

Relationsarbejde i praksis, om relationen som terapi

av Christina Schacht-Magnussen



Denne artikkelen er hentet fra boken Mening og mestring ved psykoselidelser (Oterholt og Haugen, 2015).

Indledning

Dette kapitel beskæftiger sig med hvordan man i praksis bedst muligt skaber kontakt og udvikler terapeutiske relationer til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og isolations-tendens. Når emnet belyses ud fra dette perspektiv, er det dels fordi det er en særlig vanskelig opgave, dels fordi det i forhold til denne målgruppe tydeligt viser sig, hvad det vil sige at arbejde professionelt med relationer.

Kapitlet har fokus på den menneskelige og faglige udfordring det er at være i kontakt med mennesker som isolerer sig på grund af deres psykiske lidelse. Hvad er det, der får mennesker til at trække sig fra kontakten? Hvordan påvirker det terapeuten, når patienten isolerer sig? Hvordan får man skabt kontakt og opbygget tillid, så patienten vil modtage hjælp og medvirke i behandlingen? Hvordan

kan medinddragelse af de pårørende og samarbejdet på tværs være med til at modvirke den tendens til stigmatisering og afvisning af patienten, som ofte følger i kølvandet af afmagt og frustration over, at det er svært at komme til at hjælpe?

Kapitlet henvender sig ikke til bestemte faggrupper, og sigter ikke mod bestemte kliniske situationer, men mere generelt mod terapeutisk arbejde med mennesker med alvorlig psykisk lidelse og isolationstendens. Hensigten er ikke at give anvisninger på, hvordan terapeuter eller psykiatriske institutioner skal arbejde med relationer, men derimod at præsentere nogle overvejelser, man kan gøre sig om emnet. Kapitlets sigte er at bevidstgøre og fagligt begrunde noget af det, der foregår i relationer ud fra et psykologisk perspektiv med henblik på at tydeliggøre, hvad relationsarbejde er og hvilke rammemæssige betingelser, der må være tilstede for at udvikle terapeutiske relationer til psykotiske patienter som isolerer sig. Det teoretiske udgangspunkt er en psykodynamisk forståelse af kontakten mellem mennesker.

Psykodynamisk psykoseforståelse

For at forstå, hvad der ligger i begrebet psykodynamisk psykoseforståelse og for at begrunde, hvorfor der i en terapeutisk sammenhæng kan være brug for at have et psykodynamisk perspektiv på at være psykotisk, er det vigtigt at skelne mellem deskriptiv diagnostik og psykodynamisk diagnostik.

Den tilstræbte teoriafhængighed i de deskriptive diagnosesystemer som ICD-10 (WHO ICD-10, 1994) og DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) er en slags praktisk kompromisdannelse, som gør det muligt for klinikere med forskellige teoretiske udgangspunkter at tale sammen. Dette kan have sine fordele, især i forskningsmæssige sammenhænge, men i klinisk praksis er denne teoriafhængighed hovedløs og usammenhængende (Møller, 2000, s. 154).

Ingen møder et andet menneske uden mere eller mindre eksplicit at have en teori om det, der foregår i kontakten og interaktionen med den anden (ibid.). I en klinisk sammenhæng er det derfor nødvendigt, at terapeuten kontinuerligt er opmærksom på at bevidstgøre og disciplinere sin teoretiske forståelse af det, der foregår i kontakten og relationen til patienten, for at imødegå risikoen for, at det er terapeutens personlige erfaringer og

uformelle, implicite teorier, der bliver styrende for vurderingen og behandlingen (ibid.).

Den deskriptive diagnostik beskæftiger sig med at beskrive patienters adfærd og symptomer, og retter sig mod at indsamle et antal kriterier som udgangspunkt for at stille en psykiatrisk diagnose. Det vil sige, at patienter kategoriseres ud fra nogle fælles adfærdsmæssige træk og symptomkonstellationer, og i det omfang patientens subjektive oplevelser inddrages, er det kun med henblik på at klassificere dem (Gabbard, 1994). Risikoen ved dette er at komme til at forholde sig til patienter som objekter, der kan sorteres og inddeles i bestemte kategorier. Men psykiatriske patienter passer ikke altid ind i en bestemt kategori, og desuden betyder det at have diagnosen ikke nødvendigvis, at der er en klar behandling. En psykiatrisk diagnose siger ofte ikke så meget om, hvordan terapeuten skal møde og behandle den enkelte patient (Belin, 2010).

Den psykodynamiske forståelse er et vigtigt supplement til den deskriptive psykiatri, fordi man i psykiatrien ikke diagnosticerer og behandler lidelser, men mennesker med psykisk lidelse (Gabbard, 2013). Mennesker er lige fra fødslen relationsorienterede, og de relationer vi indgår i livet i gennem, er med til at forme os på godt og ondt (Vaglum, 2008). Det kan derfor ikke lade sig gøre at forstå mennesket med

en psykisk lidelse uden at have en teori om, hvordan mennesker udvikler sig og fungerer i relationer (Thorgaard & Haga, 2006). Den psykodynamiske tilgang er ikke en metode, men holdning udsprunget af omfattende og dybtgående psykologiske teorier om mennesket og menneskelige relationer (Thorgaard, 1995; Mortensen, 2006).

