

Intensiv eksponering for agorafobi og sprøytefobi i rusbehandling

«Det der er jeg ferdig med. Jeg trenger ikke det mer» sa Peder, etter en intens terapitime med sprøyten i hendene.

TEKST

Kristian Hartmann-Kjøren

PUBLISERT 2. september 2024



Kristian Hartmann-Kjøren. Foto: privat

«Da jeg møtte opp i behandling, var angstnivået mitt høyt. Den første tiden klarte jeg ikke å gå ut av senteret alene, og jeg brukte mye energi på å delta i ting som jeg følte var preget av angst. Uten å være klar over det benyttet jeg meg av forsvarsmekanismer for å dempe angsten og for å betrygge meg selv om at det å for eksempel være i en folkemengde ikke var farlig.»

Slik beskriver pasienten Peder den første tiden i rusbehandling døgnet ved Tyriliseret i Lillehammer. Peder og jeg ønsker å dele vår opplevelse og erfaring med to former for *intensiv* eksponering for agorafobi og sprøytefobi. Fra hvert vårt respektive ståsted som pasient og behandlende psykolog. Min faglige vurdering var at sprøytefobien, i tillegg til en spesifikk fobi, kunne forstås som en representasjon av Peders angst for tilbakefall til sitt tidligere liv med injisering av opioider, og behandlingen ble en emosjonell bearbeiding av Peders livshistorie så vel som eksponering. Jeg har tidligere fulgt den mer tradisjonelle modellen med terapitime en gang i uken og eksponering i hjemmeoppgaver mellom timene. Å intensivere behandlingen ned til dager og timer

representerte en ny og faglig interessant prosess. Jeg håper at andre psykologer kan finne inspirasjon i teksten. Ideen om å skrive kom fra kollega og forsker Turid Wangensteen, etter at jeg fortalte henne om det intensive eksponeringsprosjektet. Jeg delte ideen om en tekst med Peder, og han ønsket å bidra med å skrive om sin erfaring. Ordene er helt hans egne og er ikke bearbeidet av andre, foruten at teksten er delt inn i enkeltstående sitater.

Peder og Tyrili

Peder er en ung mann i midten av 20-årene, med en omfattende og alvorlig rushistorie bak seg. Han vokste opp i et hjem preget av foreldre som selv hadde alvorlige rusmiddelproblemer, men med en fasade som velfungerende familie. Etter hvert kom Peder inn under barnevernet. Han begynte med å røyke hasj og amfetamin da han var 15 år gammel. Da han ble 18 år gammel, avsluttet han kontakten med barnevernet, og rusmiddelbruken eskalerte. Han begynte med injisering av flere stoffer, og avhengigheten til illegal Subutex eskalerte over det neste året til å bli daglig bruk. Lokalt FACT-team som fulgte ham opp, beskrev rusmiddelbruken som ukritisk og bekymringsfull, da han hadde et utall overdoser bak seg. Han søkte seg til døgnbehandling ved Tyriliseret i Lillehammer rett fra fengsel og hadde de siste to månedene som paragraf 12-soning i behandling her. Det er fortsatt en ubetinget straff med begrensningene det fører med seg, men skjer i en institusjon utenfor Kriminalomsorgen. Peder er i dag i full jobb, bor i egen leilighet og har vært rusfri i 22 måneder.

Tyrilistiftelsen er en privat ideell stiftelse som tilbyr døgnbehandling for personer med både rus- og psykiske lidelser. Tyriliseret på Lillehammer er én av ni enheter fordelt i landet. Tyriliseret driver tverrfaglig behandling med en fellesskapsmodell som ramme for individuelt tilpasset behandling. Av profesjoner er vi psykolog, lege, psykiater, barnevernspedagoger, sykepleiere, sosionom, idrettspedagog og vernepleiere. I tillegg tilbys individuell jobbstøtte (IPS), trening som medisin, gjeldsrådgivning, botrening og arbeidstrening. Et annet viktig element i behandlingshverdagen er at pasientene skal øve på praktiske arbeidsoppgaver og ADL-ferdigheter gjennom å sammen stå i arbeidslag. Slik øver de også på relasjonsbygging, samarbeid, kommunikasjon, utholdenhet i en arbeidshverdag og det å ta ansvar. Som psykolog er mine arbeidsoppgaver kartlegging og utredning av psykisk helse, og gjennomføre individualterapi, gruppeterapi og ulike typer undervisningsgrupper.

