



BBC 81: HVA VIL DET SI Å «FÅ HJELP», OG GÅR DET ALLTID AN Å FÅ DET?

I alle fall i vår del av verden er det i dag mulig å få behandling for mye. Den som har en alvorlig sykdom, får ofte effektiv behandling, og blir frisk av sykdommer som for få tiår siden førte til død og elendighet. Medisinsk behandling har gjort enorme framsteg, og vil fortsette å gjøre det. Medisinsk forskning bryter konkrete og observerbare problemer ned i sine bestanddeler på en naturvitenskapelig måte, og forstår hvordan gradvis mer komplekse problemer henger sammen. Som på andre områder der det drives med naturvitenskap, er det *nødt* til å bli framgang – det er mer et spørsmål om *hvor fort* det vil gå. Et delvis unntak kan være kreft, men også der går det framover, og heller ikke der kan avgjørende gjennombrudd utelukkes. Vi har også fått en velferdsstat der også de som ikke arbeider, har en levestandard som ble regnet som velstående for få tiår siden. I tillegg har vi fått mange nye rettigheter, ikke minst som pasienter og klienter. Utviklingen kan ha bidratt til at noen tror at det er en løsning på alt, og at noen kan hjelpe til med alt som finnes av problemer.

Mye medisinsk behandling er uomtvistelig når det gjelder ønske om behandling. Svært få vil gå rundt med en svulst, et infarkt, grå stær eller et brekt bein. Mye behandling er også nokså passiv. Vi legges inn på sykehus noen timer eller dager, og utskrives som regel med en løsning på problemet. Vi har *blitt behandlet*. Også velferdsordninger kan være ganske enkle slik sett. De fleste vil ha penger, og har vi oppnådd en ytelse, fortsetter den som regel relativt automatisk. Å være på for eksempel arbeidsavklaring krever å delta i et opplegg med tanke på å komme i arbeid, men det trenger ikke å være mye. Jeg er klar over at somatisk sykdom kan bety store lidelser, og død, og at det ikke trenger å være en dans på roser å få eller leve av penger fra NAV, men hovedbildet er at vi *får* noe vi *ønsker*.



En enkel illustrasjon som viser at medisinsk og psykologisk behandling er i forskjellige universer.

Behandling for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, som det heter i ICD-10, kan arte seg annerledes. Utgangspunktet er gjerne mer uklart enn ved somatisk behandling. «Trenger jeg egentlig behandling, og i tilfelle for hva?». «Jeg har problemer med å fungere i hverdagen og i mine forhold til andre mennesker, men hva skyldes det?». Hva som eventuelt

skal behandles, kan altså være mer uklart. Det kan også motivasjonen være. Behandlingen har lett for å være langvarig. Også medisinsk behandling kan være ubehagelig, men behandling av psykiske vansker kan kreve å holde ut ubehag lenger, og resultatet kan være mer usikkert. I det hele tatt er det et forbasket faktum at noen som har temmelig alvorlige psykologiske forstyrrelser, ikke ønsker den behandlingen som trengs, eller avbryter den uten å ville gjøre nytt forsøk. De vil ikke ta anstrengelsene og ubehaget med en langvarig, krevende og til dels usikker behandling, og kan velge å leve med angst, tvangshandlinger, tristhet, konflikter og hva det skulle være. Å få en pille kan være greit, men å bli gått inn på klingen i samtaler, eller å måtte trene for å endre atferd, blir for mye. Da får det heller være. Men det kan gå greit likevel. Psykiske lidelser kan være til å leve med. Nærmere ti prosent av oss har visstnok en personlighetsforstyrrelse. Neppe alle har et prekært behov for behandling, og langt fra alle ønsker det. Det samme gjelder andre lidelser.



Litt mindre konkrete virkemidler her enn på bildet på forrige side...

