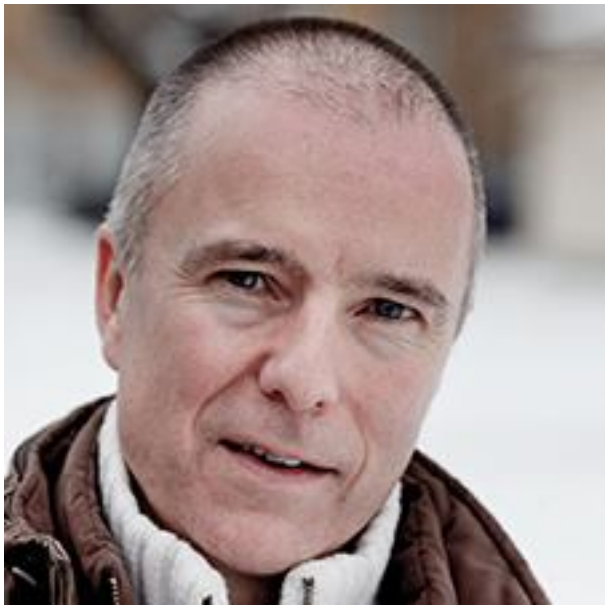


Didrik Heggdal



Hvordan skal du behandle de aller dårligste pasientene, de som er gitt opp av systemet? Hvilken rolle spiller tvangen? Didrik Heggdal har skapt en revolusjon innen psykisk helsevern i Norge, og er grunnleggeren av BET-behandlingen (Basal Eksponeringsterapi). I tillegg er han styreleder og psykologspesialist ved ACT&BET-instituttet. Han liker zombiefilmer og tørre vitser, og har et imponerende engasjement med seg. Entusiasmen hans er smittende, noe som kommer tydelig frem i dette intervjuet.

Hvem er Didrik Heggdal, og hva er din bakgrunn?

Når jeg ser på meg selv og mitt liv så har jeg nok alltid vært idealistisk, men også opprørsk. Jeg vokste opp med punken, og på mange måter er jeg vel en opprører i systemet, i psykisk helsevern. Samtidig er jeg person som egentlig liker meg best i kulissene. Det kan høres paradoksalt ut, og jeg preges nok av motsetninger. På den ene side er jeg det vi i psykologien kaller ”sensation seeking”, og på den andre liker jeg fred og ro. Jeg bor stille og landlig til ved Oslofjorden, liker å lage mat, driver med yoga og padler kajakk. For meg er dette livet en forutsetning for å jobbe i et system der det hele tiden skjer uforutsette ting, du får aldri helt oversikt, ting er aldri forutsigbart. Før du vet ordet av det er det kriser på alle kanter som du på et eller annet vis blir involvert i eller blir berørt av, og før en krise er håndtert dukker den neste opp.

Det å jobbe med så dårlige pasienter som jeg jobber med i et slikt system (men det er slik psykisk helsevern er) er mot alle odds. Det er vel der Didrik som sensation seeking kommer inn. Jeg gleder meg til å dra på jobb hver dag, og når jeg kjører til jobb er jeg spent på hvilke overraskelser som møter meg. Gjennom årene jeg har holdt på har jeg opplevd så mye rart at det er nesten ingenting som overrasker meg lenger. Og da snakker jeg ikke om pasientene, men om psykisk helsevern og hvordan slike systemer fungerer.

“*Jeg vokste opp med punken, og på mange måter er jeg vel en opprører i systemet, i psykisk helsevern*”

“*Gjennom årene jeg har holdt på har jeg opplevd så mye rart at det er nesten ingenting som overrasker meg lenger.*”

Jeg var egentlig på vei til å bli antropolog, og ikke psykolog. Men alt henger sammen, og nytteverdien av sosialantropologiske perspektiver er for meg helt uvurderlige. Jeg har nok alltid blitt tiltrukket av ”det vanskelige”, det som er umulig å få til. Det endte med at jeg ble sittende med veldig dårlige pasienter i poliklinikk. Etter hvert fant jeg ut at jeg måtte inn på lukket avdeling for å kunne jobbe systematisk med de aller mest utfordrende pasientene. Og nå har jeg vært på lukket avdeling i snart 15 år. Mange kollegaer har kommet og gått underveis.

