follow-up (p < 0.01). Kontrolgruppe: total gn udgiftsstigning på \$368. BSI pre-post signifikant (p < 0,001, d = 0,84) IIP pre-post signifikant IIP (p < 0,001, d = 0,85)
Abbass, Kisely, Town (2018)	Canada	ISTDP prøveterapi (m/u opfølgende interview)	n = 344	Somatisk symptom lidelse (57,3 %), angst (56, 9%), per.forstyrrelse (49,3 %), svær depression (33,1%)	Omkostningseffektivitet af prøveterapi	Fremgår ikke	Udgifter til læge og hospital før ISTDP, sammenlignet med 1, 2, 3 og 4 år efter.	÷	Total gn reducere i udgifter pr patient vs. baseline 25,8 %, 62,8 %, 66,5 % og 67,3 %, total forskel pr patient på CAD 10.841. Omkostning til trial therapy fremgår ikke.
Chavooshi, Mohammadkhani, Dolatshahi (2016a)	Iran	ISTDP internet-leveret, 16 ugentlige sessioner	n = 100	Medicinsk uforklarlig smerte	Effekt af internet-leveret ISTDP for reducere af MUP.	RCT dobbel-blind	Primær: NPRS, Sekundær: DASS-21, ERQ, QOLI, MAAS*** ved baseline, endt terapi og 6 mdr's follow-up	TAU	NPRS i ID-ISTDP fra baseline til 6 mdr follow up (p < 0,001, d = 0,79), sammenlignet med TAU (ikke signifikant p = 0,651, lille effekt: d = 0,28). Power: 80% power (α = 0.05).

Chavooshi, Mohammadhani, Dolatshahi (2016b)	Iran	ISTDP, (20 ugentlige sessioner af en time)	n = 23	Medicinsk uforklarlig smerte	Effekt af ISTDP for reducere af MUP	Pilot, Three-armed RCT, assessor-blinded	NPRS, DASS-21, ERQ, MASS, treatment acceptability og satisfaction ved baseline, endt terapi og 3 mdr's follow-up	1. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) (8 ugentlige 1,5 times sessioner) (n = 20) 2. TAU (n = 20)	Signifikant smerte-reducering i ISTDP-gruppe post-behandling og 3 mdr efter (p < 0,0001). MBSR kun reducering ved post-behandling (p < 0,0001). NPRS: stor between group effekt (ISTDP vs. TAU) ved 3 mdr follow up (d = -1,7, p < 0,001). ISTDP signifikant ift. MBSR v. 3 mdr follow up (d = -1,4, p < 0,001). Klinisk: 87 % i ISTDP-gruppe oplevede funktionel recovery ved post-behandling, 38 % oplevede vedvarende recovery ved 3 mdr follow up
Chavooshi, Mohammadhani, Dolatshahi (2017)	Iran	ISTDP in-person og internet-leveret ISTDP (ID-ISTDP), 16 ugentlige sessioner af en time	ISTDP (n = 42), ID-ISTDP (n = 39)	Medicinsk uforklarlig smerte	At sammenligne ISTDP in-person vs. ISTDP over Skype for reducere af MUP	RCT	NPRS, DASS-21, ERQ, QOLI, MAAS, ved Baseline, endt terapi (efter 16 uger) og 12 måneder efter behandling.	Ingen kontrolgruppe. Begge grupper: sædvanlig lægebehandling, inklusiv fysioterapi og medicin.	NPRS: ISTDP in person signifikant lavere smerteintensitet end ID-ISTDP ved 12 mdr follow up (p < 0,001, d = 0.82). NPRS within-group ISTDP in person baseline til 12 mdr follow up (d = 0,82)
Chavooshi, Saberi, Tavallaie, Sahraei (2017)	Iran	ISTDP, individuel (16 sessioner over 22 uger)	n = 177	Medicinsk uforklarlig smerte	At sammenligne effekten af ISTDP vs. CBT for reducere af MUP	RCT	Primær: NPRS*** Sekundær: HADS, BDI-II, PCS, CPSS, CPCi**** ved baseline, endt terapi (16 sessioner) og efter 3 måneder	÷ kontrol, men CBT (n = 164) (16 sessioner over 22 uger) Begge grupper: sædvanlig lægebehandling, inkl. fysioterapi og medicin.	NPRS: baseline til 3 mdr. follow-up: ISTDP signifikant p < 0,001, stor effekt d = 1,77. Kontrolgruppe: p < 0,001 d = 1,15. Forskel ml. grupper: p = 0,127. Power: α = 0.05, 1-β = 0.80.
Hawkins (2003)	New York, USA	ISTDP gruppeterapi, 90 min ugentlige sessioner over 8 uger	n = 47, 11 grupper	Kroniske rygsmerter	Undersøge sammenhængen mellem effekt af ISTDP i gruppe og oplevelsen af fortrængte følelser /reducering af fortrængning. Relevant for review: Effekt af ISTDP for reducere af rygsmerter.	Longitudinal-undersøgelse	Relevant for review: Visual Analogue Scale of the McGill Pain Questionnaire (MPQ) (smerte) pre-post.	÷	MPQ: signifikant reduktion i smerte-rapportering pre-post behandling (t(46) = -3.75, p < 0.001). Pre behandling gn = 48.60, SD = 23.10, Post behandling gn. = 35.98, SD = 22.51; n = 47.

Lilliengren, Cooper, Town, Kisely, Abbass (2020)	Canada	ISTDP, 2-3 timers prøve-terapi, herefter ugentlig 50 min. sessioner. Gn. 6,1 sessioner (SD = 11.0)	n = 228	Pain Disorder (DSM-IV)	Klinisk- og omkostningseffektivitet af ISTDP for patienter med diagnosen Pain Disorder	Naturalistisk studie, pre-post	Data fra sundhedsvæsenet kom fra uafhængige regerings-databaser, fra året for baseline, og 1, 2 og 3 år efter behandling. Og BSI og IIP* ved optagelse, prøveterapi og endt terapi.	÷	BSI subskalaer, reducere lile til stor effekt (d = 0,41-0,87). Somatiserings-subskala moderat effekt (d = 0,76). IIP subskalaer reducering lille til stor moderat effekt (d = 0,22-0,76). <u>Udgiftsreducing</u> : (ved BL lægeudgifter dobbelt så stor som område) Reduktion: BL- 1 år lægeudg. 15,8 % reduktion, hospitalsudf. 43,7%. Ved 2. år: lægeudg. 40 % reducere, hospitalsudg. 79,7 % (begge derved på linje med normalbefolkningen). <u>BL-3. år: gn. samlet udgifter sparet pr. patient \$14.061 (20 gange så meget som det estimerede \$700 for behandling pr. patient).</u>
Russell, Abbass, Alder, Kisely, Pohlmann-Eden, Town (2016)	?	ISTDP gn. 3,2 sessioner	n = 28	Psykogene nonepileptiske anfald	Reduktion i sundhedsomkostninger, velvære og somatiske symptomer	Pilotstudie, naturalistisk studie, pre-post ændringer	Udgifter til samt brug af læge og hospital indhentet 1 år før og 1, 2 og 3 år efter behandling. Og BSI og IIP-32* pre-post.	÷	BSI signifikant reduktion (p = 0,01), moderat effekt (d = 0,69). <u>IIP</u> : signifikant reduktion (p = 0,03), moderat effekt (d = 0,75). Udgifter til læge signifikant reduceret BL-1 år. <u>Sundhedsudgifter</u> signifikant reduceret år 3, sammenlignet med BL: fald til under gn. normalbefolkning. Sammenlignet med BL: 88% reduktion efter 1 år, 90 % reduktion efter 2 år, 81 % reduktion efter 3 år.

* BSI = Brief Symptom Inventory; IIP = Inventory of Interpersonal Problems

** PHRU = Population Health Research Unit "a unit with access to provincial in-patient and physician billing databases, for data extraction and analysis."

*** NPRS = Numeric Pain Rating Scale; DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scale-21, ERQ = Emotion Regulation Questionnaire; QOLI = Quality-of-Life-Inventory;

MAAS = Mindful Attention Awareness Scale

**** HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; BDI-II = Beck Depression Inventory-II, PCS = Pain Catastrophizing Scale; CPSS = Chronic Pain Self-efficacy Scale;

CPCI = Chronic Pain Coping Inventory

4.3.2.1 RCT effekt-studier af ISTDP ved medicinsk uforklarlige smerter

Fire RCT-studier blev inkluderet i reviewet.

Chavooshi, Mohammadkhani og Dolatshahi (2016a) undersøgte effekten af ISTDP over Skype (ID-ISTDP) hos 100 patienter med medicinsk uforklarlig smerte (herefter MUS), i et RCT-dobbelt-blindt studie. Interventionsgruppen blev sammenlignet med en kontrolgruppe, som modtog vanlig behandling. Forfatterne fandt en signifikant forskel mellem grupperne. I ID-ISTDP-gruppen rapporterede patienterne en signifikant bedring og stor effekt i deres smerte-rapportering, sammenlignet med kontrolgruppen, som dog havde en lille effekt.

Samme forfattere (Chavooshi, Mohammadkhani og Dolatshahi, 2016b) har i et andet RCT-studie undersøgt 23 patienter med MUS, som modtog ISTDP, sammenlignet med en gruppe, som modtog Mindfulness-Baseret Stress Reduktion og en kontrolgruppe (vanlig behandling). De fandt, at ISTDP signifikant havde reduceret interventionsgruppens smerte-rapportering, og at denne reducere også var signifikant ift. de to andre grupper.

I et studie, som sammenligner ISTDP (n = 42) og ID-ISTDP (n = 39), fandt Chavooshi, Mohammadkhani og Dolatshahi (2017), at MUS-patienter, som havde modtaget ISTDP, rapporterede signifikant lavere smerte-intensitet 12 måneder efter endt behandling, med en stor effekt.

I et studie med et sample på 177 patienter med MUS, sammenlignede Chavooshi, Saberi, Tavallaie og Sahraei (2017) ISTDP med kognitiv adfærdsterapi. De fandt ingen signifikant forskel mellem de to grupper, men begge oplevede en signifikant bedring og stor effekt i patienternes smerterapportering.

4.3.2.2. Før og efter-studier af ISTDP for funktionelle lidelser

Syv af de inkluderede studier fulgte et pre-post design.

I en længdesnitsundersøgelse har Hawkins (2003) undersøgt sammenhængen mellem repression og behandling med ISTDP hos 47 patienter, som led af kroniske rygsmerter. Ift. smerte-reduktion fandt han, at patienterne rapporterede signifikant lavere smerte efter endt 8-ugers gruppeforløb.

Abbass, Campbell, Magee og Tarzwell (2009) undersøgte antallet af konsultationer på skadestuen om året hos en patientgruppe på 50 individer med MUS. Gruppen modtog i gennemsnit 3,8 (SD 5,3) ISTDP-sessioner. Forfatterne fandt, at

ISTDP signifikant reducerede det gennemsnitlige antal af skadestuekonsultationer med 69 % efter 1 år. Til sammenligning svingede de patienter, som var blevet henvist til ISTDP, men aldrig mødte op, mellem en reducereing på 15 % og en stigning på 43 %. Desuden fandt forfatterne en signifikant reducereing i symptomer.

Fem af de syv inkluderede pre-post-studier undersøgte omkostningseffektiviteten ved ISTDP. Lilliengren, Cooper, Town, Kisely, Abbass (2020) undersøgte udgifter til læge og hospital for 228 individer med diagnosen Pain Disorder (DSM-IV), som ved udgangspunktet var dobbelt så stor som hos normalbefolkningen i lokalområdet. Forfatterne fandt at udgifterne i interventionsgruppen 2 år efter udgangspunktet var sænket til at være på linje med resten af normalbefolkningen (dermed en reducereing på 40 % for lægeudgifter og 79,9 % for hospitalsudgifter). Samlet blev der pr. patient i gennemsnit sparet \$14.061 (estimerede udgifter til behandling var \$700 pr. patient). Der fandtes også en signifikant reducereing af somatiske symptomer med moderat effekt.

28 patienter, som led af psykogene nonepileptiske anfald, var en del af et pilotstudie af Russell, Abbass, Alder, Kisely, Pohlmann-Eden og Town (2016). Efter at patienterne i gennemsnit havde modtaget 3,2 sessioner med ISTDP, fandt forfatterne, at sundhedsudgifter efter 3 år var faldet til under gennemsnittet i normalbefolkningen, et fald på 81 % siden udgangspunktet. Der fandtes desuden en signifikant reduktion i symptomer med en moderat effekt.