I den psykodynamiske psykopatologi-forståelse er hver enkelt patient unik, og i modsætning til den deskriptive diagnostik fokuseres på, hvordan den enkelte patient er forskellig fra andre patienter med lignende symptomkonstellationer og adfærd. Patientens indre verden, drømme, fantasier, impulser og subjektive oplevelse af sig selv og andre tillægges stor betydning, og der lægges vægt på at inddrage patientens sygehistorie, livsløb og relationer med henblik på ikke bare at beskrive, men faktisk søge at forstå omfanget og karakteren af de vanskeligheder patienten er i (Møller, 2000).

Inden for en psykodynamisk diagnostisk tilgang forstås psykopatologi som afvigelser, variationer i forhold til en normalpsykologisk udvikling, dvs. ud fra teorier om personlighedens udvikling og struktur. I forlængelse heraf opfattes patient og terapeut som basalt mere ens end forskellige (McWilliams, 2011). Psykopatologi opfattes som et kontinuum, der spænder fra en

vel-integreret personlighedsstruktur i den ene ende af spektret, henover forstyrrelser i personlighedsstrukturen, til en disintegreret eller psykotisk organiseret struktur i den anden ende af spektret (Kernberg, 1984; McWilliams, 2011).

Forsvaret udgør sammen med bl.a. identitetsopfattelsen, affektreguleringen, kommunikationen og tilknytningen en vigtig del af personlighedsstrukturen (PDM Task Force, 2006). Forsvarsmekanismerne er en persons ubevidste kognitive bestræbelser på at opretholde mental balance i forbindelse med indefra kommende eller udefra kommende belastninger eller konflikter. Forsvarsmekanismerens funktion er beskyttelse og tilpasning; det foregår bl.a. ved at holde bestemte erindringer og ideer (med tilhørende indhold og affekter) væk fra bevidstheden, især når de involverer belastende, smertefulde, utilladelige eller ubærlige aspekter som fx sorg, skam, skyld eller aggressive impulser. Forsvarsmekanismerne beskrives sædvanligvis som mere eller mindre modne, svarende til en normalpsykologisk udvikling af forsvaret i den menneskelige psyke, hvor de umodne mekanismer, er de mekanismer et helt lille barn beskytter sig med (McWilliams, 2011). Den individuelle forsvarsstruktur er derfor en væsentlig dimension i en persons mentale funktion – og forsvarsmekanismerne, som de udspiller sig i relationen og i miljøet,

viser patientens psykiske struktur og mentale funktionsmåde og er derfor en vigtig del af den psykopatologiske vurdering (PDM Task Force, 2006).

Mennesker som fungerer på et vel-integreret niveau vil have et rimelig fleksibelt forsvar med både modne og umodne forsvarsmekanismer. Det indebærer, at personen i vid udstrækning er i stand til selv (på et ubevidst intra-psykisk plan) at opretholde mental balance, fordi forsvaret i tilstrækkelig grad regulerer impulser, ønsker og affekter. Forsvaret er dermed en del af selvreguleringen.

Mennesker som er disintegrerede og fungerer på et psykotisk niveau vil have et mere ufleksibelt forsvar, og vil overvejende have de umodne forsvarsmekanismer at beskytte sig med. Det kan fx være virkelighedsforvrængende benægtelse, tilbagetrækning og projektion, hvor angst og ubehag lægges ud i omgivelserne. Psykotiske menneskers forsvar medfører forvrængning af, hvordan relationer opleves, idet grænsen mellem det indre og ydre (mellem selv og objekt) er udvisket, således at fejlfortolkning af andre (eller andres adfærd) bliver nødvendig i opretholdelsen af den mentale balance (McWilliams, 2011).

Psykosen er et alvorligt psykisk periodisk eller vedvarende sammenbrud i psykens struktur. Det vil sige det er en forvirringstilstand med tanke

og følelsesmæssigt kaos, hvor et af de vigtigste kendetegn er manglende evne til at skelne mellem fantasi og virkelighed, sig selv og den anden (Johannesen, 2008). Psykosen er en disintegrationstilstand, hvor selvet falder fra hinanden; selvet går i opløsning og er ikke længere er en stabil størrelse. Den psykotiske angst er en altomfattende tilintetgørelsesangst med pinefulde forstyrrelser i selvoplevelsen. Det ikke at have en sammenhængende oplevelse af at være sig selv over tid, og det at miste kontrollen over sig selv er endvidere så skræmmende og nedbrydende, at jeg-strukturen sættes yderligere under pres, og på denne måde etableres en indre selvforstærkende og nedbrydende cirkel (Thorgaard, 2006b, s. 34).

I en psykodynamisk psykoseforståelse opfattes psykosen ikke blot som en forstyrrelse eller et sammenbrud, men også som en ubevidst strategi for at overleve disintegrationskatastrofen. De psykotiske symptomer, fx tom og mekanisk adfærd, affektaffladning og isolation, vil uanset hvor utilstrækkelige de end er være udtryksformer, der afspejler måden, hvorpå den syge person forsøger at klare sig og dæmme op for ubærlig lidelse (ibid.).

