

Fleksibilitet og kreativitet i psykoterapi ved psykoser

Av Cecilie Brøvig Almås



Da jeg begynte å jobbe med mennesker med psykoser, synes jeg det var det var skummelt og uforståelig. Jeg var redd for å gjøre feil og for at terapien ville føre allerede lidende mennesker ut i ytterligere lidelser. Det tok imidlertid ikke så lang tid før jeg forstod at jeg hadde havnet på rett hylle. Jeg oppdaget ganske fort at psykosefenomenet ikke var så fremmed som jeg i utgangspunktet trodde. Jeg likte at jeg måtte bruke hele meg i arbeidet. Alt jeg hadde tilegnet meg av praktisk og teoretisk kunnskap i løpet av mitt yrkesliv, men også alt jeg hadde med meg av erfaring ved det å være et menneske viste seg å være verdifullt i terapiarbeidet. Jeg likte også den helhetlige tilnærmingen i behandlingen og muligheten for å jobbe flerfaglig og på mange plan samtidig.

Å drive psykoterapi ved psykoser stiller krav til terapeutens fleksibilitet og gir oss stor mulighet til å være kreativ i tilnærmingen. Men det krever også tålmodighet og utholdenhet, og behov for å tenke utenfor den tradisjonelle terapiboksen.

Psykose

Psykose er et alvorlig psykisk sammenbrudd der vårt psykologiske mestringsapparat bryter sammen. Det viktigste kjennetegnet er en manglende evne til å skille mellom seg selv og virkeligheten omkring. Det kan beskrives som en tilstand med et enormt følelsesmessig og kognitivt kaos som kan resultere i ulike symptomer. Dette kan være tankeforstyrrelser, vrangforestillinger - ofte forfølgelsesvrangforestillinger som forårsaker paranoia, eller storhetsforestillinger, ulike former for hallusinasjoner, mangel på motivasjon og følelsesmessig endring (Johannessen, 2017). Vi kan tenke oss psykosen som et autobiografisk teaterstykke som utspiller seg i den virkelige verden. Psykotiske symptomer blir da et symbolsk uttrykk for personens mentale liv som vil vise seg i vrangforestillinger og hallusinasjoner (Garrett, 2019).

Selvforstyrrelser

Forut for psykosen, noen ganger under og etter det psykotiske gjennombruddet, opplever mange det vi kaller for

selvforstyrrelser. Ved selvforstyrrelser rystes det som gjør oss til den vi er, det som binder oss til verden og grunner vår eksistens. Vår grunnleggende selvbevissthet og følelse av subjekt blir forstyrret og førstepersonperspektivet på oss selv og verden blir preget (Møller, 2018). Mennesker med slike erfaringer forteller om en opplevelse av å mangle en indre kjerne, at de ikke klarer holde på egen identitet i møte med andre. De forteller om en følelse av manglende tilstedeværelse og en følelse av distanse til verden. En slik sterk følelse av å være annerledes, fremmed for seg selv og andre, fører til sterk grad av fremmedgjøring og en opplevelse av meningsløshet (Møller, 2018, Rosenbaum og Harding, 2007).

Ved selvforstyrrelser blir vi usikre på andre, det blir vanskelig å forstå tegn og signaler, det fører ofte til overanalysering av andres oppførsel, sosiale situasjoner og relasjoner. Spontane og enkle samvær med andre blir vanskelige, og kan føre til at vi trekker oss unna sosiale arenaer. Dette skjer ofte i ungdomstiden - en tid hvor nettopp identitetsdannelse i samvær med andre, er helt sentralt. For mange vil det innebære å miste store deler av nettverket sitt og føre til svikt i sosial deltakelse på ulike arenaer.

For å gi god psykosebehandling må man ha kjennskap til selvforstyrrelser og undersøke i hvilken grad det er

utfordrende for pasienten. Ved å ta utgangspunkt i pasientens egenopplevelse og erfaring sikrer vi dermed god brukermedvirkning som gir et godt utgangspunkt for terapien (Møller, 2018).

Pragmatisk tilnærming - utenfor boksen, innenfor rammeverket

Nettopp de grunnleggende utfordringene med identitet, vansker med forholdet mellom seg selv og andre, og vanskene med å danne mening er noe av det som bidrar til å gjøre psykoterapi med psykosepasienter spesielt utfordrende. Psykosens varierende uttrykk og grad, samt fluktuerende påvirkning vil kreve en pragmatisk tilnærming. En fleksibel terapeut som tør å tenke og handle litt utenfor boksen, gjør bruk av all sin kreativitet og opparbeidet kunnskap og verktøy som terapeut (Fenton, 2000, Rosenbaum & Harding, 2007).