Tre af de fem studier, som undersøgte omkostningseffektiviteten ved ISTDP, havde interventionsgrupper, som bestod af flere forskellige patientgrupper. Abbass, Kisely og Town (2018) undersøgte, omkostningseffektiviteten ved ISTDP-prøveterapi med eller uden ét opfølgende interview. Udgifter til 344 patienter med somatisk symptom lidelse (57,3 %), angst (56,9 %), personlighedsforstyrrelse (49,3 %) og svær depression (33,1 %) blev indhentet før prøveterapien og efter 4 år, hvor de fandt en reducereing i udgifter på 67,3 % (udgifterne var faldet til under gennemsnittet i normalbefolkningen).

De tre forrige studier er alle understudier til det største inkluderede studie i reviewet: Abbass, Kisely, Rasic, Town og Johansson (2015) udførte et kvasi-eksperiment, som bestod af 890 patienter, der led af flere psykiske lidelser: somatoform lidelse (60,9 %), angst (55,3 %), personlighedsforstyrrelse (50,1 %) og svær depression (33,9 %). Denne gruppe blev sammenlignet med 192 individer, som blev refereret

til ISTDP, men som aldrig mødte op. Efter 3 år fandt forfatterne i sammenligningsgruppen en gennemsnitlig total udgiftsstigning på \$368 pr patient, hvorimod interventionsgruppen opnåede en gennemsnitlig reducereing i udgifter på \$12.628 pr patient i samme periode (til sammenligning var behandlingsudgifterne til ISTDP på \$708 pr. patient). Reduceringen var signifikant, og der fandtes yderligere en signifikant pre-post reducereing af symptomer, med stor effekt.

I reviewets sidste inkluderede studie, sammenlignede Abbass, Kisely, Rasic og Katzman (2013) i et naturalistisk studie, sundhedsudgifter før og 3 år efter et forløb med ISTDP, hvor psykiatriske turnuslæger blev uddannet ved en intensiv træningsmodel i terapien. Test ved udgangspunktet viste, at interventionsgruppen indeholdt individer ($n = 140$), hvoraf 65 % led af en somatoform lidelse, 57,9 % led af angst, 47,1 % havde en personlighedsforstyrrelse, og 32,1 % var svært depressive. Efter de første 2 år fandtes der ingen signifikant forskel i udgifter sammenlignet med udgangspunktet, men efter 3 år fandtes en signifikant reduktion. Sammenlignet med udgifter til behandling på ca. \$500 pr patient over 3 år, var reducereingen pr. patient på \$3.773 i samme periode. Der fandtes en signifikant reducereing på symptomer med moderat effekt.

Samlet har studierne et deltagerantal på 2.108. I RCT-studierne rapporterede alle studier undtagen ét en signifikant reducereing af smerteintensitet ift. kontrolgrupperne. I det sidste studie, var smerteintensiteten signifikant reduceret ift. udgangspunktet både for interventionsgruppen og sammenligningsgruppen (KAT). I pre-post-studierne fandtes der endvidere reducereing i rygsmerter og skadestuekonsultationer. Og i omkostningseffektstudierne fandtes en reducereing i sundhedsudgifter i alle fem studier. I de studier, der lavede statistiske målinger på reducereingen, var denne signifikant.

Dette peger på, at ISTDP har effekt i behandlingen af funktionelle lidelser, både hvad angår symptomreducereing og udgifter til sundhedsvæsenet.

4.3.3 Risiko for bias

Tabel 4.2: Risk of bias RCT	Chavooshi, Mohammadkhani, Dolatshahi (2016a)	Chavooshi, Mohammadkhani, Dolatshahi (2016b)	Chavooshi, Mohammadkhani, Dolatshahi (2017)	Chavooshi, Saberi, Tavallaie, Sahraei (2017)
Rater #1 initials: KK	Good	Fair	Fair	Fair/good

Tabel 4.3: Risk of bias pre-post	Abbass, Campbell, Magee, Tarzwell (2009)	Abbass, Kisely, Rasic, Katzman (2013)	Abbass, Kisely, Rasic, Town, Johansson (2015)	Abbass, Kisely, Town (2018)	Hawkins (2003)	Lilliengren, Cooper, Town, Kisely, Abbass (2020)	Russell, Abbass, Alder, Kisely, Pohlmann-Eden, Town (2016)
Rater #1 initials: KK	Good	Good	Good	Fair/good	Fair/good	Fair	Fair

Tabel 4.2 og 4.3 viser vurderingen af risiko for bias i de inkluderede studier, baseret på *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group* (bilag 6) og *Quality Assessment of Controlled Intervention Studies* (bilag 5). Bilag 7 og 8 udgør uddybende arbejdsark, som ligger bag disse vurderinger. Grundlæggende er de inkluderede studier vurderet 'Good' og 'Fair' og altså af lav og moderat risiko for bias. Udfordringerne består overordnet i små samplestørrelser; manglende statistik på omkostningsudgifter (to studier); information, som ikke er rapporteret, eller er uklart; samt udfordringer med kontrolgrupper. Selvom fire studier rapporteres som RCT-studier, er der kun i to af disse reelle kontrolgrupper.

4.4 Deldiskussion: begrænsninger i individuelle studier og i reviewet

Indeværende systematiske review, som undersøger effekten af ISTDP i behandlingen af funktionelle lidelser har nogle begrænsninger, som vil blive diskuteret i det følgende.

4.4.1 Mangel på kontrolgrupper i inkluderede studier

Kontrolgrupperne har den betydning, at man bedre kan kontrollere de øvrige variable, der kan påvirke resultatet. Interventionsgruppen og kontrolgruppen skal være så ens som muligt, og derfor er det vigtigt, at patienterne bliver tilfældigt fordelt i de to grupper (randomiseret), sådan at den eneste forskellige variabel er interventionen.

Overordnet set er manglen på kontrolgrupper den største udfordring for reviewet. Dette gælder ikke blot for pre-post-studierne, da to ud af fire randomiserede, kontrollerede studier, har defineret en sammenligningsgruppe som en kontrolgruppe. Chavooshi, Saberi, Tavallaie og Sahraei (2017) sammenlignede ISTDP med kognitiv adfærdsterapi (KAT). Det er en begrænsning, at denne forskel ikke er sammenlignet

med en kontrolgruppe, da studiet med større sikkerhed kan sige noget om forskellen mellem de to grupper, end det kan sige noget om effekten af ISTDP i sig selv. Ifølge sundhed.dk sammenlignes interventionsgruppen med ”en kontrolgruppe, der modtager den hidtil bedste kendte behandling”²⁰. I og med, at Skjernov og Møhl (2017) anbefaler kognitiv adfærdsterapi som den bedste behandling til funktionelle lidelser (p. 517), kan man på den anden side argumentere for, at KAT er en udmærket kontrolgruppe, og at studiet dermed ikke kan vise en større effekt end den vanlige behandling. Dog er der tale om en sammenligning mellem to behandlingsformer, og det er derfor vanskeligt at vurdere effekten af ISTDP i sig selv.

I studiet af Chavooshi, Mohammadkhani og Dolatshahi (2017) er interventionsgruppen, som modtager ISTDP, sammenlignet med internet-leveret ISTDP (ID-ISTDP), og dette studies primære formål er derfor at undersøge, om ID-ISTDP kan måle sig med ISTDP med fysisk tilstedeværelse (hvilket det ikke kunne). Et review, som kun inkluderede RCT-studier ville have ekskluderet dette studie.

Derudover havde to af de inkluderede omkostningseffektivitetsstudier (Abbass, Campbell, Magee & Tarzwell, 2009; Abbass, Kisely, Rasic, Town, Johansson, 2015) kontrolgrupper i form af de patienter, der var refereret til ISTDP, men som aldrig dukkede op. Dette er de ’naturlige’ kontrolgrupper, der opstår i sådan en sammenhæng og er en god måde at skabe en kontrolgruppe på i et naturalistisk studie. Der kan dog være flere grunde til, at patienterne ikke dukker op, og dette giver en interventionsgruppe og en kontrolgruppe, som muligvis er meget forskellige, idet grupperne ikke er randomiserede, og dette er et problem ift. bias. De resterende studier havde ikke kontrolgrupper.

Randomisering af interventionsgruppe og kontrolgruppe er vigtig for studiernes validitet. Det kan være svært at være helt sikker på, at patienterne ikke fx opsøger anden behandling samtidig, men siden dette kan ske i begge grupper, hvis de er randomiserede, vil der være mindre risiko for en skævvridning i grupperne, og dermed vil dette have en mindre betydning for resultatet. RCT-studiet er derfor det bedste bud på et studie, som forsøger at skabe mest stabilitet omkring variablerne, og kan på den måde fremføre de mest pålidelige resultater.

²⁰ <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/medicininformationer/den-fejlbarlige-medicin/randomiserede-kontrollerede-studier/>, tilgået den 11. maj 2020

4.4.2. Betydning af valg af studietyper for reviewets konklusion

Valg af inklusion af en bred vifte af studietyper i dette review giver altså ikke en placering lige så højt i evidenshierarkiet, som et review udelukkende bestående af RCT-studier ville have gjort, og det er en klar begrænsning for reviewet. Men som det fremgår af resultaterne, ville dette scenarie have givet fire studier (to, hvis man ekskludede de to studier, der ikke havde reelle kontrolgrupper, jvf. afsnit 4.4.1), og på baggrund af et lille sample, er det endvidere svært at konkludere noget. De manglende kontrolgrupper i dette review bliver ikke opvejet af den større sample på 11 studier, som udgør et samlet deltagerantal på 2.108, men det kan styrke vægten, hvormed der kan peges på et terapeutisk potentiale, og på den måde kan det bidrage til viden på feltet. På baggrund af dette, kan det anbefales, at der forskes mere i ISTDP's effekt af reducere af symptomer på funktionelle lidelser og at der foretages kvalitetsmæssigt gode RCT-studier for at øge evidensen.

4.4.3. Mål for effekt

Fordele og ulemper ved valget om en bred inklusion af studietyper er diskuteret ovenfor. Det har dog yderligere den konsekvens, at det giver et sample, som både indeholder studier, der undersøger symptomreduktion, og studier, der undersøger omkostningseffektivitet. Som pointeret i afsnit 4.2.2, opfattes reducere af omkostninger ifm. ISTDP-behandling af funktionelle lidelses-patienter som et mål for effekt af terapien. Hvis omkostningerne og dermed kontakt til hospitaler og læger reduceres ved anvendelsen af terapien, må det betyde, at patienten ikke har brug for disse i samme grad som før, og dette må antages at skyldes, at patienten har opnået bedring, og dermed kan det opfattes som et mål for effekt. Dette er dog antagelser, da det ikke er undersøgt ved fx interviews eller spørgeskemaer, hvad dette fald i omkostninger skyldes. En anden forklaring fx kunne være, at patienten har mistet troen på, at lægerne kan hjælpe ham, og derfor er stoppet med at opsøge dem, og af den grund er udgifterne til ham reduceret. Årsagen til reducere fremgår ikke af omkostningseffektivitetsstudierne, og dermed er der usikkerheder ift. studiernes validitet, og på hvilken måde man kan tolke studierne. Inddragelse af randomiserede kontrolgrupper i disse studier ville have den fordel, at risikoen for, at noget andet end terapien har haft en virkning, mindskes (ved et stort nok sample og ved randomisering, ville denne fejl teoretisk set fremgå af begge grupper, og derved have mindre betydning), selvom det mest optimale i dette

tilfælde ville være at sørge for, at patienterne ikke modtog anden behandling i den periode undersøgelsen stod på. Dette kan dog være besværligt, både praktisk og etisk, specielt idet nogle af studierne varer op til 4 år. To af studierne havde kontrolgrupper (Abbass, Campbell, Magee & Tarzwell, 2009; Abbass, Kisely, Rasic, Town & Johansson, 2015), men de var ikke randomiserede, og udgør i sig selv, som pointeret ovenfor, et bias. Der kunne med fordel laves undersøgelser på kontrolgrupperne ift. om de havde modtaget anden form for behandling. Desuden kunne man godt forestille sig, at et RCT-studie af omkostningseffektivitet var muligt. Et RCT-studie på udgiftsreducering ville skabe nogle mere valide resultater.

