

Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve

av Didrik Heggdal, Arne Lillelien, Sara S.
Johnsrud og Camilla Dyrhol Paulsen



*«Jeg har lært at følelser
ikke kan drepe meg.*

Følelser er ikke farlige.

*Da er det plutselig ikke så
farlig å leve heller».*

Tidligere BET-pasient

Basal eksponeringsterapi (BET) er en behandlingsmodell som siden år 2000 har blitt utviklet ved Seksjon for psykoser og sammensatte lidelser (SPS), Avd. Blakstad, Vestre Viken HF. Metoden er forankret i kybernetikk, utviklingspsykologi og eksistensialistisk filosofi (Heggdal, 2010). BET er en form for kognitiv atferdsterapi (KAT), og en del av 3. generasjon innen dette feltet (Kahl, Winter & Schweiger, 2012). For å illustrere skillet mellom 2. og 3. generasjon KAT generelt, og BET og tradisjonell KAT spesielt, kan vi si at der KAT har fokus på å endre tanker og følelser har BET fokus på hvordan vi forholder oss til tanker og følelser uten å forsøke å endre noe. I kybernetikken betegnes dette

henholdsvis som første og andre ordens forandring (Bateson, 1972; 1985; Scott Fraser & Solovey, 2007).

Formålet med BET er å gi et fokusert og systematisk behandlingstilbud til antatt behandlingsresistente pasienter med kompliserte, sammensatte lidelser og lavt funksjonsnivå (GAF < 30). Disse pasientene representerer store utfordringer både behandlingsmessig og økonomisk for helsevesenet. Det finnes foreløpig ingen andre metoder som systematisk anvendes for å fremme funksjonsheving for antatt behandlingsresistente pasienter på dette funksjonsnivået.

Inklusjonskriteriene for BET-programmet ved avdeling Blakstad

Pasienter som tas imot til BET har alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. De har en historie med mange og som oftest lange sykehusinnleggelses, og ingen tidligere behandling har vist seg å ha hatt noen merkbar eller varig effekt på deres evne til å fungere utenfor sykehus. Følgende symptomer og problemer er typiske for personer som kan ha nytte av BET:

- Hallusinasjoner, vrangforestillinger, stemningssvingninger, tvangstanker og tvangshandlinger, spisevegring og overspising, dissosiasjon, angst og depresjon
- Hyppig forekomst av alvorlige suicidforsøk og selvskadende atferd
- Vedvarende psykisk og sosial funksjonssvikt eller hyppige episoder med alvorlige og dramatiske funksjonsfall
- Fallende funksjonsnivå over tid og en opplevelse av at «alt har vært prøvd og ingenting nytter»

For å bli tatt inn i BET-programmet skal det ha gått minimum 2 år siden første opphold i døgnavdeling. Unge pasienter med kortere behandlingshistorie kan imidlertid tas inn dersom det er klare indikasjoner på at de er inne i en utvikling som vil kunne føre til varig funksjonsfall og marginalisering som beskrevet over. Det er viktig å legge til at BET-prinsippene er generelt anvendelige i behandling av psykiske lidelser og forstyrrelser, og kriteriene beskrevet over er som sådan utelukkende en redegjørelse for hvordan BET-tilbudet tilrettelegges og organiseres ved Avdeling Blakstad.

Problemet slik det defineres i BET

For å løse et problem må man ha en forståelse av hva som skaper og opprettholder problemet (Bateson, 1985; Heggdal, 2010). I BET baseres

denne forståelsen på hvordan vi ut fra biologiske, psykologiske og kulturelle forhold forholder oss til livets smerte og lidelse. Mennesker unngår instinktivt smerte, og vi blir opplært til at det er det vi skal og må gjøre. I utgangspunktet er unnvikelse en løsning og ikke et problem – det er slik vi beskytter oss. «God helse» har i vårt moderne samfunn imidlertid blitt ensbetydende med «fravær av smerte og ubehag» (Vetlesen, 2004). Vi har blitt redde for smerte og er raske til å døyve, selv der verken liv eller helse er i noen reell fare. Man kan si at befolkningen læres opp til å unngå - vi skal slippe å kjenne det som er vondt og sitte igjen med det som er godt. Nyere forskning tyder imidlertid på at noe av det viktigste vi kan lære oss er å akseptere smerte og det vi opplever som negative tanker og følelser (Hayes et al, 1996; Hayes et al, 2004; Kahl, Winter & Schweiger, 2012).