Enkelte vil hevde at en pragmatisk tilnærming ikke er utelukkende positivt da det kan føre til en utvanning av ulike terapiformer. Min erfaring er at det er viktig å ha en god teoretisk forankring og at teoretiske modeller som beskriver forskjellige stadier i et psykoseforløp, kan gi et rammeverk for bedre å forstå pasientens spesifikke vansker og kapasitet i henhold til hvilket stadium de befinner seg i. Slike modeller

gir oss grunnlag for å vurdere når en intervensjon kan være hensiktsmessig for pasienten. Det rammeverket jeg har funnet mest nyttig er Pamela Fullers SEL-modell (2013).

SEL- modellen

Pamela Fuller er en amerikansk psykolog med lang klinisk erfaring i arbeid med alvorlige psykiske lidelser hos barn og voksne. Hun er en anerkjent kliniker og foreleser, og har utviklet Surviving, Existing or Living-modellen (SEL-modellen). Denne beskriver kjennetegn ved de mest alvorlige formene for psykoselidelser, uavhengig av diagnose, og forslag til intervensjoner i henhold til pasientens funksjonsgrad. Modellen er recovery-orientert, det vil si at den bygger på en tilnærming med stor vekt på pasientens egeninvolvering på veien mot et meningsfullt og tilfredsstillende liv, ofte til tross for psykiske helseutfordringer.

Modellen er laget som et begrepsmessig rammeverk for å kartlegge en persons, ofte varierende, psykologiske kapasitet og behov i løpet av et sykdomsforløp, slik at man bedre kan tilpasse type intervensjon og tilnærming ut fra alvorlighetsgrad.

Fasene skilles av alvorlighetsgrad og intensitet av åtte ulike faktorer. De åtte faktorene springer ut fra kliniske trekk som ofte er fremtredende

ved alvorlige psykosetilstander: Evne til selvdefinering/forstyrrelser i selvpålevelse (altså bevissthet om seg selv som et separat, definert vesen), interpersonlig bevissthet, trusselvurdering/aktivering, grad av hallusinasjoner/vrangforestillinger, logisk tenkning/tale, tanke/kognitiv bevissthet, emosjonell bevissthet og målrettet adferd.

Overlevelsesfasen er den alvorligste, mest akutte fasen. Det er vanlig at personer i denne fasen stiller spørsmål om egen eksistens, og opplever å være under konstant trussel, og kan derfor raskt mistolke ulike hendelser som trusler. Som resultat befinner personen seg i en vedvarende tilstand av frykt for å ikke eksistere eller gå i oppløsning. Når personen har blitt tryggere på at han faktisk eksisterer og har en opplevelse av sikkerhet, beveger personen seg inn i **eksistensfasen**. Etter hvert som grensene for selvet og mellom seg selv og andre gradvis forsterkes, øker bevisstheten om og interaksjonen med andre. Målet med behandlingen er å hjelpe folk over i **levfasen**, hvor det føles tryggere å ta større del i livet, og kjenne på et bredere spekter av følelser, prøve ut nye aktiviteter, tåle større grad av introspeksjon og våge å gå inn i nærere, mer meningsfulle relasjoner med andre (Fuller, 2013).

En person kan bevege seg gradvis eller raskt langs kontinuumet, enten

regrediere eller avansere. Etter hvert som pasientene går gjennom de ulike fasene, vil også terapien endre seg. Pasientene tåler andre intervensjoner i levetiden enn de gjør i overlevelsesfasen. Dette kan imidlertid endre seg fort og vi som terapeuter trenger å være sensitive og bevisste nok til å kunne oppdage dette og tilpasse intervensjonene våre etter pasientene (Fuller, 2013).

Symptomenes funksjon

Behovet for å skape mening og forståelse er grunnleggende for alle mennesker. Når vi mister mening og forståelse av sammenhenger oppstår det en forvirring som bidrar til stor lidelse og et behov for en alternativ forståelse. Den nye forståelsen kan være irrasjonell, men likevel bidra til å skape et forankringspunkt som begrenser forvirringen. Forståelsen kan utvikle seg i intensitet og personlig overbevisning over tid, og kan legge grunnlag for mer fastlåste vrangforestillinger (Møller, 2018).

