

# Personlighetsforstyrret og behandlingsresistent

# PSYKOLOGI



ILLUSTRASJON Hilde Thomsen

Etter 20 år klarer jeg endelig å ikke bare spørre om det er meg det er noe galt med. Fanger dagens byråkrati, diagnosesystem og terapimetoder opp voksne med barndomstraumer og gir dem den behandlingen de trenger?

## TEKST

**Birgit Udem**

**PUBLISERT 6. november 2017**

## EMNER

Behandlingsresistent

Personlighetsforstyrret

Kognitiv selvhjelp

Psykoanalytisk

SÅ LANGT TILBAKE som jeg kan huske, har jeg prøvd å operere med ett prinsipp i alle relasjoner, enten nære eller fjerne: Beskytt deg selv, andre kan komme til å skade deg enten de vil eller ei. Men etterstreb ikke desto mindre å være så åpen, tolerant og interessert i andre som mulig, prøv å forstå dem selv når de ikke vil ha forståelse, og artikuler din forståelse både til deg selv og overfor dem. Ikke minst: Spør om du har forstått riktig, still direkte spørsmål. Prøv å finn ut hva som ikke fungerer. Og hvis du ser at noen trenger hjelp og du kan gi den, gi den. Strekk deg, og vær prinsippfast. Hvis du ikke kan gi eller foreslå hjelp, artikuler og innrøm din egen begrensning og før det opp som mulighet for fremtidig livslang læring.

Jeg tenker på det som reell empati. Det var det eneste jeg kunne tilby, og det var det eneste jeg selv ønsket meg, i mangel på livsmål og følelser.

### **Første behandlingserfaring**

Men jeg fikk kanskje for lite av det. Etter endt ungdomstid følte jeg i hvert fall at jeg trengte hjelp etter en vanskelig oppvekst som ingen hadde adressert, men heller forbigått med en stillhet som jeg hadde prøvd å bryte, delvis inspirert av offentlighetens hyllest til åpenhet. Jeg ble møtt med trivialisering, ironi, humor, kritikk, hjertesukk og enda mer taushet. Behovet for hjelp ble påtrengende etter videregående skole, da jeg ble frivillig støtteperson for en venninne som var blitt gravid etter en voldtekt. Hun ville holde det hemmelig. Jeg flyttet til henne i utlandet, mistet nattesøvnen og følte meg enda mer fanget i mitt eget hode hvor tankene raste i en uendelig runddans jeg ikke visste hvordan jeg kunne stoppe.

### **«Ikke engang ekspertene anerkjente at jeg led. Da led jeg kanskje ikke tilstrekkelig»**

Da jeg kom tilbake til Norge etter et halvt år, ordnet faren min fem timer hos psykolog. Hun hørte på meg uten å fortrekke en mine mens min kun delvis selvsensurerte selvbiografi veltet ut av meg innimellom snott og tårer. I retrospekt vet jeg at jeg følte skam over min egen selvmedlidenhet og ustrukturerte ordflom. Det var det eneste jeg følte. Ingen løsning, ingen lettelse. Ingen følelse av forståelse eller empati. Ingen hjelp. Etter siste time, da jeg var på vei ut døren, sa psykologen riktignok: – Du har opplevd mye vondt. Så la hun til: – Men du er så reflektert at hvis du noen gang skulle trenge å snakke med noen, kan du like godt snakke med en prest eller filosof.

Hvordan skal et slikt råd tolkes? Jeg forsto at hun prøvde å uttrykke forståelse. Men det føltes ikke sånn. Det skammet jeg meg også over, noe jeg først forsto to tiår senere. Men jeg følte at jeg hadde akutt behov for hjelp. Senere har jeg alltid tenkt på kommentaren hennes med ironi: Jeg fikk bekreftet egoet mitt, det kognitive. Det var det eneste jeg ikke trengte. Jeg visste at jeg var rasjonell, i overkant mye, trodde jeg. Likevel følte jeg at jeg led, på en måte som jeg fremdeles ikke tror at jeg kunne beskrevet, selv om jeg hadde blitt møtt av en aktiv lytter som viste oppriktig interesse for og evne til å møte mitt indre. Men jeg fikk ny innsikt: Ikke engang ekspertene anerkjente at jeg led. Da led jeg kanskje ikke tilstrekkelig. Det betydde at min eneste lidelse var selvmedlidenhet.

### **Kognitiv selvhjelpsstrategi**

Hun sa det aldri, men jeg tror spesialiseringen til min første psykolog var innenfor kognitiv psykologi, og det er nok noe av grunnen til at jeg alltid siden har vært skeptisk til denne faglige retningen. Men i mangel på noe annet har jeg likevel benyttet kognitive mestringsstrategier i stor skala i kampen mot egne tanker. Gjennom mine utallige depresjoner har jeg prøvd å identifisere mine negative tankemønstre og

bekjempe dem med systematisk tanke- og atferdsendring. Men depresjonen har blitt værende. Den har kun variert med styrke og stadig nytt kognitivt innhold og nye metakognitive mønstre så omfattende og intrikate at de kunne blitt en bok. Hvis de da ikke hadde vært så u håndgripelige.

