

Traumeperspektivet ved behandling av schizofreni

Mange pasienter med en schizofrenidiagnose har blitt traumatisert gjennom sine psykoseopplevelser. Samtidig behandling av posttraumatiske symptomer og schizofreni kan gi opplevelse av mestring og håp for fremtiden.

TEKST

Steinar Sunde

PUBLISERT 1. september 2004

Innledning

Halvparten av sengeplassene i psykisk helsevern er belagt med pasienter med diagnosen schizofreni. Det er anslått at schizofreni alene koster samfunnet mer enn hjerte- og karlidelser og kreft til sammen i Norge (Johannesen, 2002). Det er av stor nasjonaløkonomisk betydning at vi utvikler effektive behandlingsmetoder overfor denne pasientgruppen. Mennesker med en schizofrenidiagnose trenger i de fleste tilfeller integrerte og omfattende behandlingsopplegg. Kombinasjonen av antipsykotiske medikamenter, psykoterapi, familiepedagogiske tiltak og sosial ferdighetstrening er anbefalt behandling (Statens helsetilsyn, 2000). I følge Lem (2002) er imidlertid behandlingen som gis til denne gruppen i Norge, svært mangelfull. Dette reflekteres i at overdødeligheten er stor, særlig grunnet selvmord. Sosial isolasjon og arbeidsledighet er omfattende, likeså bruk av tvangsinnleggelse.

Forløpet av schizofreni kan være kontinuerlig, episodisk med fremadskridende eller stabil defektilstand, eller episodisk med full eller delvis tilfriskning. Schizofrene lidelser er vanligvis kjennetegnet ved fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon, og av inadekvat eller avflatet affekt.

Etter mange år med forskning på et bredt spekter av innfallsvinkler, fremstår schizofreni fortsatt som en gåte. (Lem, 2002). Schizofreni er en sammensatt gruppe lidelser, som opptrer med høy komorbiditet med andre psykiske lidelser. Dette fordrer individualiserte behandlingsopplegg.

Formålet med dette innlegget er å drøfte hvilke konsekvenser komorbiditet med posttraumatisk stressforstyrrelse har for behandling av schizofreni. Jeg har de siste årene arbeidet på en spesial-avdeling for ungdom som har opplevd å bli rammet av psykose- og schizofrenilignende tilstander. Jeg har tidligere jobbet med unge flyktninger som har opplevd krig, tap og overgrep, og med ungdommer med ettervirkninger av vold og seksuelle overgrep. De har alle opplevd traumer som har vart

over tid og kjent liten grad av kontroll. Mange av dem utvikler posttraumatisk stresslidelse (American Psychiatric Association, 1994; Dyregrov, 1993; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996). Da jeg begynte å jobbe med ungdom som led av schizofreni, presenterte de som oftest ikke historier om overgrep eller om andre klare traumatiserende hendelser. Under samtalen med dem slo det meg imidlertid at de forholdt seg til utviklingen av psykosen som et traume. De fremsto som traumatisert av selve psykosen. De hadde høy grad av nærhet til traumet, det varte over tid og de opplevde lite kontroll. Det å oppleve en psykose, med stemmer i hodet og synshallusinasjoner, og falle ut av skole og sosialt liv, vil være svært skremmende for oss alle. Ungdommene var livredde, apatiske, sikre på at de kom til å dø, og at de ikke hadde noen fremtid.

I en studie av McGorry et al. (1991) hadde mer enn halvparten av pasienter tidligere innlagt med akutt psykose, utviklet posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En tredjedel i denne gruppen hadde fremdeles denne tilleggs lidelsen etter ett år. Cullberg (2001) fremholder at PTSD-symptomene blant pasienter med psykose hovedsakelig er knyttet til selve traumet det innebærer å bli psykotisk, og noen ganger til integritetskrenkende opplevelser i forbindelse med innleggelsen. En tilleggs lidelse i form av PTSD vil kunne gjøre det enda vanskeligere for pasientene å håndtere gjenværende positive og negative symptomer. Den psykoserelaterte traumatiseringen kan bidra til å svekke troen på at et bedre liv er oppnåelig, noe som igjen kan medvirke til at ungdommene gradvis utvikler en kronikeridentitet og etter hvert gir opp kampen mot schizofrenien. En ensidig vektlegging av selve psykosen i den terapeutiske oppfølgingen av personer med psykose- og schizofrenilignende tilstander vil derfor være utilstrekkelig. Man kan ikke gi et effektivt psykisk helsevern til disse personene uten samtidig å forholde seg til at de kan ha alvorlige traumer knyttet til sin grunnlidelse.

