



Traumatiske oplevelser kommer ofte i skyggen af en skizofreni-diagnose. Mange kan gå igennem et helt behandlingsforløb i psykiatrien uden at disse bliver talt om eller bearbejdet.

PLADS TIL TRAUMERNE

Det, der fylder mest er, at jeg ikke kan holde ud at være sammen med min kæreste; det minder mig om overgrebene, og jeg føler mig helt tom. Det er det værste, for så føler jeg mig nul værd. *(Kvinde, 28 år, diagnosticeret med skizofreni)*

Mennesker med skizofreni har ofte oplevet en række traumer, og mange går med ubehandlede reaktioner svarende til en PTSD (Bentall et al., 2014). For kvinden ovenfor er det dette, der står mest i vejen for et godt liv – ikke nødvendigvis psykoselidelsen. Det kan være tale mobning, omsorgssvigt eller fysiske og seksuelle overgreb. Mange beskriver også traumatiske reaktioner på det at have gennemgået en psykose eller indlæggelsen på den lukkede.

Selv om man ikke kan drage klare konklusioner om kausalitet, tyder meget på, at traumatiske oplevelser for mange er en medvirkende årsag til psykose (Varese et al., 2012). Traume-symptomer forårsager stor psykologisk belastning og påvirker det generelle funktionsniveau i negativ retning.

Der er meget lidt viden om, hvordan man bedst kan behandle traumer og PTSD hos mennesker med psykose, og mange behandlere holder sig tilbage af frygt for at forstyrre en stabil tilstand (Read, Hammersley, & Rudegeair, 2007). Forskning viser dog, at ubearbejdede traumer i sig selv er en stressfaktor, der forværrer de psykotiske symptomer og øger risikoen for tilbagefald.

Oplevelsesmæssig undgåelse

En række psykologiske tilgange har vist sig effektive i at reducere PTSD, især eksponeringsbaseret terapi (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2008), der ofte anbefales som førstevalg. En række udfordringer, fx stor dropout, betyder imidlertid, at mange ikke får gavn af behandlingen. Disse bliver yderligere forstærket, når man vil anvende metoderne til personer med psykose.

Acceptance and Commitment Therapy, ACT, kan være et godt

supplement til eksisterende metoder. ACT kan både understøtte en eksponeringsbaseret terapi og er generelt en god ramme for at arbejde med spørgsmålet: Hvilket liv skal man leve, efter at trauma-symptomerne er blevet mindre påtrængende? I det følgende vil jeg beskrive ACT med baggrund i den trans-diagnostiske model (Hayes 1999), samt modeller specifikt udviklet for psykose (Morris, Johns, & Oliver, 2013) og PTSD (Walser & Hayes, 2006).

Ifølge ACT er oplevelsesmæssig undgåelse – dvs. manglende villighed til at opleve fx tanker, følelser, erindringer, trang eller kropslige fornemmelser – et omdrejningspunkt i al psykisk lidelse. Man indgår derfor i handlinger, der sigter på at reducere, bedøve eller blive kvit disse oplevelser.

PTSD kan siges at være et resultat af gennemgribende forsøg på at undgå traumarelaterede tanker, følelser og minder. Resultatet er på længere sigt, at personens livsrum skrumper ind. De situationer, der skal undgås, bliver flere og flere. De uønskede tanker, følelser og kropslige fornemmelser bliver mere og mere overvældende, og evnen til at komme i kontakt med nuet og nyde livet bliver til sidst minimal.

Symptomerne er ikke problemet

Målet med ACT er at fremme et meningsfuldt, værdibaseret og vitalt liv, mens man accepterer de ubehagelige tanker og følelser, der følger med. Med accept menes ikke at godtage, at man er blevet behandlet dårligt, eller bare passivt se til problemer

>



Det, der fylder mest er, at jeg ikke kan holde ud at være sammen med min kæreste; det minder mig om overgrebene, og jeg føler mig helt tom.