Problemforståelse og intervensjon

Ett av Peders ønsker var en bred utredning for sin psykiske helse. Det er velkjent at et alvorlig rusproblem betydelig øker sjansen for samtidig alvorlig psykisk lidelse, noe som gav grunn til å forvente psykisk lidelse hos Peder også (Alonso et al., 2004; Kendler et al., 1995). Den forventningen ble forsterket av kartleggingen med SCL-90 ved innkomst, som viste skårer langt over grenseverdien for alle kategorier psykiske plager den inkluderer. Utredningen viste imidlertid at det ikke stemte, da vi kun fant

holdepunkter for agorafobi. I et senere behandlingsmøte med Peder kom det også fram en spesifikk fobi for sprøyter.

«... sprøyten var blitt et objekt for en angst for tilbakefall til livet han hadde levd»

Et dilemma vi i rusbehandling ofte står i, gjelder hvor tidlig vi igangsetter utredning etter avgiftning, kontra å avvente og se hvordan pasientens psykiske tilstand stabiliserer seg over tid. At Peder tre måneder senere kun skåret over normalområdet på kategorien Spesifikk fobi i SCL-90, var interessant å se. Det antyder hvor mye rusmiddelfrihet og stabile rammer enkelte ganger kan bety for personers psykiske helse.

Agorafobi

«Tanken om at det var agorafobi jeg slet med, slo meg aldri. Jeg tenkte dette var noe som hang igjen fra tiden på kjøret. Jeg tenkte at ukritisk rusing, en farlig og ustabil omgangskrets og en angstfull hverdag som dreide seg om å holde seg «frisk», hadde satt sine spor i form av «hardere diagnoser» enn hva jeg tenkte agorafobi var. Jeg må innrømme at jeg lo av meg selv da vi var ferdig med utredningen og så utfallet, men måtte fort møte meg selv i døren da jeg innså hvor mye jeg begrenset hverdagen min på grunn av angsten.»

Peder kunne tydelig beskrive en omfattende unngåelse med høyt angstnivå, til tross for selv ikke å bevisst ha tenkt over at han lot seg styre av den. Han fortalte at angsten ville være det første han vurderte om han ble invitert med på for eksempel en konsert. Tok han heis hvor det også var andre, stirret han ned i gulvet og led seg gjennom turen. Han forsøkte å handle mat utenom travle tider, eventuelt hastet han seg gjennom det. Når han tok buss, brukte han musikk og mobiltelefon for å distrahere seg. Han utsatte også i det lengste å gå til bussholdeplassen, og kunne derfor komme for sent eller ende med å gå på feil buss. Han var et godt eksempel på hvor livsinnskrenkende en angstlidelse kan være.

Siden han kunne beskrive symptombildet godt, var det lett å utforske og belyse opprettholdende mekanismer og å skissere et bilde av hvordan en eksponeringsterapi ville se ut. Etter hvert som vi snakket, ble han motivert til å gjennomføre. Det var uaktuelt for ham å ikke gjøre noe og la angsten forbli. Vi gikk straks en vinterferie i møte, som betydde gode muligheter for å oppsøke offentlige plasser med store folkemengder.

«Jeg fikk beskjed om at agorafobien var noe jeg kunne eksponere meg for, og til slutt bli kvitt. Dette var noe jeg følte meg klar for å gjøre, selvfølgelig uten å vite hvor utfordrende det kom til å være underveis. Men jeg kom frem til at ved å eksponere meg for angsten ville jeg kunne gjøre ting jeg ville gjøre, uten å måtte vurdere det opp mot angsten, og det å slippe å bli begrenset av angsten ville være deilig. Jeg vet jo også at jeg

kunne spise beroligende tabletter for å dempe angsten, men dette var jo uaktuelt for meg, da dette bare er en kvikkfiks, og det ville være en vei tilbake til livet jeg hadde lagt ekstremt mye arbeid i å legge bak meg.»

Jeg har tidligere erfart varierende suksess med gradvis eksponering basert på hjemmelekser, og så behovet for å jobbe annerledes denne gangen. Peder var med på å gjøre intensiv eksponering, med inspirasjon fra Bergen 4-dagersbehandlingen (B4DT). Det innebærer mye eksponering på kort tid – gjerne hele dager, flere dager på rad. Vi hadde kun én time med psykoedukasjon og deretter én time med kartlegging av hvilke situasjoner vi kunne drive med eksponering i. Både han og jeg leste også boken *101 ting vi gjerne skulle ha visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser* av Kvale og Hansen (Kvale & Hansen, 2013), og fant nyttige råd der.

