

SELVOPPLEVELSE OG SOSIAL INTEGRASJON VED PSYKOSER

Rapport fra ISPS 16
i København 16. – 19. juni 2009

Leif Jonny Mandelid

Innledning

Rapporten reflekterer på ingen måte bredden i de faglige framleggene på kongressen, men begrenses til framlegg jeg fant interessante ut i fra mitt ståsted og det faktum at det var umulig å få med seg alt. For de som ønsker en full presentasjon av bredden anbefales heftet med resymeer som er trykket i ISPS sitt eget tidskrift *Psychosis* (Volume 1, nummer S1, June 2009). Kongressen hadde færre deltakere enn vanlig og atmosfæren syntes annerledes enn ved tidligere ISPS-kongresser jeg har deltatt på. Uten at jeg kjenner bakgrunnen for det, lyste alle psykofarmakaprodusentene med sitt blotte fravær. Det fantes ingen stands i foajeen på Bella Center med reklame og påvirkning fra legemiddelprodusentene. Det hele fikk dermed et mer nøkternt og mindre fargerikt preg enn tidligere, noe som også syntes å nedfelle seg i lavbudsjetts programhefter og servering. Ingen gratis kulepenner eller glanset pa-

pir! Slikt kan jo bidra til bedre fokus på det faglige innholdet som bør legge tung vekt på psykososial behandling i en ISPS -sammenheng. Men en viss uro snek seg likevel inn i psykologhjertet mitt ved tanken på at det kunne være uttrykk for en medisinfiendtlig reduksjonisme. Reduksjonisme i enhver retning er som kjent skadelig for personer med multiple behov, og for respekt og samarbeid fagfolk i mellom. De senere års forsøk på å rehabilitere utviklingsmessige traumer i forståelsen av alvorlige psykiske problemer, bør ikke medføre at personen som biologisk organisme helles ut med badevannet. Medisinsk behandling må kunne fratas hegemoniet, uten å forkastes som irrelevant! Våre fagfelt har kjørt slalom lenge nok mellom veigrøftene medisin og psykologi, hjerne og bevissthet, biologi og (environ) mentalisme på pasientenes og samarbeidets bekostning.

Min faglige interesse dreier seg mye om forståelsen av selvets utvikling ved psykoser, sett i et relasjonelt perspektiv, både i form av det som kan kalles for selvforstyrrelser (Sass og Parnas, 2003) og medfølgende svikt i common sense (Blankenburg, 2001). På årets kongress var det rikelig med framlegg som dreide seg rundt slike problemstillinger. Jeg har også vært opptatt av hvordan en tillitsfull og lærerik relasjon kan utvikles og holdes ved like i møtet mellom brukere og hjelpere. Kongressen hadde mange interessante innlegg om dette, både fra fagfolk og fra brukere som kunne formidle sine erfaringer fra sine levde liv og bedringsprosesser. Dette ble mine utvelgelseskriterier for hva jeg ville forsøke å få med meg.

Psykologiske modeller for forståelse av psykoselidelser

Utviklingsmessige perspektiver på mental sykdom

Professor Arnold Sameroff fra USA redegjorde for den delen av forskningen som har et livslangt perspektiv på forståelse av årsaker til alvorlige psykiske lidelser, og hvilke følger de får. Mennesker med de beste helsemessige og ressursmessige forutsetninger kan utvikle alvorlige problemer under ugunstige miljømessige forhold; det "sosiale økosystemet". Likeledes kan mennes-

ker med relativt dårlige personlige utgangspunkt bli skjermet av et gunstig sosialt økosystem, slik at deres psykiske vansker ikke behøver å bli så omfattende. Det er imidlertid ikke slik at foreldre overfører sine problemer eller lidelser til neste generasjon i lineær forstand. Ei heller er årsaken til psykiske problemer senere i livet ensidig at barnets eventuelt avvikende atferd utløser negativ motatferd fra foreldrene. Det synes mer å være snakk om et uttall faktorer som utfolder seg på kryss og tvers i relasjonen mellom barnet og miljøet. Dette har ikke preg av en ond sirkel, men er mer som en spiral med stadig høyere nivåer av kompleksitet i faktorene som fremmer eller hemmer psykisk helse hos individet. Påvirkningen mellom individ og miljø går i begge retninger. Det er også etter hvert kjent at overføringen av mentale problemer fra en generasjon til den neste ikke er særlig spesifikk med hensyn til type problem (eller diagnose) som overføres.

Overføringen synes relativt uspesifikk og dreier seg mer om høyere risiko for mental sykdom og endring i sosial status generelt. De som ønsker å fordype seg i dette kan lese Sameroffs og medarbeideres bok "The transactional model of human development" (2009). Sameroff understreket at det synes lite fruktbart

å fortsette å lete etter argumenter for og imot natur eller kultur. I framtiden bør en i stedet søke å finne forenende modeller. Både/og-tenkning bør erstatte enten/eller-tenkning. Når det gjelder forekomst av omsorgssvikt og traumer i historiene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er det kjent at mange slike erfaringer ofte finnes i befolkningen generelt, uten at de får seinvirkninger som gjør at de kan defineres som sykdom eller traumer. Det interessante blir derfor å se på forholdet mellom sårbarhet og beskyttende faktorer i den enkeltes læringshistorie. Likeledes er det kjent at bestemte typer traumer ikke har stor spesifisitet med hensyn til hvilken type psykiske problemer personen vil ende opp med i ettertid. Tidligere traumer av liknende karakter kan gi senere psykiske plager av svært varierende karakter. Personens fortolkning av sine erfaringer spiller dermed trolig en rolle i hvilke følger negative erfaringer vil få i ettertid. Jeg vil her skyte inn at dette åpner for muligheter i psykoterapi, ved at selvopplevelsen kan dekonstrueres og rekonstrueres i en endret personlig narrativ. Det problematiske begrepet historisk sannhet kan erstattes med narrativ sannhet. Traumatiske opplevelser kan avgrensnes til deler av selvopplevelsen og dermed miste sin slagkraft.

Sammenfall og ulikheter mellom psykoanalytiske og utviklingspsykologiske perspektiver på psyko-senes framkomst og beskaffenhet

Psykoanalytikerens Michael Robbins fra USA er blant annet kjent for boken "Experiences of schizophrenia: An integration of the personal, scientific and therapeutic" (1993), hvor han sammenholder psykoanalytiske og vitenskapelige funn knyttet til terapiprosessen med personer rammet av schizofreni. Han fokuserer der særlig på den såkalte symbiosen som bør etableres, men også avvikes, mellom pasient og terapeut. I foredraget sitt stilte han kritiske spørsmål til enkelte aspekter ved narrative tilnærminger til terapi, slik en for eksempel finner ved moderne intersubjektiv analyse. Dette forsto jeg dit hen at det ikke er tilstrekkelig å nøye seg med å konstruere en narrativ sannhet i terapi, dersom dette skjer for løsrevet fra historiske kjensgjerninger i individets erfaringer. For egen del vil jeg legge til at en slik praksis balanserer farlig nær en uakseptabel etikk.

Robbins inntok det klassiske psykoanalytiske standpunktet at pasientens symptomer er å betrakte som måter å prøve å bearbeide aktuelle hendelser i livshistorien. Likeledes pekte han på at historien har en tendens til å gjenta seg selv, dersom personen ikke får innblikk i den.

Jeg vil føye til at liknende syn også finnes i deler av kognitiv terapi, hvor det anses som vesentlig å oppnå metakognisjon når det gjelder bakenforliggende og grunnleggende leveregler og skjema (Chadwick 2009). Også innen psykoanalysen har en hele tiden vært opptatt av at subjektive fordreininger endrer minnene om tidlige traumer. Det ligger viktig tankegods til forståelse av psykoser og schizofreni fra psykoanalysen i teorier om at individet på grunn av sin narsissisme (mangel på opplevde relasjoner) sliter med å etablere alle slags relasjoner, også terapeutiske. Det er også sentralt at modning og utvikling skjer ved at såkalte primærprosesser (følelsesmessig og tankemessig kaos) gradvis omdannes til og suppleres av såkalte sekundærprosesser ("common sense"). Dessuten er det verd å merke seg at primærprosessene (det psykotiske) fortsetter hele livet ved siden av common sense, som muligheter for drøm, ekstase, rus og psykose. Robbins fastholdt at det fins viktige sammenhenger mellom utviklingspsykologisk forskning og psykoanalyse: 1) Begge søker å forstå så vel vekstfremmende som veksthemmende faktorer. 2) Begge søker å belyse tilknytningsforhold. 3) Begge prøver å forstå forholdet mellom bevissthetsmessige primærprosesser og nevroutvikling. De har en felles utford-

ring i å validere hypoteser som forutsetter avdekking av årsakssammenhenger. De har behov for studier som strekker seg over lang tid. Slik sett har denne utforskningen en del felles med blant annet astronomi.