Isolation

Isolation er en forsvarsmekanisme, som beskytter mod overstimulering. Det at isolere sig eller trække sig er en almenmenneskelig måde at beskytte sig på. Det helt lille spædbarn vender eksempelvis hovedet væk, hvis det ikke magter mere kontakt eller falder måske helt i søvn, hvis det udsættes for overvældende stress (McWilliams, 2011).

Tilbagetrækningen kan være kortere- eller længerevarende, mere eller mindre omfattende. Den kan komme konkret til udtryk ved at man går væk, eller som affektisolation, hvor følelser holdes ude af bevidstheden, hvorved man undgår at mærke emotionelle konflikter, som kan være udløst af både indre og ydre stress (ibid.). Det ikke at mærke sig selv og sine følelser kan være en måde at udholde sorg og lidelse på, men det indebærer samtidig, at man mister kontakten til sig selv og hvad man har brug for; man mister selvomsorgen og selvkontrollen (Thorgaard, 2006a). Det følgende digt, skrevet af en 15 årig ung kvinde, beskriver denne ensomhed og rådvildhed.

Mit liv, min krop – uden mig

Hvor er jeg? Hvor i min krop? Der er en krop, men det er ikke mig
Mit hjerte slår, men det er ikke mig
der får det til det

Jeg kan se mig selv, men hvorfor er det mig? Jeg kan ikke mærke mig selv

Jeg vil ikke være i en krop hvor jeg ikke kan mærke
Men jeg er tvunget
Tvunget til at være her
Jeg vil mærke mig selv
Jeg tager barberbladet
Kan ikke mærke det mellem mine fingre
Jeg kører det hen over mit håndled
En lille rød stribe følger sporet

Jeg smiler
Jeg kan mærke det
Jeg mærker suset, hjertebanken
En trance, hvor det føles som om min krop svæver
Men jeg er tung
Jeg er ikke et med min krop
Kigger på min ridse
Smiler
Jeg er stolt
Jeg kan styre mig selv
Nu er rusen ovre
Tilbage er kun et tyndt sår

Isolation kan være den sidste form for beskyttelse før et psykotisk sammenbrud. Det kan også være den position den psykotiske person må være i for at kunne holde ud at være til. Den psykotiske tilbagetrækning har en sådan karakter, at en person ikke bare trækker sig fra virkeligheden, men at realiteten tilmed forvrænges (Thorgaard, 2006b). Denne måde at være ude af kontakt med sig selv,

andre og virkeligheden på kan give anledning til, at isolerede sindslidende opfattes som ligeglade eller uden opfattelse af, hvad der foregår (McWilliams, 2011). Muligvis fordi de fremstår tillukkede, garderede og afvisende ved forsøg på nærhed eller kontakt, og fordi de måske ikke har en aktiv kommunikation og almindelig måde at udtrykke sig på. Men det er en misforståelse; psykisk syge som isolerer sig længes ofte efter kontakten med andre, og er ofte fintfølede mennesker som i høj grad registrerer, hvad der foregår omkring dem. Det er snarere netop på grund af deres sensitivitet, at de trækker sig fra kontakten og ubevidst lukker af for deres emotionalitet (ibid.).

Den psykotiske isolation er med andre ord ikke et udtryk for et ønske om at være alene, men en måde at være på «sikker afstand» og adskilt fra «de truende» andre. I kølvandet af isolationen følger dog samtidig ofte ensomhed og pinefulde følelser af fx tomhed og uvirkelighedsfølelse, som forstærker disintegrationsangsten og derved igangsættes en nedbrydende cirkel med yderligere tilbagetrækning, svigt i egenomsorg, brud i relationer, tab og stigmatisering (McWilliams, 2011; Thorgaard, 2006b).

Relationen som modvægt til isolation

En relation er forholdet mellem to mennesker, som gensidigt påvirker hinanden. Det den ene gør påvirker, hvad den anden gør, siger, tænker eller føler. Kvaliteten af relationen afhænger af denne interaktionsproces; en relation kan opbygges og opretholdes, men kan også forhindres og brydes ned (Vaglum, 2008).

Relation er isolationens modsætning; at være isoleret er at være afskåret eller afsondret fra andre, mens relation betyder forbindelse, forhold eller sammenhæng (Brüel & Nielsen, 1987). Mennesker udvikler sig i kraft af det sociale samspil med andre mennesker; hjernen og personligheden udvikler sig i takt med, at vi indgår i bredere, mere nuancerede og tættere relationer til andre mennesker (Hertz, 2010, s. 86). Det at være afsondret eller afskåret fra det mellemmenneskelige fællesskab udgør derfor en alvorlig trussel mod den personlige integritet, og indebærer en alvorlig helbredsrisiko og kan på flere måder være livstruende (Lautrup et al., 2011; Thorgaard, 2006b).

Isolation er på en og samme tid beskyttende og svært nedbrydende. Derfor må et menneskes isolationstendens paradoksalt nok både respekteres, som en måde (i selv-overlevelsens

tjeneste) at beskytte sig på, men samtidig må den også bekæmpes – dog ikke med direkte konfrontation, men med tålmodig opbygning af relation(er); levende respektfulde og vedholdende relationer som modvægt til isolationens åg (Thorgaard, 2006b, s. 179).

