

ISPS-konferansene er på beina igjen

av Anne Ek



ISPS står for International society for psychological and social approaches to psychoses. Hvert år siden 2004 har ISPS Norge arrangert en årlig nasjonal konferanse på Hamar. Her har vi blitt godt vant med å få presentert oppdatert forskning og praksiserfaringer fra psykosefeltet. I 2021 ble det webinar på grunn av pandemien, men i april i år var konferansen tilbake. Det er en annen opplevelse når du i tillegg til gode faglige bidrag som formidles der og da, kan treffe gamle og nye venner, engasjerte folk med ulike ståsteder i feltet. 21. – 22. april møttes vi i det gamle Hamar teater og ble ønsket velkommen av en entusiastisk Cecilie Brøvik Almås. Hun er styreleder i ISPS Norge og psykologspesialist på Sørlandet sykehus.



Cecilie Brøvik Almås

Noen smakebiter fra årets konferanse på Hamar: Sammenbruddet vi kaller psykose



Chantel Kolstad

Chantel Kolstad åpnet med å fortelle sin historie om et psykotisk sammenbrudd og veien tilbake. Som 13-åring opplevde hun seg selv som annerledes, var veldig lei seg og hadde en tung følelse i kroppen. I overgangen til videregående skole ble det virkelig vanskelig. Det var slitsomt å komme seg til skolen, hun måtte ta buss og det var forbundet med angst. Hun sa at hun begynte å lure på hvem hun var, tenker jeg mine tanker, og fins verden i det hele tatt? Så begynte hun å høre stemmer som blant annet sa at hun skulle skade seg. Det var mye kaos og stemmer, og veldig slitsomt.

Hun fikk poliklinisk hjelp på BUPA. Etter hvert lærte hun seg også å mestre vrangforestillingerne sine, som at når hun så et fly, var hun sikker på det var krig. Da hjalp det å finne på alternative forklaringer.

Fra Chantel var 18 til 21 år bodde hun på Bergløtt behandlingssenter i Lier. Nå er det 10 år siden, men hun kan fortsatt kjenne at stresset bygger seg opp av og til, og da har hun teknikker som hjelper. Fra broren til en annen hovedperson i flerfamiliegruppe har hun lært å blunke og skjære grimaser til seg selv i speilet når hun får tanker om at hun ikke er god nok; depresjon er det motsatte av ekspresjon.

Nå er den største frustrasjonen strømregningen og folk som ikke bruker retningsviser -- så det går bra :)

Liss Gøril Anda er psykologspesialist ved helse Stavanger. Hennes tema var Kognitive endringer ved psykose-lidelser.



Liss Gøril Anda

Kognitive symptomer – kan vi kalle dem dritten i midten? Vi tenker først på andre symptomer som stemmehøring eller tilbaketrekning. Men kognitive vansker kommer ofte ganske tidlig i et forløp. De oppleves som at det er vanskelig å henge med, og det er noe mer enn at de positive symptomene forstyrres. Fortolkning av symptomer er også en kognitiv aktivitet. Kognitive endringer opptrer også ved andre psykiske lidelser som depresjon og bipolar lidelse. Det er beslektet fenomen at alt går saktere, som å oppleve at du har bomull i hjernen under graviditet - men det blir bra igjen når barnet er født.

På gruppenivå skårer schizofrenipasienter lavere på kognitive funksjoner enn normalbefolkningen, ett standardavvik for de statistikkyndige. En risikoinndikator er stress, som er større enn ved andre lidelser med mindre symptomtrykk. En teori er at kroppens respons derfor blir kraftigere.

Kognitiv recovery er fullt mulig, og det skjer. Men ut fra nordiske data er andelen som er i ordinær jobb 1 år etter schizofrenidiagnose 10-14 prosent. Flere kunne vært i jobb med tilpasset kognitiv rehabilitering.

