

SPLITTING: Pasienter kan ha en overforenklet forståelse av virkeligheten, og ser mennesker som enten gode eller onde. Fenomenet kalles splitting. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Basal eksponeringsterapi – i møte med lært hjelpeløshet og «splitting»

I møte med lært hjelpeløshet og «splitting» blir helsepersonell fort viklet inn i et negativt samspill med pasienten. Tilmærmingen i basal eksponeringsterapi kan få prosessen på sporet igjen.

Fenomenene «lært hjelpeløshet» og «splitting» utgjør betydelige behandlingsmessige og driftsmessige utfordringer ved døgnposter innen psykisk helsevern. Å møte pasienter med disse kjennetegnene kan være emosjonelt utfordrende og vekke intense motoverføringsreaksjoner hos helsepersonell (1,2). Når den som er i behandling framstår med et fragmentert selvbylde og aktivt bruker splitting som mestringsstrategi kan samspillet mellom pasient og helsepersonell bli forvirrende og negativt (2). Dette vil kunne føre til at tid og ressurser går med til håndtering av indre splid i behandlingsteamet på bekostning av behandlingskoordinering. Konsekvensen vil ofte være at behandlingsteamet ikke fungerer effektivt, og at personer med behov for langvarige døgnopphold mister evne til å mestre hverdagen i stedet for å bli mer selvstendige (1,3). Hvorvidt man lykkes med å håndtere disse utfordringene i klinikken avhenger i stor grad av hvordan vi som fagpersoner omsetter teoretisk kunnskap om lært hjelpeløshet og splitting i møte med pasienten, og ikke minst, i møte med hverandre.

Helsepersonell med spesialisering i psykisk helsevern kan ha teoretisk kunnskap om lært hjelpeløshet og splitting. Tilmærminger som omsetter kunnskapen i klinisk praksis, er imidlertid i liten grad brukt i døgnseksjoner hvor terapeutiske intervensjoner skal koordineres gjennom tre skift. I denne artikkelen beskrives hvordan en teoretisk forståelse av lært hjelpeløshet og splitting anvendes

Hva er BET?

Basal eksponeringsterapi (BET) er en helhetlig og konsistent behandlingsmodell der elementer fra ulike teorier og terapiretninger pragmatisk integreres ut fra klinisk nytteverdi. BET har fellestrekk med behandlingsmodeller innen tredje bølgen av kognitiv atferdsterapi, hvor formålet er å endre forholdet til det som oppleves som et problem heller enn å forsøke å fjerne selve problemet. Pasientene som prioriteres for BET-programmet har både psykosesyntomer, langvarig forhøyet selvmordsrisiko og omfattende psykososial funksjonssvikt. Behandlingen baseres i liten grad på formelle diagnoser. I BET rettes hovedfokus mot eksistensielle utfordringer og problemer. Les mer: www.vestreviken.no/bet-utdanning

innenfor rammen av den integrative behandlingsmodellen Basal Eksponeringsterapi (BET; 4,5,6). Artikkelen er rettet mot leger, psykologer og miljøterapeuter som møter lært hjelpeløshet og splitting i sitt arbeid. Da det kun er kvinner som har gjennomgått BET-programmet, brukes hunkjønn som betegnelse på pasienten i kliniske eksempler.

Lært hjelpeløshet

Teorien om lært hjelpeløshet handler om atferdsmessig passivitet som utvikles ved gjentatte mislykkete forsøk på problemløsning (7). Personen har erfart ikke å ha kontroll over utfallet av egne handlinger. Hun har derigjennom mistet tro på evnen til å påvirke egen situasjon, og forblir initiativløs (8). Opplevelsen av hjelpeløshet leder til at personen klamrer seg til håpet om at noen andre skal løse hennes problemer. I noen tilfeller kan også pasientens hjelpeløshet utvikle seg til at hun ikke har noe håp om og tro på at andre kan gjøre noe heller. Helsepersonell kan tross alle gode intensjoner komme til å bygge opp under utviklingen av hjelpeløshet. Et eksempel her er at de stadig tar ansvaret for å finne og lage løsninger for å kompensere for pasientens funksjonssvikt. Når helsepersonell også fortsetter å forsøke å motivere og engasjere pasienten på måter som over tid ikke har vist seg å være nyttige, forblir pasienten en passiv, hjelpeløs tjenestemottaker. Interaksjonen mellom pasienten og behandlingsapparatet kan altså underminere pasientens allerede sviktende mestringsstilling, og føre til at hun ender opp med en opplevelse av å være et håpløst tilfelle. Konsekvensen kan bli et avhengighetsforhold mellom pasienten og behandlingsapparatet, hvor begge parter forsterker en oppfatning om at pasienten ikke evner å endre egen situasjon. Dette er fort gjort i og med at pasienter som framstår hjelpeløse eller sterkt lindringsøkende appellerer til helsepersonells opplevde plikt, og kanskje også behov for «å ordne opp». Slik kan hjelpen som i utgangspunktet var godt ment, virke mot sin hensikt. Hjelpeløsheten kan bli så gjennomgripende at den fører til funksjonssvikt og eskalering av vansker. Denne prosessen kalles i BET for marginaliseringsprosessen (6).