> uden at handle, men derimod at kunne ”åbne sig for”, ”give plads til” eller ”være med” ubehagelige tanker og følelser i stedet for at kæmpe imod dem, forsøge at ændre dem eller flygte fra dem. Se dem som det, de er: tanker og følelser – og ikke det, de udgiver sig for at være. Og hele tiden med fokus på at bevæge sig i retning af det, der er vigtigt for én.

Rationalet er, at ens forsøg på at kontrollere eller undertrykke ubehagelige tanker og følelser typisk får den modsatte effekt – det forstærker det og giver det mere indflydelse, hvilket er fundet i mange eksperimentelle studier (Wenzlaff & Wegner, 2000). ”If you don’t want it, you got it” er en populær metafor i ACT.

Nogle gange virker denne strategi på kort sigt; det at undgå steder, mennesker og generelt temaer, der får en til at tænke på den traumatiske hændelse, reducerer umiddelbart angsten. På længere sigt forstærker den angsten og indebærer en større og større reduktion af ens sociale liv. Centralt i ACT er derfor, at det ikke er angsten eller de specifikke symptomer, der er problemet, men ens forsøg på at håndtere den – gennem ”kontrol-agendaen”.

Længere perioder med psykiske vanskelighe-

der medfører ofte at man mister kontakt med det der er meningsfuldt i ens liv. Det kan være, fordi symptomerne har fyldt det hele, at man har været isoleret i længere tid, eller man har lukket af for drømme og mål for at beskytte sig mod nederlag. Der er yderligere udfordringer i selve skizofreni-lidelsen i form af manglende drive, energi og lystfølelse (”negative symptomer”), kognitive vanskeligheder, forstyrret selvoplevelse, samt en oplevelse af stigmatisering. Det udgør således en vigtig del af terapien at komme i kontakt med oplevelsen af vitalitet – eller det, der gør livet meningsfuldt igen.

Følelsen af at være i stykker

Mange, der har oplevet traumer, kæmper med en grundlæggende oplevelse af at være ødelagt og forkerte på den ene eller anden måde. Kvinden nævnt i artiklens begyndelse oplevede, at de seksuelle overgreb, hun var blevet udsat for, havde gjort hendes seksualitet forkrøbet, og at hun aldrig kom til at kunne sætte pris på intimitet igen.

De fleste kommer til terapi med et ønske om at kunne glemme traumet, skære det væk fra deres liv. De ønsker at kunne stoppe og tænke på det og være fri for tanker om og billeder af det. Mange har opgivet vigtige dele af deres liv i forsøg på at opnå dette. Kvinden undgik således at være i rum med mænd eller bringe sig i situationer, hvor mænd kunne komme. Det afskar hende imidlertid både fra arbejde og sociale sammenkomster.

Ofte har patienterne oplevelsen af, at de må fjerne de ubehage-

lige tanker, følelser og kropslige fornemmelser for at blive hele mennesker; først derefter kan de begynde at leve livet igen eller få livet tilbage. ACT tager udgangspunkt i, at personen allerede er hel, og forsøger i terapien at formidle dette på en oplevelsesbaseret måde. Dette gøres bl.a. gennem mindfulness- og defusionsøvelser, hvor formålet er at komme i kontakt med den ”observerende del af selv”; den stabile, trygge og konstante position, hvorfra historien og de skiftende tanker, følelser og kropstilstande kan observeres uden at opleves som værende den, man er, eller det, der definerer én.

For nogle personer med skizofreni – især ved mange psykotiske symptomer og kognitive vanskeligheder – kan ACT-metoderne med fordel modificeres. Fx anbefales mindre abstrakte metaforer, mere struktur og kortere mindfulness-øvelser (se Chadwick, Taylor, & Abba, 2005).

Generelt kan man sige, at både ved psykose og traumer er den terapeutiske relation meget vigtig. Man bruger derfor typisk de to første sessioner på at få overblik over patienternes historie og samtidig bygge en god relation gennem empati, medfølelse og validering. Samtalerne foregår i en tryk og støttende atmosfære med masser af positive feedback, validering af den smerte, de har, og af vanskelighederne ved at lave forandringer i sit liv. Det er også vigtigt at beskrive rationalet for de teknikker, man bruger, monitorere responsen samt være opmærksom på og arbejde med dissociation.