På andre måter er psykoanalysen og utviklingspsykologisk forskning ulike: Psykoanalysen er knyttet til terapi med enkeltindivider med antakelser gjort om personens utvikling i ettertid. Utviklingspsykologisk forskning starter med det nyfødte barnet, og kan bruke prospektive studier for å generere gruppedata, for så å gi generaliserte råd til helsevesen og samfunn.

Bidrag fra tilknytningsteori til forståelsen av psykosenes utvikling og beskaffenhet – sammenfall og ulikheter i forhold til et utviklingspsykologisk perspektiv

Psykologiprofessor Arthur Gumley fra Skottland hold et spennende foredrag om dette emnet. Gumley er blant annet kjent for forskning på risikotegn for utvikling av psykose, og terapi ved slike mulige prodromalfenomener (Gumley, 2006). I København snakket han om de utviklingsmessige røttene til svekket mentalisering. I tråd med Bowlbys tilknytningsteori startet Gumley med å minne om at det er den mellommenneskelige relasjonen som er

konteksten for utvikling, trøst, beskyttelse og trygghet, men også for utvikling av sykdom. Både normal og unormal utvikling styres av de samme prinsippene. Dette gjelder ikke minst utviklingen av metakognisjon og mentalisering (i ”gamle dager”; selvsobserverende evne og psykologisk desentrering). Evnen til å fortolke egen og andres atferd som meningsfull utvikles gjennom sosial samhandling. Denne samhandlingen er avgjørende for opplevelsen av et samlet selv og beskyttelse mot tidlige traumer. Hemmet metakognisjon og mentalisering er forbundet med svekket evne til å skille indre fra ytre virkelighet. Dette er hyppige fenomener ved psykose, paranoia og ARMS (At Risk Mental States; risikotegn på psyko-seutvikling). Lysaker (2009) fant for eksempel at større problemer med mentalisering sammenfalt med større problemer i metakognisjon, men også at mindre problemer med metakognisjon falt sammen med høyere grad av depresjon. (Dette sammenfaller med gamle innsikter i at økt evne til å ta realiteten inn over seg medfører større krav til å utholde sorg). Større grad av mentalisering over tid ser ut til å være en viktig beskyttelsesfaktor, med bedre sosial tilpasning og evne til å stå i arbeid.

Fonagy (Fonagy et.al 2000) fant at høyere refleksjonsnivå og affektreguleringsevne hos mødre sammenfalt med tegn på høyere grad av MM (Mindmindedness; bevissthet om egen og andres bevissthet) hos deres barn. Høyere MM var igjen forbundet med mer trygghet og mindre aggressivitet i barnas lek ved 12-18 måneders alder. Likeledes hadde det sammenheng med bedre problemløsningsevne, mer symbolsk lek og større grad av autonomi. Gumley dokumenterte flere tegn på sammenfall mellom vanskelige utviklingsmessige erfaringer og senere utvikling av borderline personlighetsforstyrrelse og psykose. Han pekte på en rekke forhold som faller sammen med svekket evne til refleksjon og vansker med affektregulering i ungdom og voksen alder: Dersom mor sørget over et tap i pasientens barndom eller hadde indikasjoner på mental disorganisering; tidlig separasjon og institusjonalisering; traumer og omsorgssvikt i tidlig barndom og urbant sosialt miljø med mye stress og sosial oppløsning.

Det viser seg imidlertid at personer med borderline personlighetsforstyrrelse og personer med schizofreni tenderer mot ulike relasjonsmønstre i voksen alder: Borderline kan knyttes til en overopptatthet av relasjoner og en serie frustrerte og

vekslende relasjoner, kjennetegnet av dårlig affektregulering. Personer med schizofreni tenderer derimot til unngåelse av relasjoner og en "sletting" av emosjonelle minner som karakteriseres som avstengning av affekt. Problemer med mentalisering slik de kommer til uttrykk for eksempel ved borderline og schizofreni kan forstås som følger av successive tilpasninger til tidlig utviklingsmessig motgang og utrygghet. Gumley avsluttet med å spørre om slike funn kan hjelpe oss til å forstå negative symptomer ved schizofreni og hallusinasjoner ved paranoia.

Kognitive modeller for å forstå psykosenes utvikling og beskaffenhet, og forskning på mulige utviklingspsykologiske årsaker til alvorlige psykiske lidelser. Sammenfall og ulikheter i disse perspektivene.

Richard Bentall fra England er blant annet kjent for boken "Madness explained" (2003), hvor han stiller seg skeptisk til en forståelse av psykoser som begrenses til en sykdomsmodell. Han anbefaler en mer fenomenologisk, fortolkende og kognitiv tilnærming hvor en har som utgangspunkt at psykotiske symptomer kan framkomme på svært ulikt grunnlag. Det blir den enkeltes opplevelse av hva som er problemet som bør være utgangspunkt for terapi, ikke en generisk

(en standard for alle) medisinsk tilnærming. Vi trenger derfor modeller for hver ulik type psykotisk opplevelse. Likeledes eksisterer psykotiske opplevelser på et kontinuum med normal fungering.

I København åpnet han sitt foredrag med kritikk av en neo-Kraepelinsk diagnosepraksis. Før jeg går videre vil jeg skyte inn at Kraepelins forståelse av schizofreni som en livslang og degenerativ nevropatologisk lidelse i sin tid ga opphav til en unødig pessimistisk holdning til prognosen for personer rammet av schizofreni. Kraepelins syn er fundert på det dårligst fungerende mindretallet av disse personene, og regnes ikke lenger som representativt for flertallet av dem. I dag vet vi at noen blir helt friske og flertallet bedrer seg betydelig over en tjue års periode (Harding & Stauss, 1984). Bentall hevder at psykosene ikke er ekte syndromer i medisinsk forstand og at diagnosene i liten grad predikerer sykdomsforløp og respons på behandling hos det enkelte individ. Ulike individer beskriver ulike etiologiske prosesser. Bentall hevdet retorisk at validiteten av nåværende diagnostisk praksis er like dårlig som tyding av stjernetegn ved astrologi. Han anbefalte i stedet noe han kalte transdiagnostiske prosesser. Da vil en kunne bygge en sannsynlig, vitenskapelig

testbar, men ulik psykologisk modell for hver type symptom. Han avsluttet med å vise til funn rundt paranoia og for hurtig konkludering av årsakssammenhenger hos personer med psykose: Mistenksomhet og paranoia fins hos 12 prosent av befolkningen generelt og hos 40 prosent hos personer med psykose. Paranoia synes derfor å ligge på et kontinuum fra normalt til abnormt. Den har dessuten ulike kvaliteter. Noen personer mener de fortjener å bli forfulgt, såkalt "bad me" (stygge meg)- paranoia. Denne formen synes mest vanlige hos normalt fungerende personer og ved lettere psykiske lidelser. Personen er da redd for at han skal bli "avslørt". Den andre varianten kalles "poor me" (stakkars meg)- paranoia. Disse personene føler seg mer utrygge og mener at de ikke har fortjent å bli forfulgt. De er redde for å bli tatt av dage. Bad-me paranoia synes dessuten å være mer kontekstrelatert og dermed lettere forståelig enn poor-me paranoia.

Paranoia kjennetegnes av tankemesige problemer som å trekke for raske konklusjoner, og vansker med å fortolke andres ståsted. Bentall har også utforsket relasjonen mellom selvaktelse og paranoia. Selvaktelsen synes svært ustabil hos personer med paranoia: Hos personer med bad-me paranoia er det ofte sam-

menfall mellom opplevd og uttrykt lav selvaktelse. Hos poor-me ser en ofte en kontrast mellom opplevd og uttrykt selvaktelse. Bentall avsluttet med å spekulere i hvordan tidlige relasjoner virker inn på kognitiv utvikling. Personer med schizofreni tenderer til å ha en unngående tilknytningsstil. Utrygg tilknytning forutsier i større grad paranoia enn for eksempel hallusinasjoner, det gjør også opplevelser av å ha vært offer for vold og overgrep. Nevropsykologisk viser personer med psykose dessuten større følsomhet for stress.

