

Behandling av kompleks PTSD krever tid og ressurser



Vi vet hva gjentatte krenkelser fra de nærmeste gjør med et menneske, og hva som skal til for at bedring kan skje. Men behandlingstilbudet reflekterer ikke fagfeltets kunnskap.

TEKST

Cathrine Meyer Amundsen

Randi Therese Lindtner

Eli Karoline Kvendseth

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PUBLISERT 1. juni 2019

EMNER

PTSD

kompleks PTSD

Erfaringsgjennbruk

Gjentatte og alvorlige krenkelser kan føre til det vi i dag omtaler som kompleks posttraumatisk lidelse (kompleks PTSD). Krenkelsene kan ta form av vold, overgrep, omsorgssvikt, psykisk terror. Eller alt sammen. Teori- og erfaringsgrunnlaget for behandling av komplekse traumelidelser er i utvikling. Dette kunnskapsgrunnlaget forteller oss at samfunnet som helhet kan og må satse på forebygging, og at det er nødvendig at kunnskapen når langt utover helsesektoren. Specialisthelsetjenesten må

på sin side ta ansvar for å sette virksom behandling inn i et system som anerkjenner den sammensatte problematikken som kompleks PTSD utgjør. Både av hensyn til pasientene og behandlerne. Til dette trenger vi ressurser nok til å gi et helhetlig tilbud over tilstrekkelig med tid.

«År med traumatiske opplevelser setter spor i store deler av ens væren. Skal vi hjelpe disse menneskene, trenger vi derfor tid»

En hjelpende ramme

Betegnelsen kompleks PTSD tilbyr en overordnet ramme for å forstå en rekke symptomer på flere psykiske lidelser, somatiske helsevansker og personlighetsproblematikk som antas å stamme fra gjentatte og alvorlige krenkelser. Diagnosen er formelt innført i den siste versjonen av Verdens helseorganisasjons diagnosesystem International Classification of Diseases (ICD-11), og erstatter diagnosen vedvarende personlighetsendring etter katastrofale hendelser (F62.0) fra ICD-10. Slik skilles problematikken fra posttraumatisk stress (F43.1), som beskriver reaksjoner knyttet til enkelthendelser. Diagnosen kompleks PTSD gjør det altså mulig å formelt beskrive disse pasientenes komplekse symptombilde bedre enn før.

Dagens spesialisthelsetjeneste sitter på en faglig kompetanse som kan hjelpe mennesker som strever med de psykologiske følgene av kompleks traumatisering. Vi kan gi tverrfaglig behandling med et psykoterapeutisk og poliklinisk tyngdepunkt. Tidligere har mangelen på en tilstrekkelig teoretisk forståelsesramme bidratt til at «brannslukking» i form av symptomlettende medisiner og akutte innleggelser ofte har utgjort en stor del av spesialisthelsetjenestens bidrag i disse sakene. Nå kan vi i tillegg arbeide systematisk for varig bedring i livskvalitet og funksjon.

Vi kan bidra til at mennesker med komplekse traumer forstår hvordan de vonde opplevelsene har påvirket dem. Videre kan vi hjelpe dem med følelsesregulering og grensesetting, og vi kan lære dem å bringe seg selv tilbake til «her og nå» når overveldende minner og gamle reaksjonsmønstre spilles ut. Det er utarbeidet mye god og lett forståelig psykoedukasjon som gjør det kaotiske forståelig, fellesmenneskelig og håndterbart, og mange av pasientene drar nytte av å delta på psykoedukative kurs med andre i samme situasjon, der også skammen og opplevelsen av å være alene kan dempes. Vi har også gode erfaringer med å tilby psykomotorisk bevegelsesgruppe, der kroppen gradvis tas tilbake. Utstyrt med en ny forståelse for sine egne reaksjoner og med nye verktøy for å tåle minner og følelser, kan mange pasienter gjennom individualterapi integrere det de har opplevd, som en vond del av sin historie.

Praktisk hjelp

Våre erfaringer med å omsette kunnskapen vi har om kompleks PTSD, til en poliklinisk praksis, forteller at en slik tilnærming faktisk hjelper. Vi har sett hvordan mennesker med alvorlig traumeproblematikk gjennom behandling tar bolig i egen kropp, lever her og nå og skaper seg et liv som er kvalitativt annerledes. Vi ser at de kanskje for første gang i livet kjenner trygghet og kan tre ut i verden og bidra med sine ressurser – uten selv å brenne seg ut. Vi ser at det nytter.