De fleste vet at vi alle før eller siden kommer til å oppleve smerte i en eller annen form. Likevel kan livet for noen utvikle seg slik at midler som i seg selv er skadelige brukes for å unngå det som oppleves som vondt eller farlig. Dette kan for mange virke rart, men det er mer vanlig enn man skulle tro. Eksempler her kan være risting, kutting, rusmisbruk og overdreven bruk av medikamenter, overaktivitet eller passivitet, overspising og oppkast eller sulting og dehydrering. Vår erfaring er at det for pasienter som

tas inn til BET behandling ligger en påtrengende frykt for «eksistensiell katastrofe» bak slike måter å forholde seg til ubehag og smerte på (Heggdal, 2012; 2011). Katastrofefølelsen dreier seg om en uutholdelig frykt for å gå i oppløsning, bli oppslukt av tomhet eller for å bli sittende fast i en smerte som aldri går over. Når katastrofen forsøkes unngått med dramatiske virkemidler, kan løsningen – forsøk på første ordens forandring - bli en del av problemet (Heggdal, 2010). For noen kan det til og med være slik at det som en gang fungerte som løsning nå har blitt selve problemet. Dette kan føre til at man må lage seg enda «bedre løsninger», som så skaper nye problemer eller forverrer de vanskene man allerede har (Bateson, 1972; 1985). Da er det vi kaller marginaliseringsprosessen i full gang. I BET forstås psykiske lidelser som et resultat av pasientens unngåelsesatferd, og i tråd med dette defineres pasientens problem som en fobi mot negative tanker og følelser (Marks, 1978; Wolpe, 1987). Og for svært symptombelastede og atferdsforstyrrede pasienter synes altså denne fobiske tilstanden å oppleves som om selve eksistensen er truet (Laing, 1967; Yalom, 1998; Weems et al, 2004).

Og hva er løsningen?

Når unngåelse defineres som problemet, er den naturlige og selvsagte løsningen eksponering. Eksponering er det motsatte av unngåelse.

Eksponeringsterapi er en godt utprøvd behandlingsform som anses å være førstevalget ved tvangslidelser og «ytre» fobier som for eksempel frykt for bakterier, heiser, slanger osv (Marks, 1978; Wolpe, 1987). I BET brukes eksponeringsprinsippet for å behandle den mest ekstreme av de «indre» fobier – eksistensiell katastrofeangst (McCullough et al, 2003; Heggdal, 2012). Både ved indre og ytre fobier er det følelsen av frykt som unngås. Frykten for eksistensiell katastrofe er irrasjonell, på samme måte som all fobisk frykt er irrasjonell.

Eksponering for katastrofeangst gjennomføres i prinsippet på samme måte som man behandler frykt for ytre objekter: Pasienten velger å utsette seg for en følelse som oppleves å kunne føre til en eller annen form for uutholdelig situasjon eller tilstand. Ved gjentatt eksponering merker pasienten hvordan økende aksept og toleranse for egne følelser gjør det mulig å leve et liv uten å bruke all sin energi på å flykte. Dramatiske og skadelige handlinger er ikke lenger nødvendige. De nye erfaringene forteller pasienten at det ikke er noen reell fare, selv om det fremdeles av og til kan kjennes slik. Disse mekanismene kan vi også kjenne igjen i enkle hverdagserfaringer. Når vi for eksempel gruer oss for å gjøre noe, men så finner ut at vi skal «la det stå til», så ser vi gjerne at det går mye lettere enn vi hadde trodd. Deretter blir frykten mindre

påtrengende, og veien ligger åpen for nye mestringserfaringer.