Å lære av erfaringsbaserte eksperter

Gevinstene ved allianser mellom brukere og behandlere i behandling av stemmehøring

Nyere forskning viser at medisinresistente positive psykotiske symptomer som stemmehøring kan avhjelpes ved hjelp av psykososial behandling (Bentall, 2003, Morrison, 2003). Debrah Lampshire fra New Zealand la fram sine erfaringer som stemmehører fra en gruppe som arbeidet kognitivt med stemmehøring i samarbeid med en profesjonell terapeut. I gruppen delte stemmehørerne og terapeuten sine erfaringer med hverandre. Det ble undervist i mestringsstrategier og teknikker som normalisering, fokusering,

kognitiv terapi, evaluering av stemmehøring, samt utforskning av forklaringene brukerne hadde på sin stemmehøring. I løpet av tiden Debrah deltok rapporterte brukerne i gruppen mellom 30 og 70 prosent reduksjon i positive psykotiske symptomer. Et spesielt poeng hun framhevet var at hun fikk anledning til å bruke en analogi om restaurering av gamle bilvrak til å snakke med andre brukere om muligheten for bedring. For noen brukere er det viktig å kunne ha et fokus som ligger utenfor relasjonen til hjelperne. Det er fordi brukeren kan være forvirret, redd eller sint til å kunne forholde seg direkte til terapeuten. (Jeg vil minne om at en slik tilnærming også i sin tid ble foreslått av den amerikanske psykiateren Harry Stack Sullivan som en måte å regulere ned intensiteten i forholdet mellom terapeut og pasient. Metoden benyttes også av ACT-team overfor brukere som ikke klarer intensiteten i en til en-relasjoner med hjelpere. Det er interessant å se hvordan brukernes og klinikernes erfaringer kan sammenfalle med hverandre, uavhengig av hverandre).

”Om å være en ekspert – Hva jeg har lært på min bedringsreise”

Psykologen Patte Randal fra New Zealand er en trebarnsmor som har bedret seg fra åtte akutte episoder

av psykose de siste 30 årene. Hun har 24 års arbeidserfaring fra psykisk helsevern. Hun har dessuten publisert forskning som dokumenterer at bedringsfokuset multimodal psykoterapi bidrar til symptomlette og funksjonsheving hos personer med tilbakevendende psykose (Randal et Al., 2003).

Som et resultat av alle disse erfaringene har Patte utviklet en modell hun kaller ”The Re-covery Model”. Modellen er ment å være til hjelp for brukere, pårørende og alle typer hjelpere til å engasjere seg på en samarbeidende måte i arbeidet med bedring fra ekstreme tilstander, psykoser inkludert. Modellen vektlegger at vi alle deler noen felles menneskelige vilkår og derfor er i posisjon til å nærme oss hverandre og å bli bedre i stand til å håndtere problemene våre. Modellen ligger til grunn for et treningsprogram som nå tilbys andre brukere og hjelpere, eller erfaringsbaserte eksperter. Randal utviklet modellen i perioder da hun ikke følte seg overveldet av psykosene. Da hun forsøkte å publisere erfaringene sine fikk hun tilbakemelding fra forleggerne om at hun var for åpen, ærlig og hadde for mye personlig integritet til å være en psykolog! Videre at teoriene og modellene hennes ikke passer inn i vanlig klinisk praksis. Dette blir underlig sett i lys av at tilnærming-

en går ut på å bygge en bro av tillit mellom dine og mine antakelser på en slik måte at vi kan ende opp med noen felles verdier, meninger og antagelser. Dessverre er det kjent også her hjemmefra at hva brukerne opplever som hjelpsomt og meningsfullt ofte representerer såkalte regelbrudd i forhold til vanlig profesjonell klinisk praksis i psykisk helsevern (Borg og Topor, 2006). Borg og Topor tar til orde for en ny og mer fleksibel type profesjonalitet for å ta brukerne på alvor. Randal illustrerte hvordan det å bli stemplet som psykiatrisk pasient kan føre personen inn i onde sirkler i forhold til andre mennesker, noe som progressivt underminerer selvrespekten. Dette gjelder også onde sirkler overfor psykisk helsevern, ved at gjentatte innleggelses ikke defineres som ledd i bedring, men som forverring. I følge Randal og andre brukeres erfaringer kan disse onde sirkelene snus til oppadstigende spiraler preget av økt selvrespekt og tiltagende håp. En viktig forutsetning for at så skal skje, er at andre betrakter brukeren som en erfaringsbasert ekspert de også kan lære noe nytt og viktig av.

Hun kaller dette for en seierssyklus ("victorious cycle"). En slik seierssyklus består av såkalte "aha-øyeblikk" hvor personen får anledning til å observere og reflektere

over aspekter ved seg selv. Dette fører i neste omgang til endret tenkning og endret atferd. Endret tenkning og atferd fører så til nye "aha-øyeblikk", og så videre. Tilnærmingen er i grove trekk basert på en kognitiv ABC-modell (Chadwich 2009). Randal problematiserte også hvor ulikt bruker, familie og behandlere kan forstå forholdet mellom sykdom og friskhet, og at det er viktig å prøve å framforhandle en felles forståelse av hva det vil si å være syk og/eller frisk. Evidens virker i den grad den faller sammen med erfaringer som ligger i oss. Det er en kontinuitet mellom normalt og abnormt. Randals tilnærming inkluderer også stemmehøringsgrupper hvor en søker større forståelse av stemmenes innhold og mer kontroll og distanse til dem. En såkalt seierssyklus innebærer ofte å lage en kriseplan i samarbeid med brukeren. Planen inneholder elementer som for eksempel: Når er jeg på mitt beste? Hva er mine erfaringer med å bruke medisin? Hvordan kan jeg søke støtte og hjelp? Hva gjør meg sårbar eller utløser psykosen? Hva er varseltegnene mine? Hva er min brukeratferd? Med en slik strategi kan en krise vendes til mulighet og håp.

Psykose og intersubjektivitet: Jeg-hetens dialektikk mellom symptomer og terapeutisk relasjon

Subjektivitetsforskningens "hovedstad"

København er i årenes løp blitt et sentrum for såkalte subjektivitetsstudier. Det vil si forsøk på å trenge dypere inn i forståelsen av hva det vil si å oppleve seg selv som et selv eller en person. Det innebærer også å øke forståelsen av hva som skjer når denne prosessen ikke følger et vanlig forløp, men ender i mindre vanlige varianter eller ulike former for det som også kalles psykopatologi. Fra begynnelsen av forrige århundre har det vært en rik tradisjon for dette i det kontinentale Europa, i kjølvannet av blant annet Diltheys åndsvitenskap og hermeneutikk, Husserls fenomenologi og forsøkene på å utforme en antropologisk psykiatri. Senere har både Heideggers værensanalyse og postmoderne dekonstruktivisme ved blant andre Derrida fått innflytelse på studier av det menneskelige subjektet, likeledes språkforskere som de Saussure og Bakthin. Subjektet anses å bli konstruert i en relasjonell, dialogisk forankring i verden, som unndrar seg enkle årsaksforklaringer. Professor Josef Parnas ved Københavns Universitet og Hvidovre Hospital

ser ut til å ha samlet en rekke engasjerte unge forskere på området. Subjektivitetsstudiene er et spennende og fruktbart krysningspunkt mellom filosofi, medisin, psykologi og sosialvitenskapene. Her i landet representeres tradisjonen blant annet av psykiater Paul Møller ved Sykehuset i Buskerud.

Å forstå symptomer

Mads Gram Henriksen fra Danmark utfordret og problematiserte holdningen at klassiske psykotiske symptomer er å betrakte som uforståelige. Dersom symptomene betraktes som uttrykk for strukturelle endringer i personens opplevelse og bevissthet, kan vi kanskje i større grad bli i stand til å forstå disse opplevelsene. Dersom vi kan se en sammenheng mellom tilsynelatende urelaterte symptomer, vil det også kunne få relevans for psykoterapi. Han refererte til Karl Jaspers (1962) opprinnelige posisjon at vrangforestillinger ikke kan bli forstått, men kun forklart nevrologisk. Likeledes viste han til det kjente skillet som ofte trekkes mellom en biologisk tilnærming basert på årsaksforklaringer, og enkelte psykologiske tilnærminger hvor symptomer forstås som uttrykk for emosjonelle konflikter. Diskursen impliserer at fortolkning og forståelse er vesensforskjellig fra forklaring.