Hvorfor feilet min kognitive strategi? Det var egentlig innlysende: Det var ikke det jeg trengte. I ettertid har jeg også lest at det kun fins evidens for å hevde at kognitiv atferdsterapi kan hjelpe halvparten av deprimerte pasienter (f.eks. Hjemdal og Hagen, 2012). Likevel kan jeg tenke at kanskje problemet mitt er at jeg ikke har søkt kompetent hjelp til å identifisere mitt mest sentrale negative tankemønster. Sentrale kognitive atferdsterapeuter hevder jo at deres metode kan behandle stort sett alle psykiske lidelser såfremt pasienten er motivert for endring. Alle tanker og holdninger som fastsettes i en avtale mellom behandler og pasient, kan endres for å gi livskvalitet, er påstanden (Wilhelmsen, 2011).

Men for meg skaper det igjen spørsmål om hvordan terapeuten kan bli enig med pasienten om hvilke tankemønstre som må endres. Hvordan klarer han å håndtere de tankene og følelsene som pasienten ikke har ord for, som ikke kan beskrives? Blir de respektert, oversatt, inkludert eller oversett? Blir de definert som manglende motivasjon? Og hva skjer hvis selvkritikken og optimismens hardtarbeidende språk feiler eller rettes mot feil problem, kan da utbrenthet bli den kognitive terapiens bivirkning?

## **Ortopeden og fastlegen**

Etter min første behandlingserfaring overspiste jeg og stakk fingeren i halsen. Men det løste ingenting, så etter et halvt år bestemte jeg meg for å overhøre rumlingen i mitt innvendige tomrom og legge fortiden bak meg. Livet virket uendelig meningsløst, derfor prøvde jeg desperat å finne og skape mening. Jeg studerte fag på fag. Jeg prøvde ut ulike hobbyer. Jeg prøvde forskjellige kjærester. Jeg stirret på skyer og blomster og suggererte meg glad. Jeg sosialiserte. Jeg skaffet meg den ene idealistiske jobben etter den andre. Jeg flyttet til land etter land. Ingenting virket. Tvert imot. Den eksistensielle tomheten tok etter hvert over alt, til og med tv-titting.

Jeg var rastløs og urolig, men likevel uten energi. Jeg ville være alene, men jeg trengte selskap. Jeg følte meg annerledes enn andre, men jeg forsto ikke hvorfor jeg ikke følte at jeg fikk kontakt med dem. Samtidig visste jeg at jeg ikke hadde kontakt med meg selv. Jeg hadde ingen støtte, bare belastende betroelser. Istedenfor sto jeg på utsiden av meg selv og oppfordret meg til å føle og ikke føle i samsvar med sosiale konvensjoner. Jeg prøvde å ikke være overopptatt av andres følelser, dempe oversensiviteten min for lyder og kontrollere min til tider malplasserte og ukontrollerbare irritabilitet som familie og venner syntes var ubehagelig, irriterende eller latterlig.

Selvforbedringsprosjektet mitt ble akkompagnert av prolaps og til slutt kroniske ryggsmarter. Jeg kunne ikke gå, stå, sitte eller ligge uten store smerter. Fastlegen sa jeg burde overse smerten, den satt bare i hodet. Ortopeden som avslø operasjon fordi prolapsene var for mange, rådet meg til å akseptere situasjonen. Det prøvde jeg, men

søvnplagene mine ble også kroniske, og min pessimistiske verdensanskuelse nådde et bunnpunkt. Jeg mistet troen på at jeg hadde noen verdi overhodet. Til slutt sto jeg uten inntekt, rettigheter, familie og sosiale relasjoner. Jeg kunne ikke utstå hodet mitt. Jeg så for meg at jeg var et tomt skall med høyspente elektriske nervebaner som slo gnister i hjernens synapseoverganger. Ødelagt sikringsskap.

Nærmere to tiår brukte jeg på mislykket selvhjelp. Da jeg var midt i 30-årene, gikk jeg til fastlegen uten mimikk og et indre fullt av desperasjon, uten kunnskap om systemet og ute av stand til å artikulere min totale misère. Jeg fikk så vidt stotret frem at jeg trengte samtaleterapi fordi jeg trodde jeg var langvarig deprimert, og nå var jeg også arbeidsledig. Fastlegen så ikke på meg, men på den berømte skjermen og konstaterte at ifølge forskning gir antidepressiva best effekt mot depresjon. Jeg kunne ikke vise til forskningsartikler som motsa henne, selv om jeg visste at de fantes. Men jeg fikk sagt at jeg hadde prøvd fluoxetin, det hadde ikke virket. Jeg ønsket ikke flere piller. Hun sa hun kunne sende en henvisning til spesialisthelsetjenesten, og så var mine tilmålte ti minutter over. Jeg hadde aldri hørt om spesialisthelsetjenesten, men den sendte meg i hvert fall et kort brev med beskjed om avslag. Ingen begrunnelse. Legen hørte jeg ikke fra. Jeg tolket det som et byråkratisk tegn på at jeg ikke fortjente hjelp.

Jeg slepte meg gjennom nok et år som levende død, før jeg fant ut hvordan jeg skulle skifte fastlege. Denne gangen ba jeg spesifikt om henvisning til avtalespesialist, og jeg presset frem noen tårer til tross for at jeg ikke hadde trodd at jeg evnet det, og følte det var en manipulerende gest. Men jeg fikk en henvisning. Finne psykolog måtte jeg selvfølgelig klare selv.