Man finner bedring i kognitiv funksjon etter oppstart med medisiner (Abilify), det henger sammen med bedring i negative symptomer. Et annet funn er

at pasienter i prodromalfasen skårer bedre enn de som har vært syke lenge. Forklaringen kan være at de som har vært syke lenge er et utvalg av de i prodromalgruppa, og det er god prognose å ha god kognitiv fungering i utgangspunktet. Det er grunnlag for å si at medisiner bedrer kognisjonen, men ikke at noen virker bedre enn andre.

Konklusjoner:

- Kognitiv svikt er ikke et stabilt eller ensartet trekk
- Til stede og varierende gjennom sykdomsstadier og forløp
- Ikke relatert til positive symptomer
- Kognitiv fungering predikerer funksjonelt utfall, og vi må finne de som trenger oppfølging og minske risikoen
- Kjennskap til individuell fungering akkurat her og nå er viktig for planlegging av behandling og rehabilitering
- Å støtte opp om god kognitiv fungering gjør det lettere å hjelpe folk inn i jobb og meningsfulle sammenhenger
- Viktig å normalisere, undervise og tydeliggjøre at dette går over

Vi kommuniserer bedre ved å ikke bruke sarkasmer. Videre er det viktig med klare, ikke sammensatte spørsmål og instruksjoner, og ting kan gjentas flere ganger.

Anda avsluttet med denne appellen: Hvis du bare husker en ting av denne forelesningen, så husk dette: Vi må ta hensyn til hjernes funksjon i kommunikasjon, terapi og rehabilitering

Ole Greger Lillevik, forfatter og dosent ved Norges Arktiske universitet:

Konfliktdemping og forebygging av vold i et relasjonsperspektiv



Ole Greger Lillevik

Atferd kommer fort inn i forbindelse med aggresjon og vold – men Lillevik er mer glad i begrepet utfordrende følelser. Vi blir klokere hjelpere av å skrote atferdsbegrepet. I stedet for å ha oppmerksomheten på hva en person gjør, kan vi spørre oss hvordan personen har det. Lillevik tok utgangspunkt i Sivilombudsmannens besøk på Åsgård sykehus i 2016. Her opplevde pasienter blant annet urettmessig bruk av tvang og seksuelle verbale krenkelser, det var mye å ta tak i. Hvis vi virkelig prøver å forstå hva makt, avmakt, anerkjennelse og krenkelse betyr for

et menneske, kan vi kan gå i oss selv og kjenne etter hva disse fenomenene gjør med oss.

HMS (trygghet og sikkerhet for personalet) og terapi (omsorg for klienten) er størrelser som må sees i sammenheng. I september 2021 ble en kvinnelig ansatt ved et NAV-kontor i Bergen knivstukket og drept på Danmarks plass, utenfor kontoret. Da hadde de ansatte i lengre tid vært utsatt for grove trusler. Etterpå uttalte Mimi Kvisvik, leder i Fellesorganisasjonen, på dagsnytt 18: Vi trenger ikke flere plexiglass, vi trenger å komme nærmere klientene våre!

Per Isdal definerer vold slik: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person som skader, smerter, skremmer, krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe som den ønsker.» Dette inkluderer institusjonalisert vold, det kan være regler og bestemmelser som oppleves skremmende eller krenkende. Av og til må noen regler kastes på skraphaugen. Hvis jeg selv ville hente noe i kjøleskapet om natten og noen hindret meg i det, hvordan ville jeg oppleve det?

Hvordan kan vi forstå sinne, aggresjon og vold som fenomener? Riktignok finnes instrumentell vold, for eksempel en torpedo som klipper av fingre fordi den nå var det som var oppdraget. Men dette er sjelden, vold er oftest

emosjonell. Sinne kan alltid forstås i et avmaktsperspektiv. Avmakt er en mangeltilstand og springer ut av opplevd mangel på:

- Forutsigbarhet
- Oversikt
- Kontroll
- Innflytelse
- Påvirkningsmuligheter
- Løsningsmuligheter
- Utveier
- Beskyttelse og trygghet
- Kontakt (det å bli sett, hørt, forstått)

Tiltaket er å pøse på med avmaktssdpendende kommunikasjon. Når vi står overfor en pasient som er overvældet av stress og avmakt, betyr det at det er vanskelig for ham å forstå hva andre tenker og føler, å tolke andres hensikter og forstå at andre opplever verden som annerledes enn hva en selv gjør. Det vil også være svært vanskelig å tilpasse seg sosiale regler og normer. Det er full kollaps i evnen til å mentalisere, og ikke grunnlag for å lære nye ting.