Klaus Conrad (1958) forsøkte å integrere gestaltpsykologi og fenomenologi i sin fasemodell for utviklingen av schizofreni: Først oppstår en fase han kaller "trema", hvor personen skubbes mot det uunngåelige. Deretter ses en "apofanisk" fase hvor personen viser en abnorm oppfatning av mening. I denne fasen "vet" personen hva meningen med det hele er, og trenger dermed ikke noen forklaring fra andre. Denne meningen preges av mangel på common sense. Hos Wolfgang Blankenburg (2001) går derimot mangel på common sense forut for psykotiske symptomer som vrangforestillinger, og betraktes som uttrykk for en mer grunnleggende selvforstyrrelse. En begrensning hos Conrad er at han er svært deskriptiv og ikke undersøker hvorvidt symptomene kan være uttrykk for underliggende prosesser.

Josef Parnas deler de grunnleggende symptomene ved schizofreni i tre grupper: 1) Fremmedgjøring; 2) Ikke å føle seg hjemme og 3) Sårbarhet i relasjon til andre. Han ser disse som aspekter ved samme fenomen og uttrykk for en selvforstyrrelse. Ved psykoterapi får en slik forståelse implikasjoner som behov for utvikling av tillit i langvarig relasjon til samme terapeut. Det innebærer også at terapeuten forsøker å forstå pasientens opple-

velser så langt som mulig, og prøver å forklare pasienten at opplevelser av skyld og skam ikke stammer fra tidligere fantasier eller handlinger slik det vektlegges i tradisjonell psykoanalyse, men fra selvets skjøre sammensetning.

Å være uvirkelig: Bindeleddet mellom jeg-het og sosialitet

Danske G. A. Christensen tok utgangspunkt i at jegheten er konstitusjonelt sosial. Andres nærvær er en forutsetning for å bli meg og det å forbli et selv i egentlig forstand. Det vi betrakter som et isolert selv er en abstraksjon. Vi abstraherer selvet fra dets sosiale forankring som om det kunne eksistere uten. Jaspers (1961), Minkowski (1921) og Blankenburg (1971, 2001) forsøker å forstå det subjektive grunnlaget for schizofreni. Dette innebærer en svekket opplevelse av å være et subjekt, i kombinasjon med høynet bevissthet om aspekter ved opplevelser som ellers ville vært "stumme" eller implisitte aspekter ved opplevelsen av eget selv. Disse to henger sammen og kan oppleves som forstyrrelser av personens ipsitet, eller jeg-het. Ipsitet vil si den implisitte opplevelsen av naturlig, selvfølgelig eller stilltiende eieendomsrett til egne tanker, handlinger og kropp. Komplementært til dette opptrer fenomenet hyperrefleksivitet: Deler av subjektet blir spatiali-

sert, det vil si opplevd som noe ytre som kan gjøres til gjenstand for bevisst betraktning. Selvet krympes da fra et utvidet til et minimalt selv. Slike prosesser kan gi opphav til følelser av å krympe eller være uvirkelig. Et viktig og uavklart filosofisk spørsmål blir i neste omgang hvorvidt dette er et uttrykk for lidelsen, eller om dette er selve lidelsen. Christensen mente det er viktig å se på de subjektive opplevelsedimensjonene bak symptomene, slik at det for eksempel blir mulig å skille mellom autisme og schizofreni.

Vårt felles uttrykksfelt: Mellommenneskelige implikasjoner av endrede uttrykksmønstre

Line Ryberg Ingerslev tok utgangspunkt i at vårt atferdsuttrykk endres ved psykose. Legemliggjøring innebærer å være seg bevisst og å ha kontroll over hva egen kropp er i stand til. I sosiale relasjoner balanserer vi mellom å være kontrollert av eller ta kontroll over kroppen. Denne doble relasjonen til oss selv er en forutsetning for vår ekspressivitet i det den former vår måte å være en person på. Ved psykose kan dette føre til endrede ekspressive mønstre og avdekke vår persons sårbarhet: Hva skjer når overdreven ekspressivitet eller mangel på ekspressivitet kommer i utakt med implisitte mellommenneskelige spilleregler? Hva skjer når egen kropp

oppleves som delvis fremmed for en selv? Hun viste til Merleau-Ponty (2002) sine fenomenologiske analyser av hvordan egen kropp på samme tid oppleves subjektivt og objektivt, og hvordan egen kropp kan føles tapt til verden. (Det kan for eksempel skje ved at personen "eier" den motoriske mekanikken i bevegelsene sine, men ikke viljen som styrer mekanikken. Dersom viljen på denne måten er spatialisert, vil personen kunne føle seg som en robot som er styrt utenifra av en fremmed vilje. E.A.). Selvuttrykk er dessuten nært knyttet til selverfaring. Hvis ikke, må selvuttrykk "lånes" fra andre. Sartre (1977) hevder at jeg eksisterer i en primær relasjon til andre allerede før jeg opplever meg selv som subjekt. Det er gjennom opplevelse av meg selv som objekt for den andre at den andre framstår som subjekt for meg og jeg som subjekt for den andre. Dette danner grunnlaget for å oppleve meg selv som et sosialt vesen. Sosiale opplevelser dreier seg om å se den andre som subjekt, i motsetning til som objekt. Hva skjer når vi ser den andre som objekt? Det undergraver den andres legemliggjøring av seg selv. Kroppen er ikke et objekt, men også opplevelsen av å være et legemliggjort subjekt. Vi må være oppmerksomme på hva som nektes personer som defineres som objekter. Det gir opphav

til en ubalansert selv-distanse i form av objektivisering (tingliggjøring) av kroppen og selvet, i stedet for en opplevelsesmessig tilstedeværelse i selvet, altså legemliggjøring av selvet. I terapi vil en objektivisering av pasienten innebære at personen ikke får legemliggjøre seg selv, eller være (i) seg selv.

Forstyrrelser i jeg-het og selvopplevelse. En diskusjon om forskjellen mellom minimalt og utvidet selv

Johan Eckart Hansen fra Center for subjektivitetsforskning i København hevdet i sitt foredrag at begrepet schizofreni også berører begrepet "minimalt selv". Det innebærer dels en reformulering av det filosofiske begrepet "pre-refleksiv selvopplevelse". Dette dreier seg om en førstepersonopplevelse som er selvsagt og umiddelbar. Et utvidet, eller narrativt selv, dreier seg derimot om opplevelsen av seg selv som person. Dette eksplisitte selvet som objekt medieres via språk og fortellinger personer imellom. (Det kan også etableres, konsolideres eller utvides ved narrative tilnærminger i psykoterapi. EA)

Minimalt selv er det gitte ved førstepersonperspektivet. Det innebærer en medfødt relaterthet til verden. Det innebærer også en slags kroppshukommelse og en individuell kvalitet som avhenger av individets his-

torie. Denne perseptuelle prosessen er også å "bli kjent med seg selv", som en vedvarende avdekking eller belysning av egen eksistens. Opplevelse av automatisk, umiddelbart og selvfølgelig eierskap og handlekraft overfor eget mentalt "innhold" og handlinger refererer til en førsteordens pre-refleksiv bevissthet. Kan vi klare å beskrive typiske forstyrrelser i opplevelsen av personens naturlige eierskap eller handlekraft i forholdet til egne følelser, tanker og handlinger, vil vi muligens forstå bedre de spesifikke forstyrrelsene som ligger til grunn for det vi kaller schizofreni. Hansen mente skillet mellom minimalt og utvidet selv kan brukes både beskrivende og forklarende i psykopatologi. Da vil det kunne være til gjensidig nytte for både fenomenologi og behandling. Et utvidet selv innebærer at personen ikke bare er i verden, men etablerer og utvikler begreper om seg selv.