## **Psykoanalytisk potensial**

Tre uker brukte jeg på å bestemme meg for hvordan jeg skulle utforme e-posten som jeg sendte til åtte psykologer. Den eneste som svarte, psykoanalytiker og spesialist i intensiv psykoterapi, ga meg time uken etter. Jeg hadde forberedt meg på avslag eller månedslange ventelister, så jeg var lettet. Psykoanalytisk terapi var dessuten det jeg ønsket, det var det eneste alternativet jeg visste om.

Jeg håpet at psykoanalysens tålmodige vektlegging av barndom og det underbevisste ville gi bedre muligheter for å komme til bunns i hvilke problemer jeg hadde. Jeg hadde kanskje også en forventning om at terapeuten ville kunne hjelpe meg med å identifisere, artikulere og løse mine ofte intenst konfliktfylte følelser og tanker. Jeg vet ikke hva jeg så for meg som resultat: at min undefinerbare psykiske smerte skulle forsvinne, at jeg skulle finne ut hva jeg vil bruke livet mitt til og oppleve litt ektefølt glede og livsgnist uten mental pisk, finne mening i relasjoner, kanskje lære å verdsette foreldrene mine som sikkert har gjort så godt de kunne, eller frigjøre meg fra dem, hva nå enn det innebærer. Men jeg var redd for å sette meg for høye håp, kanskje alt var umulig. Jeg var forberedt på å ta til takke med hva som helst.

Ingenting av dette klarte jeg å si i min første time da terapeuten spurte hvorfor jeg ønsket psykoanalytisk terapi. Ord hadde mistet sin verdi. Jeg hadde gitt opp jakten også på det meningsnivået, og jeg var redd for at han skulle kritisere meg. Men jeg husker at

jeg fikk en fornemmelse av følelser som takknemlighet og håp, kanskje mest av alt følte jeg respekt og redsel. Det burde jeg kanskje sagt, men jeg klarte ikke. Få har noen gang vist interesse for mine følelser, så jeg har ikke erfaring med å snakke om dem bortsett fra til meg selv. Den eneste oppmerksomheten de har fått, er kritikk, eller jeg har fått høre at jeg mangler dem. Og han spurte ikke.

### **Psykoanalytisk forvirring**

Den dagen startet et mønster som forvirret meg, som gjorde meg usikker på hva jeg skulle tenke og si. Eller om det var meningen at jeg skulle tenke og snakke i det hele tatt. Jeg visste at den psykoanalytiske terapeuten er tilbaketrukket, men jeg var ikke forberedt på at min ville etterlate meg alene i terapirommet. Slik opplevde jeg det.

Enkelte ganger fikk jeg en kort bekreftende kommentar og et empatisk tonefall. Men for det meste var han distansert. Jeg drømte at han var Freud. Jeg sa han minnet meg om faren min. Jeg opplevde at han bagatelliserte det jeg sa, noen ganger følte jeg meg nærmest latterliggjort. Mest av alt sa han ingenting, eller han kritiserte meg for ikke å si nok. Jeg følte meg avvist. Hvordan assosiere fritt om sitt indre med selvaksept, sittende eller liggende, foran en terapeut som virker kritisk og uengasjert. Jeg fikk det ikke til. Tankene satt fast i hodet, ordene satt fast i halsen. Allerede etter første uke fikk jeg mitt livs første panikkangstanfall, jeg fikk fornemmelsen av at hjernen min gikk i oppløsning, og at jeg holdt på å bli gal.

Jeg begynte å lese psykologi, for å finne en objektiv forklaring på hva som var galt med meg, og for å forstå ham. Jeg leste *Uro* av Finn Skårderud, fikk et nytt perspektiv på Kafka og oppdaget at jeg var skamfull. Det sa jeg. Ingen respons. Jeg nevnte komplekse traumer, men ble avfeid med at diagnosen ikke er oppført i diagnosemanualen. Han sa det med et ironisk tonefall, kanskje for å speile min egen etter hvert ustoppelige trang til å ironisere. Jeg vet ikke hva han ville oppnå, jeg kjente bare intens skam. Jeg leste om personlighetsforstyrrelser og kommenterte at jeg kjente igjen moren min i de histrioniske symptomene. – Javel, sa han. Jeg leste om eksponeringsterapi og tenkte at kanskje terapeuten mente at helbredelsen min lå i å bli utsatt for en intens versjon av faren min, selv om det føltes som tortur. Jeg leste om emosjonsfokusert terapi og spurte om han ville at jeg skulle bli sint. – Ikke nødvendigvis, svarte han.

Jeg følte meg fanget. I hodet og hos ham. Min frenetiske hjerneaktivitet skapte et uutholdelig, nærmest fysisk trykk i hodet. Jeg tenkte at jeg kjente meg som en trykkoker uten ventil. Den eneste grunnen til at jeg ikke imploderte, var at jeg hadde begynt med mindfulness. Der lærte jeg å observere det negative hodet mitt i detalj og akseptere den mer eller mindre konstante fortvilelsen med forlenget utpust. Jeg avfant meg med at for meg fins det ikke noe mer enn likegyldig eksistens. Alt går over, men alt forblir. Men jeg håpet også at kanskje, kanskje terapeuten min hadde en annen plan.

### **Krise uten katarsis**

Etter tre år i psykoanalytisk terapi mistet jeg jobben jeg omsider hadde skaffet meg. Jeg ble presset til å ta en ulovlig sluttpakke, som resulterte i to måneders karantene fra

NAV, etter å ha blitt utsatt for det jeg oppfattet som markeringsbehov og maktmisbruk fra lederne mine. Men det var jeg som mistet jobben, så jeg var usikker på om det kanskje var jeg som var det egentlige problemet.