Den direkte kontakt mellem patient og terapeut

Mennesker kan forholde sig til andre på to måder; udefra og «indefra», dvs. de kan iagttage andre udefra, fx ved at beskrive deres udseende, adfærd og symptomer. Men mennesker kan også forholde sig til andre «indefra», dvs. søge forståelse ved følelsesmæssigt at forestille sig, hvordan det må være at være i den andens situation (Mortensen, 2006). I en behandlingsmæssig sammenhæng tydeliggøres den mellemmenneskelige relation i terapeutens bevidsthed, når han ikke blot forholder sig til patienten udefra, men også «indefra». Det er i terapeutens bestræbelser på at medinddrage og forstå patienten, at han bliver et medmenneske og en person for terapeuten, men samtidig er det også her, at mødet med patienten bliver en følelsesmæssig udfordring for terapeuten (Madsen, 2004; Thorgaard, 2006a; Møller, 2014).

I mødet mellem to mennesker opstår et emotionelt stormvejr (Bion,

1979), dvs. at mødet, og dermed også mødet mellem patient og terapeut, vækker (bevidst og ubevidst) angst og stærke emotionelle reaktioner i begge parter. Disse emotionelle stormvejr er særligt voldsomme i kontakten med psykotiske patienter (Jackson & Williams, 1994). Det er derfor ikke ualmindeligt, at såvel pårørende som professionelle bliver skræmte og overvældede af den følelsesmæssige intensitet, der er i kontakten med en psykotisk person. Det kan derfor være svært for psykotiske patienter at finde en terapeut, som er villig til at stille sig til rådighed, lytte og tage dem alvorligt (ibid.).

Der er et stærkt projektivt pres i kontakten med psykotiske patienter, som ikke sjældent giver anledning til, at terapeuten kommer til at "dele" patientens frygt for at finde mening i de psykotiske tanker og følelser, hvorved hans evne til at tænke klart og forholde sig undersøgende til det patienten kommer med forhindres eller begrænses (Jackson & Williams, 1994; Møller, 2014). Det kan eksempelvis vise sig ved, at terapeutens bestræbelser på at forstå og finde mening erstattes af en optagethed af at iagttage og kategorisere patientens emotionelle oplevelser. At diagnosticere kan være vigtigt nok, men i en terapeutisk sammenhæng er det meget lidt hjælpsomt for patienten, idet hans oplevelser derved forbliver uforståelige og skræmmende (Jackson & Williams, 1994).

I det terapeutiske arbejde med psykotiske patienter som isolerer sig, er det en vedvarende udfordring at opnå og opretholde kontakten – og ikke mindst at finde vej ind til patientens subjektive verden uden at vække for stor angst og komme til at invadere patienten, fx ved at være for konfronterende (McWilliams, 2011). En anden og ofte større udfordring er at undgå at opgive, stigmatisere eller afvise en patient som isolerer sig, fordi man som terapeut bliver frustreret og føler sig afmægtig over at blive afvist igen og igen, og fordi det er for svært at komme i kontakt med og rumme al den lidelse og sorg, som patienten ved hjælp af isolationen ubevidst har aflastet sig fra (Thorgaard, 2006b).

Terapeuter som arbejder med isole-rede sindslidende må derfor have en særlig udholdenhed og kompetence med hensyn til kommunikation og relationsarbejde (Lautrup et al., 2011). Det er vigtigt, at terapeuten har tid og tålmodighed samt at han vedvarende trænes og støttes i at bevare et autentisk medlevende engagement i patientens subjektive oplevelser og i at opretholde en åben og reflekterende tilgang med henblik på at få etableret en terapeutisk relation, hvor han samarbejder med patienten om at give mening til adfærd, symptomer og lidelse, så det ubærlige igen kan bæres (Thorgaard, 2006c).

Den indirekte kontakt

Mennesker som har isoleret sig på grund af deres psykiske lidelse, er ofte sky og henvender sig sjældent selv til de almindelige psykiatriske behandlings- og støttetilbud, og vil endvidere ofte have en dårlig personlig hygiejne, en anderledes døgnrytme og en til tider bizar adfærd, hvilket kan få andre mennesker til at undgå kontakten (Lautrup et al., 2011). Psykisk syge der isolerer sig risikerer derfor at blive overset, og inden der overhovedet vil kunne iværksættes psykiatrisk udredning og behandling, venter ofte et langt indirekte opsporende og kontaktskabende arbejde. Det vil sige et arbejde med at få opsporet patienten og få skabt kontakt gennem eventuelle pårørende, privatpersoner og professionelle uden for de etablerede hjælpesystemer (ibid.). Der vil endvidere ofte være brug for en særlig intensitet i det kontaktskabende arbejde. Det vil typisk sige korte, hyppige og regelmæssige indirekte kontakter. I det følgende har en mor beskrevet sine vanskeligheder med få kontakt med sin søn, som gennem flere år i tiltagende grad havde isoleret sig:

Februar: Nu er den helt gal. Jeg har i et par måneder ikke kunnet få kontakt med Peter. Jeg har været ved hans dør utallige gange, banket på, puttet breve ind af brevsprækken, sendt sms'er og forsøgt

at ringe. Jeg er klar over, at han ikke åbner sin postkasse. Den er så fuld, at der ikke kan presses mere ind i den. Når jeg åbner brevsprækken i døren, fornemmer jeg en lugt af snavs og affald. Jeg kigger op mod hans vinduer. Der ser mørkt og tillukket ud.