Traumeperspektivet

PTSD er en tilstand som oppstår innen seks måneder etter en kraftig truende hendelse eller situasjon, som ville oppleves som svært truende for praktisk talt alle (American Psychiatric Association, 1994). For å kvalifisere til diagnosen kreves det at en har tilbakevendende gjenopplevelser av traumet, påtrengende tanker eller mareritt, eller sterkt ubehag ved å utsette seg for omstendigheter som minner om traumet, og sluttvis at en unngår alt som minner om traumet

Traumeperspektivet har i den senere tid fått en stadig større plass innen forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser (Ross, 1997). Det finnes omfattende dokumentasjon på at det er naturlig for mennesker å få senreaksjoner på traumatiske opplevelser. Tre sentrale forhold kan påvirke i hvilken grad man utvikler senreaksjoner i form av PTSD:

- Nærhet til traumet, dvs. om en selv opplever traumet, om det er familiemedlemmer eller om man ser og hører ukjente bli utsatt for traumatiserende hendelser
- Hvorvidt det er en enkelt hendelse eller om det pågår over tid
- Grad av kontroll, for eksempel om de traumatiske hendelsene kommer når som helst og hvor som helst

I følge van der Kolk et al. (1996) er første fase i behandling av PTSD å skape opplevelse av relativ trygghet og forutsigbarhet. Pasientene må gjenvinne kontroll over sine emosjonelle reaksjoner og plassere traumatet i et større perspektiv i sin livshistorie. Dette kan gjøre pasientene i stand til å være «her og nå» og reagere adekvat på omgivelsene i stedet for å bli innhentet av uforståelig angst som følge av traumatet. Hogarty (2002) har utviklet en fasemodell som i stor grad overlapper med van der Kolk et als. tilnærming, og hvis hovedprinsipper har blitt implementert i min egen terapeutiske praksis. Sentralt i Hogartys modell er forståelsen av at unge mennesker med en schizofrenilidelse har et genuint ønske om å få hjelp i sin personlige kamp mot sykdommen. De forutsettes dessuten å være interessert i å utvikle egne strategier for å klare å leve med lidelsen. Hogarty er opptatt av personens behov for mestring av og kontroll over symptomene, og den enkeltes indre kamp mot sykdommen. Nedenfor gis det en beskrivelse av en fasetilnærming som dels bærer i seg grunnprinsippene i Hogartys modell og dels er farget av egne kliniske erfaringer.

Fase 1

Dette er den akutte overveldende fasen der ungdommen opplever psykosen for første gang. Det er vanlig at ungdommene har katastrofetanker i denne fasen: «Jeg er den eneste i verden som opplever dette». «Livet mitt er ødelagt, jeg kan aldri bli frisk igjen.» Katastrofetanker kan føre til at ungdommen ikke møter til behandling, da de tenker at ingen kan hjelpe dem likevel. Utfordringen er å skape en trygg relasjon i dette møtet. Kontaktetablering i den første fasen krever kreativitet og engasjement fra behandler. Den første tiden kan deler av samtaletiden gå med til å bli kjent med ungdommens interesser. Målet er ofte å redusere angst og bli en person som ungdommen får tillit til. En må ha et minimum av håp og nysgjerrighet for å se poenget med å møte til timer hos psykologen. Her vil både spesifikke terapeut-egenskaper og evne til å kunne legge seg nær opp til ungdommens teori om endring være avgjørende (Hubble, Duncan & Miller, 1999).

«De fleste forteller om den enorme lidelsen det var å bli syk, og det traumatiske i å bli psykotiske håp.»

Når relasjonen blir sterkere, skapes større rom til å være nysgjerrig på hvordan psykosen har fortonet seg for pasienten. De fleste starter da med å fortelle om den enorme lidelsen det var å bli syk, herunder det traumatiske i å bli psykotisk, og om det å bli totalt oppslukt av psykosen til alle døgnets tider. Felles for de fleste er formidlingen av en sterk følelse av mangel på kontroll, ekstrem lav selvtillit og lite håp.

