

Kronikk

Den psykotiske krisen – utvikling i en familierapeutisk ramme

Her beskrives familiebehandlingen av en 18 år gammel ungdom med vedvarende psykotiske paranoide vrangforestillinger som etter fire års behandling var symptomfri og integrert i arbeidslivet. Oppmerksomheten rettes mot mulighetene ved en psykodynamisk forståelse av de psykotiske symptomene samt handlingers betydning i de familiære relasjonene (handlingsdialog).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1371

Terje Neraal

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

I en artikkelserie i Tidsskriftet høsten 2002 ble det gitt en oversikt over kunnskapen om schizofreniens årsaker og behandling. Når det gjelder det siste, ble et integrert behandlingssopplegg på bakgrunn av individualiserte behov anbefalt (1). Ved siden av psykofarmakologisk behandling ble det anbefalt individuell støtteorientert psykoterapi, kognitiv terapi og psykososial behandling. En modul i den psykososiale behandlingen bør være familiebehandling i de tilfellene der pasienten lever sammen med pårørende og familien har et hjelpebehov. Den høye graden av følelsesmessige uttrykk (2) er et tegn på den krisen hele familien befinner seg i når et medlem utvikler en psykose.

Risikoen for psykotisk tilbakefall er doblet i familier med høy grad av følelsesmessige uttrykk (expressed emotion). Spesielt bidrar

høy grad av kritikk og overinvolvering fra de pårørendes side til en dårligere prognose (3). I en artikkel i Tidsskriftet som omhandler effekten av familiebehandling ved schizofreni blir det vist at psykoedukativ langtidslangtids familiebehandling halverer faren for tilbakefall de første to årene (4).

Metode

Den teoretiske rammen for det arbeidet som her skal beskrives er psykodynamisk (5) og familiedynamisk (6–8). Det innebærer at innholdet i de psykotiske manifestasjonene – vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst, depersonalisering – samt pasientens handlinger ikke betraktes som meningsløse, men tolkes som uttrykk for en psykisk tilstand og en intensjon som står i relasjon til den livssituasjonen pasienten befinner seg i. Et eksempel kan illustrere denne måten å forstå og behandle en psykotisk krise på.

Forgiftningsfantasier

En 18 år gammel ungdom, Markus, ble av en allmennpraktiserende lege henviset til innleggelse i en psykiatrisk universitetsklinikk fordi han de siste tre månedene hadde utviklet forestillinger om at morens mat inneholdt gift. Under denne tiden hadde han gått ned 15 kg i vekt. Både Markus og foreldrene satte seg imot innleggelse og medikamentell behandling. Derfor ble han under diagnosen «vedvarende paranoide vrangforestillinger» (ICD F 22.0) sammen med foreldrene henviset til poliklinisk familiebehandling på en psykosomatisk universitetsklinikk.

Markus hadde i hele barndommen vært nokså sosialt isolert. Han hadde to år tidligere gått ut av ungdomsskolen og var så blitt gående hjemme. Hans avhengighet av moren kom til uttrykk i at han diltet etter henne hvor hun stod og gikk, bl.a. fulgte han med henne til en rengjøringsjobb hun hadde og ventet på henne der til hun var ferdig.

Moren forklarte denne nære relasjonen til Markus med at hun et par år før han ble født var gravid med trillinger, som døde umiddelbart etter fødselen. Dette mente hun var grunnen til at hun fra starten av hadde vært overbeskyttende og overdrevent engstelig for at det skulle hende noe med Markus. Faren hadde en kritisk og distansert relasjon til sønnen, han kalte ham foraktelig for mammadalten.

Det ble snart tydelig at det pasienten ville gi uttrykk for i sin forgiftningsfantasi kunne uttrykkes omtrent slik: «Å være så avhengig av deg, mor, og maten din er som gift for min utvikling.»

Etter at budskapet i forgiftningsfantasiene kunne forstås, «oversettes» og bearbejdes sammen med alle i familien, avtok de etter fire uker. Til gjengjeld oppstod det en ny krise fordi Markus begynte å dytte moren bort så hun mange ganger holdt på å falle over ende. På dette tidspunktet hadde det skjedd en annen forandring: Mens Markus før hadde gått mellom foreldrene når de var ute og handlet, begynte han nå å gå noen skritt bak dem, noe de registrerte med forundring og skepsis.

Denne nye utviklingen, som pågikk i omtrent fire uker, kunne «oversettes» med at Markus ved å skyve moren bort forsøkte å skape avstand til henne. Ved å gå bak foreldrene skapte han også en avstand til dem som gjorde at de ble nødt til å gå ved siden av hverandre som par.

