



## **7 Psykoterapi med henblikk på psykosomatisk medisin**

I den psykosomatiske medisin beskriver Andrawis, (2013) at ikke diagnosen alene er utslagsgivende for en helbredelse. En helhetlig betraktning av individet innbefatter også at den psykososiale tilstanden som ligger i bakgrunnen spiller en rolle.

For å forstå en sykdom, bør legen betrakte sin pasient som en individuell person, betrakte hans problem fra så mange synsvinkler som mulig for så å sette de inn i en sammenheng (kropp og sjel enhet). Viktig er, slik Bräutigam et. al. Betoner, at legen samtidig har fenomenet samspillet mellom kropp og sjel for øye. Alle medisinske teorier fremstiller i flertall ugjennomtrengeligheten i biologiske prosesser. Disse prosesser krever sin fulle oppmerksomhet fra terapeuten eller legen. Dimensjonen av sjelelig, bevisst og ubevisst indre tilstand og emosjonalitet, også den selektive betraktningen av pasientens sosiale omverden, er brede områder i den psykosomatiske medisins mangfoldige teorier og synsmåter. (Andrawis A, 2013)

## **Psykoanalytiske begreper for psykosomatisk sykdom som konflikt**

I studie av sykdomskonflikter var to retningslinjer for utvikling av psykosomatisk symptomdannelse avgjørende, nemlig den freudianske psykoanalysen og den psykosomatiske tenkemåten som oppsto av indremedisinen ved for eksempel internistene G. v. Bergmann (Berlin), V. v. Weizsäcker, L. Krehl (Heidelberg). Som Bräutigam et. al. har beskrevet, har internistene diagnostisert symptomdannelse som funksjonelle forstyrrelser uten somatiske funn. Psykoanalysen har stillet den sjelelige konflikten som grunn til dannelse av somatiske forstyrrelser i forgrunnen (ebd.)

Gjennom psykoanalysens teori og praksis oppsto mangfoldige systemer som er uuttømmelige. Historisk ble det gjennom Freud skapt en betydelig tilgang for medisinen som åpnet for en ny dimensjon: Å behandle sykdom med hensyn til dens psykosomatikk. Som Andrawis, (2013) betoner, spiller barndomstraumers livshistorie en stor rolle for utviklingen av menneskets kroppslige og sjelelige sunnhet, henholdsvis sykdom. Sjelelige konflikters innflytelse på det emosjonale området (bindinger, skilsmisse, seksual- og aggresjons konflikter) blir ofte meget tydelige erkjennbare allerede i patogenesen (ebd).

Før man går nærmere inn på psykoanalysens teorier, er det nyttig, med en viktig henvisning, som forfatteren allerede har beskrevet, å nevne den psykoanalytiske sammenhengen:

1. I den moderne psykoanalysen vises det til den tidlige barndoms utvikling. Der vises det til forskjellige krisepunkter som kan ha innflytelse på senere forstyrrelser. De sunne, henholdsvis forstyrrede drifter i den tidlige barndommen har innflytelse på modningsprosessen av kropp-sjel utviklingen i voksen alder.

2. I psykoanalysen finnes det et hierarki av sjelelige strukturer. Her befinner seg differensierte former for opplevelser og adferd: Det ubevisste, det førbevisste, det bevisste, Id, jeg og over-jeg, primærprosess – sekundærprosess. I løpet av livet, ved kriser eller harmoniske opplevelser, ved sammenbrudd eller vellykkede ytelser, hersker det en gang differensierte, en annen gang elementære adferdsmønstre. I vellykkede tilfeller kommer det til forbedret tilpasningsevne som fremmer konfliktløsninger. I andre tilfeller kommer det til regresjon som har en negativ innvirkning på somatiseringsområdet.

3. Psykoanalysen utvikler under henvisning til drifters utvikling en differensiert jeg- og selvpsykologi. Den såkalte jegstyrken eller jegsvekkelsen fremstiller en viktig forutsetning for

en vellykket eller mislykket konfliktløsning. Jegsvekkelsen er et individs svakhet til å tilpasse seg sine omgivelser. Dette fører for det meste til lidelser.

