**Naturvitenskapelig psykologi og terapi**

# Hjernens psykologi og

**lingvistisk hjerneterapi med fokus på schizofreni**

**Philip Dammen**

**IKON Institutt for kompetanseoppbygging**

**Målgruppene**

Boken om schizofreniens psykologi og lingvistisk hjerneterapi, LBTS er skrevet for de som ønsker å bidra til at en selv eller andre fungerer bedre enten det er psykologer og psykiatere som ønsker et vitenskapelig fundament for sitt arbeid og terapeuter som ønsker å få bedre resultater

**En takk**

En takk til Kjell for sin optimisme og usvikelige støtte og til både Kjell og Jan for sjeldent livlige og viktige samtaler, til Alexander for stadige spørsmål til pappa om naturvitenskapelig psykologi og terapi, til Rie for sin evne til alltid å inspi- rere med sin kunst og til Karl Oscar for interesse og sin evne til å lytte.

ISBN-nummer: 978-82-92977-17-0

Utgiver: IKON institutt for kompetanseoppbygging Utgivelsesår: 2024 1. utgave

Redaksjonelt: IKON, Bokarbeid.no Ombrekking: IKON

E-post: [philipdammen4@gmail.com](mailto:philipdammen4@gmail.com) Cover: IKON

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverklovens bestemmelser. Uten særskilt avtale med rettighetshaverne er enhver kopiering og tilgjenge- liggjøring bare tillatt når det er hjemlet i lov eller tillatt gjennom avtale med Kopinor. Boken kan bestilles her: [philipdammen4@gmail.com](mailto:philipdammen4@gmail.com)

##### Forord

Dette er en bok om hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi anvendt på schi- zofreni. Den beskriver hvordan schizofrene plager er bygget opp mentalt og hvordan man kan behandle schizofreni med vitenskapelig sikkerhet. Bakgrunnen for denne boken er funn fra min forskning på psykiske plager og på behandling som viser hvor- dan psykiske plager er bygget opp mentalt, hva som skjer mentalt når det oppstår psy- kiske endringer som følge av behandling og hvordan man forutsigbart kan behandle psykiske plager, inkludert schizofreni. Noe av motivasjonen bak boken er at den, ved å formidle kunnskap om hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi kan bidra til å løse psykiatriens og psykologiens vitenskapelige og terapeutiske utfordringer i for- bindelse med forskning på og behandling av psykiske plager, inkludert schizofreni. Dette er en utfordringer som har eksistert i mer enn 150 år og som er løst gjennom kunnskap om hjernens psykologi.

##### Gjentakelser

Bøkene *Hjernens psykolog*i og *Lingvistisk hjerneterap*i inneholder gjentakelser. Be- grunnelsen er at hvert kapittel skal kunne leses med utbytte uten at man må lese de øvrige kapitlene. Samtidig skal hvert kapittel belyse hovedtemaet som dreier seg om hvordan schizofreni er bygget opp mentalt og hvordan man kan behandle symptomer forutsigbart og kontrollerbart. Bøkene er også ment å fungere som lærebøker, noe som forutsetter dyp kunnskap om hjernens psykologi, noe gjentakelsene kan bidra til.

[Del 1. Introduksjon 9](#_TOC_250024)

**Innhold**

Kapittel 1 Introduksjon 9

Kapittel 2 Påvirkninger fra terapeutiske tradisjoner 17

Kapittel 3 Terapeutiske erfaringer som bakgrunn 26

Kapittel 4 Psykiatriens og psykologiens mangler 33

[Del 2 37](#_TOC_250023)

Kapittel 5 Om Schizofreni 37

[Del 3 57](#_TOC_250022)

[Det teoretiske grunnlaget for hjernens psykologi og lingvistisk terapi 57](#_TOC_250021)

Kapittel 6 Nøkkelbegreper 59

Kapittel 7 Teorien om den indre og ytre empiri 62

Kapittel 8Teorien om de biopsykiske enhetene 67

Kapittel 9 Koblingsteorien for den psykiske plagen 70

Kapittel 10 Koblingsteorien for psykisk endring 73

[Kapittel 11 Teorien om øyeblikkets betydning for endring av schizofreni 76](#_TOC_250020)

[Kapittel 12 Teorien om språkets betydning for schizofreni og psykisk endring 80](#_TOC_250019)

[Kapittel 13 De fysiske og mentale strategienes betydning for den psykiske plage 92](#_TOC_250018)

Kapittel 14 Teorien om transformasjon 96

Kapittel 15 Teorien om de terapeutiske ressursene 99

[Del 4 110](#_TOC_250017)

[Nye dokumentasjonsformer 110](#_TOC_250016)

[Kapittel 17 Utvikling av kunnskap om schizofreni gjennom en logisk argumentasjon](#_TOC_250015)

. 111

[Formlene for schizofreni og psykisk endring 116](#_TOC_250014)

[Del 5 Forberedelse til lingvistisk hjerneterapi 124](#_TOC_250013)

[Kapittel 18 Hjernens psykologiske egenskaper, et utgangspunkt for utvikling av ling- vistisk hjerneterapi 124](#_TOC_250012)

[Kapittel 19. Symptomer slik de forstås i hjernens psykologi og danner utgangs- punkt for behandlingen i LBT 146](#_TOC_250011)

Del 6 Lingvistisk hjerneterapi anvendt på schizofreni, 160

LBTS 160

Kapittel 20 Introduksjon av lingvistisk hjerneterapi 161

[Kapittel 21 Den hjernepsykologiske forståelsen for psykisk endring 172](#_TOC_250010)

Kapittel 22 Trekk ved lingvistisk hjerneterapi 184

[Kapittel 23 Utredning i LBT. og kritikk av de diagnostiske systemene 201](#_TOC_250009)

Kapittel 24 Språkets betydning for psykisk endring 207

Kapittel 25 Etikk, psykisk smerte og behandling 214

Kapittel 27 Behandlingsprosessen 225

Kapittel 28 Behandlingenes varighet 249

Kapittel 29 Signaler på endring 258

Kapittel 30 Råd som vil gjøre det lettere å lykkes 261

Kapittel 31 Glimt fra Enkelte endringsprosesser 266

[Kapittel 32 Faktorer som påvirker behandlingens resultater 294](#_TOC_250008)

Kapittel 33 Endringsstrategier 315

Kapittel 34 Endringsformer 326

[Metoder 328](#_TOC_250007)

Kapittel 35 Dybdekartlegging 328

Kapittel 36 Den direkte utsagnsmetoden 340

Kapittel 37 Intervensjonskartlegging 372

Kapittel 38Transformasjon 376

Kapittel 39 Følelsestegning 376

Kapittel 40 Skalering som kartleggings- og endringsmetode 382

Kapittel 41 Fantastiske fantasier 386

Kapittel 42 Behandling uten informasjon 390

Kapittel 43 Den logiske og den motsatte metode 405

Kapittel 44 Metoder for avgrensede utfordringer 406

[**VURDERINGER AV METAFORSKNINGEN, FORENKLINGER, SAMMEN- DRAG OG SPØRSMÅ**L 416](#_TOC_250006)

Kapittel 45 Vurderinger av metaforskningen 417

[Kapittel 46: Forenklinger 420](#_TOC_250005)

[Kapittel 47 Forskjeller mellom psykiatrien og hjernepsykologien 422](#_TOC_250004)

[Kapittel 48: Spørsmål og svar 434](#_TOC_250003)

[Kapittel 48 Begreper som illustrerer den hjernepsykologiske forståelse 440](#_TOC_250002)

[Etterord 487](#_TOC_250001)

Litteratur 489

Appendix 496

[Avslutning 499](#_TOC_250000)

# Del 1. Introduksjon

Kapittel 1 Introduksjon

Denne boken handler om hvordan schizofreni er bygget opp mentalt. Den forklarer hvordan man kan kartlegge og behandle symptomer på schizofreni og hva som skjer mentalt når klientene blir bedre av behandling. Boken beskriver løsninger på viten- skapelige og terapeutiske utfordringer som psykologien og psykiatrien står overfor i forbindelse med behandling av schizofreni. Den hevder at det psykiske materialet som utløser schizofrenes symptomer er enkelt bygget opp mentalt. Videre hevder den at dette materialet kan endres med enkle midler selv om den psykiske plagen kan opple- ves som kompleks og behandlingen kan være omfattende. Boken viser også at sympto- mer på schizofreni kan undersøkes med vitenskapelige metoder og at schizofreni kan behandles forutsigbart.

#### Hva er hjernens psykologi?

Hjernens psykologi, i det følgende betegnet som (HJPS), rommer kunnskap om hva som skjer mentalt inne i hodet når man utvikler symptomer. Den inneholder også kunnskap om hjernens mentale egenskaper, det psykiske materialet og de mentale prosessene som fører til symptomer på schizofreni. (HJPS) handler også om hvordan man kan endre symptomer gjennom behandling. Dette er fordi det ikke er mulig å utvikle tilstrekkelig vitenskapelig kunnskap om symptomer på schizofreni og om be- handling uten å ha vitenskapelig kunnskap om de mentale prosessene som fører til psykisk endring gjennom behandling.

Denne boken inneholder ikke kunnskap om forbindelsen mellom genetiske og nevro- biologiske tilstander og prosesser og (HJPS). Det er selvfølgelig en forbindelse mellom nevrobiologiske prosesser i hjernen og symptomer på schizofreni, men denne forbin- delsen er ikke fokusert her. Årsaken til dette er at det er mulig å behandle symptomer på schizofreni gjennom verbal terapi, det vil si kun ved å bruke ord. Selv om man ikke kan garantere full funksjonsdyktighet hos alle klientene med tyngre psykiske lidelser,

vil verbale intervensjoner kunne ha stor effekt. Organiske og nevropsykologiske pro- sesser er derfor satt i parentes.

Alle psykiske endringer som oppstår i behandling som følge av verbal terapi vil likevel påvirke og endre de nevrobiologiske prosessene i hjernen. Det er mulig å undersøke forbindelsen mellom endringer av klientens symptomer via ord og de nevropsykolo- giske endringene som skjer i hjernen. Dette temaet er imidlertid ikke denne bokens fokus.

#### Målgruppene

Målgruppene for boken er psykologer, psykiatere, leger, pleiere og forskere som øn- sker et vitenskapelig fundament for sitt arbeid med schizofreni. Den kan også være av interesse for ledere og ansatte i helseforetak, kommunehelsetjenesten, forskningsinsti- tusjoner og i sosial- og omsorgsdepartementet.

#### Hvorfor er boken nødvendig?

Boken om (HJPS) og om lingvistisk hjerneterapi er nødvendig fordi den beskriver løs- ninger på vitenskapelige og terapeutiske utfordringer som psykologien og psykiatrien har stått overfor i mer enn hundre år. Den er også nødvendig fordi den inneholder en lenge etterlengtet kunnskap om hva som skjer mentalt når klientene utvikler schizofre- ni og når det oppstår en psykisk endring gjennom behandling. Den er også nødvendig fordi den beskriver hvilke mentale ressurser klientene besitter. Dette er noe som er underkjent i psykologien og psykiatrien. Boken viser hvordan disse ressursene kan anvendes i behandlingen selv om klientene har anvendt sine mentale ressurser på en slik måte at det har ført til symptomer.

Boken er også viktig fordi kunnskap om hjernens psykologi kan føre til raskere og sikrere behandling, færre belastninger for klientene, pårørende og helsepersonell og til en rimeligere behandling for samfunnet. Boken er også nødvendig fordi den gjør det mulig å utvikle presise diagnoser som umiddelbart kan danne grunnlag for terapeu- tiske intervensjoner.

#### Bakgrunnen for utviklingen av hjernens psykologi

Foranledningen for utvikling av kunnskap om (HJPS) og lingvistisk hjerneterapi (LBT) var forskning på usedvanlig gode terapeutiske resultater som psykologien ikke kunne forklare vitenskapelig. En posttraumatisk plage ble kurert på 45 minutter og en omfattende angst for konflikter som hadde vart i 30 år ble kurert i løpet av to konsulta- sjoner med tre og fire timers varighet. En incestopplevelse i tidlig barndom, som førte til sammenbrudd i 18-årsalderen, ble kurert i løpet av fem konsultasjoner. En fobisk angst for å være alene, som hadde eksistert i over 20 år og som var blitt forsøkt be-

handlet uten resultat, ble kurert i løpet av én konsultasjon. En psykisk invalidiserende posttraumatisk plage, som hadde vart i to år og som hadde oppstått etter nær livstru- ende vold, ble kurert etter tre konsultasjoner. Tidligere behandling hadde ikke hjulpet. Disse erfaringene førte til et ønske om å undersøke hvordan symptomer på schi- zofreni var bygget opp mentalt og hva som skjedde mentalt når klientene ble bedre av behandling. Det førte også til ønsket om å løse de utfordringene som psykologien og

psykiatrien står overfor.

#### Fundamentet for hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi

Grunnlaget for utvikling av (HJPS) er forskning på det psykiske materialet som forår- saket og utløste klientens symptomer. Forskningen viste at følelser og symptomer på schizofreni var bygget opp av indre sanseopplevelser (modale elementer) og av ord og utsagn som rommet følelser. Den viste også at den bevisste eller ubevisste kontakten med disse mentale elementene er årsaken til individets følelsesmessige reaksjoner og symptomer.

Mine forskningsfunn viste også at det er disse mentale elementene som må endres for at det skal oppstå en psykisk endring i behandling og i levd liv. Disse elementene er avgjørende for å utvikle vitenskapelig kunnskap om klientenes symptomer og om hvordan man kan endre symptomer på schizofreni gjennom behandling.

Bakgrunnen for forskningen var antagelsen at det måtte være mulig å undersøke det psykiske materialet som forårsaket og utløste symptomene. Denne antagelsen var en følge av at klientene gikk ut av kontoret i et mye bedre psykisk leie enn da de kom inn etter 60 til 90 minutter med behandling. Noe mentalt måtte ha skjedd med klien- tene i disse minuttene kun som følge av at jeg hadde anvendt ord. Jeg søkte derfor etter det minste psykiske elementet som kunne lagre og forårsake en følelse og som kunne endres gjennom behandling.

Antagelsen var at dersom jeg fant ut hva dette minste psykiske elementet bestod av kunne jeg undersøke og endre alle psykisk forankrede plager ved å undersøke og endre de mentale elementene som forårsaket klientenes symptomer.

Svaret på spørsmålet om det fantes et avgrenset og dokumenterbart mentalt fe- nomen som rommet en følelse og som kunne forårsake symptomer på schizofreni, dukket opp i 2001, etter ni år med analyser av mine terapeutiske erfaringer. De minste psykiske elementene fikk først navnet «nanopsykologiske elementer», fordi jeg hadde søkt etter det minste psykiske elementet som kunne romme en følelse. Ordet «nano» refererer til noe meget lite og avgrenset.

Senere oppstod betegnelsene «mentalbiologiske elementer» og «biopsykiske elemen- ter» (mer om disse elementene senere). Noen år senere oppstod antagelsen om at mine funn om hvordan hverdagspsykiske plager var bygget opp mentalt og om hvordan de kunne behandles forutsigbart og vitenskapelig kunne overføres til schizofreni. Dette på den måten at jeg kunne forske på og behandle schizofreni på samme måte som

mildere psykiske plager, det vil si gjennom verbal terapi, selv om schizofreni vil være påvirket av nevrobiologiske tilstander og prosesser i hjernen. Dersom dette premisset ikke er holdbart, faller grunnlaget for denne bokens kunnskap om (HJPS).

#### Bakgrunnen for betegnelsen «biopsykiske elemen- ter»

Bakgrunnen for betegnelsen «biopsykiske elementer», som er grunnlaget for (HJPS) og for Lingvistisk hjerneterapi (LBTS), var at ord, utsagn og sanseforestillinger som utløste den psykiske plagen måtte være forankret i et biologisk element av mental ka- rakter (Dammen 2013). Sanseforestillinger, ord og utsagn ble derfor kalt «biopsykiske elementer». De biopsykiske elementene ble forstått som det minste psykiske elementet som kunne forankre og utløse en følelse i et bestemt øyeblikk men også i alle øyeblikk, da livet består av en uendelighet av øyeblikk.

Da mine terapeutiske erfaringer viste at de biopsykiske elementene som forårsaket de schizofrenes symptomer kunne endres gjennom språk, oppstod vurderingen at man kunne endre ethvert symptom på enhver schizofreni gjennom verbal behandling. Noen år senere oppstod antagelsen om at mine forskningsfunn og terapeutiske erfa- ringer kunne overføres til alle symptomer på schizofreni. Dette på den måten at man kunne kartlegge og endre ethvert symptom med de samme metodene. Med dette var grunnlaget lagt for utvikling av hjernens psykologi og den tilnærmingen til behand- ling som har fått navnet Lingvistisk hjerneterapi.

Disse vurderingene innebærer et paradigmeskifte når det gjelder forskning på og be- handling av symptomer på schizofreni. De indre opplevelsene av psykisk smerte, slik de utløses av kontakt med biopsykiske elementer, er denne bokens sentrum og fo- kus. De ytre opplevelsene og omstendighetene som har hatt betydning for utvikling av symptomene, for eksempel i den prodromale fasen, er satt i parentes.

#### Verdier

Utviklingen av kunnskap om hjernens psykologi fra et hjernepsykologisk perspek- tiv er inspirert av verdier som man finner i løsningsorientert, narrativ, klientsentrert, postmoderne terapi og gestaltterapi i Fritz Perls’ versjon. En fremtredende verdi er anerkjennelsen av at personer med symptomer på schizofreni er eksperter på sine egne tanker, følelser og erfaringer. Dette innebærer at psykologer, psykiatere og annet psykisk helsepersonell ikke skal påtvinge klientene sine ideer eller verdier men sam- arbeide med dem for å fremheve de schizofrenes behov, mål, ønsker og perspektiver. Det er bare ved å realisere disse verdiene at psykisk helsepersonell kan skape en åpen kommunikasjon og et trygt og støttende klima i behandlingen.

Ved å skape et ikke-dømmende og støttende miljø, hvor man anerkjenner at perso- ner med symptomer på schizofreni er eksperter på hvordan de opplever sine følelser samtidig som man fokuserer på psykisk endring, kan terapeuter utvikle mer effektive

mestringsstrategier. Dette hjelper også klientene til å få kontakt med og anvende sine mentale ressurser. En grunn til at man legger vekt på å skape et støttende og empa- tisk terapeutisk miljø er av humanistisk karakter. Klientene er verdifulle. De skal ha det godt også i behandlingssituasjonen samtidig som de skal få redusert sin psykiske smerte gjennom behandlingen.

Grunnen til at man søker å utvikle et lyttende, støttende og trygt miljø er også viten- skapelig forankret. Min forskning viser at klientens trygghet i behandlingssituasjonen og de schizofrenes følelsesmessige «ja» til terapeutens intervensjoner er avgjørende for klientens evne til å utføre de mentale prosessene som terapeuten inviterer til, hvilket er nødvendig for at det skal oppstå psykiske endringer i behandlingen (Dammen 2013, Duncan 2009). Uten et ekte «ja» fra klientene får man ingen endring.