Der er helt stille bag døren. Jeg bliver bange for, om han er syg, om der er sket noget alvorligt. Jeg beslutter mig for at skrive og fortælle ham, at jeg har brug for kontakt med ham, og at jeg kommer med en låsesmed, hvis jeg ikke hører fra ham inden 24 timer. Et drastisk skridt, men nu må jeg have kontakt med ham. Jeg putter brevet ind ad hans brevsprække. Det virker. Peter sender en sms, og vi aftaler at mødes og gå en tur. Det har været vores samværsform de sidste 2-3 år, hvor jeg ikke har fået lov at komme inden for i hans lejlighed.

Da vi mødes, er han rasende. Han er normalt en rolig og venlig person. Jeg har aldrig oplevet ham så meget i affekt. Han fortæller mig, at hvis jeg nogensinde kommer med en låsesmed, vil han slå både mig og låsesmeden ned. Jeg har aldrig været bange for Peter, men den eftermiddag mærker jeg, at han ville kunne blive voldsom, hvis jeg går ham for nær. Han er vred og ophidset. Langt fra den Peter, jeg

kender. Han er snavset og lugter grimt. Jeg forstår på ham, at han ikke går på arbejde længere. Han siger, at jeg skal lade være med at forsøge at kontakte ham, at han har brug for fred og ro. Da vi siger farvel til hinanden, har jeg et mylder af ubesvarede spørgsmål. Hvad er der sket? Hvordan er det fat med Peter? Jeg ringer til hans arbejde og får at vide, at han ikke er der mere.

I marts får jeg kontakt med en psykolog, som i over to år bliver min professionelle samtalepartner og støtte i relationen med Peter. Med hjælp fra psykologen forstår jeg gradvis Peters' sygdom. Jeg lærer, at Peter ikke kan klare den direkte kontakt, at jeg skal finde andre veje. Jeg begynder flere gange om ugen at stille små poser ved hans dør sammen med en venlig hilsen. En dag morgenbrød, en anden dag hjemmebagt brød eller suppe, som jeg ved, at han holder af. Poserne forsvinder. Det gør mig tryk at vide, at han tager mod mine små hilsener. Jeg får på den måde stille og roligt etableret lidt mere kontakt med ham. Ikke ansigt til ansigt, men indirekte; den form for kontakt, som Peter kan holde til. Jeg får mulighed for at vise ham, at jeg er der og bekymrer mig for ham. De små poser er også en måde at fortælle ham, at jeg respekterer, at

han ikke magter eller ønsker direkte kontakt.

Peter spiller computerspil over internettet. Umiddelbart synes jeg ikke, at det er en god eller sund aktivitet. Men gennem samtalerne med psykologen lærer jeg at se computerspillet som en positiv aktivitet: Peter har faktisk kontakt med andre mennesker, når han spiller. Han har netop den form for kontakt, som han kan holde til: Den indirekte kontakt.

Jeg har behov for at få kontakt med Peter i forbindelse med hans sygedagpenge. Jeg kan ikke komme igennem til ham. Han tager ikke telefonen, åbner ikke døren og reagerer ikke på mine sms'er, små breve og beskeder. Hvad kan jeg gøre? Jeg ved, at han har en lille smule kontakt med viceværten, som administrerer internetforbindelsen i ejendommen, hvor han bor. Jeg ringer til viceværten og spørger, om han vil hjælpe mig. Han forsøger, men kan heller ikke komme i kontakt med Peter. Det hører med til billedet, at viceværten kender Peters trang til at isolere sig fra omverdenen.

Vi ved begge, at Peter spiller computerspil. Han er afhængig af internettet for at kunne spille. Viceværten og jeg bliver enige om, at han skal lukke internettet, så

Peter ikke kan spille. Det er effektivt. Peter kontakter viceværten, som siger, at han skal ringe til mig nu! Det bliver en god metode, som jeg bruger flere gange i den følgende tid, når jeg skal have kontakt med Peter, og de små poser og beskeder, der forsvinder, ikke er nok.

Peters tillid til mig vokser. Efter nogle måneder ringer han til mig, og rækker for første gang tydeligt ud efter hjælp. Jeg taler med psykologen og forstår, at Peters problemer har en karakter, som kræver psykiatrisk udredning og behandling. Efter grundig udredning stilles diagnosen: Paranoid skizofreni. Diagnosen forklarer Peters trang til isolation, hans mangel på energi, hans manglende egenomsorg og hans følsomhed over for lyde. Han tåler ikke lyden af telefoner, dørklokker, smækkende bildøre eller andre former for kontaktyde. Diagnosen var en forklaring. Som mor oplevede jeg det som det frie fald. Chok og sorg.

Mine ugentlige samtaler med psykologen, gjorde det dog muligt for mig at komme hel og måske endog styrket gennem en svær tid. Samtalerne gjorde det muligt for mig at komme overens med min sorg over, at min søn er alvorligt syg, at forstå hans

situation, reaktioner og adfærd. Jeg lærte at forstå, respektere og praktisere de former for kontakt, som er mulige med Peter. Jeg lærte at rumme sorgen ved ikke at kunne have det umiddelbare nærvær og samvær med min søn, at rumme det ændrede livsperspektiv for Peter og for mig selv. Samtalerne gav mig også håb for fremtiden. Alle sygdomsforløb er forskellige. Med nænsom og professionel faglig støtte og kærlig, tålmodig opbakning og forståelse fra Peters familie og venner kan der selv med svær sygdom være et godt liv for Peter forude. Der er et lille lys i mørket. Det er vigtigt at holde fast i.