Liv Signe Navarsetes raseriutbrudd på TV var et eksempel på sunn selvheldelse (jeg har jobbet dager og netter, og så står jeg her og får kjeft). Vi skal applaudere når pasienten tar fram sin indre Liv Signe.

Når konflikter eskalerer følger de ofte et negativt samhandlingsmønster

som fort blir en maktkamp. Det kan starte med et regelbrudd, så kommer en irettesettelse, det er ingen reaksjon fra pasienten og det kommer ny irettesettelse, situasjonen eskalerer med utagering og fysisk forsvar, og situasjonen er ute av kontroll. Handlingsrommet er veldig stort før konflikten har eskalert og før pasienten er altfor stresset.

Å holde fysisk avstand kan hjelpe pasienten til litt impuls kontroll. Konfliktkurven er karakterisert av at situasjonen eskalerer fortere og fortere, og det er et poeng å bremse tempoet: Ta pause, «jeg trenger å lufte hodet». Skifte scene, «skal vi gå ut litt». Skifte ansikt og ta inn en kollega. Hvis pasienten har idiotforklart deg og bare vil snakke med kollegaen din, forsøk å finne kreative måter å gjenvinne kontroll på. Videre må vi huske at når mennesker roper, er det fordi det er ekstremt viktig å bli hørt.

Læringsrommet dannes på den andre siden, etter at situasjonen er over. Vi må spørre oss om det var noe vi gjorde som eskalerte situasjonen. Det gjelder å koble på mentaliseringsevnen vår: Hvem er jeg i møte med den andre? Er det noe med meg som kan være en uheldig trigger? Vi er opptatt av å risikovurdere pasientene våre, og leter etter egenskaper ved den andre. Men hvis vi bare gjør det, kan vi til slutt se helt bort fra vårt eget bidrag – og da er vi på ville veier.

Ivar Elvik, psykolospesialist,
Stavanger: **Kognitiv atferdsterapi
med utgangspunkt i kasus-
formulering**



Ivar Elvik

Elvik presenterte et eksempel på kognitiv atferdsterapi (CBT) ved psykoser. CBT inngår i mange lands anbefalinger og retningslinjer for behandling av psykoser. Bakgrunnen er at det i mange år er forsket en god del på denne terapiformen, med relativt lovende resultater, slik at den har oppnådd status som evidensbasert behandling.

Han innledet med et rollespill med en 20 år gammel kvinnelig student som presenterte sterkt ubehag ved at hun ofte hørte kritiske og demoraliserende stemmer når hun måtte ta toget til forelesninger i stedet for å kjøre bil. Hun rapporterte at hun følte seg roligere når hun kunne konsentrere seg om kjøring av bilen og at det var betydelig mer plagsomt for henne å ta toget. Særlig når toget laget mye støy.

Hun beskrev at stemmene da tiltok og ble mer og mer plagsomme. Hun virket motivert for terapien og samarbeidet aktivt med terapeuten. Terapeuten (Elvik) virket vennlig, oppmerksom og lyttende.

Elvik ba henne beskrive i nøye detalj hvordan en slik konkret situasjon opplevdes for henne, både kroppslig, emosjonelt, atferdsmessig og tanke-messig. I tillegg til å høre devaluierende stemmer opplevde hun angst og tristhet. Han spurte henne om hun hadde noen teknikker som hun følte kunne avlede henne fra stemmene og redusere ubehaget ved dem. Hun sa at noen ganger, men ikke alltid, hjalp det å prøve å avlede fra stemmene og kjenne at hun var til stede ved å klype seg i armen, eller holde seg for ørene. Men da ble hun redd for å se rar ut.