Men noen har store forstyrrelser. De fungerer dårlig, kan oppleve store lidelser og kan være svært vanskelige for andre å forholde seg til. Bare et fåtall av dem har psykoselidelser. Jeg sikter mest til personlighetsforstyrrelser. Jeg vil påstå at mange «vanskelige» pasienter, det vil pasienter som for eksempel er misfornøyde og manipulerende, og som det er vanskelig å samarbeide med og lett å komme i konflikt med, har en personlighetsforstyrrelse i en eller annen form. Det ligger faktisk litt i kortene når vi ser på hva personlighetsforstyrrelser går ut på ifølge ICD-10, litt omskrevet:

De har tendens til å være vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Noen tilstander og atferdsmønstre viser seg tidlig i utviklingen som følge av både konstitusjonelle faktorer og sosiale erfaringer, andre erverves senere i livet. Personlighetsforstyrrelser er dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner på et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner. De representerer enten ekstreme eller betydelige avvik fra måten individer i en gitt kultur opplever, tenker, føler og særlig forholder seg til andre på. Slike atferdsmønstre er ofte, men ikke alltid, forbundet med subjektive plager og problemer med sosial fungering og sosiale ferdigheter. Personlighetsforstyrrelser viser seg i sen barndom eller i ungdomsalderen, og fortsetter å manifestere seg frem til voksen alder. Diagnosen personlighetsforstyrrelse vil derfor sjelden være riktig før fra 16–17-årsalderen. Væremåtene skyldes ikke større hjerneskade, hjernelidelse eller annen psykiatrisk lidelse, og oppfyller følgende kriterier:

(a) Tydelig disharmoniske holdninger og atferd som vanligvis omfatter flere funksjons-

områder så som følelser, oppmerksomhet, impulskontroll, måter å oppfatte og tenke på og måter å forholde seg til andre på

(b) Det avvikende atferdsmønsteret er vedvarende og langvarig og begrenses ikke til episoder med psykisk lidelse

(c) Det avvikende atferdsmønsteret er omfattende og klart maladaptivt i et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner

(d) Manifestasjonene nevnt ovenfor debutterer alltid i løpet av barne- eller ungdomstid og fortsetter inn i voksen alder

(e) Forstyrrelsen fører til betydelig personlig lidelse, men det kan ofte først bli tydelig sent i forløpet

(f) Forstyrrelsen er vanligvis, men ikke alltid, forbundet med betydelige problemer i yrkesmessige og sosiale funksjoner

Som alt annet «opptrer» en personlighetsforstyrrelse i grader. De fleste vet også at det finnes flere typer, som jeg skal si noen stikkord om: *Emosjonelt ustabil* (personlighetsforstyrrelse) går gjerne ut på svært svingende stemning, og å ha ustabile relasjoner. Det er mye «piggene ut» og svart/hvitt, og det skifter lett hva som er svart og hvitt. Overreaksjoner på medgang og motgang er vanlig. Selvbildet er ofte sårbart, og noen er selvdestruktive. *Dramatiserende* går mye ut på å gjøre mye av seg, å overdrive det meste og å albue seg fram i mange sammenhenger, gjerne på måter som kan være sjarmerende før andre går lei, ofte ganske fort. *Paranoid* er i stor grad å være mistenksom og sjalu, og å ha et stort behov for å bli anerkjent. *Avhengig* og *engstelig* (unnvikende) overlapper mye, og er forbundet med uselvstendighet, passivitet og klaging, og å få lite til. *Dyssosial* er rett og slett psykopatiske trekk, det vil si en grunnleggende manipulerende og hensynsløs holdning til andre. Mange er sjarmerende til offeret sitter i garnet. *Schizoid* er langt på vei å være en matt og lite livsglad einstøing som kan ha det godt hvis vedkommende får være alene. *Tvangspreget* innebærer et veldig rutinepreg og en rigiditet som personen gjerne krever at også andre skal følge.



Rettere sagt *kan* psykologisk behandling være temmelig konkret, men denne varianten er neppe helt comme il faut.