Et halvt år senere hadde moren min, som jeg ikke hadde kontakt med, en psykisk krise som hun druknet i en alkoholpsykose og komplett nedverdiggelse. Hun havnet til slutt i varetekt. Deretter ble hun sendt til legevakten og videre til DPS, som hun rømte fra. Brødrene mine, som jeg nesten ikke hadde kontakt med, prøvde å få henne tvangsinnlagt grunnet frykt for hennes og andres liv. Helsevesenet var ikke interessert, der ble de avfeid uten hjelp eller veiledning. Jeg ringte en sosionomutdannet venninne og ba om råd. Hun hørtes nedlatende ut da hun lo og sa: – Jeg tror det skal litt mer til enn en diagnostisering fra deg for å få til en tvangsinnleggelse. Jeg ringte til politiet. De dro på husbesøk, men forlot moren min fordi hun bedyret at hun ville oppsøke hjelp etter at abstinensene hadde gitt seg. Jeg ringte fastlegen hennes, men han ville ikke snakke med meg.

Et halvt år etter det igjen begikk en barndomsvenninne selvmord. Da hun var et lite barn, ble hun utsatt for seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Hun hadde vært dypt ensom, og bak den selvtilstrekkelige og mestrende fasaden fryktet jeg at hun drakk for mye og utsatte datteren sin for emosjonell omsorgssvikt. I flere år hadde jeg prøvd å overbevise henne om å gå i terapi. Hun sa hun var redd for å bli retraumatisert, og hun kunne ikke glemme sine negative psykologmøter i BUP i tenårene. Til slutt begynte hun. Så sluttet hun og tok sitt eget liv. Jeg holdt tale i begravelsen, mens jeg lurte på om jeg var medskyldig, og jeg hadde dårlig samvittighet fordi jeg var sint på de sørgende omgivelsene for ikke å ha innsett alvoret før det var for sent.

Da jeg hadde fortalt terapeuten om moren min, rystet langt inn i stabiliseringsmuskulaturen, sa han bare: – Da var timen over. Så tok han ferie uten å si ifra. Etter begravelsen til venninnen min foreslo han at jeg kunne bli profesjonell taleskriver.

Kanskje han ikke oppfattet at jeg var overveldet? Kanskje han mente at jeg hadde vært gjennom vanlige hendelser som ethvert menneske bør kunne tåle og håndtere på egen hånd? Eller kanskje han harselerte med innestengt sorg og smerte for å fremprovosere en reaksjon, uten å innse at jeg ikke vet hvordan jeg skal være sint eller lei meg?

Det negative tankekaoset ble intenst og permanent. Jeg tenkte stadig mer på selvmord, og jeg begynte å bli redd for at jeg kom til å gjøre noe jeg ikke ville kunne angre på. Men istedenfor å snakke til meg på en måte som ikke føltet som rollespill, sendte terapeuten min meg til spesialisthelsetjenestens psykiatriske vaktjeneste. Der ble jeg møtt av en psykiater som konkluderte med at jeg verken var psykotisk eller aktivt suicidal og ga meg veiledning: Forskning sier at pasienter ofte blir bedre når de slutter i terapi, og hvis ikke kunne jeg for eksempel finne en psykodynamisk terapeut. Den andre gangen terapeuten min sendte inn en bekymringsmelding, ble jeg oppringt av en miljøterapeut som foreslo at jeg kunne prøve å kjenne på sinnet mitt. «God idé», sa jeg og takket for rådet.

Jeg visste ikke hvordan jeg kunne bruke de ubrukelige rådene, derfor fortsatte jeg hos psykoanalytikeren. Vi vitset om filosofi, psykologi, livet og meg. «Tror du at du driver med proaktiv identifikasjon?» spurte han blant annet med et lurt smil. «Det kan jo ikke jeg vite, jeg synes det er vanskelig bare å forstå hva det betyr. Det er du som er ekspert», lo jeg og smilte lurt tilbake selv om jeg ikke skjønnte vitsen med leken. Han begynte å kutte i timene mine. Noen ganger avbrøt han halvveis. En gang glemte han timen min. Kanskje det var hans ubevisste måte å si til meg at jeg skulle pelle meg vekk, selv om han sikkert prøvde å være profesjonell. Helt til han en dag sa at han ville henvise meg til DPS med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Jeg googlet og forsto ingenting. Jeg syntes det passet bedre på moren min. Men så leste jeg at forstyrrelsen ofte overføres som miljøarv, og jeg tenkte at jeg kanskje har dårlig selvinnsikt. «Det var synd det ikke virket», var det eneste han hadde å si da han avsluttet terapien etter fire år.

### **Utredning i spesialisthelsetjenesten**

Jeg fikk brev fra DPS. Ventetid: 9 uker. Ingen annen informasjon. Jeg fikk kopi av epikrise som eks-terapeuten min sendte til DPS. Han skrev at han feilaktig hadde fokusert på mine depressive sider og oversett at jeg har alvorlig personlighetsproblematikk. Jeg er emosjonelt ustabil type borderline, tidvis suicidal med sannsynlige grandiose forestillinger om meg selv. Ingen begrunnelse, bare påstand og anekdotisk materiale tatt ut av kontekst og satt i en sammenheng jeg ikke kunne kjenne meg igjen i. Det opplevdes mest som et karakterdrap. Jeg strittet imot, men tenk hvis han hadde sett riktig likevel og jeg tok feil.