Deretter forklarte han at han hadde notert litt og oppsummert det hun hadde fortalt ham. Hun ble oppfordret til å sette navn på følelsene og tankene sine. Hun sa hun følte seg «tung» og «mislykket» og trodde stemmene førte til at hun fikk et «trykk i brystet». Terapeuten prøvde deretter å hjelpe pasienten til å skille tydeligere mellom følelse, tanke og handling på bakgrunn av dette materialet. Det kom frem at hun følte seg truet av stemmene. De kunne si at hun var «mislykket» og like godt kunne «legge seg foran toget». Denne angsten tiltok når hun fryktet

at stemmene ble verre dersom hun trosset dem. Stemmene kunne også si «bare vent og se». Stemmene føltes ekte, og hun ble redd for å gjøre som de sa og skade seg selv.

Terapeuten uttrykte medfølelse med pasienten før han gikk videre til å si at det virket som at stemmene sa noe av det som pasienten selv tenkte: at hun var «mislykket», at hun ikke kunne motsi dem og at dette gjorde henne tung i brystet, trist og redd. Denne følelsen bygget seg opp til følelsen av å forsvinne i et hull uten å vite hvordan det kunne stoppes. Terapeuten uttrykte medfølelse med pasienten og støttet henne ved å si at hun hadde beskrevet situasjonen sin godt og at det var et nyttig utgangspunkt for å finne ut hva hun burde gjøre videre. Pasienten sa at stemmene syntes å vite hva hun liker best og vil hindre henne i det.

På bakgrunn av disse opplysningene satte terapeuten opp en kasusformulering basert på den mye brukte ABC-modellen i CBT, for eksempel etter mønster fra Morrison (2017). Den bygger på at det ikke er en hendelse A (f.eks. stemme) som trigger en følelse C (f.eks. angst, nedstemthet eller fluktpuls). Det er personens tolking (B) av A som trigger C. For eksempel en overbevisning om at stemmen har rett, ikke kan motsies eller har kontroll over pasienten. Kasusformuleringen består i å stille opp et eksempel på

en slik tolking av A i B som fører til C. Deretter består selve det terapeutiske arbeidet i å undersøke om det er mulig å finne alternative tolkinger som kan gi mindre ubehag for personen. For eksempel at den kritiske stemmen ikke har rett, eller kontroll over personen.

I arbeidet med fortolkningene i B viser det seg ofte at disse er spesifikke eksempler på mer generaliserte måter å tenke på, såkalte bakenforliggende skjema, eller mer grunnleggende antakelser som personen har kommet til å danne seg om seg selv og verden. (I det nevnte eksempelet kunne vi for eksempel tenke oss et bakenforliggende skjema av typen «jeg får aldri til noe» og en grunnleggende antakelse «jeg er en taper»). Terapien går for eksempel ut på å finne alternative tolkinger og forklaringer på A som gir mindre ubehag og stress i C. Men før en begynner å se etter alternative tanker kan det være hensiktsmessig å prøve å nyansere det pasienten tenker. Terapeuten kan også prøve å reformulere noe av måten pasienten sier ting på, for å se om terapeuten har «truffet».

Elvik presenterte en grafisk fremstilling av ABC-modellen og forklarte sammenhengene og dynamikkene mellom de ulike nivåene i den. Han gjorde det klart at det kan lønne seg å snakke mindre i terapien og heller visualisere problemformuleringen

sammen med pasienten på en liknende måte. Det kan gjøre den lettere å forstå for pasienten og gir en utlegning av problemstillingen som gir tid til å sitte og se på og reflektere over den. Slik sett kan en også si at det ligger innebygd et element av metakognitiv trening i en slik fremgangsmåte. Bruk av repetisjon kan også være en nyttig teknikk for å fremme ny læring. Likeledes utprøving av hypoteser gjennom atferdseksperimenter, for å sjekke om det stemmene sier lar seg bekrefte eller avkrefte. Å jobbe med personens forhold til stemmene kan også være hensiktsmessig, for eksempel om personen selv har noen innflytelse på dem.