Når en pasient har kommet dit hen at utfordringer knyttet til psykiske problemer møtes på en slik måte, vil han eller hun være i stand til å forholde seg til sine følelser ved å romme og akseptere dem. Dette betyr at personen kan velge å bruke andre ordens forandrings-strategier i stedet for å fortsette nytteløse forsøk på å oppnå første ordens forandring, dvs. fjerne eller dempe opplevelse av smerte og frykt (Scott Fraser & Solovey, 2007). Gjennom behandlingsprosessen får man også erfaringer med hvordan man kan avlede seg for å få en pause fra ubehag og frustrasjon (Heggdal, 2010). Bruk av avledning som mestringsstrategi vil imidlertid i seg selv ikke være tilstrekkelig for å kunne fungere stabilt. Den viktigste ferdigheten pasienten får med seg fra BET er å kunne utøve selveksponering i møte med sine egne, vanskelige følelser og indre opplevelser.

Formelle diagnoser vektlegges i liten grad som utgangspunkt for behandling i BET. Fokuset rettes mot hva som befinner seg bak symptomene, dvs. mot unngåelsesatferden som produserer og vedlikeholder symptomer (Hayes et al, 2004; Hagen et al, 2012). Det legges stor vekt på undervisning, dvs. at pasienten opparbeider seg en intellektuell forståelse av hvordan man i BET forstår det som kalles «sykdommen»,

om hvordan BET behandling foregår, alternative behandlingsformer osv. Gjennom en slik tilnærming får pasienten et bevisst forhold til egne reaksjons- og handlingsmønstre, og gjøres således til en aktiv aktør i sitt liv og i sin egen behandlingsprosess.

I BET brukes også det vi kaller ytre regulering (som for eksempel medisiner og/eller begrensning av bevegelsesfrihet) for å sikre liv og helse hvis nødvendig. Langvarig og hyppig ytre regulering kan imidlertid bli et hinder for at pasienten skal kunne fungere som et selvstendig individ. Ensidig behandling med regulerende tiltak over tid vil i verste fall kunne føre til forverring av tilstanden og marginalisering av pasienten (Heggdal, 2010; Hammer og Heggdal, 2011). I BET holdes derfor et tydelig og fast fokus på utvikling av evne til selvregulering som målsetting for behandling. Graden av ytre regulering tilpasses til enhver tid pasientens funksjonsnivå og til hvor i behandlingsforløpet pasienten befinner seg.

Komplementær Ytre Regulering (KYR) som sikker base

En av de største utfordringene i terapeutisk arbeid med marginaliserte pasienter er å «dosere» ytre regulering på en måte som fremmer terapeutisk progresjon. Mange faglige autoriteter vil si at det er noen pasientgrupper som ikke bør motta langvarig behandling i sykehus nettopp fordi regulerende

aktivitet i sykehusavdelinger fører til patologisk avhengighet og forsterker atferdsforstyrrelser (Rosenbluth & Silver, 1992). For de marginaliserte pasientene som prioriteres for BET finnes ikke noe reelt alternativ - faren for alvorlig skade på liv og helse er så stor og vedvarende at sykehusbehandling fremtrer som eneste aktuelle løsning. I BET forebygges utvikling eller forsterkning av maligne reaksjoner ved det vi kaller komplementære ytre regulering (KYR) (Balint, 1968; Heggdal, 2010). Dette innebærer en veksling mellom oppfølgingsregimer karakterisert som henholdsvis *underregulering* og *overregulering*. Ved å jobbe i ytterkant av oppfølgingsregimer minimeres forekomst av dysfunksjonell og selvdestruktiv atferd i avdelingen. På denne måten sørger behandlingsteamet for fokus og progresjon i behandlingsprosessene og at den terapeutiske hverdagen ikke kontinuerlig forstyrres av dramatiske hendelser og situasjoner.

Underregulering anvendes som primærstrategi. Pasienten passes på og følges opp i mindre grad enn en konvensjonell behovsvurdering skulle tilsi. Eksempler her er lavere oppfølgingsstatus i avdelingen (hyppig tilsyn der det er indikasjoner for fotfølging) og friere utgang (avtaleutgang 2 timer der det ser ut som pasienten kun mestrer en halv time). Funksjonelle handlingsvalg og mestring møtes med løsningsfokuserede intervensjoner, hvis

formål er å øke sannsynligheten for at slike handlinger gjentas (de Shazer, 1991). Når et underreguleringsregime over tid aktiverer patologivedlikeholdende atferd, så møtes dette i første omgang med undrende utforskning («... hva er det nå som skjer?»). Hvis pasienten ikke er innstilt på eller i stand til å utforske og prøve ut andre handlingsalternativer gjennomføres en rask og godt koordinert overgang til *overregulering*. Slike grep er særlig viktige og effektivt ved behandling av pasienter som opplever store omsorgsbehov og føler seg sviktet av alt og alle.

