

Overeksponert



Mangelen på tilbud i psykisk helsevern diskuteres ofte. Men min fortelling om egen innleggelse på et DPS viser at vi også må rette søkelyset på kvaliteten på hjelpen som tilbys.

TEKST

Per Thorvaldsen

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PUBLISERT 1. september 2020

Hjertet hamrer og hamrer. Det har det gjort i dagevis. Jeg ligger fullstendig utslått på en seng i et DPS. Jeg stiller meg fullstendig likegyldig til om jeg overlever eller ikke. Månedsvise med eksponeringsterapi har kjørt meg fullstendig i senk. En sykepleier sitter ved siden av meg og sier de befriende ordene «du må gi opp denne terapien», og gir meg medisinen jeg egentlig trenger. Hvordan jeg havnet i denne situasjonen? La oss starte der det begynte.

Fra mitt ståsted

Jeg har etter hvert rukket å bli 60 år og fikk bipolar diagnose etter en manisk episode i 2004. Da var jeg 45 år og hadde tidligere vært plaget med depresjoner og angst. Jeg bruker stemningsstabiliserende medisin og har vært i remisjon de siste ti årene. Påkjenninger som min kones død og egen kreft gjorde meg deprimert med lett insomnia våren 2018. Etter noen måneder fikk jeg tvangstanker og redsel for å skade noen i

psykotisk tilstand. Siden jeg ikke tidligere hadde hatt slike tvangstanker, var det skremmende. Det jeg opplevde, var en bipolar depresjon med komorbid angst og tvangslidelse. Jeg gikk til min fastlege, og til min lettelse fikk jeg plass ved en åpen mental institusjon. Velferdsstaten fungerte.

DPS-et som hadde plass til meg, bruker kognitiv atferdsterapi for å behandle sine pasienter. Jeg fortalte psykologen at jeg hadde bipolar depresjon og ønsket å komme i kontakt med min psykiater, som kjenner meg godt, slik at man kunne diskutere behandlingsmetode. Det ble ikke gjort, og jeg ble fortalt at den eneste måten å bli bedre på, riktignok aldri frisk, i det lange løp, var ved hjelp av eksponeringsterapi. Da hadde jeg faktisk vært i remisjon i ti år før innleggelse. Jeg ble også fortalt at jeg var ansvarlig for mine egne handlinger under oppholdet. I en tilstand av konstant panikk og følelse av manglende selvkontroll ble jeg gitt en lav dose antipsykotika primært for å bedre den dårlige søvnen. Institusjonen støttet aktivt opp under mine fordommer mot å bruke Sobril, og det gjorde at jeg ble utsatt for ekstreme mengder angst. Jeg har senere lært (Abramowitz et al., 2011) at beroligende tabletter kan minske effekten av eksponeringsterapi. Det eneste jeg ønsket, var skjerming, fred og ro. I stedet fikk jeg eksponeringsterapi.

Etter tre uker med behandling ble jeg ansett som frisk nok til å klare meg selv. Jeg ble utskrevet. Det virket mest som om det var DPS-ets behov for et ledig rom som var styrende. Ikke min mentale tilstand.

Rigid eksponering

Ute følte jeg meg alt annet enn frisk, så jeg flyttet inn til min 86 år gamle mor. Der var jeg en måned. I den perioden hadde jeg store problemer med søvnen samtidig som angst og tvangstanker satte meg ut av spill. Den siste uken før jeg ble innlagt igjen, var angsten ekstrem. Etter fastlegens anbefaling tok jeg 20 mg Sobril daglig. Den samme fastlegen fikk meg innlagt på ny, selv om det virket som institusjonen vegret seg.