Jeg er ikke tålmodig, tvert imot er jeg en svært utålmodig sjel. Tålmodighet er oppskrytt. Jeg har mange ganger tenkt at jeg skal slutte og begynne et annet sted. Når jeg har blitt værende der jeg er så handler det om at jeg ville støtt på de samme utfordringene uansett hvor jeg måtte sette foten. Jeg ønsker å jobbe med disse pasientene, nettopp fordi de ikke får noen systematisk og god behandling noe sted.

Hvordan er en vanlig hverdag for deg?

En vanlig hverdag er i utgangspunktet svært strukturert, men samtidig helt uforutsigbar. Vi har en fast møtestruktur med pasienter og med behandlingsteamet. Jeg har i løpet av en dag gjerne 2-4 pasientsamtaler, et behandlingsmøte eller en gruppeveiledning. Så er det inntaksmøte hvor jeg deltar. I

tillegg er jeg prosjektleder i Vestre Vikens BET-prosjekt. Dagen går fort. Totalt sett jobber jeg vel 50-60 timer i uken.

De siste årene har det vært mye reising med presentasjoner på konferanser, seminarer i andre helseforetak og implementeringsarbeid i regi av ACT&BET-Instituttet. I praksis har jeg en full klinisk jobb, samtidig som jeg er prosjektleder og har en del private oppdrag. En av mine sterke sider er nok at jeg jobber raskt og effektivt og nesten kontinuerlig er à jour med det jeg skal gjøre. Som i sjakk: jeg må tenke flere trekk fremover, og samtidig holde alternative veier åpne. Dette kan sikkert høres slitsomt ut, og kan det av og til være. Men jeg opplever aldri selve pasientarbeidet som slitsomt. Det er livet i systemet som er utfordrende, og derfor har vi i ACT&BET-Instituttet gjennom de siste to årene utviklet en implementeringsmodell, en organiseringsmetode, som kan gjøre organisasjoner innen psykisk helsevern både mer ivaretakende ovenfor medarbeidere og mer effektive. Hva som skal til er mer tydelig for meg nå, og da blir også min hverdag mer håndterlig, selv om det er aldri så travelt.

Hva er BET (Basal Eksponeringsterapi), og hvordan/hvorfor ble dette grunnlagt?

Basal Eksponeringsterapi er, som navnet sier, en form for eksponeringsterapi. ”Basal” betyr ”grunnleggende”, og det basale refererer til det vi i BET kaller ”eksistensiell katastrofeangst”. Dette er en grunnleggende form for angst som man ut fra et eksistensialistisk perspektiv kan anta at alle mennesker kan oppleve dersom visse forutsetninger er tilstede. Ordet ”basal” ble valgt fordi det også kan brukes på engelsk, og at ”BET” da blir forkortelsen både på norsk og engelsk.

“ Med min bakgrunn [...] mente jeg at ”fobi-prinsippet” kunne brukes på andre psykiske lidelser

På embedsstudiet (1987-92) lærte vi om psykoterapiforskning, og om at alle metoder var omtrent like effektive. Det var imidlertid et unntak, og det var eksponeringsterapi ved fobiske tilstander. Med min bakgrunn i antropologien, der jeg ble veldig opptatt av systemteori og kybernetikk, mente jeg at ”fobi-prinsippet” kunne brukes på andre psykiske lidelser. Altså, man kunne forklare lidelsen med at personen var redd for noe, og at eksponering for det personen frykter vil være en måte å ”gjenopprette evnen til funksjonell selvregulering”.

