Om å ta vare på våre følelser, ønsker og behov med visdom og kjærlighet.

Hvordan kan vi leve sunne, gode og meningsfulle liv til glede for oss alle?

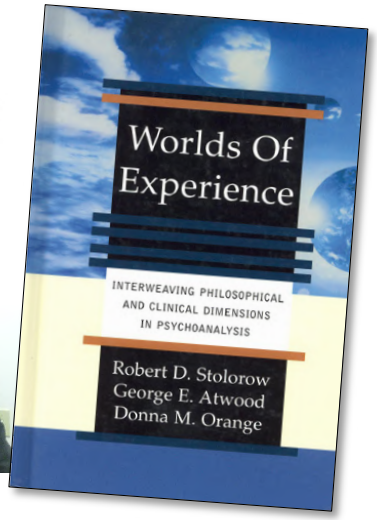
Psykologspesialist Andreas Aamodt ☺
DPS Solvang ved Sørlandet sykehus HF og
Institutt for Affektteori og Psykoterapi (IATP).
I samarbeid med erfaringskonsulent "Frøya"

Trauma, Dissociation and Psychosis
INTERNATIONAL CONFERENCE
Kilden Performing Arts Centre
KRISTIANSAND May 30 – June 1 2017

(Et traumebevisst perspektiv
med mye Solskinnspsykologi,
Andreas Aamodt ☺ 2017-20)

Om å fokusere på følelser, ønsker og behov i psykologi

Silvan S. Tomkins & Jon T. Monsen
Affekt Script Psykologi Affektbevissthet



Det er et stort og positivt fokus på dette innen faglig anerkjente kunnskaps- og evidensbaserte behandlingsmetoder for psykiske lidelser, samt i selvutviklingsmetoder som gir helse og livskvalitet

Se senere plansjer og referanser til behandlingsmetoder for mer om dette!

I mange år gikk Cecilie Eriksen inn og ut av psykiatriske sykehus, med diagnosen alvorlig personlighetsforstyrrelse og flere selvmordsforsøk. Terapien hos psykolog Andreas Aamodt gjorde at hun til slutt ble frisk – men det tok tid.
FOTO: REIDAR KOLLSTAD

Blir folk egentlig friskere av å gå i psykoterapi – og hvor lenge må man holde på for å få effekt?

De sykeste får mest ut av terapi

PSYKISK HELSE

LENE SKOGSTRØM

Forskerne har fulgt 370 pasienter gjennom behandlingen. De dårligste pasientene hadde best resultat av psykoterapi, viser resultatene.

Psykoterapi? Er det ikke like virkningsfullt å ta noen gode samtaler med en nær venn? Kritiske røster har i årenes løp sådd tvil om psykoterapi som behandlingsform. Den er dyr, og ofte langvarig. De aller fleste studier som har påvist effekt, gjelder korttidsbehandling av pasienter med lettere psykiske problemer.

Men det viser seg at nettopp pasienter med alvorlige sykdomsbilder har best nytte av psykoterapi, og endrer seg mest. Det viser tall fra et forskningsprosjekt som har pågått over flere år.

– Vi har funnet at dårlige pasienter med høyt symptomtrykk ved starten av behandlingen ble like bra etter endt behandling som pasienter med mildere symptomer. De alvorligst syke hadde med andre ord en større effekt av behandlingen – men det krevde flere terapitimer, sier Jon Trygve Monsen, professor ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo,

Pasientene som var med i prosjektet hadde hele spekteret av psykiske lidelser, med unntak av psykose og alvorlig narkotika- eller alkoholavhengighet.

Nok tid avgjørende

Det var lenge en vedtatt sannhet innenfor forskningsmiljøene at psykoterapi ikke virker for pasienter med alvorlige lidelser – som for eksempel personlighetsforstyrrelser, tunge depresjoner eller angst. Men det var før man i de senere år begynte å forske på dette.