ACT ved psykose og PTSD

Der er efterhånden en række studier, der peger på, at kontekstuelle metoder som ACT både er virksomme og gavner personer med psykose. En længere gennemgang ligger uden for denne artikels rammer, så jeg vil blot fremhæve nogle få, der kan vise bredden.

Khoury et al. (2013) sammensatte en intervention bestående af mindfulness, medfølelse og accept og fandt, at dette øgede selvregulering og reducerede affektive symptomer. Den samme gruppe fandt også i en meta-analyse moderate effekt-størrelser for mindfulness-interventioner ved psykose (Khoury, Lecomte, Gaudiano, & Paquin, 2013). Bach og Hayes (2002) fandt i et RCT-design, at en korttids ACT-intervention reducerede antal genindlæggelser til det halve af, hvad der blev fundet hos kontrolgruppen. ACT-gruppen havde stadig færre genindlæggelser ved et års opfølgning (Bach, Hayes, & Gallop, 2012).

Der er i skrivende stund ikke data fra RCT-undersøgelser for ACT og PTSD, men studier er i gang, og der er en række mindre studier, som er meget lovende (fx Batten & Hayes, 2005).

I 1990'erne fik psykoterapi ved psykose en renæssance gennem en række nye teorier, metoder og ikke mindst empiriske studier, de fleste med udgangspunkt i CBT. Der har inden for videnskabelige kredse på det sidste været en diskussion om, hvorvidt CBT for psykose er ”oversolgt”, og at den ikke kan bære den popularitet, den har fået. Uden at gå for meget ind i den debat (se fx McKenna & Kingdon, 2014) er der stadig gode grunde til at være optimistisk. CBT er i stor udvikling, og der er en række nye og spændende teorier og metoder.

ACT er en af disse, der sammen med andre kontekstuelle psy-

koterapier, såsom Person-Centered Cognitive Therapy (PCBT) og Metacognitive Therapy (MCT), viser en hurtigt voksende og inspirerende tilgang til psykosebehandling og recovery. ■

Jens Einar Jansen, specialist i psykoterapi, ph.d.
Region Sjællands Psykiatri, Roskilde

REFERENCER

- Bach, P., & Hayes, S.C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-1139. doi:10.1037//0022-006X.70.5.1129.
- Bach, P., Hayes, S.C., & Gallop, R. (2012). Long-term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification, 36*(2), 165-81. doi:10.1177/0145445511427193.
- Batten, S.V., & Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies, 4*(3), 246-262. doi:10.1177/1534650103259689.
- Bentall, R.P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., & Read, J. (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi:10.1007/s00127-014-0914-0.
- Chadwick, P., Taylor, K.N., & Abba, N. (2005). Mindfulness Groups for People with Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33*(3), 351-359. doi:10.1017/S1352465805002158.
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G., & Nicole, L. (2013). Third-wave strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*. doi:10.1111/eip.12095.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research, 150*(1), 176-84. doi:10.1016/j.schres.2013.07.055.
- McKenna, P., & Kingdon, D. (2014). Has cognitive behavioural therapy for psychosis been oversold? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 348(March), g2295. doi:10.1136/bmj.g2295.
- Morris, E., Johns, L., & Oliver, J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*. (E.M.J. Morris, L.C. Johns, & J.E. Oliver, Eds.) (p. 304). Oxford: John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118499184.
- Read, J., Hammersley, P., & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment, 13*(2), 101-110. doi:10.1192/apt.bp.106.002840.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveer, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661-71. doi:10.1093/schbul/sbs050.
- Walser, R.D., & Hayes, S.C. (2006). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. In V.M. Follette & J.I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (2nd ed., pp. 146-172). NY: Guilford Press.
- Wenzlaff, R.M., & Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.59.