Fase 2

Å behandle PTSD legger grunnlaget for å kunne tilby bedre behandling for psykosen. Ifølge Chadwick, Birchwood og Trower (1997) tror over to tredjedeler av

pasienter at stemmene de hører har stor makt, og at de er ute av stand til å påvirke når de begynner eller slutter. Denne mangel på kontroll er bare tilstede hos en femdel av pasientene som ikke opplever at stemmene har særlig makt over dem. Ved en ubehandlet PTSD vil mange forsøke å unngå de psykotiske symptomene og oppleve mye angst knyttet til frykten for neste psykotiske opplevelse. De fleste som lider av schizofreni vil oppleve psykotiske symptomer i perioder, også etter at adekvat behandling er igangsatt (Cullberg, 2001). En ubehandlet PTSD gjør det vanskeligere for pasienten å redusere angst knyttet til symptomene, noe som er sentralt for å kunne mestre lidelsen på en best mulig måte. PTSD kan her være en medvirkende faktor til opplevelse av avmakt og mangel på kontroll. For at pasienten skal klare å jobbe med stemmer og vrangforestillinger, er det avgjørende at hun/han ikke stadig blir retraumatisert av psykotiske opplevelser som oppleves helt utenfor kontroll.

En utfordring i terapien er å skape en opplevelse av relativ trygghet og forutsigbarhet for pasienten, som grunnlag for behandling av PTSD. Selv om pasientene er plaget av psykose er det mulig å føre en metakommunikasjon rundt trygghet, og gi pasientene opplevelse av kontroll i forhold til temaene under samtalen. Det kan omfatte å finne interesser eller positive minner som kan brukes til å hjelpes ut igjen av temaer når det er behov for det.

En annen utfordring i denne fasen er å legge seg nær nok ungdommenes endringsteori til at samtalene oppleves som meningsfulle for dem. Vi må spørre pasientene, og la dem lede oss mot endring (Hubble et al., 1999). Alle har sin egen teori om hva som skaper endring. Noen har erfaringer med å komme seg ut av kriser fra før og har tanker om hvordan de selv aktivt kan bidra til endring. De fleste ungdommer opplever at symptomene bare skjer med dem, og at de i liten grad kan påvirke det. Dersom man etterstreber å starte med ungdommens egen endringsteori og skaper bevegelse derifra, øker man sannsynligheten for at samtalene vil gi mening for ungdommen, og de vil fortsette å komme til timen.

En tredje utfordring i denne fasen er å skape bevegelse fra å være «i» symptomene til å begynne å snakke «om» symptomene, for gradvis å kunne utvikle mer kontroll. For ungdommene som opplever at symptomene bare skjer *med* dem, kan eksternalisering som metode (White, 1993) gi en innfallsvinkel som er nær nok deres egen teori om endring. Å kunne snakke om hvordan psykosen *påvirker en*, gir rom for kontroll. Om behandler velger en kognitiv tilnærming (Jordahl & Repål, 1999), narrativ tilnærming (White, 1993) eller andre innfallsvinkler, er i høy grad opp til hva som passer pasientens teori om endring. Det som er avgjørende er at en klarer å skape en opplevelse av relativ trygghet, og at pasienten har kontroll i forhold til temaene gjennom terapien. Dette for å kunne bistå ungdommene i å lage en historie med sammenheng der symptomene blir integrert som en del av ens historie, og ikke som noe fremmed og farlig.

Fase 3

Denne fasen omfatter å bygge opp nettverket pasienten trenger rundt seg etter utskrivelse. Ved en ubehandlet PTSD vil ungdommene i liten grad være i stand til å

sette ord på hva de går igjennom. Det blir for skremmende. De fleste som opplever psykose er redde for å snakke om det. Katastrofetanker kan stoppe dem: «Hva vil de tenke om meg? Jeg må ikke skuffe mor og far slik!» De færreste klarer å fortelle om sine opplevelser på en måte som fremmer forståelse uten hjelp. Når PTSD er behandlet, vil mange være i stand til å fortelle om hvordan de har opplevd psykosen, og hvordan lidelsen påvirker dem i dagliglivet

I vår tilnærming ved avdeling for yngre, reiser vi ut til familiene og legger til rette for familiesamtaler med vekt på dialogen mellom familiemedlemmene (Anderson & Goolishian 1992; Seikkula, 2000). Vi tar «Expressed Emotion» (EE)-forskningen på alvor ved at vi ønsker å redusere stress og belastninger rundt ungdommen ved utskrivelse (Jordahl & Repål, 1999). Vi toner i noen grad ned vår generelle undervisning om schizofreni. Vi hjelper i større grad ungdommen selv til å fortelle om og undervise foreldre om hvordan symptomene påvirker dem og hva de trenger for å komme videre. Vår erfaring er at foreldre og nettverk klarer å nyttegjøre seg slik spesifikk informasjon, og at dette bidrar til en økt åpenhet rundt ungdommens opplevelser. En mer personlig innfallsvinkel gjør nettverket bedre i stand til å forstå hva som skjer når sønnen eller søsteren opplever psykose, og kan danne grunnlag for gode dialoger dem imellom (Hogarty, 2002). Ungdommene kan også i større grad få en opplevelse av å bli forstått i sitt nærmiljø. Dette fordrer kunnskap om måter å lede en familiesamtale på som gir rom for at både familien og ungdommen får anledning til å utdype tanker de har ved å bli stilt åpne spørsmål (Anderson & Goolishian, 1992; Seikkula, 2000). I tillegg får pårørende tilbud om samlinger fire ganger i året med faglige innlegg og middag i regi av avdeling for yngre. Samlingene har pågått i over ti år og er et populært møtepunkt for familier der de utveksler erfaringer og knytter kontakter.