Å ha en personlighetsforstyrrelse utelukker selvfølgelig heller ikke å ha en annen psykisk lidelse samtidig. Mange har også for eksempel depresjon, angst, rus eller hva det skulle være – det er ingen garanti for at ulykker kommer alene. Tilstandene kan også bli så sammenvevde at det kan være vanskelig å se hva som er hva. I tillegg bidrar det ene gjerne til det andre, og det kan være vanskelig å se hvilken retning «årsakspilene» går. Personlighets-

forstyrrelser regnes som vanskelige å behandle, og blir selvfølgelig enda vanskeligere hvis det foreligger «komorbide» lidelser. I tillegg blir det vanskeligere å behandle en annen psykisk lidelse når personen også har en personlighetsforstyrrelse! Når det gjelder den delen av problemene som dreier seg om en personlighetsforstyrrelse, er det ikke nødvendigvis behandlingsmetodene som er spesielt kompliserte. Men personer med personlighetsforstyrrelser kan ha en lei tendens til å mene at problemene ligger hos andre. Hvis man bare skifter partner, jobb eller bosted, blir alt bra. Problemet er at nissen blir med på lasset. Noen kan ha en holdning til løsning av sine problemer som minner om den relativt passive måten vi kan få somatisk behandling og velferdsytelser på, i tråd med det generelle rettighetsfokus. De ser det som helt naturlig at de skal få hjelp.

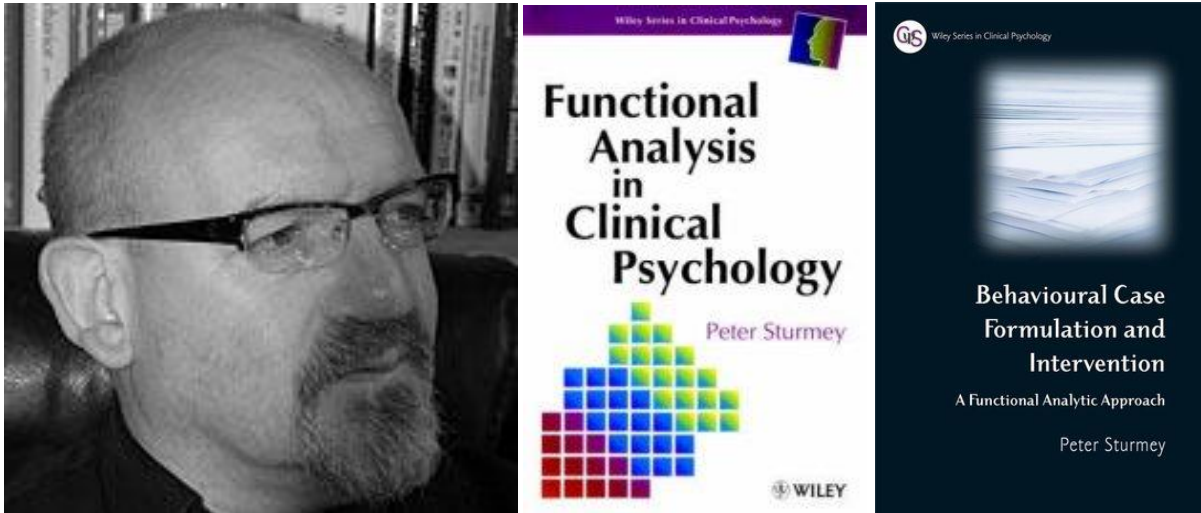
Også for psykiske lidelser kan det være mulig å gi hjelp på ganske enkle måter. Hvis en person er deprimert på grunn av boligmangel eller et annet problem som man kan gjøre noe med, kan personen få hjelp med det problemet. Hvis en person er engstelig på grunn av konkrete faktorer i sine omgivelser, kan det gå an å rette på slike forhold. Noen ganger kan medikasjon virke. I slike tilfeller kan en sosionom eller en fastlege klare brasene. Men psykologisk behandling, ikke minst av personlighetsforstyrrelser, krever at pasienten begynner å tenke og opptre på nye måter, ikke bare i spesielle situasjoner, men temmelig grunnleggende. Personen må tolerere ting som personen ikke har tolerert. I likhet med mange andre psykiske lidelser går personlighetsforstyrrelser ut på å unngå ting som det er unormalt å unngå og/eller å unngå ting i for stor grad og på problematiske måter. Ting som har utløst for eksempel sinne og angst, og som personen har unngått eller overreagert på, må personen venne seg til, og reagere «adekvat» på. En del psykiske lidelser, inkludert personlighetsforstyrrelser, går også ut på at personen liker problematiske forsterkere og/eller har overkonsumert mer akseptable forsterkere. Han eller hun kan ha vært i sentrum, og fått det slik han eller hun ville, i alle fall på kort sikt, og gjerne ved hjelp av større eller mindre manipulasjon. Behandling kan derfor også innebære at personen må lære å klare seg uten mye som personen har verdsatt.