Ved *overregulering* reduseres stimuli og tempoet senkes: det snakkes langsomt, det legges inn latenstid før man svarer, det sørges for ventetid når det gjelder praktiske ting og gjøremål, og ikke minst - det sørges for at pasienten ikke underholdes. Alt gjøres med vennlighet, undring og i en respektfull tone. Så snart pasienten tar initiativ til dialog om endring i de ytre rammene er vi tilgjengelige for en mestringssamtale, der vi utforsker hva pasienten tenker, ønsker og innstiller seg på.

Ved *underregulering* unngår man å «løpe etter» pasienten. Dette hindrer forsterkning av regressiv atferd og utvikling av patologisk avhengighet (Balint, 1968). På forholdsvis kort tid vil pasienten erfare at det er vesentlig mer relasjonelt stimulerende og givende med friere tøyler. KYR

er derfor et viktig strategisk element i funksjonshevede behandling av ustabile, marginaliserte pasienter i en sykehusavdeling.

Organisering av behandlingen

Hver pasient i BET har et flerfaglig behandlingsteam som består av ansvarlig behandler (psykologspesialist eller psykiater), to co-terapeuter (miljøterapeuter med opplæring og regelmessig veiledning i BET), teamkoordinator, sosionom og evt. en lege i spesialisering (LIS). Psykiater er ansvarlig for medikamentell behandling og delegerer oppgaver til LIS. Pasientene har en daglig terapisaamtale. Samtalene fordeles mellom ansvarlig behandler og co-terapeutene, men hvis det vurderes som hensiktsmessig og nyttig er det gjerne to terapeuter til stede i samtalen.

Alle virkedager rammes inn av korte fokussamtaler morgen og ettermiddag. Hensikten med disse samtalene er å etablere terapeutisk fokus for dagen, og en anledning til å konsolidere og bemyndige mestring på ettermiddagen. Pasienten skal i utgangspunktet delta på sine egne teammøter og behandlingssmøter.

Alle pasientene deltar på psykoedukativ gruppe en gang pr. uke. Hensikten med dette behandlingselementet er å gi innsikt i BET, tilrettelegge for etablering av arbeidsallianse og optimalisere terapeutisk progresjon (Heggdal,

2010). Foreløpige erfaringer indikerer at pasientene kan ha nytte av å reflektere rundt egne og andres erfaringer, ikke minst fordi deltakerne vil være på ulike steder i behandlingsprosessen. Vi har derfor etablert et samarbeid med Lærings- og mestringssenteret (LMS) ved Avd. Blakstad som tilrettelegger for at tidligere BET-pasienter regelmessig underviser pasientene i den psykoedukative gruppen.

Behandlingsforløpet

Behandlingsforløpet i BET er delt opp i 5 faser. Inndelingen gir god oversikt og opplevelse av sammenheng gjennom behandlingen for både pasient og behandlere. Fasene har naturlige overganger samtidig som man ofte vender tilbake til tidligere faser for å «jobbe litt der» før man går videre. De fem fasene handler om å

- Skape forutsigbarhet (KYR som sikker base)
- Etablere samarbeid (Arbeidsallianse)
- Utforske unnvikelse (Fokus på unnvikelse)
- Akseptere og romme sine følelser (Eksposering)
- Styrke evne til mestring (Løsningsfokusert konsolidering)

1. KYR som sikker base – å skape forutsigbarhet

En base for utforskning og utvikling

Den første fasen går ut på å skape forutsigbarhet og stabilitet for pasienten (Bowlby 1988; Crittenden, 2008). Her vektlegges respekt, aksept og forståelse for pasientens opplevelse av den uroen og utryggheten som preger hverdagen. Pasienten blir ikke sett på som et kasus, men som et likeverdig menneske som sliter med sine tanker og følelser. Mange pasienter har opplevd å bli flyttet fra avdeling til avdeling og også byttet behandler et utall ganger. I BET vektlegges å skape stabilitet i relasjoner over tid. Der tidligere vonde opplevelser har ført til negative forventninger til behandlingsapparatet tilrettelegges det for nye erfaringer, slik at det kan etableres forutsigbare relasjoner for videre samarbeid om behandling.

