

Når troen blir en belastning

– en presentasjon av et nytt behandlingsopplegg

VED ØYSTEIN BAKKEVIG

– spesialist i allmennmedisin, for tiden
assistentlege ved Modum Bads Nervesanatorium,
tilknyttet «Vita-gruppa».

Innledning

I våre daglige møter i allmennpraksis treffer vi stadig mennesker for hvem deres religiøse tro er en ressurs i livet – både fordi det gir en relasjon til en virkelighet utenfor dem selv og en sosial tilhørighet. For mange gir innholdet i deres tro også svar på for dem grunnleggende eksistensielle spørsmål. Deres tro gir styrke i hverdagen, gir mening og trøst til de vanskelige dagene og vil i mange tilfeller være et godt utgangspunkt for et aktivt liv der de får brukt mange sider av seg selv. Religionens betydning for helse og tilfriskning er ofte blitt underkjent. I internasjonal faglitteratur, særlig fra USA, legges det stadig mer vekt på å ta med den eksistensielle/religiøse dimensjon i anamnese og behandling, på linje med øvrige livsområder som kan være viktige for pasienten.

Troens innhold kan ytre sett være det samme, men de indre psykologiske gudsbilder og de indre psykologiske gudsbilder relasjoner hver enkelt bærer med seg, kan være ytterst forskjellige. Dette siste er ikke så lett synlig ved korte øyeblikksmøter, men kan få veldig varierende utslag også for folks helse. Selv om det ikke er noen undersøkelser som generelt viser at mennesker med kristen tro eller tilhørighet er friskere eller sykere enn andre, kan grunnleggende vonde oppvekst-erfaringer vevet sammen med en kristen tilhørighet og erfaringer innenfor usunne kristne miljøer eller påvirkninger, føre til sykdom og livsvansker. Etter hvert vil vi kanskje få mer kontakt med dette også innenfor andre religioner.

Forståelsen av sammenhengen mellom tros- og livshistorie som bakgrunn for opplevde psykiske vanskeligheter og/eller der religiøse og eksistensielle spørsmål er flettet inn i den psykiske lidelse, har kanskje blitt undervurdert i det allmenne psykiatriske tilbudet. Et tilbud som kan imøtekomme dette behovet og der den religiøse tro er en viktig ressurs i mestringen av lidelsen, er et nytt behandlingsopp-

legg, Vitagruppen, på Modum Bad. Tilbudet startet våren -99 som et fagutviklingsprosjekt kalt «Religiøse erfaringer og eksistensielle problemer som tema i psykoterapi», og er fra høsten 2000 etablert som et fast behandlingstilbud ved Modum Bad. Dette alternativet, og de foreløpige resultater fra dette prosjektet, vil jeg presentere nærmere i denne artikkelen.

Behandlingsmodell og kort presentasjon av teoretisk grunnlag

Behandlingen er lite symptomorientert og bygger på en målsetning om integrasjon av elementer fra objektrelasjonsteori, affektteori, eksistensiell psykoterapi og narrativ teori. Ana-Maria Rizzuto, en amerikansk psykoanalytiker, har gjort banebrytende forskning omkring dannelsen og funksjonen av det indre Gudsbildet, beskrevet i boken «The Birth of the Living God». En sentral hypotese er at mennesker danner et indre Gudsbilde, en psykisk Gudsrepresentasjon, som formes av tidlige erfaringer i relasjoner til mor og far eller andre viktige omsorgspersoner. Rizzuto er inspirert av den britiske objektrelasjonsteoretiker David Winnicott som så en sammenheng mellom barnets overgangsobjekt til trøst i separasjons-individuasjonsfasen og evnen til lek og kulturell utfoldelse gjennom musikk, kunst og religion senere i livet. Det religiøse liv lokaliseres i overgangsområdet mellom indre og ytre virkelighet, et hvilested i kampen for å holde indre og ytre virkelighet fra hverandre og likevel relatert.

Gudsbildet og troen kan man senere ta avstand fra, men den Gud man har tatt avstand fra kan fortsatt utøve psykologisk innflytelse. Enten en tror eller ikke tror på Gud, kan det indre gudsbildet påvirke selvbildet. Sterke positive eller negative affekter kan være knyttet til Gudsbildet og foreldrebildene og ligge bundet i indre «script» som aktiveres i møtet med viktige følelsesmessige og eksistensielle erfaringer senere i livet.