**«Det var synd det ikke virket»,  
var det eneste han hadde å si da  
han avsluttet terapien etter fire  
år»**

Jeg leste om hvordan emosjonelt ustabile pasienter ofte mottar mindre hjelp i helsevesenet enn andre pasientgrupper fordi de er så uforståelige, virker manipulerende og inspirerer til mindre empati (Black et al., 2011). Jeg forstår at de kan være vanskelige å forholde seg til, det er noe av grunnen til at jeg kuttet kontakten med moren min. Jeg taklet blant annet ikke å bli fortalt hvor utrolig glad hun var i meg, bare for å høre neste dag at jeg var en egoist som ikke var glad i henne. I årevis prøvde jeg å distansere meg fra den ambivalente fordømmelsen og følelsen av at jeg berøvet henne for det hun trengte mest, helt til jeg på terskelen til voksenlivet besluttet at løsningen hennes ikke lå i at jeg ofret meg selv. Men jeg forstår likevel ikke hvorfor disse pasientene får mindre hjelp når det er dokumentert at flesteparten har hatt en umenneskelig barndom (McLean og Gallop, 2003). Det tror jeg på: Gjennom hele oppveksten betrodde moren min meg at hun gjennom hele oppveksten sin hadde blitt utsatt for både seksuelle overgrep, grov fysisk vold og omsorgssvikt. Hun ble aldri sett og trodd, og hun fikk aldri hjelp. Hun fikk bare beskjed om å ta seg sammen.

Jeg syns dermed ikke hennes uforståelige oppførsel er uforståelig. Men det er kanskje bare jeg som forstår at hun ikke kan stole på noen, ikke engang seg selv. Jeg har tross alt sett hva som skjer når den hardt tilkjempede fasaden hennes bryter sammen: Jeg har sett henne overveldes av følelser og minner fra fortiden, sett henne vrenge sjelen sin i fortvilelse og hjelpeløshet, hørt henne skrike etter nåde, tilgivelse og kjærlighet – og noen ganger klynke med forvrengt barnestemme. Jeg har alltid visst at hun ikke burde gjort det, men jeg har alltid forstått hvorfor hun gjorde det: Hun var desperat, hun hadde ikke kontroll, og det var ingen andre som ville lytte til henne. Men kanskje slikt bare gjør uutslettelig inntrykk på et ungt sinn. Som ikke klarer å tenke på annet enn at noe, noe må jeg jo gjøre for å redde mamma og meg. Spesielt siden alle andre ser en annen vei.

Jeg trosset vissheten om at hun kom til å forbanne meg nok en gang og brukte tiden mens jeg ventet på DPS til å skrive det brevet til Fylkesmannen som jeg hadde tenkt på i et halvt år, hvor jeg klagde på kommunens manglende helse- og omsorgstjenester til moren min. Jeg fortalte historien hennes slik jeg tror den har blitt fortalt til meg, for det meste på sengekanten min nattestid etter en flaske vodka eller to. Jeg forklarte at hun har dyp mistillit til helsevesenet, men at hun trenger hjelp for å avverge fremtidige kriser. Jeg følte meg mer ustabil enn noen gang. Jeg var livredd. Kom DPS til å gi meg den hjelpen jeg trengte? Kom moren min til å få hjelp fra en kompetent psykolog som evnet å vinne hennes tillit?

I møte med frontlinjen ved DPS ba jeg om ISTDP-terapi, og jeg fikk høre at det var en god idé. Tre uker senere møtte jeg en ung, nyutdannet psykolog, og han sa han skulle utrede meg en gang i uken over to-tre måneder. Dagpengene mine tikket, og jeg forsto ikke hvorfor det måtte ta så lang tid, jeg trengte hjelp for å kunne få meg en jobb og stå i den. Men for mitt indre øre hørte jeg min mors stadige sarkastiske kommentar, beggars can't be choosers, og jeg nikket samarbeidsvillig. Psykologen var dessuten tydelig og passe empatisk, det virket som han var trygg på seg selv, og at han ville meg vel.

Han ga meg den tentative diagnosen uspesifisert personlighetsforstyrrelse med emosjonelt ustabile trekk i form av kronisk tomhetsfølelse og noen impulsive trekk, uttalt grubling/bekymring, kritisisme overfor selv, pessimistisk innstilling og en kronisk lav selvfølelse. Han understreket at det var en hypotese og luftet samtidig faglig misnøye med diagnosesystemets manglende vitenskapelighet og særlig de planlagte pakkeforløpene. Jeg spurte ham hva psykologer gjør med det. – Nei, det er vel ikke så mye å gjøre, bare håpe at det til slutt blir tydelig hvor ødeleggende det er, konstaterte han. Jeg satt pris på ærligheten hans, men tenkte at en så tilbakelent holdning ikke hjelper dem som lever en kamp på liv og død. Er det bare vi som må ta ansvar for egen avmaktsfølelse?