Til mange pasienters frustrasjon og skuffelse «punkteres» i BET behandling ideen og håpet om at 'noen' skal komme og fjerne smerten (Yalom, 1998). Vårt fokus er på hva som må til for at pasienten selv skal kunne komme seg videre, dvs. jobbe seg ut av et mønster preget av unnvikende handlinger som ikke løser problemet. Det er individuelt hvor lang tid hver pasient trenger på denne grunnleggende fasen. Behandling og behandlingsforløp tilpasses den enkelte ut i fra pasientens problemer og erfaringsgrunnlag.

Helsevesenets primære oppgave er å ivareta liv og helse. Å bli passet på av helsearbeidere er imidlertid alene ingen løsning hvis målsettingen er framtidig selvstendighet og fungering utenfor sykehus. Pasienter i BET blir derfor kontinuerlig utfordret i forhold til å ta ansvar for eget liv gjennom å bli møtt med en underregulerende holdning slik denne defineres i KYR (Solfjell og Alsos, 2011). Dette kan oppleves frustrerende når man føler seg ustø og hjelpeløs (Bowlby, 1988). Vi får imidlertid tilbakemeldinger fra tidligere pasienter om at vektleggingen av valg og ansvar for eget liv i ettertid har vært helt avgjørende for at det skjedde en utvikling.

2. Arbeidsallianse - å etablere samarbeid

En felles forståelse av hvor vi er og hvor vi skal

Behandlingen baseres på et samarbeid som er forankret i det vi kaller arbeidsallianse (Heggdal, 2009). Arbeidsallianse i BET baseres på at pasienten får og tar ansvar for egne valg og eget liv (Yalom, 1998; 2002). For å tilrettelegge for en arbeidsdeling gis pasienten grundig informasjon om hvordan man tenker i BET. En intellektuell forståelse av behandlingen bidrar til at pasienten kan ta reelle valg og få eierforhold til sitt eget behandlingsforløp. Pasienten kan enten velge å samarbeide med terapeutene og miljøpersonalet for å bryte fastgrodde,

uhensiktsmessige unnvikelsesmønstre, eller velge å fortsette å unnvike, og på den måten også mest sannsynlig opprettholde sine problemer. Pasientens valg respekteres alltid, men vi forsikrer oss samtidig om at pasienten er innforstått med hva valget faktisk innebærer før vi går videre eller endrer behandlingsforløpet.

Det kan føles som en uoverkommelig utfordring for pasienten å være i samarbeid om behandling når behovet for å unnvike blir overveldende. Behandlingsteamet har derfor kontinuerlig fokus på samhandling og på å styrke og reetablere arbeidsalliansen. I det 'terapeutiske rommet' skal det være plass til og aksept for alle slags tanker, følelser og reaksjoner. Det inngår i BET å inkludere for eksempel tvil, vegring og motstand som helt naturlige, tilstedeværende elementer i prosessen (Heggdal, 2011). Vi vet at pasienten over mange år har hatt unnvikelse som den eneste «overlevelsesstrategi», og det er forståelig at det er vanskelig å gi slipp på slike løsninger (Åkerman, 2010). Derfor er det å bekrefte og anerkjenne pasientens behov for unnvikelse et sentralt element i behandlingen.