Til tross for at vrangforestillingene blir et forankringspunkt, bidrar de ofte til å opprettholde kaos og lidelse. Derfor er det viktig å rette hjelpen mot å etablere et mer sammenhengende selv før andre terapeutiske intervensjoner er effektive. Bevissthet om egen eksistens går forut for bevissthet om tenkning. Opplevelse av at man er et

separat individ med en indre kjerne går forut for opplevelsen av å være seg selv sammen med andre (Fuller, 2013). Det sier seg selv at intervensjoner som stiller for høye krav til metakognisjon, det vil si evnen til å tenke om egen og andres tenkning og emosjoner, vil være feilslått hvis pasienten er usikker på om hun eksisterer og om det er sine egne tanker hun tenker.

En nyorientering med søken etter mening og et sammenhengende, nytt narrativ er viktig for tilfriskning og en viktig del av psykoterapiprosessen (Rosenbaum & Harder, 2007). Terapeuten forsøker også å hjelpe pasientene til å anse symptomene sine som meningsfulle reaksjoner på opplevde vansker. Vi jobber med aksept og mot en mer nøytral, til og med positiv validering av erfaringene. Man kan ikke forvente at symptomene blir helt borte, men gjennom terapiprosessen kan man støtte personen til å finne måter å håndtere dem på så de ikke blir like plagsomme og påvirker funksjonen i like negativ grad.

Grunnmuren i terapi er relasjon

En god og bærende relasjon er avgjørende i all psykosebehandling uansett hvilken fase pasienten befinner seg i. Å legge et godt grunnlag for dette starter i første møte og

handler i bunn og grunn om vår evne til å forholde oss til andre mennesker. Hos pasienter med psykoseerfaringer er evnen/kapasiteten til å kunne relatere seg til andre ofte forstyrret og kan endre seg raskt, og dermed blir ofte denne prosessen ekstra utfordrende. (Fenton, 2000, Rosenbaum & Harding, 2007). Dette krever mye av terapeuten, som vil ha nytte av et godt rammeverk og forståelsen i en teoretisk forankring.

Michael Garret (2019) hevder at det å danne en trygg terapeutisk relasjon er hovedmålet i oppstarten av en terapi og det kan ta lang tid å opparbeide. Det er avgjørende for at pasienter skal tørre å endre fokuset fra det truende ytre til å utforske mulige alternative tolkninger og fremvise usikkerhet til egen tolkning når tiden er inne for det. En pasient vil aldri tørre å utfordre antakelsene sine om de ikke er trygge på terapeuten. Det er ikke logikk som fører til at de mister tro på fastlåste antakelser. Det er pasientens tillit til terapeuten sett opp mot overbevisende vrangforestillinger som bringer behandlingen fremover (Garrett, 2019).

Det er enkelte kvaliteter ved terapeuten som bidrar til å legge et godt grunnlag for relasjon. Terapeuten må vise empati, respekt og et genuint engasjement ovenfor pasienten, vi må formidle håp, trygghet og realistisk optimisme. Vi må være nysgjerrig på hvem personen du sitter sammen

med er, og ha fokus på ressurser og personlighetstrekk, ikke bare symptomer. Det er viktig at terapeuten tåler pasientens affekter, overføringer og motoverføringer, og klarer å bære, romme og holde ut vanskelige følelser. Vår oppgave er å fremme pasientens opplevelse av agens i eget liv og å skape en sammenhengende historie, at man kan påvirke sitt eget liv og ikke bli offer for historien sin (Garrett, 2019, Rosenbaum & Harding, 2007).

For å få det til må vi tillate oss å gå utenfor boksen og gjøre ting som man tradisjonelt ikke tenker at er terapeutisk. Noen opplever det truende og rart å skulle møtes en-til-en på et kontor. Da må vi vurdere om det er andre måter eller steder det kan være bedre for pasienten å treffes på. Jeg har brukt mange timer i bil, på tur, hjemme i stua og på en sengekant hos pasienter som det har vært lite hensiktsmessig å kreve at skal komme til kontoret. Særlig gjelder det for pasienter i overlevelsesfasen og i starten av eksistensfasen som er innlagt på sengepost. Vi trenger å treffes, selv om møtene er korte. Selv har jeg lest julefortellinger og lyttet til musikk for å opparbeide tillit og gradvis større toleranse for meg som behandler.