Schizofreni, nevroutvikling og selvet

Professor Josef Parnas fra København beskrev noen sentrale forskningsproblemer: Alvorlige psykiske forstyrrelser viser seg som forstyrrelser av bevisstheten, men vi vet ikke hvordan vi skal forklare bevisstheten. Dette hemmer oss i å utvikle en sannsynlig teori om hvordan alvorlig mental sykdom utvikler

seg. Vi befinner oss i et snøskred av ikke-teoridrevne empiriske funn som er vanskelige å integrere, og grensene for schizofrenibegrepet vi bruker er svært uklare. Vi har ingen solid evidens for at noen av systemene har overbevisende gyldighet. Parnas etterlyste deretter en mindre mekanistisk forståelse av schizofreni, enn den man tradisjonelt opererer med i nevrokognitive symptommodeller for schizofreni. Schizofreni behøver ikke nødvendigvis å være uttrykk for fysiologiske "feil", men kan i stedet tenkes å være forstyrrelser i selv-opplevelsen. For eksempel kan det være forstyrrelser av personens intensjonalitet (målrettethet) og intersubjektivitet (opplevelsen av å være et subjekt blant subjekter). Dette vil innebære et tap av bevissthet hvor hele forholdet til verden blir endret. Rammen for bevisstheten forstyrres altså mer enn innholdet i den. Parnas knyttet dette til svikt i personens ipsitet, jeg-heten, eller den pre-refleksive selvbevisstheten. Følgen kan tenkes å være et såkalt minimalt selv preget av sviktende evne til å ta noe for gitt; mangel på egogrenser; redusert opplevelse av jeg-het; spialisering av mentalt innhold (at tanker og følelser oppleves som ytre gjenstander); tomhetsfølelse; mangel på motivasjon og mangel på umiddelbart gitt samletthet eller selvidentitet. Skal forskningen kom-

me ut av det uføret den er i, mente Parnas at det blir nødvendig å klargjøre begrepsmessige spørsmål og utvikle et tilstrekkelig vokabular. Det synes også nødvendig å beskrive nevroutvikling ved hjelp av et mer psykologisk språk, likeledes å knytte sammen utviklingsmessige og fenomenologiske tilnærminger. Sist, men ikke minst dreier det seg om å begrense den empiriske utforskningen av spesifikke hypoteser og i stedet få mer teoridrevet forskning.

I diskusjonsrunden etter Parnas sitt innlegg kom det mange interessante spørsmål fra publikum. Personer med schizofreni opplever noe Parnas kalte "essensiell" ensomhet, som er annerledes enn "funksjonell" ensomhet slik den forekommer ved savn eller tap av venner: Det å ikke stå i relasjon til noen er vesensforskjellig fra å savne noen. Han klaret også opp i den misforståelsen at menneskets tenkning finner sted på et bestemt sted, for eksempel i hjernen. Tenkningen er forankret i relasjonen mellom subjektet og verden. På spørsmål om forskjellen mellom schizofreni og psykose svarte Parnas at disse to termene tilhører to ulike diskurser: Psykose har med forestillinger om personens forhold til virkelighet eller sannhet å gjøre. Schizofreni er en nosologisk term; betegnelsen på en eller flere syk-

dommer. Vi vet ikke hva schizofreni "er". Termene i DSM V og ICD 10 representerer kun en konsensus eller konstrukter som står i fare for å bli oppfattet som noe faktisk forekommende. Det vi kaller schizofreni har med hvordan personen konstruerer sitt syn på seg selv og verden å gjøre. Den indre verden behøver ikke å matche den ytre. Mye avhenger av hvor raskt personen blir i stand til å ta imot feedback fra verden. Psykose innebærer en treghet å utvikle ny og felles erfaring, eller det vi forstår med common sense, fra verden. Common sense innebærer en type mellommenneskelig enighet, en implisitt, ikke-refleksiv måte å forholde seg til verden på. Personer med schizofreni ser ut til å ikke utvikle, eller å tape, denne forankringen i verden. Det blir viktig å forske på innenfraperspektivet, eller pasientens verdenssyn, i tråd med klassisk antropologisk psykiatri.

Terapeutisk relasjon og kommunikasjon ved behandling av psykose

Ikke overraskende sto spørsmål knyttet til etablering av en terapeutisk relasjon og kommunikasjon sentralt på dagsorden til denne kongressen. Hvordan etablere, vedlikeholde og reparere en relasjon og en arbeidsallianse i forhold til per-

soner med alvorlige psykiske lidelser? Er en slik allianse terapeutisk i seg selv og/eller medierende når det gjelder spesifikke teknikker og bidrag fra hjelpernes side? Hvordan bør hjelperne forholde seg til brukerne for å vinne tillit nok til at allianse kan oppnås? En stor del av innleggene dreide seg om disse og relaterte spørsmål.

Kommunikasjon og psykose: Det er bra å snakke sammen, men hvordan?

Robert McCabe fra London var opptatt av hvordan mening kan skapes i terapi ved psykoser. Pasientene forsøker ofte å snakke om meningen med opplevelsene sine. Dersom de møtes med unngåelse eller fravær av forsøk på å etablere mening fra behandlers side, kan det føre til sammenbrudd i forståelsen mellom pasient og terapeut. Opplevelse av mening med (eller i) terapi synes å være en ikke-spesifikk faktor som forklarer opp til en tredjedel av suksessen ved behandling. McCabe presenterte en tilnærming til lokalisering av ikke-spesifikke effekter i kommunikasjonen mellom pasient og terapeut, basert på dialogmodeller fra sosialvitenskapene. Metoden går ut på at lytteren legger ut sin forståelse av det taleren har sagt tidligere i samtalen. Dette blir det primære punktet for etablering av intersubjektiv forståel-

se taler og lytter i mellom. Terapeuten forsøker på denne måten hele tiden å reparere dialogen. Ved å spørre slik prøver terapeuten å få en forståelse av hva pasienten mener. Det motsatte av dette er en unngående strategi, hvor terapeuten hele tiden bryter dialogen ved å fokusere på noe annet enn det pasienten prøver å si. For eksempel ved å henlede oppmerksomheten mot noe ytre, som for eksempel et medisineringsregime. McCabe presenterte utdrag fra terapeutiske samtaler som både illustrerte unngåelse og reparasjon av dialog. Han viste også til forskning på reparasjon av dialog, og at vellykket reparasjon førte til bedret relasjon, bedre oppfølging av behandlingen og bedre resultater av behandlingen. Dataanalysen viste at fire faktorer syntes å bidra mest til dette: Det var enten terapeutens eller pasientens klargjøringer i løpet av samtalen. Likeledes enten terapeutens eller pasientens forklaringer i løpet av samtalen. Begge deler i forhold til pasientens spørsmål. Dette tyder på at en terapeut som er aktiv og selvavslørende på en måte som dreier seg om pasientens spørsmål, lettere oppnår og holder på en arbeidsallianse. Dette er en svært viktig studie fordi det er den første studien som viser at kommunikasjonen mellom terapeuter og pasienter med schizofrenidiagnose har positiv innvirkning på behandlingsresulta-

tene. McCabes miljø i London utarbeider nå et treningsprogram basert på denne forskningen, for å forbedre helsepersonells kommunikasjonsferdigheter.

Den terapeutiske relasjonen ved kognitiv terapi

Richhard Bentall og kolleger i det såkalte Socrates-prosjektet utførte en sammenlikning mellom kognitiv terapi og støttende rådgivning på den ene siden versus vanlig behandling (TAU: Treatment As Usual) som kontroll. Samme terapeut ga både kognitiv terapi og støttende rådgivning til pasienter med psykose. I både kognitiv terapi og rådgivning ble vektlagt arbeid med den terapeutiske alliansen vektlagt. Kognitiv terapi kom ikke signifikant bedre ut enn rådgivning på PANS, 9 og 18 måneder etter behandling. Effekten var større når det gjaldt positive enn negative symptomer. Begge kom signifikant bedre ut enn TAU. Den terapeutiske alliansen slik den ble opplevd av pasientene selv ser dermed ut til å spille en medierende rolle i å avgjøre langstidsresultatene for pasienter som behandles med kognitiv terapi og støttende rådgivning. Resultatene er enda en illustrasjon av at relasjonen og den terapeutiske alliansen nok er overordnet spesifikke tilnærminger også i psykoterapi ved psykoser, og at den spesifikke delen av

behandlingen bør utføres etter systematiske og gjennomtenkte prinsipper.