**«Det virket mest som om det var
DPS-ets behov for et ledig rom
som var styrende. Ikke min
mentale tilstand»**

Per Thorvaldsen

På DPS-et fikk jeg tildelt den samme psykologen på ny. Psykologen bestemte at jeg skulle få enda mer intens eksponeringsterapi. I min desperasjon etter å bli frisk sa jeg ja til hva som helst. De ba meg slutte med Sobril, og dermed ble angsten og tvangstankene nærmest utålelige. I min andre periode i institusjonen følte jeg meg torturert av eksponeringsterapi og begynte å miste troen på at jeg noen gang skulle kunne fungere normalt i samfunnet igjen. Jeg tenkte at menneskene som behandlet meg, var vennlige, men at metoden var grusom.

I ren desperasjon ringte jeg min faste psykiater som jeg har hatt i mange år, og spurte om råd. Han foreslo å bruke antidepressiva for å bli kvitt depresjonen med tilhørende tvangstanker. Han fortalte meg også at de skremmende tvangstankene var angst. Jeg uttrykte bekymring for at antidepressiva kunne indusere uønsket mani. Min psykiater sa at jeg ikke trengte å engste meg siden jeg sto på stemningsstabiliserende medikamenter. Psykologen likte ikke denne vendingen og startet å forhøre meg om antidepressiva og dens effekter på meg. Jeg ble paranoid. Jeg følte meg midt i en profesjonsstrid mellom psykologer og psykiatere og hadde intet ønske om å bli liggende igjen på slagmarken.

Mot slutten av andre opphold ved DPS-et sendte psykologen meg hjem for å sove alene. Det mest skremmende jeg kunne tenke meg. Men hjem reiste jeg. Jeg var et døgn hjemme med ekstrem panikk og dro så tilbake til DPS-et. Der fortsatte panikken i to døgn til. Til slutt fant en sykepleier meg i sengen på DPS-et med ekstrem frykt og konstant hjertebank. Jeg brydde meg ikke lenger om jeg døde eller ikke. Sykepleieren sa at dette ikke kunne fortsette og ba meg om å gi opp. Jeg tok villig imot Sobril.

Her startet mitt opprør. Jeg ga opp eksponeringsterapien, som bare gjorde meg sykere, og ba om å bli overflyttet til en annen institusjon for å få medisinsk hjelp. Institusjonens respons var å ta fra meg medisinene og kaste meg ut, helt uten å hjelpe meg med å finne et bedre behandlingssted.

Fastlegen hjalp meg med å bli bra igjen. Medisinene gjorde sin virkning, og innen kort tid var jeg frisk med kun bruk av stemningsstabiliserende og litt antidepressiva.

Fra institusjonens ståsted

Min dagbok og journalen er rimelig samstemte om de objektive forhold, men journalen består primært av observasjoner og er nærmest fri for refleksjoner og tolkninger. Min smerte knyttet til behandlingen er selvfølgelig vanskelig å få fremstilt i en journal. Snarere observerer de en pasient som er vennlig og samarbeidsvillig under oppholdene, om enn preget av angst og uro.

Psykologens refleksjoner i journalen idet jeg til slutt gir opp eksponeringsterapien, er at det er rasjonelt for meg å tematisere behandlingsformen da det har påført mye ubehag uten noen varig effekt.

«Mot slutten av andre opphold ved DPS-et sendte psykologen meg hjem for å sove alene. Det mest skremmende jeg kunne tenke meg.»

Per Thorvaldsen

Legens notat i journalen ved utskrivning lyder:

Til tross for at pasienten har fulgt behandlingsplanen angir han at han opplever et tyngre lidelsestrykk enn ved innkomst, noe han attribuerer til selve behandlingstilnærmingen (eksponeringsterapi med fokus på å mestre dagligdagse situasjoner). Pasienten er som nevnt motivert til videre behandling så lenge det medikamentelle vektlegges. Det benevnes at u.t. har diskutert med flere behandlere i avdelingen samt tatt saken opp i tverrfaglig team hvor vi kommer frem til en enighet om at medikamentell behandling for hans angstsymptomer sannsynlig ikke vil føre til en langvarig virkning slik som han ønsker. Ettersom våre anbefalinger går i strid med hva pasienten selv ønsker og, ikke minst, er motivert for, kan døgninnleggelse ikke lenger forsvarliggjøres.

