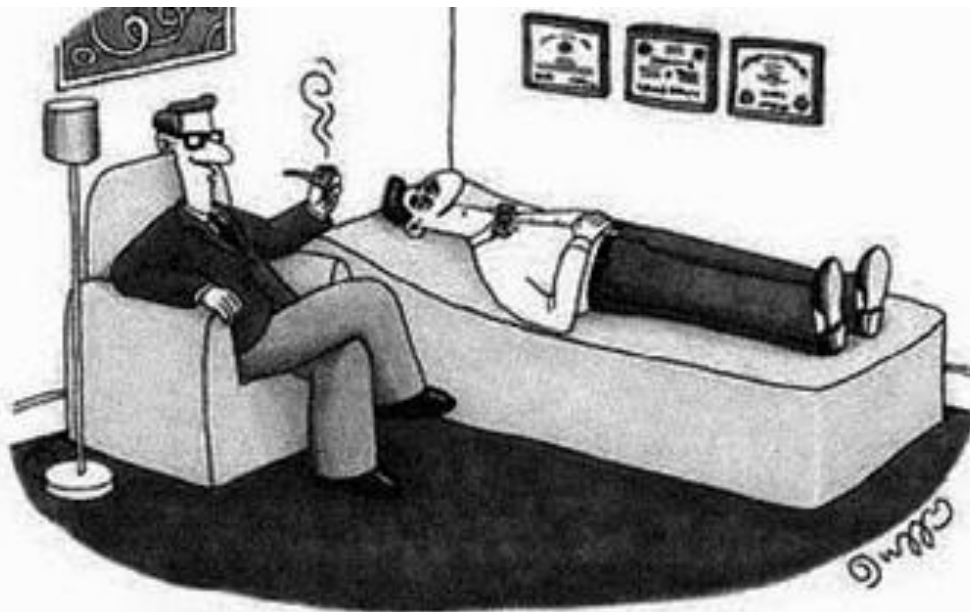




BBC 60: RELASJONER ER VIKTIGE I BEHANDLING, MEN DE ER IKKE ALT

Mye psykologisk behandling er individuell samtalebehandling. Terapeut og klient snakker sammen, gjerne en snau time en gang i uken. Innenfor mange skoleretninger er det skrevet utallige bind om hvordan slik behandling bør foregå. Psykodynamisk, psykoanalytisk og humanistisk/eksistensiell behandling er bare noen få av svært mange. Selv om behandlingen til dels skjer etter nøye regler for hvordan terapeuten skal forholde seg i en rekke situasjoner, brukes det knapt spesielle teknikker i behandlingen. Det er ingen øvelser, hverken på kontoret eller som pasienten skal utføre hjemme. I løpet av behandlingen er det også vanskelig for utenforstående å si at terapeuten der og da tar spesielle grep, eller hva de går ut på. Det er i det hele tatt vanskelig å skille terapien fra andre samtaler to personer imellom, som også kan gå ut på svært mye. Jeg kjenner en sosionom som jobbet i psykiatrien. Hun skulle få komme inn i det aller helligste, og ha psykoterapisamtaler med pasienter. Noe av opplæringen var å se videoopptak av psykologer i samtale med pasienter, men hun ble skuffet. "De satt jo bare og snakket med pasientene", sa hun.



*"We don't use the word 'crazy' in this office, Mr. Channing.
Everywhere else, sure, but not here."*

Her burde kanskje terapeuten ha gjort slik vi atferdsanalytikere har en hang til: å kalle en spade for en spade. Men det hadde kanskje skadet relasjonen?