Den hjælp, jeg fik gjorde det muligt for mig at træde i karakter som hjælpsom og aktivt handlende pårørende, så Peter i dag har fået den førtidspension og får den hjælp i psykiatrien, som han har behov for. Jeg har uendeligt mange gange haft behov for som kritisk pårørende at gå i dialog med psykiatrien og de offentlige myndigheder for at varetage Peters interesser. Det har jeg kunnet gøre med værdighed, styrke og rank ryg, fordi jeg har bevaret fodfæstet i mit eget liv. Og fordi jeg havde en professionel sparingspartner, som støttede mig i at holde fast og være en hjælpsom pårørende for Peter.

Som eksemplet viser kan det være nødvendigt at skabe kontakt på en indirekte måde, hvor man må acceptere begrænsninger i, hvilken kontakt der er mulig, fx at man ikke kan tale sammen, men i stedet må være sammen om noget (Lautrup et al., 2011). Det kan være, at man i lang tid må kommunikere via sms eller gennem andre, fx som i Peters tilfælde, hvor kommunikationen gik gennem viceværten og gennem moderen. Peters læge og et socialpsykiatrisk team fra kommunen forsøgte flere gange at komme til at hjælpe, men de fik i lang tid ikke lov at komme ind. De synes det var vanskeligt, at blive ved med at presse på, idet Peter afviste at have brug for hjælp. Det var derfor også vanskeligt for dem at få et indtryk af, hvor galt det faktisk stod til. Det var først efter mange henvendelser fra Peters mor, at man begyndte at blive opmærksom på omfanget af problemerne, og det var også gennem Peters mors tålmodige og vedholdende indsats, at det lykkedes at få kommunens socialpsykiatriske team og behandlingspsykiatrien til at arbejde sammen således, at Peter kunne få den specialiserede udredning og sammenhængende behandlingsindsats, han havde brug for.

Empatiens bevarelse i relationsarbejdet med isolerede sindslidende

Det sker ikke sjældent, at terapeuter (ubevidst) overser eller undgår patienter som isolerer sig, fx er det

ofte netop de patienter, der bliver glemte eller tilbydes mindst kontakt, når der er travlt i en psykiatrisk institution. Det hænger sammen med, at det kan være vanskeligt for terapeuten at mærke en kontakt med en tilbagetrukket psykotisk person, men det hænger også sammen med, at det er svært at risikere en afvisning og at det kan føles lettere ikke at være involveret, idet det er smertefuldt at være vidne til et andet menneskes ensomhed og forfald (Thorgaard, 2006a). Det at trække sig kan være en måde for terapeuten at undgå at komme i kontakt med sin egen angst for at miste kontrollen og forfalde. Det at være involveret vækker jævnligt så stærke følelser af afmagt, angst og vrede, at det ikke kan rummes og derfor i stedet kommer til udtryk i afvisning eller stigmatisering af patienten, fx at den der har isoleret sig opfattes som en sær og håbløs eneboer, man alligevel ikke kan stille noget op med (Thorgaard, 2006a; McWilliams, 2011). I det terapeutiske arbejde med mennesker, der isolerer sig, er der derfor en vedvarende risiko for, at terapeuten i afmagt kommer til at opgive og lade stå til, dvs. mister empatien og omsorgen med patienten eller med andre ord, at terapeuten kommer i "ledtog" med patientens selvomsorgssvigt (Thorgaard, 2006a).

Empati vil sige at sætte sig følelsesmæssigt i den andens sted som om man var den anden, dvs. at man sætter sig følelsesmæssigt ind

i den andens situation uden at miste kontakten til sig selv (Müller, 2005). Det er uundgåeligt, at terapeuter af og til overvældes følelsesmæssigt i kontakten med patienter (Møller, 2014). Når det sker forstyrres terapeutens empathiske kapacitet, hvilket kan komme til udtryk på to måder: Som distancering eller som overinvolvering. Når terapeuten distancerer sig, har han mistet kontakten med patienten, og når han bliver overinvolveret, har han mistet kontakten med sig selv. Distancering kan være baggrunden for, at patienten opfattes som værende uden for behandlingsmæssig rækkevidde. Overinvolvering kan vise sig ved, at terapeuten engagerer sig på måder, som rækker langt ud over, hvad der ligger i en professionel rolle, fx at en terapeut lægger sig i sengen hos en patient for at berolige hende (Schacht-Magnussen, 2015 in press).

Da en stor del af det, der foregår i relationen mellem mennesker er ubevidst og specifikt i hver enkelt situation, er det at bevare empatien med patienter ikke noget terapeuter en gang for alle kan lære eller noget, der kan opstilles en entydig manual for. Det at bevare og udvikle empatisk kapacitet over for patienter er en kontinuerlig proces, hvor terapeuten gennem uddannelse, refleksion og træning kan søge at gøre sig mere bevidst om det, der sker i relationen, herunder også om sine egne reaktioner og måder at interagere med patienter på (ibid.).