Jeg liker visdomsordet «Du kan lede hesten til vannet, men du kan ikke tvinge den til å drikke». Det er i høyeste grad aktuelt når vi har å gjøre med pasienter som vil gjøre lite selv.

Jeg har møtt noen av «sorten». Av hensyn til anonymitet må eksemplene bli «konglomerater». En ung mann ville ikke være alene, og hadde ikke vært alene hverken borte eller hjemme på flere år. Han hadde nok angst, men holdningen til å gjøre noe med den var lite

konstruktiv. Trening i form av eksponering og tilvenning ønsket han ikke. Problemet skulle «løses» ved at noen alltid var sammen med ham, som om det kunne fortsette livet ut. Jeg mente at det var en del av en dyssosial, eller psykopatisk, grunnholdning, jfr. det jeg skrev om at en personlighetsforstyrrelse ofte innebærer at personen mener at egen fungering ikke er problemet. Etter hvert var han litt alene, men utelukkende fordi han ble presset til det, i siste instans ved at politiet hindret ham i å tvinge noen til å være hjemme sammen med seg.



En av de fagpersonene jeg setter aller mest pris på, Peter Sturmey fra Liverpool. Han har bodd mange år i USA, og er psykologiprofessor ved Queens College i New York. Han er svært kunnskapsrik, og sier ting rett ut. På ABAI-kongressen i 2016 hadde han et uhyre interessant foredrag om kostnad og nytte i behandling. Men selv om han er fra Liverpool, bryr han seg ingenting om fotball.

En dame kom fra en familie der alle var uføretrygdet, neppe på grunn av somatiske forhold eller lav intelligens. En av foreldrene hadde «heldagsjobb» med å følge datteren til alle slags instanser, ofte undersøkelse eller behandling for somatiske og psykiatriske vansker. Damen ble beskrevet som dramatiserende helt fra hun begynte på skolen. Senere la hun stor vekt på et traume hun hadde vært utsatt for, og som hun forklarte nesten hele sin situasjon med. Ved nærmere undersøkelser viste det seg at det hadde vært en banal hendelse som ingen hadde lagt vekt på. Hun må nok ha hatt en «idiosynkratisk sårbarhet», som det står i kriteriene for *Tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning* i ICD-10. Jeg har knapt møtt noen som har hatt piggene så mye ut. Hun ble direkte aggressiv allerede da jeg stilte generelle innledende spørsmål. Hun stormet inn på et annet rom, og begynte å sende SMS-er til mer eller mindre stabile allierte. Et bilde på hennes følsomhet er at hvis noen hadde berørt henne i vanvare, så hadde hun lagt seg ned, og skreket. Hun framsto som helt hjelpeløs i all kontakt med «hjelpemiddelet», som noen må oppfatte som «apparatet som hjelper uansett». Men det hører med til historien at hun var langt mer for seg og sosialt velfungerende i omgivelser der ingen kjente henne. Der var hun mindre «husvarm», og kunne ikke manipulere folk slik som hun kunne med sine nærmeste og sine «behandlere». (Hermetegnet skyldes at ingen hadde fått til noen behandling.) Heldigvis kunne jeg avslutte saken etter å ha vurdert henne. Jeg snakket med flere instanser som entydig hadde de samme inntrykkene som meg.