Ettersom den interpersonlige funksjonen ofte er svekket ved alvorlige psykosetilstander, er savn etter kontakt med andre ofte fremtredende. Samtidig kan det virke skremmende

å inngå i en relasjon med nye mennesker. Vansker med grenser mellom seg og andre og frykt for sammensmeltning vil være utfordrende i relasjonsbyggingen. Som terapeuter må vi derfor forholde oss på en relasjonsfremmende måte, hvor relasjonen i seg selv gir grunnlag for ny erfaring og kunnskap om seg selv og andre (Garrett, 2019). Vi må snakke om det pasienten er opptatt av, selv har jeg brukt uendelig mange timer på å snakke om neglelakk, illuminati, universets ulike nivå og Steiners magiske kraft. Det krever stor grad av sensitivitet, åpenhet, kreativitet og bevissthet om ulike perspektiver.

Individualterapi og miljøterapi som utfyllende faktorer

Psykosebehandling krever en helhetlig tilnærming og vi må jobbe på flere områder samtidig. Når man klarer å integrere psykoterapi og miljøterapi på en god måte og det blir et felles prosjekt, er det min erfaring at vi klarer å hjelpe pasientene best. For at det skal kunne fungere optimalt er det viktig å ha en felles forståelsesramme, som for eksempel SEL-modellen.

Miljøterapeuten blir et bindeledd mellom individualterapi og miljøterapi. Slik kan relevante situasjoner og eksempler fra avdelingen bringes tilbake og utforskes nærmere i

individualterapi. Individualterapeut legger føringer og miljøterapeuten gir tilbakemeldinger om hvordan det slår ut i det daglige og har et gjennomgripende ansvar for å fange opp pasientens innspill og ønsker - og å være en formidler der de ikke når frem. Ved å arbeide på denne måten får samtalene en relevant bruksverdi ved at man skaper sammenheng mellom samtale og pasientens egne dagligdagse erfaringer (Asheim, 2015).

Både som miljøterapeut og som psykoterapeut er vi mottakere av mange ulike følelsesmessige reaksjoner fra pasientene, vi må bære håpet når det virker håpløst, vi må tåle avmakten, romme og holde ut vanskelige følelser. Som terapeuter må vi ha god kunnskap om overførings- og motoverføringsreaksjoner. Vi trenger gode kolleger som vi kan være åpne med og vise oss sårbare i diskusjoner med. Da vil en slik åpenhet ikke virke truende, men heller virke anerkjennende og støttende.

Avslutning

Alt i alt er psykoseterapi en berikende oppgave. Jeg brenner for at dette skal ha en selvfølgelig plass i den ordinære psykosebehandlingen. Det er krevende arbeid. Berikelsen består i at du stadig må tenke nytt og bruke kreativiteten, jeg opplever sjeldent faglig stillstand. Jeg blir utfordret som

menneske og dermed vokser jeg også som menneske. Og jeg kjenner tidvis på avmakt og utmattelse, sorg og ensomhet.

Jeg får daglige gaver i form av menneskelige møter og små seire. Og jeg får gaver i form av gyldne øyeblikk og menneskemøter jeg aldri ville ha vært foruten.

*Det er verdt hvilken som helst pris
å se et sluknet blikk
lyse opp på nytt,
se et smil bli tent
hos den som ser ut til
å ha mistet latteren
se tillit våkne på nytt
hos den som ikke lenger tror
på noe
eller Noen.*

Dom Hélder Câmara

*Cecilie Brøvig Almås
Rådgiver fag/psykologspesialist
Sørlandet sykehus
cecilie.brovig.almås@sshf.no*



Referanser

Asheim, I. T. (2015): Psykosebehandling i en sengepost. Integrering av individuell psykoterapi og miljøterapi. Tidsskrift for norsk psykologforening, 52 (9), 778-787

Fenton, W. S. (2000): Evolving Perspectives on Individual Psychotherapy for Schizophrenia. Schizophrenia bulletin, 26 (1) 2000

Fuller, P. (2013): Surviving, existing or living. Phase-specific therapy for severe psychosis. London: Routledge

Garret, M. (2019): Psychotherapy for psychosis. Integrating cognitive-behavioral and psychodynamic treatment. New York: Guildford Press

Johannessen J.O. (2017) Hva er psyko- se? Introduksjon til psykotiske lidelser for omsorgspersoner, familie og venner. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. 7. utgave

Møller, P. (2018): Schizofreni - en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet. Oslo: Universitetsforlaget

Rosenbaum, B. og Harder, S. (2007): Psychosis and the dynamics of the psychotherapy process. -International review of Psychiatry, 2007; 19 (1):13-23

Skodlar, B. og Gram Henriksen, M. (2019): Toward a phenomenological psychotherapy for schizophrenia. Psychopathology