

Psykosebehandling i en sengepost

Inger Toreskås Asheim

Psykologspesialist

Å finne en god form på arbeidet med unge psykosepasienter på en sengepost er utfordrende. Vi kan imidlertid yte bedre hjelp hvis vi er bevisste på hva som kjennetegner god psykoterapi med disse pasientene og hvilke rammebetingelser som må foreligge.

JEG HAR ARBEIDET med et stort antall unge mennesker med psykoselidelse i mer enn tjue år, hele tiden innenfor en og samme sengepost. Disse erfaringene har reist mange spørsmål, men har også gitt meg mye kunnskap om psykose. Psykosefeltet er et fagområde der teorier og forskningsresultater spriker. Begrepsinnhold og inklusjonskriterier varierer, uenigheten om hva man egentlig vet, er stor, og ulike retninger har skiftet på å dominere. I den utøvende daglige virksomheten skal denne voldsomme og fluktuerende kunnskapsmengden anvendes i møtet med en gruppe mennesker hvor hver og én både er unik og i stadig endring. Oppdraget vårt som hjelpere skal forvaltes innenfor en ramme der man i tillegg til de behandlingsmessige standardene skal ta hensyn til en rekke lover, regler, retningslinjer og byråkratiske pålegg, som det i seg selv er utfordrende å ha oversikt over. Vårt arbeid skal dessuten tilpasses ulike ledere og skiftende ledelsesfilosofi, alt innenfor de til enhver tid rådende økonomiske rammer.

Potensialet for endring i samspillet mellom miljøterapi og individualterapi er forbausende lite fokusert på, både klinisk og forskningsmessig

Bedring fra alvorlig psykisk lidelse kan være krevende både å forstå og måle (Marit Borg, 2009). Behandlingsforløpene varierer fra full tilfriskning til vedvarende lidelse og funksjonssvikt. Etter å ha erfart en del overraskende gode behandlingsforløp hos svært syke pasienter har jeg blitt nysgjerrig på hva som gjør at pasienten og vi noen ganger lykkes, mens vi andre ganger opplever stillstand, til og med destruktiv utvikling. Hovedinntrykket mitt er at vi i de vellykkede forløpene får til en god integrering av individuell psykoterapi og miljøterapi over tid. Min hypotese er at når individualterapi og miljøterapi deler de samme målsettingene og prioriterer likt, gir dette et unikt utgangspunkt for at pasienten skal lære å mestre sitt indre og ytre kaos.

Erfaringsramme

Rammen for mitt arbeid har vært en tradisjonell psykosepost med fokus på struktur og støtte.

Vi har tatt imot svært forskjellige unge mennesker, der hver og en fremstår som et mangefasettert og komplekst system, formet av biologiske føringer, psykologisk historie, ulike livssituasjoner og sosiale påvirkningskilder i kontinuerlig samspill. Noe av dette har vi kunnskap om, men mye er ukjent for oss, og selv etter den mest samvittighetsfulle utredning er det ofte uklarhet om forståelse og diagnostikk. Pasientene er dessuten i en alder preget av umoden og uferdig personlighetsutvikling, ustabilitet, forvirring og kaos. Ut fra livsfasen de er i, står de ofte i situasjoner som innebærer krav og omstillingsevne; primært gjennom praktiske utfordringer som skole/jobb/utflytting, men også gjennom forventninger om at de skal ha selvstendige meninger og ta økt ansvar på ulike livsområder. Symptomuttrykkene er svært varierte når det gjelder innhold, form, kompleksitet og intensitet. Noen

pasienter har klare, alvorlige og lett klassifiserbare symptomer. Andre preges av diffuse, skiftende, sammensatte og underlige fenomener som de selv har vansker med å formidle, og som det er utfordrende for personalet å beskrive, selv ved hjelp av systematisk observasjon. Gjennomgående har pasientene opplevd betydelig funksjonsfall i forkant av innleggelsen, og familiene er ofte i krise. Noen av pasientene kommer for å få hjelp med noe de opplever plagsomt, men en stor gruppe kommer fordi hverdagen går i stå og omsorgspersoner ser at de trenger hjelp. Disse pasientene gjør ofte mer eller mindre aktiv motstand mot forsøk på utredning og behandlingstiltak.

Innleggelse på sengepost er et sterkt inngripende tiltak for den enkelte ungdom. De muligheter som ligger i et slikt opphold, må derfor samordnes med sikte på å være til størst mulig nytte for pasienten. Alle planmessige tiltak og aktiviteter vi møter pasienten med, skal ha til hensikt å lindre symptomtrykk og styrke personlighetsmessig funksjon hos pasienten. Både individuell og miljøterapeutisk metodikk bør ut fra dette verdsettes som bestanddeler i en helhetlig psykoterapeutisk tilnærming, med de kvalitative krav som følger av dette.

Psykoterapi

Psykoterapi defineres oftest som en mellommenneskelig behandling basert på psykologiske prinsipper/teorier der det deltar en utdannet terapeut og en pasient eller klient som har et problem, en plage eller en lidelse. Behandlingen er tilpasset den spesielle pasients lidelse og foregår som oftest på et kontor. De fleste studier av psykoterapi er gjort ut fra en slik ramme. Denne definisjonen fokuserer oftest på topersonforholdet i behandlingen og på kontakt som vanligvis begrenser seg til en til to timer per uke. Allerede i slike topersonforhold ligger det mye kompleksitet.