**«Jeg vet egentlig ikke noe annet  
enn at livet ikke er verdt å leve.  
Men jeg vil leve likevel»**



Diagnosen min utløste kun 15 timer terapi med ham, to ganger i måneden, med fokus på affekt. Jeg takket nei fordi jeg hadde fått prøvetime hos avtalespesialist, men i løpet av utredningen hadde jeg bedt ham om å få psykologerklæring for å søke arbeidsavklaringspenger. Jeg hadde innsett at det fantes ingen annen utvei. Men det kunne han ikke gi meg, annonserte han den siste timen. Jeg klarte ikke å si noe, selv om jeg ikke forsto. Det sto i epikrisen hans at jeg var ressurssterk, men det sto da også at jeg var syk, trodde jeg, og at jeg har en latent selvmordsrisiko. Han kunne selvfølgelig ikke lese tankene mine, men han konkluderte med at jeg kunne søke sosialstøtte hvis jeg ikke fikk jobb før dagpengene rant ut.

Jeg tenkte på reaksjonen min da jeg under utredningen på DPS hadde fått vite i en bisetning at utrederen ville bli min behandler, men at han *ikke* var ISTDP-terapeut. For første gang noensinne hadde jeg knekt sammen i en krampegråt jeg ikke klarte å holde tilbake. Han hadde spurt meg hva det gjaldt, og jeg hadde hikstet: – Det er aldri noen som vil hjelpe meg. Han hadde sagt det gjorde inntrykk, at han i hvert fall ønsket å hjelpe meg. Og for meg var det faktisk greit. Nå tenkte jeg: Diagnose og empati uten konsekvens, helvete forblir individuelt. Han takket for samarbeidet, ønsket meg god jul og lykke til videre. Med et varmt smil.

Men jeg hadde ingen å feire jul med, og julepresangen min var et brev fra Fylkesmannen med beskjed om at saken knyttet til min mor var avsluttet. Kommuneoverlegen hadde avlagt hjemmebesøk, moren min ønsket ikke å motta kommunens tjenester, og Fylkesmannen fant ikke grunnlag for videre oppfølging. Jeg satt nok en gang bare igjen med spørsmål som ingen ville svare på. Hvor vanskelig må barndommen ha vært, hvor stort må lidelsestrykket være, hvor overveldende må livet oppleves, og hvor håpløs må fremtiden fortone seg for at en psykisk syk person skal få kompetent hjelp?

## **Jakten på forståelse**

Hvor ligger feilen? Det er et annet spørsmål jeg har stilt meg selv med jevne mellomrom de siste tre-fire tiårene.

I meg selv, som oppviser feil hjelpesøkende atferd og vokabular, eller som tror jeg har et problem jeg egentlig ikke har? I familien min? I samfunnet? I systemet? Hos legene, psykiaterne eller psykologene, eller i summen av alle de individene som ikke har villet snakke med meg, erkjenne at jeg har et reelt problem, og hjelpe meg å finne en løsning? Eller er jeg rett og slett så uheldig at biologien, miljøet eller kulturen har tildelt meg en ekskluderbar psyke som medisinen og psykologien ikke kan helbrede? Kanskje jeg bør selekteres vekk. Kanskje jeg til tross for barnekonvensjoner, fine menneskerettigheter og flotte sosialdemokratiske nyttårstaler egentlig ikke har livets rett?

Men nå vet jeg at det er dokumentert at så mye som ti prosent av befolkningen i løpet av oppveksten blir utsatt for opplevelser som de fleste vil oppfatte som traumatiserende (Nordanger, Braarud, Albæk & Johansen, 2011). Nyere forskning innenfor utviklingspsykologi, nevrobiologi og traumepsykologi har i tillegg demonstrert at traumer er spesielt skadelige nettopp når de skjer i barndommen, og særlig når selve

tilknytningsrelasjonen blir traumatiserende. Barn ender opp med en dissosiert personlighetsstruktur som ikke klarer å integrere traumene kognitivt og emosjonelt. Dermed blir det umulig å legge traumene bak seg. Traumene blir istedenfor en uutholdelig, fragmentert og uforståelig del av dem selv (NOU 2012:5, s. 191–213). Jeg tror det betyr at det er mulig å virke autonom, rasjonell, ressurssterk og reflektert, selv når væremåten er automatisert.

Barn som utsettes for traumatiserende omsorgssvikt, lever dermed *ikke* resiliente liv i voksen alder uten behandling, takket være fordelaktige gener, slik det kanskje har vært beleilig å anta (f.eks. Torvik & Rogmo, 2011, s. 6). De som eventuelt gjør det, utgjør unntaket heller enn regelen. Langt de fleste opplever istedenfor angst, depresjon, isolasjon, svakt selvbilde, emosjonelle og relasjonelle vansker, retraumatisering, rusmisbruk, suicidalitet og somatiske plager. Forskning antyder heller at barndomstraumer er den største årsaken til psykiske lidelser (NOU 2012:5, s. 191–213). Det overrasker ikke meg. Jeg kjenner så mange av dem som ingen ser og alle prøver å overse, mennesker som har gitt opp.

Men jeg spør meg selv om grunnen til at jeg endte opp med en uspesifisert personlighetsforstyrrelse og en oppramsing av symptomer med tilbud om litt uspesifisert terapi rettet mot affekt, er at ingen jeg har møtt, har tenkt at jeg kan være traumatisert.