Totalt brukte vi 8,5 timer på eksponering sammen, fordelt på tre økter. Å bruke hele dager lot seg ikke kombinere med Peders timeplan på senteret, så vi booket inn halve dager så tett på hverandre som det gikk. På vei til eksponeringen den første dagen ombestemte Peder seg om hvilken situasjon vi først skulle oppsøke. Bevisst eller ubevisst foreslo han å starte med sin verst rangerte situasjon, i strid med hans tidligere ønske. Ryggmargsrefleksen min var å tenke «Dette er ikke etter planen, det er langt mer krevende enn hva han er forberedt på». Takket være en del runder med selvrefleksjon i forkant klarte jeg å snu tanken raskt, rolig bekrefte at han styrte prosessen, og at vi da gikk for det. Ute på eksponeringen passet jeg på å prate minst mulig, for ikke å bli et regulerende element. Jeg sjekket kun inn på hvordan angstnivået utviklet seg, og avtalte hvordan vi skulle forfølge angsten videre. Først etter at Peder viste en forståelse for og klarte å følge eksponeringsprinsippet, økte vi mengden ved at han fikk øvelser i hjemmeoppgave. Det skjedde allerede etter den andre dagen. Buss var en av hans store frykter og noe han uansett var nødt til å ta flere ganger om dagen. Busskjøring ble derfor en viktig øvelsesarena.

«Det å oppleve angstens naturlige gang var noe nytt, jeg hadde alltid hatt en mekanisme for å dempe den, mens nå var jeg jo bare nødt til å være med på den ubehagelige oppturen, sitte på angsttoppen, og så kjenne angsten begynne å dale. Gjerne når angsten var på et overkommelig nivå, så var det å få den til å øke igjen, og sånn holdt vi på.»

Vi var på kjøpesenter, travle kafeer, gågata, buss, og biblioteket på høyskolen. Sammen loset vi oss fra situasjon til situasjon, når angsten hadde dalt ned. Jeg var selv sliten etter hver økt, og tenkte med respekt på hvordan han som faktisk gjorde den harde jobben, måtte ha det. Han oppsøkte i tillegg selv travle butikker, og tok bussen med hevet blikk, uten musikk og mobil til å distrahere seg. Etter halvannen uke med totalt 8,5 timer eksponering sammen anslår jeg at rundt 70–80 % av arbeidet var gjort. Han kunne kjenne på en angst, men ikke lenger frykt. Han fortsatte å eksponere seg i dagliglivet. Et vendepunkt kom etter noen uker, da han på en hjemreise var på et badeland med sin familie. Først i samtalen etter hjemreisen ble han oppmerksom på at han ikke engang hadde tenkt over hva en slik situasjon kunne trigge av angst.

«Da jeg til slutt ikke tilfredsstilte diagnosen lenger, var det 20 kilo av skuldrene mine. Det å kjenne på at jeg kan gjøre både nødvendige og lystbetonte ting uten å kjenne på angsten er veldig deilig. Det å kunne stoppe i gågata og ta en prat uten å føle alle øynene på meg, gå på kafe, eller spise på restaurant, uten trangen til å rømme er virkelig befriende.»

Sprøytefobi

At Peder også hadde en fobi for sprøyter, var noe som dukket opp først lenger ut i behandlingsforløpet. Han var på det tidspunktet i en god flyt hvor mye gikk rett vei. Til slutt ble det betimelig å spørre: «Hvor er snublesteinen vi ikke ser? Hva er det som kan felle deg nå?»

«Da jeg sa til psykologen at den eneste tingen som kunne knekke meg, var synet av sprøyter, sa han at det også var noe jeg kunne eksponere meg for. Jeg skal innrømme at kroppen min ble superaktivert ved tanken på å sitte med sprøyta i hånda. Men det var også noe jeg bestemte meg for å gjøre, for det å ryke på en sprekk var uaktuelt for meg.»

Frykten hans var å uventet treffe på noen som injiserte opioider, og at han da skulle få et tilbakefall. Ikke på grunn av nærheten til rusmiddelet i seg selv, men fordi han fikk en voldsom angstaktivering av å se sprøyter. Han fryktet at å ha et så effektivt dempende rusmiddel umiddelbart tilgjengelig kunne føre til et tilbakefall. I nærmere samtale fortalte han at selv å se for seg en sprøyte skapte relativt mye angst. Så han en spillefilm hvor noen satte en sprøyte, måtte han se bort. Gjennom samtaler forstod jeg det slik at sprøyten var blitt et objekt for en angst for tilbakefall til livet han hadde levd. Å se sprøyter og noen som brukte sprøyter, trigget negative og positive følelser knyttet til hans historie, som han enda ikke hadde bearbeidet. Selv om det slik sett ikke framstod som en klassisk sprøyteskrek, så var fryktassosiasjonen til stede, og jeg vurderte at dette også kunne behandles med eksponering.

