

Vil BET bidra til mer

Til nå har 12 pasienter med lang sykehistorie og dårlig prognose fått normalisert sine liv gjennom Basal Eksponeringsterapi. For visse pasienter i akuttpsykiatrisk behandling vil BET-programmet kunne være et supplement som kan fremme funksjonsheving og korte ned liggetid.



Foto: Privat

Av Jan Hammer, spesialsykepleier med mester i klinisk helsearbeid, mottaksseksjonen avd. Lier, Klinik for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF



Foto: Privat

Av Didrik Heggdal, psykologspesialist, seksjon for psykoser og sammensatte lidelser (SPS), avd. Blakstad, Klinik for Psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

Artikkelen tar utgangspunkt i forfatternes daglige arbeid på henholdsvis en akuttpsykiatrisk mottaksseksjon og en seksjon for psykoser og sammensatte lidelser. Målet er å fremme forslag til hvordan Basal Eksponeringsterapi (BET) kan implementeres i akuttpsykiatrisk behandling. BET brukes i behandling av pasienter med alvorlige, sammensatte lidelser, gjennomgripende funksjonssvikt og symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, dissosiasjon og suicidal atferd (Heggdal, 2011). De som tas inn i BET-programmet har gjennom flere år mottatt en rekke former for behandling uten at det har ført til varig bedring. Pasientgruppen legger beslag på et stort antall senger i akuttavdelinger, der en døgnplass koster nærmere 3 millioner pr. år (Heggdal, 2010).

Årsaksforståelse og ansvar for endring

I psykiatriske akuttavdelinger vil årsaksforståelse ofte være rettet mot genetisk og biologisk sårbarhet (Hjort og Ruud, 2006). Høy pasientsirkulasjon som effektivitetsmål fremmer en bio-medisinsk tilnærming, og akuttbehandling får et preg av å være krisehjelp og symptomlindring (Hummelvoll, 2001). En fare ved å se mennesker i et bio-medisinsk perspektiv er en tingliggjøring som gjør pasientene til ofre for genetiske eller biokjemiske årsaker (Bøe og Thomassen, 2003). Akuttpsykiatrien er ikke ensidig styrt av dette perspektivet, men biologisk forståelse og behandling har fortsatt en dominerende plass innen psykisk helsevern.

I dagens samfunn anses helse ofte som fravær av smerte og ubehag (Hayes et al, 1996; Hayes et al,

2004). Unngåelse av smerte kan, stikk i strid med hensikten, gi næring til angst og smerte, og for noen bidra til utvikling av psykiske lidelser. Pasientgruppen som omtales i denne artikkelen ser ut til å ha et vesentlig fellestrekk: de strever mer eller mindre kontinuerlig med å unngå en opplevelse av eksistensiell katastrofeangst. I BET ses denne unngåelsesatferden som kjernen i disse pasientenes problemer (Heggdal, 2008). Den eksistensielle katastrofen fremtrer som «en påtrengende følelse og frykt for å gå i stykker, gå i oppløsning eller å bli sittende fast i evig pine eller tomhet» (Heggdal, D., 2008, s. 2). Mennesker som har slike angstreaksjoner vil ofte bære på et håp om at det skal komme noen for å redde dem og løse alle problemer (Yalom, 1998; Åkerman 2010). Når livet blir for utfordrende og frykten tar overhånd kan helsevesenet og en akuttpsykiatrisk avdeling få rollen som the ultimate rescuer (Yalom, 1998).

I akuttavdelinger baseres behandling i all hovedsak på regulerende tiltak som skal stabilisere pasienter og sikre liv og helse. Williams (1998), som selv har hatt diagnosen borderline personlighetsforstyrrelse, mener at hennes selvdestruktivitet først startet da hun lærte at systemet umiddelbart reagerte på slik atferd. Pasienter som henne gis vanligvis ikke mulighet til å regulere sine affekter selv; de må ikke selv ta et valg om å bli bedre, og de kan komme til å klamre seg fast til «den betryggende tanken om at ansvaret for deres liv hviler på helsevesenet og ikke på dem selv» (Åkerman 2010, s. 140). Skårderud (2007) påpeker faren ved ikke å få muligheten til å lære å takle psykiske smerte: «Å kjenne smerten

effektiv behandling?

er identisk med å bli menneske. Frykter også psykiatrien følelser? Psykiatrien skal lindre. Men når psykiatrien blir for ensidig opptatt av å administrere symptomer (...) sender den budskap om at det vonde ikke er til å bli tålt. Det er analogt til foreldrene som ikke tåler et barns følelser. Hvordan skal da barnet utvikle kompetansen til å takle dem?» (s. 434).