Av **Dag Stormbo**, psykiologspesialist, Tiller DPS, St. Olavs Hospital



Av **Jan Hammer**, spesialsykepleier, M.Sc., FoU-rådgiver, FoU-avdelingen, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken



Av **Synne Borgejordet**, psykolog ved SPS, Avd. Blakstad, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken



Av **Didrik Heggdal**, psykiologspesialist og faglig ansvarlig for BET-programmet ved SPS, Avd. Blakstad, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken

Hvordan BET møter lært hjelpeløshet

Begrepet kronisk er mye brukt i psykisk helsevern for å beskrive pasienter med flere innleggelses og omfattende behandlingsforsøk uten varig bedring. Disse pasientene utviser typisk lært hjelpeløshet. Når helsepersonell bruker betegnelsen kronisk ligger det implisitt at pasientens problemer er iboende kvaliteter i ham eller henne. Dette problematiseres i BET-modellen, der problemforståelsen vektlegger hvordan pasienten marginaliseres i samhandling med andre (6). Derav benyttes også begrepet *marginalisert* i stedet for *kronisk*.

Behandlingsrammen i BET er forankret i et underregulerende regime bygget på en eksistentiaalistisk antakelse om at ethvert menneske selv skaper sitt liv gjennom dets valg og handlinger (4,6). Dette innebærer i praksis at pasienten gjennomgående møtes med en holdning som sier at hun er et voksent og ansvarlig menneske. Ut ifra denne holdningen forventes det at pasientene vil lære seg hensiktsmessige mestringsstrategier og prøve ut disse hvis behandlingsrammen tilrettelegger for det. Et eksempel på tilrettelegging kan være at pasienter i døgnpast får ansvar for å komme seg til ulike avtaler utenfor sykehuset på egen hånd. Mange innlagte pasienter får hjelp til biltransport av sykehuset fordi de opplever at de ikke klarer eller tør å reise på egen hånd. I BET møtes pasienten med en antakelse om at pasienten vil ordne med transport på egen hånd dersom en avtale er viktig nok. På denne måten ønsker man å gi pasienten mulighet til å lære noe nytt om egen evne til mestring.

Når en pasient problematiserer at det er vanskelig å ta bussen, vil dette bli møtt med validering av

følelser og indre opplevelser som pasienten utviser der og da. Validering i BET har som formål å hjelpe pasienten til å forholde seg til det som er, uansett hvordan det er. Videre benyttes en terapeutisk retorikk som formidler til pasienten at det er hennes valg å handle i tråd med det som er viktig for henne. Dersom pasienten aktivt ber om råd kan terapeuten skissere mulige alternativer (for eksempel at pasienten har valget om å ta bussen, bruke penger på drosje, eller ikke gjennomføre planen sin), men da uten å evaluere eller presentere noen formening om hva pasienten bør velge. Pasienten møtes da som et likeverdig menneske; man hever seg ikke over pasienten, man tar ikke over ansvaret og man begrenser ikke pasientens mulighet til å gjøre valg og til å mobilisere egne ressurser. Ved kun å validere (se pasienten og hennes opplevelser i den vanskelige situasjonen) og underregulere (la ansvaret for valg og løsning ligge hos pasienten) konfronteres hun med sin eksistensielle frihet, dvs. med ansvaret for å skape livet sitt gjennom egne valg og handlinger (4). Pasienten mobiliserer altså sine ressurser ved at hun føler seg sett og gyldiggjort som et menneske i verden, og ved at det ikke er noen som kommer til unnsetning og kompenserer for funksjonssvikt. Alt er opp til pasienten selv og hennes valg.