Pasienten hadde en så god opplevelse med eksponeringen for agorafobien at han bestemte seg for å ta fatt på eksponering for sprøytefobien også. Han ønsket da å gå for *flooding* – «det er bare å hoppe i det», sa han. Jeg hentet her inspirasjon fra Lars-Göran Östs tretimersbehandling for fobier. Jeg skaffet på forhånd den type sprøyte og kanyle Peder hadde brukt, og hadde sprøyta ferdig montert på kontoret da han kom. Da Peder kom inn, sa han at angsten var 7/10, og at han ikke hadde sovet noe den natta. Han var tydelig spent og uttalte flere ganger, med nervøs latter, hvor absurd det var å skulle gjøre dette.

«Jeg glemmer aldri opplevelsen, går inn på psykologkontoret med kaffekoppen i hånda, en kroppslig aktivering ut av en annen verden. Jeg kommer inn i rommet, og for å være helt ærlig så husker jeg ikke helt hva som blir sagt, før han sier «Ja, den ligger bak meg på skrivebordet». Da våkner jeg, og før jeg vet ordet av det, så sitter jeg der, med sprøyta i hånda. Det var som å få en del av armen som manglet, tilbake, det er vanskelig å sette ord på alle følelsene og tankene som rant gjennom meg på veldig kort tid.»

Da han fikk sprøyten i hendene, ble det umiddelbart stille i rommet. Fra tidligere angst og spenning gled blikket hans over i lengsel. Han holdt sprøyten og kjærtegnet den nært som et barn som får en kattunge i armene. Raskt og refleksivt roterte han kanylen, slik at spissen var vinklet rett i forhold til etthåndsgrepet hans. Umiddelbart etterpå merket han hvor instinktivt han gjorde det. Han begynte å snakke om gode opplevelser med rusen, hvordan den alltid hadde vært der for ham. Venner, folk han savner, gode opplevelser de har hatt sammen. Han håndterte sprøyten som en forlengelse av sin egen arm. Dro stampelet inn og ut med én hånd, så mykt og uanstrengt som jeg ikke kunne gjort med to. Han sa at det var som å sitte med en bror i hendene. Jeg ble usikker på i hvilken grad han engang ensset meg lenger. Det er interessant at før dette så hadde han hverken i samtaler eller for seg selv turt å gå inn i det gode rusen hadde vært for ham. Frykten var at han da ville slippe rusmonsteret ut av det billedlige buret. Men der og da kom alt ut, uten at det lot til å være et agitert monster så mye som en essensiell del av hans egen historie.

Gradvis over 10–15 minutter ble blikket mer alvorstynget. Han begynte å snakke om alt det vonde rusen hadde ført med seg. Alle han hadde mistet, alle han hadde såret. Hvor slitsomt det evige jaget etter det neste skuddet var. Hvor sliten han alltid var. Anger han måtte bære på. Over 30 minutter ble han gradvis mer avslappet, snakket friere rundt sin historie og hele prosessen med å bli rusfri. Angsten gikk ned til 4/10. Han trakk opp en dose kaffe i sprøyten, og opp gikk angsten igjen. Han ropte sjokkert ut at han aldri hadde tenkt over hvor lik fargen er heroin, og hvordan kaffe har den samme bitre smaken. Han begynte å vri og strekke venstre arm. Brått ble han oppmerksom og sa at det kjentes ut som om han nettopp hadde satt et skudd. Han kjente presset i underarmen, hvordan leddet ble stivt. Kroppen husket. Han trykket kaffen ut og lyttet gjenkjennelig til den høyfrekvente sildrelyden. Han ba om kanylehetta og satte den på, pauset et øyeblikk: «Fy faen, så mange ganger jeg har satt kanylen gjennom hetta og stukket meg i fingeren. Det er ikke godt», humret han for seg selv. Han lente seg tilbake i stolen, slengte sprøyta på bordet og sa: «Det der er jeg ferdig med. Jeg trenger ikke det mer.»

Under hele prosessen sa jeg veldig lite. Han hadde en monolog og fulgte sin egen prosess. Først når angsten var lav og han begynte å henvende seg til meg, kom jeg med innspill på hvordan forfølge angsten videre. Hele sesjonen varte kun halvannen time. Angsten var borte. Ikke minst, frykten for hvilken makt sprøyten hadde over ham, var borte. Prosessen kan nok beskrives inngående fra flere forskjellige fagperspektiver. Jeg tenker at det foregikk to parallelle prosesser her. Han fikk eksponert seg for angsten og brutt fryktassosiasjonen. Det var også en eksponering for følelser knyttet til livet han hadde levd. Et eksistensielt møte med egen fortid, hvor gode og vonde deler av det livet møttes, og ble bearbeidet og integrert på et dypt emosjonelt plan. Han hadde ikke lenger et rusmonster i seg, kun gode og dårlige opplevelser med rusen, alle like viktige og virkelige.