I denne krisen opptrådte faren, som ellers hadde holdt seg i bakgrunnen og kommet med kritikk, meget energisk. Han gav beskjed om at han ikke tolererte at Markus angrep moren fysisk, og truet sønnen med tvangsinnleggelse. Dette virket som en lettelse for Markus, som begynte å trekke seg tilbake på rommet sitt, der han lekte med bilbane.

To måneder senere utviklet Markus vrangforestillinger om at det lurte hunder med hundegalskap utenfor huset, derfor ville han ikke gå ut. Etter hvert ble det tydelig at denne fantasien beskyttet ham mot egne impulser om å bryte seg ut av det fengselet som hjemmet var blitt for ham. Denne paranoide vrangforestillingen varte i to måneder.

Mens denne prosessen pågikk, skjedde det en viktig forandring i forholdet til faren. Faren begynte å få med seg sønnen på å reparere saker i huset og tok ham med på fisketurer. Gradvis ble båndene til moren svekket og sønnens selvstendighet kunne utvikles.

Etter tre års familierapi og sammenlagt omtrent ni måneder med psykotiske vrangforestillinger og psykotisk atferd, og med

behandlinger i 60 minutter hver 14. dag, kunne Markus leve et liv med fritidsinteresser og etter gradvis opptrapping arbeide på heltid i et regulært arbeidsforhold. Under de knapt fire årene familieterapien pågikk, ble pasientens og de pårørendes avgjørende motstand mot innleggelse og medikamentell behandling respektert, da et av pasientens paranoide symptomer nettopp bestod i forgiftningsangst.

Diskusjon

En studie av én enkelt pasient og hans familie gir selvsagt ikke grunnlag for en generell hypotese når det gjelder årsaken til psykoser eller en statistisk-empirisk vurdering av effektiviteten av en behandlingsmetode. Men det er en måte å demonstrere en type forklaringsmodeller og behandlingsprinsipper på, noe som lett blir borte i de statistisk-empiriske vurderingene av pasientgrupper.

Dette eksemplet bekrefter den beskrivelsen Friis & Larsen (1) gir av pasienter med disposisjon for psykose, nemlig at de pga. sin sårbarhet lettere vil bli følelsesmessig overveldet og utvikle en psykose når de utsettes for påkjenninger, særlig når de utsettes for kritikk og aggresjon, her tydelige i relasjonene mellom sønnen og foreldrene.

Det viser også at overinvolvering, som er en annen sentral komponent i familien til psykotiske pasienter med «høygradig følelsesmessig uttrykk» – her representert ved relasjonen mor-sønn – blir en avgjørende faktor når en ungdom står overfor oppgaven å frigjøre seg fra avhengighetsbåndene til foreldrene.

Den psykotiske krisen kan oppstå i en situasjon hvor den unge pasienten har følelsen av å befinne seg i en blindgate uten muligheter for å komme videre i sin utvikling. Det dreier seg da om en stagnasjonskrise. Mentzos (9) og andre (10, 11) har beskrevet de dilemmaene pasienter med en disposisjon for psykotisk dekompensasjon kommer i i en slik krisesituasjon:

- Når behovet for nærhet, enighet, samhold og sikkerhet i de familiære relasjonene blir for dominerende, kan angsten for symbiotisk fusjon og incest bli overveldende
- Veier derimot behovet for avgrensning, selvstendighet og meningsfull yrkesmessig fremtidsorientering tyngst, kan det utløse separasjonsangst og skyldfølelser overfor de pårørende

Behandlingsprinsipper i psykodynamisk familiebehandling

For å skape kontakt mellom behandleren og familien i den første samtalen er det viktig å møte pasienten og familien der de befinner seg i den aktuelle krisen. Det innebærer for det første en anerkjennelse av de

store påkjenningene alle har gjennomgått og den kampen de har ført for å forsøke å løse problemene selv.

Dernest er det viktig å danne seg et bilde av sykdommens utvikling. Det omfatter den store betydningen prodromalsymptomene har for å tidfeste og forstå den livssituasjonen som satte i gang den psykotiske utviklingen (12). Her er de pårørende til stor hjelp når det gjelder å rekonstruere forløpet.

Av stor viktighet er det å hjelpe til med å oversette de psykotiske fantasier og handlingene til bilder som familiemedlemmene kan fordype og forestille seg. Dermed skjer det en avdramatisering, betydningen går i retning av familiære konflikter som ikke er helt annerledes enn det andre familier har. En forutsetning for dette oversettelsesarbeidet er at behandleren ikke rygger tilbake når han blir konfrontert med det ved første øyekast bisarre innholdet i de psykotiske forestillingene og handlingene, men viser interesse for å utdype og forstå meningen som skjuler seg i dem.