Bøkene om hjernens psykologi og LBT er også i overensstemmelse med prinsipper- klæringen om evidensbasert praksis som ble vedtatt av sentralstyret i Norsk Psykolog- forening i januar 2007. Denne er inspirert av prinsipperklæringen som ble godkjent av American Psychological Association (APA) i 2005. Her beskrives en rekke forut- setninger for god terapi, forutsetninger som deles av og som er tatt opp i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Dette gjelder særlig respekten for klientens virkelighetsforståelse og hensyntagen til klientene underveis i behandlingen. Felles for den norske og den amerikanske prinsipperklæringen er de humanistiske holdningene og respekten for klientene som kommer til uttrykk i disse prinsipperklæringene.

#### Kunnskapens anvendbarhet

Kunnskap om hjernens psykologi er en forutsetning for å forske på og utvikle vi- tenskapelig kunnskap om opplevelsen av symptomer på schizofreni slik de oppleves innenfra og om hvordan man forutsigbart og presist kan endre det psykiske materia- let som forårsaker og utløser klientens symptomer. Ingen resultater fra forskning på symptomer på schizofreni vil være tilstrekkelig vitenskapelig holdbare om de ikke er forankret i kunnskap om det indre psykiske materialet som forårsaker de schizofrenes symptomer. Kunnskap om hjernens psykologi kan også anvendes i forbindelse med diagnostisering dersom man ønsker å utvikle valide eller gyldige diagnoser og dersom målet er å utvikle diagnoser som umiddelbart kan gi et utgangspunkt for behandling.

#### Psykologiens og psykiatriens manglende kunn- skapsgrunnlag

Jeg har dyp respekt for det psykologiske arbeidet som gjennomsyrer samfunnet, men kommer likevel ikke utenom at funn fra min forskning har tydeliggjort man- gler ved eksisterende kunnskap. De viktigste manglene ved eksisterende kunnskap om symptomer på schizofreni og behandling er at den ikke er tilstrekkelig vitenskape- lig holdbar i den forstand at den kan bevises. Den kan derfor ikke danne grunnlag for en presis, etterprøvbar og forutsigbar behandling av symptomer på schizofreni.

Man mangler kunnskap om schizofreni som et rent mentalt fenomen og hva som skjer mentalt når det oppstår endringer i klientens tilstand som følge av behandling.

Selv om enkelte psykologiske og terapeutiske tradisjoner vil hevde at de arbeider med utgangspunkt i kunnskap om hjernens psykologi, er dette bare delvis riktig. Felles for ulike psykologiske og terapeutiske tradisjoner er at de fokuserer på psykiske feno- mener ved å observere disse utenfra eller ved å innhente informasjon om de psykis- ke plagene gjennom samtaler. Men hverken ytre observasjoner eller informasjon om den psykiske plage innhentet via samtaler er det psykiske materialet som forankrer symptomene på schizofreni. Denne forskningen har derfor ikke ført til utvikling av tilstrekkelig presis kunnskap om det psykiske materialet som er eller om de mentale prosessene som fører til symptomer på schizofreni.

Psykologien og psykiatrien må med utgangspunkt i det foregående utvide sitt fokus fra ytre observasjoner av og informasjon om symptomer på schizofreni og fra et fokus på selvforstyrrelser, som subjektive opplevelser, til det psykiske materialet som utløser selvforstyrrelser og de schizofrenes øvrige symptomer. Bøkene om hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi er en følge av et fokus på dette psykiske materialet.

#### Er vitenskapelig kunnskap nødvendig for å behandle symptomene på schizofreni?

Selv om psykologien og psykiatrien mangler et tilstrekkelig vitenskapelig kunnskaps- grunnlag, er det viktig å holde fast ved at alle kjente terapeutiske tradisjoner virker (Duncan, 2007), selv om man ikke alltid får gode resultater i behandling, og at opphold på en avlastende institusjon kan være en absolutt nødvendighet, samt at et stort antall schizofrene får hjelp til å leve et bedre liv gjennom sin kontakt med psykologien og psykiatrien.

Da er vi over på et vesentlig punkt. Mennesker har til alle tider hjulpet hverandre ut av kriser og psykiske problemer gjennom samtaler, omsorg, engasjement, nærhet og hardt arbeid, og utallige mennesker har fått hjelp. Hver gang noen har fått hjelp, har noen andre gjort noe som er riktig vitenskapelig, men uten å vite presist hva dette er. Vitenskapelig kunnskap om symptomene på schizofreni er dermed ikke strengt nød- vendig for å få resultater i behandling. Varme, engasjerte og kompetente pleiere, psy- kologer, psykiatere og andre helsearbeidere, familie og venner har av og til vært nok. Et tilstrekkelig vitenskapelig kunnskapsgrunnlag er likevel nødvendig for å forebygge eller redusere feilbehandling og behandling som ikke fungerer godt nok.

#### Bøkenes innhold

Del 1 om hjernens psykologi gir svar på følgende spørsmål:

* Hva er hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT)?
* Hva er bakgrunnen for utviklingen av hjernens psykologi og LBT?
* Hva er de mentale årsakene til symptomer på schizofreni?
* Hva er det vitenskapelige grunnlaget for hjernens psykologi?
* Hvorfor er kunnskap om hjernens psykologi og LBT nødvendig?
* Hva er psykologiens og psykiatriens vitenskapelige utfordringer når det gjel- der kunnskap om symptomene på schizofreni og behandling?
* Hvilke likheter er det mellom schizofreni og den alminnelige psykiske til- stand?
* Hvilke likheter er det mellom ulike mildere og tyngre psykiske plager?
* Hva er forskjellen på hjernens psykologi og den øvrige psykologien og psyki- atrien når det gjelder forståelsen av symptomer på schizofreni?

Del 1 begrunner hvorfor man kan behandle symptomer på schizofreni forutsigbart, raskere, med varige resultater og med færre belastninger for klientene enn det som er vanlig. Del 1 er grunnlaget for del 2, som beskriver Lingvistisk hjerneterapi.

I del 2 får du svar på spørsmål som:

* Hva er lingvistisk hjerneterapi (LBTS)?
* Hvordan kan man behandle schizofreni forutsigbart og kontrollerbart?
* Hva skjer mentalt når klientene blir bedre av behandling?
* Når skjer endringene av klientens tilstand i løpet av en konsultasjon?
* Hvordan kan man kontrollere de psykiske endringene som er oppstått?

#### Hvilket utbytte vil du sitte igjen med ved å lese bo- ken?

Det er avhengig av hvorfor du leser. Om du ønsker å bli terapeut, kan du få et utgangs- punkt for videre studier. Om du er terapeut og trenger nye innfallsvinkler til behand- ling og vitenskapelig kunnskap om symptomer på schizofreni og om psykisk endring, vil du få det. Om du leser denne boken som pårørende eller som klient, vil du komme lettet ut og ha større innsikt, selvrespekt og tro på at noe kan gjøres. Og om du er ad- ministrator, leder eller politiker, vil du få et kunnskapsgrunnlag som gjør det mulig å vurdere de behandlingstilbudene som gis av det offentlige og private. For forskere vil boken kunne åpne for ny forskning på schizofrene symptomer, endring og behandling.

#### Oppsummering

Det foregående introduserer trekk ved hjernens psykologi, hvorfor denne kunnskapen er nødvendig og den forskningen som førte til utvikling av kunnskap om hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi. Kapittelet beskriver også de vitenskapelige ut- fordringene som forskningen på og behandlingen av schizofreni står overfor, og det introduserer de biopsykiske elementene som er grunnlaget for hjernens psykologi og

for klientens symptomer. Kapittelet beskriver også motivasjonen bak og målsettingen med å utvikle hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Dette leder oss til kapittel 2, som beskriver terapeutiske tradisjoner, som har påvirket utviklingen av kunnskap om hjernens psykologi

Kapittel 2 Påvirkninger fra tera- peutiske tradisjoner

#### Innledning

Hjernens psykologi og LBTS står på skuldrene til og er derfor i gjeld til individual- terapeutiske og familieterapeutiske retninger. På den ene siden fungerer disse ret- ningene som et bakteppe og relieff til hjernens psykologi og LBT. På den andre siden har disse terapeutiske tradisjonene hatt betydning for valget av behandlingsmeto- dene som anvendes i LBTS og for utvikling av de etiske holdningene som rommes i hjernens psykologi og LBT. På den tredje siden har de hatt betydning gjennom sine mangler i den forstand at denne boken om hjernens psykologi har som mål å for- midle løsninger på de vitenskapelige og terapeutiske utfordringene som de nevnte tradisjonene står overfor i behandling. De terapeutiske retningene som har hatt størst betydning for utvikling av hjernens psykologi og LBTS er klientsentrert terapi, nevrolingvistisk programmering, problemfokusert korttidsterapi fra Mental Resear- ch Institute, løsningsorientert terapi, narrativ terapi og postmoderne terapi. Marte Meo-metoden (Birk Sørensen 2002) har også fungert som en holdningsmessig støtte, men vil ikke bli beskrevet i det videre. Det følgende presenterer kun momenter ved de ulike terapeutiske tradisjonene som er interessante i forhold til hjernens psykologi og LBT.

#### Klientsentrert terapi

*Klientene er likeverdige mennesker med omfattende mentale ressurser*

Jeg har hentet verdier fra Carl Rogers (Rogers, 1992, 1995, 1993). Carl Rogers var grunnleggeren av klientsentrert terapi og sterkt inspirert av Otto Ranks humanistiske forståelse. Otto Rank var elev av Freud, men han brøt med ham. Andre navn på klient- sentrert terapi er personorientert terapi og rogeriansk terapi. Carl Rogers etablerte den humanistiske skole innenfor psykologi og pedagogikk sammen med Abraham Maslow (1908–1970) og Charlotte Bühler (1893–1974).

Klientsentrert terapi er en ikke-strategisk behandlingsform som er sterkt kritisk til diagnoser og som har en dyp respekt og toleranse for klienten. Det å være ikke-strate- gisk innebærer at man ikke behandler etter en bestemt metode eller plan. Carl Rogers var den første som tok i bruk lydbånd for å forske på psykiske plager og på behand-

ling. Klientsentrert terapi har hatt stor betydning for behandlingsfeltet gjennom sin respektfulle, tolerante og anerkjennende lytting til klientene. Carl Rogers var overbe- vist om at den gjensidige vennlige og støttende samtalen preget av en betingelsesløs kjærlighet var tilstrekkelig for at klientene skulle komme ut av sin psykiske plage.

Carl Rogers er også kjent for sin uendelige tålmodighet og kjærlighet til klientene og for begrepet «unconditional love». Han var overbevist om at selv den mest volde- lige og aggressive klienten er et dypt verdifullt menneske som kan endres gjennom behandling. Dette er oppfatninger som også preger hjernens psykologi og LBT.

Rogers’ verdisyn og relasjon til klientene har hatt betydning for terapeuter i fle- re terapeutiske tradisjoner og for utviklingen av hjernens psykologi. I utviklingen av hjernens psykologi og LBTS er man spesielt inspirert av den respekt for klientene og den tro på klientenes muligheter til å mestre eget liv som preger klientsentrert terapi, samt av begrepene betingelsesløs kjærlighet og selvaktualisering, selv om disse begre- pene har et noe annet innhold i LBT. I tillegg er LBTS inspirert av den optimismen på klientens vegne som preger klientsentrert terapi. Klientene betraktes som likeverdige mennesker som har det vanskelig og som trenger å møte en som lytter og har dyp re- spekt for deres virkelighetsforståelse og følelsesmessige opplevelser.

#### MRI-tradisjonen

*Når symptomet er problemet og problemet er det som viser seg for klienten*

Den forskningen som førte til utviklingen av hjernens psykologi var i første fase in- spirert av MRI-tradisjonen, en korttids- og familieterapeutisk tradisjon med sete i Palo Alto i USA, der Paul Watzlawick var en frontfigur. En sentral bok som beskriver MRI-tradisjonens forståelse, er Forandring: Prinsipper fra psykoterapien (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1980). MRI-tradisjonen, eller problemfokusert terapi, inspirerte meg gjennom sitt fokus på problemet slik det fremstår og oppleves av klientene, det vil si på de observerbare symptomene og på psykisk endring. Dette var en reaksjon på den psykoanalytiske forståelsen og dens fokus på de historiske årsakene til den psykiske plagen.

MRI-tradisjonen var også inspirert av atferdsterapien. Watzlawick selv hadde en atferdsterapeutisk bakgrunn, og han var leder av avdelingen Psychiatry and Behavi- oral Sciences ved MRI. Kort fortalt er atferdsterapi en behandlingsform som hevder at psykiske plager er lært gjennom atferd, og at de derfor kan avlæres gjennom be- handling, for eksempel gjennom desensitiviseringsteknikker, som innebærer at man svekker forbindelsen mellom en situasjon og en følelsesmessig reaksjon, for eksempel forbindelsen mellom høyde og skrekk for de som har høydeskrekk. I dag domineres den atferdsterapeutiske tilnærmingen av kognitiv atferdsterapi.

MRI-tradisjonen fikk omfattende betydning for utviklingen av familieterapien i USA, Europa og Norge, blant annet gjennom opprettelsen av forskningssenteret Brief Therapy Center (BTC) i 1967. Sentrale forskere og terapeuter som i perioder var knyt- tet til MRI, var også Gregory Bateson, familieterapeut Virginia Satir og hypnotera-

peut Milton Erickson, alle internasjonalt kjente terapeutiske størrelser. De utviklet blant annet en teori der de hevdet at dobbeltkommunikasjon i familier var en årsak til schizofreni. Teorien er forlatt i dag (Gregory Bateson, 1956). Double bind-teorien beskriver en kommunikasjonsprosess hvor man, oftest barn, samtidig utsettes for to motstridende budskap med den følge at man, uansett hvordan man responderer, gjør noe galt. Resultatet er forvirring og, for enkelte, psykisk plage.

Man finner flere paralleller til MRI-tradisjonens forståelse i denne boken og i bo- ken om LBT. Det strategiske fokuset er et sentralt trekk ved MRI-tradisjonen som har inspirert utviklingen av hjernens psykologi og LBT. Dette innebærer at behandlingen skal ha et mål, og at terapeuten må beherske metoder for å nå dette målet. Terapeu- tene skal kunne sitt terapeutiske håndverk og vite hva de gjør. Hjernens psykologi er også inspirert av MRI-tradisjonens korttidsterapeutiske fokus og av dens erfaring av at psykiske endringer kan skje, og bør skje, raskt. Hjernens psykologi er også inspirert av MRI-tradisjonens oppfatning om at klientens symptomer er et direkte uttrykk for den psykiske plagen, og at de må tas på alvor og på «face value». Utviklingen av LBTS er også inspirert av MRI-tradisjonens teser som «når noe fungerer, ikke rør det», «når noe ikke fungerer, slutt med det» og «når noe normalt ikke fungerer, gjør noe mer ek- stremt». Andre trekk ved strategisk terapi er dens kreativitet, uvanlig elegante terapeu- tiske ideer og practical jokes, noe den genierklærte legen og hypnoterapeuten Milton Erickson, som i en periode arbeidet ved MRI, var viden kjent for.

#### Nevrolingvistisk programmering (NLP)

*En uglesett men effektiv behandling uten en stueren teori*

Den viktigste behandlingsmetodiske inspirasjonen i prosjektets første fase var nevro- lingvistisk programmering (NLP). NLP er en effektiv tilnærming til psykisk endring som ble utviklet i USA av John Grinder og Richard Bandler i 1970-årene (Bandler & Grinder, 1975, 1979, 1988, 1998; O’Connor & Seymour, 1993). Det var ved å anvende metoder fra NLP at jeg oppdaget at man raskt og effektivt kunne endre psykiske plager. En utfordring NLP står overfor er at man ikke vet eksakt hva som skjer mentalt med klientene når behandlingen virker, og når den ikke virker, samtidig som meto- dene er effektive. Som følge av dette kan man forsterke den psykiske plagen om man

anvender metodene feil.

Nevrolingvistisk programmering har på flere måter hatt betydning for utviklingen av hjernens psykologi og LBT. Viktigst er kanskje at det er mulig å behandle klientene uten først å utrede klienten. Klientens ønsker er utgangspunktet for behandlingen. Av betydning var også NLPs fokus på å behandle for å endre, ikke for å utvikle klientens innsikt i sin psykiske plage. I tillegg kom enkelte effektive endringsmetoder som, med enkelte justeringer, er integrert i LBT.

#### Løsningsorientert terapi

*Når løsningen ofte er løsningen*

En viktig inspirasjon kommer fra løsningsorientert terapi, som ble utviklet av Steve deShazer (deShazer, 1985, 1988, 1994), for øvrig jazzmusiker og sosionom, og av hans kone Insoo Kim Berg (Berg & Miller, 1992). Løsningsorientert terapi fokuserer ikke på problemene, men på løsningene på problemene og på unntakssituasjoner, det vil si på situasjoner der problemene ikke oppsto.

Løsningsorientert terapi rommer den oppfatningen at klientene tidligere i livet har mestret situasjoner som minner om de utfordringene de står overfor i dag, med den følge at de kan anvende sine tidligere løsningsstrategier for å mestre de problemene de står overfor. En følge av denne forståelsen var at Steve deShazer fokuserte på unntaks- situasjoner, det vil si på situasjoner som minnet om de klientene sto overfor, men som de hadde mestret tidligere (deShazer, 1988). I LBTS fokuserer man også på unntakssi- tuasjoner med den hensikt å aktivere klientenes mestringsevne.

Løsningsorientert terapi er, på samme måte som MRI-tradisjonen, en strategisk til- nærming til behandling. Gjennom sitt fokus på løsninger og unntak har løsningsori- entert terapi sterkt påvirket utviklingen av LBT. De utformet også en rekke løsnings- orienterte spørsmål for å sette i gang endringsprosesser hos klientene. De anvendte også en metode som de kalte «skalering». Skaleringsmetoden innebærer at klientene skalerer sin psykiske tilstand. Deretter blir de invitert til å beskrive hva det innebærer, og hva de trenger for å komme et skritt høyere på skalaen, både følelsesmessig og mestringsmessig.

#### Narrativ terapi

*Når klientens fortellinger er årsaken til problemet*

Narrativ terapi er også en strategisk terapeutisk tradisjon, som ble utviklet av Michael White (White, 1989a, 1989b, 1990) fra Australia og David Epston (White & Epston, 1990) fra New Zealand. Denne terapeutiske tradisjonen har hatt stor betydning for ut- viklingen av familieterapien i Norge. Den viktigste oppfatningen i narrativ terapi er at de psykiske plagene er en følge av de fortellingene klientene bærer med seg om sitt liv og av de verdiene som rommes i disse fortellingene. Narrativ terapi formidler derfor at man må endre klientens historier om sine liv, og at nye, positive historier må skapes gjennom behandlingen. Michael White, David Epston og andre narrative terapeuter jobber med å endre klientenes fortellinger fra å være nederlagsfylte til å fremstå som uttrykk for mestring og noe de kan være stolte av.

I tillegg har Michael White og David Epston utviklet metoden «eksternalisering». Ek- sternalisering innebærer at man redefinerer problemet fra at det er klienten som har eller er et problem til at det er noe utenfra, gjerne en fiende som påfører og forårsaker klientens problemer, som klientene og familien skal stå sammen om å bekjempe. Et av

de mest kjente eksemplene er «Sneaky Poo», som ble forstått som årsak til enkoprese eller sengevæting (Michael White, 1984). Fra at sengevæting ble definert som klientens problem ble familiene forenet i en felles kamp mot den personen, Sneaky Poo, som var årsak til sengevætingen. Behandlingen fungerte. Metoden eksternalisering minner om en metode i NLP som går under navnet dissosiering, der man ser den problematiske situasjonen på avstand samtidig som man ser seg selv der borte i situasjonen, utenfra. Narrativ terapi har utviklet metoder som brevskriving og politisk virksomhet. Brev- skriving innebærer at terapeuten skriver støttende, oppmuntrende og ofte nærmest rø- rende brev til klientene underveis i og etter behandlingen. Denne typen skriftlig bevis på klientenes verdi, som fokuserer på alt som klientene har fått til og får til, har ofte stor betydning for klientenes helbredelsesprosess. Narrativ terapi jobbet også politisk for å støtte urbefolkningens rettigheter i Australia og New Zealand, og de dannet «The

Antidepression League» for å organisere og skape fellesskap mellom depressive.