Psykoedukative og normaliserende elementer kan også brukes aktivt i forbindelse med CBT ved psykoser. For eksempel informasjon om at mange mennesker hører stemmer og at det er avgjørende hvordan de forstår stemmene. Dersom de oppfattes som farlige blir de et problem og fører til beskyttelsesstrategier som ofte har store personlige og sosiale omkostninger for personen. Det er lettere å leve med at det er ens egne tanker og at de er «slitsomme, men ikke nødvendigvis farlige».

Elvik avsluttet med å vise til at en kritisk metaanalyse i 2014 av CBT ved psykoser viste at terapiformen nok hadde lavere effekt enn den

første «hypingen» hadde forespeilet. Slik sett har det skjedd det samme med CBT som med andre former for psykoterapi. Skal en lykkes best mulig også med denne terapiformen er det viktig å finne en skreddersydd variant tilpasset den enkelte pasients behov. Også her blir individualisering av behandlingen vesentlig for å oppnå best mulig resultat.

Inntrykk fra konferansen i Perugia høsten 2022: «Co-constructing healing spaces»

Det internasjonale ISPS har tradisjonelt arrangert en stor konferanse hvert annet år. Perugia (regionhovedstad i Umbria, Italia) var klar for arrangør oppgaven i 2020. Så kom pandemien, og konferansen ble utsatt ett år, og så ett år til. Det var store forventninger da den endelig ble en realitet 31. august – 4. september i år. Konferansen ble holdt i et av de gamle universitetene i byen. Det var kanskje ikke topp praktisk, men veldig sjarmende og med tungt historisk sus, en god ramme for å treffe gamle og nye kolleger og bli faglig inspirert.

Hovedtema for konferansen var nye behandlingsmetoder, og ulike former for kunstterapi og kreative metoder var godt representert. Det samme var forskjellige familietilnærminger. Det var solid deltakelse fra Norge, også når det gjaldt bidrag og presentasjoner.



Utsikt over Perugia, fotograf Jens Roved

Fra SEPREP presenterte Olav Løkvik og Gunnar Brox Haugen deler av *SE HELE MEG* som vi har fått teksten på engelsk (sehelemeg.no). Den første ordinære plenumssamlingen ble ledet av Cecilie Brøvig Almås, og Jan Olav Johannessen holdt en oppdatert forelesning om *Moderne psykoseforståelse – fra hjernelidelse til stresslidelse*. (Hovedinnholdet her blir for øvrig også å finne i Relasjonsboka, hvor Johannessen bidrar med et kapittel sammen med Inge Joa. Boka kommer på Hertevig i forbindelse med Schizofrenidagene i november.) Stavangermiljøet bidro også med et symposium om evaluering av TIPS-prosjektet (Tidlig intervensjon ved psykoser). TIPS har nå eksistert i 25 år, og takket være oppsiktsvekkende gode resultater har det gått over fra å være prosjekt til ordinær klinisk virksomhet. Dette må sies å være et lyspunkt og forbilde i psykosebehandling.



Fra åpningen av ISPS-konferansen i Perugia, fotograf Jens Roved

Fra Universitetet i Agder fikk vi et symposium om recoveryforskning. Inger Beate Larsen presenterte en teoretisk inngang til recovery med utgangspunkt i *kontekstbegrepet*, hvor poenget slik jeg forstod det var å ta i betraktning både sosiale, kulturelle og materielle aspekter i recovery-arbeidet. Alain Topor holdt et forfriskende framlegg av sitt forsøk med å gi økonomisk tilskudd til brukere i rehabilitering (*Money can buy my love – or at least possibilities for relationships*). Gunhild Ruud Lindvik presenterte sin undersøkelse fra bemannede boliger om potensialet i å kjøre bil sammen (*On the road again. The recovery potential of driving together*). Og Øyvind Hoff fulgte opp

med *These boots are made for walking*. Han er opptatt av nye møtesteder etter utskrivning, og intervjuet brukere mens de gikk – på steder som kunne ha betydning for dem.