Har dere vært borti i noen som påstår at de ikke kan gå, aldri sover, knapt spiser, har enorme smerter og så videre, men som ikke opptrer slik i «ubevoktede» øyeblikk? Da har dere nok vært borti noen som har fellestrekk med damen som jeg beskrev.

Eplet kan som kjent falle nær stammen, og en del ganger er det store likheter mellom personens og familiens fungering. Jeg hadde en dyssosial klient som gjorde det svært utrivelig for folk rundt seg med både ødeleggelser og vold. Det gjorde ikke saken bedre at foreldrene mente at det var «kommunens feil», og stadig ringte og skjelte ut personalet som sønnen

stadig brukte vold mot. Lignende tilfeller er ikke uvanlig. Noen pårørende forstår heller ikke at personen, i alle fall så lenge han eller hun ikke er et barn og ikke har utviklingshemning, faktisk kan si «Nei» til behandling. Likevel krever noen at vi skal «behandle» eller «hjelp».



Nå står båsene tomme i fjøset på Grytsetra i Odalen, og budeier, Rødgås og resten av buskaper er hjemme i bygda. Det er bare å leve på minnene fra i sommer, og vente på at det blir mjølk, rømme, smør og ost igjen til sommeren.

Jeg kan nevne flere eksempler, men innenfor et så følsomt tema bruker jeg ikke flere enn nødvendig. Hva kan vi gjøre i slike tilfeller? Vi kommer ingen vei med å opptre som mer behandlingsoptimistiske enn det er grunnlag for. Vi kan ikke si at «Dette går bra» og lignende hvis vi ikke har dekning for det. Det er uetisk å garantere et resultat, og enda mer uetisk når prognosen er svak. Det må også være lov å skjerme seg selv litt. Vi skal være profesjonelle, og kunne «ta en del dritt», men det får være en grense. Få ting er så utbrennende som å ha å gjøre med utakknemlige, krevende, manipulerende og konfliktsøkende personer over lang tid. Det er heller ikke terapeutisk å «jatte med», i alle fall ikke hvis vi ikke har en plan for å trappe ned «jattingen» og gradvis komme til saken. Korrekt og saklig må vi alltid opptre, samtidig som vi faktisk må stå for noe rent behandlingsmessig. Alt i alt er det ikke så mye mer å gjøre enn å opptre vennlig, unngå å bli med på klientens og eventuelt også pårørendes spill og hersketeknikker, og å frambringe sitt budskap på en informativ måte. Et budskap som er så innpakket at det ikke lenger er et budskap, er det liten vits å komme med. Finner vi ut at vi ikke når fram, har vi som regel mulighet for å avslutte ved at henvise til at behandlingsforsøk ikke vil ha noen nytte, i alle fall ikke i forhold til ressursbruken.

Når det gjelder lokallaget, er det fortsatt planen å ha et heldagsseminar 10. mars, men vi endrer tema. Seminaret vil rett og slett ta for seg behandling av utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemning med eller uten autisme. I tillegg til fem strålende caseframlegg, vil vi trekke noen historiske linjer i behandling av utfordrende atferd før og nå. Hold av dagen, og sjekk veien til Skogtun på Skarnes. Dere får kvalitet til en billig penge.

Ikke minst hadde lokallaget det årlige julebordet 13. januar, hjemme hos meg. Ni av oss deltok. Jeg synes det var veldig hyggelig, og det virket som det var en munter gjeng som brøt opp utpå natten. (Se eksklusivt bildeekstra på neste side.)

19. januar 2017

Børge Holden



Fra venstre og rundt bordet: Leder Ulf, Børge (delvis skjult bak Ulf), Kai-Ove, Mona, Stein, Lene, Bente og Lena.