Fokus i traumeforskning har vært mest på traumer som følge av fysisk mishandling og seksuelle overgrep, og jeg fikk spørsmål om jeg har hatt slike opplevelser, under utredningen. Men det fins studier som viser at emosjonell neglisjering og trakassering også kan være traumatiserende og noen ganger til og med like skadelig. Det fikk jeg ikke spørsmål om. Jeg hadde uansett ikke visst hvilket innhold jeg skulle gi slike faglige begreper. På samme måte som jeg ikke visste hva jeg skulle svare på spørsmålet: «Hadde du en følelse av utrygghet i barndommen?» – Tja, hvem har ikke hatt det?

Ifølge mine erfaringer er kunnskap om barndomstraumer ikke integrert i det psykiske helsevesenet. Legene er fremdeles de som vurderer, henviser og ofte til og med behandler oss psykisk syke – med piller eller en overfladisk samtale om livet. Det gjør de uten psykologisk kompetanse som kan gjøre meningsfull kommunikasjon, kompetent vurdering og henvisning til relevant behandling mulig. I spesialisthelsetjenesten, hvor i hvert fall jeg håpet å få kompetent behandling, fikk jeg til slutt ikke annet enn en stigmatiserende diagnose. Ikke i noen deler av det psykiske helsevesenet har jeg opplevd å få kunnskapsbasert veiledning om eller hjelp til å finne virksom behandling. Jeg sitter kun igjen med et inntrykk av at det psykiske helsevesenet regjeres av et noe forenklet evidensprinsipp: Alle terapeuter og terapiformer gir effekt uansett problem, det eneste som betyr noe, er den terapeutiske alliansen. Og hvis den ikke virker, er det egentlig bare pasientens problem.

Som resultat tror jeg det fins svært mange voksne traumatiserte barn som føler at de er blitt retraumatisert i det psykiske helsevesenet, hvor de istedenfor å få kompetent forståelse og behandling blir møtt med meningsløs og i beste fall velmenende

kommunikasjon, trivialisering, hjertesukk, diagnoser som patologiserer dem, men ikke årsaken til problemene, og såkalt evidensbasert, men utilstrekkelig og noen ganger skadelig terapi. Vi smiler, takker og klamrer oss til håpet og livet. Mens vi helt alene kjemper som best vi kan for ikke å såre eller støte andre og bli fanget i oss selv. Utslitt. Sviktet om og om igjen.

### **Jakten på en annen løsning**

Jeg vet ikke om jeg lever opp til diagnosekravene for komplekse barndomstraumer, kronisk depresjon eller personlighetsforstyrrelse, eller om det ville ligge merverdi i å bruke enda flere utredningskroner på eventuelt å endre stempelet. Jeg vet egentlig ikke noe annet enn at livet ikke er verdt å leve. Men jeg vil leve likevel.

Heldigvis klarte jeg til slutt, i en alder av 40 år, å finne en psykodynamisk terapeut med spesialisering i ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy).

I første time snakket vi om hvordan hun minnet meg om moren min. Hun tok initiativ til det, og jeg opplevde noe jeg aldri før har erfart: en person som forandret seg foran øynene mine. Bokstavelig talt. En kort samtale om et flyktig misbilligende blick og min nye terapeut virket genuin, interessert og empatisk istedenfor forutinntatt, skeptisk og likegyldig.

Hun har klart å etablere en samarbeidsallianse, og jeg stoler på henne. Skyldes det fellesfaktorer eller metode? Kanskje det er en kombinasjon. Hun klarer å møte meg på en måte som jeg ikke klarer selv, med empati. Den føles ikke mekanisk som en metode, men heller naturlig og ektefølt. Det er viktig, og handler kanskje om personlighet og livserfaring selv om psykodynamiske terapeuter generelt prøver å fremme en allianse basert på respekt, tilknytning og empati.

Men det er muligens metoden som gjør at empatien ikke føles overbærende, insisterende eller generalisert, men heller kompetent, reell og relevant. Hun tar utgangspunkt i mine følelsesmessige reaksjoner istedenfor i M.I.N.I., SCID-II eller andre standardiserte spørreskjema som kategoriserer dem. I likhet med traumepsykologien, som vektlegger toleransevinduet og kunnskap om optimal angstaktivering for ikke å overvelde eller passivisere pasienten, fokuserer hun dessuten på angstregulering (Nordanger & Braarud, 2014). Kanskje metoden tillater henne å heller vektlegge den psykologiske forståelsen av at et traume er en subjektiv opplevelse av overveldelse som resulterer i hukommelsestap eller annen frakobling? Kanskje hun dermed forstår at jeg kan mangle tilgang på traumeminner eller den kognitive og emosjonelle forståelsen av dem?

Hun har gjort meg oppmerksom på at jeg blir overveldet av angst for følelser blant annet når jeg snakker om min mor, far, tidligere sjef, samboer og terapeut. Jeg blir svimmel, begynner å røpe, opplever tankekjør eller at hjernen går i blank. Hun påpeker også når jeg unngår vanskelige følelser ved hjelp av forsvarsmekanismer som humor, rasjonalisering og intellektualisering. Mest av alt overser jeg de signalene kroppen min

sender meg. Det har vært overraskende for meg å oppdage selv om jeg har lest at det er en vanlig reaksjon (Hansen, Bakkevig, Langvasbråten & Solbakken, 2013).