Den asymmetriske relation – om magt og afmagt i relationer

At have viden indebærer at have magt; det at have viden om den situation, man er i, betyder muligheden for at bemægtige sig den; at mestre den. Men viden om, hvordan virkeligheden er og hvordan det virkelig står til, kan også medføre magtesløshed. Det gælder både for patient og terapeut (Thorgaard, 1995, s. 14).

Relationen mellem patient og terapeut er asymmetrisk; terapeuten har en autoritet og en faglig viden og kunnen, mens patienten er den der søger hjælp. Som følge heraf må patienten afgive noget af sin personlige suverænitet, dvs. give sig hen til terapeuten autoritet og stole på ham og hans faglige ekspertise. Patient og terapeut er ligeværdige som mennesker, men de har asymmetriske roller, og for at opnå et godt og tillidsfuldt samarbejde må asymmetrien i vid udstrækning udlignes ved, at relationen på det mellem menneskelige plan er ligeværdig (Madsen, 2004). Det indebærer i høj grad at terapeuten medinddrager patienten og bruger sig selv og relationen aktivt i behandlingen (Thorgaard & Haga, 2006).

Som professionel har terapeuten ansvar for kontinuerligt at gøre sig bevidst om, at han i den konkrete

behandlingsmæssige situation er stærkere eller mere vidende end patienten (Daniel, 2012). Det vil sige, at terapeuten må bruge sin viden og forvalte sin magt på en hensigtsmæssig og respektfuld måde samtidig med, at han er bevidst om sin pligt til at gribe ind, når det er nødvendigt (Thorgaard, 2006a; 2006b).

Det er forståeligt, at professionelle tidvis bliver rådvilde i de svære situationer, hvor man ikke mener, at der er tilstrækkeligt grundlag for at gribe ind og samtidig ikke mener, at omsorgspligten opfyldes (Lautrup et al., 2011). Hvornår og hvordan skal man gribe ind? Hvad nu hvis man ikke får grebet ind i tide? Hvornår er det nødvendigt at gribe ind med tvang? Var det fx nødvendigt for Peters mor at sige, at hun ville komme med en låsesmed? – og var det nødvendigt at få viceværten til at lukke for internettet? Forud for enhver beslutning om at gribe ind i et andet menneskes selvbestemmelsesret, må der være en række overvejelser og drøftelser, gerne som i Peters mors tilfælde med en udenforstående fagperson om, hvordan det vil påvirke personen? Hvilke konsekvenser kan det få for vedkommende og for tilliden til de involverede parter? Kan det bringe nogen i fare? Og hvad vil det betyde for det behandlingsmæssige perspektiv på længere sigt?

Det at gribe ind i et andet menneskes liv er et etisk dilemma, som hver gang

må give anledning til refleksioner, drøftelser med kolleger og løbende justeringer af interventioner. Dette forebygger både unødigt krænkelser af patientens autonomi og tendensen til at blive desensibiliseret, dvs. gradvist vænnes til patientens selvomsorgssvigt, og dermed komme til at opfatte det som almindeligt at patienten fx går rundt uden tøj på eller ikke kommer i bad (Thorgaard, 2006a).

Det er ikke givet, at terapeuter har en god relationsevne, fordi de har en sundhedsfaglig uddannelse. Der kan være mange bevidste og ubevidste grunde til at blive behandler; nogle terapeuter er selv vokset op i vanskelige relationer, og nogle har måske søgt at blive terapeuter for derigennem at kunne bearbejde egne problemer eller finde bedre relationer (Vaglum, 2008, s. 15). Andre har måske valgt at blive terapeuter, fordi dette arbejde indebærer relationer, hvor man som professionel er den stærke, og på den måde kan egen svaghed og hjælpeløshed holdes på afstand (Nyeberg, 1994; Vaglum, 2008). Men en ofte mere bevidst og hyppigt forekommende grund til at blive behandler er et ønske om at hjælpe andre, og det kan derfor være frustrerende for terapeuter, når de møder patienter, som modsætter sig behandlingen eller kun langsomt kommer sig (Thorgaard, 2006b).

Den britiske psykiater og psykoanalytiker Tom Main har udtrykt sig således:

”Den bedste patient er den patient, som efter alvorlig og livstruende lidelse, responderer hurtigt på en behandling, som interesserer hans læge, og forbliver fuldstændigt rask” (Main, 1989, s. 12 [forfatterens oversættelse]).

Selv om terapeuten hver gang møder en patient med de bedste hensigter og intentioner, kan han alligevel presses ind i relationer, hvor han bliver fortvivlet og magtesløs og reagerer afvisende eller hensynsløst (Vaglum, 2008, s. 15). Når en terapeut føler sig trængt og afmægtig øges risikoen for magtmanifestationer. Som Main videre skriver:

”Den syge som frustrerer en ivrig terapeut ved ikke at blive rask, er altid i fare for at møde primitiv adfærd forklædt som behandling” (Main, 1989, s. 13 [forfatterens oversættelse]).