Tillit, valgmulighet og maktforhold i psykisk helsevern: Erfaringene til pasienter med psykose

Psykiateren Richard Laughairne fra Cornwall presenterte etter mitt syn kongressens beste eksempel på god kvalitativ forskning på innenfraperspektivet hos personer med psykose, med henblikk på hvordan brukerne opplever tillit, valgmuligheter og maktforhold i møtet med psykisk helsevern. Han baserte seg på en postmoderne tilnærming som er kritisk til den tradisjonelle medisinske forskningens reduksjonisme. Laughairne var særlig interessert i den terapeutiske relasjonen og mente at dersom pasientene skal bli myndiggjorte, må de få mer å si i sin egen behandling. Hvordan implementere dette i "ekspertenes" arbeid? Det forutsetter gjensidig tillit i relasjonen, men hvordan etableres den? For å finne mer ut av dette hadde han intervjuet 24 brukere med alvorlige psykiske lidelser i Cornwall og øst i London. Når det gjelder hva som vekker tillit fra brukernes side overfor behandlerne kom blant annet følgende punkter fram: At terapeuten viser interesse for brukerens personlige liv og er selvavslørende med hensyn til sitt eget liv. Likeledes at hjelperen viser

seg human ut over hva jobben strengt tatt krever formelt sett, kontinuitet i kontakten og tillit basert på erfaring mer enn på løfter. Det er da helt avgjørende at løfter fra behandlerens side blir innfridd. Ytre faktorer som undergraver gjensidig tillit er omsorgssvikt fra nærmiljøets side, ufrivillig hospitalisering, dårlig respons fra psykisk helsevern og ikke planlagt dropping av medisiner. Brukernes generelle holdning til hvorvidt de hadde noe valg i forhold til egen behandling var ofte negativ, på den måten at valg ofte ikke ble oppfattet som noen mulighet. Det var imidlertid sprikende tilbakemeldinger fra brukerne på dette punktet. Brukerne mislikte mest av alt ulike former for skjult eller tilslørt press fra behandlerens side. De opplevde at opplevelsen av å ikke ha noe valg noen ganger bunnet i mangel på informasjon om alternativer eller for lite tid til å lete etter alternativer sammen med behandler. Likeledes kunne opplevelsen av valgmuligheter bli undergravd av svikt i tillit til egne evner, forårsaket av sykdommen selv. Når det gjaldt medisinsk behandling hadde brukerne svær ulike synspunkter, men anså det ofte som avgjørende å ha muligheten til å slippe å ta medisin om nødvendig.

Laughairne gikk videre med en analyse av forholdet mellom kunnskap

og makt: Det er viktig at klinikere forstår hva som ligger i at noe er vitenskapelig. En påstand om at noe er vitenskapelig garanterer verken for at det føles meningsfylt eller legitimt overfor enkeltpersoner. Enkeltpersoner kan føle stor grad av hjelpeløshet overfor såkalt vitenskapelige eksperter. Opplevelsen av hjelpeløshet hos brukeren kan også skyldes tidligere og skjult tvangsbruk. Personen har ikke blitt gitt anledning til å styre sitt eget liv i tilstrekkelig grad. Bruken av makt overfor brukerne kan ha vært både legitim og illegitim, eller skyldes mangel på behandlingsalternativer. I oppsummeringen av innlegget sa Laughairne at det oppleves som relasjonsbyggende at behandlerne går ut over det snevert profesjonelle og fokuserer på personlige og humane aspekter i tillegg. Det dreier seg om en personlig holdning som går ut over snevre forestillinger om det å være profesjonell. Forsøk på å flytte makt fra hjelper til bruker kan forsterke opplevelser av hjelpeløshet hos både hjelper og bruker i en periode, inntil bruker får mer erfaring og trygghet i å velge selv. Selvavsløringer fra hjelpers side skaper tillit hos brukeren. Dette gir viktige føringer for praksis: Tiden hjelper tilbringer med bruker som ikke fokuserer på behandling, men på dagligdagse ting av betydning for bruker, har også verdi. Det er viktig å

legitimere relasjonsbygging, så vel som behandlingstjenester. Pasientens aktive involvering i egen tilfriskning kan styrkes, kanskje særlig mellom episoder av akutt sykdom eller forverring.

Innsiktens relasjonelle opphav i psykoterapi ved psykoser

Psykoanalytikerens Brian Koehler fra New York holdt sitt foredrag om hvordan en tenker seg at innsiktens rolle i psykoterapi er en funksjon av komplekse relasjonelle prosesser som foregår mellom de terapeutiske partnerne. Innsikt har vært knyttet opp mot forestillinger om bedring like siden Freud. I psykosepsykoterapi dreier det seg om å knytte sammen dissosierte selvtilstander gjennom å sette ord på forbindelser og konflikter i relasjonen. Et velkjent hinder for dette er gjensidige bedrag ("collusions") mellom dissosierte selvtilstander hos så vel pasient som terapeut. Nyere, mer intersubjektive og konstruktivistiske analytikere har beveget seg bort fra vektlegging av innsikt i tradisjonell forstand, nemlig å knytte sammen erkjennelsesmessige årsakssammenhenger mellom tidlige erfaringer som ligger i minnet og nåtidige vansker med å leve eget liv i forhold til seg selv og andre. De forlater ambisjonen om å avdekke en hypotetisk, allerede foreliggende mening. I stedet mener de at fortiden kan reformuleres uav-

hengig av minner, ved at møter i nuet kan endre opplevelsen av fortiden. En slik tilnærming er mindre deterministisk og åpen for narrative teknikker. Dette har mer preg av å gi dybde til opplevelsen, snarere enn å utvide dens betydning.

Koehler viste til Benedetti, som lenge har framholdt at pasienten kan oppnå høyere grad av integrasjon gjennom den terapeutiske relasjonen som sådan. Altså snakker vi snarere om psyko- syntese, enn psyko- analyse. Det skjer bant annet via terapeutens evne til å finne innpass i pasientens verden ved bruk av pasientens "protospråk" (Les: idiosynkratiske språkdannelse). Jeg ser for meg at det som menes her er at terapeuten møter pasienten på et imaginært plan. (Et slikt plan ligger kommunikasjonsmessig mellom det reelle og det symbolske i Lacans forstand. Bruker og hjelper kommuniserer da ved hjelp av felles, men inntil videre dyadespesifikke bilder, uten at pasienten er kommet dit at han eller hun tar "farens navn" eller underkaster seg "loven"/realitetsprinsippet (Lacan 2001, egne anmerkninger). Det skjer imidlertid en gjensidig identifikasjon mellom pasienten og terapeuten, som bereder grunnen for at en "ekte realitet" ("due reality"), eller "common sense" kan etableres. Det er viktig å notere seg her at dette på ingen

måte dreier seg om at pasientens ubevisste "oppdages" gjennom terapeutens fortolkninger! Koehler avsluttet med å minne om Searles (2004) store oppdagelse at pasienten også er et symbolsk objekt for terapeuten. "Fortolkning" får dermed en helt annen mening i psyko-sepsykoterapi, ved at pasienten møter og oppdager et nytt begrep om seg selv i terapeuten. Dette begrepet er noe som oppstår nytt og felles i dyaden, ikke noe som kan hentes fram via minner om fortiden.

Innsikt som delte (felles) forestillinger i familierapi

J. Aaltonen fra Finland var også skeptisk til et tradisjonelt innsiktsbegrep basert på avdekking av allerede foreliggende mening. Han mente at felles bilder eller forestillinger viser vei i behandlingsprosessen ved familierapi. Disse felles bildene har ikke sitt utspring i pre-konseptualisert teori, men i hverdagslige observasjoner i dagliglivet til familien. Han kalte dette for relasjonell eller kontekstuell innsikt. Slike innsikter har mer preg av delte bilder, enn verbale kommunikasjoner. Dermed framstår disse bildene som mer "vanlige" og lettere forståelige for så vel pasienten som familien, og kan lettere deles av partene som noe felles; en felles virkelighet. Delte opplevelser kan også kalles "innsikt", eller forståelse av en fel-

les virkelighet. Det dannes en ny og kollektivt konstruert ”vi-modus”, og som følge av det en mer uavhengig men relasjonell ”jeg-modus”. Pasienten blir bokstavelig talt et familiemedlem og vice versa. (Jeg får igjen sterke assosiasjoner til Blankenburgs forestillinger om utvikling og forståelse av common sense, som forutsetning for identitetsdannelse og sosial fungering. Egne anmerkninger).

Selvets tilfriskning ved psykose

Innenfraperspektivets renessanse

Etter de senere årenes veldige fokus på teknikk, psykofarmaka og andre generelle tilnærminger ved behandling av psykose begynner det å se ut som om pendelen svinger tilbake. Stadig oftere nevnes nødvendigheten av å se og framheve det enkelte individs personlige narrativ som en iboende del av tilfriskning fra psykose (Roe and Davidson, 2005). Flere av de større framleggene hadde fokus på sammenhengen mellom hvordan personen integrerer nevrokognitive og symptomatiske erfaringer, på den ene siden i sosiale og miljømessige prosesser, på den andre i sin selvopplevelse, samt følgen av dette for personens psykososiale fungering.