Helt fra starten av, også da jeg var i praksis som student, fokuserte jeg på hva pasienten var redd for og hvordan han eller hun unngikk dette fobiske ”objektet”. Jeg har hele tiden jobbet med schizofrene, bipolare, dissosiative, alvorlige personlighetsforstyrrede, ROP-pasienter osv., og det jeg oppdaget var at disse menneskene var preget av en frykt for å gå i oppløsning, falle fra hverandre, bli oppslukt av tomhet og lignende. Jeg har aldri tenkt eller sagt at dette forklarer alt, eller at dette er den riktige måten å forstå psykiske lidelser på. Unnvikelse som problemet og eksponering som løsning så for meg ut som en hensiktsmessig tilnærming for å skape bevegelse i fastlåste tilstandsbilder. Samtidig får pasienten anledning til å ”ta tilbake sitt eget liv”.

Alternativet for disse pasientene så ut til å være (over)medisinering og andre biologiske behandlingsmetoder, og for mange oppbevaring i institusjon, varig funksjonssvikt og stor fare for en tidlig død. Det var imidlertid ingen som ville høre på meg, i hvert fall var det ingen som tok det alvorlig i den forstand at de ville være med å praktisere terapi ut fra en slik forståelse og tankegang. BET-modellen ble altså utviklet gjennom 90-tallet. Jeg hadde med meg en ferdigsnekret psykoterapeutisk modell da jeg begynte på Blakstad 1. desember 1999. Det var først et stykke ut på 2000-tallet, etter at vi hadde fått et knippe av de vanskeligste og mest institusjonaliserte pasientene ut fra Blakstad, at BET begynte å bli sett på som et seriøst alternativ til annen behandling.

Vi brukte imidlertid mye tvang de første årene, men ikke som en følge av BET. De pasientene som vi behandler med BET er preget av store og alvorlige adferdsforstyrrelser. De er en av de pasientgruppene det brukes mest tvang ovenfor både i Norge og internasjonalt. I 2007 utviklet vi strategien Komplementær Ytre Regulering (KYR) og fra 2008 til 2011 avviklet vi all bruk av tvang. Noen pasienter kommer til oss på tvungent psykisk helsevern og blir en tid behandlet innenfor denne rammen. Men vi bruker ikke lenger skjerming, fysisk holding, mekaniske tvangsmidler og tvangsmedisinering. Med KYR har BET blitt komplettert som en humanistisk, eksistensialistisk forankret behandlingsmodell. Så vidt jeg vet så er det ingen andre behandlingsmodeller som i den grad har en helhetlig, integrert tilnærming gjennom 3 skift og gjennom 24 timer. Det sier seg selv at opplæring og implementering også da blir en større utfordring enn ved bruk av metoder som fokuserer på kun relasjonen mellom én pasient og én terapeut.

“ Som i sjakk: jeg må tenke flere trekk fremover, og samtidig holde alternative veier åpne

“ De er en av de pasientgruppene det brukes mest tvang ovenfor både i Norge og internasjonalt

Er ideen bak BET hentet fra internasjonal inspirasjon, og finnes det noen liknende behandling fra før?

Som jeg har nevnt tidligere er det tradisjonell kognitiv atferdsterapi ved fobier som har vært utgangspunktet for BET. Jeg kjente verken til ACT, DBT, STDP eller ISTDP før på slutten av 90-tallet. Jeg kom over Leigh McCulloughs bok Changing Character i 1999. Der brukte hun begrepet ”affektfobi” to ganger, et begrep som jeg allerede brukte om det jeg holdt på med. I STDP så jeg den samme tankegangen som jeg hadde, men dette gjorde egentlig ikke McCullough tydelig før i manualen Treating Affect Phobia fra 2003. Dessuten så står det i manualen at eksponeringsarbeid først kan foregå etter at pasientens forsvar er restrukturert og GAF-nivået er over 50. Jeg har diskutert dette med McCullough noen ganger, for vi drev jo med eksponeringsterapi med pasienter som hadde GAF langt under 30. Da jeg snakket med henne i Århus i 2007 sa hun at manualen Treating Affect Phobia nok måtte revideres. Også Allan Abbas og andre i den psykodynamiske ”leiren” behandlet pasienter med lavere GAF, vel og merke ikke med så lav GAF som de vi behandler i BET.