Når pasienter er innlagt på døgnbasis, tilføres nye dimensjoner; nye regelsett, nye rutiner, mange nye personer å forholde seg til og for mange en helt ny form for mellommenneskelig relasjon. Pasientenes mulighet til å velge hva de vil formidle av seg selv, er betydelig redusert ved at livet i en periode utfolder seg på døgnbasis sammen med behandlingspersonalet, ikke bare gjennom avgrensede samtaler. Alt dette fortøner seg innledningsvis for mange av pasientene som en påkjenning i tillegg til sykdommen, men representerer også et terapeutisk potensial ved å gi pasientene tilgang til en ny type konkrete, systematiske og gjentatte erfaringer. Knyttet tett sammen med individuelle samtaler ser vi at disse erfaringene øker de unge psykosepasientenes muligheter for utvikling av forståelse og mestring.

Det potensialet for endring som ligger i dette samspillet, er forbausende lite fokusert på, både klinisk og forskningsmessig. Jeg vil vise til noen sentrale trekk fra det som sies om behandling av unge psykosepasienter innenfor de terapeutiske tradisjonene individualterapi og miljøterapi, før jeg går over til egne erfaringer med integrert behandling.

Individualterapi

Fram til de siste tiår har det vært et allment rådende syn at psykose-/schizofrenipasienter er lite tilgjengelige for dynamisk orientert terapi og har liten nytte, eller til og med kan ta skade, av innsiktsorientert terapi. Medikasjon, psykoedukasjon, støtte og familiararbeid har vært sentrale virkemidler i behandlingen av denne pasientgruppen. I senere tid er dette synet blitt betydelig nyansert.

En norsk studie av 12 anerkjente individualterapeuter med lang erfaring i behandling av pasienter med psykose viser at de vurderer pasientene sine som svært heterogene, og at de opplever begrenset nytte av diagnosen i den kliniske hverdagen (Erdal-Aase & Due-Tønnessen, 2007). Et bredt spekter

av behandlingsmessige tilnæringer vurderes som aktuelle, men informantene fremhever likevel det å danne relasjon til pasienten som sentralt, både fordi den interpersonlige fungeringen er spesielt svak og gir pasientene store vansker, og fordi direkte arbeid med endring i de psykotiske symptomene forutsetter god arbeidsallianse.

I en norsk etterundersøkelse av 27 unge pasienter med schizofreni som hadde fått en ambisiøs behandling med en kombinasjon av psykodynamisk orientert individual- og miljøterapi, viste en tredel av pasientene bemerkelsesverdig god fungering, mens to tredeler fungerte svært dårlig (Friis & Larsen, 2002). I kontrollgruppen som fikk standard behandling, var spredningen langt mindre. Studien påpeker at den kombinerte behandlingen åpenbart var mer potent, på godt og vondt, men gir ingen sikre forklaringer på den topuklete fordelingen. En hypotese er at kognitiv fungering kan ha gjort utslag, ved at de velfungerende dro stor nytte av behandlingen, mens den ble for krevende for de med kognitiv svikt. Dette kan man imidlertid ikke vite, da det på den tiden ikke ble gjort systematisk utredning av kognitive forhold.

Disse studiene samsvarer med mine erfaringer, hvor alvorlig syke psykosepasienter har kunnet nyttiggjøre seg psykodynamisk fundert behandling. Man må imidlertid være omhyggelig med behandlingsplanlegging generelt og tilrettelegge spesielt nøye ut fra pasientens spesifikke kognitive vansker.

Miljøterapi

Personer uten spesiell tilknytning til fagfeltet synes å mene at miljøterapi er det som skjer når noen er innlagt på en avdeling. Mange miljøterapeutiske avdelinger beskriver seg primært gjennom de aktivitetene og tilbudene pasientene får på avdelingen. Miljøtilbudet kan være å gi omsorg: mat, husrom, døgnrytme, hygiene, kontakt, trøst. Oppholdet på avdelingen har en asylfunksjon ved at pasientene får muligheten til å komme bort, fristille seg fra daglige krav og påkjenninger. Det kan innebære ryddehjelp i livet; hjelp til bolig, økonomi, kartlegging av rettigheter og muligheter, og det kan gi kunnskap om mange relevante forhold; symptomer, medisiner, traumer, sårbarhet. Det kan videre gi mulighet til alminnelig respektfull sosial samhandling, erfaring med ulike typer personer og situasjoner, og det kan bidra til økt mestring av dagliglivets aktiviteter, som det å vaske tøy, lage mat, bruke offentlig transport og gjøre innkjøp.

Det er ikke lett å danne seg et presist bilde av hvordan miljøterapi drives innenfor vårt helsevesen. Det er forsket lite på miljøterapi, men det er gjort flere kvalitative mastergradsstudier med et begrenset antall informanter (Kristiansen, 2010; Stensrud, 2007). Miljøterapi er ellers beskrevet gjennom foredrag, artikler og bøker av profilerte aktører innenfor fagfeltet. I denne litteraturen synes det å være nokså bred enighet om noen sentrale prinsipper:

Systematikk: Det finnes planer knyttet til den enkelte klient, og det eksisterer større, overordnede strukturer som ivaretar helheten i behandlingen og de langsiktige prosessene.