Karis historie

Kari, 23 år, hadde gått atten måneder på høyskole. Hun hadde opplevde psykotiske gjennombrudd de siste seks måneder før innleggelse. Etter to måneder på akuttavdeling med diagnosen F20.1 hebefren schizofreni, ble hun innlagt ved avdeling for yngre på tvungent psykisk helsevern. Kari hørte stemmer fra Gud som sa at hun måtte bli verdensleder, hvis ikke havnet hun i helvete. Hun hadde flere selvmordsforsøk på akuttavdelingen bak seg. Etter åtte måneder ble hun utskrevet fra avdeling for yngre, og fortsatte på høyskolestudiet. Hun hørte fortsatt mye stemmer, men de var ikke truende lenger og kunne derfor mestres.

Ved innleggelse sa Kari at hun hadde gitt opp studier og jobb. Hun fortalte om et enormt lidelsestrykk og om devaluerende og befalende stemmer som opplevdes helt utenfor hennes kontroll. Medisineringen bidro til at hun fikk sove om nettene, og lidelsestrykket ble dermed noe redusert. Den medikamentelle behandlingen tok ikke bort stemmene og vrangforestillingene, intensiteten ble bare noe redusert. Hun opplevde fortsatt ikke kontroll i forhold til de psykotiske opplevelsene, og hadde lite håp for fremtiden. Kari ønsket i utgangspunktet ikke samtaler, da hun ikke tenkte at

noen kunne hjelpe henne uansett. Hun ønsket heller ikke å være med på noe av programmet i avdelingen.

Som behandler kan en tenke: «Denne pasienten har en hebefren schizofrenidiagnose, og hun er ikke motivert for samtaler idet hun mangler innsikt og har mye negative symptomer». Alternativt kan en tenke: «Ja, hun oppfylder kravet til schizofrenidiagnosen, men hva er symptomene på schizofreni og hva er et resultatene av sjokket og traumet det har vært å bli psykotisk? Er ikke dette en person som kontinuerlig blir retraumatisert gjennom pågående psykotiske opplevelser som hun ikke opplever kontroll over?»

De første ukene møttes vi der hun kunne treffes, på hennes rom. Hensikten var å bli kjent med henne og få etablert begynnelsen på et tillitsforhold. Vi pratet om musikk, filmer og noe om fagene hun hadde tatt på høyskolen. Hun begynte å stille spørsmål om hva schizofreni var, og vi satt oss ned og leste ICD-10 sammen. Hun uttrykte overraskelse over at noen hadde skrevet om det hun opplevde. Det måtte bety at andre hadde opplevd noe lignende før henne. Det ble et vendepunkt i vår terapi. Etter denne samtalen møtte hun på mitt kontor. Frykten for de psykotiske opplevelsene var så stor at hun gjorde alt for å unngå dem. Hun opplevde seg mindre plaget av symptomene når hun lå i senga. Når hun måtte ut av rommet brukte hun hettegenser og solbriller. Hun var egentlig en sosial jente som følte seg presset inn i en ensom tilværelse av psykosen. Hun var ikke fornøyd med måten hun mestret symptomene på. I samtalene vokste det frem et bilde av en jente som kjempet, og hvor tilbaketrekningen var en måte å mestre psykotiske symptomer på. En gjennomgang av kriteriene for PTSD viste at hun oppfylte kravet til denne diagnosen. Når hun ikke opplevde psykose, hadde hun gjenopplevelser i form av påtrengende tanker. Hun var plaget av mareritt. Hun opplevde sterkt ubehag ved å utsette seg for sosiale situasjoner som hun visste innebar økt risiko for psykoseopplevelser. Hun hadde mange mestringsstrategier for å unngå alt som minnet om psykosen.

