

Å forklare og forstå psykoser

En forståelsesmodell for psykoser der pasient og pårørende møtes med en psykotераpeutisk holdning, har virket svært provoserende for mange norske leger. Pasient og pårørende sitter inne med mye «ekspertise» som ikke kan vurderes høyt nok i planleggingen av et behandlingsopplegg.

Empiri betyr vitenskap basert på erfaringer. Disse kan telles statistisk eller kan bygge på observasjoner av en langvarig prosess. Selveste Albert Einstein skal ha sagt at ikke alt som kan telles er viktig, og at ikke alt som er viktig kan telles.

Stilt overfor så forvirrende tilstander som psykoser, behøver behandlere et teoretisk konsept. Våre kunnskaper om biologiske faktorer er foreløpig vage og usikre. Derfor velger jeg å møte pasienter med første-gangspsykose og hans/hennes pårørende med en «sårbarhet-stress-modell», som åpner opp for spørsmål om hva sårbarheten består i og hvilke situasjoner som skaper stress. Dermed får pasienten selv og dennes nærmeste fra starten av en «medekspert-rolle». Dette innebærer at familien har behov for informasjon om sykdommen og behandlingen. Forklaring og forståelse kompletterer hverandre.

På lederplass i Tidsskriftet nr. 10/2004 kommer Tor K. Larsen med kritiske kommentarer (1) til min kronikk i samme nummer om en psykodynamisk familiebehandling av en ung psykotisk pasient (2). Larsen spenner en dristig assosiasjonsbue når han regner opp overbehandling med medikamenter, hypnose, ja, til og med lobotomi som eksempler på dårlige behandlingsmetoder, for så å konkludere med at «behandlingsmetoden som Neraal beskriver, oppfyller ikke vitenskapelige kriterier, tolkingene virker enkle, og det er lite sannsynlig at like god effekt kan forventes hos andre pasienter» (1). Hvis Larsen synes mine tolkinge virker enkle, kan det kanskje være fordi de virker innlysende? I psykodynamisk familiebehandling er det i alle fall viktig å tale et språk familiele forstår.

Det hersker stor enighet blant familieforskere om at høygradige følelsesmessige

uttrykk, kritikk og overinvolvering i relasjonene er karakteristisk for familier til pasienter med førstegangspsykose. Om denne familiedynamikken er årsaken til sykdommen eller et uttrykk for den opprivende situasjonen sykdommen medfører, er ikke særlig relevant for terapeutens behandlingsmessige holdning. En rekke psykiatriske sykdommer utløses og/eller opprettholdes av en forstyrret dynamikk i de familiære relasjonene. Hvor langt vi som behandlere når i vår forståelse av den enkelte pasient, er avhengig av hvor beredt pasienten er og av hvilke muligheter som finnes til å spore opp de faktorene som har startet den uheldige utviklingen.

Alle mennesker har ønsker om (og angst for) å forstå seg selv i lyset av den egne forhistorien, den aktuelle livssituasjonen og mulige fremtidsperspektiver. Den indre sammenhengen og kontinuiteten går tapt hvis mennesket ikke lykkes med dette. I den psykotiske krisen går evnen til «selvforståelse» tapt. Det største problemet for en pasient i en slik krise er å gjøre seg forstått overfor omverden. Hvis behandler tar seg tid til å innta en forstående og søkende holdning overfor budskapet i de psykotiske manifestasjonene, kan det gi lettelse og hjelp for pasienten. Også kognitivt kan dette hjelpe ham eller henne i å oppnå en «selvforståelse» og dermed til mestring av livssituasjoner som kan være med på å utløse psykose. Det å uttrykke seg, også via symptomer, og å bli forstått er en forutsetning for et av de mest grunnleggende menneskelige behov: behovet for kontakt.

Spørsmålet om hvorvidt psykoser kan behandles uten farmakoterapi, var ikke et sentralt budskap i min kronikk (2). Den omtalte familiebehandlingen er faktisk den eneste jeg har gjennomført uten ledsagende farmakoterapi. I dette spesielle tilfellet var en imøtekommende holdning i forhold til forgiftningsangsten en forutsetning for en tillitsfull allianse med pasienten og foreldrene. Hensikten med beskrivelsen av problemer og kritiske situasjoner underveis i behandlingsopplegget var å tydeliggjøre hvilke konflikttemaer som kan utløse en psykose hos en sårbar pasient.

I den meget begrensede kontakten jeg har fått med norsk psykiatri i kjølvannet av min kronikk, har det forbausset meg hvilke sterke affekter min forståelsesmodell har utløst.

Å møte også psykosepasienter og deres pårørende med en psykotераpeutisk holdning virker for mange kolleger svært provoserende. Det lengste mange kan strekke seg til er å forsøke å arbeide med familier med psykoedukative metoder, som jo også er av stor verdi. Når Tor K. Larsen så sterkt betoner mestringsaspektet (1), handler det kanskje om behandlerens evne og kompetanse til å mestre de psykotiske krisesituasjonene i en familiesetting. Og sist men ikke minst: begrepet behovstilpasset behandling (need-adapted treatment) er en utfordring for alle behandlere. I vårt møte med psykotiske pasienter og deres pårørende må vi komme ned fra våre høye hester. Pasient og pårørende sitter inne med mye «ekspertise» som ikke kan vurderes høyt nok i behandlingsplanleggingen. Denne holdningen forsøkte jeg å formidle i min beskrivelse av kontakten med pasienten med psykose og hans familie.

Terje Neraal
bvppf-neraal@t-online.de
Höhenstrasse 33c
D-35435 Wettenberg
Tyskland

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Larsen TK. Kan vi forstå psykoser? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1371.
2. Neraal T. Den psykotiske krisen – utvikling i en familierapeutisk ramme. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 1406–7.