Selvopplevelser og selvets tilfriskning ved psykoser

Paul H. Lysaker fra USA presenterte sin kliniske forskning på aspekter ved selvopplevelsen som kan ha relevans for tilfriskning fra psykose. Han har brukt kvalitative metoder for å måle nøkkelaspekter ved selvopplevelsen og prøver å anvende funnene i psykoterapi. Tilfriskning innebærer både symptomlette, bedret sosial fungering og endringer i opplevelsen av selvet. En tradisjonell nevropatologimodell prøver å finne årsakssammenhengene mellom funksjonssvikt og miljøfaktorer på den ene siden og symptomer på den andre. Hvor blir det av mennesket som skal forsøke å danne mening ut av dette? Uten en anerkjennelse av levd erfaring, mister vi kontakten med individet – og individet mister kontakten med seg selv! Lysaker definerte noen aspekter ved selvopplevelsen som er relevant for tilfriskningsprosessen: Personlig narrativ (historie) og metakognisjon (selvobserverende evne). Når det gjelder personlig narrativ framhevet han fortellingens detaljrikdom, indre sammenheng, en personlig narrativ og eiendomsrett til den. Likeledes la han vekt på fortellingens fleksibilitet eller åpenhet for endring og dens tilpasningsevne til andre menneskers fortellinger. Metakognisjon innebærer tanker om egne og andres mentale prosesser

og er grunnleggende både for opplevelse av egen identitet og meningsfull kommunikasjon med andre. Dette er forhold som nå ofte omtales som mentalisering. Lysaker og hans medarbeidere (2002) har utviklet et instrument for å måle metakognisjon og narrativ utvikling; "The Indiana Psychiatric Illness Inventory (IPII)". Det består av seks sett oppfordringer som gis i løpet av en intervju situasjon. Intervjuet starter med en treleddet oppfordring: "Kan du fortelle meg historien om livet ditt? Mener du selv at du har en psykisk lidelse? Hva har eller har ikke forandret seg i livet ditt?" Målet er å inspirere den som blir intervjuet til en spontan utlegning rundt disse spørsmålene. For å fastsette metakognisjon får deretter personen en del ankerspørsmål om hvorvidt vedkommende opplever å ha egne tanker, skiller mellom ulike følelser, om egne konklusjoner er subjektive, samt om egne ønsker ikke er det samme som den ytre realiteten. I vurderingen av personens narrativ ser forskerne etter tegn på sykdomsbevissthet, fremmedgjøring i forhold til andre, handlekraft og opplevelse av sosial verdi. Funn fra denne forskningen tyder på at bedre selvreflekterende evne henger sammen med mindre nevrokognitiv svikt og mindre opplevelse av plager. Fortellinger med stor fylde og rikdom er relatert til mindre stig-

ma og mindre nevrokognitiv svikt. Selvobserverende evne predikerer bedre arbeidsevne. Generelt ser det ut til at personenes evne til å tenke om seg selv spiller en betydelig rolle i deres sosiale fungering. Hvordan kan slike funn anvendes i psykoterapi? Jo, psykoterapi kan være et sted for utvikling eller gjenoppbygging av kapasitet til metakognisjon. Likeledes kan det være et sted for sosial desentrering, gjennom å bli mer oppmerksom på andres mentale prosesser. Metoden vil være å hjelpe personen til å praktisere metakognitive handlinger i samsvar med vedkommendes faktiske evner. Lysaker formulerer dette også som etablering av et dialogisk selv i psykoterapi: Et selv som evner å føre samtaler både med seg selv og andre. Han illustrerte med et par psykoterapiprosesser ("Grieg" og "Scarlati") hvor dette førte til progressivt mindre vrangforestillinger i takt med økt metakognitiv evne over to og et halvt år. (Se for øvrig Lysaker & Lysaker, 2008). Lysaker ba oss også være oppmerksom på smerten som kommer med økt selvbevissthet, og at opplevelsen av framgang alltid bør trekke fra tap i form av økt smerte. Han understreket at hans perspektiv er en måte å prøve å forstå schizofreni på ved siden av andre måter, men at det synes klart at hvordan personen opplever sykdommen sin medierer

dens konsekvenser.

Aktivt oppsøkende behandling ved psykoser

Å oppsøke og behandle personer med alvorlige psykiske lidelser som faller utenfor eller ikke klarer å nyttiggjøre seg det konvensjonelle hjelpeapparatet, er en økende utfordring. Særlig i kjølvannet av nedbygging av heldøgnsavdelinger og den økende andelen mennesker med psykose som også har et alvorlig rusproblem eller er hjemløse. I den engelsktalende verden er oppsøkende behandling nå iverksatt i stor målestokk som forsøk på å gi et psykisk helsevern også for disse utsatte gruppene, gjennom såkalte ACT-team (Assertive Community Treatment Team). I Norge var ”ROP” (Rus og Psykose)-prosjektet i Oslo et pionerarbeid i så måte. Når dette nå er nedlagt, av administrative mer enn faglige grunner, er det etter mitt syn svært beklagelig: Et alvorlig tilbakeskritt i påvente av at myndighetene innfører ACT-team eller Aktivt Oppsøkende Behandlingsteam (AOB-team) på bredere basis.

Den andres territorium - Noen perspektiver på aktivt oppsøkende behandling av personer med rus og psykose (ROP-prosjektet i Oslo)

Petter Lohne fra Oslo fortalte at

ROP ble etablert etter det såkalte ”trikkedrapet” for ti år siden (Lohne & Buseth, 2006). Målsettingen var å skape et trygt og vennlig miljø for mennesker med psykose- og rusproblemer: Mennesker som vanket i et utrygt og voldelig miljø, samtidig som de hadde mistet eller i utgangspunktet avviste kontakt med hjelpeapparatet. Han understreket at ingen i staben på 11 ble slått eller skadet av brukere i denne perioden og at bruk av tvang forekom i langt mindre utstrekning enn ved andre klinikker. Senteret vektla aspekter som hadde lite fokus i tradisjonelle behandlingsmiljøer, for eksempel å kunne bruke mye tid på å etablere kontakt og følge personen opp over lang tid; komme nærmere brukerne ved å møte dem på deres premisser; få mer innblikk i personens private liv ved å være der personen var; og slippe krav om irrelevant dokumentasjon som gjorde hjelperne mer utrygge i kontakten med brukerne. Utgangspunktet var et åpent hus og et åpent miljø hvor brukerne kunne komme og snakke. Der var det også rikelig med mat og drikke, samt tilgang til kjøkken og vaskemaskin. Brukerne hadde også tilgang til telefon og PC. Stab og brukere omgikk hverandre på en uformell og hverdagslig måte. Staben viste gjestfrihet, høflighet og velvilje. En tverrfaglig stab kunne gi råd og informasjon som brukerne måtte øns-

ke. Målet på kort sikt var at brukeren skulle kunne føle seg mindre alene uten å miste ansikt, på lengre sikt å etablere en terapeutisk relasjon med henblikk på mer målrettet behandling. Grunntonen i møtene er i tråd med Levinas (2006) etikk om åpenhet i møtet med den andre og Derridas (2000) refleksjoner rundt gjestfrihet. Staben hadde også sitt eget avgrensede område, hvor brukerne måtte ringe på for å få kontakt og eventuelle tjenester.

Når hjelperen forlot sitt eget territorium for å oppsøke brukeren der hvor han bodde eller holdt til, prøvde hjelperen å være seg bevisst at brukeren også har et territorium som ikke må trås på. "Hjemmet" har noe ved seg som ikke kan respekteres i ord, men i handling. Andre grenser ble også respektert; ved for eksempel å ikke bli fristet til å ta snarveier til informasjon om bruker som bruker ikke selv ville meddele seg om. Brukerne fikk også hjelp til å oversette et handlingsspråk til et verbalt språk. Det er vesentlig å gi bruker rett til å være et subjekt med grenser mot andre. Hjelperne bør i en viss utstrekning være i stand til å miste mye kontroll over brukeren uten å miste fatningen og ty til utstøtelse eller økt kontroll over brukeren. Å ta unødig mye kontroll over brukeren kan være antiterapeutisk på den

måten at det representerer en retraumatisering av tidligere kontrolltap hos bruker. Teori hentet fra blant annet Bion (Bion 1993) ble brukt til å sette begreper på disse prosessene. Et sentralt begrep her er "containment". Hensikten er å prøve å finne overlevende deler av brukers eget selv, ved å lytte nøye til hva brukeren sier.