Dette kan høres enkelt ut, men er i praksis svært krevende å praktisere for de fleste som jobber i helsetesenet. Helsepersonell går raskt inn i en modus der de med sosialt innlærte responser på ulike måter forsøker å hjelpe eller styre pasienten, så som ved å gi råd, komme med tolkninger eller ved å tilby trøst. Kunsten for personalet er å ikke ville noe på pasientens vegne og samtidig se pasienten og det pasienten opplever her og nå. Når det ikke skjer noe med mindre pasienten gjør noe selv, vil hun før eller siden komme i bevegelse. I en situasjon preget av likeverdighet vil det åpne seg en mulighet for pasienten til å etablere en dialog med andre om hvilken vei hun ønsker å gå. Måten validering og underregulering brukes i BET kan dermed bidra til å reversere lært hjelpeløshet og fremme autonomi.

Personalet utfordres når pasienter både bevisst og ubevisst, og på ulike måter, framstår som hjelpeløse for å få helsepersonell til å gå aktivt inn og ta ansvar for hvordan ting forløper. Den største kunsten er kanskje å gjenkjenne situasjonene som representerer samspillmessige «fallgruver» slik at personalet kan koordinere hensiktsmessige responser. Hvis underreguleringsregimet ikke er godt nok koordinert, dvs. pasienten ikke gjennomgående

UTFORDRING:

I BET forventes det at pasientene vil lære seg hensiktsmessige mestringsstrategier og prøve ut disse. For eksempel kan en utfordring være å ta bussen alene. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



møtes med en underregulerende holdning, viser våre erfaringer at «vinduet» for det eksistensielle fokuset vil lukke seg og at behandlingen blir mindre effektiv. Mye tid brukes derfor i det multidisiplinære BET-teamet på selve samordningen av holdninger og praktisk koordinering. Den terapeutiske holdningen basert på underregulering frigjør mye tid for personalet, og man unngår frustrerende samtaler og konfrontasjoner mellom personale og pasient der personalet vil mer på pasientens vegne enn pasienten selv er klar for.

Splitting

Ingen mennesker forstår verden i all sin kompleksitet og detaljrikdom. Likevel kan noen av ulike årsaker ha større vansker med å romme samtidige gode og ubehagelige følelser og med å integrere både gode og dårlige sider ved en og samme person (9,10). Splitting blir da en måte å organisere verden, og seg selv i forhold til verden, som beskytter det gode og holder det onde på avstand (11). Personer som splitter utviser en overforenklet virkelighetsforståelse hvor en selv og andre kategoriseres som enten gode eller onde.

Splitting er en naturlig psykologisk mekanisme og en vanlig mestringsstrategi som vi alle i noen grad bruker. Det kan imidlertid oppstå store problemer i mellommenneskelig samhandling når en person til stadighet eller gjennomgående forholder seg til andre som enten bare gode eller bare onde (2,9). Splittingen kan gi umiddelbar smertelindring ved at negative oppfatninger av seg selv avspaltes og projiseres over på omgivelsene. Når helsepersonell lett responderer negativt på pasientens overføringer eller projeksjoner, så bekrefter dette for pasienten at egenskapen ligger hos den andre og ikke hos pasienten. Videre vil en pasient som bare kan se en behandler som god og flink, ikke gi plass til at vedkommende også kan gjøre dumme ting eller misforstå noe. En uklarhet fra behandleren kan føre til at behandleren går fra å være god til å bli ond i pasientens øyne. Motsetningsfylte følelser og ambivalens blir da umulig å forholde seg til, og splittingen utgjør en nødvendighet for å forsvare seg mot både det onde og smertefulle samt mot tap av identitetsopplevelse (12). Dersom pasientens splitting blir forsøkt forhindre i sosial samhandling, kan pasienten komme til å regredere og ty til mer dramatiske beskyttelsesstrategier, og også regredere til psykotisk fungering hvis den opplevde belastningen er stor (10).