Narrativ terapi ble sterkt utbredt i norsk familieterapi, blant annet gjennom boken Historier og terapi av Geir Lundby (Lundby, 1999). Narrativ terapi blir kritisert for at problemet blir definert som en ytre fiende som må bekjempes. Det å definere klien- tens problem som en fiende er ikke alltid et godt utgangspunkt for endring. LBTS er inspirert av den narrative forståelsen og erfaringene av at man kan endre den psykiske plagen ved å endre klientens fortellinger om seg selv. Forutsetningen er imidlertid at klientene opplever de nye fortellingene som sanne, og at de er preget av mestringsevne og stolthet.

Et annet moment som hjernens psykologi har tatt opp i seg er at psykiske pla- ger også kan forstås som en følge av mental undertrykkelse. I narrativ terapi er man opptatt av den undertrykkelsen som maoriene, urbefolkningen i Australia og New Zealand, opplever fra myndigheter og lokalbefolkning. I hjernens psykologi er man oppmerksom på at psykiske plager blant annet kan være en følge av at klientene har undertrykt sentrale behov eller blitt fysisk og mentalt undertrykt eller mobbet.

#### Postmoderne terapi

*Når den likeverdige og gjensidige samtalen står sentralt*

Postmoderne terapi ble grunnlagt av Harry Goolishian (Anderson & Goolishian, 1988) og Harlene Anderson (Anderson, 1997). De opprettet et familieterapeutisk institutt i Houston i USA, der de arbeidet med de mest ressurssvake i samfunnet. Postmoderne terapi er en ikke-strategisk tilnærming til behandling, men den har hatt betydning for utviklingen av LBTS gjennom sitt fokus på utvikling av en likeverdig og gjensidig dialog mellom terapeut og klient. LBTS er påvirket av den postmoderne oppfatningen om at man må lytte til og bekrefte klientens måte å snakke om sine problemer på, av ideen om at begge parter må være villige til å forandre seg som følge av samtalen, og av at det er klientene som forvalter sannheten om sitt liv.

Likeverd mellom terapeut og klient er et nøkkelbegrep i postmoderne terapi. Te-

rapeuten har dermed ikke enerett på løsningen av klientens problem. Svarene eller løsningene på klientenes problemer utvikles gjennom samtalen.

Den mest kjente postmoderne terapeuten i Norge er tidligere professor, nå avdøde Tom Andersen (Andersen, 1987, 1996). Han utviklet en internasjonalt anerkjent me- tode han kalte «Det reflekterende team». Metoden innebærer blant annet at rollene snus, og at klientene ser terapeutene diskutere familienes situasjon gjennom et enveis- speil. Klientene blir gjennom dette definert som ekspertene på sitt eget liv, mens tera- peutenes forståelse av klientenes situasjon blir gjenstand for vurdering. Dette var en usedvanlig interessant og virksom behandlingsmetode, men også en ressurskrevende arbeidsform.

De holdningene til klienter man finner i postmoderne terapi, preger i sterk grad LBT, selv om LBTS er en meget målrettet og strategisk preget tilnærming til behand- ling. Og selv om man avviser postmoderne terapier sin oppfatning om at behandlin- gen ikke skal være strategisk. En følge av dette er at man avviser «den ikke-vitende holdning». Den ikke-vitende holdning innebærer at terapeuten ikke trenger å vite noe om klienten for å behandle denne (ibid).

#### Kognitiv terapi

*Når tankene både er problemet og løsningen*

Kognitiv terapi ble utviklet av Aaron Beck (Beck 1979) og Judith Beck (Beck & Beck 1979). Kognitiv terapi er en terapeutisk tradisjon som har fått stor utbredelse i Norge, blant annet gjennom bøkene til Torkil Berge og Arne Repål (Berge & Repål 2008, 2010). Kognitiv terapi fokuserer på klientens tenkning og på at man må endre kliente- nes destruktive tanker eller dysfunksjonelle skjemaer for å behandle psykiske plager.

Kognitiv terapi omfatter en rekke behandlingsmetoder, og enkelte er integrert i LBT. En av disse er «redefinering», som også anvendes i MRI-tradisjonen, løsningso- rientert, narrativ og postmoderne terapi samt i nevrolingvistisk programmering. En parallell mellom kognitiv terapi og hjernens psykologi og LBTS er knyttet til oppfat- ningen av at psykiske plager er en følge av hvordan klientene tenker. Her har man en felles forståelse. Felles mellom kognitiv terapi og LBTS er også at man ikke er opptatt av å fortolke klientenes utsagn, men av å fokusere på det psykiske materialet som kom- mer til uttrykk gjennom klientenes utsagn.

Det er likevel en viktig forskjell mellom kognitiv psykologi og terapi og hjernens psykologi og LBT. I kognitiv terapi vektlegges det å endre dysfunksjonelle tanker gjen- nom trening og repetisjon og gjennom å utvikle klientenes adekvate forståelse av sin egen virkelighet, noe som skjer gjennom logiske konfrontasjoner. Hjernens psykologi fokuserer i større grad på det psykiske materialet som utløses og rommes i klientens ord og utsagn, og på det psykiske materialet som ligger til grunn for klientens tanker. Dette fører til at man i LBTS søker å endre det psykiske materialet, de mentale elemen- tene som fører til dysfunksjonelle skjemaer, mens man er mindre opptatt av å endre

innholdet i klientenes dysfunksjonelle tanker. Kognitiv terapi er den psykologiske og terapeutiske tradisjonen som ligger nærmest LBT.

#### Psykoanalyse

Når ambisjonene er store og det fortsatt er langt å gå

Psykoanalyse og psykodynamisk terapi har hatt betydning for utviklingen av den hjer- nepsykologiske forståelsen av psykiske plager på grunn av sitt fokus på det ubevisste og på den betydningen som erfaringer fra tidlig barndom har for den senere psykiske plagen, selv om denne forståelsen blir delvis tilbakevist i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Psykoanalysens store fortjeneste er dens ambisjon om å kunne si noe vitenskapelig holdbart om de dypereliggende årsakene til psykiske plager. Dens store problem er at den ikke har klart å forske presist på disse årsakene, samtidig som den har opprett- holdt sitt fokus på erfaringsbaserte fortolkninger. Resultatet er antagelser om årsaker til psykiske plager og utvikling av kunnskap om psykiske plager som ikke er vitenska- pelig holdbare, i betydningen etterprøvbare og falsifiserbare, selv om de inneholder

viktig og interessant informasjon.

Denne boken om hjernens psykologi er forankret i den samme ambisjonen om å utvikle vitenskapelig holdbar kunnskap om årsakene til psykiske plager. Dette skjer gjennom et fokus på det psykiske materialet som forankrer klientenes følelser og psy- kiske reaksjoner, slik det kommer til uttrykk gjennom klientenes ord og utsagn.

#### Oppsummering og enkelte praktiske tips

Kapittelet beskriver trekk ved det teoretiske grunnlaget for hjernens psykologi og ling- vistisk hjerneterapi, som er hentet fra ulike terapeutiske tradisjoner og som har tera- peutisk betydning for LBT.

Klientsentrert terapi, utviklet av Carl Rogers, vektlegger terapeutens evne til å møte klienten med empati, respekt og betingelsesløs støtte, noe som bidrar til at klienten føler seg hørt og forstått. Dette skaper et trygt rom der klienten tør å utforske sine følelser og utfordringer. Man starter derfor terapiøkten med å aktivt lytte til klienten uten å dømme eller forsøke å dirigere samtalen. Man anerkjenner klientens opplevel- se og speiler tilbake hva de sier, slik at de føler seg forstått. Dette gir grobunn for det videre arbeidet.

MRI-tradisjonen, med Paul Watzlawick som en sentral figur, introduserte strate- gisk problemløsning i terapi, noe som i LBT har ført til at man fokuserer på konkrete symptomer og problemer, og at man utvikler målrettede strategier for raskt å håndtere klientenes utfordringer. En konsekvens av dette er at man tidlig kartlegger klientens symptomer og bruker strategiske spørsmål for å avdekke hva som fungerer og hva som ikke fungerer for klienten, slik at man umiddelbart kan begynne med det som klienten opplever som sitt problem. Samtidig er man oppmerksom på enkelte grunnleggende

teser fra MRI: «Når noe fungerer, ikke rør det. Når noe ikke fungerer, slutt med det. Og når det normale ikke fungerer, gjør noe mer ekstremt.»

NLP, kjent for sin evne til å skape raske endringer i klientens tanke- og adferds- mønstre, er integrert i LBT. Man kan bruke teknikker fra NLP for å hjelpe klienten med å omprogrammere negative tankemønstre og erstatte dem med mer funksjonelle måter å tenke og reagere på. NLP har en rekke effektive teknikker, som dissosiering, for å hjelpe klienten med å se sine problemer utenfra. Dette innebærer at man ber kli- enten om å forestille seg at de observerer seg selv utenfra i en vanskelig situasjon, noe som kan bidra til å redusere negative følelser og gi dem et nytt perspektiv som gjør det lettere å endre tankemønstre.

Inspirert av løsningsorientert terapi er man i LBT fokusert på løsninger og unn- tak – det vil si situasjoner der problemene ikke oppstod – og på hvordan klientene tidligere har mestret utfordrende situasjoner. I LBT anvendes dette ved å fokusere på det klienten allerede har mestret, og deretter overføre klientenes tidligere problem- løsningsevne til nåværende utfordringer. Man anvender også en skaleringsmetode for å hjelpe klienten med å vurdere mentalt hvor de befinner seg, og hva de trenger for å komme nærmere sitt ønskede mål.

Narrativ terapi søker å endre klientens fortellinger om sitt eget liv. Bakgrunnen for dette er vurderingen av at klientens problemer ofte er en følge av de historiene de bærer med seg om seg selv, og måten de ser seg selv og sine erfaringer på. Ved å endre disse fortellingene kan de skape nye, positive narrativer som fører til større selvtillit, selvverd og som anerkjenner klientenes mestringsevne.

I postmoderne terapi er terapeuten definert som en medspiller i klientens prosess, der løsninger på klientens utfordringer utvikles i fellesskap. Postmoderne terapi rom- mer en dyp respekt for klientene, med stor tro på deres evne til endring, og klientene fremstår som verdifulle bidragsytere i sin egen endringsprosess. Dette gir klienten ei- erskap til sine løsninger, noe som ofte fører til sterkere engasjement og bedre resultater. Kognitiv terapi søker å endre de dysfunksjonelle tankemønstrene som ligger til grunn for klientenes psykiske plager. Dette er i tråd med det som skjer i lingvistisk hjerneterapi, selv om man i LBT i større grad fokuserer på og søker å endre det psykis-

ke materialet som ligger til grunn for de dysfunksjonelle tankene.

Kapittelet gir gjennom de ulike teoriene et rikt teoretisk og praktisk grunnlag, som også anvendes i LBT. Gjennom å forstå og integrere elementer fra klientsentrert terapi, MRI-tradisjonen, NLP, løsningsorientert terapi, narrativ terapi, postmoderne terapi og kognitiv terapi, kan man som LBT-terapeut arbeide systematisk og målrettet, med evne til å møte hver klient der de befinner seg mentalt og psykisk.

#### Avslutning

Dette kapittelet har gitt en oversikt over de viktigste terapeutiske tradisjonene som har påvirket utviklingen av hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Disse tradisjonene har bidratt til både teori og praksis, og har gitt grunnlaget for de metode- ne som i dag brukes i LBT. Ved å forstå og integrere elementer fra klientsentrert terapi,

MRI-tradisjonen, nevrolingvistisk programmering, løsningsorientert terapi, narrativ terapi, postmoderne terapi og kognitiv terapi, har LBT utviklet en helhetlig og dyna- misk tilnærming til behandling av psykiske plager. Dette gjør det mulig for terapeuter å møte klientene der de er, med en dyp respekt for deres ressurser og potensiale for endring. I det neste kapittelet vil jeg beskrive terapeutiske erfaringer som har vært med på å forme og videreutvikle denne behandlingsformen.

Kapittel 3 Terapeutiske erfaringer som bakgrunn

*Når det egentlig umulige blir mulig*

#### Innledning

Bakgrunnen for utvikling av hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi var varige resultater i behandling som ikke skulle vært mulige ut fra mine erfaringer fra tung- psykiatri og ungdomspsykiatri. Resultatene skulle heller ikke vært mulige ut fra psy- kologiens og psykiatriens forståelse av psykiske plager og behandling. I det følgende presenterer jeg enkelte av disse erfaringene.

#### En posttraumatisk plage

*45 minutter, full bedring*

Jeg ble kontaktet av en student med utgangspunkt i en posttraumatisk reaksjon etter en ulykke. Som formann for utearbeidet i en park og personalansvarlig opplevde han en ulykke med en kvinne som kjørte minitraktor. Han hadde nesten ikke sovet siden, og han maktet ikke lenger å studere. I tre uker hadde han gjenopplevd hendelsen i sitt indre, i farger, som på en film, natt og dag. Mens han fortalte, kom skjelvingene, ang- sten og kvalmen tilbake. Sammen med de indre bildene av den unge kvinnen med av- kuttede fingre, av gjerdestolpen gjennom låret, av blodet som rant, lyden av kvinnens jamring og sin egen angst, kvalme og handlingslammelse.

45 minutter senere gikk klienten. Vi hadde brukt 10 minutter til kartlegging, og ca. 35 minutter var gått med til endringsarbeid. Han var kvitt traumet. Ingen bilder, ingen lyder, ingen angst, ingen kvalme og ingen skjelvinger. Han fortalte på nytt om sin opplevelse, men nå ganske rolig. Siden han var min student, traff jeg ham ukentlig i et lengre tidsrom. Siste gang vi traff hverandre, to år senere, og etter at han hadde avsluttet studiene, spurte jeg hvordan det gikk. Han så undrende ut. Spørsmålet virket uventet. Episoden var glemt.

#### Depresjon

En skolissefølelse som mental realitet

Noe senere fikk jeg en depressiv klient med sterke mestringsproblemer og et selvbilde nærmere 0 på en skala fra 0 til 10. Jeg forsøkte å få kontakt med opplevelser der han hadde fått til noe, bare et eller annet, hva som helst. Dette gjorde jeg fordi jeg var redd for at han kunne dra med seg det psykiske ubehaget inn i behandlingen. Jeg ønsket ikke å starte en endringsprosess mens han var i et negativt psykisk leie. Han ristet på hodet. Hans opplevelse var at han aldri hadde fått til noe. Han er nå over 50 år. Jeg følte meg trygg på at det en eller annen gang i mannens liv fantes en opplevelse av å mestre og å få til noe.

Det gikk mer tid. Gjennom nye spørsmål brakte jeg klienten tilbake i tid, til tidlig barndom. Så lyste han opp. Hans første, og nesten eneste, erfaring av å mestre noe var første gang han klarte å knytte skolissene etter å ha prøvd og prøvd mange ganger. Han husker den fine sløyfen, kjenner den gode følelsen og smiler.

«Skolissefølelsen» var hans største opplevelse av å få til noe. Denne følelsen ble grunnlaget for behandlingen. Gradvis bygget vi opp en ny historie om klientens liv, der han mestret situasjoner han tidligere hadde opplevd som nederlag. Hver gang tok vi utgangspunkt i spørsmålet: Hvordan hadde du mestret situasjonen dersom du den gangen hadde hatt kontakt med «skolissefølelsen»? Hvis han hadde hatt tilgang til

«skolissefølelsen» tidligere, hadde han mestret det meste, også i voksenlivet. Skolis- sefølelsen ble et symbol på en rekke mentale ressurser som han nå kunne ta i bruk. Klienten var mentalt oppegående og hadde stor endringskapasitet. Etter noen få kon- sultasjoner forsvant depresjonen.

#### Prestasjonsangst

*Fra en mental erfaring til en fysisk realitet*

Så fikk jeg en ny klient. Han var en oppegående leder og revisor i en større bank. Ban- ken hadde tapt flere hundre millioner i forrige bankkrise i Norge, og det var forventet at han skulle legge frem de dårlige økonomiske resultatene for bankens styre. Men intens prestasjonsangst førte til søvnløshet og angstreaksjoner uker i forveien. Det hendte at han sykemeldte seg. Det hadde blitt verre i det siste. Vi jobbet med angsten for å fortelle om de røde tallene, og fikk den bort, men det oppstod en ny utfordring. Klienten stolte ikke på at det han opplevde på konsultasjonen også ville skje i virkelig- heten, fordi han aldri hadde vært uten angst i denne type situasjoner.

Jeg fikk en spontan idé og spurte: Har du kokeplate? Han smilte og bekreftet det med en liten latter. Kanskje terapeuten var mindre klok? Er du sikker, stoler du på og har du erfaringer fra at kaffen blir varm hvis du har satt på kaffekjelen og slått på plata? Han dro på det. Men hvis komfyren virker? Jo, da var han sikker. «Helt sikker»? Han smilte igjen: Helt sikker? Kan du kjenne på den følelsen av sikkerhet og erfaring som du har i forhold til at kaffen blir varm? Ja, svarte han. Er det denne følelsen av erfaring du trenger når du skal innlede på styremøtene? Klienten bekreftet igjen.

Med bakgrunn i nevrolingvistisk programmering ba jeg ham om å forestille seg at han tar med seg den følelsen av erfaring og sikkerhet han har i forbindelse med kaffe-

koking, inn på styrerommet. Deretter undersøkte jeg hvordan han hadde det når han innledet med den samme tryggheten som han har når han setter på kaffen. Det funger- te. Vi testet ut forskjellige måter og justerte noe. Erfaringene fra at kaffen ble varm når han slo på kokeplata, ble overført til en erfaring der han hadde holdt flere innledninger på styremøtene i banken uten angst. Tvilen på om det ville virke i fremtiden, forsvant. Et par dager senere gjennomførte han styremøtet uten angst. Senere justerte vi noe. Han ønsket ikke kun å bli kvitt angsten, men også å bli dyktigere i det han gjorde.

#### Incest

*Resultater uten kunnskap om klienten*

En ung kvinne tok kontakt. Hun hadde blitt utsatt for incest i tidlig barndom over flere år av et nært familiemedlem, men fikk først sammenbrudd sent i tenårene. Samtaler med politi, lege, helsesøster og psykolog førte ikke frem. Hun var fortsatt preget av skyld, angst, aggresjon og følelsen av å ha blitt sveket av foreldrene sine. Det første hun formidlet var: ”Jeg har det vondt. Jeg fungerer ikke. Jeg vil bli kvitt tankene og plagene. Jeg vil ha et vanlig forhold til en mann, men jeg orker ikke å snakke om det.”