En eksistensialistisk tilnærming

I et eksistensialistisk perspektiv er mennesket fritt i den forstand at det alltid har et valg. Ifølge Yalom (1998) skaper frihet angst fordi mennesket søker etter struktur. Selv om man aldri vil kunne få full kontroll over alle faktorer som påvirker livet, har ethvert individ ansvar for sin egen livssituasjon. Vi er ansvarlige for den holdningen vi møter motgang med; vi kan velge

mellom "(...) om vi vil leve et liv i bittert savn eller finde en måde, hvorpå vi kan sætte os ud over handicappet og skabe en meningsfuld tilværelse på trods af det» (Yalom, 1998, s. 288). Eksistensialisme er et teoretisk rammeverk som gir åpning for å se psykopatologiske fenomener som noe annet enn produkter av gener og biokjemiske prosesser. Magagna (2008) demonstrerer for eksempel hvordan destruktive stemmer som skaper forvirring og selvmordstanker kan representere et trygt fengsel som beskytter både mot eksistensiell isolasjon og frihet. Pasienten som beskrives ville uten stemmene ikke følt seg hel. Dette skapte angst og hun var derfor redd for å gi slipp på stemmene. Ifølge Yalom (1998) viser denne angsten veien til et autentisk liv. Utfordringen for mange synes å ligge i valget om å følge angsten i stedet for å kjempe imot den. Eksistensialismen sier at det å gjøre seg selv



BEKREFTENDE KOMMUNIKASJON:

I BET møtes trusler om selvmord med at man bekrefter tanker og følelser pasienten har. Ofte vil pasienten falle til ro når hun merker at det er plass for destruktive tanker. Foto: Colourbox.

til en velgende person reduserer opplevelse av maktesløshet og fremmer individets autonomi (Yalom, 1998). Nedenfor beskrives hvordan BET-modellen hjelper hardt prøvede pasienter til å bli mennesker som har og tar valg.

Basal Eksponeringsterapi

I BET ses pasienten som en som opprettholder sine problemer gjennom unnvikelse, og som ansvarlig for å muliggjøre endring gjennom aktive valg. Helsepersonell kan veilede pasienten, men ikke løse pasientens problem: «Vi kan ikke fjerne din smerte,

og vi kommer ikke til å forsøke på det. Det har helsevesenet prøvd på i flere år, og det har tydeligvis ikke funket» (Heggdal, 2011, s. 345). Formålet med BET er å redusere pasientens avhengighet av å bli regulert av andre og fremme evnen til selvregulering av affekt og atferd. BET forløper gjennom 5 faser: etablering av sikker base (Bowlby, 1998); etablering av arbeidsallianse; utforskning av unnvikelse; eksponering og løsningsfokustert konsolidering av funksjonell mestringsatferd (Heggdal, 2008). Den terapeutiske strategien komplementær ytre regulering (KYR) er et sentralt verktøy gjennom hele prosessen. KYR består av «de motsatte» strategiene underregulering og overregulering, og er forankret i en hypotese om at understøttelse av mestringsatferd i vekslende med understimulering beveger pasienten i retning av økende selvregulering. I KYR «erstatte» validerende kommunikasjon ytre regulerende tiltak (gitt at det ikke er akutt fare for liv og helse), mens løsningsfokustert bemyndigelse i atferdsterapeutisk forstand forsterker funksjonelle handlingsvalg og øker sannsynligheten for at disse repeteres.

Ved bruk av primærstrategien underregulering blir rammene mindre forutsigbare og utfordrer pasienten til å mobilisere andre og nye strategier for mestringsatferd. En tidligere pasient beskriver underregulering slik: «Da jeg fikk tilbud om behandlingen, kom jeg rett fra skjermet akuttavdeling, der jeg ble fotfulgt fordi de trodde jeg skulle skjære meg eller skade meg. Så kom jeg til en avdeling med glass og ledninger og farlige gjenstander som ikke var ryddet vekk. Mens jeg var innlagt, forsøkte jeg å ta en overdose. I stedet for å bli fratatt medisinen jeg hadde, ble jeg bedt om å administrere dosetten selv. Det var et sjokk for meg, men også en vekker. Jeg ble utfordret til å ta ansvar og grep om livet mitt» (Garbo, 2011, s. 33). Hvis en underregulert pasient fremviser økende atferdsforstyrrelser, ved for eksempel gjentatte ganger å velge å kutte seg uten å søke alternative løsninger, endres oppfølgingsregimet til overregulering. Gjennom empatisk tilstedeværelse utsettes da pasienten for en atferdskontroll utover det en konvensjonell vurdering tilsier er nødvendig. Hensikten er å fremme en opplevelse av understimulering (kjedsomhet) som øker pasientens motivasjon for å ta tilbake ansvar. Når pasienten viser initiativ til å velge funksjonelle løsninger går man, etter en motivasjonsstyrkende «delay», igjen tilbake til



