

Hvordan kan behandlerne legge forholdene best mulig til rette for at pasienten skal bli i behandling og lykkes?

MED rus – UTEN ord?

AV HANNE LORIMER
AAMODT

Jeg kan ikke se at jeg vil fungere i rusfrihet uten å få løst opp i det «svarte hullet» av negative følelser og den «sprakende skyen» av positive følelser. Å kunne sette ord på følelsene, positive og negative, og det å vite hvorfor jeg føler det jeg føler når jeg føler det, er jeg skråsikker på at må være svært viktig. Bare synd jeg ikke har fått hjelp til det tidligere i livet, da ville ting kanskje vært annerledes.

To tredjedeler av rusavhengige i behandling i Tyrilistiftelsen rapporterer at de har utfordringer når de skal identifisere og uttrykke egne følelser. Kanskje overraskende var dette uavhengig av variabler som kjønn, alder, tid i rus eller type rus. Den ene faktoren som viste seg å ha en rolle, var tid i behandling. Jo kortere tid på behandlingssted, jo større opplevdes denne problematikken.

Å kjenne på følelser Våren 2013 gjennomførte jeg en studie av aleksitymi blant pasienter i behandling for rusavhengighet i Tyrilistiftelsen. Begrepet aleksitymi er lite brukt i norsk forskning eller behandling.

Ordet er gresk betyr «uten ord for følelser», og det beskriver vanskeligheter med å identifisere og uttrykke følelser. Begrepet sprang ut fra forskning på hvordan pasienter med store psykosomatiske plager forholdt seg til egne følelser. Aleksitymi innebærer flere aspekter; a) vanskeligheter med å identifisere følelser og med å differensiere følelser fra kroppslige fenomen; b) vanskeligheter med å beskrive følelser for andre mennesker; c) begrenset forestillingsevne og d) stimulibundet, ekster-nalisierende kognitivt mønster.

I studien så jeg på aleksitymi i sammenheng med ulike variabler for rusavhengig-

het og psykisk helsesituasjon. Totalt var det 106 pasienter deltok. Tre standardiserte måleverktøy ble brukt i datainnsamlingen: Toronto Alexithymia Scale (TAS) 20 ble brukt for å måle aleksitymi, og Hopkins Symptom Checklist (SCL) 10 og General Health Questionnaire (GHQ) 12 for å måle psykisk belastning. Målet var å se om noen sammenhenger som kunne være nyttige for videre forskning kunne tydeliggjøres, sammenhenger som også kunne anvendes i klinikk for å forstå dette aspektet ved pasientgruppen bedre.

Resultatene viste at gruppen med rusavhengige i behandling hadde høyere skår for aleksitymi enn resultater fra studier av normalbefolkningen. De hadde også høyere skår for psykisk belastning, og det var sterk sammenheng mellom de to. Det vil si at det var samsvar mellom å oppleve angst og depresjon og å ha vanskeligheter med å identifisere og uttrykke egne følelser. Dette var også som forventet i samsvar med tidligere forskning.

Kanskje det mest spennende funnet fra studien var at det var signifikant korrelasjon mellom graden av aleksitymi og tid på behandlingssted. Utvalget av pasienter som hadde vært på behandlingsstedet i tre måneder eller mindre hadde vesentlig høyere aleksitymiskår enn resten av utvalget. Dette kan ha flere forklaringer. Det kan tenkes at graden av aleksitymi faller med tid i behandling. Etter hvert som pasientene etablerer relasjoner til behandlerne og den øvrige pasientgruppen, profiterer de også mer på behandlingstilbudet og lærer seg selv bedre å kjenne. Med tid i behandling får

de større avstand til rus og sosialiseres inn i et nytt miljø som legger grunnlag for personlig utvikling og en økt bevissthet om følelser. Dermed kan både avstand til rus og påvirkning fra behandlingsinstitusjonen være mulige faktorer som spiller inn på aleksitymi. En annen og mindre optimistisk forklaring er at det er de med høyest skår som bryter behandlingen, og at lavere aleksitymiskår blant gruppene som har vært lengre i behandling kommer av at det er de med minst problemer i utgangspunktet som fullfører behandling. Forlengelsen av dette kan være at vanskeligheter med å identifisere og uttrykke egne følelser gir dårligere prognose for å gjennomføre og profitere på rusavhengighetsbehandling.