Relasjon: Relasjonsaspektet er grunnleggende i all tenkning om hva som virker i terapi. Relasjonen ses som arena for regulering, mestring og vilje, den innebærer deling av følelser og intensjoner, og den danner grunnlaget for nødvendig trygghet til å møte nye utfordringer.

Struktur: Miljøterapi foregår innenfor rammer som handler om å balansere både 1) behovet for forutsigbare strukturer, retningslinjer og rutiner, og 2) klientenes behov for individuell tilnærming og tilrettelegging. En struktur uten relasjon blir rigid og formålsløs, mens en relasjon uten struktur blir utflytende og formløs.

Kunnskap om miljøfaktorer (personaltilgang, tid, aktiviteter, utstyr, ressurser, muligheter): Miljøfaktorene må utnyttes bevisst. Det krever at personalet evner å ha oversikt i komplekse situasjoner og klarer å ivareta både forutsigbarhet og fleksibilitet. De må forsøke å motvirke at vanskelige situasjoner oppstår, samtidig som de må utnytte potensialet når uforutsette hendelser skjer.

Tid: Den miljøterapeutiske konteksten gir miljøterapeuten mulighet til å være til stede i de fleste situasjoner klienten befinner seg i over tid. Slik kan de jobbe målrettet med relevante temaer når de trer fram i ulike situasjoner. Det særegne ved miljøterapi er at man ofte må handle i øyeblikket og ut fra de faktorene som foreligger der og da; identifisere mulighetene og handle på dem i de situasjonene som oppstår.

Helhet i den terapeutiske prosessen: Miljøterapi kan være proaktiv ved å tilrettelegge for terapeutiske prosesser gjennom målrettet etablering av aktiviteter og situasjoner, og den gir mulighet til å bearbeide prosessene i forkant, underveis og i etterkant av de vanskelige situasjonene.

Min vurdering er at de ulike beskrivelsene av miljøterapi gir konkrete eksempler på godt pasientarbeid, men at det terapeutiske potensialet i for liten grad utnyttes bevisst og snarere hemmes av mangel på samordning med systematisk individuell psykoterapi.

Sentrale trekk ved integrert psykoterapi med unge psykosepasienter

Behandlere som skal arbeide med de mest alvorlig syke psykosepasientene, må ha god kunnskap om følelsesmessige og kognitive særtrekk innenfor denne gruppen, og om den betydningen dette har for behandlingen.

Følelsesmessige særtrekk

Min erfaring er at psykose hos unge mennesker handler om en gjennomgående angstopplevelse, drevet fram av uforståelige erfaringer, kaos, manglende fotfeste og mangel på håp. Når noen har det vondt, er det presserende å lindre smerte. Dette gjelder også ved psykotiske lidelser, og medfører at ytre tiltak som medisiner, ro, skjerming fra stimuli, konkret støtte og reduksjon av krav ofte er sentrale virkemidler i en akutt fase av psykosen. Allerede her begynner imidlertid arbeidet med å bygge økt styrke og mestring hos pasienten ved å legge til rette for bevisstgjøring av hvilken effekt slike tiltak har på ham, og hva som skjer hvis man for raskt letter på tiltakene. Et eksempel på dette kan være pasienten som i etterkant av et besøk blir angstfull, kaotisk og hallusinert. På forhånd hadde han sterkt ønske om å motta besøket og var sikker på at han ville ha glede av det, etterpå var det tydelig at han ikke var sterk nok til å tåle situasjonen.

Denne type erkjennelse knyttet til en konkret erfaring kan bidra til innsikt, i dette tilfellet innsikt i egen sårbarhet og i behovet for å finne gode måter å beskytte seg på. På hvilket tidspunkt og på hvilken måte erfaringen skal bearbeides, må tilpasses pasienten. Noen er mottakelige for forståelse av slike sammenhenger i akuttfasen, for andre må personalet dokumentere og være bærere av erfaringene, slik at de lenger ute i behandlingsforløpet kan gi dem tilbake til pasienten.

I psykosebehandlingen tilstrebes vanligvis innsikt, fordi økt innsikt gir en mer robust bedring og dermed redusert risiko for tilbakefall. Samtidig vet vi at noen pasienter ikke er i stand til å bevisstgjøre seg sykdommens realiteter, de trenger å få forseglet sin sykdomserfaring (McGlashan, 1975). Da vil en tilnæringsmåte som gir pasienten et mer distansert og teknisk forhold til sykdomsfenomenene, være mest gunstig for å bidra til økt livsmestring og redusert tilbakefallsrisiko, mens innsiktsorientert tilnærming vil kunne gi forverring av sykdommen. Dette er bare ett av mange eksempler på hvordan

psykosebehandling må tilpasses særtrekk ved pasienten; det som er god behandling for en, kan være destruktivt for en annen, det som er god behandling på ett tidspunkt, kan være kontraindisert på et annet. Slik er det gjennom hele behandlingsforløpet. Det må foregå et kontinuerlig samspill mellom utvikling av kunnskap om pasienten (utredning) og tilbud om tiltak (behandling) som har til hensikt å bedre pasientens tilstand og funksjon. Responsen på behandlingstiltak vil inngå som en del av utredningen, og vil gi utvidet grunnlag for forståelse og videre behandling. Pasienten gjennomgår ofte stor forandring i løpet av et behandlingsforløp, og det er en utfordring å legge merke til endringene og justere opplegget til det beste for pasientens utvikling.