NY ERFARING: Pasienter kan få beskjed om å passe dosetten selv. Foto: Colourbox.

underregulering. På relativ kort tid lærer pasienten at det er mye mer relasjonelt givende med friere rammer. KYR er derfor et viktig element i funksjonshevende behandling av de nevnte pasientene i en sykehusavdeling (Heggdal, 2010).

Viktige faktorer ved implementering av BET i akuttpsykiatrisk behandling

1. Enighet i personalgruppen om utprøving av BET.

Implementering av BET i akuttavdelinger vil by på flere utfordringer. Akuttbehandling skal være kortvarig, og en dreining bort fra en sykdomsmodell og rask igangsetting av medisiner til en tilnærming forankret i eksistensialistiske holdninger vil i seg selv være krevende. BET kan også oppleves å være en «tøff» behandling (Solfjell og Alsos, 2011). Personalet må derfor gjøres trygge nok til å tåle pasientens smerte og reaksjoner. Behandlingsteamets bruk av BET-strategier må være forankret i en felles forståelse og være godt koordinert slik at helheten rundt pasienten representerer en terapeutisk struktur. Det er viktig at behandlere og personalet både for seg selv og sammen med kollegaer vektlegger håndtering av motoverføring som kan være til hinder for funksjonshevende samhandling med pasienten. Hvis ett enkelt personale oppmuntrer eller støtter bruk av unnvikelsesatferd fordi hun/han selv ikke tåler pasientens psykiske smerte, vil dette i psykodynamisk forstand kunne være en utagering som forstyrrer behandlingen. Videre vil det være viktig med systematisk opplæring i BET-prinsipper og hyppig og intensiv veiledning hvor det også gis rom for motforestillinger og kritiske spørsmål.

2. Etablering av et prosessperspektiv.

Akuttbehandling av denne pasientgruppen, herunder medikamentell behandling, bør tross kortvarige innleggelse foregå i et langsiktig prosessperspektiv (Heggdal, 2010). Differensialdiagnostiske avklaringer i forhold til akse I og akse II tidlig i prosessen er viktig for å tilrettelegge for systematiske intervensjoner rettet mot de ulike elementene i tilstandsbildet. Samtidig som behandlingsteamet understøtter mestring og fjerner elementer som kan forsterke dysfunksjonell atferd, kan behandler og personale fra innleggelse til innleggelse utvikle en «sikker base» av terapeutiske relasjoner (Bowlby, 1988; Heggdal, 2008). Når det er etablert tilstrekkelige forutsetninger for en uttalt arbeidsallianse, kan behandlingsteamet fra innleggelse til innleggelse

gjennom KYR ansvarliggjøre pasienten og steg for steg gå videre i BET-prosessen.

3. Opplæring i bruk av komplementære ytre regulering (KYR).

Akuttsykepleieres fokus på sikkerhet fører til utstrakt bruk av hyppig tilsyn og skadeforebyggende tiltak (O'Donovan et al, 2006). Omlegging fra regulerende behandling til KYR vil kreve en grunnleggende holdningsendring og grundig opplæring for å sikre god koordinering av tiltak gjennom vaktskifter, helger og ferier. For helsepersonell som i en travel hverdag er vant til å regulere pasienters atferd kan bruk av underregulering, særlig i en oppstarts- og opplæringsfase, skape utrygghet og frykt. Dette vil kunne gå ut over personalets evne til å håndtere situasjoner på en profesjonell måte (Vatne, 2006). Et av formålene med KYR er imidlertid nettopp reduksjon av atferdforstyrrelser

«BET i akuttbehandlinger vil gi en ny innfallsvinkel til å forstå pasientenes problemer.»

og nedkorting av behandlingsopphold. Samtidig fremmer denne BET-strategien motivasjon for å komme inn i funksjonshevende prosesser, uavhengig om det skal dreie seg om eksponering eller andre psykoterapeutiske tilnærminger (McGahn og Heggdal, 2011).