Kunnskap er makt

Både min fastlege og min psykiater ba meg glemme det jeg hadde blitt utsatt for ved DPS-et, men frykten for å havne i en liknende situasjon ved en senere anledning drev meg til å foreta noen forpostfektninger for å gjenreise min tillit til psykiatrien og behandlingstilbudet. Jeg tok kontakt med Sandviken sykehus, der jeg tidligere har vært pasient og fått god behandling. Jeg fikk audiens hos en overlege. Jeg forberedte meg på å måtte argumentere for å bli deres pasient om jeg skulle bli syk igjen, da DPS er standard behandlingstilbud, men han hadde lest min journal fra DPS-et og skrevet ferdig legeerklæringen som ga meg carte blanche adgang ved Sandviken. Med denne oppsøkende handling har jeg sørget for å legge til rette for å få faglig forsvarlig behandling når det trengs.

Neste punkt på programmet var å tilegne meg kunnskap om egen sykdom. Overlegen lyste opp og ga meg nesten halve bokhyllen sin og meldte meg på neste kurs i psykoedukasjon om bipolare lidelser. Jeg tenkte i mitt stille sinn at jeg kanskje kunne skrive min egen kasuistikk og innkassere et publikasjonspoeng som en mager trøst for all den ekstreme smerten jeg hadde opplevd. Hvordan burde jeg så vært behandlet? Selvfølgelig i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012) og forskning på feltet. I retningslinjene er ikke eksponeringsteori nevnt med et ord, og det generelle behandlingsprinsipp er medisinerer samt å lytte til pasientens behov. Forskningen viser at en bør behandle bipolar depresjon først, for da forsvinner som regel den komorbide tvangslidelsen og angsten av seg selv (Morken, 2012). I tilfeller med komorbiditet ved bipolar depresjon er det vist at bruk av eksponeringsterapi har lite for seg (Stratford et al., 2015; Scott et al., 2006). Også bruk av antidepressiva, så som SSRI, er debattert, og effekten av å behandle bipolar depresjon er usikker (Gitlin, 2018) (Goodwin, 2009), men i mitt tilfelle var det det som gjorde meg frisk.

Siden eksponeringsterapien ikke virket på meg, ble jeg nysgjerrig på den. Eksponeringsterapi har både vært og er vanlig i behandling av fobisk angst og tvangslidelse, og effekten virker å være god (Abramowitz et al., 2011). Ved å eksponere pasienten målrettet for det han frykter inntil frykten forsvinner, finner studier at 70 prosent av de behandlede OCD-pasientene blir bedre (Kvale & Hansen, 2013). Men hva med resten? Hva sitter den siste tredjedelen igjen med? Det snakkes mye om medisiners

bivirkninger, men hva med bivirkninger av psykologisk behandling og dens utøvere? Disse bivirkningene er absolutt til stede (Berk & Parker, 2009).

«Behandlere må konsentrere seg om å gjøre pasienten bedre»

Per Thorvaldsen

For min del gjorde eksponeringsterapi meg bare verre, med tvangstanker som nærmest brente seg fast i hjernebarken, og paranoia. Behandlingen testet grensene for hvor mye angst og smerte et menneske kan tåle over tid. Om ikke annet har jeg lært at det er vanskelig å dø av angst. Min viktigste lærdom er likevel at selv om min fortelling kun er anekdotisk bevis, så forteller den om en villighet til å fortsette en behandling lenge etter at dens nederlag er et faktum. I blind tro på metoden fortsatte institusjonen og jeg med en behandlingsform som er svært stressende og ikke det en bipolar pasient trenger.