Avsluttende refleksjoner

Forut for behandlingen og i etterkant har jeg reflektert over egen praksis med eksponeringsterapi. Hva har gjort at noen behandlinger ikke har gått så bra, og hva var det som fungerte godt i tilfellet med Peder? Noen ganger har jeg vært med ut på eksponering i noen timer, andre ganger kun gitt hjemmeoppgaver. Jeg har for min del kommet fram til disse hovedpunktene: 1. Tillit og samarbeidsallianse: Peder hadde tillit til meg som fagperson og til behandlingsmetoden jeg anbefalte. Det gav økt motivasjon og mestringsstro. At vi sammen drøftet behandlingen og entes om framgangsmåten, med vekt på at han var sjef i prosessen, gav ham et eierskap. Han måtte aktivt ta valget og være delaktig i prosessen. At han også leste og bladde i Kvaale og Hansens håndbok, gjorde at han fant råd og poeng som gav mening for ham. Jeg kunne ikke ha gjettet på at det var akkurat disse rådene han trengte. 2. Intensitet: Vi gjorde mye eksponering per sesjon, og sesjonene kom tett på hverandre. Kanskje er det ikke nødvendigvis rett for alle å gjøre det like intenst som i B4DT eller her. Men i Peders tilfelle hadde det den effekten at han allerede første dag flere ganger fikk merke at dette faktisk fungerte. Det gav mestringsopplevelse og motivasjon til å jobbe videre. 3. Kom i gang med selve behandlingen: Det er viktig med psykoedukasjon og planlegging, men maksimum 1–2 sesjoner av hver bør være mer enn nok for å gå gjennom det nødvendige, lærte jeg av Kvaale og Hansen. Å ikke bruke for lang tid på dette, men komme i gang med det som virkelig hjelper, sender også et signal om at angsten ikke er noe farlig som vi må planlegge i hjel og drøye med å utsette oss for. 4. Være med ut: At jeg er med ut på øvelsene flere ganger over tid, gir en ramme som sørger for at øvelsen faktisk blir gjort. Tidligere har jeg nok undervurdert hvor stor makt angsten kan ha over et menneskes liv, og hatt for høye forventninger til hva de skulle klare selv. Å observere ham i flere situasjoner gav også en helt annen mulighet til å bekrefte progresjonen i behandlingen, og jeg kunne se når han var klar for å ta fatt på hjemmeoppgaver. 5. Riktige instruksjoner: Jeg tror den viktigste instruksjonen jeg kunne gi, var det å være passiv observatør til egen angst, uten å fjerne seg fra den. Men å lene seg inn i den og observere angstens forløp. Denne fikk jeg fra Hansen og Kvaales bok, og kommuniserer nok noen nyanser som jeg ikke har klart tidligere. Og at selv velmenende selvinstruksjoner som at «dette går bra, det er ikke farlig», har en kontraproduktiv effekt.

«Det var også en eksponering for følelser knyttet til livet han hadde levd. Et eksistensielt møte med egen fortid»

For meg har behandlingen med Peder gitt erfaring og motivasjon til å i større grad sette av tid til intensivt eksponering. Ikke alle jobbsituasjoner tillater det, men ofte gjelder det også å selv prioritere tiden vår til det. Eksponeringen for sprøytefobien åpnet også opp mine øyne for hvordan eksponering for en fobi ikke bare er en avlæring av fryktassosiasjon, men også kan være en emosjonell eksponering. Eksponering for følelser og hendelser som for noen kan være vanskelig å sette ord på eller få tilgang til i en samtaleterapietsetting.

Merknad. Pasienten har gitt skriftlig samtykke og godkjent teksten før publisering.
Peder er ikke hans egentlige navn.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 9, 2024, side 572-577

TEKST

Kristian Hartmann-Kjøren, Tyrilistiftelsen

KONTAKT: kristian.hartmann-kjoren@tyrili.no

+ Vis referanser

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, G. de, Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S.J., Kessler, R.C., Kovess, V., Lépine, J.P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L.J., Vilagut, G., ... Volleberg, W.A. M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, s420.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x>

Kendler, K.S., Walters, E.E., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C. & Eaves, L.J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 5. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950170048007>

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