Utover 2000-tallet har jeg selvsagt sett paralleller i andre modeller, og BET-modellen har nok blitt noe ”mykere” etter inspirasjon fra ACT, da særlig når det gjelder fokuset på verdier, de motivasjonskreftene som ”trekker”. ACT kunne nok også blitt brukt med veldig dårlig fungerende pasienter dersom man hadde integrert ACT og KYR. Vi har forsøkt denne kombinasjonen med stort hell for pasienter som vi ikke har tatt inn i BET-programmet.

“ I BET behandler vi pasienter som er vurdert å være behandlingsresistente, de er ikke motivert for og innstilt på psykoterapi

Mange synes å tro at BET er veldig likt DBT. En eventuell likhet der tror jeg handler om hvem DBT-terapeuten er. I BET jobber vi ikke med ”skills-training”. Terapien foregår mer på det eksistensielle plan, selv om vi tidvis understøtter pasienten i bruk av ”funksjonell avledning”, dvs. bevisst valg unnvikelse, hvis dette vurderes å være nyttig i et prosessperspektiv. I BET behandler vi pasienter som er vurdert å være behandlingsresistente, de er ikke motivert for og innstilt på psykoterapi. Vi har tatt i mot pasienter som har vært i DBT-behandling, og pasientene opplever BET som helt annerledes enn DBT. Men teoretiske likheter er det.

ACT og BET har til felles at man ser ”experiential avoidance” som kjernen i pasientens problemer. Mens ACT fokuserer dette i generell forstand så er fokuset i BET på unnvikelse av et bestemt ”fobisk objekt”, eksistensiell katastrofeangst. Mens STDP fokuserer på distinkte affektfobier, som frykt for skyldfølelse og tristhet, så er målet i BET og eksponere pasienten for frykten for å føle i seg selv, altså frykten for affektiv aktivering. Denne forskjellen har med funksjonsnivå å gjøre: hos BET-pasientene er følelsene svært udifferensierte, mens pasienter som behandles med ISTDP, STDP og andre metoder som oftest har høyere affektbevissthet.

“ ACT og BET har til felles at man ser ”experiential avoidance” som kjernen i pasientens problemer

Hvordan er BET er form for Kognitiv Atferdsterapi?

BET er unektelig en kognitiv atferdsterapi i og med at det handler om unnvikelse og eksponering. Det som skiller BET fra andre CBT-modeller, også ACT, er KYR og det utviklingspsykologiske fundamentet (Dynamic Maturational-Model) vi bringer inn for å ”informere” relasjonsarbeidet og etablere arbeidsallianse med pasienter som de fleste ville si var ”uegnet for psykoterapi”.

Noen mennesker lever mesteparten av sitt liv på døgnavdelinger. Hvorfor kan BET-behandling fungere på de dårligste pasientene?

“ De er vant til at helsepersonell behandler dem; de er ikke vant til å være aktive aktører i behandling

Det handler om relasjon og arbeidsallianse. Pasientene som tas inn i BET-programmet anses av psykiatrien som ”behandlingsresistente”. Jeg vil tro at også mange psykologer vil si at disse pasientene ikke kan nyttiggjøre seg psykoterapeutisk behandling. Å etablere en terapeutisk relasjon og en reell allianse om samarbeid i behandling er selve utfordringen. Disse pasientene er belastet med psykotiske symptomer, dissosiasjon, flashbacks, osv., og ofte også problemer med konsentrasjon og hukommelse. De er vant til at helsepersonell behandler dem; de er ikke vant til å være aktive aktører i behandling.