«Fra å være helt og holdent i psykosen begynte hun å snakke om den»

Når bakgrunnen for traumet kommer fra en «intern» stressor, psykosen, og ikke fra mer eksterne årsaker, har man ikke samme mulighet til å fjerne seg fysisk fra trusselen. Behovet for å skape trygghet er uansett det samme. Vi jobbet med å skape en trygg nok ramme på kontoret til å jobbe med PTSD. Selv om pasientene er plaget av psykose, er metakommunikasjon rundt trygghet mulig. Det omfatter å vise at en tåler å høre, og at en har hørt lignende historier før. Det innebærer å klare å finne interesser eller positive minner som kan brukes til å hjelpes ut igjen av samtalen når det er behov for det. Og det betyr å gi pasienten opplevelse av kontroll i forhold til valg av tema under samtalen.

De som har opplevd traumer har ofte et sterkt behov for og mye nytte av å gå detaljert igjennom traumene i terapeutiske samtaler. Kari gjenfortalte sin historie om psykosen.

Lidelsestrykket var enormt, og behovet for å dele stort. Etter 6–8 uker begynte språket å endre seg. Fra å være helt og holdent i psykosen begynte hun å snakke om den, og fikk dermed åpnet for nye kontrollmuligheter. Hun kunne ennå ikke stille spørsmålsteget ved psykosen, men begynte likevel å irritere seg over at akkurat hun ble rammet, og syntes det var urettferdig. Etter to måneder kunne jeg øyne en liten nysgjerrighet hos henne på om det fantes mulighet for endring. Hun hadde da etter alt å dømme gått fra en sjokkfase med apati og total håpløshet, til en forsiktig bearbeidingsfase hvor hun øynet et lite lys i tunnelen. Hun brukte fem måneder på bearbeidingsfasen. I denne perioden jobbet vi mye ut fra en narrativ innfallsvinkel inspirert av White (1993). Det lå naturlig for henne å tenke i metaforer, og vi jobbet med å lage hennes personlige historie i forhold til symptomene hun opplevde. Lidelsestrykket avtok ved at hun fikk mindre angst gjennom å oppleve kontroll. Gradvis utviklet hun en «volumkontroll», hvor hun kunne «skru ned» stemmer som før hadde vært overveldende til å bli som bakgrunnsstøy fra en radio. Dette medførte at hun fikk overskudd til andre ting enn psykosen. Hun begynte blant annet å lese bøker. Etter fem måneder sa hun at livet var så pass bra at hun ikke trodde hun hadde behov for slike samtaler lenger. Hun var klar for å starte reorienteringen mot livet der ute.

I reorienteringsfasen var vi opptatt av å etablere nettverk ute som hun kunne bruke når ting ble vanskelig. Hun tok opp kontakten igjen med gamle venner, og fortalte sin historie til dem. Vi hadde hatt månedlige familiesamtaler under hele innleggelsen. Nå kunne hun fortelle foreldrene hva hun hadde vært igjennom og si noe om hva hun trengte fra dem videre fremover. Foreldrene kunne på den måten være bedre støttespillere for henne fremover når hun klarte å bli tydelig for dem.

Steinar Sunde

Avdeling for yngre

6450 Hjelset

Tlf 71 12 00 00

E-post kf-molde@c2i.net

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 9, 2004, side 725-728

TEKST

Steinar Sunde, Avdeling for yngre, HjelsetHelse Nordmøre og Romsdal

+ [Vis referanser](#)

Referanser

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1992). Från påverkan till medverkan. Språk- och meningsskapande system i samverkan. Urval och översättning. Kjerstin Hopstadius. Stockholm:

Mareld.

Chadwick, P. D. J., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley.

Cullberg, J. (2001). *Psykososer. Et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo: Universitets-forlaget.

Dyregrov, A. (1993). *Katastrofepsykologi*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lem, E. (2002). Schizofreni - gåte ved gåte. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 1972.

Hogarty, G. (2002). *Personal therapy for schizophrenia & related disorders. A guide to individualized treatment*. New York: Guilford Press.

Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (Eds.). (1999). *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni - omfang og betydning. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 2011-2014.

Jordahl, H., & Repål, A. (1999). *Mestring av psykososer. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gorry, P. D. (1991). Post traumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognized post-psycotic syndrom. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 251-258.

Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality (2nd ed.)*. New York: John Wiley.

Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.

Statens helsetilsyn (2000). *Schizofreni, kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Oslo: Statens helsetilsyns utredningsserie.

van der Kolk, B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.

White, M. (1993). Deconstruction and therapy. I S. Gilligan & R. Price (Eds.), *Therapeutic Conversations* (ss. 22-62). New York: Norton.