– Vi vet at nok tid er viktig, og at terapiprosessen ikke må avsluttes for tidlig hvis man skal oppnå resultater. Noen av pasientene sluttet før behandlingen var fullført, og uten at terapeuten var enig i det. De viste minimal bedring av symptomene til tross for at mange av dem hadde hatt over 20 timer terapi, sier Monsen.

– Hva slags tilbud pasienter får ved psykiatriske poliklinikker, varierer nok sterkt. Jeg har hørt at noen klinikker har satt en strikt grense på hvor mange timer hver pasient kan få. De fleste er veldig presset, og tilbudet er underdimensjonert. Det kan nok tenkes at pasientene som ble fulgt i dette prosjektet har fått mer tid enn det som er vanlig.

Monsen mener likevel at forskningsresultatene holder mål:

– Dette er ikke kontrollerte studier som oppfyller strenge krav til måten terapien har foregått på. Men det er første gang man har fått en bred kartlegging av behandler-hverdagen i klinikkene, og hvordan det går over tid med pasientene som har fått psykoterapi.

Liten oversikt over tidsbruk

– Alle voksne pasienter innenfor psykisk helsevern får en eller annen form for psykoterapi. Men hvor mange timer de enkelte pasientene får, og hvordan dette er fordelt på diagnoser, har vi dessverre ikke full oversikt over, sier Karin Gravbrøt, seniorrådgiver i avdeling for psykisk helsevern og rus i Helsedirektoratet.

Fra og med i år har Norsk pasientregister begynt å registrere mer detaljerte aktivitetsdata for poliklinisk behandling i blant annet psykisk helsevern.

– Vi trenger studier som viser resultat av psykoterapi-behandling, og vi ser frem til en publisering av disse forskningsfunnene, sier hun.

lene@aftenposten.no

Fakta

Slik har de jobbet

- Fire forskergrupper har gått sammen om å studere «prosess og utfall i psykoterapi».
- Prosjektet omfatter åtte sentre med tilsammen 370 pasienter fordelt på 89 psykoterapeuter. Blant dem er det både psykologer, psykiatere og enkelte andre terapeuter.
- Halvparten hadde personlighetsforstyrrelser med varierende grad av symptomer.
- Pasienter med milde symptomer lå på rundt 20 timer terapi. De med middels alvorlige lidelser på rundt 50 timer, og de aller dårligste trengte fra 100–200 timer.
- 72 prosent av pasientene hadde færre enn 50 timer med terapeut.
- De fleste møtte terapeuten en til to ganger i uken.

Slik bedret symptomene seg

- Tallene viser prosentfordelingen av symptomer hos de 318 pasientene som fullførte psykoterapien, ved start og etter endt behandling (i parentes):
- Depresjoner, endringer i stemningsleie: 50 (21).
- Angst: 65 (31).
- Somatiske symptomer, smerter osv. 26 (9).
- Spiseforstyrrelser 7 (4).
- Rusproblemer 3 (2).

Les mer

Fredag kan du lese mer om forskning på hva som skjer mellom pasient og terapeut i terapirommet, og forskjellen på gode og dårlige terapiforløp.

Hun er befridd fra selvhatet

LENE SKOGSTRØM
Kristiansand

Cecilie Eriksen (36) ville sannsynligvis ha levd hele livet som en tungt medisinert, svært psykisk syk pasient. Men så traff hun psykolog Andreas Aamodt.

For Cecilie Eriksen fra Kristiansand begynte problemene da hun var 16. En stemme i hodet hennes fortalte henne uavbrutt at hun var ond. En djevel. Ikke noe verdt. For å straffe seg selv og blidgjøre stemmen, begynte hun å sulte seg.

Hun ble lagt inn ett år på sykehus for anoreksi og tvangsmatet med sonde.

– Da jeg spiste og la på meg, var jeg «frisk». Det behandlerne ikke forsto, var at stemmens makt over meg, kaoset, økte når jeg spiste. Jeg begynte med selvskading og selvmordsforsøk som 19-åring, sier Cecilie Eriksen.