Det er stor faglig enighet om at psykosepasienter har særegne vansker med å håndtere mangel på struktur og høyt følelsestrykk. På denne bakgrunnen er det nødvendig å tilrettelegge for god regulering av emosjonell utagering. Utagering av følelser kan oppleves skremmende og ubehagelig for omgivelsene, men nye relasjonelle erfaringer med emosjonelt materiale er nødvendig for utvikling av økt kontroll hos disse pasientene. Jeg har erfart at jo mer robust evne pasienten utvikler til å erkjenne og uttrykke egne følelsesmessige behov, og jo flere strategier han har utviklet for å ta kontroll over følelsestrykket, desto mer selvstendig fungering vil han være i stand til. Denne robustheten er det ikke mulig å utvikle uten at man tilrettelegger for gjentatte trygge erfaringer med å håndtere eget og andres følelsestrykk.

Man kan frustreres over at faget ikke har kommet lenger, men flertydigheten kan også ses som uttrykk for hvor kompleks menneskets psyke er

Kjernen i psykoterapi ved psykose handler, slik jeg ser det, om å tilrettelegge for at pasienten gjennom ny erfaring, kunnskap og erkjennelse mestrer indre og ytre påvirkning på en måte som gir ham mulighet for optimal utfoldelse på områder som er viktige for ham, men som også innebærer forsoning med og tilpasning til det som ikke kan endres.

Kognitive særtrekk

Ved psykosebehandling hos unge blir læringselementet spesielt viktig siden pasientene på grunn av sin unge alder har begrenset med livserfaringer. Identitetsopplevelsen er ofte svak, med betydelig usikkerhet knyttet til egen eksistens, tilknytning og verdi (Møller, 2000). Kaos og forvirring er en gjennomgående og sentral opplevelse hos pasientene, og de kognitive funksjonene som hjelper oss til å skape oversikt, er ofte rammet av svikt. Gjennom de par siste tiår har vi fått mer kunnskap om hvilken betydning kognitive funksjoner har for utvikling og mestring av psykose. Eksekutivfunksjoner betegner en rekke overordnede funksjoner som setter oss i stand til å håndtere komplekse utfordringer gjennom blant annet å huske og organisere kunnskap, se sammenhenger og konsekvenser, evaluere og prioritere, planlegge, justere, regulere og ta initiativ. Disse funksjonene svekkes lett ved ulike typer sykdom/skade/påkjenninger, og medfører da en gjennomgripende reduksjon i evnen til effektiv livsmestring, også hos personer med høy intelligens. Flertallet av pasienter med alvorlig psykose er i ulik grad rammet av denne type funksjonssvikt (Ueland & Øie, 2006). Svikten er ofte til stede før første psykotiske episode, men forsterkes gjerne ved psykotiske symptomer. Dette nødvendiggjør individuell tilpasning av lærings- og mestringssituasjoner gjennom økt struktur, konkretisering, repetisjon, ro og tid til oppgavene.

Manglende kunnskap om kognitiv svikt har trolig hatt betydning når mange tidligere studier har konkludert med at tradisjonell dynamisk psykoterapi ikke har positiv effekt på psykotiske pasienter. Samtaler om komplekse og følelseladete relasjoner og utviklingsprosesser, og forsøk på forståelse av

disse over et langt tidsperspektiv, blir rett og slett for mye for å forholde seg til for et kognitivt apparat preget av eksekutiv svikt.

Behandlingsmessige særtrekk

I terapissammenheng er det åpenbart nyttig å spørre seg om hvordan det kan samtales meningsfullt med en person som er usikker på om han i det hele tatt finnes, som ikke lenger skjønner hva alminnelige ord betyr, eller som er overbevist om at hans foreldre vil bli drept hvis han åpner munnen for å si noe. Noen ganger, som når ord bare blir forstyrrende, meningsløs og skremmende lyd, bør pasienten skjermes fra snakk. Samtidig er språket et sentralt hjelpemiddel til organisering og forståelse av egne opplevelser, og grunnlag for meningsfull interaksjon med omgivelsene.

I arbeid med psykosepasienter er det gjennomgående en utfordring å utforme samtaler slik at temaene får relevant bruksverdi for pasientens målsetting og hverdag. Når jeg ser tilbake på gode behandlingserfaringer med integrert individual- og miljøterapi, har gevinsten kanskje vært størst gjennom å skape sammenheng mellom samtaler og daglige erfaringer. Miljøpersonalet følger pasientene i samtaler og fungerer som eksekutiv støtte gjennom å lage systemer for bedret hukommelse, stimulere til viktige initiativ, identifisere og repetere sammenhenger, bringe fram relevante eksempler, gi ideer der ideer ikke dukker opp av seg selv for pasienten, forenkle og konkretisere, og så videre. Denne eksekutive støttfunksjonen utøves i hovedsak utenfor samtaler, men hadde ikke vært mulig for miljøpersonalet å gjennomføre uten detaljert kjennskap til samtalsinnhold.

