

Rett metode til de mest krevende pasientene

Aina Sundt Gullhaugen
aina.sundt.gullhaugen@stolav.no

I møte med ekstra krevende pasienter holder du lenger med en egnet metode. Psykologer som trenger noe slikt når de skal behandle personlighetsforstyrrelse, kan ta kontakt med meg.

I innlegget Grensen for hva vi må tåle i novemберnummeret av Tidsskrift for Norsk psykologforening, spør Rebecka Mikkelsen «Når kan jeg som psykolog si «nei – denne pasienten kan jeg ikke lenger ha i behandling?». Hun svarer at forhold ved behandlerens personlighet og kontekst spiller inn, i tillegg til bevissthet om og drøfting av etiske grunnprinsipper (gjøre godt, ikke skade) og hva fagfolk må tåle.

Denne kommentaren er en tilføyelse: Terapeuten holder lenger i krevende samtaler med en egnet metode.

Mikkelsen har erfaring fra et fastlegekontor og skisserer en konstruert, men erfaringsfundert pasient med personlighetsforstyrrelse klynge B. Vedkommende klarer ikke å stå i arbeid, har hyppige konflikter og uttalt mistillit til alle og enhver.

Han er imidlertid fornøyd med å ha vært i stand til å true en fastlege til å skrive ut medisiner. Mikkelsen beskriver videre hvordan pasienten, etter at han får tillit til henne, blir for krevende.

Det som er vanskelig for meg, er motviljen og tausheten som (...) rammer den som prøver å tenke konstruktivt

Og at når han ikke får det slik han vil, blir han dels aggressiv og dels uttrykt lidende.

Mikkelsen har rett i at når behandler vedvarende overveldes, er det vanskelig å hjelpe.

Drøfting av den grenseoverskridende atferden i terapitimer, kollegialt fellesskap og veiledning klarte dessverre ikke å bøte på problemet, og behandlingen ble avsluttet. Jeg vil nå skissere hva man kan gjøre i stedet.

Erfaring har lært meg at grenseoverskridende atferd, som invaderingen Mikkelsen opplevde, typisk medfører at en lar seg overkjøre eller setter klare grenser. Eskaleringen som da kan oppstå, og som Mikkelsen beskriver, er også typisk. Å speile pasientens bakenforliggende følelse, «jeg ser du føler interesse», er et godt alternativ (om det gjøres med innlevelse og ordvalg som matcher pasienten) og virker som en brems selv om det formelt sett ikke er det – noe som er hele poenget. Pasientens følelser og behov frustreres ikke, og metoden medfører ikke tap av ansikt.

At disse pasientene er vanskelige, er opplest og vedtatt, og medfører stadig at de utelukkes fra behandling

Om interessen bekreftes (bevissthet om følelser/internalisering), kan en gå videre og tolke underliggende behov, eksempelvis slik: «Så tilknytning er viktig for deg», som eventuelt også bekreftes. Benekting møtes med «jeg forstår du vil forsvare deg når jeg tar opp et vanskelig tema».

Herfra kan samtalen dreies i tre retninger:

- 1 Mot pasientens nåværende interesse basert på tillit til behandler,
- 2 Mot pasientens tidligere mistillit fordi han har blitt skuffet mange ganger, eller

3 Mot viktigheten av trygg tilhørighet i fremtiden.

Slik jobber man med kjernen i pasientens vansker.

Som Mikkelsen påpeker, er pasientens innsikt eller selv- og affektbevissthet lav. Det er derfor terapeuten ikke bør spørre, men speile. Å oppleve empatisk speiling av ubevisste/eksternaliserte følelser og behov innebærer å se seg selv med andres blick på en måte som man tåler. Jeg har utviklet et måle- og behandlingsrammeverk (Gullhaugen, 2022) knyttet til Dynamisk Modell av Psykopati (Gullhaugen et al., 2021) som beskriver hvordan man kan møte grenseoverskridende atferd knyttet til modellens tre dimensjoner, inkludert mistilliten, konfliktene og mangelen på bidrag som også skisseres i eksempelet.

Mikkelsen maner avslutningsvis til samtale om hvordan vi som helsepersonell og mennesker påvirkes av krevende pasientrelasjoner. Dette er bra, men for en som har arbeidet lenge med klynge B trykker ikke skoen mest her. At disse pasientene er vanskelige, er opplest og vedtatt, og medfører stadig at de utelukkes fra behandling. Helsepersonell og medpasienter skal ikke tåle alt. Det som er vanskelig for meg, er motviljen og tausheten som, med enkelte unntak, rammer den som prøver å tenke konstruktivt rundt hvordan man kan forstå og hva man kan gjøre med disse vanskene. Så får det være opp til den enkelte terapeut hva man vil jobbe med. Men at man som terapeut holder lenger i krevende samtaler med en egnet metode, er en viktig tilføyelse til Mikkelsens gode innlegg.

Den som trenger noe slikt kan ta kontakt.