Hvordan splitting møtes i BET

En splittet personalgruppe vil ofte være en manifestasjon av pasientens splitting (13). Splitting som utspiller seg i personalgruppen kan også være symptomatiske uttrykk for skjulte konflikter knyttet til uttalte holdninger, normer og regler. Dette

«Pasienten klamrer seg til håpet om at noen andre skal løse hennes problemer.»

kan gå vesentlig utover teamets evne til å hjelpe pasienten. De som pasienten anser som de gode vil ofte ha et behov for å redde pasienten, og opplever at de er de eneste som vil kunne klare dette (9). Om helsepersonell har et stort behov for å lindre, for å ta vare på pasienten eller for å bli likt, så kan dette være et hinder for effektiv behandling (1,2,14). Parallelt vil de som utpekes som de onde få en opplevelse av å bli devaluert. Når pasienter idealiserer og devaluerer, og til og med veksler mellom hvem som idealiseres og hvem som devalueres, tolkes det gjerne som manipulerende atferd (1). En slik tolkning kan være grunnet på et ikke-faglig-avviksperspektiv (15). Den undervurderer pasientens behov for splittingen som overlevelsestrategi. Samtidig kan slike tolkninger føre til motoverføringsreaksjoner som bebreidelse og ignorerer (1). Det blir viktig å komme bort fra forestillingen om at pasienten bevisst og motivert prøver å splitte personalgruppen (16).

En sentral holdning i BET er å akseptere splitting som normalt fenomen og som en strategi pasienten bruker for å håndtere sin kaotiske verden. Videre er det vesentlig at behandlingsteamet og dets medlemmer aksepterer rollene de tildeles av pasienten, uavhengig av om man blir sett på som god eller ond. I BET skal personalet til enhver tid fremstå som empatiske og validere pasienten. Det er viktig å vise pasienten at en ikke går i stykker uansett hva hun sier eller gjør. I BET lar man pasienten splitte nettopp for å forebygge regresjon og for å holde pasienten i relasjon og arbeidsallianse. Konsekvensen av at personalet responderer med vennlig validering i møte med splitting er at pasienten litt etter litt trekker tilbake projeksjoner og i økende grad rommer og forholder seg til motsetningene i sitt indre liv. Erfaringsmessig vil splitting opphøre av seg selv når pasienten har utviklet aksept for ubehagelige

og smertefulle følelser og da heller ikke trenger denne strategien for å beskytte seg (10).

I BET jobber man altså med splittingen og ikke imot. Hvordan det oppleves å bli devaluert eller idealisert tas opp i møter og dialoger med kollegaer; det gjøres ikke til gjenstand for fokus i selve pasientarbeidet. Teamets jobb er å stå som solid

«Å være det onde objektet bør gjøres til en ærefull jobb.»

støtte bak «det onde objektet» – ikke mot pasienten, men med den som har den rollen. Likeledes er det viktig i terapeutisk håndtering av splitting at det «gode objektet» som idealiseres identifiseres. Den idealiserte trenger et overordnet perspektiv på hva som foregår for å koordinere sitt bidrag inn i det helhetlige arbeidet. En fallgrube for den idealiserte er at han eller hun «tar av» og legger opp til utfordringer som pasienten ikke er klar for, og samtidig tilbyr bistand som forsterker pasientens avhengighet av hjelpere. «Det gode objektet» trenger hjelp til å håndtere rollen slik at rolleinnhaverens funksjon tjener de langsiktige, terapeutiske målsettingene.

I møte med pasienten går personalet verken i diskusjon eller konfrontasjon eller er «enig» med henne. De bekrefter gjennomgående pasientens opplevelse av at en ansatt er ond eller udugelig («*det må være slitsomt når du opplever det slik*»), og at en annen er flink og omtensksom («*det høres ut som du i møter med x føler deg forstått og tatt vare på*»). På denne måten rommer den miljøterapeutiske arenaen hele pasienten, og gir pasienten mulighet til å erfare at motsetninger kan leve side om side.

Å jobbe med splitting handler om at teamet og hver medarbeider tar imot og aksepterer roller de får tildelt av pasienter som bruker splitting, og at man sammen finner ut hvilke funksjoner rollene har og hvordan man kan bruke dette i det terapeutiske arbeidet. Hovedregelen er at rollene man får gjennom pasientens splitting ikke endrer holdningen hos medarbeiderne og oppgavefordelingen i teamet. Det kan imidlertid noen ganger være nyttig å spille på splittingen ved å tilpasse fordelingen av oppgaver. Dette må i så fall være gjennomdiskutert og forstått av alle i personalgruppen. BET-teamet kan for eksempel tillate at pasienten «avsetter» en behandler eller co-terapeut (som oftest er miljøterapeuter) dersom det anses som en hensiktsmessig

måte å møte splittingen på, og som hensiktsmessig i et langsiktig terapeutisk perspektiv.