Når man arbeider med integrert psykoterapi, vil individualterapeut og miljøpersonale ha til dels overlappende funksjoner. Nettopp derfor er det viktig å ha klar ansvarsfordeling på sentrale områder. Individualterapeuten har hovedansvaret for å legge føringer for behandlingen, herunder klargjøre tilstandsbilde, situasjon og målsetting. Han skal ha ansvar for valg av metode, kunne begrunne valget og formidle håp om at det nytter. Han skal ha oversikten når det stormer, til enhver tid kunne formidle innholdet av det felles prosjektet behandlingen er, og kunne vise sammenhengene i det som skjer, i tillegg til å kunne justere kursen når det er nødvendig. Miljøpersonalets oppgave er å bistå pasienten med å forholde seg til disse føringene i dagliglivet gjennom å tilrettelegge relevante aktiviteter og situasjoner, gripe og bruke situasjoner som oppstår til å illustrere fenomener. De skal finne ord som fungerer for pasienten, vise til sammenhenger mellom ulike fenomen og sette ting i tidsperspektiv for ham. De skal tydeliggjøre mestring, stimulere alternativer til destruktive tankesett, regulere ned stress og overdrevne krav til seg selv, gi erfaringer med trøst, selvtrøst og selvoppmuntring, stimulere til nødvendig selvhevdelse og adekvat grensesetting – hele tiden med referanse til det prosjektet man er sammen om, gjerne definert som behandlingsplanen.

God balanse mellom fleksibilitet og struktur vil motvirke både retningsløshet og rigid manualisering i behandlingen

Mens individualterapeutens rolle er å legge føringer, vil miljøterapeutens rolle være å gi tilbakemeldinger på hvordan føringene slår ut i det daglige. I begge roller utøvelse ligger et gjennomgripende ansvar for å stimulere og fange opp pasientens innspill og ønsker, og være formidlere der han ikke selv klarer å nå fram.

Personalgruppen kan gjerne ha variert bakgrunn, men i tillegg til psykoseforståelse må de ha kunnskap om overførings- og motoverføringsreaksjoner. I et arbeid der relasjonen til pasienten er et sentralt virkemiddel i behandlingen, vil vi være mottakere av mange følelsesmessige reaksjoner

fra pasientene. Det å kunne sortere overføringer fra andre typer reaksjoner, og håndtere disse i et transparent behandlingsfellesskap, bidrar til å tydeliggjøre pasientens behov og setter oss i stand til å møte behovene på en samordnet måte. Kunnskapen hjelper oss også til å forstå og håndtere egne følelser som oppstår, den styrker vår evne til å holde fast i arbeidet og opptre faglig gjennom opplevd avvisning, stillstand og håpløshet. Felles kunnskap og åpenhet om disse fenomenene motvirker splittelse, demoralisering og moralisme i personalgruppa.

Praktiske rammer for integrert behandling

Integrert behandlingsinnsats forutsetter detaljert praktisk tilrettelegging der alle aktører bærer ansvar for eget bidrag og viser respekt for andres bidrag. Det kan virke unødige omstendelig å beskrive rutiner konkret, men min erfaring tilsier at detaljerte beskrivelser sparer mye tid og energi i behandlingshverdagen. Klare rutiner medfører trygghet og ro i personalgruppen, noe som er spesielt viktig i et behandlingsmiljø som skal omgi dårlige psykosepasienter.

Boks 1 (side 785) oppsummerer de viktigste punktene i en slik rutinebeskrivelse.

Relasjonsfremmende faktorer

Nesten alle terapiretninger framhever relasjonens endringskraft. Forskjellige definisjoner av relasjon vektlegger ulike elementer, men fellesfaktoren er at relasjon handler om evnen til å forholde seg til andre mennesker. Terapeutenes empati, respekt og engasjement, og evnen til formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme, trekkes ofte fram som grunnleggende forutsetninger for å skape en terapeutisk relasjon.

Vi arbeider med en pasientgruppe som i perioder ikke har mulighet til å gjøre gode vurderinger av realitetene. I slike perioder har de ikke alltid mulighet til å gjøre kvalifiserte valg i eget liv. Det innebærer at andre i perioder må ta styring. I noen grad hjemles retten til å ta styring gjennom lov om psykisk helsevern, en lov som har relativt klare retningslinjer for bruk av tvang. Når det gjelder størstedelen av vårt arbeid, må imidlertid balansegangen mellom pasientens rett til selvbestemmelse og vårt ønske om utviklingsfremmende samarbeid styres av andre prinsipper. Pasientene er i utgangspunktet ofte umodne, de rammes av sykdom som skaper sterk usikkerhet om realitetene, og de preges av fragmentering, kaos og sterk angst. Det kognitive apparatet er rammet på en måte som svekker evnen til å forholde seg til kompleksitet; det er vanskeligere å konsentrere seg, huske ting, ha oversikt, kunne planlegge og se sammenhenger i ting over tid. Pasientene har, som annen ungdom, tendens til opprør og frigjøring i seg; de tvholder på normalitet og vil i noen situasjoner hverken forstå eller ha ønske om å forstå hva som skjer med dem. I denne situasjonen er vi avhengige av å få en slags kontrakt med dem om samarbeid og styring.