4. I den siste tiden har innflytelsen av hemmende, henholdsvis fremmende aspekter i tidlig barndom og aktuelle forhold innenfor rammene til psykologiens objektforholdspsykologi, fått særlig oppmerksomhet. Det enkelte menneske blir her ikke forstått ut fra hans personlige, genetiske, psykologiske og individuelle utvikling, men som et objektrelatert sosiakt vesen som inngår bestemte forbindelser og er avhengig av forhold. Andrawis, (2013) forklarer at sykdom også kan oppstå ut fra forhold og måten møtet med andre mennesker forløper.

## **Psykoanalysens bidrag til psykosomatisk medisin**

Psykoanalysen har utviklet konverteringsmodellen gjennom Sigmund Freud og hans „studier av hysteri“ (1896), der de hysteriske symptomedannelsene blir beskrevet, for eksempel den psykogene lammelse av armen, hysterisk dysbasi (gangforstyrrelse) og den psykogene anestesi (følelsesforstyrrelse)

Slik Andrawis, (2013) har forklart, er viljestyrte bevegelser forbilde for psykoanalytiske konverteringsbegreper som i handlingsbeslutning og motorisk utførelse omformes til peke, gripe, vise eller knytte neven. Freud mener at konverteringen bekjemper ulyst og summen av opphisselse blir ført over i det kroppslige området.

Ubevisste konfliktfulle fantasier fører så til fysiske endringer (somatiske, motoriske eller sensible symptomer).

Den psykiske energien (libido) transformeres til en stimulans, bindes av et symptom og holdes i det ubevisste. Libido krever oppmerksomhet. Den har både tilfredsstillende- så vel som bestraffelseskarakter (ebd.).

Freud mente at denne foreteelse setter seg i en kroppslig erfaring. Slik er, som også Bræutigam et. al. forklarer, at disse teorier og praksis frem til i dag er brukbare på pasienter som lider av hysterisymptomdannelse, ikke kun lammelser, men også for eksempel stemme og sensibilitetsforstyrrelser. De psykososiale systemer spiller en stor rolle ved fysisk symptomdannelse. Men denne forklaringen var ikke tilfredsstillende for vitenskapen. Ved genitalkonflikt er Fenichel av den mening at tidlige forstyrrelser av infantile behov er årsaken

til ønsker etter varme, nærhet og trygghet. Rangell (1959) prøvde å innskrenke konverteringsbegrepene, noe som ikke lykkedes fordi denne modellen forekom i sammenheng med kroppslige forstyrrelser i faktisk alle konflikter. Spørsmålet dreide seg nå om man kunne beholde modellen uten at Freuds intensjoner om konflikters symbolske fremstilling og den driftsdynamiske forløsningen var påviselig gjennom symptomer (ebd).

I motsetning til Freud og de fleste psykoanalytikere som begrenset konverteringsmodellen til Hysteri, brukte Groddeck (1866-1934) også modellen til andre sykdommer som organsykdommer. Han mente at fysiske symptomer har en symbolikk som springer ut fra idet (det-et) og kan videre til uttrykke seg i organene. Dette ubevisste, idet (det-et), som ifølge Groddeck inneolder alle naturkrefter og driftsrepresentanter er etter hans mening opphavet til alle organpåvirkninger. Dermed vil også organene som er påvirket av det vegetative systemet falle inn under konverteringsbegrepet. Groddeck var den første som anerkjente innflytelsen og betydningen av ubevisste prosesser som årsak til fysiske sykdommer. På tross av hans spekulative patogenese forståelse og hans uvitenskapelige behandlingspraksis, gir hans overbevisninger allikevel en verdifull impuls til en psykosomatisk synsmåte for alle sykdommer. Flertallet av de psykosomatiske forskere finner konverteringsbegrepet som forklaringsprinsipp til de fleste av de psykosomatiske lidelser ikke nok utfyllende fordi det lar seg kun brukes til en bestemt gruppe symbolskt fastlagte symptomdannelser. Som Bräutigam et. al. allerede har understreket blir det psykogenetiske redusert til det bevisste og ubevisste organspråkets område, noe som ikke blir rett i forhold til de komplekse innflytelsene på sykdom. Den sosiale og sjelelige innflytelsen er ikke innskrenket til nevrotiske konfliktspenninger, men er mye mer mangfoldig (ebd.).

**Prof. DDR. Univ. Andrawis**