Men vi skal ikke kimse av all slik behandling. Noen pasienter kan generalisere, og ta erfaringer fra behandling med til livet ellers. De kan lytte til råd, og følge dem. Ikke minst får vanskelige forhold til andre mennesker mange til å oppsøke behandling. Da er det naturlig at en god relasjon til en terapeut kan hjelpe noen til å opptre mer balansert og fornuftig, eller for den saks skyld mer spontant og naturlig, i andre relasjoner. I det hele tatt fins det problemer

som kan løses eller dempes gjennom samtaler. Det skjer ellers i livet, så det hadde vært rart om det ikke kan skje i behandling, selv om en time i uken er så lite at tiden bør brukes godt.

Innenfor atferdsanalyse har terapeuten, i betydningen den som utformer behandlingen, tradisjonelt hatt lite å gjøre med klienten. Mye av kontakten har vært indirekte, gjennom å veilede de som utfører behandlingen. Terapeutens viktigste oppgave, når det gjelder relasjoner, har vært å ha en god relasjon til de som utfører behandlingen, som også kalles terapeuter, om enn i en annen betydning. Behandlingen har i stor grad gått ut på å forbedre relasjonen mellom personal og klient.

Før jeg går videre er det på sin plass å si hva en relasjon, eller en *god* relasjon, er. Det er ikke lett, men det er neppe mye galt å si at det er en relasjon preget av samarbeid, hjelpsomhet, vennlighet, saklighet og å ta ting i beste mening. Hvis det i tillegg er glede, humor og varme, nærmer det seg vel virkelig. Er vi slik mot hverandre, bygger vi også opp "reserver": Gitt at vi ikke går over streken, kan vi også gi negative tilbakemeldinger til hverandre, uten at relasjonen kollapser. En ting som er sikkert, er at det neppe er særlige forskjeller mellom tilhengere av forskjellige skoleretninger i hva vi oppfatter som gode relasjoner og hva vi søker i så måte.

Vi er altså enige om at relasjoner kan være "helbredende", men det går en grense. For det første fins det pasienter som det er vanskelig å få til en helbredende relasjon til innenfor de nevnte rammene. Det er viktig å huske at ikke alle som har atferdsforstyrrelser, psykiske vansker eller hva det skal kalles, ønsker behandling. Noen fatter knapt hvilke forstyrrelser de har, slik det kan være for personer med utviklingshemning eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Det ligger i forstyrrelsene at evnen til "å se seg selv" kan være svak eller fraværende. Andre mener at problemet ikke er hvordan de selv oppfører seg, men