Psykiatriens oppgave er ikke å ta stilling til sannhetsinnholdet i religiøse trossystemer. Det faglig relevante spørsmålet er hvilken psykologisk og sosial funksjon religionen har, enten som meningsbærende ressurs for mestring og tilpas-

og ikke en ressurs...

ning, eller som medvirkende og vedlikeholdende årsak til personlig problematikk og utvikling av symptomer på sykdom.

Det ovennevnte er en del av den teoretiske bakgrunn for utviklingen av Vita-modellen – en gruppeterapeutisk modell – utviklet av psykolog Gry Stålsett Follesø, psykiater Arne Austad og professor i religionsvitenskap Leif Gunnar Engedahl. Intensjonen har vært å organisere en behandlingsmodell som kan initiere endringer i relasjonelle holdninger og bidra til endring av fikserte indre foreldre- og Gudsrepresentasjoner for å styrke selv-representasjonen. Dette ut ifra hypotesen om at terapeutisk endring av viktige objektrelasjoner, inkludert Gudsrelasjon og Gudsilde kan gi bedre selvfølelse, bedring av psykisk helse og sunnere tro, med reduserte symptomer og tilfriskning som konsekvens.

Rammer og inntakskriterier

Rammene for behandlingen er en lukket gruppe for 8 pasienter som er innlagt i 12 uker til strukturert fokusert dagbehandling. De bor på et internat nær sykehuset hvor husfelleskapet er selvbærende, uten kvelds- eller nattpersonale, bare med tilgang til sykepleiervakt i nødssituasjoner. Pasientene er selektert ut fra den vanlige søknadsmassen til Modum Bad der hovedtyngden ligger på langvarige depresjoner, angstlidelser og personlighetsforstyrrelser.

Før inntak i gruppe innkalles alle som ved søknad fra lege/psykolog eller annen terapeut, samt egen søknad, synes aktuelle, til et 2–3 dagers forvern. I løpet av disse dagene foretar vi et omfattende klinisk intervju inkludert livs- og troshistorie og strukturerte, kliniske intervjuer. Disse dagene gir oss og pasienten en indikasjon på om tilbudet er aktuelt ut fra de inntakskriteriene som gjelder. Kriteriene er et definert eksistensielt/religiøst livstema, en moderat symptombelastning, tilstrekkelig jeg-styrke til å klare følelsesaktiverende behandling uten å ty til regresjon eller utagering og motivasjon og egnethet for gruppebehandling og psykoterapeutisk behandling. Ett år etter oppholdet innkalles alle til en ukes etterundersøkelse, noe som gir oss mulighet til å samle erfaringer og evaluere behandlingsmodellen.

Narrativ/eksistensiell terapi

Den narrative, eksistensielle og psykodynamiske tilnærmingen ligger som en grunnstrøm i det daglige arbeidet. De daglige gruppesamlingene har forskjellig fokus, men med en overlappende funksjon.

Det narrative/eksistensielle element trekkes inn rent praktisk gjennom gruppesamling en gang i uka der fokus er rettet inn mot å dele livshistorie, og religiøse og eksistensielle temaer får sin naturlige plass. For mange er bare det å fortelle fra eget liv en stor terskel å gå over. Alle i gruppa har ca 10 min. til å fortelle en historie fra eget liv som er aktuell for dem akkurat nå. Det narrative aspekt vektlegger «nøkkelfortellinger» som er knyttet til ens selvforståelse, også til ens depresjon eller angst; nøkkelfortellinger om de nære relasjoner, episoder med mor og far etc. som er med på å fargelegge de indre objektrepresentasjonene.

Å kunne fortelle sin historie slik den selv ble opplevd, er en støtte til en persons opplevelse av eget liv, å bli kjent med eget liv og «tre fram» med dette egne livet. Det gir hjelp til å vedkjenne seg sitt liv, det meningsløse, det meningsbærende, det tillitsfulle, det hjemløse, det fullbyrdede og det tomme, det oppreiste – og det skamfulle, det frie og ansvarlige – og det bundne og selvutslettende, der jeg sviktet eller der andre sviktet. Det handler også om å få et annet forhold til det som har skjedd, få en egen posisjon i forhold til sine egne erfaringer og se mer av hvilke erfaringer og personer som har formet ens liv. I neste instans er dette viktig for å kunne leve livet som sitt eget og bli møtt på det, også som en hjelp til å skape mening.