Eksempelvis kan det efterlade omfattende afmagtsfølelser hos terapeuter at skulle behandle patienter, som gentagne gange afviser hjælpen eller skader selv, og hvor opgaven i lange perioder kan være at sikre, at det ikke bliver værre. I disse tilfælde kan det blive så uudholdeligt og vanskeligt for terapeuten at rumme, at afmagten kommer til udtryk i eller ”afslører” sig

som tilsyneladende ligegyldighed eller voldsom irritation, som kan medføre at patienten afvises, stigmatiseres eller straffes (Thorgaard, 2006a).

Tendensen til objektivisering og stigmatisering af patienten forstærkes indimellem af og søges måske endda nogle gange legitimeret af de stigende krav til psykiatrien om at rette behandlingen mod diagnoser og ikke mod den enkelte patient. Diagnoseretning af behandlingen øger imidlertid blot kravene til kommunikation og samarbejde med patienten og mellem personale på tværs af afdelinger og sektorer samt i det hele til planlægningen af og opfølgningen på behandlingen, idet der ellers er risiko for, at den fragmenterer (Schacht-Magnussen, 2015 in press). Risikoen for fragmentering af behandlingen gælder især i forhold til patienter som har mere end en lidelse, fx både misbrug og anden psykisk lidelse, og i særdeleshed patienter, som isolerer sig, idet de netop har svært ved at få og fastholde stabile relationer, og samtidig er særligt sårbare over for brud i kontinuiteten i relationer, som sker ved fx behandler-skift og omstruktureringer (Thorgaard, 2006b; Lautrup et al., 2011; Schacht-Magnussen, 2015 in press).

En central opgave i det terapeutiske arbejde med isolerede sindslidende er derfor vedvarende og kontinuerligt at være opmærksom på tegn på følelsesmæssig overvældelse

og afmagt, såvel hos sig selv som hos kolleger eller i organisationen som helhed, idet man ellers kan risikere udbrændthed og magtmissbrug. Terapeutens eller organisationens uhensigtsmæssige håndtering af magtforholdet understreger følelser af afmagt og hjælpeløshed hos patienten, hvilket ikke blot kan forhindre udviklingen af en tillidsfuld, terapeutisk relation og dermed behandlingen, men det øger også risikoen for vold, såvel udadrettet vold som selvskadende adfærd (Thorgaard, 2006b).

Afrunding

Et psykodynamisk perspektiv på den psykotiske isolation yder et væsentligt bidrag til forståelsen af, hvordan man kan etablere og fastholde kontakt og opbygge en terapeutisk relation til mennesker med alvorlig psykisk lidelse, som isolerer sig. Etablering af en terapeutisk relation til isolerede sindslidende kræver en særlig indsats, herunder et kontinuerligt, ofte langvarigt opsporende og kontaktskabende arbejde.

Opbygning af en terapeutisk relation til en tilbagetrukket psykotisk person kræver desuden en særlig udholdenhed i at opretholde forsøg på kontakt og en professionalisering af terapeutens empatiske kompetence og evne til at samarbejde, herunder at terapeuten kan medtænke patientens

subjektive oplevelser, asymmetri i relationen samt have øje for såvel patientens som egne relationsforhold og følelsesmæssige reaktioner. Det at en terapeut er dygtig til at se, hvad der foregår i og under overfladen i relationer, er en forudsætning for at behandlingen bliver mere specifik, effektiv og sammenhængende.

En god relation opstår og fastholdes ikke af sig selv, og etablering af terapeutiske relationer er ikke noget en terapeut en gang for alle kan lære. For at en mellemmenneskelig relation kan opbygges og anvendes terapeutisk, må der etableres nogle strukturer i behandlingsorganisationen, som kan modvirke at terapeuten overlades for længe og for meget alene i "frontlinjen" i det terapeutiske arbejde. Det vil sige behandlingsmæssige strukturer som sikrer, at terapeuten og det professionelle netværk løbende reflekterer over relationen til patienten, at kommunikationen med og om patienten sikres og at terapeuten og alle i teamet kontinuerligt trænes i at blive bedre til at etablere kontakt og udvikle konstruktive relationer (Jørgensen, 2007). Det kan være tværfaglige og tværsektorielle behandlingskonferencer, netværksmøder og supervision, gerne med en udefra kommende supervisor. Sidstnævnte kan både på baggrund af sin viden og forståelse af det, der sker i relationer, og i kraft af netop at være udenforstående, hjælpe terapeuten og/eller det

psykiatriske team til at opdage mekanismer i patientarbejdet som undergraver empatien, og derved gøre det muligt at holde ud og holde fokus på, hvad patienten har brug for (Thorgaard, 2006a).

I kapitlet er der argumenteret for, at en psykodynamisk tilgang giver en forståelse, der kan motivere den ekstraordinære opmærksomhed, der er nødvendig for at kunne etablere og fastholde en medmenneskelig og professionel behandlingsindsats over for isolerede sindslidende. Viden om psykodynamiske forhold, tid, tålmodighed, medinddragelse af patienten og de pårørende i behandlingen samt vedvarende indsats for bevarelse af empati er dog generelt vigtige elementer i etableringen og oprettholdelsen af en god relation mellem patient og terapeut, og bør derfor indgå i al patientbehandling (Thorgaard, 2005; Vaglum, 2002; 2008; Schacht-Magnussen, 2015 in press).

Christina Schacht-Magnussen
psykolog
csm@psykolog-csm.dk