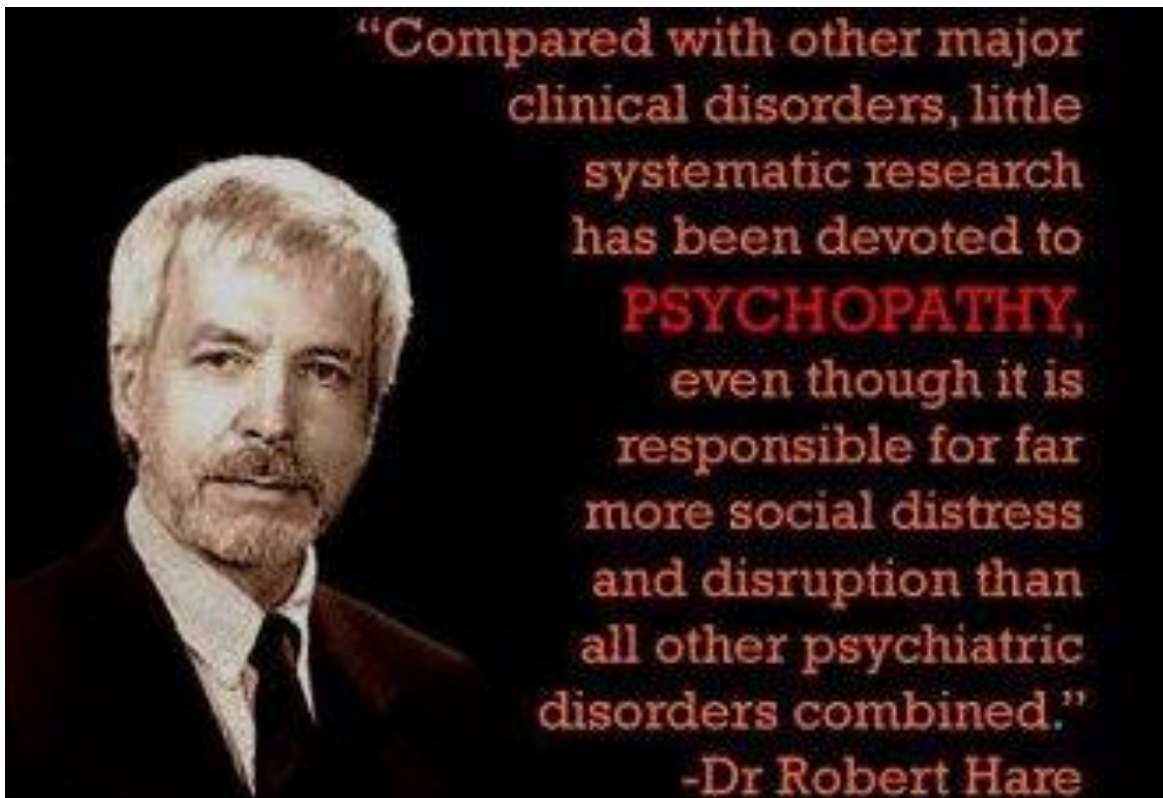


***How would you like it
if the mouse did that to you?***

Jada, det kan nok gå en grense for hva det går an å få ut av gode relasjoner. Hun har neppe så god relasjon til katten at den endrer atferd i et slikt tilfelle.

hvordan andre oppfører seg, slik vi kan se ved personlighetsforstyrrelser. Det kan de fleste som har møtt en person med større eller mindre anti- eller dyssosiale trekk, eller det vi tidligere kalte psykopati, underskrive. Noen med personlighetsforstyrrelser er dessverre nok så