Omkostningseffektivitetsstudierne har desuden målt på symptomreducering, og dette kan i højere grad sammenlignes med RCT-studierne og de øvrige pre-post effektstudier. Dog med samme begrænsninger som lige pointeret, idet ændringen af målemetode ikke ændrer på studietypen, hvilket gør, at der ikke er kontrol over, hvor ændringen kommer fra.

Ift. dette speciales problemformulering, giver det mening at inddrage studier af både reducere i symptomer og reducere i omkostninger, da specialet ser på bidrag til nuværende behandling, og her er reducere af omkostninger relevant. Dette ses i forhold til specialets indledning, hvor Poulsen og kollegaer (2018) pointerer, at patienter med syndromdiagnosen irritabel tyktarm er estimeret til at koste samfundet ca. 1,4 mia. danske kroner om året i udgifter til psykiatriske hospitaler og syge- og invaliditetspension ifm. sygefravær (en person med irritabel tyktarm koster 5000 kr. mere om året end en person uden symptomer) (Poulsen et al, 2018, p. 872). Dog skal det siges, at omkostningseffektivitetsstudierne fra dette review undersøger reducere af udgifter til læge og hospitaler, hvormed tallene ikke fuldstændigt kan sammenlignes.

Selvom omkostningsreducering opfattes som et mål for effekt, kan forskellige inkluderede studier af reducere af omkostninger og reducere af symptomer ikke uden videre sammenstilles og føre til en samlet konklusion. De to typer af studier (pre-post og RCT) er blevet vurderet efter hver sin risiko for bias-vurderingsmodel, og de peger på to aspekter, som ligger til grund for måling af effekt: reducere af symptomer, og reducere af afgifter. De to mål har også forskellige interesser: symptomreducering er særligt interessant for patienterne, og omkostningsreducering er særligt interessant for samfundet (selvom symptomreducering også er væsentlig). Sidstnævnte kan spille en ekstra rolle ift. hvilken behandling, der bliver anbefalet.

Siden den bedste behandling ikke nødvendigvis er den billigste, har penge en uvilkaarlig sammenhæng med anbefalede retningslinjer, og hvilke tilbud der eksisterer. Dermed er reducere af udgifter et stærkt argument for, at terapien bør udbydes til en patientgruppe. Dette er interessant, set i lyset af, at alle omkostningsstudierne er udført med Abbass som hoved-eller medforfatter, og man må antage, at han har stor interesse i udbredelsen af terapien, givet hans litterære og uddannelsesmæssige bidrag til feltet.

4.4.4 Interventionsgruppe

Det var et krav, at interventionsgrupperne i de inkluderede studier modtog terapi, som af forfatterne til studierne blev betegnet som ISTDP. Dette ses i lyset af, at reviewet fra kapitlets indledning af Abbass, Town og Driessen (2012) inkluderer flere studier med interventioner, som er uklare ift. anvendte terapimetode. De skriver: "We included any published article with outcome data on short-term psychodynamic psychotherapy referencing Davanloo's books or technical articles in its description of the treatment delivered" (Abbas, Town & Driessen, 2012, p. 99). Det er svært at vurdere, om de inkluderede studier lever op til disse krav, da det ikke er alle studierne, der er tilgængelige via AUB. Endvidere påpeges det i afsnit 3.1, at der er forskelle på short-term psychodynamic psychotherapy og ISTDP. Et af studierne (som det lykkedes at få adgang til) i reviewet af Abbas, Town og Driessen (2012) benævner ikke terapien direkte, men henviser blot til litteratur af Davanloo, men da der ikke kunne opnås adgang til den tekst af Davanloo, som der henvises til, er det svært at vide, hvad den handlede om. Dette anses derfor som en mulig risiko for bias i reviewet af Abbas og hans kollegaer (2012).

Det er uden for dette reviews kompetencer, at vurdere, om terapi falder inden for rammerne af ISTDP eller ej, og derfor har det været vigtigt, at studierne selv definerede deres interventioner som ISTDP (selvom det selvfølgelig også kan medføre variationer i praksis). Nogle relevante studier kan derfor være blevet overset, men det blev vurderet, at risikoen for dette er minimal, da det er svært at finde mening i, hvorfor man ikke skulle benævne den anvendte terapiform i sit studie.

4.4.5 Bias ift. forfattergangere

Reviewet har ud over ovenstående, også nogle yderligere begrænsninger. En af dem er, at de 11 inkluderede studier stammer fra begrænsede forskningsfelter og at de

samme forfattere går igen. Fire studier har Behzad Chavooshi som hovedforfatter (samt flere andre gengangere) og er foretaget i Teheran, Iran (Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2016a; Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2016b; Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2017; Chavooshi, Saberi, Tavallaie & Sahraei, 2017). Hele seks studier har Allan Abbass som hoved- eller medforfatter (samt flere gengangere) og er foretaget i Nova Scotia i Canada (Abbass, Campbell, Magee & Tarzwell, 2009; Abbass, Kisely, Rasic & Katzman, 2013; Abbass, Kisely, Rasic, Town & Johansson, 2015; Abbass, Kisely & Town, 2018; Lilliengren, Cooper, Town, Kisely & Abbass, 2020; Russell, Abbass, Allder, Kisely, Pohlmann-Eden & Town, 2016), nogle af disse studier som understudier til Abbass, Kisely, Rasic, Town & Johansson (2015). Kun ét studie adskiller sig fra disse, og er foretaget i New York (Hawkins, 2003). Selvom der er mange studier, begrænser de sig til indskrænkede geografiske områder (og til materiale, der bliver brugt flere gange ved at lave datterstudier), samt til bestemte forfattere. Allan Abbass har udgivet flere bøger om ISTDP, som også er dette speciales teorigrundlag, og han har været flittig i sit forsøg på at skabe fokus på terapiens effekt, også indenfor andre lidelser end psykofysiologiske (Abbass, Town & Driessen, 2012; Ajilchi, Nejati, Town, Wilson & Abbass, 2016; Town, Abbass, Stride & Bernier, 2017; Solbakken & Abbass, 2015). Det ville være interessant at se, om en bredere gruppe af forskere ville komme frem til samme positive resultater på effekten af ISTDP.

4.4.6 Publikationsbias og screening af behandlingsudbytte

De udelukkende positive resultater henleder desuden opmærksomheden på et muligt publikationsbias, som refererer til, at der kan være foretaget studier, som ikke viste nogen effekt, og som derfor ikke er blevet udgivet. Derudover pointerer Hawkins (2003, p. 7) en begrænsning i sit studie, hvor han forklarer, at de medvirkende patienter i undersøgelsen blev screenet for modtagelighed for terapien i en indledende telefonsamtale, og de, som ikke var modtagelige over for en psykologisk forklaring, blev ekskluderet. Dette har både fordele og ulemper, idet det kan give et skævt billede af effekten og det kan foranledige til at tro, at terapien er virksom for flere patientgrupper, end den reelt er. Det kan også være en fordel, idet der ikke er nogen grund til at spille patienternes tid og forsøge at behandle med metoder, der ikke vil være virksomme, og så længe det fremgår klart af studiet, kan der tages højde for dette ift. hvilken viden

man kan udlede derfra. Denne screening fremgår ikke af de andre studier, som i stedet ekskluderer patienter som er selvskadende, selvmordstruede, psykotiske eller i aktivt misbrug. Dog skriver Abbass, Kisely, Rasic og Katzman (2013), at patienterne blev screenet for respons på terapien, men det fremgår ikke yderligere, hvad dette betyder.

4.4.7 Reviewets udarbejdelsesproces

Det ses som en væsentlig begrænsning ved reviewet, at det kun er udført af én forfatter. Det anbefales, at mindst to personer screener for inkluderede og ekskluderede studier, og til at vurdere risiko for bias (Liberati et al, 2009). Dette gælder for hele processen, og dermed kan subjektive fejl have sneget sig ind, trods systematik og omhyggelighed.

4.5 Delkonklusion

Dette systematiske review, som undersøgte ISTDP's effekt af symptom- og omkostningsreducering i behandlingen af funktionelle lidelser, fandt fire randomiserede, kontrollerede studier, og syv pre-post studier. Der fandtes i alle studierne, som har målt på symptomreducering, en signifikant reducere af symptomer med moderate til store effektstørrelser. Tre ud af de fem omkostningsstudier har rapporteret statistiske data, og i disse fandtes en signifikant reducere. I de to andre studier blev reducere formidlet i fald i procent og beløb. Desuden fandtes et studie med signifikant reducere i antal af skadestuebesøg. Der fandtes ingen studier, der ikke fandt en positiv effekt af ISTDP mod funktionelle lidelser. Risiko for bias blev vurderet som lav til moderat for alle studierne.

Disse studiers resultater skal dog ses i lyset af deres begrænsninger. Vurderingen af risiko for bias er lavet på baggrund af to modeller, som vurderer kvaliteten indenfor studietypen, og som ikke tager højde for begrænsningerne ved studievalg i det større billede. Studievalget har været bredt, og har inkluderet non-RCT-studier, som er en begrænsning for studiet. Derudover er det blot to af studierne, som har rapporteret om power, og nogle af de resterende studier fremstår med små samplestørrelser. Nogle få af studierne fremstår endvidere uklare og mangelfulde. Den største udfordring for studiernes validitet er dog manglen på reelle, randomiserede kontrolgrupper. To ud af de fire RCT-studier har ikke reelle kontrolgrupper, men sammenligner med KAT (Chavooshi, Saberi, Tavallaie & Sahraei, 2017) og ID-ISTDP (Chavooshi, Mohammadkhani & Dolatshahi, 2017). To af pre-post-studierne havde en

kontrolgruppe, men disse var ikke randomiserede, og udgør derfor et væsentligt bias. De resterende studier har ingen kontrolgrupper, og det er derfor vanskeligt med sikkerhed at sige, hvad de positive ændringer skyldes.

Samlet set peger disse fund på, at der er potentiale i behandling med ISTDP, men at der mangler stærkere evidens på området, og at der bør foretages RCT-studier af høj kvalitet både ift. symptomreducering og omkostningseffektivitet, for at undersøge dette.

Kapitel 5: Diskussion

Den teoretiske del af indeværende speciale blev præsenteret i kapitel 2 og 3, hvor den nuværende medicinske tilgang, samt ISTDP blev fremlagt. Kapitel 4 indeholdt et systematisk review, som undersøgte den empiriske effekt af ISTDP i behandlingen af funktionelle lidelser. Dette kapitel vil forsøge at samle disse kapitler, og er delt op i tre dele. De første to dele fokuserer på begrænsninger. I del 1 fremlægges de teoretiske begrænsninger indenfor ISTDP og den nuværende, medicinske forståelsesramme og i del 2 diskuteres de metodiske begrænsninger ved indeværende speciale. Den sidste del af diskussionen vil på baggrund af de teoretiske fremstillinger, reviewets resultater og begrænsninger, samt teoretiske og metodiske begrænsninger fremlagt i del 1 og 2, undersøge i hvilken grad, ISTDP kan bidrage til den nuværende medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser.

5.1 Del 1 Teoretiske begrænsninger

Følgende del vil se på teoretiske begrænsninger i ISTDP, efterfulgt af teoretiske begrænsninger i den nuværende, danske, medicinske forståelse af funktionelle lidelser.

5.1.1 Begrænsninger ved ISTDP

Som det ses af forrige kapitel, peger indeværende review på ISTDP's potentiale ift. reducere af funktionelle lidelser, dog mangler der stadig et stærkere evidensgrundlag på baggrund af kvalitets-RCT-studier. Ud over dette, kan der fremsættes nogle begrænsninger ved ISTDP som teknik, og disse vil blive fremlagt i det følgende.

Schröder, Cooper og Naidoo (2015) fremlægger nogle udfordringer ved ISTDP, og de peger bl.a. på, at terapien er yderst emotionelt udfordrende, både for patient og terapeut. Begge parter skal kunne tolerere intenst emotionelt materiale, foruden intens emotionelt nærvær, hvis de skal kunne arbejde med overføringsfølelserne, som er en forudsætning for ISTDP som teknik (Schröder et al, 2015, p. 104). Terapeuten skal have et stort fokus på de følelser, der opstår i overføringen (Schröder et al, 2015, p. 104). Uddybende kan siges, at dette kræver selvindsigt fra terapeuten, og det kan være svært at adskille overføringsfølelserne fra egne følelser, og i øvrigt ikke tage de følelser, der opstår i overføringen personligt, ellers bliver arbejdet i sessionen forstyrret. Det antages, at denne terapiform er enormt krævende for terapeutens tilstedeværelse, og at han må investere meget af sig selv, for at kunne udføre den rolle, som

teknikken kræver af ham. Han skal fx kunne udholde meget intense negative følelser rettet mod sig i arbejdet med overføringsfølelser (jf. eksemplet fra afsnit 3.3.5, hvor patienten opfordres til at visualisere sin vrede mod terapeuten, og hvordan hun i sin fantasi dræber ham), som skal lede patienten til at få kontakt med sine ubearbejdede, ubevidste følelser fra fortiden.