3. Fokus på unnvikelse

Bevisstgjøring av tanker og handlinger som vedlikeholder problemer

Den tredje fasen av BET handler om identifisering av ikke-hensiktsmessig

unnvikelsesatferd og pasientens typiske unnvikelsesmønstre. Unnvikelse kan være både bevisst og ubevisst. Der pasienten er klar over at han eller hun unnviker er dette bevisst valgte handlinger. Her kommer den første utfordringen for pasienten, som selv vil kunne oppleve slike handlinger som nødvendige for å håndtere livet, og kanskje også for å kunne overleve (Åkerman, 2010). Etter hvert som pasienten får innsikt i BET vil det vokse fram en erkjennelse som snur alt på hodet: Det er unnvikelsen som skaper problemet. Pasienten vil med utgangspunkt i en slik erkjennelse kunne begynne å prøve ut andre, alternative handlinger i samarbeid med terapeutene for å se hva som skjer. En enda større utfordring som venter pasienten er utforskningen av de automatiserte, ikke-hensiktsmessige unnvikelsesstrategiene som vedkommende selv ikke er klar over (Heggdal, 2011). Det er disse handlingene, og handlingenes bakenforliggende tanker og holdninger, som virkelig opprettholder problemer og funksjonssvikt. I helsevesenet ses gjerne slik atferd som «symptomer», eller som uttrykk for «syke» personlighetstrekk hos pasienten.

Gjennom å bli bevisst når og hvordan man unnviker, ser pasienten etter hvert hvordan unnvikelse skaper og vedlikeholder symptomer. Typiske unnvikelseshandlinger er for eksempel et stadig ønske om ekstra medisin, la

være å prate, prate hele tiden, skifte tema, å gå ut av rommet, ikke forholde seg til visse personer, alle former for selvskading, osv. Veien fram til bevissthet om egne unnvikelsesmønstre kan være en slitsom jobb. Det at det i behandlingshverdagen stadig stilles spørsmål ved alt en gjør eller ikke gjør kan for mange til tider føles som urettmessig og urimelig kritikk. Utforskningen av unnvikelse kan imidlertid gi «livsviktige» erfaringer som forbereder pasienten på å kunne velge det motsatte av unnvikelse.

Gjennom at det kontinuerlig fokuseres på valg og det å være en velgende person ansvarliggjøres pasienten for sin tilstand og for hvordan han eller hun forvalter og håndterer eget liv. Det er ikke her snakk om å plassere skylden på pasienten for at livet er som det er. Ingen velger å bli syke eller å ikke takle livet (Solfjell & Alsos, 2011). Vi fokuserer på hvordan følelser og tanker oppleves og håndteres her og nå. Ved å gjøre seg selv til en velgende person her og nå, kan pasienten nå faktisk gi seg selv en reell mulighet til å velge sin vei videre (Sartre, 2007; Yalom, 1998).

4. Eksponering - å akseptere og romme sine følelser

Gradvis erfaring med det man er redd for, og velge å gi slipp

Felles for pasientene som er aktuelle for BET er at de frykter noe de har

vanskelig for å beskrive. Uten å vite hvorfor det er slik kjenner de en voksende, panisk frykt for noe påtrennende og altomfattende som de føler de kommer til å bli overveldet av eller sittende fast i (Laing, 1967; Weems et al, 2004). Noen beskriver, etter inngående utforskning, en frykt for å fysisk gå i oppløsning eller eksplodere. Andre opplever å være redde for å «klikke» og miste all kontroll, eller for å bli oppslukt i en boble av tomhet som de aldri kommer seg ut av igjen. At noen går rundt med en slik frykt kan høres rart ut for mennesker som sliter med mer hverdagslige problemer.

Denne eksistensielle katastrofeangsten forstås i BET på samme måte som tilstander som vannskrekk, høydeskrekk, fobi for edderkopper, hunder osv (Marks, 1978; Heggdal, 2011). Eksponering for katastrofeangst gjennomføres i prinsippet på samme måte som ved slike ytre fobier. For å ta et eksempel: Ved eksponering for en heisfobi må man sakte nærme seg heisen, først i tankene ... og deretter skritt for skritt inn i selve heisen i et tålelig tempo. Etter hvert ser man at det ikke er så skummelt som man hadde forventet, og til sist kommer erfaringen som forteller at man faktisk ikke dør eller «klikker» når heisdøren lukker seg og det ikke er noen vei tilbake. Eksponering handler om å erfare at man kan være i en ubehagelig situasjon eller tilstand uten at det oppstår reell fare og uten at en selv eller

andre kommer til skade.