Med rolig og nøktern stemme forteller hun om alle de fæle årene, med flere langvarige akutt- og tvangsinnleggelser.

– Jeg møtte flere flotte behandlere, men det ble aldri tid nok til at terapien hjalp. Og noen terapeuter gjorde dessverre tingene verre for meg. Jeg følte at de var på lag med stemmen, sier Eriksen.

Personlighetsforstyrrelse

Hun presiserer at hun aldri har vært psykotisk og hatt hallusinasjoner. Men den indre, intense stemmen var som en ekstremutgave av den vi alle kan ha iblant, som forteller at vi ikke er gode nok. Hovediagnosen hennes, borderline personlighetsforstyrrelse, går for å være vanskelig å behandle.

Men psykolog Andreas Aamodt så annerledes på det.

– De første gangene jeg traff ham, i 2000, var jeg veldig lukket. Jeg ville jo ikke at han skulle forstå hvor slem og ond jeg var. Men han ga seg ikke, og sa om igjen og om igjen: Du har rett til å leve. Du er verdt noe. Og til slutt, etter lang tid, følte jeg at han hadde gitt meg nok motargumenter til å hamle opp med stemmen, sånn at det ble balanse. Fra da av ble jeg bedre.

Øvde på å akseptere følelser

– Cecilie forsøkte å fortrenge følelsene sine, sier psykolog Andreas Aamodt. – Vi øvde på å kjenne igjen følelser som glede, redsel, skam og sinne. Og på å akseptere, forstå og uttrykke dem. Samtidig trappet hun ned på medisiner.

Eriksen forteller at det viktigste var at hun følte at Aamodt virkelig brydde seg om hvordan det gikk, og var på hennes side.

– Jeg var altfor syk til at Andreas alene kunne hjelpe meg med sin tildelte en time i uken, og det ble en bitter kamp for at jeg skulle få mer hjelp. Vendepunktet ble da Solvang DPS var villig til å gi meg en langtidsplass samtidig som jeg fikk behandling hos Andreas.

Også mens hun gikk i terapi hos Aamodt forsøkte Cecilie Eriksen å ta sitt eget liv flere ganger.

Terapi i flere år

Psykologen brukte fire-fem år på terapien med Eriksen.

– Det er kolossalt vanskelig å nå frem til pasienter som er så fulle av skyldfølelse og selvforakt, og som har store problemer med å uttrykke følelser. Man må være veldig aktiv som terapeut. Pasienter med personlighetsforstyrrelse later ofte som det går bedre enn det gjør – og terapeuten vil gjerne tro dem. Man må orke å bli med inn i deres private bunkers, der det er kaldt, mørkt og ufyselig, og gi dem lys og varme.

Han har behandlet flere pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser som Eriksen, med godt resultat.

– I en presset poliklinikkhverdag er det dessverre vanskelig å skape rom for god psykoterapeutisk behandling for personer med slike langvarige lidelser, men det har vært arbeidet mye med å styrke behandlingstilbudet til disse pasientene her ved Sørlandets sykehus. Samfunnsøkonomisk sett er det absolutt lønnsomt, sier han.

I dag er Cecilie Eriksen helt frisk, jobber i halv stilling som sekretær ved Birkelid læringssenter for innvandrere, samtidig som hun forteller om sine erfaringer som psykisk syk til skoleklasser og helsepersonell. Hun giftet seg for seks år siden og har en liten datter, Maren, på ett år.

– Hadde jeg ikke fått hjelp av en som trodde det var mulig, ville jeg fortsatt vært tungt medisinert, ute av stand til å leve et fullverdig liv, slitt med selvhatet og selvmordstankene.

Det behandlerne ikke forsto, var at stemmens makt over meg, kaoset, økte når jeg spiste
Cecilie Eriksen

Hvordan får vi psykiske lidelser?