Enkelte nye behandlingsmetoder gjør bruk av avansert teknologi, som kunstterapiarbeidet i Atlas Center i Perugia (*Screen to soul: Augmented reality in the art therapy setting with psychotic patients*). Simone Donnari og kolleger viste hvordan de brukte 3D-teknologi som hjelpemiddel. Bildet som pasienten hadde malt ble framstilt på en stor skjerm, og pasient og terapeut kunne bokstavelig talt tre inn bildet ved hjelp av et videokamera.

Teamet fra Atlas Center benytter begrepet «hikimokori». Det er et begrep vi kjenner fra Japan, hvor unge mennesker mellom 13 og 30 år isolerer seg i foreldrenes hjem. Italienerne synes dette begrepet er nyttig, og deler gruppen i to hovedkategorier: De som er på Youtube og spill, og den langt mer bekymringsfulle kategorien hvor ungdommene er preget av tilbaketrekning og forvirring. Vi fikk høre en gripende historie om en ung jente som hadde stort utbytte av denne kunstterapiformen. Etter lang tid med etablering av kontakt og tillit, kunne hun bruke bildene sine som scene for å reetablere vitale relasjoner og komme tilbake til livet.



Kunstterapiarbeid med 3D-teknologi, fotograf Jens Roved

Et annet teknologifenomen er terapi ved hjelp av *avatarer*, det vil si figurer skapt på en dataskjerm. Idéen til dette kommer faktisk fra Julian Leff, som mange vil kjenne som en sterk bidragsyter til familietilnærming ved psykoser. Nå er Leff for lengst

pensjonist, og sønnen Adriel Leff har laget en film om ham som ble vist på konferansen. I sin pensjonisttilværelse satt Julian Leff og tenkte på at de pasientene som hadde dialog med stemmene sine hadde en stor fordel når det gjaldt å håndtere psykosene sine. Slik fant han på å ta med pasientene på å utforme stemme og ansikt til figurer på en skjerm, og disse er da representasjoner av stemmene som pasienten hører. Terapeuten har to roller, som seg selv og avitaren. Han kan endre avitaren i takt med dialogen som pasienten har med avitaren, for eksempel be om unnskyldning og bli snillere. Det ble referert overbevisende resultater av avitarterapi, og mange opplever at stemmene blir helt borte.

Vi må også innom Birgit Bundesen fra København, som snakket om en kreativ skrivegruppe for inneliggende pasienter. Utgangspunktet for arbeidet er dårlig kommunikasjon mellom pasienter og klinikere, og manglende samarbeid fordi man snakker forbi hverandre. Skrivegruppen er en mellomting av workshop og gruppeterapi, basert på at alle kan bli litt bedre – også til å skrive. Gruppen ledes av en forfatter, og gruppeterapeuten er co-terapeut. Deltakerne bruker 5 – 15 minutter på å skrive, så blir bidragene lest høyt og diskutert.

Bundesens refererte til Winnicott som sier at det kreves et holdende miljø for å kunne leke, og hun tror at dette kan skapes i gruppen. Å bli bedre til å skrive gjør det lettere å også fastholde en sammenhengende livshistorie. Sammenhengende historier er knyttet til sammenhengende identitet. Et jordnært og svært løfterikt tiltak dette her, som vi gjerne ville sett her hjemme også.

Anne Ek
anne.ek@seprep.no



For dere som vil vite mer finnes oversikt over alle bidrag på isps2021.it



Foto: F.v. Unnur Anna Valdimarsdóttir, Cecilie Brøvig Almas og Jan Olav Johannessen under første panelsamtale i Perugia, fotograf Jens Roved