Eksponeringen foregår i trygge omgivelser (Bowlby, 1988; Crittenden, 2008). Gjennom en rekke økter med eksponering erfarer pasienten at han eller hun ikke blir sittende fast i smerte, at en ikke kveles eller går i oppløsning av å la seg overvelde av de påtrengende følelsene. Angsten for angsten minskes, og frykten for at det skal skje en katastrofe avtar. Det endelige målet med det vi kaller basal eksponering er at pasienten skal erfare at katastrofen ikke inntreffer. Når pasienten gjennom sine valg tilegner seg slike erfaringer blir etter hvert vanemessige, automatiserte unnvikelsesstrategier overflødige. Personen vil oppleve å ha aksept og rom for smerte og ubehag, dvs. at pasienten gjennom sine valgte handlinger har gjennomgått en andre ordens forandring (Scott Fraser & Solovey, 2007). Pasienten utvikler gjennom denne prosessen en mer fleksibel måte å håndtere livet på. Den eskalerende runddansen i stadig mer dramatiske former for unnvikelse blir brutt, og pasienten slutter å skape og vedlikeholde symptomer. I følge BET er det viktigste vi kan lære oss selv og hverandre å akseptere og romme smerte. Opplevelse av livets smerte er uunngåelig om man ønsker å være tilstede i seg selv og leve et fullverdig liv med seg selv og sammen med andre mennesker (Yalom, 1998; Vetlesen, 2004; Heggdal, 2011).

5. Løsningsfokuset konsolidering - å styrke evne til mestring

Bevisstgjøring og innlæring av de løsninger som faktisk fungerer

Den siste fasen av BET handler om å støtte opp om og forsterke de løsningene som nå begynner å bli virksomme i pasientens liv. Vi fokuserer på hva som er endret i personens atferd, og hvordan dette skaper en forskjell (de Shazer, 1991). Der det tidligere ble lagt vekt på atferd som skapte og opprettholdt problemet, fokuseres nå altså på atferd som løser problemet. Når pasienten etter hvert uanstrengt og naturlig bruker selveksponerende atferd som mestring i stedet for unnvikelse har det foregått en grunnleggende modning og endring i pasientens personlighet. Dette betyr at pasienten nå er i stand til å bruke de erfaringene han/ hun har gjort seg i behandlingen uten å være avhengig av andres tilstedeværelse og bistand (Bowlby, 1988; Crittenden, 2008). I praksis er da pasienten i stand til å fungere utenfor en sykehusavdeling. Hvis det vurderes nødvendig og pasienten selv ønsker det, følger vi opp med polikliniske samtaler i en periode etter utskrivning. Pasienter er alltid velkommen til å ta kontakt med avdelingen etter at de har blitt utskrevet. En telefon for å friske opp lærdommen fra behandlingen kan bidra til at man ikke faller inn i gamle mønstre, samtidig som det er hyggelig for de som har vært terapeuter å få høre hvordan det

går i livet der ute.

Avslutning

Foreløpig er det bare ved SPS Avd. Blakstad i Asker, BET er fullt ut implementert og i drift som et behandlingsprogram. Om lag 20 pasienter med alvorlige psykiske lidelser har gjennom behandling i BET-programmet fått normalisert sine liv. Reinnleggelser etter BET forekommer svært sjeldent, og enkelte har ikke lenger noe behov for oppfølging fra psykisk helsevern i det hele tatt etter å ha vært igjennom programmet (Heggdal, 2011). Interessen for BET er stor, både nasjonalt og internasjonalt. Flere steder er det både ønsker og planer om å innføre BET for marginaliserte pasienter som er storforbrukere av tjenester og døgnplasser i psykisk helsevern. Utfordringen synes å være å komme i gang med en systematisk implementeringsprosess i et helsevesen som holder seg til årsbudsjetter og kort-siktige disponeringer av ressurser. Foreløpige erfaringer med BET indikerer at et velorganisert og intensivt behandlingstilbud for denne pasientgruppen både vil være kostnadseffektivt og gi store helsemessige gevinster i et langsiktig perspektiv.

«Det er noe som skjer med deg når du skjønner at du faktisk kan leve et liv uten og kjempe imot hele tiden. At du opplever at man kan observere tanken komme og gå og at de ikke betyr så mye mer enn det. At man kan akseptere og romme følelser og ha de med seg i hverdagen, gjør, i hvert fall for meg, at jeg kan leve et helt vanlig liv, uten å produsere symptomer. Jeg er heller ikke så sliten av å kjempe imot noe jeg ikke visste hva var».