- Jo mer problemer vi har med våre følelser, ønsker og behov, jo sykere blir vi ☹ (fysisk og psykisk)
- Teori, forskning og erfaring viser at problemer med integrering og regulering av følelser, ønsker og behov kan gi psykiske lidelser
- Følelsene kan være uklare og forårsake stress, somatiseringslidelser, angst og angstlidelser, depressive lidelser, manier, spiseforstyrrelser, personlighetsforstyrrelser, rusmisbruk, psykoser, schizofreni og mye annet
- Symptomer kan forstås som følelsesreaksjoner, og bør integreres med gode ønsker og behov ☺

«Frøyas» erfaringer med langvarige og svært alvorlige psykiske lidelser

Se senere plansjer med mer om Frøya

- Langvarige og alvorlige psykoser med bisarre vrang-forestillinger og visuelle og auditive hallusinasjoner
- Dissosiativ identitetsforstyrrelse med en rekke forskjellige identiteter. Dissosiative tilstander med sterk utagering
- Omtrent 6 års behandling i psykiatriske sengeposter
- Til fare for seg selv og andre. Tung medisinering
- Hundrevis av dokumenterte tilfeller med beltelegging og tvangsmedisinering. Sondeforing for å få ernæring
- Oppstart av traume- og affektbevisst omsorg og behandling
- Hva var egentlig problemet? Var det noen løsning å finne?
- Frøya forteller hva som viste seg å være problemet ...
- Tre år senere: Et positivt fokus på å forstå og håndtere følelser, ønsker og behov. Ingen psykiske lidelser ☺

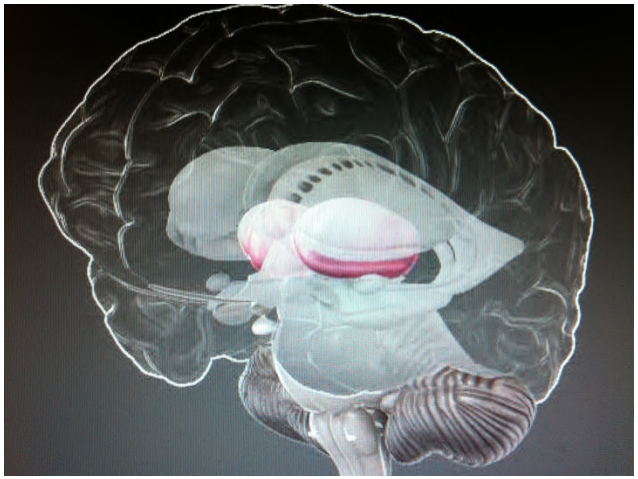
Erfaringskonsulent ”Frøya”
deler noen av sine erfaringer med hvordan hun fokuserte på å arbeide med å bli sunn og frisk. Hun sier mye klokt om psykiske lidelser, følelser, ønsker og behov basert på ekstreme erfaringer

Se de øvrige plansjene for mer om dette ☺

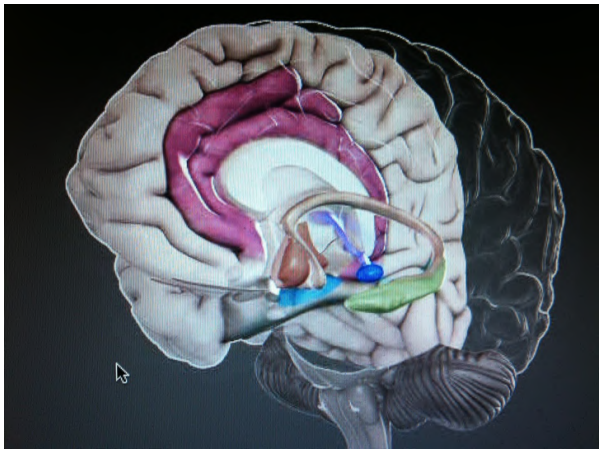
Hun brukte også flere av de tidligere plansjene under behandlingen