Etikken som ligger til grunn for å velge langtids intensiv eksponeringsterapi, bør i høyeste grad diskuteres. Bruken av eksponeringsterapi gjorde meg redd for institusjonen og alle dens metoder. Eksponeringsterapien forlenget min sykdom i tillegg til at jeg ble utsatt for store mengder meningsløs angst og OCD. Det tok meg et halvt år å komme tilbake i fullt arbeid. Riktig behandling fra starten av ville minimalisert mine lidelser og samfunnets kostnader.

I etterkant har jeg spurt meg selv om jeg er immun mot eksponeringsterapi. Jeg bestemte meg for å teste ut dette på meg selv i frisk tilstand på en fobi der eksponeringsterapi er dokumentert å fungere. I løpet av kort tid ble jeg kvitt min høydeskrekk. Det er altså ikke terapien det er noe i veien med, men man må kjenne dens begrensninger.

Behandling bør være pragmatisk. Hva virker for hvem? Min fortelling og forskning viser at eksponeringsterapi ikke er en fornuftig behandlingsform for bipolar depresjon med komorbid angst/OCD. Det en virkelig ikke trenger, er behandlere med kun ett redskap i verktøykassen. Behandlere må konsentrere seg om å gjøre pasienten bedre. Ved å bruke retroskopet virker det åpenbart for meg at medikamentell behandling er mye mer human og effektiv enn eksponeringsterapi.

Er kvalitet ofret på kvantitetens alter?

I offentligheten er det mye snakk om mangelen på tilbud i psykisk helsevern. Men vi må også ta den nødvendige debatten om kvaliteten på hjelpen som tilbys. Vi har valgt en desentralisert struktur på institusjonen i psykisk helsevern her til lands. Det er verdt å spørre seg om dette har gått for langt, slik at institusjonene mangler kompetanse til å behandle utfordrende mentale lidelser. I mitt tilfelle var verdien av en ekspert, min psykiater, vesentlig større enn kunnskapen om bipolar lidelse som en hel institusjon hadde.

Takksigelse

Jeg vil få takke min kjære mor, fastlegen og psykiateren som hjalp meg når behandlingsapparatet ikke fungerte.

Jeg vil takke professor ved UiB Medisinsk fakultet og overlege ved Haukeland sykehus avd. Psykiatri Anders Lund for debrifing.

Til slutt vil jeg få takke sykepleieren som ba meg slutte med eksponeringsterapien.

Det omtalte DPSet har fått forelagt kritikken i dette innlegget, men ønsker ikke å svare på den.

Referanser

Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., Stephen P.H. Whiteside S.P.H, (2011). Exposure Therapy for Anxiety Principles and Practice. New York: Guilford press 2011 978-1-4625-0969-0.

Berk, M. & Parker, G., (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. Australian & New Zealand Journal of psychotherapy, 43(9), 787-794.

Gitlin, M.J. (2018). Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy, Int J Bipolar Disord 6:25: <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0133-9>. Besøkt 3. juli, 2019.

Goodwin, J.M. Consensus Group of the British Association for psychopharmacology (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition – recommendations from the British Association for Psycho-pharmacology. J Psychopharmacol., 23(4), 346-348.

Helsedirektoratet (2012). Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar. IS-1925. Helsedirektoratet.

Kvale, G. & Hansen, B. (2013). 101 Ting vi gjerne skulle visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser. Oslo: Universitetsforlaget.

Morken, G., (2015). Håndbok i kognitiv terapi, 2. utgave. Torkil Berge, Arne Repål (red.). Gyldendal akademisk.

Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kindermann, P., Johnson T., et al. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. British Journal of Psychiatry, 188, 313-320.

Stratford, H.J., Cooper, M.J., De Simplicio, M., Blackwell, S.E., & Holmes, E. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: systematic review. Clinical Psychology Review, 35, 19-34.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 9, 2020, side

TEKST

Per Thorvaldsen, førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet

ILLUSTRASJON