Hun hadde opplevd de repeterende og langvarige samtalene med politi, helsesøster og psykolog som et nytt overgrep. Hun følte at enkelte, gjennom sine spørsmål om seksuelle detaljer, hadde blitt mer interessert i de seksuelle opplevelsene enn i henne. Kvinnens situasjon gikk sterkt ut over evnen til å leve et alminnelig liv og evnen til å gjennomføre et musikkstudium.

Jeg sto overfor utfordringen å skulle behandle en incestopplevelse som ikke var blitt løst gjennom tidligere terapi, uten å vite noe om hva som hadde skjedd, og hvordan kvinnen opplevde sin situasjon. Jeg måtte jobbe uten informasjon. Etter fem konsul- tasjoner var traumene borte. Deretter arbeidet vi med prestasjonsangst. Noe senere oppdaget kvinnen at hun lenge hadde vært glad i en mann. Hun giftet seg og fikk et barn ganske raskt.

Jeg vet fortsatt ikke hva som skjedde i de årene overgrepene fant sted. Jeg vet hvem i familien som var overgriper, og litt om hvordan enkelte familiemedlemmer reagerte på at overgrepene ble oppdaget, men ingenting om kvinnens følelser og opplevelser i disse årene. Noen år senere fikk jeg et vakkert brev. Hun har det godt. Traumene og de senpsykiske reaksjonene har vært borte siden behandlingen, og hun fortalte at hun hadde fått tilbake og gjenerobret sin egen kropp og sitt eget liv.

#### Nye spørsmål ut fra de terapeutiske erfaringene

Ut fra min opprinnelige forståelse av behandling skulle disse resultatene ikke vært mulige. Man skulle ikke kunne kurere en posttraumatisk lidelse på 45 minutter eller bygge opp et velfungerende psykisk liv ved å ta fatt i en ”skolissefølelse.” Man skulle ikke kunne låne seg en følelse av erfaring til en situasjon man ikke hadde erfaring fra,

og oppleve den nye situasjonen som om man hadde erfaring fra den. Man skulle ikke kunne behandle incestopplevelser uten å vite noe om klienten og det klienten var blitt utsatt for.

Disse erfaringene førte til enkelte spørsmål rettet mot psykiske plager generelt, og senere, mer spesifikt rettet mot schizofreni. Svarene på disse spørsmålene er noe av grunnlaget for utviklingen av denne boken om hjernens eller schizofreniens psykologi og lingvistisk hjerneterapi med fokus på behandling av schizofreni.

Spørsmål rettet mot schizofren

* Hva er schizofreni inne i hodet og som et mentalt fenomen?
* Hva er årsakene til schizofreni?
* Hvordan er schizofreni bygget opp mentalt?
* Hvilken sammenheng er det mellom den normalpsykiske tilstanden og schi- zofreni?
* Er det som er felles ved den alminnelige psykiske tilstanden og schizofreni av større betydning for å forstå den psykiske plagen enn det som skiller disse tilstandene?

Spørsmål som etter hvert ble rettet mot behandling

* Hvordan få kontakt med og kartlegge det psykiske materialet som forankrer schizofreni?
* Hvordan endre det psykiske materialet som forårsaker schizofreni?
* Hvordan oppnå varige endringer av schizofreni gjennom behandling?
* Hva skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring av schizofreni gjennom behandling?

Spørsmål rettet mot vitenskapelighet

* Hva er forutsetningene for å utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni?
* Hva er forutsetningene for å utvikle en vitenskapelig behandling av schizo- freni?

Det er disse spørsmålene som blir besvart gjennom dette manuset og i boken om ling- vistisk hjerneterapi (LBT).

#### Litteraturstudiene

*Omfattende kunnskap, men ingen svar*

De problemstillingene som oppstod som følge av de overraskende gode terapeutiske resultatene, førte til litteraturstudier i flere omganger. Jeg ønsket å undersøke om det fantes kunnskap og forskning som kunne forklare de første terapeutiske resultatene vitenskapelig. Jeg satte meg inn i seks individualterapeutiske og ni familieterapeutis- ke tradisjoner, behandlingsforskning, vitenskapsteori, diagnostisk litteratur, bøker om psykologi, psykologiens historie, forskningsdatabaser, tidsskriftartikler og pensum i

psykologi ved Universitetet i Oslo. Resultatet var negativt. Litteraturen kunne ikke for- klare de terapeutiske resultatene som var oppnådd.

Jeg vendte derfor tilbake til arbeidet med mine klienter. Målet var å undersøke om det likevel var mulig å utvikle vitenskapelig holdbare svar på spørsmål om hvordan psykiske plager var bygget opp mentalt, og om hva som skjedde mentalt når klientene oppnådde psykiske endringer gjennom behandling.

En bakgrunn for at jeg stilte de samme spørsmålene til schizofreni som til psykiske plager mer generelt, var forskningsfunn som viste at schizofreni, mentalt og mental- biologisk (se senere), var bygget på samme måte og av det samme psykiske materialet som andre psykiske plager. Derfor kunne schizofreni, i prinsippet, behandles på sam- me måte og med de samme metodene som andre psykiske plager. For dokumentasjon av dette henvises det til de neste kapitlene.

#### Nye antagelser

Med utgangspunkt i Karl Poppers anbefaling (Karl Popper 1989, Pax 2007) om å frem- sette dristige hypoteser, utformet jeg over flere år flere sett med hypoteser om psykiske plager, om psykisk endring, samt om schizofreni og behandling av schizofreni.

Det ene settet med antagelser var:

At ulike psykosespektrumlidelser, inkludert schizofreni, var bygget opp på samme måte mentalt.

* At opplevelsen av schizofrene symptomer var en følge av kontakten med noen mentale elementer som forårsaket og utløste klientenes psykiske smerte.
* At de mentale og mentalbiologiske prosessene som fører til en alminnelig psy- kisk tilstand og til schizofreni, var av samme type.
* At disse mentale elementene som forankret, og de mentale prosessene som førte til schizofrene symptomer, kunne kartlegges og endres gjennom språk.

Bakgrunnen for disse antagelsene var at jeg hadde jobbet med psykisk velfungerende klienter og klienter med tyngre psykiske plager på samme måte, og det eneste jeg had- de gjort, var å anvende ord.

Det andre settet med antagelser var knyttet til psykisk endring. Antagelsene var:

* At ulike psykiske plager, inkludert schizofreni, kunne endres på samme måte.
* At den psykiske endringsprosessen som alle klientene ville gjennomgå i be- handlingen, kunne forutsies.
* At man kunne endre den øyeblikkelige opplevelsen av schizofreni med mi- nimal kunnskap om den psykiske plagen dersom man hadde kunnskap om psykisk endring.
* At psykiske endringer ville være varige om det ikke oppsto nye belastninger mellom konsultasjonene.

I tillegg oppstod antagelsen om:

* + At det er de samme mentale prosessene som oppstår når man oppnår psykiske endringer i behandling, enten man arbeider psykoanalytisk, psykodynamisk, atferdsorientert, gestaltorientert, kognitivt, løsningsorientert, narrativt, stra- tegisk, postmoderne, multisystemisk eller med eksistensiell terapi.

Hverken i forskningslitteraturen, i pensum i psykologi og psykiatri, eller i beskrivel- sene av ulike individual- og familieterapeutiske tradisjoner fant jeg lignende antagel- ser. Analyser av terapeutiske prosesser, gjort i perioden 1992–2001, førte til utvikling av det teoretiske grunnlaget for hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Videre kvalitativ og kvantitativ forskning med utgangspunkt i disse antagelsene førte til en doktorgrad med fokus på hvordan psykiske plager var bygget opp mentalt, og hvordan de kunne endres forutsigbart gjennom behandling (Dammen 2013).

Foruten de spektakulære terapeutiske erfaringene og de omfattende psykiske endringene som klientene opplevde, var det viktigste ved disse erfaringene de spørs- målene og antagelsene om behandling, forskning og diagnostisering som ble utviklet.

##### De viktigste antagelsene var at det måtte være mulig:

* + Å løse psykologiens og psykiatriens vitenskapelige utfordringer.
  + Å utvikle et tilstrekkelig vitenskapelig kunnskapsgrunnlag for psykologi og psykiatri.
  + Å utvikle en forutsigbar og kontrollerbar behandling av psykisk forankrede plager.

Disse antagelsene førte senere til antagelser om at det ville være mulig:

* + Å løse schizofreniens vitenskapelige utfordringer.
  + Å utvikle et tilstrekkelig vitenskapelig kunnskapsgrunnlag for behandling av schizofreni.
  + Å utvikle en forutsigbar og kontrollerbar behandling av schizofrene sympto- mer.

I tillegg oppstod antagelsen om:

* + At likhetene mellom psykisk forankrede plager og den alminnelige psykiske tilstand var viktigere for å forske på og endre disse tilstandene enn forskjellene mellom dem.
  + At det var mer hensiktsmessig å operere med én psykisk plage med like man- ge variasjoner som det fantes klienter, enn å måtte forholde seg til 300-400 forskjellige psykiske plager, slik de blir beskrevet i de diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V.

Disse antagelsene førte til en analyse av psykologiens, psykiatriens og schizofreniens terapeutiske og vitenskapelige mangler, som blir beskrevet i neste kapittel.

#### Oppsummering

De terapeutiske erfaringene var grunnlaget for den forskningen som førte til hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Dette førte til utviklingen av kunnskapen som gjorde det mulig å oppnå raske og varige resultater i behandling. Erfaringene utfordret de etablerte forståelsene innen psykologi og psykiatri, da de viste at og hvor- dan det er mulig å utvikle effektive behandlingsmetoder. Disse metodene er bygget på en dyp forståelse av hvordan psykiske plager er bygget opp mentalt, og hva som skjer mentalt når det oppstår endringer gjennom behandling.

Gjennom forskning på de terapeutiske erfaringene ble det utviklet et verktøy for å undersøke og endre de mentale elementene som forårsaker psykisk plage, kun gjen- nom språk. Dette er noe av kjernen i hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi: Det å forstå at terapeutiske samtaler ikke bare er kommunikasjon, men en vei inn til klientens indre opplevelse og til endring av den psykiske smerten.

Forskningen førte til utviklingen av hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi. Den rommer vitenskapelig kunnskap om det psykiske materialet som er grunnlaget for alle psykiske tilstander, og om lingvistisk hjerneterapi, som er en forutsigbar og vitenskapelig forankret tilnærming til behandling av psykiske plager. Dette kan anven- des i behandling av både lettere og tyngre psykiske plager.

Da denne boken er rettet mot lingvistisk hjerneterapi med et fokus på schizofreni, vil neste kapittel beskrive trekk ved den forståelsen av schizofreni som dominerer i dagens samfunn. Hensikten er å gi en bakgrunn for det som skrives i de kommende kapitlene.

Kapittel 4 Psykiatriens og psyko- logiens mangler

Kapittelet presenterer vitenskapelige og terapeutiske mangler ved psykologiens og psykiatriens forståelse av schizofreni. Derigjennom formidles også noe av motivasjo- nen bak denne boken, som er å bidra til å redusere disse manglene. Kapittelet er basert på funn fra tre kvalitative og ett kvantitativt forskningsprosjekt. Målet har vært å un- dersøke hvordan psykiske plager var bygget opp mentalt, og hva som skjedde mentalt når klientene ble bedre av behandling.

Psykologien og psykiatrien mangler et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag (Møller, 2018). De vet tilnærmet alt om schizofreni observert utenfra, men ingenting som kan bevises om hvordan schizofreni oppleves innenfra. Man vet lite om hvordan schizofre- ni er bygget opp mentalt, og hva som skjer presist mentalt inne i hodet når det skjer en psykisk endring som følge av behandling. Det finnes ingen presis dokumentasjon på forbindelsen mellom indre mentale prosesser og utviklingen av schizofreni. Psyken og schizofreni er fortsatt et mysterium hvis man søker å forstå schizofreni som et indre, opplevd mentalt fenomen.

Psykologiens og psykiatriens kunnskapsmessige og terapeutiske problemer er ikke en følge av mangler hos psykologene, psykiaterne eller terapeutene. Problemet er knyt- tet til psykologiens og psykiatriens manglende vitenskapelige kunnskapsgrunnlag. Dette er et resultat av vitenskapsteoretiske og forskningsmetodiske feil. Psykologiens og psykiatriens problemer skyldes paradigmer som definerer hva som er mulig, og hva som ikke er mulig å forske på. Følelser og det psykiske materialet som forankrer opp- levelsen av schizofreni, blir sett på som ikke-forskningsbare fenomener. De blir også sett på som fenomener som kun kan undersøkes gjennom nevrobiologisk og nevrom- edisinsk forskning.

Som en konsekvens av dette har man ikke forsket på, og derfor heller ikke utviklet sikker kunnskap om, det psykiske materialet som utløser schizofreni. Det er dette pa- radigmet som må endres og erstattes av et nytt. Følelser og indre opplevelser av schizo- freni må forskes på. Spørsmålet er bare: Hvordan? Man må utvide forskningens fokus fra det som kan observeres utenfra, til det psykiske materialet som utløser schizofrene følelser og reaksjoner.

Fraværet av forskning på det psykiske materialet som ligger til grunn for schizofre- ni har ført til at psykologien og psykiatrien har basert sin kunnskap om psykiske pla- ger på fortolkninger og gjetninger (”conjectures”) (Popper, 1963). Som følge av denne

situasjonen har psykologien omfattende kunnskap om schizofreni, men ingen presis vitenskapelig forståelse av psyken. Psykologien mangler også vitenskapelig forståelse av det psykiske materialet som forårsaker schizofreni, og av den psykiske eller mental- biologiske naturen. Psykologien og psykiatrien kan derfor betraktes som vitenskapeli- ge disipliner. Innholdet i disse disiplinene er imidlertid ikke tilstrekkelig vitenskapelig holdbart når det gjelder schizofreni.

En annen begrunnelse for denne situasjonen er at de objektene man har forsket på, ikke tilfredsstiller vitenskapelige krav. Hverken observasjoner av atferd, tanker eller psykiske reaksjoner tilfredsstiller de kriteriene som må stilles til objekter i forskning på den indre opplevelsen av schizofreni. Man anvender dermed vitenskapelig avan- serte metoder på ikke vitenskapelig holdbare objekter som uttrykk for symptomene. Følgen er at vi sitter igjen med forskningsresultater og funn om schizofreni som ikke er tilstrekkelig vitenskapelig presise, selv om antallet forskningsprosjekter og det data- materialet som er utviklet, er omfattende.

#### Fortolkningenes begrensninger:

Som følge av denne situasjonen sitter vi kun igjen med fortolkninger av schizofreni og av behandling. Fortolkningene kan romme dyp innsikt, men gir ikke tilstrekkelig vitenskapelig kunnskap om det psykiske materialet som utløser og forankrer psykisk betingede plager. Fortolkninger av schizofreni er preget av systematiske feil med hen- syn til validitet eller gyldighet. Fortolkerens redelighet, ved at han eller hun oppgir premissene for sin fortolkning, endrer ikke denne situasjonen. Fortolkningen fører heller ikke til at kunnskapen blir mer objektiv. Ingen behandling vil fremstå som til- strekkelig vitenskapelig holdbar hvis den baserer seg på fortolkninger av observasjoner av symptomer og de schizofrenes opplevelser. Grunnen til dette er at ingen fortolkning av følelser er følelser slik de oppleves innenfra, eller de mentale prosessene som ligger til grunn for de følelsesmessige reaksjonene.

En annen grunn til fortolkningens mangler er at terapeutens eller forskerens førforstå- else vil være bestemt av vedkommendes kunnskap, teorier og verdier. Disse vil kunne få forrang fremfor klientens fortellinger om sine opplevelser. Fortolkningen fremstår derfor som et samskapt produkt. Men intet symptom er et samskapt produkt mellom klient og terapeut eller forsker. Enhver opplevelse av schizofreni er en unik og pri- vat opplevelse. Ingen fortolkning vil kunne fange klientens opplevelse slik den faktisk oppleves av klienten. Den eneste veien til utvikling av vitenskapelig kunnskap om in- dre årsaker til schizofreni og metoder for å behandle schizofreni går gjennom en un- dersøkelse av de ord og utsagn klientene bruker for å beskrive sine indre opplevelser. Dette kan oppnås ved å undersøke det psykiske materialet som utløser disse.

#### Mangler ved de diagnostiske systemene:

Som en følge av det foregående er ingen diagnoser fra ICD-11 og DSM-V tilstrekkelig

vitenskapelig holdbare og presise. Årsaken til dette er at de ikke gir presise uttrykk for det psykiske materialet som ligger til grunn for og utløser schizofreni. Årsaken er også at diagnosene er et resultat av forskning på objekter som ikke tilfredsstiller de kravene som må stilles til et forskningsobjekt hvis målet er å utvikle vitenskapelig kunnskap. Diagnoser er derfor et resultat av fortolkninger, selv om fortolkningene er basert på omfattende data. Men ingen fortolkning rommer entydig sann kunnskap.

Det er umulig å utvikle presise diagnoser dersom man ikke vet nøyaktig hvordan symptomene er bygget opp mentalt. Man må også forstå hva som skjer mentalt når et menneske utvikler schizofreni, og når klientene oppnår endring gjennom behandling. På grunn av denne situasjonen kan diagnoser fungere som et overgrep. Klientene vil kunne oppleve at det ikke er samsvar mellom deres egen opplevelse av situasjonen og den diagnosen som er blitt satt.

Det er mulig å utvikle vitenskapelig holdbare og anvendbare diagnoser. Man må imidlertid ta utgangspunkt i hvordan den psykiske plagen viser seg for klienten gjen- nom klientens egne opplevelser, ord og utsagn, samt hvordan den psykiske plagen oppleves og utvikler seg over tid.

#### Mangler ved begrepet «best practice»:

En annen følge av denne situasjonen er at psykologiske teorier ikke kan bevises. Som et resultat av dette har begrepet «best practice» dukket opp i psykologien og familiete- rapien de senere årene. Begrepet «best practice» illustrerer at man behandler med de best tilgjengelige metodene på best mulig måte. Det er et viktig begrep som sier noe om kvaliteten på det terapeutiske arbeidet som gjennomføres. Men det er et utilstrek- kelig begrep hvis målet er å avklare forskjellen mellom vitenskapelig holdbar kunn- skap om schizofreni og om behandling. Begrepet skiller heller ikke mellom kunnskap som er interessant og viktig, men som ikke er tilstrekkelig vitenskapelig fundert. Trolig bør man tydeliggjøre og problematisere at «best practice» beskriver god terapi, men terapi som likevel ikke er tilstrekkelig vitenskapelig forankret.

Til forskjell fra psykologiske teorier er de teoriene som ligger til grunn for hjernens psykologi, falsifiserbare. Dette betyr at de kan undersøkes og i prinsippet avkreftes. Hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT) er bygget på harde fakta. Man har anvendt et forskningsdesign som har gjort det mulig å anvende naturvitenskapeli- ge metoder til å forske på følelser slik de oppleves inne i hodet, uten bruk av apparatur. Dette har gjort det mulig å kartlegge de mentale elementene som forankrer klientens opplevelse av schizofreni. Man er i tillegg opptatt av å sikre best mulig kvalitet.

En konklusjon på grunnlag av det foregående er at psykiatrien mangler et viten- skapelig kunnskapsgrunnlag. Man baserer seg derfor på fortolkninger av schizofreni. Men ingen fortolkning av symptomer kan føre til presis og objektiv kunnskap om schi- zofreni og om de mentale prosessene som fører til psykisk endring. Man må derfor underkaste den fortolkningsbaserte og hermeneutiske forståelsen en grundigere ana- lyse. Det må skilles mellom når den hermeneutiske eller fortolkende tilnærmingen er nødvendig og berikende, og når den fører til upresis eller feilaktig kunnskap.