Å forsøke å snakke om splitting med en pasient som kanskje ikke er bevisst sitt bidrag i samhandlingen og heller ikke innstilt på samarbeid, vil kunne bidra til å forsterke, heller enn å moderere, splittende atferd og konsekvenser av splitting. BET-teamet snakker ikke med pasientene om splitting uten at pasienten eventuelt selv tar opp sin mentale organisering av verden og omgivelsene som en utfordring eller et problem. At pasienten selv tar opp dette er første indikasjon på en økende evne til nyansering av virkeligheten. Personale er da påpasselig med at det er pasienten selv som leder an i dialogen.

Grunnregelen er at personalet identifiserer og planlegger håndtering av splitting for å forebygge marginaliserende samhandling og optimalisere muligheten for etablering av en terapeutisk arbeidsallianse med pasienten. Ved å fokusere på og vektlegge analysering av splitting i personalgruppen, har man muligheten til å forstå splittingen i pasientens mentale liv (13). I sykehusposter som ikke evner dette, vil splitting kunne ha store, negative konsekvenser både for pasienten og personalet. Helsepersonell har behov for å bli anerkjent av sine kollegaer, ikke minst de som kommer ut som onde og udugelige i pasientens øyne. Å være det «onde objektet» bør gjøres til en ærefull jobb. Det er de som får denne rollen som bærer den tyngste børen, og at de klarer å bære den vil kunne være avgjørende for at pasienten kommer seg ut av sykehuset og mestrer livet utenfor.

Oppsummering

I klinikken gir både lært hjelpeløshet og splitting klar klinisk mening og er nyttige begreper i behandlingsplanlegging – og evaluering. Vi har verken forsøkt å gi et totalt bilde av BET, eller alle holdninger og arbeidsmåter i forhold til lært hjelpeløshet og splitting. Artikkelenes hensikt var å gi et bilde av BET-modellens syn på og tilnærming til disse to fenomenene. Vår hypotese er at operasjonaliseringen av teoretisk kunnskap og måten denne koordineres gjennom tre skift, er en avgjørende faktor som kan fremme effektiv behandling. Det kan se ut som et systematisk implementeringsarbeid er nøkkelen, og dette vil antakelig gjelde for enhver behandlingsform som anvendes i arbeid med kompliserte fenomener som lært hjelpeløshet og splitting. ■



PERSONALMØTE: Behandlerne kan bli oppfattet av pasienten som onde eller gode. De ansatte må håndtere dette gjennom samarbeid. Kolleger skal anerkjenne hverandre, selv om noen kommer ut som onde og udugelige i pasientens øyne. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Referanser:

- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (2000). Management of countertransference with borderline patients. New York: Jason Aronson.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). Difficult patients in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802.
- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, 13(1), 169.
- Hammer, J., & Heggdal, D. (2011). Vil BET bidra til mer effektiv behandling. *Psykisk Helse og Rus*, 22(3), 12–17.
- Heggdal, D. (2011). På vei til et liv det går an å leve-om basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(4), 344–349.
- Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S. S., & Dyrhol Paulsen, C. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7–19.
- Seligman, M. E. (1992). Helplessness: On development, depression and death. New York: WH Freeman.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1993). Learned helplessness: A theory for the age of personal control. New York: Oxford University Press.
- Carsrer, D. (1979). The defense mechanism of splitting: developmental origins, effects on staff, recommendations for nursing care. *Journal of psychiatric nursing and mental health services*, 17(3), 21–28.
- Kernberg, O. F. (1995). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Masterson, J. F. (2000). *A New Look at the Developmental Self and Object Relations Approach: The Personality Disorders*. Phoenix: Zeig Tucker & Theisen Publishers.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.
- Thorgaard, L. (2006). *Relationsbehandling i psykiatrien: Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Colson, D. B., Allen, J. G., Coyne, L., & Dexter, N. (1986). An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric hospital patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 37, 923–928.
- Vatne, S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner: relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.