Tidligere BET-pasient

*Didrik Heggdal
psykologspesialist
didrik.heggdal@vestreviken.no*

*Arne Lillelien
fag- og kvalitetsutvikler*

*Sara S. Johnsrud
sykepleierstudent*

*Camilla Dyrhol Paulsen
vernepleierstudent*

Referanser

Balint M. (1968). The basic fault: therapeutic aspects of regression. London: Tavistock Publications.

Bateson G. (1985). Mind and Nature. London: Fontana Paperbacks.

Bateson G. (1972). Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books.

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

Crittenden, P. (2008). Raising Parents. Attachment, Parenting and Child Safety. Devon: Willian Publishing.

De Shazer SD. (1991). Putting difference to work. New York: W.W. Norton.

Fraser JS og Solovey AD. (2007). Second-Order Change in Psychotherapy. The golden thread that unifies effective treatments. Washington: American Psychological Association.

Hagen R, Johnson SU, Rognan E, Hjemdal O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening; 3: 247-252.

Hammer J og Heggdal D. (2011). Vil BET bidra til mer effektiv behandling? Psykisk helse og rus; 3, 12-17.

Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment. J Consult Clin Psychol; 64:1152-1168.

Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bisset RT, Pistorello J, Toarmino D et al. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. Psychol Rec; 54:553-578.

Heggdal D. (2012). Basal eksponeringsterapi. Grunnleggende retningslinjer og prinsipper, versjon 2.0. Asker: SPS – Vestre Viken HF.

Heggdal D. (2009). Basal eksponeringsterapi. Etablering av arbeidsallianse – veileder med eksempler. Asker: SPS – Vestre Viken HF.

Heggdal D. (2010). Basal eksponeringsterapi. Teoretisk forankring del 1 – Kybernetikk som grunnlag for forståelse og intervensjon, versjon 1.1. Asker: SPS – Vestre Viken HF.

Heggdal D. (2011). På vei til et liv det går an å leve - om Basal eksponeringsterapi (BET). Tidsskrift for Norsk Psykologforening;48:344-349.

Heggdal D, Paulsen CD, Johnsrud SS. (2012). Basal eksponeringsterapi - En vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. Informasjon til pasienter og pårørende. Asker: SPS – Vestre Viken.

Kahl KG, Winter L & Schweiger U. (2012). The Third Wave of Cognitive Behavioural Therapies: What Is New and What Is Effective? *Curr Opin Psychiatry*; 25(6):522-528.

Laing RD. (1965). *The divided self*. London: Pelican Books.

Marks IM. (1978). *Living with fear: understanding and coping with anxiety*. New York: McGraw-Hill.

McCullough L, Kuhn N, Andrews S, Kaplan A, Wolf J, Hurley CL. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Rosenbluth M, Silver D. (1992). The inpatient treatment of borderline personality disorder. In: Silver D, Rosenbluth M, edit. *Handbook of borderline personality disorders*. Madison: International Universities Press; 509-32.

Sartre JP. (2007). *Existentialism is a Humanism*. London: Yale University Press.

Scott Fraser J, & Solovey AD (2007). *Second-order change in psychotherapy: The golden thread that unifies effective treatments*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Solfjell IM & Alsos TH. (2011). Å våge å forholde seg til livets smerte. En kvalitativ evaluering av Basal Eksponeringsterapi

(intervjuer med pasienter som har vært gjennom BET programmet) Hovedoppgave UiO.

Vetlesen, AJ. (2004). *Smerte*. Oslo: Dinamo Forlag.

Weems CF, Costa NM, Dehon C & Berman SL. (2004). Citation for the EAQ: Paul Tillich's theory of existential anxiety: A preliminary conceptual and empirical analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*;17: 383-399.

Wolpe J. (1987). *The practice of behavior therapy*. Third edition. New York: Pergamon Press.

Yalom ID (2002). *The gift of therapy*. New York, Harper-Collins.

Yalom ID (1998). *Eksistentiel psykoterapi* (1.utg., 8. oppl.). København: Hans Reitzels Forlag.

Åkerman S (2010). *For å overleve – en bok om selvskading*. Oslo: Humanist forlag.