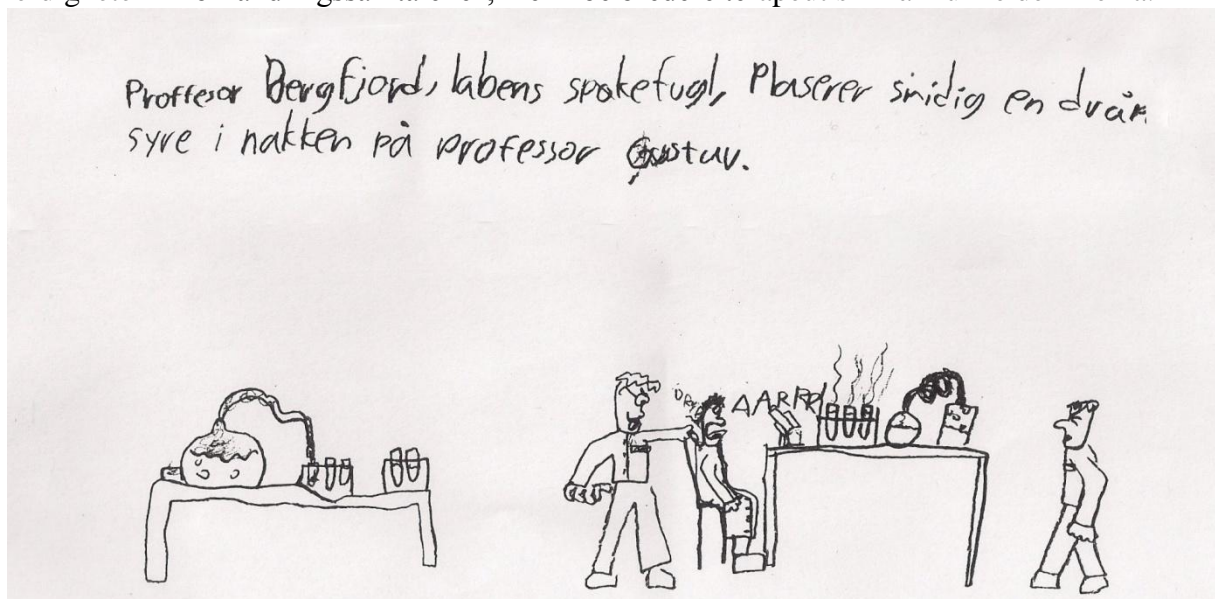
manipulerende, med begrenset evne til å forplikte seg til samarbeid som de ikke har rask nytte av. Problemet er ikke nødvendigvis manglende evne til selvobservasjon, men manglende motivasjon for å endre atferd. Etter min mening var figuren Marve Fleksnes en herlig blanding av alt dette: Han var neppe den ”skarpeste kniven”. Hans totale mangel på selvrefleksjon og sosiale ferdigheter trekker i retning asperger. Han kunne også være temmelig dramatiserende. Godeste Fleksnes var neppe en god kandidat for samtalebehandling. Før hadde jeg mye å gjøre med pasienter som var på det som het sikring. De hadde begått alvorlige handlinger, men var for forstyrret til å sone på vanlig måte. I dag er tvungen behandling, og forvaring, tilsvarende betegnelser. Neppe noen av dem jeg møtte, endret atferd gjennom samtaler. I BBC 35, ”Hva gjør vi når det ikke er lov å gjøre det vi bør gjøre?”, skrev jeg om at det kan være nødvendig med sterke og til dels ulovlige virkemidler i behandling av alvorlige forstyrrelser. Poenget denne gang er ikke at virkemidlene må være ekstreme, men at atferdsendring må skje gjennom bred miljøpåvirkning, og ikke gjennom samtaler, rett og slett fordi det i praksis er umulig å oppnå en helbredende relasjon til klienten, og fordi mer enn relasjoner kan være skadet.



Mange, ikke minst kvinner, har nok kastet bort livet på å ”forstå” eller ”frelse” en person med slike egenskaper. Noen kvinner har gjort det på mange. ”Han er egentlig ikke sånn.” ”Han hadde en vanskelig oppvekst.”

En av mine tidlige pasienter var på sikring, etter seksuelle tilnærmelser mot småjenter. Jeg tror han ville noe i retning å ”leke doktor”, altså å ”undersøke” intime kroppsdelene. Jeg tror det, fordi han var naiv og ubehjelpelig, og at han ikke ønsket å gjøre noen noe vondt, men retten og sakkyndige oppfattet det ikke slik. Generelt så jeg likheter mellom ham og nevnte Marve Fleksnes. Men han var grunnleggende pervers, et ord som for øvrig brukes lite i dag. Når han var ute på sykehusområdet, alltid med to personal med seg, ”måtte” han ofte på do i en bråfart. Som regel hadde han sjekket at herretoalettet var opptatt. Da var dametoalettet eneste utvei. Han kunne jo ikke gjøre i buksa! På dametoalettet fant han godsaker, som kom til syne ved at personalet etter hvert fant brukte tamponger, bind og annet lekkert i hans