«Frøyas» erfaringer

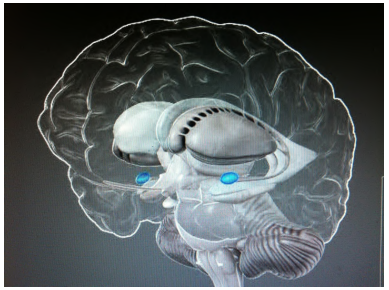
- Frøya er anonymisert i disse plansjene
- Hun bidrar på konferansen fordi hun ønsker å bringe håp og optimisme i psykisk helsearbeid
- Hun viser og forklarer hvordan det kan være mulig for mennesker med blant annet langvarige og svært alvorlige psykoser og dissosiative lidelser å bli sunne og friske ved å fokusere på å forstå og mestre følelser, ønsker og behov
- Hun sluttet med medisiner og behandling. Hun tok en god utdannelse, skaffet seg en god jobb og et godt sosialt liv ☺
- Frøya har erfart at det er svært viktig at vi lærer oss å ta vare på våre følelser, ønsker og behov for å leve gode liv
- Frøya ønsker å inspirere alle som driver med psykisk helse-arbeid til å fokusere på dette både i forhold til seg selv, og i forhold til de menneskene de vil forstå og hjelpe



Thalamus (signalsentral)



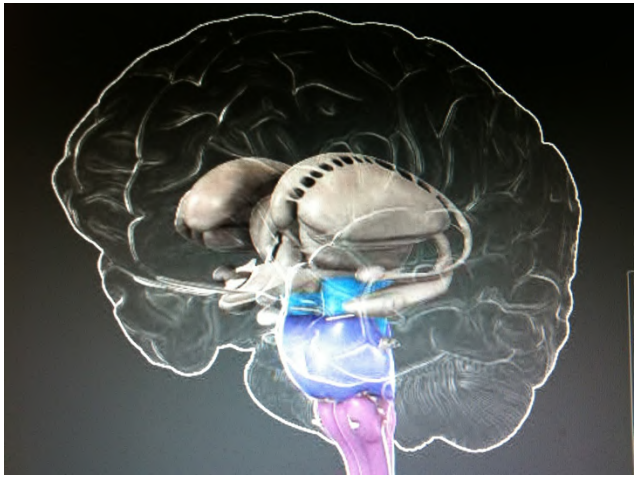
Det limbiske system
(følelser, ønsker og behov)



Amygdala (bl.a. trussel- og selvbeskyttelsesfølelser)

Hippocampus
(hukommelse med mer)

Prefrontal korteks (forståelse og mestring av følelser, ønsker og behov)



Hjernestammen
(drifter og fysiske behov)

Ordene i parantes viser til noen av funksjonene de forskjellige delene av hjernen har. Alt er her forenklet, og alt er i samspill med alt

La oss fokusere på å å forstå og mestre våre følelser, ønsker og behov

Hjernen forholder seg til følelser, ønsker og behov hele tiden

Noen få utvalgte referanser

Aamodt, A. (2005a). *Om å forstå og behandle personer med alvorlige Personlighetsforstyrrelser: Et bidrag til en behandlingsmodell med fokus på å legge merke til, akseptere, tenke over, bruke og uttrykke følelser.* Del en. Skriftlig arbeid til spesialiseringen i klinisk psykologi. Oslo: NPF.

Aamodt, A., Liverød, S., Walle, S., Tobiassen, K. & Øksendal Haaland, V. (2006). *Fra en resignert pessimisme til en godt begrunnet optimisme: Utvikling av forståelse og behandlingstilbud for personer med alvorlige personlighetsforstyrrelser og traumerelaterte psykiske lidelser.* SSHF.

Aamodt, A. (2010). *Understanding and treating people with severe mental disorders. The Affect Consciousness Model* (DVD). Philadelphia: The Tomkins Institute.

Aamodt, A (2010-16). *Traumebevisst omsorg og behandling.* Kristiansand: RVTS Sør & Sørlandet sykehus HF.