4. Vektlegging av validering (bekreftende kommunikasjon).

I tråd med retningslinjer for vurdering av selvmordsfare vil man i akuttavdelinger vanligvis møte selvmordstanker med detaljert utspørring. For kronisk suicidale pasienter kan stadige risikokartlegginger vikle pasienten enda mer inn i et destruktivt univers. I BET møtes appell eller trusler om selvmord med en bekreftende holdning, det vil si at man bekrefter følelser og tanker pasienten har, i stedet for å oppmuntre til å velge livet. Bekreftende kommunikasjon handler om å lytte og å se pasientens subjektive opplevelse som sann og gyldig. Terapeuten tar ansvar for eget perspektiv, kommer ikke med løsningsforslag og graver ikke etter informasjon. Pasienter som det her er snakk om vil ofte falle til ro når han/hun merker at det er plass for destruktive tanker og følelser.

5. Forståelse av unnvikelse og unnvikelsens funksjon.

For mange mennesker kan det å snakke med noen, gå tur, høre på musikk, dyrke fremtidshåp osv. bidra til å holde psykisk smerte tilstrekkelig på avstand til å kunne leve et godt liv. Personalet må være bevisst på at slike mestringsstrategier, for de pasientene vi her snakker om, også kan representere dysfunksjonell unnvikelse som bidrar til å opprettholde problemet. Pasienter som har blitt behandlet over år i psykisk helsevern kan ha mange ord, men likevel ikke være i kontakt med sine følelser. Ord kan bidra til en intellektuell avstand som effektivt beskytter mot følelser. Helsepersonells hjelp til «å sette ord på følelser» kan da bidra til å styrke et allerede dysfunksjonelt forsvar, og pasienten vil fortsette å bli overveldet av alt som skjer i kroppen. Også gråt kan være unnvikelsesatferd i den forstand at pasienten «tømmer seg» i stedet for å forholde seg til følelsene. I BET inviteres pasienten til å sette følelser på ordene. En typisk intervensjon kan være: «stopp litt der, hva er det som skjer nå?»/«Hva kjenner du i kroppen (magen, brystet, halsen) nå når du sitter og snakker? Den terapeutiske kunsten handler om å bringe pasientens oppmerksomhet inn på selve opplevelsen, og holde fokus der. En kan si til en pasient: «Kan du stenge av alle uttrykk og kjenne hva som skjer inne i kroppen» (ikke snakke, ikke gråte osv). For å kunne skape seg et stabilt liv utenfor sykehuset over tid, så må disse pasientene stoppe

«Dramaet foregår på det indre plan.»

opp og gjøre det motsatte av det de vanligvis gjør, også når det gjelder atferd som vanligvis vil forstås som mestringsatferd.

6. Forståelse av ansvarliggjøring og eksponering som løsning.

Ansvarliggjøring handler ikke om å gi pasienten skylden for at livet har blitt som det har blitt. I et eksistensialistisk perspektiv har ethvert menneske uansett hva som har skjedd i fortiden ansvaret for å løse sitt problem. Terapeutens her-og-nå-holdning og fokusering på valg hjelper pasienten ut av fastlåste grublerier om fortid og fremtid og til en erkjennelse av at han/hun ikke bare er et offer for gener og biologi. Men, pasienten skal ikke og klarer ikke alt på egen hånd. Personalet er til stede som veiledere som

identifiserer og bevisstgjør pasienten i forhold til valget mellom unnvikelse og ikke-unnvikelse. Som en del av eksponeringsarbeidet hjelper personalet pasienten til å bruke funksjonell avledning for at pasienten selv i størst mulig grad skal kunne styre intensiteten i prosessen. Dette betyr at pasienten imellom økter med eksponering kan velge å bruke unnvikelsesstrategier for å dempe eller avlede seg fra smerte og frykt. Funksjonell avledning vil ofte være nødvendig for at pasienten skal kunne integrere erfaringer og samle krefter til å gå videre i eksponeringsprosessen. Eksponering i BET er sjeldent dramatisk. Dramaet foregår på det indre plan; det er pasientenes unnvikelsesatferd som er dramatisk. Selv om pasientene sier at de er motiverte, kan de være umotiverte for å bryte gamle mønstre ved å utsette seg for ubehag og smerte. Når de etter hvert gir opp kampen mot smerten og er i allianse om eksponering, så kan videre behandling gå relativt fort. Rammen av en akuttavdeling vil kunne gi den eksistensielt utrygge pasienten en opplevelse av sammenheng og forutsigbarhet, og dermed en mulighet for å velge å eksponere seg for psykisk smerte, i stedet for å fortsette en flukt som bare skaper flere problemer.