#### Konklusjon:

Dersom psykologisk og psykiatrisk forskning på schizofreni hadde vært tilstrekke- lig vitenskapelig holdbar, ville vi hatt en annen situasjon innen psykisk helsevern og behandling enn i dag. Flere psykologer og psykiatere ville arbeidet mer presist med schizofreni. De fleste klientene ville blitt behandlet forutsigbart og effektivt dersom deres lidelser hadde en mental årsak. I hjernens psykologi har man tatt konsekvensen av denne erkjennelsen. Følgen er at man har skiftet fokus fra ytre observerbare feno- mener til de indre opplevelser og mentale prosesser som fører til, og er forbundet med, symptomer.

Det følgende er ment som en introduksjon og en innledning til det teoretiske grunn- laget for hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi.

# Del 2

Kapittel 5 Om Schizofreni

(mer om intro i forhold til boka)

Selv om boken ikke er fokusert på schizofreni slik den beskrives i psykiatrien, vil jeg presentere trekk ved den dominerende kunnskap om schizofren og nyere forståelse for schizofreni. Hensikten er å formidle kunnskap som man bør ha kunnskap om og som man må forholde seg til, selv om man har en annen forståelse for schizofreni og en annen tilnærming til behandling av schizofrene.

#### Innledning

Kapittelet gir en innføring i eldre og nyere forståelse av schizofreni som en referanse for, og som et relieff til, denne boken om hjernens psykologi og lingvistisk hjernetera- pi. Kapittelet gir ikke en fullstendig og rettferdig oversikt over eksisterende kunnskap. Hensikten er å gi leseren kunnskap som gjør det mulig å sammenlikne den domine- rende forståelsen av schizofreni med den hjernepsykologiske forståelsen. Hensikten med kapittelet er også å understreke alvoret i denne psykiske lidelsen og den omfatten- de psykiske smerten som schizofrene kan oppleve. Dette alvoret kan forsvinne i denne bokens optimisme om hva som er mulig å oppnå i behandling av schizofrene.

#### Eldre og nyere forståelse

Vi kan skille mellom en eldre og nyere forståelse av schizofreni. Først presenteres trekk ved den tidligere og fortsatt dominerende forståelsen av schizofreni. Deretter beskri- ves trekk ved den nyere forståelsen, med fokus på selvforstyrrelser, som har utviklet seg fra rundt 1980 til i dag. Hensikten med dette kapittelet er ikke å gi en rettferdig beskrivelse av den dominerende kunnskapen, men å formidle etablert kunnskap som skiller seg fra forståelsen og behandlingen av schizofreni som formidles i denne boken. Mens den dominerende forståelsen av schizofreni er preget av objektive diagnos- tiske kriterier, en positivistisk tilnærming til forskning og omfattende bruk av psyko-

farmaka, kan den nyere forståelsen beskrives gjennom begreper som prodromalfasen (varselfasen), selvforstyrrelse, subjektivitetsmodellen, EASE og TIPS.

Schizofreni er en av de mest utbredte psykosespekterlidelsene. Schizofreni er ka- rakterisert ved et bredt spekter av symptomer, som er delt inn i tre hovedkategorier: positive symptomer, negative symptomer og kognitive symptomer. Positive sympto- mer inkluderer hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og uorganisert oppførsel. Negative symptomer omfatter apati, mangel på følelsesmessig uttrykk, redu- sert evne til å initiere og opprettholde planlagte aktiviteter og begrenset tale. Kognitive symptomer kan inkludere problemer med oppmerksomhet, hukommelse og evnen til å strukturere og organisere tanker. Schizofreni har ofte krevd livslang behandling og overvåkning for å håndtere symptomer og forebygge tilbakefall.

Schizofreni er, ut fra den hjernepsykologiske forståelsen, ikke en enhetlig psykisk plage, men en tilstand bestående av flere uavhengige psykiske plager, selv om enkelte kan være nært forbundet. Det er ingen naturnødvendig sammenheng mellom hørsels- hallusinasjoner og vrangforestillinger, mellom hallusinasjoner og apati eller mellom vrangforestillinger og kognitiv svikt. Dette innebærer at disse plagene må anses som separate symptomer som må behandles for seg, selv om de for enkelte klienter vil være nært forbundet. Den videre beskrivelsen vil likevel kun formidle etablerte kunnskaper. Senere kapitler vil utdype og begrunne påstanden om at schizofreni ikke er én, men flere psykiske lidelser.

#### Kriterier for å bli diagnostisert med schizofreni

For å bli diagnostisert med schizofreni, må pasientene oppfylle kriterier som er fastsatt i diagnostiske manualer som Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) eller International Classification of Diseases (ICD-11). Selv om kriteriene kan variere noe mellom disse manualene, er det visse regler som må følges. Pasienten må ha psykotiske symptomer. Dette inkluderer vanligvis minst to av følgende kriterier, hvorav minst ett må være blant de tre første: hallusinasjoner, vrangforestillinger, uor- ganisert tale, uorganisert eller kataton atferd, samt negative symptomer som uttrykks- løshet, apati og mangel på tale.

##### Funksjonsnedsettelse:

Funksjonsnedsettelser er et viktig kriterium, det vil si en nedgang i fungering på jobb, i sosiale relasjoner og ved personlig hygiene og stell, sammenlignet med nivået før sykdommen inntraff.

Ifølge ICD-11 må symptomene være til stede i en betydelig del av tiden over en periode på minst én måned, med tegn på schizofreni som har vart i minst seks må- neder. Dette inkluderer perioder med prodromale symptomer, det vil si perioder der personen ikke viser fullt utviklede psykotiske symptomer. Utbredelsen av schizofreni i Norge ligger på omtrent 1 %.

#### Utelukkelse

Diagnosen schizofreni utelukker andre tilstander, som bipolar lidelse eller depresjon med psykotiske trekk, samt symptomer som følge av bruk av sentralstimulerende mid- ler, medisiner eller narkotika som kan fremkalle psykotiske symptomer. Symptomene kan heller ikke være direkte knyttet til en annen medisinsk tilstand.

#### Symptomer

Schizofrene symptomer deles inn i tre hovedkategorier: positive symptomer, negative symptomer og kognitive symptomer.

##### Positive symptomer:

Positive symptomer refererer til tilleggsfunksjoner eller forstyrrelser som schizofrene kan oppleve, som ikke er til stede hos friske individer. Disse inkluderer hallusinasjoner, det vil si sanseopplevelser uten eksterne stimuli som ikke deles av andre. Auditive hal- lusinasjoner, hvor man hører en eller flere stemmer som kommenterer ens handlinger eller tanker negativt, er de mest vanlige. Hallusinasjoner kan også involvere syn, lukt, smak og kroppslige fornemmelser.

Andre positive symptomer er vrangforestillinger. Vrangforestillinger er faste, ofte bisarre overbevisninger som ikke stemmer overens med virkeligheten, og som er ved- varende selv når det finnes motbevis. Vrangforestillinger hos personer med schizofre- ni er ofte vanskelige å korrigere. Disse kan sterkt påvirke individets oppfattelse, følelser og handlinger, og de kan føre til misforståelser, konflikter og potensielt risikabel eller skadelig atferd. Innenfor vrangforestillinger finnes det ulike typer:

Paranoide vrangforestillinger, som er troen på at man blir forfulgt eller konspirert mot. Grandiose vrangforestillinger, som er troen på at man har et stort, uoppdaget talent eller en viktig misjon, eller er en eksepsjonell personlighet som Jesus, Napole- on eller en konge. Tankepåføring, tanketyveri eller tankekringkasting, som innebærer troen på at ens tanker blir manipulert av en ytre kilde, fjernet, stjålet eller kontrollert av andre.

Vi har også referansevrangforestillinger, definert som troen på at nøytrale hendelser eller kommentarer har en direkte og personlig betydning for individet, og somatiske vrangforestillinger, som innebærer overbevisningen om at man har en fysisk sykdom eller skade uten medisinsk bevis. Nevnes må også eierskapsvrangforestillinger, som er troen på at ens partner er utro uten objektive grunner eller bevis.

Vrangforestillinger kan føre til utfordringer som sosial isolasjon, konflikter med familie eller venner, angst, depresjon og paranoide følelser som forverrer den psykiske helsen. De kan også vanskeliggjøre fungering i dagliglivet, inkludert arbeid, studier el- ler sosiale interaksjoner. I ekstreme tilfeller kan vrangforestillinger føre til selvskading eller utgjøre en fare for andre.

Et annet positivt symptom er tankeforstyrrelser i form av uvanlige eller dysfunksjo-

nelle måter å tenke på, som kan manifestere seg som usammenhengende tale, tanker og uorganisert atferd. Dette kan inkludere uforutsigbar eller upassende følelsesmessig respons, mangel på målrettet atferd eller vanskeligheter med daglige oppgaver.

#### Negative symptomer:

Negative symptomer er karakterisert ved en reduksjon i eller tap av evnen til å fungere normalt. De kan være mer utfordrende å identifisere som en del av schizofrenien fordi de kan forveksles med depresjon eller andre tilstander. Blant de negative symptomene finner vi:

Apati eller mangel på motivasjon (avolition), som innebærer mangel på energi el- ler interesse for aktiviteter som vanligvis er forbundet med glede eller for nøytrale følelser som arbeid, skole eller sosiale aktiviteter. Tilbaketrekning fra sosialt liv, noe som kan innebære at man unngår kontakt med familie eller venner, og som fører til at personen tilbringer mye tid alene. Dette er ofte kombinert med tap av interesse for so- sialt samvær eller relasjoner. Redusert følelsesmessig uttrykk (affektiv utflating), i form av begrenset eller fraværende emosjonelle uttrykk i ansiktet eller stemmen, noe som kommer til uttrykk gjennom begrensede ansiktsuttrykk, monoton tale eller mangel på øyekontakt. Dette kan gjøre det vanskelig for andre å forstå personens følelser.

Vi har også anhedoni, som er manglende evne til å føle glede, og alogi, som viser seg gjennom begrenset og mindre meningsfull kommunikasjon.

#### Kognitive symptomer:

Kognitive symptomer påvirker tenkning, oppmerksomhet, minne og daglig atferd. Selv om de ikke alltid er synlige, slik som de positive og negative symptomene, kan de være de mest hemmende for personen selv. Blant de kognitive symptomene har vi konsentrasjonsvansker, som innebærer problemer med å fokusere eller opprettholde oppmerksomheten, og nedsatt eksekutiv funksjon, som gjør det vanskelig å planlegge, organisere og utføre oppgaver, samt å ta beslutninger som er basert på planlegging og logisk tenkning. Man kan også ha problemer med arbeidsminne, som innebærer van- skeligheter med å fastholde eller holde kontakt med informasjon over tid, noe som er nødvendig for å utføre ulike oppgaver.

Forståelse av disse symptomene er nødvendig for å gjenkjenne, diagnostisere og be- handle schizofreni.

#### Kritikk av diagnosen schizofreni

Diagnosen schizofreni er under debatt, ettersom noen forskere argumenterer for at schizofreni ikke eksisterer som en enhetlig psykisk lidelse, men at den heller er en

samling av ulike psykiske lidelser. Dette har ført til forslag om at diagnosen schizofreni bør erstattes av andre diagnoser.

#### Årsaker til schizofreni

I medisinsk sammenheng brukes ordet ”etiologi” for å beskrive årsakene til sykdom- mer og lidelser. Når leger eller forskere studerer etiologien til en bestemt tilstand, ser de på faktorer som har bidratt til utviklingen av den. Dette kan inkludere genetiske, miljømessige, biologiske eller psykososiale faktorer.

##### Genetiske årsaker

Det er bred forskningsmessig enighet om at schizofreni er et resultat av en kompleks interaksjon mellom genetiske og miljømessige faktorer. Genetisk predisposisjon, nev- robiologiske avvik og tidlige miljømessige stressfaktorer er ansett som sentrale bi- dragsytere til utviklingen av schizofreni. Risikoen for å utvikle schizofreni er høyere hos personer som har en nær slektning med lidelsen, som for eksempel en tvilling, noe som understreker den genetiske komponenten. Tvillingstudier har spilt en sentral rolle i forskningen på årsakene til schizofreni og i å forstå forholdet mellom genetikk og miljø i utviklingen av lidelsen. Man har imidlertid ikke identifisert et enkelt gen som er ansvarlig for lidelsen. Samlet sett formidler forskningen at schizofreni er resultatet av komplekse interaksjoner mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer.

##### Biologiske årsaksfaktorer

Forskning har vist at ulike nevrobiologiske faktorer er involvert i utviklingen av schi- zofreni. Disse inkluderer avvik i hjernestrukturen, som redusert hjernevolum i grå substans, som består av hjerneceller, samt i hippocampus (som er knyttet til minne) og amygdala (som spiller en rolle i følelsesregulering). Det er også funnet endringer i pre- frontal cortex, som er involvert i beslutningstaking, problemløsning og sosial atferd. I tillegg har man funnet ubalanser i produksjonen, opptaket og frigjøringen av nevro- transmittere, spesielt dopamin og glutamat, samt mulige forstyrrelser i nevrobiologisk utvikling før fødsel, og endringer i synaptisk plastisitet, som handler om hjernens evne til å endre styrken og effektiviteten av synaptiske forbindelser over tid.

Disse nevrobiologiske endringene tyder på at hjernens utvikling og funksjon er involvert i utviklingen og opprettholdelsen av schizofreni. Det er imidlertid fortsatt et spørsmål om hva som er årsak og hva som er virkning. For eksempel i hvilken grad endringene i hjernestrukturen og de nevrobiologiske faktorene er årsaken til schizo- freni eller en følge av å ha hatt en schizofren lidelse over tid, og om de nevrobiologiske faktorene er knyttet til sosiale og miljømessige forhold. Det er for eksempel kjent at vedvarende depresjon fører til endringer i klientenes immunsystem.

##### Miljømessige stressfaktorer av betydning for utvikling av schizofreni

Visse miljøfaktorer har vært assosiert med en økt risiko for schizofreni, inkludert prenatal eksponering for infeksjoner, underernæring eller toksiner (gifter som skader kroppen), komplikasjoner under fødsel, samt bruk av cannabis i ungdomsårene. Stres- sende livshendelser, spesielt de som involverer sosial avvisning, mobbing, traumer el- ler dysfunksjonelle familieforhold, kan bidra til utviklingen av schizofreni, særlig hos personer som er genetisk disponert. Barndomstraumer, misbruk og omsorgssvikt er også identifisert som risikofaktorer. Videre kan rusmisbruk, spesielt bruk av cannabis i ungdomsårene, øke risikoen for schizofreni hos genetisk disponerte individer.

Ingen av disse faktorene antas alene å forårsake schizofreni. I stedet er det interak- sjonen mellom genetiske predisposisjoner og miljømessige stressfaktorer som antas å påvirke risikoen for å utvikle lidelsen. Gen-miljø-interaksjonen antyder at visse gener kan påvirke hvordan en person reagerer på miljømessige faktorer som forurensning, kosthold, stress og kjemikalier.

##### Konklusjon

Årsakene til schizofreni er ikke fullstendig forstått. Både ICD-11 og DSM-5 erkjenner at schizofreni er en følge av en kombinasjon av genetiske, biologiske, miljømessige og psykososiale faktorer, uten å isolere en enkelt årsak. De nyere versjonene av ICD-11 og DSM-5 fokuserer i stedet på intensiteten i klientenes symptomer og graden av funk- sjonsnedsettelse når de stiller en diagnose. En tydelig mangel ved tidligere etablert kunnskap om schizofreni er fraværet av et fokus på selvforstyrrelser (se under).

#### Ulike typer av schizofreni

Man har tidligere operert med flere underkategorier av schizofreni. Innenfor den over- ordnede beskrivelsen av schizofreni finner vi paranoid schizofreni, hebefren (desorga- nisert) schizofreni og katatoni. Disse beskrives her, selv om disse undertypene er tatt ut i DSM-5 og deres betydning er redusert i ICD-11. De er nevnt her fordi de aksentu- erer trekk ved enkelte schizofrenes tilstand.

##### Paranoid schizofreni:

Paranoid schizofreni er den mest vanlige typen av schizofreni og er hovedsakelig pre- get av vrangforestillinger og auditive hallusinasjoner, ofte knyttet til en følelse av for- følgelse. Til tross for disse vrangforestillingene og hallusinasjonene kan funksjonen på andre områder som tale og affekt være relativt godt bevart sammenlignet med andre typer av schizofreni.

##### Hebefren (desorganisert) schizofreni:

Hebefren schizofreni er preget av desorganisert tale og atferd, samt følelsesmessig av- flatning eller upassende følelsesmessige reaksjoner. Individer med hebefren schizofre- ni kan ha vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter og føre en sammenhengende samtale. Deres følelsesmessige reaksjoner er ikke i samsvar med det som naturlig føl- ger av situasjonen de befinner seg i, noe som kan resultere i upassende latter eller gråt. Denne typen schizofreni blir ofte merkbar i tenårene eller tidlig i tjueårene. Personer med hebefren schizofreni kan ha utfordringer med å dra nytte av behandlingen på grunn av tankeforstyrrelser, desorganisert tale og atferd, samt emosjonell ustabilitet.

##### Katatoni:

Katatoni karakteriseres av en motorisk forstyrrelse, som kan inkludere stupor (mangel på motorisk aktivitet og interaksjon med omgivelsene), mutisme (som innebærer at klienten ikke snakker), negativisme (som kan innebære motstand mot instruksjoner og mot behandlingen), posturing (i betydningen vedvarende upassende eller bisarre stillinger) og kataton spenning som innebærer kontinuerlige spenninger i musklene. I noen tilfeller kan katatoni også innebære overdreven motorisk aktivitet (sett utenfra), som ikke er påvirket av ytre stimuli.

Det er viktig å merke seg at klassifiseringen av schizofreni i underkategorier som paranoid, kataton og hebefren schizofreni er blitt mindre vanlig i nye versjoner av de diagnostiske manualene ICD-11 og DSM-5. I DSM-5 kategoriseres schizofreni uten disse undergruppene. I stedet legges det vekt på individuelle symptomer og deres al- vorlighetsgrad.

I tillegg til de nevnte finnes det andre schizofrenirelaterte lidelser.

##### Schizoaffektiv lidelse

Schizoaffektiv lidelse er en kombinasjon av humørforstyrrelser (som bipolar lidelse eller depresjon) og schizofreni. Pasienter opplever både psykotiske symptomer og hu- mørsvingninger, som kan variere mellom depresjon og mani. Denne lidelsen er min- dre vanlig enn schizofreni. For en diagnose kreves det at de psykotiske symptomene er til stede også i perioder uten humørsymptomer.

##### Schizofreniform lidelse

Schizofreniform lidelse ligner på schizofreni, men varigheten av symptomene er kor- tere – mellom 1 og 6 måneder. Hvis symptomene vedvarer utover 6 måneder, kan diagnosen endres til schizofreni.

##### Kortvarig psykotisk lidelse

Kortvarig psykotisk lidelse innebærer plutselige og intense psykotiske symptomer, som hallusinasjoner eller vrangforestillinger, som varer i minst én dag, men mindre enn én måned. Full rehabilitering er vanlig. Lidelsen kan ofte utløses av ekstremt stress eller en traumatisk hendelse.

