

# Sårbarhetens paradoks

Ingerid Elgesem Bjelland

Psykolog ved ARA Follo poliklinikk

«LAR-pasienten» min velger tannlegen fremfor psykologen. Er hun for sårbar for traumeterapi?

En av mine nye LAR-pasienter ønsker *psykoterapi*. Sara<sup>1</sup> bruker ikke ordet, men gjør det klart for meg at hun vil bli bedre kjent med følelselivet sitt og forholde seg til sine belastende erfaringer på en bedre måte. Psykoterapi, traumebehandling og *Legemiddellassistert rusbehandling* – LAR. Jeg er utafør komfortsonen. Det blafres febrilsk i litteraturen. Her er det uutholdelig lite å støtte seg på for oss med trang til teoretisk fremfor praktisk tilnærming. Et tall finner jeg: *Under 9 prosent av mennesker i LAR mottar psykoterapi*. Jeg begynner å mistenke at når jeg er uforberedt på denne bestillingen, er jeg ikke er så ulik mine kolleger i rusfeltet.

Jeg er en relativt fersk psykolog med en gryende interesse for traumearbeid som del av rusbehandling. Jeg drøfter saken med mine kloke kolleger: Slike pasienter dukker visst fra tid til annen opp på en psykologs pasientliste, noen få med bestillinger utover ansvarsgruppedeltakelse og vurdering av døgnbehandling. Mens vi diskuterer alt fra støtteorienterte samtaler til fulle traumebehandlingsforløp, er vi alle opptatte av et klinisk dilemma: Sara har for første gang i livet tilnærmet fast grunn under bena, med leilighet, et støtteapparat og kontakt med sine nærmeste. Under den tilsynelatende freden aner man imidlertid noe farlig, et destruktivt mønster drevet av uutholdelige erfaringer. Vi lurar på om Sara er tilgjengelig for samtaleorientert behandling, ikke minst på om det kan være fare for destabilisering og tilbakefall til rus.

## Til Tannlegen

Jeg søker tilflukt mellom stive permer og finner at det er en sammenheng mellom traumeerfaring og bruk av opiater. Opiater har en dempende funksjon nettopp på traumesymptomer. Så uteblir Sara fra neste avtale. Begrunnelsen er tannbehandling. Jeg sitter igjen med spørsmålet: Hvorfor tannlegestolen fremfor «psykologbenken»? Etter å ha gjennomlevd så mye vondt som Sara har, tror jeg hun satser på å klare seg selv. Hun bruker kreftene på hverdagen snarere enn å gå i nærkamp med seg selv og en smertefull fortid. Det er dette som ofte oppsummeres i kliniske vurderinger som «manglende evne til å nyttiggjøre seg samtalebehandling». Med Sara i tankene blir jeg imidlertid oppmerksom på en litt annen bakenforliggende historie. En som ikke bare handler om hverdagsfungering versus evne til nærkontakt med følelser, men om traumatiske erfaringer som like gjerne trigges av en tur til tannlegen som til psykologen.

I psykoterapeutisk arbeid med traumelidelser synes både forskere og klinikere etter hvert å enes om at stabilisering er det primære. Medikamentell behandling kan inngå, ved siden av psykoedukasjon og ferdighetstrening. Tanken er å gjøre pasienten bedre i stand til å regulere sine reaksjoner på omverdenen, der angst og overveldelse dominerer. Når stabiliseringen inkluderer LAR-medikamenter, mener imidlertid mange at dette bidrar til å gjøre pasienter følelsesmessig utilgjengelige. For meg blir dette paradoksalt. Stabilitet blir en forhindring snarere enn en forutsetning. Forvirringen blir komplett når vi også bekymrer oss for destabilisering og tilbakefall som følge av traumeintervensjoner. Tyder

---

<sup>1</sup> Fiktivt kasus basert på en sammenstilling av forfatterens erfaringer.

ikke denne bekymringen på at vi har erfart at LAR-pasientene kan være *for* tilgjengelige? Jeg tror i alle fall at når Sara ikke makter tann- og traumebehandling som samtidige forløp, er det fordi hun, som andre traumepasienter, er sårbar, ikke utilgjengelig. Jeg tror også at vår forvirring på dette punktet hindrer oss i å drive psykoterapeutisk arbeid med en gruppe pasienter med stort behov. Sara har brukt og bruker opiatier gjennom LAR, som en form for stabilisering i sitt liv, hun er sårbar, men trenger likevel det samme integrerte tilbudet jeg gir andre.

## På tynn is

Sammenhengen mellom traumesymptomer og bruk av opiatier er kompleks. I mine kilder står det at opiatbruk kan indusere en tilstand som minner om dissosiasjon, altså imiterer kroppens eget forsvar mot alvorlig belastning. Jeg finner ikke ut om tilstanden knyttes til rusopplevelsen, eller ganske enkelt er virkningen av stoffet i seg selv – en virkning som opprettholdes, ideelt sett uten rusen, når man bruker LAR-medikamenter. Når Sara nå er tilbake i behandling hos meg, erfarer jeg imidlertid at hun av og til må gå før timen er over. Det er allerede avtalt og gjort til en del av rammen for arbeidet. Ikke bare fordi ambulerende miljøarbeidertjeneste fra hjemkommunen plutselig venter utenfor og skyssen hjem skriker i bakgrunnen mens vi bearbeider viktige temaer i samtalen. Det er også fordi faren for overveldelse blir stor når disse temaene kommer frem. Sara og jeg trenger å kunne ha kontroll når vi skal ut på tynn is. Slik er traumebehandling, også med LAR-pasienter. For – følelsene, gullet som psykoterapeuten leter etter og som traumebehandlere både elsker og frykter – er slett ikke borte. Medisinene og livet for øvrig har på langt nær maktet å trenge dem helt inn i hjernens og hjertets utilgjengeligste.

Jeg har få LAR-pasienter i samtalebehandling. Når jeg trekker slutninger basert på disse, er jeg definitivt på tynn is. Men jeg er ikke alene. Praksis- og kunnskapsfeltet er tynt, og det er vanskelig å forestille seg at dette skyldes enkeltstående kliniske vurderinger alene. Helsedirektoratets ROP-veileder nevner ikke traumelidelser som eget behandlingsområde, langt mindre tematiserer den LAR-pasienters behov i denne sammenhengen. Vi mangler rammer, og ikke minst systematisert kunnskap å støtte oss på, mens en gruppe mennesker, både behandlere og pasienter, venter. Jeg vil ha kunnskapsfeltet åpnet opp. Vi snakker om utsatte mennesker, som har levd og lever vanskelige liv. Jeg har blitt klar over at den sårbarheten vi i våre velmenende kliniske betraktninger antar kan komme i veien for psykoterapi, kan være et uttrykk for den samme tilgjengeligheten vi etterlyser. Pasienter og behandlere kan og skal kanskje aldri hjelpes helt inn i komfortsonen, men bør styrkes i å trå usikker og ustabil grunn sammen.

Min psykoterapikandidat gjør fremskritt. Beskriver, gråter, øver, puster og utfordrer relasjonen. Jeg lurer ofte på om jeg når frem. Jeg frykter at vi sammen lener oss for tungt på en skjør, livsviktig og hardt tilkjempet stabilitet. Særlig blir jeg på vakt når hennes selvforakt vokser til en nær fysisk størrelse i rommet. Men når hun smiler og sier til meg: «Vet du, det der har jeg aldri tenkt på før. Kanskje det har vært gjemt for meg, eller kanskje blir det sånn først når vi snakker om det nå». Da føler jeg at det nytter og at vi når hverandre.