Erfaringene forteller oss imidlertid også at det mangler eksplisitte rammer i behandlingssystemet som sikrer at pasientgruppen kan dra full nytte av denne kompetansen. Pasientgruppens vansker er tett sammenvevd med den enkeltes personlighet og tiltro til verden. År med traumatiske opplevelser setter spor i store deler av ens væren. Skal vi hjelpe disse menneskene, trenger vi derfor tid. Ofte godt med tid. Helseforetakene må også legge til rette for tverrfaglig samarbeid og gi rom for faglig påfyll og regelmessig veiledning. Det er avgjørende at klinikere gis mulighet til å avreagere og prosessere avtrykk i seg selv. Vi ser at dersom behandlerens følelsesmessige tåleevne fylles opp, stopper prosessen.

Erfaringsgjennbruk

Heldigvis trenger vi ikke finne opp kruttet på ny, men kan se til erfaringer som er gjort med andre pasientgrupper. Pasienter med kompleks PTSD er ikke den første gruppen med sammensatt problematikk som har medført kaos og uklarhet i behandlingssystemet. I psykoselitet har et fokus på felles problemforståelse og tett samkjøring av 1.-, 2.- og 3.-linjenes tilbud og ansvarsområder gjort det mulig å utarbeide behandlingsløp som bærer kompleksiteten i gruppens vansker og behov. Bærer rammene, kan pasient og behandler puste.

Vi kan og bør låne mye ifra dette arbeidet i våre møter med komplekst traumatiserte pasienter. Erfaringene fra psykoselitet viser at det er mulig å etablere et felles kart over terrenget for både behandler, pasient og samarbeidspartnere. Spesialisthelsetjenesten kan gjennom å tjene som informasjonsformidler og «tolk» dempe misforståelser og frustrasjoner som kan oppstå mellom pasienten og hans eller hennes nettverk, somatikken, NAV, utdanningsinstans eller arbeidsplass. Før denne pasientgruppen kommer i behandling, har de ofte tilsynelatende fungert i jobb og familieliv. Helt til vekten ikke lenger kan bæres, verken av kropp eller psyke. Uten å få kunnskap om dette, blir funksjonsfallet vanskelig for pasientens omverden å forstå. I krisesituasjoner og forverringsperioder trenger derfor poliklinikk og sengepost i 2. og 3. linje å snakke samme språk og møte pasientene på en måte som skaper trygghet. Og sist, men ikke minst: Denne gruppen har ofte egne barn. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og interne familieteam, barnevern, helsestasjon og lignende kan hjelpe den enkelte pasient i rollen som omsorgsgiver, samt barnet selv der det trengs.

«Mennesker som har levd et liv i krenkelse, er sviktet av samfunnet.

Behandlingsapparatet må derfor bære sitt reparerende ansvar»

Med inspirasjon fra arbeidet som blant annet gjøres i psykosefeltet, er det altså mulig for spesialisthelsetjenesten å etablere helhetlige behandlingstilbud som ivaretar mennesker med kompleks PTSD bedre enn i dag. Men i en tid der fokus er på effektivitet, kan man argumentere for at det nå er mindre rom for problematikk der behandling krever tid, bredt samarbeid og relasjonell reguleringshjelp i tillegg til symptomstring. Pasientpopulasjonen som spesialisthelsetjenesten er satt til å hjelpe, er sammensatt. Vi trenger en variasjon i tilbudene våre som avspeiler dette. Slik vi ser det, ivaretar ikke dagens behandlingsrammer mennesker med kompleks PTSD godt nok. Ei heller behandlerne som hjelper dem.

Reparerende ansvar

Mennesker som har levd et liv i krenkelse, er sviktet av samfunnet. Behandlingsapparatet må derfor bære sitt reparerende ansvar. Vi mener at behandlingstilbudet til denne gruppen må løftes høyt på helseminister Bent Høies dagsorden. Høie må anerkjenne at mennesker med alvorlige og komplekse traumer trenger sammensatt behandling over tid, og sørge for at spesialisthelsetjenesten tildeles de ressurser som trengs til dette arbeidet.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 6, 2019, side 434-437

TEKST

Cathrine Meyer Amundsen, psykologspesialist, Haukeland universitetssjukehus

Randi Therese Lindtner, psykologspesialist, Haukeland universitetssjukehus

Eli Karoline Kvendseth, psykolog, Haukeland universitetssjukehus

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen, Illustratør