##### Delusjonell lidelse

Delusjonell lidelse er karakterisert ved vedvarende, ikke-bisarre vrangforestillin- ger (for eksempel, å bli forfulgt eller ha en sykdom) uten andre markante psykotiske symptomer. Personer med denne lidelsen kan fungere relativt godt i dagliglivet, siden forstyrrelsene hovedsakelig er begrenset til vrangforestillingene.

#### Behandling

Behandlingen av schizofreni er vanligvis multimodal og eklektisk, noe som innebærer at man kombinerer medikamentell behandling, psykoterapi, sosial støtte, psykoedu- kativ behandling og ofte rehabiliteringstiltak. Hensikten er å hjelpe individet med å håndtere dagliglivets utfordringer. Behandlingen tar sikte på å tilby en helhetlig og individtilpasset tilnærming. Målet med en multimodal behandlingstilnærming er ikke bare å redusere symptomer, men også å forbedre livskvaliteten, fremme uavhengighet og støtte individets evne til å fungere i samfunnet.

Disse terapeutiske tilnærmingene er ikke nødvendigvis rettet mot spesifikke ”typer” av schizofreni, siden man har gått bort fra å kategorisere schizofreni i undergrupper som paranoid, hebefren eller kataton (spesielt i DSM-5). I stedet fokuserer behandlingen på de individuelle symptomene, opplevelsene og behovene til hver person. Her er enkelte metoder som brukes for å behandle schizofreni:

##### Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi (CBT) for psykose er utformet for å hjelpe personer med schi- zofreni til å utfordre uønskede tanker og oppfatninger, særlig med fokus på vrangfo- restillinger og hallusinasjoner. Denne metoden kan bidra til å redusere intensiteten av psykotiske symptomer og forbedre funksjonsnivået.

Selv om psykodynamisk terapi sjelden anvendes på personer med schizofreni, kan noen pasienter dra nytte av denne tilnærmingen fordi den utforsker underliggende psykologiske konflikter, tanker og følelser. Den kan fremme økt selvforståelse og inn- sikt i de mentale prosessenes påvirkning på atferd og opplevelser. Familieterapi kan være fordelaktig ved å støtte pasienten og hjelpe familiene til å forstå lidelsen bedre og støtte sine nære, noe som kan redusere tilbakefall og forbedre hverdagsfunksjonen. Terapeutiske intervensjoner rettet mot familier av personer med schizofreni ligner ofte på psykoedukativ behandling, som fokuserer på å lære både den schizofrene og deres familie nye mestringsstrategier og forståelse av schizofreni.

##### Metakognitiv trening (MKT)

Metakognitiv trening (MKT) ligger nært opp til psykoedukativ behandling. MKT er en gruppebasert intervensjon som tar sikte på å forbedre pasientens bevissthet om sine egne tankeprosesser og å utvikle strategier for å håndtere vrangforestillinger og dysfunksjonelle tanker. I metakognitiv terapi avdekker man klientenes uhensiktsmes- sige mestringsstrategier, som trusselstyrt oppmerksomhet, overdreven bekymring og

grubling. Målet med behandlingen er ikke å endre innholdet i bekymringstankene, men å utforske hvordan klientene forholder seg til dem, hva de tenker om tankene sine og hvordan de kan forholde seg til dem på en ny og mer hensiktsmessig måte.

##### Recovery-orienterte terapier:

Disse terapiene fokuserer på individets tilfriskning, med vekt på å bygge håp, identifi- sere mål og styrker og utvikle strategier for å leve et tilfredsstillende liv til tross for ut- fordringer forårsaket av lidelsen. Denne kan ligge tett opp til vedlikeholdsterapi, som har som mål å opprettholde symptomfrihet eller redusere hyppigheten og alvorlighets- graden av symptomer etter at pasienten har oppnådd tilfriskning. Målet er å forhindre tilbakefall, forbedre livskvaliteten og støtte pasientens evne til å fungere i dagliglivet. Vedlikeholdsterapi for schizofreni inkluderer ofte en kombinasjon av medikamentell behandling, psykososial terapi og støtte fra ulike helsetjenester.

Antipsykotiske medikamenter spiller en sentral rolle i vedlikeholdsterapien, da de kan redusere risikoen for tilbakefall. Pasientene oppfordres til å fortsette med medika- sjonen selv etter at symptomene forbedres for å opprettholde stabiliseringen. Man kan også vurdere og iverksette planer for nedtrapping av medisiner.

Regelmessige oppfølginger og samarbeid med helsetjenestene etter utskriving er viktig for å kunne overvåke pasientens tilstand, justere behandlingen ved behov, og gi støtte for både pasienter og deres familier. Medikamenter bør imidlertid brukes med forsiktighet og reduseres i den grad dette er mulig, da de kan føre til avhengighet. Det- te kan for mange innebære en alvorlig tilleggsbelastning.

Disse terapeutiske metodene anvendes alene eller i kombinasjon, avhengig av in- dividets behov, symptomer og respons på behandling. Effektiv behandling av schi- zofreni krever vanligvis en integrert tilnærming som kombinerer verbale tilnærmin- ger og samtaleterapi med farmakologisk behandling og andre støttetiltak. Støtte fra venner, helsepersonell og samfunnstjenester spiller en viktig rolle i håndteringen av schizofreni. Sosial støtte kan forbedre etterlevelsen av behandling, hjelpe med daglig fungering og redusere isolasjon og stigmatisering. Tjenester fra samfunnet for øvrig, som bolighjelp, jobbstøtte og sosiale aktiviteter, er viktige for å fremme uavhengighet og livskvalitet.

#### Prognose

Responsen på behandling av schizofreni varierer betydelig, og noen personer opplever større forbedringer enn andre. Flere faktorer kan påvirke hvor godt en person med schizofreni responderer på behandling, og det har vært omfattende forskning for å identifisere disse forskjellene. Her er noen egenskaper og faktorer som kan bidra til at noen personer med schizofreni får en bedre eller mer gunstig prognose gjennom behandling, sammenlignet med de som ikke viser samme grad av forbedring:

Personer som får en tidlig diagnose og tidlig behandling for schizofreni har ofte en

bedre prognose. Tidlig intervensjon kan bidra til å forhindre eller begrense omfanget av nevrologisk og psykososial skade.

Pasienter som følger behandlingsplanen nøye, inkludert medisinering, terapi og livsstilsendringer, har en tendens til å oppleve bedre utfall enn de som ikke er like konsekvente med sin behandling. Støtte fra familie, venner og samfunn kan spille en kritisk rolle i recovery. Sosial støtte kan forbedre følgene av behandling, redusere stress og bidra til økt livskvalitet. Fravær av komorbiditet, i den betydning at individer kun har schizofreni og ikke lider av andre psykiske helseproblemer som substansmisbruk eller depresjon, gir ofte en bedre prognose. Komorbiditetsbegrepet bør problematise- res, da det nesten ikke finnes schizofrene som ikke også har andre psykiske plager som ikke er diagnostisert.

Personer hvis symptomer hovedsakelig er positive (som hallusinasjoner og vrang- forestillinger) kan reagere bedre på antipsykotiske medisiner enn de med fremtreden- de negative symptomer (som apati og tilbaketrekning) eller kognitive forstyrrelser.

Individer med høyere nivåer av kognitiv funksjon ved sykdomsdebut har en tendens til å ha en bedre prognose. Dette gjelder også behandlingsmotiverte klienter preget av optimisme og evnen til å etablere og opprettholde mål.

Individer med få nevroanatomiske forandringer ved sykdomsstart kan ha en bedre respons på behandling. Det er viktig å merke seg at prognosen for schizofreni er svært individuell, og selv personer med flere ugunstige prognostiske faktorer kan oppleve betydelig forbedring med riktig behandling og støtte. Behandlingstilnærminger er best når de er skreddersydd for den enkeltes unike behov og omstendigheter.

#### Nyere forståelse av schizofreni

Den nyere forståelsen av schizofreni og behandling av schizofrene kan beskrives gjen- nom begreper som den prodromale fasen, sårbarhet-stressmodellen, schizofreni som selvforstyrrelser, subjektivitetsmodellen, TIPS og EASE.

##### Prodromale tegn og tidlig intervensjon

Fokuset på de prodromale kjennetegnene ved schizofreni, det vil si de tidlige tegn og symptomer før lidelsen er blitt diagnostisert, har vært økende. Begrepet ”prodromalfa- sen” eller varselfasen refererer til perioden før schizofreniens første psykotiske episode. Interessen for prodromalfasen har vokst spesielt fra 1980-tallet og utover, da forskere og klinikere begynte å undersøke mulighetene for tidlig intervensjon og forebygging av schizofreni. De prodromale tegnene på schizofreni refererer til de tidlige sympto- mene og advarselssignalene som oppstår før sykdommen er fullstendig utviklet. Den prodromale fasen kan vare fra måneder til flere år, og symptomene kan manifestere seg i ung alder. De er ofte gradvise, noe som kan gjøre dem vanskelige å gjenkjenne som tegn på schizofreni. Flere personer med schizofreni har opplevd prodromale sympto- mer i flere år før de fikk diagnosen.

Det er ikke én enkelt person som kan krediteres for oppfinnelsen av begrepet i

sammenheng med schizofreni, da det er et generelt medisinsk uttrykk som brukes for å beskrive den innledende fasen av en sykdom før den fullstendige manifestasjonen av symptomer. Imidlertid var forskere som Thomas McGlashan ved Yale University og Patrick McGorry i Australia blant de første til å fremheve viktigheten av denne fasen for å forstå og behandle schizofreni tidlig. Disse forskerne har bidratt til utviklingen av konsepter og behandlingsmetoder rettet mot den prodromale fasen av schizofreni, med mål om å forsinke eller muligens forhindre fullt utviklede psykotiske episoder. Interessen for den prodromale fasen har ført til utvikling av kliniske tilnærminger og forskningsprogrammer fokusert på tidlig identifisering og intervensjon for personer som står i fare for å utvikle schizofreni, se EASE og TIPS.

Blant de mest kjente prodromale symptomene på schizofreni har vi:

a) Sosial tilbaketrekning, med redusert interesse for å tilbringe tid med venner eller fa- milie, og en tendens til å isolere seg sosialt. b) Nedgang i fungering, som kan inkludere problemer på skole eller jobb, fallende karakterer eller ytelse, økt fravær, eller vanske- ligheter med å fullføre oppgaver. c) Uvanlig eller eksentrisk atferd, inkludert man- glende hygiene eller forsømmelse av personlig utseende. d) Følelsesmessige endringer, som følelsesmessig avflating, anhedoni (tap av interesse eller glede i aktiviteter som tidligere var forbundet med glede), og uvanlige stemningssvingninger. e) Uvanlige tanker og oppfatninger, inkludert rare eller paranoide ideer, magisk tenkning, eller uvanlige oppfatninger eller tolkninger av hendelser. f) Kognitiv nedgang, som pro- blemer med konsentrasjon, oppmerksomhet, minne og organisering av tanker, samt subtile endringer i kommunikasjon, som vag, omskrivende tale eller problemer med å holde en samtale på grunn av løsrevet eller desorganisert tankeprosess. g) Mystiske opplevelser eller forstyrret tenkning, som kan inkludere en økt interesse for religion eller spiritualitet, overtro eller filosofiske spekulasjoner som virker uvanlige eller in- tense.

Flere av de prodromale tegnene på schizofreni kan overlappe med symptomer på andre psykiske lidelser eller utviklingsutfordringer i ungdomsårene. Derfor er det vik- tig med en grundig vurdering for å skille mellom disse mulighetene.

#### Stress-sårbarhetsmodellen

Stress-sårbarhetsmodellen for schizofreni er en teori som søker å forklare hvordan schizofreni utvikler seg hos enkeltpersoner ved å kombinere genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Modellen foreslår at schizofreni er resultatet av en kombinasjon av biologisk eller genetisk sårbarhet og eksterne stressfaktorer som kan utløse syk- dommen.

Forskerne Zubin og Spring (1977) argumenterte for at selv om noen individer har en genetisk eller biologisk predisposisjon for schizofreni, vil ikke alle utvikle lidel- sen. Modellen antyder at enkelte har en medfødt sårbarhet eller predisposisjon for schizofreni. Selv om en person kan ha en genetisk eller biologisk predisposisjon for schizofreni, antyder sårbarhetsmodellen at ytre faktorer ofte er nødvendige for å utløse lidelsen. Dette kan inkludere stressende livshendelser, bruk av psykoaktive stoffer (kje-

miske stoffer som kan påvirke sentralnervesystemet og føre til endringer i sansning, humør, bevissthet eller atferd), eller andre miljømessige stressfaktorer.

Modellen antyder at forholdet mellom en persons sårbarhet og miljømessige stress- faktorer påvirker sannsynligheten for å utvikle schizofreni. Når stressfaktorene over- stiger en persons evne til å håndtere dem, kan det føre til utbrudd eller forverring av schizofrene symptomer.

Sårbarhetsmodellen har bidratt til en mer nyansert forståelse av schizofreni, som ikke bare fokuserer på de biologiske aspektene ved lidelsen, men også anerkjenner be- tydningen av miljømessige faktorer og individets evne til å håndtere stress. Den støtter en tilnærming til behandling som tar hensyn til den unike kombinasjonen av fakto- rer som bidrar til hver persons sårbarhet og sykdomsutfall. Stress-sårbarhetsmodellen støtter tanken om at schizofreni er resultatet av en kompleks prosess der flere faktorer, som kan påvirke utviklingen av lidelsen, virker sammen.

#### Schizofreni som en forstyrrelse av selvet

I de senere årene har det blitt utviklet en ny forståelse av schizofreni, samt nye be- greper som har ført til en endring i fokus. Tidligere var fokuset på objektive kriterier for schizofreni (vrangforestillinger og hallusinasjoner), som ble utviklet gjennom en forskningsmessig positivistisk tilnærming til lidelsen. Flere fagmiljøer jobber nå ut fra en humanistisk og fenomenologisk tilnærming som fokuserer på de schizofrenes sub- jektive opplevelse av sin situasjon. Utgangspunktet er at schizofreni er en forstyrrelse av selvet, som innebærer fundamentale endringer i individets selvopplevelse.

Selv om denne oppfatningen av schizofreni er relativt ny i Norge, er det et perspek- tiv som har fått økende oppmerksomhet i europeisk psykiatrisk teori og forskning over lengre tid. Da denne forståelsen ligger nærmest den hjernepsykologiske forståelsen av schizofreni, vil den bli viet mest plass i dette kapittelet.

##### Bakgrunn

En av de fremtredende psykiaterne som har utforsket ideen om schizofreni som en forstyrrelse av selvet, er den tyske psykiateren og filosofen Karl Jaspers. Han introdu- serte begrepet ”ipseity disturbance” (forstyrrelse av selvet), som refererer til grunnleg- gende endringer i det å være seg selv og i forståelsen av seg selv, som personer med schizofreni kan oppleve. Begrepet stammer fra latin og betyr ”selv” eller ”seg selv”.

En annen viktig bidragsyter er Louis A. Sass, en psykolog og filosof som har skrevet inngående om schizofreni og selvforstyrrelser. Sass undersøker hvordan schizofreni kan involvere en radikal endring i subjektiv erfaring, som manifesterer seg gjennom forvrengninger av selvfølelse, kroppslig opplevelse og selvbevissthet.

Giovanni Stanghellini og Thomas Fuchs er også kjent for sitt arbeid med å utforske selvforstyrrelser ved schizofreni. De undersøker hvordan disse forstyrrelsene kan på- virke personers evne til å oppleve seg selv og verden rundt seg på en meningsfull måte. I Norge har særlig Paul Møller vært betydningsfull i forbindelse med utviklingen av

forståelsen av at en kjerneegenskap ved schizofreni er at den er en forstyrrelse av selvet (Møller, 2018).

##### Trekk ved modellen

I denne modellen betraktes ikke schizofreni som en samling av psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger, men som en mer fundamental forstyrrelse av selvet som påvirker hvordan individet opplever sin identitet, kropp, tanker, følelser og forhold til omverdenen. Denne forståelsen av schizofreni innebærer at den schizo- frene tilstand ofte består av en rekke ulike og usammenhengende opplevelser som kan være svært forvirrende og forstyrrende for den som er rammet.

Selvforstyrrelser kan manifestere seg som en følelse av at ens egne tanker, handlinger eller kropp ikke tilhører en selv (for eksempel depersonalisering eller derealisering), eller en svekket evne til å oppleve seg selv som en sammenhengende og kontinuerlig person over tid og i ulike situasjoner. Man kan for eksempel oppleve at egne tanker, følelser, sansninger, kropp og bevegelser, andre mennesker eller fysiske ting, med an- dre ord helt vanlige ting i hverdagslivet og sosiale situasjoner, kan begynne å virke fremmede, uforståelige eller uvirkelige. Man kan få en følelse av at man ikke lenger er en naturlig del av verden eller sitt eget liv, mens noen opplever at de ikke lenger eier sine egne handlinger og opplevelser. Andre kan få en opplevelse av å ikke eksistere.

Sosiale og interpersonelle forstyrrelser kan også forekomme, noe som innebærer pro- blemer med å knytte og opprettholde kontakt med andre mennesker, noe som kan føre til en følelse av isolasjon, fremmedgjøring og en barriere mellom en selv og andre. En- kelte pasienter kan oppleve at tiden går saktere eller raskere enn vanlig, eller at fortid, nåtid og fremtid ikke henger sammen på en naturlig måte.

Disse perspektivene understreker betydningen av å forstå subjektive erfaringer og selvopplevelser hos personer med schizofreni. De kan gi verdifull innsikt i schizofreni- ens natur og bidra til mer målrettet og person-sentrert behandling. Ved å anerkjen- ne og adressere selvforstyrrelsene, kan behandlingen av schizofrene bli mer helhetlig, med fokus ikke bare på symptomreduksjon, men også på utvikling av et integrert selv og forbedret livskvalitet.

Selvforstyrrelsene kan være dypt forstyrrende og bidra til generell funksjonsned- settelse, selv om de kan virke interessante og vekke nysgjerrighet i den tidligste fasen. Denne nye forståelsen av schizofreni har ført til et økt fokus på prodromale selvforstyr- relser, det vil si før-diagnostiserte kjennetegn ved schizofreni, samt på tilnærminger til behandling som subjektivitetsmodellen og TIPS (tidlig oppdagelse og behandling av psykoser) og kartleggingsmodellen EASE (examination of anomalous self-experi- ence).

#### Subjektivitetsmodellen

Forbindelsen mellom subjektivitetsmodellen og schizofreni som uttrykk for en for- styrrelse av selvet, er forankret i den innsikten at individets opplevelse av seg selv og

verden kan være grunnleggende endret. Subjektivitetsmodellen for forståelse og be- handling av schizofreni representerer et avvik fra de mer tradisjonelle, biomedisinsk orienterte tilnærmingene. Modellen understreker betydningen av å integrere de schi- zofrenes subjektive opplevelser av sin egen tilstand i forbindelse med diagnostisering og behandling.

Grunnverdier

Subjektivitetsmodellen er forankret i grunnverdier som fokus på individets erfaringer. Subjektivitetsmodellen tar utgangspunkt i individets subjektive opplevelser av schi- zofreni. Dette innebærer en anerkjennelse av at pasientens beskrivelse av sine egne symptomer og opplevelser inneholder innsikt som er av betydning for en effektiv be- handling.