Også vi behandlere kan kjenne på det samme behovet for å forenkle eller flykte

Til grunn for en slik kontrakt må det ligge en form for trygghet og tillit. Denne kommer ikke av seg selv, men må bygges over tid. Jo mer skadet og utrygg en ungdom er, desto flere erfaringer trenger han for å kunne stole på noen, og desto lengre tid tar det. Rammene vi arbeider innenfor, må gi oss mulighet til å bruke denne tiden. Den enkelte av oss må også være nøye med ikke å skape forventninger utover de rammene vi har til rådighet, ellers vil vårt forsøk på relasjonsarbeid kunne innebære opplevelse av nytt svik for pasienten.

Trygghet i relasjonen danner etter hvert grunnlaget for å samarbeide med pasienten om utfordrende prosjekter, for eksempel paranoide og hallusinatoriske symptomer, men det har også en direkte behandlingsmessig effekt. Ved at det gjentatte ganger over tid legges til rette for at han kan forholde seg på en relasjonsfremmende måte, får pasienten nye erfaringer med synet på seg selv og andre. Ved stabilt å være den samme, ved å holde det man lover, ved å formidle en konsistent måte å forstå pasienten på, og ved å repetere disse erfaringene gang etter gang, gir man pasienten mulighet til å få et utgangspunkt for identitetsopplevelse og tilhørighet til virkelighetens verden.

Relasjonsarbeid med alvorlig syke psykosepasienter stiller særegne krav til metodikk. Det er ikke mulig å få til denne prosessen gjennom en ukentlig samtale. Pasientene vil bare holde ut i kort tid, og de vil ofte ha glemt det vi har snakket om, når de har gått ut av døra. Tidlig i forløpet trenger de samhandling om få og hverdagsnære temaer. De trenger hjelpere som repeterer, konkretiserer, minner på, eksemplifiserer, gyldiggjør, setter i sammenheng og oppsummerer. De trenger også hjelpere som ligger foran og skaper situasjoner egnet for nyttige erfaringer, som fanger opp relevante spontane hendelser, og som trener pasientene i ny mestring og erkjennelse. De trenger hjelpere som kan bidra til registrering, forståelse og regulering av følelser, og hjelp til formidling av dette slik at behandleren gjennom sine føringer hverken forstrekker eller overbeskytter pasienten.

Uansett hvor godt vi organiserer oss, vil hjelperne være mange, noe som krever høy grad av oppgaveklarhet, åpenhet, samarbeid og trygghet i personalgruppa.

Oppsummering: Kompleksitet er mulighetenes arena

Lang erfaring fra arbeid med unge psykosepasienter har lært meg at de først og fremst er veldig forskjellige, som personer og i sin sykdomsutforming. Arbeidet med dem forutsetter tilgang til et bredt spekter av terapeutiske tilnærminger, det handler mye om å lage spesifikke betingelser for vekst og læring, det er faglig krevende, men dypt meningsfullt og engasjerende.

Psykosefeltet er preget av en enorm kunnskapsmengde, presentert i forskningsartikler og fagbøker, formidlet gjennom utallige konferanser og utdanningsløp. Særlig har området tidlig intervensjon ved psykose blitt faglig løftet gjennom de siste par tiår. Likevel er det stor uenighet om sykdomsforståelse og behandlingstiltak. Det finnes totalt mer enn 250 klart definerte terapimetoder (Wampold, 2009). Framstående terapeuter er uenige om hva god behandling er, både indikasjonene for behandling, de virksomme elementene i behandlingen og resultatene av den. Man kan frustreres over at faget ikke har kommet lenger, men man kan også velge å se flertydigheten som uttrykk for hvor kompleks menneskets psyke er, glede seg over mangfoldet og la dette prege behandlingen vi tilbyr.

Individuell og fleksibel tilpasning av behandling må imidlertid innrammes av struktur, slik som:

- Overordnede og begrunnede valg av metoder
- Personalarbeid som sikrer felles innsats mot samme mål
- Rammer som gir nok tid til evaluering og kontinuitet

God balanse mellom fleksibilitet og struktur vil motvirke både retningsløshet og rigid manualisering i behandlingen.

Den sårbare fagligheten

Det å være fagperson er å kunne bidra med noe som ikke alle kan. Det å utøve fag, spesielt innenfor menneskevitenskapene, er kilde til glede og stolthet, men kan på ulike måter være så følelsesmessig belastende at man må finne måter å beskytte seg på.

Når behandlingssystemets eksekutive funksjon settes under press ved at kompleksiteten i fenomenene vi står overfor, blir for overveldende for oss som er satt til å håndtere dem, utløser det sterke reaksjoner. Det er ekstremt ubehagelig å sitte med faglig ansvar for en oppgave, ha kunnskap om hvordan situasjonen kunne avhjelpest, men være uten mulighet til å få oversikt, initiere, prioritere, framskaffe eller organisere elementene i et virksomt hele.