Aamodt, A. (2011b). *Forståelse og behandling av de mest alvorlig lidende og behandlingstrengende allmennpsykiatriske pasientene Sørlandet sykehus har behandlingsansvar for.* Høringsuttalelse. Kristiansand: RVTS Sør & Sørlandet sykehus HF.

Aamodt, A. (2012c). *Affektbevisst behandling.* Skriv brukt i undervisning, veiledning og behandling: Sørlandet sykehus HF

Aamodt, A. (2015). *Affect Integration, Mental Health, and Affect Conscious Psychotherapy.* The Wright Institute, Berkeley, California USA. Available PP presentation.

Aamodt, A., Monsen, J. T. & Solbakken, O. A. (2015). *Affect integration, mental health, and mental health care: A study of how affects can be experienced, managed, and expressed among patients with borderline personality disorders and a normal reference sample.* Kristiansand/ Oslo: Protocol for Proposed Doctoral Study - Sørlandet sykehus HF & Univerisitetet i Oslo.

Binder, P. E, Hjeltnes, A. & Schanche, E. (2013). *Emosjonene inntar psykoterapifeltet.* Tidsskrift for norsk psykologforening. 8, 738-739.

Covey, S. R. (1989). *The 7 habits of highly effective people.* New York: Simon & Schuster.

Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. The CBT Distinctive Features Series. London: Routledge

Gilbert, P. & Choden (2013). *Mindful Compassion. Using the power of mindfulness and compassion to transform our lives.* London: Robinson
Logg deg inn på: https://compassionatemind.co.uk/individuals for å lære mer om Paul Gilbert og medarbeideres fokus på medfølelse

Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for norsk psykologforening, 8, 759-764.*

Kelly, V. C. (2009). A primer of affect psychology. Philadelphia: The Tomkins Institute (Se www.tomkins.org for å lære mer om følelser)

Monsen, J. T., & Monsen, K. (1999). *Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkin's affect- and script theory within the framework of self psychology.* I Goldberg, A. (Red.), *Progress in self psychology, vol 15.* Hillsdale: The analytic press.

Monsen, J. T., Aamodt, A., Fosse, G. K., Hoffart, A., Øksendal Haaland, V., Tobiassen, K. M., Launes, G., Vigmostad Eriksen, C., Solbakken, O. A. & Sandvik Hansen, R. (2011). *Personlighetsforstyrrelser–langvarige psykiske lidelser: Etablering av behandlingstilbud I Aust- og Vest Agder 2012-2014*. Kristiansand og Oslo: Rådet for psykisk helse / Extrastiftelsen.

Nathanson, D. N. (1992). *Shame and pride: Affect, sex, and the birth of the self.* New York: W.W. Norton & Company.

Skogstrøm. L. (2013). De sykeste får mest ut av terapi. Oslo: *Aftenposten* 28.mai. (Artikkel om et stort psykoterapiforskningsprosjekt med forsknings-leder Monsen, erfaringskonsulent Eriksen og terapeut Aamodt): https://www.aftenposten.no/norge/i/8mBvG/De-sykeste-far-mest-ut-av-terapi

Solbakken, O. A. (2011). *Affect Integration, psychopathology, and psychotherapy: Conceptual issues, construct validity, and the prediction of change.* Oslo: Department of Psychology, University of Oslo.

Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic and philosophical reflections.* New York: The Analytic Press.

Stolorow, R. D., Atwood, G. & Orange, D. (2002). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis.* New York: Basic Books.

Tomkins, S. S. (1995). *Exploring Affect: The selected writings of Silvan. S. Tomkins.* Cambridge: Cambridge University Press.

Wilber, K., Patten, T., Leonard, A. & Morelli, M. (2008). *Integral Life Practice: A 21st- Century Blueprint for physical health, emotional balance, mental clarity, and spiritual awakening.* Boston & London: Integral Books

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practioner's guide.* New York: The Guilford Press.

Logg deg inn på www.solskinnspsykologi.no for å lære mer om alt dette ☺