Anerkjennelse av selvforstyrrelser: Selvforstyrrelser oppfattes som fundamentale for- styrrelser av selvet og kan inkludere opplevelser som depersonalisering, derealisering, identitetsusikkerhet, og en følelse av at ens egne handlinger og tanker ikke tilhører en selv. Modellen søker å adressere disse forstyrrelsene gjennom terapeutiske interven- sjoner.

##### En fenomenologisk tilnærming:

Subjektivitetsmodellen benytter fenomenologi som en metode for å utforske pasien- tens opplevelser. Fenomenologien fokuserer på mentale fenomener slik de blir opp- levd av individet, uten forutinntatte antagelser eller teoretiske overbygninger. Dette krever en åpen dialog der terapeuten aktivt lytter og forsøker å forstå pasientens unike perspektiv, samtidig som han er tilbakeholden med egne fortolkninger av klientens erfaringer.

#### Behandling

Behandling med utgangspunkt i subjektivitetsmodellen er preget av at den tilpasser seg hver enkelt pasients behov og erfaringer. Terapeutene arbeider for å bygge en sterk terapeutisk allianse, der pasientens subjektivitet blir anerkjent. De jobber sammen med pasienten for å utforske og forstå deres private opplevelser. Det må imidlertid tilføyes at dette ikke er nytt i terapeutisk sammenheng. Allerede tidlig på 1960-tallet finner vi disse verdiene nedfelt og praktisert i klientsentrert terapi med Carl Rogers, samt i amerikanske familieterapeutiske tradisjoner som MRI-tradisjonen, løsnings- orientert terapi, narrativ terapi (særlig i Australia og New Zealand) og postmoderne terapi (Harlene Anderson, 1997).

Andre trekk ved subjektivitetsmodellen er integreringen av selvopplevelser, hvor terapeutene hjelper pasientene med å integrere fragmenterte eller forstyrrende selv- opplevelser. Dette kan innebære å gjenoppbygge en sammenhengende selvoppfatning og styrke pasientens evne til selvrefleksjon og selvforståelse.

Narrativ terapi kan også inngå som metode i subjektivitetsmodellen, hvor man oppfordrer klienten til å fortelle sin historie, samtidig som man hjelper dem med å

rekonstruere og skape en sammenhengende narrativ identitet. Dette hjelper klienten med å skape mening i tidligere opplevelser og møte de utfordringene de står overfor. Et annet trekk ved behandlingen er at man hjelper pasientene med å gjenopprette og ut- vikle evnen til å handle og gjøre valg som er meningsfulle og betydningsfulle for dem. Subjektivitetsmodellen fremmer en mer helhetlig forståelse av schizofreni, som ser utover de biologiske aspektene, ved å legge vekt på psykologiske og sosiale faktorer. Ved å fokusere på pasientens subjektive opplevelser tilbyr denne modellen en mer empatisk tilnærming, noe som kan føre til bedre resultater på kort og lang sikt, samt større tilfredshet hos pasientene. Subjektivitetsmodellen i forbindelse med behandling av schizofreni er viktig fordi den anerkjenner at behandling av schizofreni krever en integrasjon av både subjektive og objektive faktorer, der pasientens egen stemme og

opplevelser står sentralt.

#### TIPS

TIPS står for ”Tidlig Intervensjon ved Psykose”. TIPS-modellen har vist seg å være en banebrytende tilnærming til håndtering og behandling av schizofreni og andre psyko- serelaterte lidelser. Denne modellen, som startet i Norge, blant annet av Paul Møller, har hatt betydelig innflytelse på hvordan tidlige stadier av psykose, inkludert schizo- freni, blir håndtert globalt.

##### Grunnprinsipper

Et av målene med TIPS er å redusere tiden mellom de første tegnene på psykose og behandlingsstart. Forskning har vist at økt varighet av DUP (Duration of Untreated Psychosis) er forbundet med dårligere resultater på kort og lang sikt. TIPS-program- met fokuserer også på opplysningskampanjer rettet mot allmennheten, skoler og hel- sepersonell for å øke forståelsen av psykosesymptomer, da tidlig oppdagelse er en for- utsetning for tidlig intervensjon. Samtidig må man være oppmerksom på risikoen for å skape unødig bekymring ved å gjøre folk oppmerksomme på potensielle signaler på psykisk sykdom uten tilstrekkelig grunnlag.

##### Implementering:

TIPS tilbyr tilgang til team som raskt kan starte behandling av individer i risikosonen, det vil si for individer med prodromale tegn på schizofreni. I TIPS anvender man en kombinasjon av medikamentell behandling og psykoterapeutiske tilnærminger til- passet pasientens behov. Dette inkluderer støtte til utdanning og arbeid, samt sosial rehabilitering. Sentralt i TIPS er også langsiktig oppfølging og støtte, noe som sikrer at pasientene får den hjelpen de trenger for å oppnå langsiktige resultater og for å vedli- keholde de resultatene som er oppnådd.

##### Resultater

Forskning har dokumentert flere positive utfall som følge av implementeringen av TIPS-programmet, som forbedret prognose, bedre funksjonsevne og færre sympto- mer sammenlignet med pasienter med schizofreni som har fått hjelp på et senere tids- punkt. Resultatet er også færre tilbakefall og sykehusinnleggelser, samt redusert behov for intensiv behandling. TIPS støtter også pasientens evne til å opprettholde sosial og yrkesmessig aktivitet, noe som bidrar til bedre overordnet livskvalitet.

##### Forskning og utvikling

TIPS har inspirert utviklingen av tilsvarende programmer i mange land og anvendes som et referansepunkt for mange miljøer utenfor Norge som behandler schizofreni. Kontinuerlig forskning og evaluering er imidlertid nødvendig for å utvide forståelsen av de mest effektive måtene å behandle og håndtere schizofreni på.

Konklusjon

TIPS har bidratt til en betydelig forbedring av behandlingen av schizofreni og re- presenterer et viktig skritt på vei mot standardisering av tidlig intervensjon ved schi- zofreni, også i internasjonal sammenheng. Ved å fokusere på tidlig oppdagelse av tegn på schizofreni og rask respons, har TIPS ført til håp om en bedre fremtid både for pasienter med schizofreni og deres pårørende.

#### EASE (Examination of Anomalous Self-Experience)

EASE-modellen refererer til ”undersøkelse av anomale eller avvikende selvopplevel- ser,” som er et semistrukturert, fenomenologisk orientert intervju utviklet for å utfor- ske anomalier eller avvik i selvopplevelsen hos personer som kan være i prodromale eller tidlige stadier av schizofreni (Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jans- son, L., Handest, P., & Zahavi, D., 2005). EASE er et sentralt redskap i TIPS. Modellen er utviklet i tråd med arbeidet til filosofer og psykiatere som Karl Jaspers, samt sam- tidsforskere som Louis Sass og Giovanni Stanghellini, som har vektlagt betydningen av å forstå de subjektive, eksistensielle aspektene ved schizofreni.

EASE er et essensielt verktøy for forskning og behandling innen fenomenologisk psykopatologi og bidrar betydelig både til diagnosen og utviklingen av forståelsen av schizofreni. EASE-modellen er utviklet for å kartlegge de subjektive opplevelsene som antas å være sentrale ved schizofrene lidelser, men som ofte overses av konvensjonelle diagnostiske vurderinger, som er fokusert på de direkte observerbare symptomene, som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Disse subjektive opplevelsene kan inklude- re forvrengninger i ens selvopplevelse, kroppsnærvær, handlekraft og opplevelsen av sammenhengen – eller mangel på sammenheng – i tanker og handlinger.

EASE fokuserer på det som kalles ”selvforstyrrelser” eller ”ipseitetsforstyrrelser,” som refererer til den grunnleggende følelsen av å være et subjekt for opplevelse og handling. Disse forstyrrelsene anses som fundamentale ved schizofreni. EASE-mo- dellen har en fenomenologisk forankring, noe som betyr at den fokuserer på hvordan

individene opplever seg selv, med et særlig fokus på selvforstyrrelser. Kartleggingen av individenes situasjon skjer uten at man fortolker deres utsagn med utgangspunkt i di- agnostiske kriterier. Modellen forsøker å være tro mot pasientens subjektive perspek- tiv. Grunnforståelsen som preger EASE ligger nært opp til Grounded Theory (Corbin og Strauss, 1967).

EASE-modellen (Examination of Anomalous Self-Experience) tar for seg fem sub- jektive opplevelser som oppfattes som særlig viktige for å forstå fenomenet schizofreni, samt individenes tilstand og opplevelse av seg selv.

##### Tenkning og bevissthetsstrøm

Pasientene kan oppleve at tankene deres blir avbrutt, eller at de opplever fremmede tanker. Dette kan skape en følelse av at ens egne tanker ikke er ens egne, eller ikke er under egen kontroll. De kan også oppleve en tankestrøm som kan være vanskelig å håndtere, ofte uten et klart fokus eller mål. Andre kjennetegn er vedvarende, uønskede tanker som sirkulerer rundt de samme temaene, noe som kan føre til angst og være forstyrrende for daglig fungering.

##### Selvbevissthet og tilstedeværelse

Dette omhandler opplevelser av å føle seg frakoblet eller distansert fra verden og seg selv. Pasienter kan føle at de eksisterer ved siden av virkeligheten, og at de ikke er fullt ut deltakende i det som skjer rundt dem. Dette kan ledsages av en følelse av automati- sering, eller at man lever i en drømmelignende tilstand.

##### Kropp og bevegelser

Personer med schizofreni kan få en følelse av at kroppen er mindre reell enn normalt, eller at kroppsdeler er forvrengte eller på annen måte endret. De kan også oppleve en følelse av fremmedgjøring fra egne kroppslige fornemmelser, noe som kan inkludere at de ikke kjenner igjen seg selv i speilet.

##### Grenser overfor andre og overfor verden

Dette innebærer erfaringer hvor grensene mellom selv og andre blir utydelige. Dette kan inkludere følelsen av at andre har tilgang til ens indre tanker eller følelser, eller at man ikke lenger har en privat, indre verden.

##### Eksistensiell reorientering

Dette refererer til endringer i grunnleggende følelser og holdninger, som kan omfatte en forandret oppfatning av tid, virkeligheten eller ens plass i verden. Dette kan også inkludere en overveldende følelse av meningsløshet eller en fundamental endring i hvordan man oppfatter livet og eksistensen.

##### Betydning i forskning og klinisk praksis

EASE-modellen gir innsikt i de subjektive opplevelsene av schizofrene symptomer, noe som er avgjørende for tidlig identifisering og intervensjon. Ved å undersøke disse erfaringene kan klinikere utvikle målrettede intervensjoner som fokuserer på de un- derliggende eksistensielle og selvrelaterte bekymringene hos pasientene.

I forskning bidrar denne modellen til en bedre teoretisk forståelse av schizofreni som en lidelse som ikke bare omfatter observerbare psykotiske symptomer, men også dyptgående selvforstyrrelser. Dette kan lede til nye behandlingsmetoder og gjøre det lettere å forutse i hvilken grad klientene kan bli bedre av behandling.

EASE-modellen er spesielt nyttig for tidlig oppdagelse av schizofreni, da den hjel- per klinikere med å identifisere de som er i høy risiko i de tidligste fasene av lidelsen. Ved å fokusere på subjektive opplevelser gir den dypere innsikt i den schizofrenes opplevelse av sin psykiske tilstand, noe som kan øke terapeutens forståelse og empati. EASE-modellen er en verdifull ressurs både i klinisk kontekst og forskning, og un- derstreker behovet for en helhetlig tilnærming til behandling og forståelse av schizo-

freni.

#### Oppsummering

Oppsummeringen vil fokusere på forbindelsen mellom den prodromale fasen, stress-sårbarhetsmodellen, schizofreni som en forstyrrelse av selvet, TIPS, EASE og subjektivitetsmodellen innenfor rammen av schizofreni:

Forbindelsen mellom den prodromale fasen og stress-sårbarhetsmodellen

Den prodromale fasen i schizofreni er perioden hvor de første, ofte subtile, symp- tomene begynner å manifestere seg før en full psykotisk episode oppstår. Dette er en kritisk periode hvor individets biologiske og genetiske sårbarheter (som foreslått av stress-sårbarhetsmodellen) kan bli utløst av ytre stressorer. Stress-sårbarhetsmodellen fremhever at mens individet kan ha en innebygd predisposisjon for schizofreni, kreves det ofte en form for ekstern stress for å utløse sykdommen. Den prodromale fasen representerer dermed en mulighet for tidlig intervensjon for å dempe effekten av disse stressorene og potensielt forhindre en eskalering til en full psykotisk tilstand.

##### Forbindelsen mellom selvforstyrrelser og EASE

Selvforstyrrelser er kjernefenomener i schizofreni, hvor individer opplever funda- mentale endringer i sin selvoppfattelse, inkludert depersonalisering og følelsen av å miste kontroll over egne tanker eller handlinger. EASE (examination of anomalous self-experience) er en metode utviklet for å kartlegge og beskrive disse forstyrrelsene. EASE fokuserer på å kartlegge pasientens subjektive opplevelser relatert til selvfor- styrrelsene, og gir dermed klinikere og forskere innsikt som kan lede til målrettede og effektive behandlingsstrategier.

##### Forbindelsen mellom TIPS og stress-sårbarhetsmodellen

TIPS (tidlig intervensjon ved psykose)-programmet er utformet for å implementere prinsippene om tidlig intervensjon og behandling for å redusere varigheten av ube- handlet psykose (DUP). Dette programmet kobles direkte til stress-sårbarhetsmodel- len ved at det sikter mot å redusere eller håndtere stressfaktorene i den prodromale fasen og tidlig i sykdomsutviklingen. Ved å gripe inn tidlig kan TIPS-programmet re- dusere utviklingen mot schizofreni, symptomenes alvorlighet og forbedre prognosene ved å beskytte individet mot konsekvensene av langvarig ubehandlet psykose.

Forbindelsen mellom subjektivitetsmodellen, selvforstyrrelser og EASE Subjektivitetsmodellen legger stor vekt på pasientens subjektive erfaringer og setter pasientens perspektiv i sentrum i behandlingen. Denne modellen integreres naturlig med forståelsen av selvforstyrrelser og bruken av EASE, ettersom den anerkjenner be- tydningen av å forstå og behandle de subjektive opplevelsene og de selvforstyrrelsene som betraktes som fundamentale eller kjerneegenskaper ved schizofreni. Ved å bru- ke EASE for å identifisere og forstå omfanget av selvforstyrrelser, kan behandlingen innenfor subjektivitetsmodellen skreddersys for å adressere de behovene og utfordrin- gene pasientene møter, og gjennom dette fremme en bedre og raskere helbredelse og integrasjon av selvet.

#### Avslutning

Sammenkoblingen av de nevnte elementene, som selvforstyrrelser, prodromale tegn, subjektivitetsmodellen, EASE og TIPS, viser en flerdimensjonal tilnærming til schi- zofreni som anerkjenner både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Ved å in- tegrere disse perspektivene – fra tidlig identifisering av prodromale symptomer, for- ståelse og behandling av selvforstyrrelser, til implementering av tidlige intervensjoner – arbeider helsepersonell med en mer omfattende forståelse og effektiv behandling av schizofreni. Denne helhetlige tilnærmingen er avgjørende for å forbedre pasientenes tilfriskningsevne og for å bli oppmerksom på schizofreniens komplekse natur.

Kapittelet har beskrevet ganske summarisk enkelte trekk ved den dominerende og ny- ere forståelsen av schizofreni. Mens det er et klart skille mellom den tidligere forstå- elsen av schizofreni og behandling av schizofrene og den forståelsen som formidles i denne boken om hjernens psykologi og lingvistisk terapi, er det langt større sam- svar i forståelsen mellom innholdet i denne boken og begrepene «schizofreni som en forstyrrelse av selvet», «den prodromale fasen», «subjektivitetsmodellen», «EASE» og

«TIPS». Det er likevel omfattende forskjeller i behandlingen mellom disse systemene. En av forskjellene er at man i lingvistisk hjerneterapi i mindre grad enn i den tra- disjonelle og nyere tilnærmingen til behandling av schizofreni jobber eklektisk ved å anvende ulike metodiske innfallsvinkler til behandlingen. En annen forskjell er at selvforstyrrelsesrelaterte teorier i liten grad fokuserer på det indre opplevde psykiske materialet som ligger til grunn for de schizofrenes selvforstyrrelser. Dette vil være et hovedfokus i et hjernepsykologisk fokus på schizofreni og i lingvistisk hjerneterapi an-

vendt på schizofreni. I lingvistisk hjerneterapi med fokus på schizofreni vil man først og fremst arbeide mentalt og med det psykiske materialet som ligger til grunn for, og som utløser, klientenes selvforstyrrelser.

Neste kapittel beskriver enkelte av psykologiens og psykiatriens mangler. Manglene gjelder også kunnskapen om og behandling av schizofreni. Disse manglene søkes løst i hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi. Slik sett er disse manglene både et utgangspunkt for, og noe det som motiverer arbeidet med å utvikle hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi. Samtidig viser manglende nødvendigheten av å utvikle ny og vitenskapelig holdbar kunnskap om psykiske plager og psykisk endring.

**Informasjon om hvordan man forstår symptomer og spesifikt symptomene på schizofreni blir formidlet i kapitlene før Del 4 om Lingvistisk hjerneterapi.**

# Del 3

## Det teoretiske grunnlaget for hjernens psykologi og lingvistisk terapi

Hva inneholder del 3 Kapitler

Ved forskningens begynnelse visste jeg verken hvordan jeg skulle arbeide for å besvare de innledende spørsmålene eller undersøke mine første antagelser. Jeg begynte med å notere og analysere hva som skjedde i de terapeutiske prosessene, men uten en klar teori om årsakene til de psykiske plagene og endringene som ble oppnådd. Utgangs- punktet for analysene var: Hva skjedde mentalt med klientene når de oppnådde psy- kiske endringer i min behandling?

I starten var jeg åpen for alle mulige løsninger. Jeg utviklet flere teorier som jeg senere forkastet. Denne prosessen minner om Grounded Theory (Corbin & Strauss 1967), men manglet den systematiske tilnærmingen.

Gjennombruddet kom da jeg ble kjent med de sosialkonstruksjonistiske tradisjo- nene og Wittgensteins språkteorier (Wittgenstein 1953, 2007). Det ble klart at svarene lå i språket. Språket var det eneste redskapet jeg hadde brukt i behandlingene som førte til de uventede terapeutiske resultatene. Jeg begynte derfor å fokusere på mine og klientenes utsagn i konsultasjonen. Samtidig satte jeg til side den etablerte forskningen som understreket betydningen av en god relasjon mellom terapeut og klient (Duncan 2009).

Etter ni år med analyser av terapeutiske prosesser, våren 2001, oppdaget jeg fe- nomenet som først fikk navnet «nanopsykologiske enheter» og senere «biopsykiske enheter». Dette førte til teorien om biopsykiske enheter, som dannet grunnlaget for hjernens psykologi og Lingvistisk Hjerneterapi (LBT). Denne teorien knyttet sammen tidligere utviklede teorier og gjorde det mulig å forstå schizofreni på en ny måte.