Ved å fokusere på pasienten som menneske, på personens opplevelser, på hvordan pasienten opplever virkeligheten, seg selv og andre, er det mulig å etablere en terapeutisk relasjon. Terapeuten må møte pasienten der pasienten er, dvs. i et øde landskap der alt er mer eller mindre meningsløst, uforutsigbart og håpløst. Pasienten opplever ikke å ha noe valg, det er ingen løsninger. Det de har forsøkt gjennom livet er å flykte fra smerte, og den eneste grunnen til at de har ønsket seg til BET-programmet er at de har et bittelite håp om at det kan være mulig å endelig bli kvitt denne smerten. De fleste blir skuffet når de oppdager at løsningen er eksponering og aksept, altså det motsatte av å fjerne smerten. Det er denne prosessen som tar tid. For å si det litt eplekjekt og enkelt: når vi har etablert terapeutisk relasjon og en reell arbeidsallianse så er behandlingsprosessen plankekjøring, akkurat som eksponering for heiser og edderkopper. I realiteten er det litt mer vanskelig og turbulent, fordi motivasjonen kan svinge, og det kan også være utfordrende å i døgntbehandling gjennom 3 skift sikre at ingen følger pasienten inn i regressive prosesser.

Har du opplevd at BET ikke har fungert, og da hvorfor? Hvilke svakheter finnes ved BET?

Ja, vi har noen tilfeller der det ikke har fungert. Det handler nettopp om relasjon og arbeidsallianse. Hvis man ikke får etablert en arbeidsallianse så er ikke eksponeringsterapi mulig. Eksponering kan aldri skje med tvang, det må være pasientens valg. De pasientene som ikke har kunne nyttiggjort seg BET har enten vært gjennomgripende paranoide eller fiendtlige slik at de må beskytte seg mot alt og alle. Vi har imidlertid også erfaring med å komme gjennom slike barrierer med noen. Vi har også hatt pasienter med så begrensede intellektuelle ressurser at de ikke forstår behandlingen, dvs. hva eksponering er. Da blir forløpet mer atferdsterapeutisk preget. Det primære formålet med BET er å gjøre pasienter i stand til å profitte på behandling, altså å samarbeide aktivt med helsepersonell. Selv om vi ikke alltid får til en arbeidsallianse ift. eksponeringsterapi så har nesten alle pasienter vi har hatt gjennom programmet profittert på behandlingen i den forstand at de i større grad er i stand til å nyttiggjøre seg helsetjenester etter at de har vært igjennom BET.

“Hvis man ikke får etablert en arbeidsallianse så er ikke eksponeringsterapi mulig

Hvordan kan helsepersonell arbeide med seg selv for å stå i mot trangen til å gi omsorg ved eventuell selvskading?

“Det er dette som etter min erfaring er vanskelig for terapeuter: å være helt tilstede og helt nær et annet menneske og samtidig holde seg ”hjemme hos seg selv”

Folk er forskjellige, og det er nok ikke alle som bør jobbe med BET. For å jobbe med en metode som BET, og for så vidt med psykoterapi generelt, bør terapeuten være psykologisk fleksibel. Han eller hun må ha oversikt over sine egne greier og kunne være avgrenset og samtidig nær. Det er dette som etter min erfaring er vanskelig for terapeuter: å være helt tilstede og helt nær et annet menneske og samtidig holde seg ”hjemme hos seg selv”. Det er ikke noe i veien med å gi omsorg til et menneske som selvskader hvis personen som selvskader er tjent med det. Helsevesenets forsøk på å lindre

og ta vare på selvskaderen har imidlertid ofte en forsterkende effekt på selvskadingsatferd. Da blir kanskje ikke det som var tenkt som omsorg i konsekvensen omsorgfulle handlinger.

Hvordan foregikk implementeringen av BET på Blakstad?