To tredjedeler av pasientene ser ut til å ha vanskeligheter med følelser og følelsesliv, med skår enten som mulig aleksityme eller som aleksityme. Forskning viser at høy grad av aleksitymi vanskeliggjør psykoterapeutisk og miljøbasert behandling. Sifneos' beskri-

velse av den aleksityme pasient, er en pasient som behandlerne kan synes det er vanskelig å engasjere seg i, som bruker handling som avledning for å unngå å snakke om følelser, og som heller holder ytre fokus enn indre. I tillegg til dette allerede vanskelige utgangspunktet, ser det ut som om aleksitymi hindrer utvikling av allianse mellom pasient og behandler. Og som om ikke det var nok, antyder funnene i min studie at disse vanskelighetene er forsterket i starten av behandlingen.

Tretrinns prosess Hvordan kan behandlerne møte denne utfordringen på en måte som legger forholdene best mulig til rette for at pasienten skal bli i behandling og lykkes med ønsket om positiv endring?

Ført og fremst vil kunnskap og forståelse for temaet kunne øke tålmodigheten og interessen behandleren føler for pasienten. Kunnskap om aleksitymi og hva det kan innebære av konsekvenser for pasienten i behandlingssituasjonen, kan gi behandleren



Illustrasjonsfoto: Mariann Midboe

bredere forståelse for pasientens valg og handlinger. Pasientens tilsynelatende vegring mot å snakke om følelser eller å utforske egne reaksjonsmønstre, kan sees som et uttrykk for manglende bevissthet og ikke vond vilje. Fordi følelsene i stor grad er ubevisste eller umodne hos pasienten, vil de komme til uttrykk på måter som pasienten selv ikke forstår. Det vil derfor kanskje ikke være nyttig å be pasienten beskrive hva han eller hun føler, og behandleren må benytte andre terapeutiske verktøy. Behandlerens kunnskap om mekanismer som overføring og motoverføring kan da være nyttige alternativer. Det pasienten ikke kan sette ord på, kan behandleren bruke kunnskap, empati og mentalisering til å oppfatte, tolke og så utforske sammen med pasienten. Pasienten vil da gradvis kunne opparbeide seg en ny forståelse for egne reaksjoner og bevissthet rundt egne følelser via og i samarbeid med behandleren.

Henry Krystal så på dette allerede i 1979 og foreslo å tenke på det som en prosess i tre steg, og han presiserer hvordan både behandler og pasient må ha tålmodighet til å gi prosessen den tid det tar. Trinnene kort fortalt er: 1) å observere og bevisstgjøre hvordan aleksitymien kommer til uttrykk, 2) øke toleranse for følelser, 3) bevisstgjøre og verbalisere følelsene.

Selv om Krystal setter stegene opp som en lineær prosess, vil nok de færreste oppleve en så stringent utvikling, men heller en sirkulær prosess hvor utviklingen skjer på flere områder parallelt. Behovet vil også kunne være ulikt for ulike typer følelser og ulike tema. Den norske affektforskeren Jon Monsen sier i artikkelen «Affektens rolle i psykoterapeutisk teori og teknikk» (1996), at uansett tema i terapi, vil det terapeutiske fokus bli å identifisere pasientens følelestilstander og prin-

sippene for organiseringen av disse.» Både Krystal og Monsen presiserer viktigheten av å ta utgangspunkt i pasientens situasjon. Behandlerens første oppgave er å observere og identifisere nivået av problematikk for pasienten, og fremgang i prosessen kommer så i pasientens tempo, med behandlerens veiledning. Tålmodighet i prosessen, utgangspunkt i pasientens premisser og trinnsvis fremgang er altså sentrale fokus i arbeidet med aleksitymi og følelsesbevissthet.

Miljøterapi Mange institusjoner for rusavhengighetsbehandling driver miljøterapi og bruker gruppe og fellesskap som metode for behandlingen. Dette gir behandleren muligheter utover den tradisjonelle samtaleterapien. Miljøterapi gir rom til å være sammen med pasienten på en annen måte enn i samtaleterapi. Praktiske gjøremål og felles opplevelser gir behandleren innsikt i hvordan pasienten faktisk fungerer og muligheten til å se sider ved pasienten som pasienten selv ikke kan se eller beskrive i etterkant. I praksis kan derfor behandleren ta de oppgaver en omsorgsperson forventes å ta, og på den måten legge til rette for utvikling av følelsesliv og følelsesbevissthet. Behandleren kan speile, markere, referere, være rollemodell og snakke om pasientens adferd og uttrykk, og om hva behandleren selv opplever og føler i møte med pasienten. Gjennom gradvis økt bevissthet om og evne til å uttrykke følelser, er målet at pasienten i større grad skal kunne regulere og handle hensiktsmessig på de samme følelsene, men nå uten rus som verktøy. ●

Artikkelen bygger på masteroppgaven «Med rus – uten ord? En norsk studie av aleksitymi blant rusavhengige i behandling», Institutt for sykeleie, HIOA, 2013.