

Ut-trette eller ut-rette?

Noen diagnoser er mer «trendy» enn andre. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er ikke en av dem.

TEKST

Margrethe Seeger Halvorsen

PUBLISERT 5. desember 2014

EMNER

Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Psykisk helsevern

Kontraindisert



Flere ganger har jeg møtt mennesker med diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som opplever det som om diagnosen «står stemplet i panna» på dem og legger av føringer for hvordan de blir møtt. Anna var en av dem.

Vi hadde jobbet sammen i underkant av to måneder da hun ble lagt inn. Anna hadde en lang historie i psykisk helsevern, og hadde et tosifret antall innleggelseser bak seg. Som oftest etter overdoser med medikamenter. Det var på ingen måte entydig at hun ønsket å dø, men flere av forsøkene var alvorlige, og det var åpenbart at hun ikke hadde kontroll over inntaket. Denne gangen var beskjeden fra medisinsk avdeling at hun «hadde vært heldig» – utfallet kunne like gjerne ha vært fatalt.

Å ha problemer som rommes av denne diagnosen, er ekstremt smertefullt og krevende. Livet og selvfølelsen svinger, og mange føler seg ofte sårbare og usikre i møtet med både seg selv og verden. Personer som får merkelappen «emosjonelt ustabil», er samtidig svært forskjellige, og den personlige konstellasjonen av symptomer kan variere ganske mye. Diagnosen er konstruert slik at du skal tilfredsstillende et visst antall av flere kriterier som vektes likt. Kombinasjonsmulighetene er derfor mange, og to personer med diagnosen trenger ikke å ha mer enn ett kriterium felles. Som mange andre med denne diagnosen slet Anna med store emosjonelle svingninger, skjør selvfølelse, og selvdestruktivitet. Men hun var ikke spesielt impulsiv, og hun hadde «i tillegg» en del tvangstrekk og depressive symptomer. Dessuten var hun svært begavet.

Anna utfordret meg. Til tider på måter som gjorde meg frustrert, irritert, engstelig, rådvill, i tvil om hele behandlingsprosjektet og på meg selv som terapeut. Men allerede fra første time hadde vi begynt å finne fram til hverandre på en måte som jeg tenker rommet og tålte alt dette.

«Helt fra første time opplevde jeg at Anna ville ha noe av meg som terapeut – og jeg tror det var ekthet og nærvær»

Anna var både avventende og pågående på en og samme tid. Hun satt ofte sammenkrøpet og ordløs i stolen, med hettegenseren over hodet og blikket festet i gulvet. Samtidig var hun våken og på, som om sansene lå utenpå henne og hver minste bevegelse eller endring i toneleiet fra min side ble fanget opp av radaren hennes. Hun var skeptisk og nysgjerrig. Det hvilte en spenning i rommet som er vanskelig å beskrive, men det føltes som at en potensiell krise konstant lå og lurte. Selv om hun i starten ofte besvarte mine innspill med taushet eller «vet ikke», var hun langt fra likegyldig. Jeg opplevde at hun testet, utforsket og utfordret. Var jeg til å stole på? Hvor langt var jeg villig til å gå? Ville jeg tåle henne og alt det hun bar på? Og hvor langt kunne hun gå før jeg avviste henne? Noe hun var sikker på at jeg kom til å gjøre. Helt fra første time opplevde jeg at Anna ville ha noe av meg som terapeut – og jeg tror det var ekthet og nærvær. Samtidig som hun var livredd for akkurat det. Hun bar på en intens frykt for nærhet og en ubegrenset lengsel etter det samme. Knytte seg, ikke knytte seg – det potensielle bruddets store avgrunn.

Akkurat *der* traff Anna noe av det som fascinerer meg aller mest som terapeut – å kunne skape trygghet og tillit når grunnlaget for å knytte seg til et annet menneske er så magert. Kanskje var dette noe av grunnen til at terapien ble vellykket? At hun fanget min nysgjerrighet, at jeg likte henne, og at noe i henne våget å stole på det?