Da jeg begynte på Blakstad hadde jeg BET-modellen med meg. Jeg gav meg selv to år. Hvis jeg ikke fikk iverksatt denne behandlingen så skulle jeg finne meg noe annet å gjøre. Jeg har ligget veldig lavt i terrenget, vel vitende om at man ikke bare kan komme her og komme her. BET har ikke vært noe prosjekt eller noe satsningsområde før de siste par årene. Det har vært en lang vei med systematisk og strategisk arbeid. Underveis har jeg i en periode vært sjefpsykolog og i en periode avdelingssjef. Jeg har vært en lojal medarbeider i systemet som har gjort de oppgavene jeg har blitt satt til.

Hvis jeg hadde vært innstilt på å bare jobbe med BET i et slikt system så hadde jeg nok blitt skjøvet ut for lenge siden. Så jeg har brukt 10 år på å skape rom for BET og anerkjennelse for nytteverdien av denne behandlingsmodellen. Det er først de siste 3-4 årene BET har vært et prosjekt, og at vi har fått ”satt” noen av de strukturene som må være på plass for å optimalisere behandlingseffektivitet. Neste år skal vi ”løfte” BET enda et nivå, så implementering er en kontinuerlig prosess.

“jeg har brukt 10 år på å skape rom for BET og anerkjennelse for nytteverdien av denne behandlingsmodellen

Hva er dine fremtidsplaner/drømmer? Hva gjør Didrik om 5-10 år?

Om noen år så har jeg en deltidsjobb i det offentlige og bruker mest tid på implementeringsarbeid. Høy implementeringskvalitet er nøkkelen til effektiv behandling. Jeg tror det kommer til å bli tydelig for ledere og for helsepolitikere i årene som kommer.

“

Vi har gjennom årene med implementering av BET halvert behandlingstiden

Det er ganske trist og tenke på all den kunnskapen som faktisk finnes og ikke kommer ordentlig til anvendelse. Psykisk helsevern koster samfunnet ekstremt mye, og vi kunne fått til dobbelt så mye med halvparten av de pengene som brukes i dag. Dette er en påstand som mange vil fnyse av. Vi har gjennom årene med implementering av BET halvert behandlingstiden, med effekten av KYR vi trenger 30-40 % færre personale og vi har også data på at implementering av KYR reduserer det generelle sykefraværet.

Om 5-10 år jobber jeg helt sikkert mer systematisk med forskning og skriving. Jeg skriver stadig, men det blir for fragmentarisk og mye til ”intern bruk”. Vi har grunnlagsmateriale for mange publikasjoner, men vi mangler en internasjonal artikkel på våre pilotdata. Arbeidet med å tilrettelegge for BET i systemet har tatt enormt mye tid. I årene som kommer blir det mer rom for systematisk forskningsarbeid og da også mer tid brukt på skrivearbeid.

Har du en funfact om deg selv?

Jeg liker splattermovies og zombiefilmer. Så liker jeg å repetere dårlige vitser og practical jokes så uendelig mange ganger at folk nærmest går i oppløsning. Antakelig litt av samme greia. Jeg kan være en utrolig irriterende fyr. Vet ikke om det var morsomt, men det er morsomt for meg.

“

Jeg liker splattermovies og zombiefilmer

Av Regine Åbø
Publisert 24.9.2014

Trykk her for flere intervjuer med ferdig utdannede psykologer!

Kommende arrangementer

Fant ingen arrangementer.

Kategorier

Informasjon

Fagdag erfaringer

Fagdag

Nyheter

Tilbakemeldinger?

Losjen vil gjerne høre fra deg hvis du er fornøyd, misfornøyd eller har forslag til noe vi kan arrangere - send oss en mail på psykolosjen@gmail.com!

Følg oss:





Psykolosjen på Twitter

Her kommer Tweets

Kontaktinfo & kontaktskjema

Login for styremedlemmer