Slik har hun vist meg veien til den forløsende gråten og hjulpet meg til å begynne å sørge. Hun ser reaksjonene og følelsene mine før jeg oppdager dem selv, og hun klarer å møte dem på en måte som gjør at jeg verken føler meg krenket, fanget, skamfull, misforstått eller kritisert. Når hun tror hun ikke forstår, stiller hun direkte spørsmål. Når jeg klarer å si ifra om at jeg tror hun tar feil, da takler hun det og. Jeg føler meg trygg på at hun vil forstå, respektere og hjelpe meg med å bearbeide det enorme sinnet, kulturelt legitimt eller ikke, som jeg innerst inne vet at jeg har. Den tryggheten trengs fordi jeg tror sinnet kan være større enn tusen hav. Da er det også godt å vite at jeg har et hjerte. Det har hun sagt, og jeg håper det er sant.

Jeg føler jeg er i en prosess for å komme i kontakt med meg selv, og for å slippe å kjempe mot fortidens følelser i møte med vanskelige relasjoner og realiteter. Mens jeg venter på at jeg skal klare å være meg i verden på en måte som gagnar meg og den, har terapeuten min skrevet en psykologerklæring som jeg kan kjenne meg igjen i, og som NAV har forstått: Jeg har tilbakevendende depresjoner, søvnproblemer og konsentrasjonsvansker. Jeg er sterkt selvkritisk og har sosial aktiverbar angst som følge av tidlige relasjonelle traumer. Derfor trenger jeg hjelp til å finne en jobb og et arbeidsmiljø som kan passe for meg.

Fryktfølelsen er ikke lenger konstant. Nå ler jeg også av og til uten å føle meg dysfunksjonell.

### **Mitt løsningsforslag**

Har mine erfaringer overføringsverdi? Selv tenker jeg at jeg er nok et eksempel på at det psykiske helsevesenet og forskningsagendaen bør reformeres bort fra en psykiatrisk til en oppdatert psykologisk forståelsesmodell. Men først syns jeg at byråkratiet bør omgås for å tilby effektiv terapi til behandlingsresistente pasienter og voksne som strever med livsødeleggende barndomstraumer. De fortjener kanskje omsider å bli prioritert, å få høre at tiår på tiår i det individualiserte helvete er mer enn nok. Det bør innebære å videreutdanne mange nok ISTDP-terapeuter og utvikle en informasjonskampanje med oppklarende informasjon om ettervirkninger av komplekse barndomstraumer. En kampanje som kommuniserer med målgruppens livserfaringer istedenfor alle andres, og som i hvert fall ikke sier at hvis du føler at du trenger hjelp, så ta kontakt med fastlegen din eller ring SOS.

ISTDP virker ikke bare mot PTSD. Så vidt jeg har forstått, er det faktisk den eneste terapimetoden som ikke bare kan vise til usedvanlige behandlingsresultater for såkalte behandlingsresistente pasienter, men også for de fleste diagnosene som kan dekke over komplekse barndomstraumer. ISTDP ble ikke utviklet som traumebehandling, men jeg tenker at det kanskje er den metoden som gir best mulighet for å integrere traumatiske opplevelser fra barndommen kognitivt og særlig emosjonelt. Metoden har hjulpet svært mange av de som alle andre har gitt opp (Solbakken & Abbass, 2013).

Dere psykologer er de eneste som kan si til politikere, leger, psykiatere, byråkrater, hverandre og til dere selv med faglig fynd og klem: Du skal ikke tåle så inderlige vel den urett, smerte og skam som ikke rammer deg selv! Hvis oppfordringen til reell empati ikke nytter, kan dere redusere meg til et samfunnsøkonomisk argument. Jeg tror ikke at det fins noen gyldig rasjonell grunn til å velge bort den beste tilgjengelige behandlingsmetoden som per i dag kan gi endring og reell hjelp til de av oss som ikke var så heldige å få en god nok barndom og oppvekst, og som ikke har resiliente gener eller andre faktorer som kan beskytte oss mot en belastende bagasje vi faktisk ikke har skyld i selv. Da er det kanskje heller ikke riktig at vi alene skal måtte bære ansvaret for den? ✕

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 11, 2017, side 1090-1099*

#### TEKST

**Birgit Udem**, pasient

+ Vis referanser

#### Referanser

- Black, D.W. et al. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 67-74. Doi: 10.1017/s109285291200020x
- Hansen, R.S., Bakkevig, J.F., Langvasbråten, B., & Solbakken, O.A. (2013). Følelser som forandrer - Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 838-844. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=330462&a=3](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=330462&a=3)
- Hjemdal, O., & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(1), 59-63. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=162829&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=162829&a=2)
- McLean, L.M., & Gallop, R. (2003). Implications of Childhood Sexual Abuse for Adult Borderline Personality Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(4), 369-371. Doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.369
- Nordanger, D.Ø., Braarud, H.C., Albæk, M., & Johansen, V.A. (2011). Developmental trauma disorder: En løsning på barntraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(11), 1086-1090. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=157507&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=157507&a=2)
- Nordanger, D.Ø., & Braarund, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som en ny modell i traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(10), 530-536. Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=424651&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=424651&a=2)
- NOU 2012:5 (2012). *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som en ny modell i traumepsykologi*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/>
- Solbakken, O.A., & Abbass, A. (2013). Effective Care of Treatment-Resistant Patients in an ISTDP-Based In-Patient Treatment Program. *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 516-522. Doi: 10.3928/00485713-20131105-07
- Torvik F.A., & Rognmo, K. (2011). *Folkhelseinstituttet Rapport 4/11*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/rapport-20114-p...>

Wilhelmsen, I. (2011).  
Stavanger: Hertervig Akademisk.