Det narrative/eksistensielle element trekkes i tillegg inn på forskjellige måter:

Undervisning om livshistorien i 3 bolker à 2 timer fordelt på hele oppholdet der første del fokuserer på livshistorien ut fra en mer generell tilnærming: mitt liv i et større kulturelt, sosiologisk, også religionssosiologisk, og historisk perspektiv, mitt liv i lys av de nære relasjoner og familieperspektiv og tilslutt mitt liv som sentrum i min egen livserfaring. I andre del ligger fokus mer mot å se mitt eget livs historie innenfor områdene «det oppreiste livet»,

«det istykkerrevne livet», «det ulevde liv» og «det tapte liv». I den tredje undervisningsbolken fokuseres livshistorien i lys av de eksistensielle grunntemaene mening, tillit, døden, skylden, skammen og friheten. I etterkant av hver del av undervisningen skrives egen livshistorie som en hjelp til selv å forme, reformulere, og rekonstruere ens egen fortelling.

Dessuten brukes loggbok aktivt under behandlingen som en hjelp til å formulere og huske følelser og tanker – eksistensiell smerte og emosjonelle reaksjoner som jo ofte dukker opp på kveld og natt, for å kunne ta dem fram når dagen igjen gryr. Dermed hindres en «følelsesmessig lekkasje» som går utenom den aktive terapien og gir en større mulighet for å etterspore endringer i pasientens egen forståelse av sin historie og gir han/henne hjelp til å se nye sammenhenger, ny mening og nye mål for livet videre.

Den eksistensielle tilnærming bringes også inn ved at hver uke avsluttes med en gruppesamling med oppsummering av, og hjelp til å få et «fugle»-perspektiv på hvilke eksistensielle temaer som har vært i fokus for den enkelte sist uke.

Gruppeterapi

Oppholdet gir viktige fellesskapserfaringer med aktivisering av karakteristiske samspillmønstre som også bearbejdes i terapien. To dager i uken er det dynamisk gruppeterapi med mulighet for å arbeide med her-og-nå interaksjoner i gruppa og overføringer som aktiviseres både i samspillet med de andre innenfor internatmodellen og i forholdet til oss som terapeuter.

Billedterapi

En til to ganger i uka er det billedterapi i gruppe. Dette blir brukt som en proaktiv metode for å uttrykke religiøst og eksistensielt stoff i symbolsk og kreativ form. Etter mønstre av den amerikanske psykoanalytiker Ana-Maria Rizzuto blir pasientene tre ganger bedt om å tegne seg selv, sine foreldre og sitt bilde av Gud for å få tak i viktige dynamiske sammenhenger mellom selvbilde, foreldrebilder og Guds-bilde. Dette gir viktig informasjon om hvordan pasientens subjektive foreldre- og Guds-bilde er formet og hvilken psykisk funksjon det har. Vi ser at billedterapien for de fleste er veldig følelsesaktiverende og bidrar både til å aktivisere underbevisste følelser og tanker og er en hjelp til å uttrykke og bevisstgjøre allerede bevisste følelser og indre opplevelser. Innenfor gruppetiden brukes den første halve timen til eget bilde og den resterende timen til å dele bildet og opplevelsen med de andre – også for å åpne for tilbakemeldinger fra de andres opplevelse av bildet, noe som bidrar til speiling og ny innsikt.

Bevissthet omkring følelser og deres betydning er en viktig del av behandlingen. Tre ganger under oppholdet er det undervisning om terapikulturen (den undersøkende kultur), følelser og «følelsenes historie» for å bevisstgjøre den enkelte og bidra til en større årvåkenhet og forståelse for egne følelsesmessige reaksjoner. Spesielt viktig synes undervisningen om skam og egen skamfølelse i avgrensning mot skyld og dårlig samvittighet, å være.

Affektbevissthetsintervju gjennomføres ved innkomst og ved avslutning av oppholdet og viser seg ofte for pasientene å bidra til en øket bevissthet omkring følelsene interesse/iver, glede, redsel/engstelse, irritasjon/sinne, sjenanse/skamfølelse, fortvilelse/tristhet, misunnelse/sjalusi, dårlig samvittighet/skyldfølelse, ømhet/nærhet/hengivenhet og de forandringene som har skjedd i løpet av oppholdet.

Etter ca 4 og 8 uker deltar pasientene aktivt i evalueringen av egen og andres terapiprosess i form av evalueringsmøter der hele gruppa og alle i teamet deltar.

For øvrig begynner hver dag med en stille stund med lesing av en eksistensiell tekst som hjelp til indre samling, og dagene avsluttes med oppsummerende følelsesmessig status eller «værmelding» og etterfølgende avspenning. Fysisk trening i form av trim, lek og turer inngår som en viktig del av behandlingen, og hver pasient får ukentlig en times individualterapi. Mot slutten av oppholdet gis det tilbud om samtaler med prest/sjelesørger. Ca 80% av de som er innlagt benytter seg av dette tilbudet.