nattbordskuff, hva de nå for så vidt hadde der å gjøre. Han var altså en svoren fetisjist. Akkurat det er ikke lenger en psykiatrisk diagnose, selv om det i slike alvorlige tilfeller kanskje burde ha vært det. (Jeg tilbyr meg å lage kriterier, som må inkludere noe om adgang til dametoaletter.) Han benyttet også alle anledninger til å fikle på damer. Ingen damer som var i nærheten av ham, kunne stole på at de fikk ha rumpe og bryster i fred. En gang sto han bak en langhåret mann i kantinen. Han trodde det var en dame, og var på god vei til å klappe "henne" bak. I siste liten oppdaget han kjønnet, og trakk hendene lyraskt til seg. Da jeg kom i kontakt med ham, var bestillingen fra avdelingen og ham selv at jeg skulle ha "samtaler" med ham. Det trodde alle på. Samtalene var hyggelige, men det ble fort klart at de var det rene tøy. I beste fall dekket de et behov for kontakt hos en sosialt deprivert person. Etter hvert endret han likevel atferd i stor stil på avgrensede viktige områder. Særlig lærte han å la damene være i fred, ved hjelp av en atferdsavtale som innebar straff for å klå. Straffen var godkjent av ham – det var jo en avtale – og "klarett" med hans advokat. Det tok måneder å forhandle fram avtalen, og vi hadde ikke klart det uten en god relasjon til ham. Han lærte noen sosiale ferdigheter i "forhandlingsamtalene", men noe bredere terapeutisk mål kunne de ikke ha.