Jeg vet at det som kompenserer min svikt best i en slik situasjon, er å arbeide i et stabilt og godt organisert fellesskap som består av tilgjengelige samarbeidspartnere med kunnskap og innsikt i arbeidsfeltet. Dette fellesskapet må være preget av overordnet felles forståelse og felles mål og av at man er faglig ærlige og vil hverandre vel. Ut fra kjennskap til hverandre kan et slikt arbeidsfellesskap gi mulighet for rask reorganisering av oversikt og gi ny tilgang på krefter hos den enkelte, ikke minst gjennom konstruktive forventninger og krav.

Et slikt fellesskap er komplekst og sårbart for sammenbrudd; hvis et ledd ikke fungerer, trues hele systemets fungering. Dersom funksjonene brytes ned, tar det lang tid å reorganisere dem.

Når det blir for mye for det kognitive apparatet og kaos truer, forsøker pasientene våre å forenkle, enten gjennom tilbaketrekning (språklig, sosialt, emosjonelt, fysisk) eller gjennom annen symptomatferd (ulike unngåelsesstrategier, tvangspregede ritualer, vrangforestillinger). I dette perspektivet kan slik atferd betraktes som et forsøk på mestring. Når kompleksiteten, kravene og det emosjonelle trykket i arbeidshverdagen truer med å overgå vår kapasitet til å ha oversikt og kontroll, kjenner også vi behandlere det samme behovet for å forenkle eller flykte. Når jeg har kjent behov for å beskytte meg mot trusselen om overveldelse, blir jeg mindre kreativ, tenker mer defensivt, støtter meg mer på primære rutiner, unndrar meg utfordringer i samarbeidssituasjoner, trekker meg mer tilbake, utsetter å innkalle til den vanskelige foreldresamtalen eller lar være å sette opp den krevende timen jeg før har sett fram til med positiv spenning. Det å komme i slike situasjoner gjør meg over tid til en dårligere terapeut, og fagligheten forvitrer dersom arbeidsmiljøet ikke gir rom for kompensering. Min erfaring i offentlig helsevesen gjennom mange tiår tilsier at rammene for virksomheten i økende grad setter oss i slike situasjoner (Asheim, 2014).

Når jeg som praktiker har søkt kunnskap om og reflektert rundt temaet psykoterapi og psykose, har jeg blitt slått av hvor separat individualterapeutiske og miljøterapeutiske tradisjoner synes å fungere, både teoretisk og i klinisk hverdag. Begge tradisjoner vektlegger sterkt betydningen av relasjon, tid og gjentatte nye erfaringer som virksomme elementer i behandling av pasientgruppen, og begge synes å være godt kjent med betydningen av struktur, kontinuitet og kognitiv klarhet for pasientene. Likevel beskrives behandlingsformene ofte som nærmest parallelle løp.

På samme måte som eksekutiv kognitiv fungering forbruker mye energi hos enkeltindividet, er utøvelse av integrert individual- og miljøterapi i psykosefeltet kraftkrevende virksomhet for en behandlingsenhet, spesielt i en tid da det vi gjør, skal være kostnadseffektivt på kort sikt, tidseffektivt og enkelt å kvantifisere. Kanskje er det derfor vi som regel velger å organisere oss faglig i strukturer som er enklere å ha oversikt og kontroll over, på bekostning av potensialet som ligger i samordnet innsats.

Rutinebeskrivelser

- Alle innleggelses skjer etter forvernssamtale(r) mellom pasient, primærkontakt og terapeut. Gjennom denne samtalen gjør vi en første vurdering av pasienten, og pasienten får informasjon om behandlingsopplegget og hva det innebærer å være på avdelingen.
- Inntak i posten settes til et tidspunkt da primærkontakten har god tid til å ta imot pasienten. Inntaket starter med et kort møte hos terapeuten der det som er avtalt i forvernet, repeteres og uklårheter oppklares.
- Den første uken brukes til å la pasienten bli litt kjent med personale, medpasienter og avdelingens rutiner og kultur. For personalet brukes denne uken til å få et første overblikk over pasientens fungering. Hvis ikke spesielle forhold tilsier noe annet, kontakter primærkontakten de pårørende i løpet av uken.
- Så fort det vurderes hensiktsmessig, begynner terapeut, primærkontakt og pasient å lage en behandlingsplan tuftet på avtalene fra forvernet. Behandlingsplanen bør være så konkret som mulig og med avgrensbare målsettinger og tiltak. Tiltakene blir integrert i pasientens ukeplan.
- Det tilbys et opplegg for utredning av utvikling, symptomer, funksjon, kognitiv fungering og sosiale forhold. Tempo og omfang tilpasses det den aktuelle pasient er i stand til å delta i.
- Posten har en ukeplan med oversikt over de faste felles aktivitetene som tilbys. Den enkelte pasients ukeplan tar utgangspunkt i denne, men innholdet tilpasses ut fra aktuell funksjon og målsetting. Ukeplanen revurderes ved overgang til ny uke, ved behov brukes dagsplaner. Vanligvis utarbeides ukeplanen av pasient og primærkontakt i samarbeid, og planen legges tilgjengelig i pasientpermen.
- Individualsamtaler med terapeut skjer minimum en gang pr. uke. Med dårlige pasienter kan det i perioder være behov for at pasient, terapeut og miljøkontakt møtes mange ganger i uken. I starten er det svært lav terskel for å ta imot pasienten til slike samtaler. For pasienter med svært høy grad av angst/oppløsthet holdes terskelen lav lenge. Ellers er hyppigheten på samtalene regulert av behandlingsplanen, aktuell tilstand og situasjon.
- Det er et overordnet mål å få primærkontakten med i samtalene, og man forsøker derfor å avtale neste samtale fra gang til gang. Dette forutsetter at primærkontakten har oversikt over egen og aktuelle kollegaers turnus neste uke.
- Terapeuten forsøker å legge samtaler til tider som ikke kolliderer med planlagte miljøaktiviteter. Personalet legger sterk vekt på å hjelpe pasienten til å overholde avtaler hos terapeut.
- Dersom det oppstår behov for samtale utover det som er avtalt, setter terapeuten opp tid med utgangspunkt i avdelingens dagsplan og bemanningsliste for de nærmeste uker. Disse to hjelpemidlene ligger alltid tilgjengelige på vaktrommet.
- Hovedregelen er at primærkontakten er med i alle individualsamtaler, samtaler med familie og andre samarbeidspartnere. Unntak fra dette gjøres ved kognitiv utredning. Da vurderes det ut fra pasientens ønske. Noen blir forstyrret under testing av å ha en tredje person til stede, andre blir roligere av å ha kontakten med. Ellers gjøres det unntak dersom pasienten ønsker å ta opp temaer som er for sårbare eller intime til at han klarer