Schröder og kollegaer (2015, p. 104) peger derudover på, at de specifikke teknikker i ISTDP kræver stor forståelse, træning og supervision, for at kunne anvendes af den enkelte terapeut. Teknikkerne kræver stor erfaring, men det er svært at få uden at behandle, hvilket skaber et paradoks. Udfordringen ligger i, at hvis man fokuserer på følelser, når patienten er alt for angst, kan det være skadeligt (Schröder, 2015, p. 104). Som det fremgår teoretisk i kapitel 3, kan angst i den glatte muskulatur forværres, hvis man fokuserer på følelser, når patienten er i denne tilstand (Abbass & Schubiner, 2018, p. 151). Angst i den glatte muskulatur kan ikke ses udefra, og terapeuten er afhængig af patientens tilbagemeldinger. Det kræver, at terapeuten hele tiden skal være opmærksom på, hvordan patienten har det i kroppen, og det udgør en fare for, at terapeuten ikke er opmærksom nok. Idet terapeuten ikke er læge, anses det yderligere som en udfordring at være sikker på, at eksisterende og nyopståede symptomer ikke er strukturelle.

Terapeuten skal altså kunne navigere mellem hvornår teknikkerne bør anvendes, og kunne udholde intens emotionel kontakt. Terapeuten bør samtidig ikke være tøvende, da det kan opleves som et svigt for patienten, hvis terapeuten nærmer sig de svære følelser, men ikke formår at komme i mål med opgaven. Det vil betyde for patienten, at endnu en person ikke kunne magte at være i nærheden af det svære, og dermed vil patienten beskytte sig endnu mere fra følelserne. Mindre optimal udførelse af terapien kan på den måde gøre mere skade end gavn, og udgør en risiko for patienten. Dette anses specielt at være gældende for nye terapeuter, som skal lære at mestre teknikkerne.

En begrænsning ved terapien endvidere være, at den er meget skematisk, og at der er mindre plads til afvigelser fra teknikkerne. Fx er der et stort fokus på at tage specifikke eksempler op, der kan arbejdes med, men det brede billede af patientens liv, udfordringer osv., som i mange andre terapier er en essentiel del af anamnesen, synes at betyde mindre indenfor ISTDP (Abbass, 2015; Abbass, Joffress & Ogrodniczuk, 2008, p. 164), og kan muligvis være en udfordring for behandlingen.

Af Abbass (2015) fremgår det, hvilke patientgrupper, der ikke er egnet til ISTDP. Dette inkluderer patienter, som er maniske, har ustabile psykotiske symptomer, er i aktivt misbrug eller er selvmordstruede (dette stemmer overens med eksklusionskriterierne i de inkluderede studier). Desuden patienter, som lider af aktiv colitis ulcerosa, Crohn, multipel sklerose eller reumatoid artirits, da enhver stigning i angst vil forværre disse autoimmune processer (Abbass, 2015, p. 30). Af andre kilder fremgår det dog, at der i prøvesessionen, som er en del af ISTDP, bliver screenet ift. hvordan patienten responderer på at blive udfordret på sin emotionelle tolerance (Schröder et al, 2015, p. 104) og at dette er det afgørende kriterie for, om patienten bør modtage ISTDP eller ej (Abbass, Joffres & Ogrodniczuk, 2008, p. 164). Det fremstår dog uklart, om dette kriterie gælder for al behandling med ISTDP. Af Abbass og Schubiner (2018) præsenteres ikke en prøveterapi, som har til formål at udelukke patienter fra behandlingen. Af Abbas (2015) fremstår prøveterapien som en indledende session, som har til formål at finde ud af, hvordan patientens angsttolerance er, og dermed niveau af fortrængning, for bedre at kunne intervenere. Dette frem for at udelukke patienter, som har svært ved at se den psykiske komponent, hvilket er et eksklusionskriterie i studiet af Hawkins (2003). Abbass, Lovas og Purdy (2008) pointerer: "Patients who appear completely closed to the possibility that emotional factors may be relevant in their case should be handled cautiously to prevent confusion and treatment misalliance" (Abbass, Lovas & Purdy, 2008, p. 1310), og peger dermed ikke på ekskludering af patienter, på baggrund af manglende accept af psykiske komponenter i sygdommen. Udelukkelseskriterierne fremstiller dog en gruppe, som ISTDP ikke kan hjælpe.

Herudover kan i øvrigt rejses de samme kritikpunkter som ved enhver anden form for psykodynamisk eller psykoanalytisk terapi, idet ISTDP forudsætter anerkendelsen af det ubevidste.

5.1.2 Forfatter-bias og muligt publikationsbias i ISTDP

ISTDP er en terapeutisk retning, som stadig er i sin startfase, specielt hvad angår behandling af psykofysiologiske sygdomme. Det fremgår af tidspunkter for udgivelser og gengangere i forfattere.

Abbass tager udgangspunkt i arbejde af Davanloo fra 1970'erne, men hans to bøger er fra henholdsvis 2015 og 2018, og er altså af nyere dato. Terapien kan spores tilbage til Davanloo, men han har aldrig udgivet et samlet værk om ISTDP.

Della Selvas bog "Intensiv dynamisk korttidsterapi" er fra 2001 og indeholder hendes udgave af ISTDP, men hun har som sagt ikke fokus på psykofysiologiske sygdomme. Dette fokus er altså ret nyt, og det er først med Abbass' bog "Hidden from View" fra 2018, at redueringen af de psykofysiologiske sygdomme bliver et centralt mål med terapien i sig selv. De inkluderede studier i specialets review er udgivet mellem 2003 og 2020. Heraf er de fire inkluderede RCT-effekt-studier fra 2016 og 2017, hvormed forskningen indenfor terapiens effekt ligeledes er i sin indledende fase. Dette kan være en af grundene til, at terapien ikke er særligt udbredt.

Indenfor forskning af ISTDP går de samme forfattere og lokationer igen. Seks ud af de 11 inkluderede studier er foretaget på det samme hospital i Canada og har Abbass som hoved-eller medforfatter, og fire studier er hovedforfattet af Behzad Chavooshi og er foretaget i Teheran. Det sidste studie er foretaget i New York. De 11 studier er derved foretaget på 3 forskellige hospitaler, kun tre forskellige steder i verden. Dette aspekt indeholder en væsentlig risiko for forfatter-bias, og det vil styrke terapiens validitet og reliabilitet, at andre forfattere foretog undersøgelser på fænomenet på andre hospitaler, og gerne fra andre dele af verden, end de hidtil undersøgte. Det bør nævnes, at det må formodes, at Abbass har store interesser i at udgive gode resultater af ISTDP på baggrund af sin status som en af de store fortalere for terapien, både med bøger og kurser osv., og han har altså meget at tabe ved at udgive studier, der slår fejl. Det er ikke til at vide, om der er foretaget sådanne studier, som ikke er udgivet, men hans situation taget i betragtning, må et muligt publikationsbias være med i overvejelserne.

Det er også væsentligt at have for øje ift. terapiens anvendelighed i en dansk kontekst, hvilken betydning det har, at ISTDP er formet af en canadisk professor. Det er væsentligt, før man kan anbefale terapien i det danske sundhedsvæsen, at der bliver foretaget undersøgelser, som er udført indenfor de danske rammer, som uundgåeligt er anderledes end de canadiske.

5.1.3 Begrænsninger ved den medicinske tilgang til funktionelle lidelser

Den nuværende medicinske behandling af funktionelle lidelser er baseret på samtaler, hvor lægen vil forsøge at få patienten til, ud fra en bio-psyko-social forståelsesmodel, at se sammenhængen mellem kropslige symptomer og emotionelle eller sociale problematikker, og at tanker og handlinger kan være med til at bibeholde patienten i sygdommen. TERM-modellen, som i høj grad er baseret på teknikker fra kognitiv

adfærdsterapi, anbefales som efteruddannelsesprogram til læger, som dermed kan varetage behandling af de lette til moderate tilfælde af funktionelle lidelser. Dette afsnit vil se på begrænsninger ved TERM-modellen.

Først og fremmest kan det ved TERM-modellen påpeges, at den har et begrænset genstandsfelt. Modellen er udformet således, at lægen kan varetage de lette til middelsvære tilfælde. Det anses som en fordel, at lægen kan varetage nogle af tilfældene, hvor han førhen ikke havde værktøjerne. Det kan derfor undgås, at patienten endnu engang skal skifte behandler. Men det er en begrænset gruppe, som lægen kan behandle, og den svære og kroniske gruppe synes TERM-modellen ikke at have nogen løsning for. Ifølge stepped care-modellen indebærer behandling i disse tilfælde henvisning til specialister eller psykologer, som behandler funktionelle lidelser med KAT (se bilag 1). I de svære tilfælde er coping, altså at ændre på adfærden ifm. symptomerne, kernen af behandlingen (Fink et al, 2012, p. 120), men dette fjerner ikke årsagen og dermed symptomerne. I de kroniske tilfælde er behandlingsstrategien at forsøge at give patienten de bedst mulige vilkår for tilværelsen (Fink et al, 2012, p. 122). Man kan altså lidt skarpt sige, at man har opgivet at helbrede. Dette opfattes stærkt begrænsende for metoden.

I forlængelse af dette, opfattes de psykiske komponenter som en del af ætiologien til funktionel lidelse, og traumer og misbrug opfattes som prædisponerende faktorer til funktionelle lidelser (Fink et al, 2012, p. 61). Alligevel anses årsagen ikke som værende væsentlig for behandlingen (Fink et al, 2012, p. 59), og behandling af disse traumer indgår derfor ikke som en del af TERM-modellen. Der arbejdes i stedet med omstrukturering af nuværende tanker. Hvis man lader disse traumer gå ubearbejdede hen, kan de blot forværre symptomerne (i og med, at de har en væsentlig betydning for tilstedeværelsen af symptomerne i første omgang), og det findes kritisabelt, hvis disse traumer forsømmes.

5.1.4 Lægens udfordringer med funktionelle lidelser pga. sin uddannelse

Det kan anses som en udfordring for den medicinske tilgang til funktionelle lidelser, at behandlingen varetages af den praktiserende læge. Patienter med funktionelle lidelser udgør en stor udfordring for lægerne. Dette både i kraft af, at patientgruppen er stor og diffust defineret (se diskussionen i afsnit 5.2.1), og at viden om funktionelle tilstande stadig er under udvikling. Lægen er med sin uddannelse skolet i de somatiske

sygdomme, og er rigtig god til dette. Men de funktionelle lidelser befinder sig et sted mellem det somatiske og det psykiske og kan derfor være en udfordring for lægen, som er øvet i en anden tilgang til behandling. Desuden er viden om lidelsen sparsom, og lægen er altså begrænset til den evidens, der foreligger.

En udfordring for lægen, som det er beskrevet i afsnit 2.4, er, at det kan være grænseoverskridende at spørge ind til patientens psyko-sociale udfordringer, specielt ift. det lys, mange patienter ser lægen i. Det antages, at mange patienter også ville opfatte det grænseoverskridende. Dog er det nødvendigt for at behandle funktionelle lidelser med TERM-modellen.

Selvom Abbass og Schubiner (2018) anbefaler, at lægen med ISTDP-interventioner kan behandle lette til moderate tilfælde af funktionelle lidelser, ligger der en grundopfattelse bag denne terapi, som kan være svært at få til at passe med den grundforståelse, man har som somatisk læge. Fx anses den terapeutiske alliance indenfor ISTDP som essentiel, og overføringsfølelserne mellem terapeut og patient er et af de vigtigste redskaber for terapien (jf. persontrekanten, se figur 3.1). Det er dog et helt andet arbejde, end det, lægen er uddannet til. Det anbefales med dette speciale derfor ikke, at lægen bør tillære sig ISTDP-teknikker, ligesom det heller ikke ville kunne anbefales, at psykologen tog et kursus for at tillære sig lægens viden om strukturelle sygdomme (som på den anden side er en udfordring for psykologen). Det ville i stedet være mere meningsfuldt at henvise til en psykolog, som kunne varetage behandlingen med ISTDP. Set i lyset af dette, passer TERM-modellen en smule bedre ind i den medicinske grundtanke, end ISTDP gør, fordi behandlingen i større grad har fokus på det der kan 'måles og vejes' (ændrede tanke- og handlemønstre), og ikke forudsætter inddragelsen af det ubevidste, som er meget fjern fra medicinen. TERM-modellen udgør dog stadig en udfordring for lægens vante tankegang og behandlingstiltag.