Nå var hun altså innlagt igjen, på et sykehus i en annen sektor. Da jeg ringte overlegen på avdelingen for å forhøre meg om innleggelsen og behandlingsplanen, sa hun: «Pasienten regrederer voldsomt. Hun saboterer. Hun manipulerer. Hun nekter å samarbeide. Vi må trette henne ut. Hun kommer til å snu til slutt.» Jeg skal ærlig

innrømme at jeg ble både overrasket og provosert, og opplevde beskrivelsen som instrumentell og objektiviserende. Det var som om egenskapene hun ble tillagt, var et knippe stereotypier brukt om «den klassiske borderlinepasienten». Hun ble diagnosen, ikke Anna med sin helt spesifikke utforming av vansker og forsøk på å mestre verden. Jeg kom ingen vei, hverken med forsøk på en faglig samtale eller samarbeid. For en tid tilbake fant jeg en gul lapp som jeg husker jeg skrev ned i ren frustrasjon:

Å trette ut som terapeutisk logikk: Å ut-rette versus å ut-trette. En liten «t» er den store forskjellen.

Det er en krig som pågår.

Der den sterkeste vil vinne.

Den som er mest utholdende vil vinne.

Den som ikke lar seg trette ut vil vinne.

Og så? Når systemet trolig har vunnet,

og pasienten er ut-trettet. Hva da?

Hva er gevinsten for å ha vunnet?

Jeg opplevde at ulike behandlingskulturer kolliderte. I mitt arbeid med Anna var det viktig for meg å møte henne på en annen måte enn hun hadde erfart tidligere. Jeg ville være en å stole på, en som tålte henne og som møtte henne med respekt, samt representere kontinuitet og forutsigbarhet. Å se henne som et subjekt, et menneske bak de kaotiske symptomene. Og å finne balansen mellom rammer, grenser og ansvar på den ene siden og omsorg og støtte på den andre. I møtet med et annet behandlingssted ble disse verdiene utfordret.

I første timen etter utskrivelsen satte Anna seg i stolen og smilte stolt: «De ga meg opp. Jeg vant!» Men stoltheten lå som et syltynt slør over en bunnløs tristhet og et sinne. Hun følte at diagnosen ble brukt til å definere henne, og at hun ikke ble sett som mennesket Anna. Hun mente selv at hun gjerne ville samarbeide, men at hun ikke ble hørt.

Kontraindisert

Etter hvert begynte hun å fungere bedre i hverdagen. Det var snart halvannet år siden siste innleggelse, og hun var tilbake i jobb, hadde fått noen nye venner og funnet andre måter å forstå og håndtere svingende følelser på. Hun skulle flytte til en annen kant av landet, og vi var i ferd med å avslutte behandlingen da hun mistet en slektning. Tapet ble overveldende for henne og vekket sterke følelser og tanker om døden. Anna gjorde som hun hadde gjort utallige ganger før – tok en større mengde tabletter, ringte en venninne som ringte legevakten, ble lagt inn på medisinsk avdeling for pumping, for så å overføres til en ny akuttavdeling. Der ble hun skrevet ut neste morgen. Til sin egen og foreldrenes store fortvilelse. Den korte begrunnelsen hun fikk var at «forskning viser at det er kontraindisert å legge inn personer med din diagnose».

Jeg opplevde begge innleggelsene hennes som fulle av dilemmaer. På den ene siden var jeg provosert av det jeg opplevde som en objektiviserende holdning til henne som pasient, på den andre siden ønsket jeg å fastholde en faglig lojalitet til kollegaer på avdelingen og ikke bli med i «krigføringen» hennes. På den ene siden kunne jeg forstå tanken om å ikke forsterke destruktiv atferd, på den andre siden ga denne holdningen ingen mening for meg slik den ble utformet her. På den ene siden sier forskning at pasienter med denne diagnosen ikke profiterer på lengre sykehusopphold, på den andre siden sier forskning at korte kriseopphold kan være nyttige. Og når i behandlingsprosessen gjelder dette?

Da Anna ble innlagt siste gang, var hun et annet sted i livet. Hun var i bedring, hun hadde profitert på tidligere opphold, og hun var i en sårbar situasjon: Hun hadde mistet en pårørende, og behandlingen skulle snart avsluttes. Dessuten hadde hun en gryende fornemmelse av seg selv og egne behov. Hun sa: «Jeg trengte bare to dager inne for å snu situasjonen og stole på meg selv igjen. Men det virket som om jo mer jeg sa det, jo sikrere var de på å skrive meg ut.» Jeg forsto henne så altfor godt. Og jeg tror vi begge kunne stilt det samme spørsmålet: Hvor frisk skal man være for at et slikt behov er gyldig?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 12, 2014, side 1026-1028

TEKST

Margrethe Seeger Halvorsen