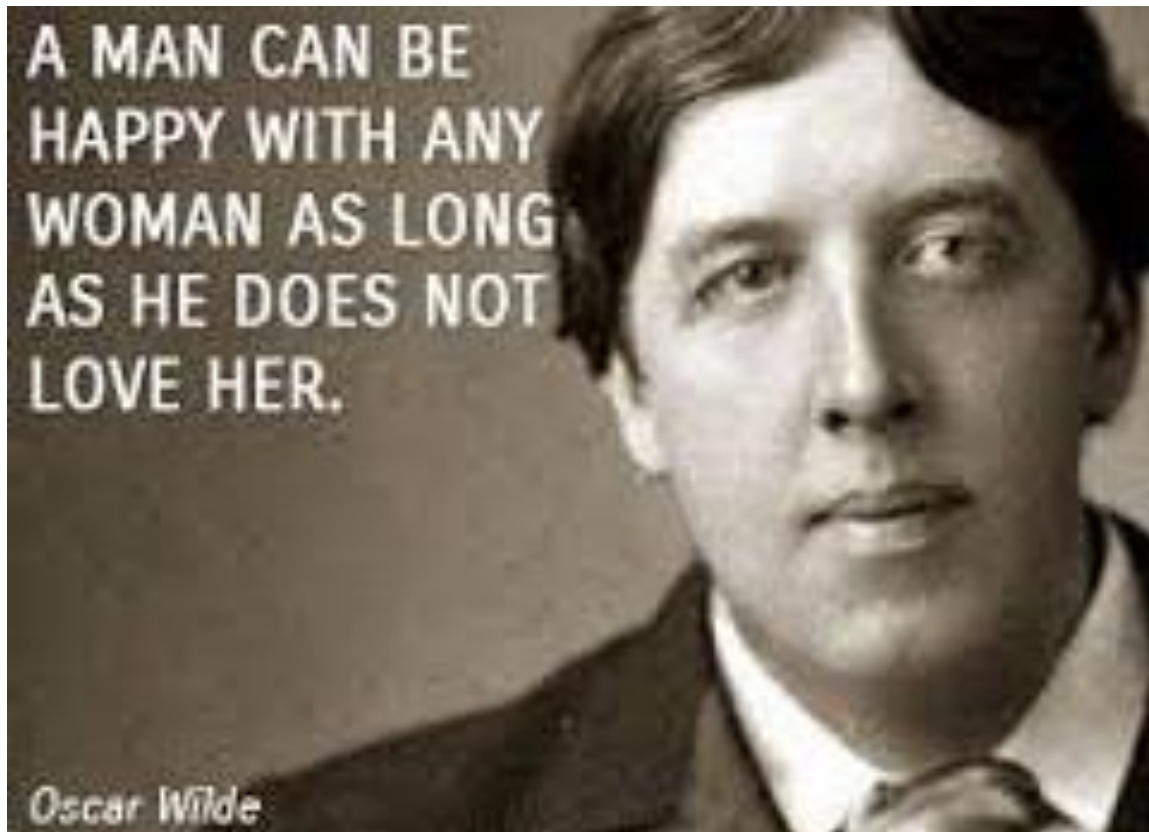


Det er det visst jeg som er "Professor Bergfjord", som altså er lab'ens spøkefugl og som har syre i nakken på en kollega. Tegningen er et uttrykk for at restriktive metoder kan føre noe godt med seg. De er tegnet av en 11-åring som Jan-Ivar Sällman og jeg behandlet for skolenekting. Vi brukte tøffe metoder for å få ham på skolen, men han så nok at det ikke bare var vondt i oss. Flere år senere fikk vi vite at vi var tilgitt.

En annen klient hadde vist temmelig spesiell atferd fra tidlig i oppveksten. Han var veldig skoleflink, men helt utenfor sosialt. Han deltok ikke på noe, og hadde knapt venner. Etter hvert gikk det også dårligere på skolen, og familien opplevde mer og mer manipulering og utagering. Da han var 15, var han ikke til å ha i hus, og han flyttet til et kommunalt bofellesskap. Der ble han forstått i hjel, det vil si at de trodde på alt han sa, og tilskrev ham alltid gode hensikter. De så ikke hans uedle "motiver" for mye han gjorde. Det begynte å gå rette veien da vi laget rigide samhandlingsregler som bygde på total gjennomskuing av ham. Ikke minst gjorde han hva som helst, også grising med avføring, for å få oppmerksomhet, og reglene gikk særlig ut på hvordan han ikke skulle få det. Alle forsøk på å appellere til hans moral, og å snakke ham til rette, ble forlatt.

Også en mann i 20-årene var normalt evnemessig begavet. Da jeg ble kjent med ham, hadde han ikke vært alene hjemme på flere år. Det hadde startet en gang foreldrene var bortreist. Han hadde barnevakt, men forlangte at foreldrene skulle komme hjem. Fra da av satt de "i garnet". Hvis mor ville forlate hjemmet, tydde han til trusler og vold for at hun skulle bli

hjemme. Han hadde et lett fobisk forhold til å være alene hjemme, men ikke verre enn at han fint kunne venne seg til det, men han krevde altså at andre skulle døyve hans angst ved å være ilagt "portforbud". For foreldre sitter det langt inne å trekke inn politiet, men her skjedde det faktisk, med godt resultat. Han begynte å legge litt bånd på seg når det gjaldt vold og trusler. Han hadde flere ganger vært i behandling, i form av samtaler og generell veiledning til foreldre, helt resultatløst. Det lå nok utenfor behandleres forståelse å se hvordan han oppførte seg, og å se hans psykopatiske "beveggrunner". Hadde de rette grep blitt tatt tidlig, hadde tilstanden vært lettere å rette opp. Nå kostet det store behandlingsressurser. Som ledd i å trene, eller tvinge, ham til å akseptere å være alene, var jeg mange ganger til stede for å beskytte mor når hun skulle forlate boligen. Jeg overnattet også hos ham.



Et morsomt sitat som viser at gode relasjoner kan være mye, og kanskje ikke bare det vi først tenker på, for ikke å si at det er mange sider ved relasjoner, eller mange relasjoner i en relasjon.

Også en fjerde klient, en gutt i tenårene, hadde normal IQ. Men det er lite normalt å prøve å drepe far, og å etterlate store øksemerker i veggene hjemme, for å antyde hvor landet lå. Han hadde "selvfølgelig" en aspergerdiagnose. Han var lite empatisk. Mange med asperger har svak empati, så den enkle syllogismen ble at han måtte "ha" asperger. Men han var en bortskjemt manipulator av rang, med psykopattrekk. Historien gjentok seg også når det gjaldt behandling. Den var ikke i nærheten av å bygge på en riktig forståelse av problemene, for ikke å snakke om effekt. Et strengt belønningsregime som han måtte følge for å få tilgang nær sagt til noe som helst, og rigide regler for ekstinksjon, fikk ham noenlunde på rett kjørl, i alle fall på skolen. Etter hvert kom han på en barneverninstitusjon. Der fikk de en rapport der jeg skrev at han hadde opposisjonell atferdsforstyrrelse, og at tilstanden kunne gli over i "voksendiagnosen" dyssosial personlighetsforstyrrelse. Jeg forklarte konkret hva det dreide seg om. Men de trodde lite på det før de erfarte det.