Resultater

I og med at dette er en ny, integrert behandlingsform som så vidt vi vet ikke eksisterer andre steder, har det helt fra begynnelsen av vært nødvendig å dokumentere hva som blir gjort og resultatene av behandlingen. Arbeidet er i gang med å analysere resultatene for de gruppene (5 av 9) som har vært inne til ett års etterundersøkelse, til sammen 56 personer.

Gjennomsnittlig alder var 43 år, jevnt fordelt på kvinner og menn der 20% hadde avsluttet grunnskole, 43% hadde videregående skole og de resterende hadde høyere utdanning. 75% av pasientene hadde gått i poliklinisk behandling, 15% hadde vært innlagt psykiatrisk sykehus tidligere og resten ble innlagt hos oss uten forutgående terapierfaring.

Hva gjelder arbeidsevne var 68% sykmeldt og 8% hadde uføretrygd ved forvernssamtalen, mens ett år etter oppholdet var 90% i betalt arbeid. Av de som ikke var i arbeid var det 3% som fortsatt var uføretrygdet.

Før behandlingen startet brukte 77% av pasientene medisin, fordelt på antidepressiva (35%), anxiolytika (25%) og analgetika (15%). Dette var redusert til totalt 22% (antidepressiva 5%, anxiolytika 5% og analgetika 10%) ved oppfølgingen året etter.

Alle pasientene fylte ved forvern, innkrivning, utskrivning og ettervern ut mange skjemaer som er og vil bli ytterligere analysert. Så langt viser resultatene at pasientene ble mer selv-representerende i løpet av oppholdet og at denne bedringen holder seg, og til og med styrkes ytterligere i det påfølgende år. Samtidig finner vi en parallell reduksjon i symptomscore (bruk av SCL-90, BDI og IIP) til sub-klinisk nivå.

SCL 90 er et selvutfyllende skåringsskjema med 90 items som gjenspeiler primær-symptomene hos en poliklinisk pasientpopulasjon. Det er velegnet for screening og evaluering av behandlingsresultater og viser signifikant bedring på samtlige subskalaer med mest markant bedring av somatisering, tvang, mellompersonlig overfølsomhet, depresjon og tilleggsskalaer (søvn- og spisevansker).

Becks Depression Inventory (BDI) (et objektivi mål på depresjonens dybde uavhengig av type depresjon eller etiologi) viser bedring fra moderat depresjon til subkliniske verdier.

IIP-måleinstrument for mellommenneskelige forhold ble benyttet i en ny 48 item versjon utviklet på grunnlag av IIP – Inventory of Interpersonal Problems med 127 items viser signifikant endring på dimensjonene selvhevdelse og sosial evne og nær signifikant reduksjon av mellommenneskelig overfølsomhet.

Det ser ut som om det skjer en endring i relasjonelle mønstre, spesielt hva gjelder det å være oversamvittighetsfull, hvilket korrelerer signifikant med en redusert depresjonscore på BDI. På andre interrelasjonelle dimensjoner ble det også registrert en bedring i løpet av det etterfølgende året.

Oppsummering

Selv om intensjonen i programmet ikke henvender seg direkte til det kognitive eller direkte til troens innhold for den enkelte, men heller ønsker å bidra til øke pasientens egen bevissthet om seg selv, sine egne muligheter for eksistensielle valg og få hjelp til et meta-perspektiv på sitt eget liv, synes effekten å være en bedring av depresjonen. Ut i fra materialet som foreligger er det også interessant å se at en behandling som retter seg mot eksistensielle temaer og den indre organisering av objektreelasjoner inkludert Guds



ILLUSTRASJONSFOTO

bilde, både gir mange en vedvarende symptomreduksjon og bedring av relasjonelle og personlige problemer.

Vi tror dette er et viktig supplement i til det etablerte psykiatriske tilbudet her i landet. Det kan være et sted å henvise til også for en allmennpraktiker som møter disse temaene hos mange pasienter. De grunnleggende eksistensielle spørsmål tror jeg er viktigere for flere enn vi i første omgang tror – og minst like viktige for oss i en travelt hverdag som fort kan slukes opp og tappe oss for livsmot dersom vi ikke velger å gi rom for egen refleksjon og bevisstgjøring av eget liv.

Litteratur:

- White M., Epston D.: Narrative Means to Therapeutic Ends
NY: W.W.Norton 1990
Rizzuto, A.-M.: The Birth of the Living God, The University of Chicago Press 1979