Endvidere kan det betragtes som udfordring, at TERM-modellen tilbydes som et efteruddannelsesprogram, og det vides ikke, hvor mange læger, der har taget dette kursus, samt hvor mange, der anvender metoden i praksis.

5.2 Del 2 Metodiske begrænsninger

Denne del af diskussionen vil diskutere de metodiske begrænsninger ved specialet. Der peges på, at begrebsdefineringen af funktionel lidelse og lignende begreber er rodet og forvirrende, og at dette skaber nogle metodiske og praktiske begrænsninger.

Derudover undersøges konsekvenserne af, at indeværende speciale har udført et review af ISTDP, som behandling til funktionelle lidelser, men ikke har lavet et tilsvarende for den nuværende behandling. Der peges yderligere på begrænsninger ved fremstillingerne af de to tilgange, i og med, at præsentationen af den medicinske behandling er baseret på anbefalinger til behandling, og at det derfor kan svære svært at afklare, hvordan praksis ser ud, og at ISTDP er baseret på én forfatter, hvilket kan have begrænsninger for teoriens validitet. Afslutningsvis behandles fordele og ulemper ved at screene for behandlingsudbytte.

5.2.1 Rodet begrebsområde

Som det fremgår af afsnit 2.1, som indeholder en begrebsdefinition på de mest fremtrædende synonymer for funktionel lidelse og af afsnit 3.1.4, som definerer psykofysiologiske lidelser indenfor ISTDP, er specialets omhandlende fænomen svært at klarlægge, da der er mange begreber og forskellige definitioner, og kun nogle af disse fremgår af de berørte afsnit. Der er både paraplybegreber, som forsøger at samle de forskellige lidelser under ét begreb, og et hav af syndromdiagnoser, som bliver anvendt af læger, og som afhænger af, hvilket speciale patienten bliver undersøgt af. Det gør ikke nødvendigvis diagnosen forkert, men det bliver hurtigt uoverskueligt, hvis patienten fremstår med 10 forskellige diagnoser. Det er overordnet svært at blive klog på, om begreberne betyder det samme eller ej. I dette speciale er begrebet funktionel lidelse brugt synonymt med psykofysiologisk lidelse, idet det antages, at der henvises til samme fænomen. Førstnævnte anvendes i det danske sundhedssystem, og bruges af de forfattere (bl.a. Fink et al, 2012), som danner grundlag for den teoretiske fremstilling af den danske forståelse og behandling. Psykofysiologiske lidelser er det tilsvarende begreb, som anvendes af Schubiner og Abbass (2018). De to begreber adskiller sig i deres teoretiske udgangspunkt, hvor førstnævnte anerkender en psykisk komponent, men vurderer, at kendskab til den specifikke årsag ikke er nødvendig, idet den er multifaktoriel, og dermed skabt af mange komponenter. Denne teoretiske baggrund lægger sig op ad en bio-psyko-social forståelsesramme, hvor sammenhængen mellem de mange komponenter skaber betingelserne for, at en funktionel lidelse kan opstå. I Abbass og Schubiners (2018) forståelse af de psykofysiologiske sygdomme, er det de ubevidste kræfter, der antages at skabe forandringerne i kroppen, ved at angst manifesterer sig som kropslige forsvarsmekanismer. De to tilgange til fænomenet ligner dog

hinanden til forveksling i de symptomer, der fremlægges om dem, og derfor er de anvendt synonymt om tilstanden, men ikke synonymt ift. ætiologisk forståelse af sygdommen.

De mange begreber gør det svært at navigere i litteraturen, både i forhold til at finde frem til den viden, der findes på området, og ift. om man kan sammenstille forskellige studier og teoretisk materiale. Helt konkret har det givet dette speciale den udfordring, at det indeværende review har risiko for at fremstå mangelfuldt. Søgestrengen, der laves for at finde studier, har stor risiko for at mangle nogle synonymer til fænomenet, hvilket specielt gælder de mange syndromdiagnoser (fx fibromyalgi og irritable tyktarm), og derfor kan det være svært at lave listen udtømmende. Derved er der risiko for, at nogle relevante studier ikke er blevet indfanget, fordi deres konkrete diagnose ikke er medtaget i søgestrengen, og de ikke har et af paraplybegreberne i deres abstract. Det er også vanskeligt, uden en omfattende medicinfaglig viden, at vurdere, hvilke somatiske diagnoser og tilstande, som hører ind under fænomenet. Som tidligere pointeret, har udgangspunktet for dette speciales review været, at forfatterne til studierne har godkendt lidelsen som værende en somatisk tilstand med psykisk oprindelse, idet det antages, at man ellers ikke ville forsøge at intervenere med ISTDP. Det er dog udenfor dette speciales viden at vurdere om dette er gjort på det rette grundlag.

Den begrebsmæssige forvirring har endvidere konsekvenser for patienthåndtering. Der er forskellig brug af terminologi mellem forskellige sundhedsfaglige instanser, som det ses af ovenstående, men også specialister imellem (Henningsen, Fazekas & Sharpe, 2011a, p. 124). Udfordringen, uden et veldefineret begreb, er, at nogle patienter vil modtage forskellige diagnoser, alt efter hvilket speciale de møder (Henningsen et al, 2011b, p. 43) og nogle patienter vil slet ikke blive opdaget, og dermed ikke blive tilbudt den rette behandling (Budtz-Lilly et al, 2015). Patienterne kan endvidere risikere at blive en 'kastebold' mellem mange specialer, uden at nogen tager et overordnet blik på situationen, sådan at patienten kan få den rette hjælp. Det er ikke et udtryk for, at lægerne ikke gør det godt nok, men i stedet at de forskellige specialer geografisk kan være placeret forskellige steder, og dermed kan have svært ved at samarbejde, og at der mangler fælles terminologi, som kan hjælpe til skarpere håndtering af patienterne (Henningsen et al 2011a, p. 126).

Der er også forskelle i brug af begreber lande imellem (Henningsen et al, 2011a, p. 124). Rent praktisk er det en udfordring for specialets abstract, idet det

engelske 'functional disorder' ikke bliver brugt i lige så høj grad som det danske 'funktionel lidelse'. Dog ville en oversættelse til et mere anvendt begreb i den internationale litteratur, fx *medically unexplained symptoms*, være misvisende, idet det ville henvise til et andet dansk begreb.

De mange begreber skaber en splittet tilgang til fænomenet, og skaber en betydelig barriere til problemets omfang (Henningsen et al, 2011a, p. 124). Det er vanskeligt at finde et fælles begreb, idet de forskellige områder af sundhedssektoren, der har med disse patienter at gøre, har forskellige udgangspunkter. Fx udspringer diagnoserne fra psykiatrien, og løsningen er derfor ikke, ifølge Henningsen og kollegaer (2011a), at finde i den nye diagnosemanual, idet problemet kræver et samarbejde mellem flere instanser: psykiatri, de medicinske specialer og praktiserende læger (p. 125). Her kunne endvidere tilføjes psykologer og fysioterapeuter mm. Forfatterne pointerer: "It is as if different specialists and general practitioners (GPs) all had their own different terms for stroke" (Henningsen et al, 2011a, p. 125), og peger dermed på, at de mange terminologier er udtryk for den samme underliggende lidelse, og burde betegnes med det samme begreb.

Noget af det udfordrende ved de funktionelle lidelser er, at de befinder sig mellem det psykiske og det fysiske. Når patienten bliver diagnosticeret med en funktionel lidelse (eller den officielle F45 Somatoform lidelse (Skjernov & Møhl, 2017, p. 500)) kan patienten få opfattelsen af ikke at blive taget alvorligt på sine fysiske klager (Henningsen et al, 2011a, p. 125). Funktionelle lidelser er i medierne blevet beskyldt for at være en skraldespandsdiagnose (bl.a. Ringgaard, 2017 for videnskab.dk; Villesen, 2018 for information.dk), som patienterne får, når lægerne ikke kan stille andre diagnoser, og ikke ved, hvordan de skal behandle. Funktionel lidelse bliver derfor stillet på baggrund af fraværet af symptomer (på mere veldefinerede sygdomme), frem for på baggrund af tilstedeværelsen af de symptomer, som patienten har. Dette er problematisk, da det kan give patienten et billede af, at lægen har givet op, selvom det er den nuværende viden, der er utilstrækkelig. Henningsen og kollegaer (2011a) peger på, at et mere fleksibelt begreb, der anerkender både den psykiske komponent og de fysiske klager, er efterspurgt (p. 125).

Den begrebsmæssige forvirring har altså betydning for den måde, man taler om sygdommene på, diagnosticerer, behandler, foruden at det har betydning for patienternes selvforståelse, og at de forskellige instanser i sundhedsvæsenet kan tale sammen og dele viden på tværs af faglige ståsteder.

5.2.2 Begrænsninger for specialet ved udførsel af ét review

Grundet rammerne for dette speciale har det kun været muligt at udføre et review på ISTDP for funktionelle lidelser, og der er derfor hverken foretaget reviews på TERM-modellen eller KAT. Det kan derfor være vanskeligt, selvom det ikke er formålet at vurdere nuværende behandling, at sammenligne de to tilgange ift. relevansen af ISTDP. Det er fx vanskeligt at vurdere, hvor den nuværende behandling kan anses som mangelfuld, idet fx effekterne af KAT fremstilles varierende i forskellige kilder (Fink et al, 2012; Skjernov & Møhl, 2017). Det er kun nødvendigt at undersøge bidrag til nuværende behandling, hvis den nuværende behandling fremstår med huller. Disse huller kunne være forskellige patientgrupper, der ikke responderede på TERM-modellen eller KAT, men det er vanskeligt at gennemskue på baggrund af den teoretiske fremstilling. Der peges fx i Fink et al (2012) på, at de svære tilfælde ofte ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen, og at man derfor må ty til coping-strategier i stedet, men det fremgår ikke i hvilken grad dette gør sig gældende, og om nogle patienter med svære tilfælde alligevel oplever reducere i smerte eller helbredelse.

Derudover anbefales behandling af lette til middelsvære tilfælde at blive foretaget hos egen læge (med TERM-modellen). Det evidensmæssige grundlag for dette synes dog ikke at fremgå af Fink et al (2012).

På baggrund af ovenstående ville det have bidraget positivt til diskussionen, hvis der havde foreligget et review af TERM-modellen eller KAT til behandling af funktionelle lidelser, og havde givet mulighed for, at den medicinske behandling og ISTDP i højere grad kunne stilles op mod hinanden.

5.2.3 Fremstillingen af den medicinske behandling er baseret på anbefalinger

En begrænsning ved dette speciale er, at fremstillingen af den nuværende danske, medicinfaglige behandling er baseret på anbefalinger fra diverse instanser. Disse kilder er valgt ud fra deres formodede aktualitet ift. behandling af funktionelle lidelser. Disse anbefalinger er ikke modstridende, men peger nogenlunde på de samme interventioner. Dog forekommer de en smule ukonkrete, ift. systematisk at guide lægen til, hvornår de forskellige interventioner bør anvendes, og hvornår i forløbet der er brug for hvad, og det formodes at være en udfordring for lægen i praksis.

Det er også en udfordring for dette review, da det ikke vides, hvordan og hvorvidt disse anbefalinger bliver fulgt i praksis. Grundet rammerne for dette speciale,

har det kun være muligt at fremstille en teoretisk forståelse af behandling af funktionelle lidelser. Under andre rammer, havde en tættere kontakt til praksissektoren været ønskværdig, fx gennem interviewundersøgelser.

På baggrund af den viden, som er fremlagt i kapitel 2, er information om henvisninger af de svære patienter sparsom. Selvom stepped-care-modellen (bilag 1) henviser til, at nogle tilfælde kræver henvisning til specialist eller psykolog, er det svært at gennemskue præcist, hvad dette indebærer. Det er heller ikke utænkeligt, at nyere tiltag er dukket op siden udgivelsen af Fink og kollegaers bog i 2012.