Oppsummering

Denne artikkelen forsøker å vise at det er lite hensiktsmessig ensidig å basere akuttbehandling av pasienter med sammensatte lidelser og lavt funksjonsnivå på en bio-medisinsk modell. Ved akuttavdelinger er tradisjonelt diagnostisering og stabiliserende behandling det som tilbys. For pasientene som er beskrevet her kan imidlertid gjentatte runder med en slik tilnærming bidra til at pasienten i økende grad blir avhengig av hjelp fra helsevesenet. Så langt har 12 av pasienter med lange sykehistorier og dårlig prognose gjennom BET-programmet fått normalisert sine liv (Heggdal og Fosse, 2011). Helsevesenet har et ansvar for å legge om behandlingen der den behandlingen som tilbys ikke ser ut til å bedre pasientens evne til å klare seg selv. Implementering av BET i akuttbehandling vil gi en ny innfallsvinkel til å forstå disse pasientenes problemer, og by på en terapeutisk tilnærming som kan være hensiktsmessig i et mer langsiktig perspektiv. Artikkelen både identifiserer utfordringer og presenterer forslag knyttet til implementering av BET-elementer i akuttpsykiatrisk behandling. I og med at BET har vist seg å være effektivt for mange av disse pasientene, hvorfor ikke gi denne tilnærmingen en sjanse, også i akuttavdelinger? ■



MÅ KJENNETTER: I BET inviteres pasienten til å sette følelser på ordene. En typisk intervensjon kan være: Hva kjenner du i kroppen når du snakker? Foto Colourbox.

Litteratur

Bowlby, J. A. (1988). *Secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Bøe, T. D. og Thomassen, A. (2003). *Mot en mer menneskelig psykiatri – fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse* (2. oppl.). Oslo: Universitetsforlaget.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.

Garbo, G. L. (2011). Basal eksponeringsterapi: Fikk endelig hjelp. *Psykisk helse*, 3, 32-34.

Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M., Strosahl K. (1996). *Experiential avoidance and behavioural disorders: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168.

Hayes S.C., Strosahl K., Wilson K.G., Bisset R.T., Pistorello J., Toarmino D. et al. (2004). *Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model*. *Psychological Record*, 54, 553–578.

Heggdal, D. (2008). *Basal eksponeringsterapi*.

Grunnleggende prinsipper og retningslinjer. *Behandlingsmanual - Versjon 1*.

Heggdal, D. (2010). *Basal eksponeringsterapi. Teoretisk forankring - del 1. Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon*.

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. og Fosse, R. (2011). *Basal eksponeringsterapi for marginaliserte døgnpasienter med lavt funksjonsnivå og sammensatte lidelser. Pilotdata*. In press.

Hjort, H. og Ruud, T. (2006). *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. (SINTEF A73). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Hummelvoll, J.K. (2001). *Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien - Evaluering av personalets opplevelser og erfaringer fra deltagelse i Prosjekt Undervisningsavdeling Rapport nr. 6 - 2001*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

McGahn, M. og Heggdal, D. (2011). *BET-forsterket MBT i lukket døgnpost*. In press.

Magagna, J. (2008). *Attacks on life; suicidality and self-harm in young people*. (I: S. Briggs; A.

Lemma; og W. Crouch (red.). *Relating to self-harm and suicide – Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention* (s. 109 - 127). East Sussex: Routledge.

O' Donovan, Å., Gijbels, H. (2006). *Understanding psychiatric nursing care with non-suicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: the view of psychiatric nurses*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (4), 186-192.

Skårderud, F. (2007). *Uro – en reise i det moderne selvet*. 3. opplag. Oslo: Aschehoug & Co. Solfjell, I. M. og Alsos, T. H. (2011): *Å våge å forholde seg til livets smerte. En kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi*. Hovedoppgave UIO

Vatne, S. (2006). *Korrigerer og Anerkjennelse – Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Williams, L. (1998). *Personal Accounts: A «Classic» Case of Borderline Personality Disorder*. *Psychiatric Services*, 49, 173-174.

Yalom, I.D. (1998). *Eksistentiel psykoterapi* (1.utg., 8. oppl.). København: Hans Reitzels Forlag. Åkerman, S. (2010). *For å overleve – en bok om selvskading*. Oslo: Humanist forlag.