Handlingers betydning overses ofte i forsøket på å forstå pasienten. Vi er fortrolige med at en stor del av kommunikasjonen med omverdenen skjer i form av ikke-verbale signaler som mimikk, kroppsholdning, klesdrakt og handlinger. Det å gripe fatt i det som «handlingsdialogen» (13) er uttrykk for og forandre den til verbal kommunikasjon, reduserer nødvendigheten av å uttrykke seg via psykotisk atferd. Det å unnlate å spise morens mat og å skyve moren vekk, trekke seg tilbake på rommet sitt, gå bakom foreldrene osv. får betydning og intensjon som kan uttrykkes i ord.

I første rekke bør angsten som kommer til uttrykk i symptomene tolkes. I den refererte behandlingen bestod angsten hos Markus i det at han ikke skulle klare å komme seg løs fra avhengighetsforholdet til moren og utvikle mer avstand til foreldrene, slik at han etter hvert kunne forlate hjemmet.

Bebreidelser og kritikk bør tolkes som *ønsker* rettet mot den eller de andre. Det at foreldrene f.eks. kritiserte Markus for å gå bak dem i stedet for mellom dem som tidligere, viser at de ønsket at alt skulle være som før. Samtidig innså de at Markus måtte bli mer selvstendig. Dermed er et konflikttema tydeliggjort, og det faller naturlig å belyse de ulike sidene av dette problemet.

Spørsmålet om hvem som bærer skylden for den uheldige utviklingen, reises ikke av terapeuten. Skulle terapeuten falle for fristelsen til å bebreide noen i familien, ville behandlingen fort strande. Når et tillitsforhold mellom behandleren og familien er etablert, vil skyldspørsmålet ofte bli reist av

ett eller flere familiemedlemmer. Det er da viktig at behandleren ikke avfeier slike følelser, men gir familiemedlemmene en mulighet til å forklare hvorfor de anser seg som skyldige. Som i Markus' familie viser det seg da ofte at f.eks. overengasjementet fra morens side er lett å forklare ut fra tapet av trillingene.

Skyldfølelser vekker et behov av å mildne disse ved å ofre seg for den man føler skyld overfor. Det fører i sin tur til skyldfølelser hos den det gjelder. Relasjoner som preges av gjensidige skyldfølelser, blokkerer begge parter når det gjelder å utvikle ansvar og selvstendighet. Derfor er det viktig ikke å tabuisere skyldtemaet.

Å hjelpe til med å forankre pasienten i virkeligheten, øke pasientens kompetanse når det gjelder å løse konflikter i mellommenneskelige forhold, oppmuntre til skritt i retning av større selvstendighet, men samtidig bekrefte hvor viktige de nære relasjonene er, er et utviklingsarbeid som moderne behandlingsmodeller etterstreber.

Flere undersøkelser viser gode resultater med integrerte behandlingsmodeller, som alt etter pasientenes individuelle behov kombinerer farmako-, individual- og familieterapi (3). Familieterapi kan utgjøre en viktig byggestein i et slikt omfattende behandlingsopplegg.

Litteratur

1. Friis S, Larsen TK. Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofreni? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 22: 2210–2.
2. Boye B. Emotional overinvolvement and distress of patients with schizophrenia and related disorders. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2002.
3. Bentsen H. Predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychosis. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1998.
4. Bentsen H. Bedrer psykoedukativ familiebehandling forløpet ved schizofreni? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2571–4.
5. Mentzos S. Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1991.
6. Alanen YO. Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment. London: Karnac Books, 1997.
7. Neraal T. Familiendynamik und psychoanalytische Familientherapie bei Psychosen. I: Schwarz F, Maier C. red. Psychotherapie der Psychosen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2001: 136–44.
8. Neraal T, Bredthauer D. Paardynamik und Paartherapie bei schweren affektiven Störungen. I: Böker H, Hell D, red. Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven. Stuttgart: Schattauer, 2002: 295–318.
9. Mentzos S, red. Psychose und Konflikt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992.
10. Burnham DL, Gladstone AI, Gibson RW. Schizophrenia and the need-fear dilemma. New York: International Universities Press, 1969.
11. Cullberg J. Psykoser. Ett humanistisk och biologiskt perspektiv. Stockholm: Natur och Kultur, 2000.
12. Møller P, Husby R. Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2425–9.
13. Maier C. Die Bedeutung des Handlungsdialoges in der Therapie mit psychotischen Patienten. Psyche 2001; 1: 1–25.