5.2.4 Teori om ISTDP er baseret på én forfatter

Den teoretiske fremstilling af ISTDP er baseret på én forfatter. Argumenterne for udelukkende at basere denne fremstilling på arbejde af Allan Abbass, fremgår af afsnit 3.1, og kan kort opsummeres til, at han er den forfatter, der har arbejdet mest intensivt med sammenhængen mellem psykofysiologiske sygdomme og reducere af disse. ISTDP, hvilket gør ham relevant for specialets problemformulering. Dette er desuden også valgt, for at undgå diskussioner om teknikaliteter forfatterne imellem. Dette valg har dog nogle begrænsninger. Den væsentligste er, at teorien er begrænset til én kilde, hvilket har betydning for den teoretiske validitet, og der vil dermed være en risiko for at basere sig på teoretiske påstande. Det anses i mindre grad som problematisk ift. ISTDP som teknik og terapi, da andre forfattere har skrevet om dette (Frederickson, 2013, Della Selva, 2001). Dog er Abbass den eneste, der har taget skridtet videre, og med "Hidden from View" (Abbas & Schubiner, 2018) opfatter kropslige symptomer som mere end blot forsvarsmekanismer blandt mange, og i stedet som sygdomme, hvor bedring af disse kan være hele formålet med terapien. Det er han, så vidt det vides, den eneste ISTDP-forfatter, der gør (selvom han selvfølgelig har mange medforfattere på sine studier), og det har betydning for validiteten. Af afsnit 5.1.2 fremgår det, at der er et forfatterbias inden for feltet ift. studierne, og dette peger på, at tilgangen stadig er ny ift. behandling af psykofysiologiske lidelser, og at mere forskning foretaget af andre forfattere vil højne dens validitet.

En anden pointe, som bør fremhæves, er, at den teoretiske fremstilling er baseret på én tilgang til ISTDP, dog er reviewets studier ikke begrænset til Abbass' udlægning af terapien (fem studier har ikke Abbass som medforfatter). Dermed kan der i studierne forekomme mindre afvigelser fra redegørelsen i kapitel 3, dog anses dette ikke for væsentligt ift. essensen af terapien.

5.2.5 Screening af behandlingsudbytte

Afsnit 4.4.6 har diskuteret studiet af Hawkins (2003). I dette studie blev patienter screenet for modtagelighed, og de patienter, som ikke var modtagelige overfor en psykisk forklaring på deres sygdom, blev ekskluderet. Det er desuden fremlagt i afsnit 5.1.1, at dette ikke er en del af ISTDP generelt, men at man dog skal være varsom med denne gruppe for at undgå misalliance (Abbas, Lovas & Purdy, 2008, p. 1310). I stedet er formålet med prøveterapien, ifølge Abbass (2015), at finde frem til patientens grad af fortrængning for bedre at kunne intervenere.

Det kan anses som en fordel ved studiet af Hawkins (2003), at de patienter, som terapeuten ikke vurderer, vil få gavn af terapien, ekskluderes, da det vil være spild af tid. På den anden side kan det skabe bias i resultaterne, og give bedre outcome-resultater, da man kun har undersøgt de patienter, man har vurderet som 'sikre' ift. at få udbytte af terapien. På den måde kan det både opfattes som smart og snyd. Ift. forskningen i virkningen af ISTDP, må det betragtes som et bias, da man på den måde kan opnå bedre resultater. Ift. praksisimplementering kan det måske i stedet opfattes som smart. En af udfordringerne ved funktionelle lidelser, er, at patienterne ofte har gennemgået mange forskellige behandlinger i mange forskellige settings, og det kan være udmattende for patienten at skulle gennemgå endnu en behandling, som måske eller måske ikke virker. Det burde derfor ses som et mål med behandling af funktionelle lidelser i det lange løb, fra start at blive bedre til at vurdere patientens sygdomsniveau og hvilken behandling, der er bedst egnet til patienten. Om det så er ISTDP eller KAT eller noget helt tredje, der passer bedst til patientens behov, er underordnet. Det kræver dog et omfattende arbejde at få skabt et evidensgrundlag for dette, og skal ses i lyset af menneskets kompleksitet, som gør patienterne svære at sætte i kasser. In mente kan siges, at det ift. Hawkins (2003) som har forsøgt at skabe en sådan vurdering, er svært at vide, om den gruppe, som blev ekskluderet, ville have haft gavn af terapien alligevel.

Fink et al (2012) pointerer tålmodighed med de patienter, som har svært ved at acceptere, at deres sygdom ikke udelukkende er strukturel, og at tid til, at patienten selv oplever denne sammenhæng, er en vigtig del af behandlingen. Dette opfattes som en meget omsorgsfuld måde at forholde sig til denne patientgruppe på, og den tovholder-funktion, som TERM-modellen tilskynder, anses generelt som et positivt aspekt ved den nuværende behandling, da der dermed er en person mindre, som har givet op på patienten. Set i et tilknytningsteoretisk lys, vil dette aspekt være helende.

Terapeuten i Hawkins (2003) studie taber dermed nogle patienter, som vil opleve et svigt, og som dermed måske ikke ved, hvor de så skal henvende sig.

5.3 Del 3 Diskussion af ISTDP's bidrag til den nuværende behandling

Den sidste del af diskussionen vil besvare problemformuleringen og diskutere i hvilken grad ISTDP kan bidrage til den nuværende behandling af funktionelle lidelser. De teoretiske bidrag til forståelsen af funktionelle lidelser, samt bidrag til behandling vil blive fremlagt. Slutteligt vil disse ses i henhold til reviewets resultater og begrænsninger fremlagt i kapitel 4.

5.3.1 De milde tilfælde af funktionelle lidelser

Inden det diskuteres, i hvilken grad ISTDP kan bidrage til nuværende behandling af funktionelle lidelser, vil det pointeres, at den anbefalede behandling af de mildere tilfælde af funktionel lidelse, ligner hinanden indenfor de to tilgange. Der henvises her til teknikker fra kognitiv adfærdsterapi i TERM-modellen præsenteret af Fink og kollegaer (2012), og til de kognitive-adfærdsorienterede interventioner, som Abbass og Schubiner (2018) fremlægger, og som ikke er en del af ISTDP i sig selv. Selvom de to tilgange er forskellige i den teoretiske forståelse bag interventionerne, fremlægger de flere tiltag, som minder om hinanden (Abbas & Schubiner, 2018, p. 46). Der kan fremhæves "exposure to triggers" (Abbas & Schubiner, 2018, p. 50), som i høj grad minder om eksponering i KAT; derudover henviser Abbas og Schubiner (2018) til, at patienten bør øve sig i at ændre den indre dialog (p. 50), hvilket minder om ændring af automatiske tanker indenfor KAT. De henviser desuden begge til brug af meditation (Abbas & Schubiner, 2018, p. 52; Afdelingen for Funktionelle Lidelser²¹). Derfor anses den patientgruppe, der responderer godt på nuværende behandling, ikke som mål for bidrag fra ISTDP, og der vil i stedet sættes fokus på de svære og kroniske tilfælde, som udgør en større udfordring for den nuværende model.

5.3.2 Mål med behandling

Begge tilgange til behandling af funktionelle lidelser ønsker at gøre patienten så symptomfri og rask som muligt. De har dog alligevel et lidt forskelligt ambitionsniveau.

²¹ <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/behandling/>, tilgået den 8. maj 2020

Essensen i ISTDP er at opleve de følelser, som skaber symptomerne, hvormed symptomerne vil forsvinde. Målet med TERM-modellen er også, at man gerne vil gøre patienten symptomfri, men specielt i de svære og kroniske tilfælde, er det ofte mere realistisk at lære patienten at cope med symptomerne, selvom man forsøger at behandle. ISTDP kunne have potentiale til at behandle de patienter, som man alligevel ikke mener ville drage stor nok fordel af TERM-modellen, idet ISTDP henvender sig til alle grader af sygdommen. Det virker hårdt, at der, på nuværende tidspunkt i det danske sundhedsvæsen, ikke kan tilbydes mere overbevisende behandling til svære tilfælde af funktionelle lidelser.

Om det betyder, at TERM-modellen er mere realistisk end ISTDP, er svært at sige uden et evidensgrundlag, og der findes endnu ikke nogen studier, som undersøger forskellen på de to tilgange (dette på baggrund af ovenstående review).

Der vil i det følgende ses på, om denne forskel i forventet udbytte af behandling kan findes i de forskellige grundforståelser og de forskellige måder at bruge information om ætiologi på, og om ISTDP kan udvide denne forståelse.

5.3.3 Forskellige grundforståelser

For at forstå forskellen i behandling af funktionelle lidelser indenfor de to tilgange, må man se på de forskellige grundforståelser og måder at håndtere forståelsen af ætiologien bag sygdommen på. Dette afsnit vil se nærmere på teoretiske forskelle mellem ISTDP og KAT (som danner grundlag for TERM-modellen). ISTDP og KAT kan være svære at forene, idet deres grundtanker er meget forskellige. Det aspekt, som den ene tilgang vægter højest, anser den anden tilgang ikke for væsentlig, og vice versa. I KAT er grundtanken, at man skal ændre de dysfunktionelle tanker og handlinger med det mål at opnå ændringer i følelsesregistret og dermed de kropslige reaktioner. De arbejder ikke med det ubevidste, som for ISTDP-terapeuten er kernen i terapien. I ISTDP arbejder man direkte med følelserne i stedet for tanker og handlinger. Formålet er ikke, som i KAT, at ændre på følelserne, formålet er i stedet at få kontakt til dem og opleve dem, idet man opfatter symptomerne som forsvarsmekanismer mod svære følelser. Indenfor KAT vil man ikke arbejde med at komme i kontakt med de svære følelser, idet man ikke anser, at dette vil have nogen virkning, da symptomerne ikke opfattes som forsvarsmekanismer. Abbass og Schubiner (2018) peger på, at man er nødt til at føle følelserne før angsten kan forsvinde, så hvis man blot intellektualiserer dem, vil angsten stadig være fanget i den tværstribede muskulatur og symptomerne vil

fortsætte. Derfor, mener forfatterne, er kognitive interventioner ofte utilstrækkelige ift. at reducere smerter i patienter med fibromyalgi og andre spændingssygdomme, da man ikke her vil have som fokus at forsøge at komme i kontakt med skjulte følelser, og disse derfor vil blive ved at komme til udtryk som kropslige spændinger (p. 72).

En af de vigtigste teorier, som ISTDP trækker på, er tilknytningsteori (se afsnit 3.2.2), og der peges på, at tilknytningstraumer kan skabe kropslige symptomer, som fungerer som forsvarsmekanismer, og at symptomerne dermed opstår, når patienten kommer i kontakt med noget, det ubevidste gerne vil forsvare vedkommende imod. Tilknytningstraumer i barndommen er dybt lagret i individets system og er altså højaktuelle selvom vedkommende er blevet voksen (Abbass, 2015, p. 8). Alt dette foregår i det ubevidste, uden om patientens bevidsthed. Det kan endda være svært for patienten at koble stimuli og reaktion sammen, idet forsvarssystemet kan være så effektivt og fortrængningen kan ske så hurtigt, at patienten ikke lægger mærke til den oprindelige stimuli (følelse), der skabte symptomet (jf. konflikttrekanten figur 3.2) (Abbass & Schubiner, 2018, p. 72). Derfor er det en udfordring at forsøge at arbejde med bevidste tanke- og handlemønstre i KAT hos patienter, hvis symptomer primært stammer fra tilknytningstraumer, idet problemet ligger i ubevidste processer. Løsningen er, ifølge Abbass og Schubiner (2018), at arbejde med at få kontakt til disse skjulte følelser, så patienten kan mærke, at han godt kan udholde at være i kontakt med dem, og dermed ikke har brug for forsvar i form af kropslige symptomer.

Disse meget forskellige grundtanker, danner, sammen med den måde de hver især forholder sig til ætiologien på, grundlaget for de to forskellige tilgange til behandling.