Å forlate kontorsettingen gir mer frihet for begge parter, som begge kan ha glede av. Brukers autonomi kan synliggjøres på en mer ekte måte dersom hjelper møter bruker på brukers hjemmebane. Selv ved spørsmål om tvangsinnleggelse bør hjelper forholde seg som gjest så langt det er mulig. Hjemmet eller selvet blir ødelagt ved at andre invaderer og okkuperer det. Lohne illustrerte med en bruker som tok tilflukt i en sovepose i kjelleren på huset der han bodde, i stedet for å la seg tvangsinnlegge. Hjelperne bør akseptere at så vel vegger som vinduer kan bli en fiende som må ødelegges, for eksempel ved å akseptere at brukeren forlater stedet for å skifte miljø. I slike situasjoner kan brukeren transportere svært mye smerte og depresjon ut i miljøet. Det kan da være nyttig å hjelpe brukeren til å finne et alternativt miljø. Det er viktig å ta et oppgjør med myten om den "sterke" terapeuten gjennom å ikke ta over for bruke-

ren, men å hjelpe brukeren til å ta initiativ på sin egen måte. Hvis ikke, risikerer den ”sterke” terapeuten å ydmyke brukeren ytterligere.

I teamet bør det hele tiden være åpen diskusjon rundt den terapeutiske relasjonen. Terapeutens kontor bør også være et sted hvor en prøver å bryte med vaner og konvensjonalitet, i håp om å oppdage nye sider ved eget selv. Lohne avsluttet med å si at oppsøkende arbeid gir nye muligheter. Det gir en erfaring hvor eksponering og mindre beskyttelse også kan gjøre hjelperen tøffere og mer autoritær. For å forebygge dette er det viktig med god kommunikasjon og en god ånd i teamet, og tilførsel i form av veiledning.

Renessanse for Rogers klientsentrerte terapi

Nær beslektet med de terapeutiske holdningene som Lohnthe presenterte, snakket P. Sanders fra England og L. Sommerbeck fra Sverige om en renessanse for Carl Rogers klientsentrerte terapi i behandling av mennesker med psykoselidelser. Retningen som ble utviklet på 1950 og 1960-tallet (Rogers, 1961; Rogers et Al, 1967) er på mange måter forenlig med et moderne recovery- og myndiggjøringsperspektiv. Terapeuten viser brukeren ubetinget re-

spekt, prøver å være empatisk forstående, ekte og autentisk som person, og ikke-dirigerende i forhold til brukeren. Verdisynet er humanistisk og kritisk til diagnoser som irrelevante og stigmatiserende: Brukeren vet selv hva som hjelper og ikke hjelper. Terapeuten viser tillit til brukeren som sin egen agent. Problemer knyttes ikke opp mot sykdomskategorier eller diagnoser, men mot personens væremåte og begrensninger i det å være seg selv fullt ut. Holdninger er viktigere enn teknikker og instrumenter. Målet er å frigjøre brukerens naturlige selvhelende strategier og en forståelse av at det er glidende overganger mellom ”normale” og ”unormale” opplevelser. Mentalisering av to persons perspektiv praktiseres ved at hjelperen snakker ”jeg” og ”du” eller ”dersom jeg var deg”. Hjelperen tilbyr bruker støtte og informasjon, og bevitner og reflekterer brukers meddelelser. Stemmehearing gis en type forståelse i lys av for eksempel barndomstraumer eller eksternaliserte/introjiserte aspekter ved selvet/andre. Resultatet av slike prosesser kan være aksept og integrasjon av tidligere avspaltede deler av selvet, økt kontroll og distanse i forhold til stemmer, eller at stemmene rett og slett opphører. Effekten av klientsentrert terapi er på linje med kognitiv terapi og bedre enn ”standard” (TAS) behandling eller

ingen behandling.

Avslutning

ISPS 16 i København bar på mange måter preg av at psykologisk behandling og psykoterapi rettet mot å synliggjøre og styrke personen med psykose i integrasjon og mestring av lidelsen har fått et nytt oppsving. Oppsvinget kan forstås som en historisk -dialektisk reaksjon på at den syke som person har vært lite i fokus i den gjengse psykiatrien like siden psykoanalysen og eksistensi- alanalysen mistet mye av sin innflytelse på feltet. Via utviklingen av kognitiv terapi synes nå psykoterapi i sin alminnelighet mer ønsket i klinikkene igjen. En kombinasjon av ny filosofisk og nevropatologisk interesse for schizofrenienes egenart som grunnleggende selvforstyrrelser har også gjort det mer aktuelt å lete etter terapeutiske strategier for etablering og styrking av en selvopplevelse hos personer som er rammet av psykoser. Dette vokser nå som en nødvendighet i tillegg til mer symptomrettet behandling. Likeledes øker brukernes krav om at deres levde erfaringer og kompetanse legges til grunn for både forståelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser. Ny begeistring for selvet og psykoterapi er i seg selv svært velkomment, men fører også med seg en del forhold som kan ramme personer med psykose på en

negativ måte. Dersom terapien i neste omgang blir for standardisert eller manualisert vil den på ny miste mye av sin effekt ved at tilpasningen til den enkelte kan utebli. Psykologisk reduksjonisme og forherligelse av psykoterapi kan også undergrave tilliten til og verdien av medikamentell behandling. Det blir i framtiden viktig å unngå en slik vingling mellom reduksjonismens veigrøfter av den enkle grunn at vi alle har så vel en hjerne og et sentralnervesystem, som en bevissthet rundt vår væren i verden.

Referanser

- Bentall, R. (2003): Madness explained: Psychosis and human nature. London. Penguin Books.
- Bion, W.R. (1993): Second thoughts. London. Karnac Books
- Blankenburg, W. (1971): Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart. Ferdinand Enke Verlag.
- Blankenburg, W. (2001): First steps toward a psychopathology of common sense. Philosophy, Psychiatry & Psychology, 8, 4, 303-315.
- Borg, M. & Topor, A. (2006): Virksomme relasjoner. Oslo. Kommuneforlaget.
- Chadwick, P. (2009): Personbasert kognitiv terapi ved plagsomme psykoser. Trondheim. Tapir.

- Conrad, K. (1958): Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart. Thieme.
- Derrida, J. (2000): Of Hospitality. Stanford. Stanford University press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E.L. & Target, M. (2000): Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York. Other Press
- Gumley, A. (2006): Brief intermittent psychotic symptoms (BLIPS): A cognitive behavioural approach to formulation and intervention. Kapittel 8: Addington, J., Francey, S. M. and Morrison, A. P.: Working with people at high risk of developing psychosis. A treatment handbook. Kapittel 8. Chichester. John Wiley.
- Harding, C. & Strauss, J. S. (1984): Changing views about prognosis in schizophrenia. Biological Psychiatry, 19, 1597- 1600.
- Jaspers, K. (1962): General psychopathology. Chicago. University of Chicago Press.
- Lacan, J. (2001): Ecits: A selection. London. Routledge.
- Levinas, E. (2006): Humanism of the Other. Champaign. University of Illinois Press.
- Lohne, P. & Buseth, T (2006): Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team. Tidsskrift for norsk psykologforening. 43. 563-573.
- Lysaker, P. & Lysaker, J. (2008): Schizophrenia and the fate of the self. Oxford. Oxford University press.
- Lysaker, P, et al. (2002): The Indiana Psychiatric Illness Interview. Psychiatry, 65, 197-206.
- Merleau-Ponty, M. (2002): The phenomenology of perception. London. Routledge.
- Minkowski, E. (1927): La schizofrenie. Paris. Peyot.
- Psychosis (2009): Volume 1. Number S1. Oxon. Routledge. Taylor & Francis.
- Randal, P., Simpson, I. F. & Laidlaw, T. (2003): Can recovery-focused multimodal psychotherapy facilitate symptom and function improvement in people with treatment-resistant illness? A comparison study. Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 37, 720-727.
- Roe, D. & Davidson, L. (2005): Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. Medical Humanities, 31, 89 - 94.
- Robbins, M. (1993): Experiences of schizophrenia: An integration of the personal, scientific and therapeutic. The Guilford Press. New York.
- Rogers, C.R. (1961): On becoming a person. New York. McGraw Hill.
- Rogers, C. R., Gendlin, E.T., Kiesler, C. A. & Truax, C. B. (1967): The therapeutic relationship and its impact. A study of psychotherapy with schizophrenics. Madison. University of Wisconsin Press.
- Sameroff, A. (Editor) (2009): The transactional model of human development: How children and contexts shape each other. Washington DC. American Psychological Association.

Sartre, J. P. (1977): Being and nothingness.
New York. Washington Square Press.

Sass, L. A. & Parnas, J. (2003): Schizo-
phrenia, consciousness and the self.
Schizophrenia Bulletin. 29, 3. 427-445.

Searles, H. F. (2004): Samlade Skrifter om
Schizofreni. Ludvika. Dualis Förlag

Leif Jonny Mandelid
Undervisningsleder SEPREP UPP
E-post: leif.mandelid@helse-
bergen.no