det med flere til stede. I tilfeller der pasienten opplever forholdet til miljøkontakten sin som konfliktfylt og ikke klarer å ta dette direkte opp, kan han også få samtale alene. Da er det en forutsetning at samtalen har til hensikt å gjøre pasienten tilstrekkelig trygg til å arbeide videre med løsning av konflikten sammen med miljøkontakten.

- Hvis terapeuten på denne måten arbeider med ting uten primærkontakt til stede, skal dette alltid gjøres på tider som er satt opp i tillegg til de faste samtalene den uka.
- Behandlingsopplegget drøftes i ukentlige behandlingsmøter. I tillegg evalueres opplegget for hver enkelt pasient grundig en gang pr. måned. Det vurderes som viktig at alle har mulighet til å komme med observasjoner og innspill slik at engasjement stimuleres og divergerende syn kommer åpent fram. Fordi pasientene ofte har behov for personalet som hjelpe-ego, er det nødvendig at hele personalet har detaljert kunnskap om alle pasientene, da også andre enn primærkontaktene tidvis må gå inn med vurderinger og tiltak.
- Det tilstrebes en klar rollefordeling. *Individualterapeuten* har hovedansvar for vurdering av pasientens tilstand/diagnose, hvilket nivå behandlingsopplegget kan legges på, behov for tilsyn, krav til progresjon, endringer i behandlingsbetingelser, varighet av opphold, timing og initiativ knyttet til videre oppfølgingsbehov. *Miljøpersonalet* har hovedansvar for å organisere daglig oppfølging av det som avtales i individualsamtaler og behandlingsmøter; tilpasse aktiviteter, støtte opp der det trengs i forhold til avtaler, gi kontakt og omsorg, observere og tilbakemelde om utvikling og om behov for endringer i opplegg.
- Det tilstrebes respekt for hverandres roller. Når terapeuten har fattet en beslutning, skal dette følges opp i miljøet; når primærkontakten har gjort en avtale med en pasient, skal ikke denne omgjøres av andre i miljøet uten at det foreligger spesielle grunner. Ved uenighet skal det legges opp til drøfting med aktuelt personale til stede.
- Når det oppstår vanskelige, uforutsette situasjoner som må takles der og da, er det ansvarsvakt i miljøet som har ansvar for håndtering av situasjonen. I saker som gjelder pasienters sikkerhet, vil enhver ha ansvar for å ta initiativ til å skjerpe tiltak og kontakte terapeuten eller vakthavende lege dersom det vurderes å være usikkerhet knyttet til akutt fare for liv og helse.

Referanser

- Asheim, I. T. (2014). Åtte grunner til å forlate et engasjerende fagfelt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(4), 314–319.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(5), 452–459.
- Erdal-Aase, R. og Due-Tønnessen, M. (2007). *Individualterapeuters forståelse og behandling av pasienter med psykose: En kvalitativ studie*. (Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo / Universitetet i Bergen). Oslo: Universitetet i Oslo / Bergen: Universitetet i Bergen.
- Friis, S. og Larsen, T. K. (2002). Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofreni? *Tidsskrift for Den norske legeforsking*, 122(22), 2210–2212.
- Kristiansen, P. J. L. (2010). *Moderne miljøterapi*. (Masteroppgave, Universitetet i Tromsø), Tromsø: Universitetet i Tromsø.

- McGlashan, T. H., Levy, S. T., Carpenter, W. T. (1975). Integration and sealing over – Clinically distinct recovery subtypes from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 32(10), 1269–1272.
- Møller, P., (2000). *The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first episode schizophrenia*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelse*. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Ueland, T. & Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser*. PsykOpp/Hertervig Forlag.
- Wampold, B. E. (2009). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Routledge.