5.3.4 Ætiologi

De to tilgange til behandling af funktionelle lidelser, som er fremlagt i dette speciale, anser sygdommenes ætiologi af forskellig betydning for forståelse og behandling af sygdommen. Den nuværende behandling ser bredt på bio-psyko-sociale forklaringer, og anser årsagen som multifaktoriel (Fink et al, 2012, p. 59). Her anses ætiologien i højere grad som interessant i forhold til forståelsen, og i mindre grad som relevant for behandling (Fink et al, 2012, p. 59). I modsætning hertil anser ISTDP den kendte årsag som afgørende for succes af behandlingen, og det er af afgørende betydning for heling, at få emotionel kontakt til denne årsag (Abbass, 2015; Abbass & Schubiner, 2018).

Det interessante er, at de to tilgange er meget forskellige i deres *håndtering* af ætiologien, men at de ikke afviger i stor grad fra hinanden ift. hvad de *anser* som ætiologien.

Indenfor ISTDP pointeres det, at symptomerne er forsvarsmekanismer på baggrund af ubærlige følelser fra fortiden. Disse er relateret til tilknytningstraumer. Selvom den videre teoretiske forståelse af traumets betydning er forskellig fra den, der ligger til grund for TERM-model, anses barndomstraumer også som prædisponerende faktorer for funktionelle lidelser indenfor den medicinske forståelse. Både Abbass og Schubiner (2018, p. 68f) og Fink og kollegaer (2012, p. 61) anser psykisk eller fysisk misbrug i barndommen, eller en forælders død, som traumer, der kan lede til funktionelle lidelser. Interessant er det, i denne sammenhæng, at det samme traume ville blive behandlet helt forskelligt, alt efter hvilken af de to behandlinger, patienten mødte. Hvilken af disse metoder, der er den 'rigtige', er svært at svare på indenfor dette speciales rammer, da der kun er fremlagt et review af den empiriske evidens for ISTDP (se afsnit 5.2.2). Der kan dog peges på, at hvis nogle patienter (ofte med mildere tilfælde) kan blive helbredt ved den blotte erkendelse af, at deres sygdom *ikke* er strukturel, men har psyko-soziale årsager, så er der ikke nogen grund til at lede efter en årsag og behandle med ISTDP, og så kan tanke- og adfærdsændringer være den rette behandling. Men hvis TERM-modellen 'kun' kan behandle de lette og middelsvære tilfælde, og ikke anser helbredelse som en del af det realistiske behandlingsudbytte ved svære og kroniske tilfælde, så er der et hul i modellen. ISTDP henvender sig også til de svære tilfælde, og dette peger på, at håndteringen af ætiologien spiller en rolle her. Det anses inden for ISTDP som nødvendigt at arbejde med årsagen til lidelsen, for at kunne helbrede den. Ud fra et ISTDP-synspunkt ville det være bekymringsvækkende at lade traumer gå hen ubehandlet. Behandling af tilknytningstraumer kræver relationsarbejde i terapien, og løsningen er i ISTDP at arbejde med overføringsfølelser i nutiden jf. persontrekanten (figur 3.1), da disse kan skabe adgang til følelser rettet mod nøglefigurer i fortiden. I TERM-modellen bliver der ikke arbejdet med relationen på den måde. Ud fra dette peges der på, at den udfordring TERM-modellen møder ved de svære og kroniske tilfælde af funktionelle lidelser, muligvis kan løses med ISTDP, idet der tages højde for ætiologien i behandlingen. Dermed bliver det, der skaber symptomerne, den centrale genstand for behandlingen.

Fink et al (2012) beskriver ikke rigtigt, om det kun er de svære og kroniske patienter, som har oplevet traumer, eller om dette også kan være tilfældet hos de milde og middelsvære patienter. Hvis det er tilfældet, er det problematisk, at de ikke

fylder mere i behandlingen. På den anden side er det måske ikke nødvendigt, hvis disse tilfælde kan behandles uden dette fokus, men dette ville kræve yderligere undersøgelser at klarlægge. Ifølge Abbass (2005) kan milde tilfælde af psykofysiologisk sygdom godt være skabt af barndomstraumer (p. 95+101), og sværhedsgraden af sygdommen handler i stedet om graden af fortrængning af følelser (Abbass, 2015, p. 27).

Et bidrag, som ISTDP synes at kunne gøre, er altså, at det ubevidste spiller en central rolle i tilblivelsen af de funktionelle symptomer, og at man bør arbejde med årsagen (følelser forbundet med tilknytningstraumer), for at kunne behandle de middelsvære til svære tilfælde, som TERM-modellen har udfordringer med at behandle. Hvis årsagen til lidelsen er tilknytningsforstyrrelser, vil kognitiv adfærdsterapi ikke være tilstrækkelig til at bearbejde dette.

5.3.5 ISTDP's bidrag til forståelse og behandling af funktionelle lidelser

Som det fremgår af ovenstående, adskiller de to tilgange sig i deres grundforståelser, og det blev foreslået, at ISTDP kan bidrage til den nuværende forståelse på nogle væsentlige punkter. ISTDP kan bl.a. tilbyde en øget forståelse af symptomernes funktion. Inden for medicinen opfattes funktionelle lidelser som noget, man ikke kan forklare, og sygdommen bliver defineret på baggrund af fravær af symptomer. Indenfor ISTDP opfattes symptomerne som forsvarsmekanismer, hvormed symptomerne tjener et formål, nemlig at beskytte individet mod ubærlige følelser, hvilket det ubevidste vurderer er værre end de fysiske smerter. Symptomerne bliver derfor ikke udelukkende opfattet som en gene, som de bliver indenfor medicinen, men de har en funktion. ISTDP kan endvidere bidrage til den teoretiske forståelse af funktionelle lidelser med anerkendelsen af det ubevidste og tilknytningstraumernes betydning for symptomernes tilblivelse.

I henhold til ovenstående forståelsesmæssige bidrag fra ISTDP af funktionelle lidelser, ses der nogle mulige behandlingsmæssige bidrag. Idet den nuværende tilgang har udfordringer ift., hvordan de kan hjælpe svære og kroniske patienter til en øget symptomreducering, er det relevant at overveje ISTDP's virkning for denne patientgruppe, da denne tilgang er direkte henvendt til alle grader af sygdommen. Det ses i henhold til forskellene i teoretisk forståelse af funktionel lidelse, at ISTDP har til formål at behandle årsagen til lidelsen (i det ubevidste), frem for at lære patienten at cope med den (på et bevidst plan), og det ses som en mulighed, at denne mere

dybdegående tilgang med fokus på ubevidste processer og tilknytningsteori kan hjælpe den patientgruppe, som den nuværende behandling ikke formår. Dette bidrag bør foretages af en psykolog.

5.3.6 Bidrag på baggrund af review

I forlængelse af reviewets del-diskussion, vil dette afsnit se nærmere på reviewets begrænsningers betydning for konklusionen på indeværende speciales problemformulering og ovenstående fremlagte teoretiske og behandlingsmæssige bidrag. Problemformuleringen stiller fokus på, i hvilken grad ISTDP kan bidrage til den nuværende forståelse og behandling af funktionelle lidelser i det danske sundhedsvæsen. Ovenstående review viser signifikant reducere i smerterapportering eller reducere af sundhedsudgifter ved behandling med ISTDP i alle 11 studier. Dog er studiernes kvalitetsmæssige niveau ikke stærkt nok til, at man på baggrund af dette kan anbefale ISTDP som et henvisningstilbud i sundhedsvæsenet på nuværende tidspunkt. Der fremlægges ikke med ovenstående review, et solidt, empirisk evidensgrundlag for virkningen af ISTDP mod funktionelle lidelser. Reviewet anses i stedet som et argument for, at ISTDP for funktionelle lidelser bør undersøges nærmere, da studierne alle har positive udfald. Reviewet har et deltagerantal på 2.108 patienter, og det er et af reviewets fordele, da argumentet derved er bygget på et stor sample. Der er et hul i forskningen, hvor der mangler RCT-studier på effekten af ISTDP, idet manglen på randomiserede kontrolgrupper anses som den væsentligste udfordringer for reviewets fund. ISTDP er stadig ung, og der findes indtil videre kun fire RCT-studier (alle fra Iran) af virkningen på funktionelle lidelser. Det ville styrke reliabiliteten, at der blev foretaget flere studier, gerne fra andre steder i verden end Iran og af andre forfattere, da der endvidere er et forfatter-bias indenfor traditionen.

Derudover fandtes ingen danske studier af ISTDP for funktionelle lidelser i reviewet, hverken RCT-studier eller pre-post-studier. Det ville klart være en fordel at undersøge virkningen i en dansk kontekst, da der givetvis vil være nogle omkringliggende variable, som vil variere fra et canadisk eller iransk miljø til et dansk miljø. Dette ville i øvrigt kunne medvirke til at starte en debat om terapien i en dansk kontekst, og manglen på studier fra Danmark kan være en af grundene til (samt det indtil videre lave evidensniveau), at ISTDP er blevet overset i diskussionen om behandling af funktionelle lidelser i Danmark.

Kapitel 6: Konklusion

Dette speciale har undersøgt, i hvilken grad ISTDP kan bidrage til den nuværende, danske medicinske forståelse og behandling af funktionelle lidelser.

Specialet har gennem en teoretisk fremstilling forsøgt at komme med et billede på, hvordan man på nuværende tidspunkt forstår og behandler funktionelle lidelser i Danmark. Derudover er ISTDP fremhævet som et muligt bidrag til denne behandling, og en uddybende fremstilling af denne teori og metode er blevet præsenteret.

Der er i forlængelse af dette fremført et systematisk review, som undersøgte ISTDP's effekt og omkostningseffektivitet på behandling af funktionelle lidelser. Der blev fundet 11 studier, med et sample på i alt 2.108 deltagere, heraf fire RCT-studier og syv pre-post-studier. Af de inkluderede studier målte 10 af disse på symptomer, og fandt en signifikant reducereing, hvoraf de fleste studier rapporterede moderate til store effektstørrelser. Ét studie fandt en signifikant reducereing i skadestuebesøg. Tre ud af fem omkostningseffektivitetsstudier fremlagde statistiske data og fandt en signifikant reducereing i sundhedsudgifter, og de resterende to studier rapporterede en reducereing i procent og canadiske dollars. Disse studier viser alle positive fund, men skal ses i lyset af deres begrænsninger. Den største udfordring for reviewets fund, er inddragelsen af non-RCT-studier, og dette påvirker reviewets validitet. Dermed kan der på baggrund af reviewet ikke fremstilles et solidt evidensgrundlag for entydigt at implementere ISTDP i det danske sundhedsvæsen. Dog peger de positive fund på, at ISTDP har potentiale i behandlingen af funktionelle lidelser.

Der peges i diskussionen på nogle begrænsninger ved de to teoretiske tilgange til funktionelle lidelser, hvoraf de væsentligste ved ISTDP, er, at terapien er yderst emotionelt udfordrende for både patient og terapeut, samt at der foreligger et forfatterbias i denne forholdsvis nye terapiretning, hvor de samme forfattere går igen i teori og empiri. Den væsentligste udfordring for TERM-modellen, er, at tilgangen er begrænset til de lette til middelsvære tilfælde af sygdommen, og at håndteringen af de svære og kroniske tilfælde har fokus på at lære patienten at leve med sygdommen, frem for at behandle.

Derudover peges der på nogle metodiske udfordringer ved specialet, heriblandt at den teoretiske fremstilling af den nuværende behandling er baseret på anbefalinger, og at det dermed kan være svært at vide, hvordan praksis ser ud. Det fremlægges desuden, at begrebsdefinitionen på området er rodet og uklar, og at det skaber

udfordringer med at kommunikere viden på tværs af medicinske specialer og sundhedsfaglige felter generelt.

Der er afslutningsvis argumenteret for, at ISTDP kan bidrage til forståelsen af funktionelle lidelser på nogle væsentlige punkter. ISTDP kan først og fremmest bidrage med anerkendelsen af det ubevidste og tilknytningsteoriens betydning for forståelse og behandling af funktionelle lidelser. ISTDP tilbyder endvidere en øget forståelse af symptomernes funktion, idet ISTDP opfatter dem som forsvarsmekanismer, der forsvarer mod ubærlige følelser i det ubevidste, som er skabt af tilknytningstraumer. Den nuværende behandlingsmodel har udfordringer med at behandle de svære og kroniske tilfælde af funktionel lidelse, og idet ISTDP henvender sig til alle grader af sygdommen og, på baggrund af de teoretiske bidrag, har en anden, mere dybdegående tilgang til behandling, som i højere grad forsøger at behandle årsagen til sygdommen, anses denne terapi som et bud på et velegnet behandlingstiltag til denne patientgruppe. Disse teoretiske bidrag bør ses i henhold til reviewets resultater og begrænsninger. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt at fremlægge et stærkt evidensgrundlag for terapiens effekt, idet der er en mangel på RCT-studier. På baggrund af de positive resultater og det store sample i specialets review, argumenteres det dog for, at ISTDP har terapeutisk potentiale i behandlingen af funktionelle lidelser. Dette bør undersøges nærmere med RCT-studier af høj kvalitet, og specielt danske studier efterspørges, for at undersøge effekten i det danske sundhedssystem.