Hva vil jeg fram til, og hva er den røde tråden? Jeg ser to slike. Den første er at ikke alt kan behandles slik vi ønsker. Vi må noen ganger stikke fingeren dypt i jorden, og se

atferden og hva personen er ute etter i hvitøyet. Atferdsanalysens styrke er funksjonelle analyser; å se ting slik de er, og ikke slik vi er vant til eller ønsker at de skal være. Den andre er at det som vanligvis er gode relasjonelle egenskaper i normale relasjoner, ikke trenger å være det overfor klienter med sterkt svekkede evner til å etablere normale relasjoner. Tvert om kan de trenge folk som har vært ”ute en vinternatt”, det vil si personer som har erfaring med måter å påvirke atferd på som ikke er øverst ønskelisten. Det kan være evne til fysisk håndtering, standhaftighet, gjennomskuing av forsøk på manipulering og ikke la dramatisk, truende eller voldelig atferd gjøre inntrykk. Det trengs også evne til å opptre empatisk når klientens atferd tillater det, men altså ikke for tidlig. En svale gjør ingen sommer. Noen mener nok at det er å senke seg ned på klientens nivå, men å bruke bestemte virkemidler i forbindelse med behandling er noe annet enn mer eller mindre psykopatisk manipulering og annen sterkt forstyrret atferd. Men det går en grense. Som jeg var inne på i BBC 35, er det tilfeller der vi må kreve full legal ryggdekning fra myndigheter før vi tar nødvendige steg.

Jeg runder av med en anekdote om at liv og lære ikke alltid samsvarer, heller ikke hos de som forfekter gode relasjoner i tradisjonell forstand. En gang jeg hadde sommerjobb i psykiatrien, var det en pasient som oppførte seg grovt. De fleste avskydde ham, men jeg kom godt ut av det med ham. Jeg har ikke tall på ludo- og yatzyslag vi utkjemper, og historier og sanger vi delte. En gang gjorde han i sengen, og kastet avføring inn på stuen slik at det ble brune striper på veggen. Jeg kalte ham en slask, men det skulle jeg ikke ha gjort. Avdelingslederen tok meg fatt. Han mente det var uakseptabelt, og uforenlig med god behandling, eller en god relasjon som det trolig ville ha hett i dag. Han kunne ha rett i at vi ikke sier slik, men kom ikke å si at det ikke går an å behandle en ”slask” godt. Senere ble avdelingslederen så provosert av pasienten at han ga ham en skikkelig ørefik, uten at det fikk konsekvenser. Det er kanskje bedre å ha realistiske oppfatninger om folk enn å sprekke totalt?

Ellers var det dagsseminar på Milepælen i Nord-Odal den 11. februar, der jeg snakket om psykiatriske diagnoser. Frammøtet var ikke all verden, og jeg synes det gled bedre da jeg snakket om det samme i oktober. For å vekke interesse, og ikke minst få arbeidsgivere til å sende folk, må vi kanskje tilbake til oppskriften med å snakke om behandling. Ikke alle skjønner at å snakke om ”pros and cons” ved psykiatriske diagnoser, også er å snakke om behandling, og like praktisk som noe annet.

19. februar 2015

Børge Holden



Hvis det kan være jovialt å slå folk i hodet med sammenrullede aviser, kan det også være jovialt å kalle noen for en slask, hvis det gjøres på den rette kjærlige måten.