Referenceliste

Tidligere anvendt litteratur

- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *The Journal of Family Practice*, 54(3), 215-224. (10 s)
- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City, US: Seven Leaves Press. (412 s)
- Abbass, A. (2016). The emergence of psychodynamic psychotherapy for treatment resistant patients: Intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(2), 245-280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245> (36 s)
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 265-274. <https://doi.org/10.1159/000228247> (10 s)
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: A systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97-108. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347> (12 s)
- Frederickson, J. (2013). Co-creating change. Effective dynamic therapy techniques. Kapitel 2 og 3, 35-106. Kansas City, US: Seven Leaves Press. (72 s)
- Johannsen C.G., Pors N.O. (Red.) (2013). Evidens og systematiske reviews – en introduction (1. udgave). Frederiksberg, DK: Samfundslitteratur. Kapitel 1 og 3, 11-22 + 41-48 (20 s)
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100> (28 s)
- Malan, D. (1979): *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*, 2nd ed. (s. 84-104). London: Butterworths. (21 s.)
- Sarno, J. E. (2007) *The Divided Mind: The Epidemic of Mindbody Disorders*. HarperCollins Publishers. Kapitel 1, 7-44 (38 s)

Skjernov M og Møhl B (2017) In: Simonen E og Møhl B: Grundbog i psykiatri (2. udgave). DK: Hans Reitzels Forlag. Kapitel 23: pp. 499-520 (22 s)

Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Emerging evidence for intensive short-term dynamic psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. *Psychiatric Annals*, 43(11), 502-507. <https://doi.org/10.3928/00485713-20131105-05> (6 s)

I alt tidligere anvendt pensum: 687

Ny litteratur

De inkluderede studier i specialets systematiske review er markeret med *.

*Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: Preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM*, 11(06), 529-534. <https://doi.org/10.1017/s1481803500011799> (6 s)

Abbass, A. A., Joffres, M. R., & Ogrodniczuk, J. S. (2008). A naturalistic study of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8(2), 164-170. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhn001> (7 s)

*Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., & Katzman, J. W. (2013). Residency training in intensive short-term dynamic psychotherapy: Methods and cost-effectiveness. *Psychiatric Annals*, 43(11), 508-512. <https://doi.org/10.3928/00485713-20131105-06> (5 s)

*Abbass, A., Kisely, S., Rasic, D., Town, J. M., & Johansson, R. (2015). Long-term healthcare cost reduction with intensive short-term dynamic psychotherapy in a tertiary psychiatric service. *Journal of Psychiatric Research*, 64, 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.03.001> (7 s)

*Abbass, A., Kisely, S., & Town, J. (2018). Cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy trial therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(4), 255-256. <https://doi.org/10.1159/000487600> (2 s)

Abbass, A., Lovas, D., & Purdy, A. (2008). Direct diagnosis and management of emotional factors in chronic headache patients. *Cephalalgia*, 28(12),

1305-1314. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01680.x> (10 s)

Abbass, A., & Schubiner, H. (2018). *Hidden from view: A clinician's guide to Psychophysiologic disorders*. US: Psychophysiologic Press. (200 s)

Ajilchi, B., Nejati, V., Town, J. M., Wilson, R., & Abbass, A. (2016). Effects of intensive short-term dynamic psychotherapy on depressive symptoms and executive functioning in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 500-505. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000000518> (6 s)

Brinjikji, W., Luetmer, P., Comstock, B., Bresnahan, B., Chen, L., Deyo, R., Halabi, S., Turner, J., Avins, A., James, K., Wald, J., Kallmes, D., & Jarvik, J. (2015). Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *American Journal of Neuroradiology*, 36(4), 811-816. <https://doi.org/10.3174/ajnr.a4173> (6 s)

Budtz-Lilly, A., Schröder, A., Rask, M. T., Fink, P., Vestergaard, M., & Rosendal, M. (2015). Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Family Practice*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0393-8> (10 s)

Burgmer, M., Gaubitz, M., Konrad, C., Wrenger, M., Hilgart, S., Heuft, G., & Pfleiderer, B. (2009). Decreased gray matter volumes in the cingulo-frontal cortex and the amygdala in patients with Fibromyalgia. *Psychosomatic Medicine*, 71(5), 566-573. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e3181a32da0> (8 s)

*Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahi, B. (2016a). A randomized double-blind controlled trial comparing Davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: A 6-Month pilot study. *Psychosomatics*, 57(3), 292-300. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.01.001> (9 s)

*Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2016b). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy for medically unexplained pain: A pilot three-armed randomized controlled trial comparison with mindfulness-based stress reduction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 123-125. <https://doi.org/10.1159/000441698> (3 s)

*Chavooshi, B., Mohammadkhani, P., & Dolatshahee, B. (2017). Telemedicine vs. in-person delivery of intensive short-term dynamic psychotherapy for patients with medically unexplained pain: A 12-month randomized,

- controlled trial. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(1), 133-141. <https://doi.org/10.1177/1357633x15627382> (9 s)
- *Chavooshi, B., Saberi, M., Tavallaie, S. A., & Sahraei, H. (2017). Psychotherapy for medically unexplained pain: A randomized clinical trial comparing intensive short-term dynamic psychotherapy and cognitive-behavior therapy. *Psychosomatics*, 58(5), 506-518. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2017.01.003> (13 s)
- De Lange, F. P., Kalkman, J. S., Bleijenberg, G., Hagoort, P., Van der Meer, J. W., & Toni, I. (2005). Gray matter volume reduction in the chronic fatigue syndrome. *NeuroImage*, 26(3), 777-781. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.02.037> (5 s)
- Della Selva, P. C. (2001). *Intensiv dynamisk korttidsterapi: Teori Og teknik*. Kbh: Hans Reitzels Forlag (290 s)
- Fink, P. & Rosendal, M. (redaktører) (2012) Funktionelle lidelser – udredning og behandling. Kbh: Munksgaard (244 s)
- Fink, P. & Schröder, A. (2010). One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 415- 426. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.02.004> (12 s)
- *Hawkins, J. R. (2003) The Role Of Emotional Repression In Chronic Back Pain: A Study Of Chronic Back Pain Patients Undergoing Psychodynamically Oriented Group Psychotherapy As Treatment For Their Pain. New York, New York University. (232 s)
- Henningsen, P., Fazekas, C., & Sharpe, M., (2011a): Barriers to improving treatment. In: Creed F, Henningsen P, Fink P, *Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress - developing better clinical services*. New York, US: Cambridge University Press. Kapitel 5, 124-131 (8 s)
- Henningsen, P., Fink, P., Hausteiner-Wiehle, C., Rief, W. (2011b) Terminology, classification and concepts. In: Creed, F, Henningsen, P & Fink, P. *Medically unexplained symptoms, Somatisation and bodily distress – developing better clinical services*. New York, US: Cambridge University Press. Kapitel 2, 43-68 (26 s)
- Hinson, V. K., Weinstein, S., Bernard, B., Leurgans, S. E., & Goetz, C. G. (2006).

Single-blind clinical trial of psychotherapy for treatment of psychogenic movement disorders. *Parkinsonism & Related Disorders*, 12(3), 177-180. <https://www.jneurosci.org/content/27/15/4004><https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2005.10.006> (4 s)

Kuchinad, A., Schweinhardt, P., Seminowicz, D. A., Wood, P. B., Chizh, B. A., & Bushnell, M. C. (2007). Accelerated brain gray matter loss in Fibromyalgia patients: Premature aging of the brain? *Journal of Neuroscience*, 27(15), 4004-4007. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0098-07.2007> (4 s)

*Lilliengren, P., Cooper, A., Town, J. M., Kisely, S., & Abbass, A. (2020). Clinical- and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for chronic pain in a tertiary psychotherapy service. *Australasian Psychiatry*, 103985622090147. <https://doi.org/10.1177/1039856220901478> (13 s)

Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/s1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/s1697-2600(13)70007-3) (9 s)

Petersen, M. W., Schröder, A., Jørgensen, T., Ørnbøl, E., Dantoft, T. M., Eliassen, M., Carstensen, T. W., Eplov, L., & Fink, P. (2019). Prevalence of functional somatic syndromes and bodily distress syndrome in the Danish population: The DanFunD study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 140349481986859. <https://doi.org/10.1177/1403494819868592> (10 s)

Poulsen, C. H., Eplov, L. F., Hjorthøj, C., Hastrup, L. H., Eliassen, M., Dantoft, T. M., Schröder, A., & Jørgensen, T. (2018). Irritable bowel symptoms, use of healthcare, costs, sickness and disability pension benefits: A long-term population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(8), 867-875. <https://doi.org/10.1177/1403494818776168> (9 s)

*Russell, L. A., Abbass, A. A., Alder, S. J., Kisely, S., Pohlmann-Eden, B., & Town, J. M. (2016). A pilot study of reduction in healthcare costs following the application of intensive short-term dynamic psychotherapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 63, 17-19. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.07.017> (3 s)

Schröder, Cooper og Naidoo, (2015) Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) In book: Formulation in action: Applying psychological

theory to clinical practice., Chapter: Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP), Publisher: De Gruyter, Editors: D. Dawson & N. Mogghadam, DOI: [10.1515/9783110471014-009](https://doi.org/10.1515/9783110471014-009) (25 s)

Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, 181, 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003> , (11 s)

Sundhedsstyrelsen (2018) Funktionelle lidelser. Anbefalinger til udredning, behandling, rehabilitering og afstigmatisering. <https://www.sst.dk/da/Udgivelser/2018/Funktionelle-lidelser---anbefalinger-til-udredning-behandling-rehabilitering-og-afstigmatisering> (47 s)

Takatalo, J., Karppinen, J., Niinimäki, J., Taimela, S., Näyhä, S., Järvelin, M., Kyllönen, E., & Tervonen, O. (2009). Prevalence of degenerative imaging findings in lumbar magnetic resonance imaging among young adults. *Spine*, 34(16), 1716-1721. <https://doi.org/10.1097/brs.0b013e3181ac5fec> (6 s)

Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: The Halifax depression study. *Journal of Affective Disorders*, 214, 15-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035> (11 s)

Van Dessel, N., Den Boeft, M., Van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., Numans, M. E., Van der Horst, H. E., & Van Marwijk, H. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011142.pub2> (138 s)

Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. <https://doi.org/10.1016/j.euro-neuro.2005.04.012> , (20 s)

Wood, P. B., Schweinhardt, P., Jaeger, E., Dagher, A., Hakyemez, H., Rabiner, E. A., Bushnell, M. C., & Chizh, B. A. (2007). Fibromyalgia patients show an abnormal dopamine response to pain. *European Journal of Neuroscience*, 25(12), 3576-3582. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2007.05623.x> (7 s)

Anvendte internetsider

Afdelingen for funktionelle lidelser på Århus Universitetshospital: <https://funktionellelidelser.dk/om-funktionelle-lidelser/>, tilgået den 24. marts 2020.

DanFund-projektet, Frederiksberg Hospital: <https://www.frederiksberghospital.dk/ckff/sektioner/SBE/danfund/Sider/default.aspx>, tilgået den 25. marts 2020.

Risiko for bias-værktøjer: *Quality Assessment of Controlled Intervention Studies* og *Quality Assessment Tool for Before-After (Pre-Post) Studies With No Control Group*. Begge redskaber er fra National Heart, Lung and Blood Institute's hjemmeside: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>, tilgået den 11. maj 2020

Sundhedsstyrelsen: <https://www.sst.dk/da/Viden/Funktionelle-lidelser/Fakta-om-funktionelle-lidelser/Udredning-og-behandling>, tilgået den 24. marts 2020.

Sundhed.dk: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/medicininformationer/den-fejlbarlige-medicin/randomiserede-kontrollerede-studier/>, tilgået den 11. maj 2020

I alt nye referencer: 1429

I alt referenceliste: 2116