I det følgende vil jeg presentere de naturvitenskapelige psykologiske grunnlagste- oriene. Dette inkluderer teorien om indre og ytre empiri, de biopsykiske enhetene, koblingsteoriene for psykisk plage og endring, samt teoriene om strategier, språkets betydning for følelser, terapeutiske ressurser og transformasjon. Disse teoriene utgjør det naturvitenskapelige grunnlaget for hjernens psykologi, for psykiske tilstander og plager inkludert schizofreni, for psykisk endring og for lingvistisk terapi. Teoriene som blir presentert er:

* Teorien om den indre og ytre empiri
* Teorien om de biopsykiske enhetene
* Koblingsteorien for den psykiske tilstand og plage
* Koblingsteorien for psykisk endring
* Teorien om øyeblikkets betydning for den psykiske plage og psykisk endring
* Språkets betydning for den psykiske plage og psykisk endring
* Teorien om de terapeutiske strategiene
* Teorien om de terapeutiske ressursene
* Teorien om transformasjon

I tillegg presenteres:

* Teorien om logikk og psyke
* Formlene for psykisk plage og psykisk endring
* Hjernens psykiske egenskaper

Først presenteres enkelte av nøkkelbegrepene i hjernens psykologi og lingvistisk hjer- neterapi.

Kapittel 6 Nøkkelbegreper

De neste avsnittene beskriver enkelte nøkkelbegreper i **hjernens psykologi** og **Ling- vistisk Hjerneterapi** (LBT). Begrepet «**naturvitenskapelig psykologi**» er synonymt med «hjernens psykologi». Begrepet «naturvitenskapelig terapi» er synonymt med Lingvistisk Hjerneterapi (LBT).

Begrepet «**den psykiske natur**» eller «hjernens psykiske natur» er sentralt. Hensik- ten med begrepet «**den psykiske natu**r» er å skille mellom den biologiske, kroppslige og organiske natur som vi alle kjenner, og den psykiske. Et annet begrep er «**psykisk vitenskapelig**» eller «**psykisk vitenskap**». Disse begrepene illustrerer at vitenskapelig kunnskap om det psykiske er forankret i de samme vitenskapelige verdiene som i na- turvitenskapen.

Begrepet «**psykisk natur**» henspiller på at det finnes følelser, psykiske opplevelser og plager som eksisterer uavhengig av den ytre konteksten. Dette skjer når det psykis- ke materialet først er dannet. På samme måte som vi snakker om den kroppslige natur og kroppen, kan vi snakke om den psykiske natur og psyken. På samme måte som kroppen består av et organisk materiale, består psyken av et mentalt materiale med biologisk og hjernemessig forankring. Psyken kan betraktes som et virtuelt organ med en organisk forankring.

Den psykiske naturen består av mentale elementer. «**Mentale elementer**» er indre sanseopplevelser som bilder, lyder, kroppslige følelser, lukt og smak. Det viktigste ved de mentale elementene, slik de forstås i hjernens psykologi og i LBT, er at de lagrer, rommer, forårsaker og utløser følelser og symptomer. Ord og utsagn er også mentale elementer som lagrer og utløser følelser.

Jeg bruker også begrepene «mental biologi», «**mentalbiologi**» og «**mentalbiolo- giske elementer**». Grunnen er at det ikke finnes noe mentalt som ikke er forankret i hjernen og som ikke har en nevrobiologisk eller biologisk forankring. Når man i dag- ligtalen bruker ordene psykisk og mentalt, snakker man som om det psykiske og det mentale eksisterer uavhengig av det biologiske og organiske. I daglig kommunikasjon kan dette være tilstrekkelig. I vitenskapelig sammenheng er dette imidlertid ikke bare utilstrekkelig, men også feil, og fører til misvisende kunnskap om schizofreni.

Når jeg bruker begrepet «**mentalbiologiske elementer**», tenker jeg på begreper som sanseinntrykk, sanseopplevelser, sanseforestillinger og fantasier. Jeg tenker også på ord og utsagn som består av kombinasjoner av ord, og som inneholder, forårsaker og utløser følelser. Enhver psykisk forandring av symptomene som følge av behand- ling forutsetter at det skjer en endring i disse elementene. Det faktum at de mentale

elementene lagrer, inneholder, utløser og forårsaker følelser, er grunnlaget for alt psy- kisk liv og alle mentale prosesser. Konsekvensen av dette er at dersom det skal skje en psykisk endring, enten i hverdagen eller gjennom behandling, må dette skje gjennom en endring i de mentale elementene. Endringen må også skje i det biologisk-psykiske materialet som forankrer og utløser klientens følelser.

Ord, utsagn og sanseelementer er også «**biopsykiske elementer**». «Biopsykiske elementer» og «**mentalbiologiske elementer**» er to uttrykk for samme type psykisk materiale. Begrepet «psykisk materiale» er et overordnet begrep for de nevnte elemen- tene.

Det er egenskapene ved det psykiske materialet, altså de mentale elementene, som gjør at vi kan endre psykiske tilstander, følelser, symptomer, egenskaper, verdier, hold- ninger og kunnskaper kun ved å bruke ord. Det psykiske materialet endres gjennom levd liv, men i naturvitenskapelig psykologi og LBT er man opptatt av at dette materi- alet også kan endres kun ved bruk av ord.

**Ytre empiri» og «indre empiri».** Begrepet «ytre empiri» refererer til det vi kan observere utenfra, altså det som tradisjonelt beskrives som empiri. Begrepet «indre empiri» beskriver de indre opplevelsene og det psykiske materialet som skapes, lagres og endres i det indre. Den indre empirien består av ord, utsagn og sanseforestillinger som rommer følelser. Vi har ikke mer psykisk materiale enn dette. Følelser forårsaket av somatiske tilstander, som ikke er endringsbare i behandling, er ikke fokusert i hjer- nens psykologi.

**Skjæringspunktet mellom biologi og psyke.** Det må finnes et skjæringspunkt mellom biologi og psyke, samt mellom det bevisste og det ubevisste. Dette skjærings- punktet har betydning for å forstå psykiske tilstander og psykisk endring. Det er også viktig for å forstå det bevisste, ubevisste og fortrengte psykiske materialet. Skjærings- punktet mellom biologi og psyke er det området i hjernen der bevisste opplevelser og følelser går over til ubevisst mentalbiologi, og der det ubevisste blir til bevissthet. De modale og språklige biopsykiske elementene er skjæringspunktet mellom biologi og psyke, samt ord og utsagn. Innsikt i dette skjæringspunktet er avgjørende for å forstå det ubevisstes potensielle tilgjengelighet.

**Tilgangsstadiet for psykisk endring.** Tilgangsstadiet for psykisk endring er den mentale tilstanden der klienten er mottakelig og åpen for terapeutens intervensjoner. Denne tilstanden gjør det mulig å oppnå psykisk endring. Begrepet innebærer at det finnes følelsesmessige tilstander der klienten ikke er mottakelig for terapeutens inter- vensjoner.

**Terapeutiske ressurser.** Terapeutiske ressurser er mentale evner og egenskaper som kan anvendes terapeutisk. Disse kan ha bidratt til utviklingen av schizofreni, men de kan også anvendes for å redusere schizofrene symptomer. Utviklingen av psykisk plage forutsetter anvendelse av mentale ressurser. Funn viser at de mentale ressursene som har ført til psykisk plage, kan anvendes motsatt vei for å behandle og redusere pla- gen. Betegnelsen «**hjerneterap**i» henspiller på at all behandling innebærer behandling av den psykiske hjernen. Betegnelsen «lingvistisk» refererer til at man må bruke språk for å forstå og endre den psykiske hjernen. Derav begrepet «Lingvistisk Hjerneterapi».

Det foregående har presentert begreper som inngår i grunnlaget for hjernens psykolo- gi og Lingvistisk Hjerneterapi (LBT). Disse begrepene har betydning for å forstå hvor- dan det psykiske materialet – bestående av mentale og biologiske elementer – påvirker følelser og symptomer, og hvordan det kan endres.

I de neste kapitlene vi se nærmere på teorien om den indre og ytre empiri, samt teorien om de biopsykiske elementene. Teoriene viser nødvendigheten av å skifte fokus fra ob- servasjoner av ytre situasjoner til nødvendigheten av kontakt med de indre opplevel- sene. Dette inkluderer det psykiske materialet slik individene opplever det. Skal man forske på schizofreni og utvikle vitenskapelig kunnskap om hjernens psykologi, psy- kiske plager og behandling, er det avgjørende å fokusere på dette indre perspektivet.

Kapittel 7 Teorien om den indre og ytre empiri

#### Sammendrag

Teorien om den indre og ytre empiri er en del av grunnlaget for utviklingen av hjer- nens psykologi og Lingvistisk Hjerneterapi (LBT). Bakgrunnen for teorien er at det er mulig å forske på følelser og den indre opplevelsen av schizofreni uten å måtte fortolke disse opplevelsene (Dammen, 2013). Teorien om den indre og ytre empiri hevder at metoden for å utvikle kunnskap om de følelsene og mentale prosessene som skjer i forbindelse med schizofreni, går gjennom en undersøkelse av de ord og utsagn som klientene bruker for å beskrive sine opplevelser. Man kan ikke utvikle vitenskapelig holdbar kunnskap om opplevelsen av schizofreni og psykisk endring uten å fokusere på de ord, utsagn og sanseforestillinger som forankrer og utløser symptomer.

#### Ytre empiri

Man kan ikke slutte fra ytre observasjoner til følelsen og det psykiske materialet som ligger til grunn for denne reaksjonen. «Ytre empiri» forstås her som observasjoner av atferd og reaksjoner, samt informasjon om symptomer innhentet fra klienten selv, pårørende eller helsepersonell. Den ytre empirien er nyttig, men ikke avgjørende i behandling. Den kan ikke fungere som et valid uttrykk for den indre opplevelsen av individets symptomer. Gjennom observasjon av og informasjon om atferd, reaksjoner og følelser får man kartlagt de omstendighetene som de psykiske symptomene har ut- viklet seg innenfor. Denne informasjonen har en støttende funksjon i forskningen på og behandlingen av schizofreni. I tillegg gir den grunnlag for nye spørsmål som kan brukes til å kartlegge klientens følelser slik de oppleves innenfra.

Den ytre empirien er viktig, men ikke tilstrekkelig for å utvikle kunnskap om klien- tens følelsesmessige opplevelser. Den er heller ikke avgjørende for å oppnå resultater i behandling. At begrepet «ytre empiri» er utgangspunktet for tradisjonell positivistisk og kvalitativ forskning, fungerer som et hinder mot å utvikle vitenskapelig kunnskap om følelser og den indre opplevelsen av schizofreni. Derfor er det nødvendig å foku- sere på den indre empirien, og på hvordan symptomene oppleves mentalt og viser seg for klienten.

#### Den indre empiri

Den eneste vitenskapelig holdbare kilden til kunnskap om mentale opplevelser er den indre empirien. Den indre empirien er klientens følelser og det psykiske materialet som utløser klientens følelser, mentale opplevelser og reaksjoner. Gjennom introspek- sjon og indre observasjon kan klienten bli oppmerksom på dette psykiske materialet. Terapeuten kan få kontakt med dette materialet gjennom klientens ord og utsagn om hvordan han eller hun opplever sine følelser.

#### Ord, utsagn og den indre empiri

Ord og utsagn er både indre og ytre empiri. De fremstår som ytre empiri dersom man er opptatt av informasjonsaspektet ved det som sies. Tanker i form av ord og utsagn er også et uttrykk for den indre empirien, i den forstand at de formidler klientens følelser (se teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring). Men man mister kontakten med de følelsene som ligger i klientens ord og utsagn dersom man ikke forstår forbindelsen mellom de ordene og utsagnene som klienten bruker, og klientens følelser. Dersom man ikke forstår at ord og utsagn i seg selv er, forankrer og utløser følelser, kan viktige aspekter ved behandlingen gå tapt.

Klientens språk er den eneste presise kilden til de mentale prosessene som fører til schizofreni og til psykisk endring gjennom behandling. Ord og utsagn informerer om individets symptomer samtidig som de kan være grunnlaget for de følelsene som klientene opplever i det øyeblikket ordene uttales og høres.

#### Forutsetningen for å få kontakt med den indre empiri

Ord og utsagn er mentalbiologiske fenomener og psykisk natur. En forutsetning for å få kontakt med hvordan individet erfarer sine symptomer mentalt, er å forstå at ord ikke bare informerer om følelser, men i seg selv er følelser. Som en følge av dette må man tone ned fokuset på det informative aspektet ved ordene. I stedet må man forhol- de seg til de følelsesmessige reaksjonene som ordene og utsagnene uttrykker.

I dette arbeidet er det viktig å forstå forskjellen på utsagn som primært informerer om den ubehagelige psykiske tilstanden, og utsagn som er uttrykk for klientens følel- ser. Som følge av denne forståelsen er de viktigste utsagnene fra terapeuten ikke de som tar sikte på å kartlegge omstendighetene rundt klientens opplevelser. De viktigste utsagnene er de som kartlegger det psykiske materialet som styrer klientens psykiske reaksjoner og følelser. Her står det følelsesmessige aspektet ved de schizofrene opple- velsene i sentrum for terapeutens oppmerksomhet, mens informasjonen som formid- les gjennom klientens utsagn, har mindre betydning.

#### De mentale prosessene og psykisk endring

Utviklingen av vitenskapelig kunnskap om schizofreni forutsetter vitenskapelig kunn- skap om fenomenet psykisk endring. Klientens utsagn er den eneste presise kilden til det psykiske materialet som forårsaker schizofreni. Det betyr at endringer i klientens språk underveis i behandlingen er den eneste presise kilden til kunnskap om de psy- kiske endringene som klienten gjennomgår som følge av behandlingen. En forutset- ning for å utvikle objektiv kunnskap om de mentale prosessene som skjer i forbindelse med behandlingen, er derfor at man registrerer klientens ord og utsagn før og etter en intervensjon. Alternativt kan man registrere utsagn før og etter en serie intervensjo- ner. Forskjellen på klientens språk før og etter en endringsprosess forteller noe om de endringene klientene har gjennomgått.

Begrunnelsen for å fokusere på psykisk endring er at evnen til å endre seg psykisk er et vesenstrekk ved mennesket som art. Uten kunnskap om de mentale prosessene som fører til psykisk endring, vil man ikke kunne utvikle kunnskap om schizofreni som er tilstrekkelig anvendbar eller operasjonaliserbar i behandling. Den psykiske til- standen er alltid i bevegelse, selv om de psykiske reaksjonene har preg av repetisjoner, og selv om symptomene kan oppfattes som en stabil tilstand. Kunnskap om hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring som følge av behandling, er derfor nødvendig. Ingen diagnoser vil være fullstendige om de ikke er basert på kunnskap om psykisk endring og om individets endringskapasitet.

#### Forskningens muligheter

Paradigmatiske oppfatninger om at det psykiske materialet som forankrer klientens følelser ikke er tilgjengelig for observasjon, må avvises. Det er mulig å forske på de mentale prosessene som fører til psykisk endring og den indre opplevelsen av schi- zofreni kun ved å fokusere på klientens ord og utsagn. Dette kan gjøres samtidig som man realiserer forskningsidealene objektivitet, validitet, representerbarhet, dokumen- terbarhet, kontrollerbarhet og generaliserbarhet. Det er også mulig å kombinere de naturvitenskapelige og de humanistiske idealene når man behandler schizofreni.

#### Skille mellom vitenskapelig og ikke tilstrekkelig vi- tenskapelig kunnskap

Den subjektive opplevelsen er den eneste vitenskapelig holdbare kilden til kunnskap om den ubehagelige psykiske tilstanden. Man må skille mellom tilstrekkelig og util- strekkelig vitenskapelig kunnskap om schizofreni dersom man vil forske på og be- handle schizofreni. Klientens subjektive opplevelse, det vil si de ord, utsagn og modale elementene som er klientens følelser, er som nevnt tidligere den eneste objektive og vitenskapelig holdbare kilden til informasjon om hvordan schizofreni oppleves og er

bygget opp mentalt og mentalbiologisk. Klientens subjektive opplevelser er også den eneste vitenskapelig holdbare innfallsvinkelen til kontakt med, og dermed til informa- sjon om, det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer.

Dette betyr ikke at alt det en klient sier, er uttrykk for klientens følelser. Det betyr heller ikke at man skal forkaste resultater fra tradisjonell forskning på schizofreni. For å kvalitetssikre eksisterende forskning må den imidlertid suppleres med metoder som fokuserer på den indre empirien. Det er ikke nødvendig å endre de positivistiske krite- riene for vitenskapelighet og de forskningsmetodene som anvendes, men forskningens objekt må flyttes fra ytre observasjoner av klientene til det psykiske materialet som forankrer de schizofrenes indre opplevelser.

I tillegg må man erstatte oppfatninger innenfor kvalitativ og kvantitativ forskning om at følelser ikke er tilgjengelig for forskning, med den oppfatningen at følelser er tilgjengelige for forskning. Deretter må man stille spørsmålet: Hvordan er dette mulig?

#### Hjerneforskning og kunnskap om schizofreni

Hjerneforskningen trenger en vitenskapelig holdbar teori om mentale prosesser der- som målet er å utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni. Det som er nevnt oven- for, gjelder også for nevropsykologisk og nevrobiologisk forskning. De resultatene man får fra hjerneforskningen er ikke et direkte uttrykk for det psykiske materialet og de mentale prosessene som forårsaker klientens følelser, mentale reaksjoner og symp- tomer på schizofreni.

Hjerneforskningens resultater består riktignok av harde data i form av farger, tall og grafer. Likevel må også disse, i siste instans, fortolkes før de kan fremstå som me- ningsfull informasjon. Hjerneforskningen trenger en vitenskapelig holdbar teori om fenomenet psyke og om schizofreni før den kan utvikle vitenskapelig kunnskap om hjernens psykologi. Så lenge denne teorien mangler, vil hjerneforskningen alene ikke kunne frembringe en tilstrekkelig vitenskapelig kunnskap om forbindelsen mellom de nevrobiologiske prosessene i hjernen, schizofreni og psykisk endring.

#### Avslutning

Forutsetningen for å utvikle vitenskapelig og anvendbar kunnskap om schizofreni, psykisk endring og hvordan man kan behandle schizofreni, er at man fokuserer på og endrer det psykiske materialet som forårsaker den enkeltes symptomer. Det er ikke mulig å utvikle tilstrekkelig vitenskapelig kunnskap ved å fortolke ytre observasjoner av schizofreni. Man kan imidlertid anvende klientens utsagn om sin situasjon som en innfallsvinkel til å kartlegge og endre det psykiske materialet som forankrer individets symptomer og klientens reaksjoner, og til å kartlegge og endre de mentale prosessene som fører til schizofreni.

Teorien om den indre og ytre empiri gjorde det nødvendig å skifte fokus fra obser- vasjoner av klientene til den indre opplevelsen av følelser og psykiske plager.

Kapittel 8Teorien om de biopsy- kiske enhetene

Det finnes ingen psykiske tilstander som ikke er forankret i biopsykiske elementer Teorien om de biopsykiske enhetene er fundamentet for utviklingen av hjernens psy- kologi og Lingvistisk Hjerneterapi (LBT). Teorien hevder at symptomer er bygget opp av mentale elementer, og at psykiske endringer er en følge av endringer i disse ele- mentene. «Biopsykiske enheter» er både en teoretisk konstruksjon og en observerbar virtuell mental realitet. De oppleves alltid i nåtid, selv om de ble dannet i fortid, eller er relatert til fremtid. Teorien beskriver de biopsykiske elementene, deres gjensidige avhengighet og betydningen av denne avhengigheten for utviklingen av schizofreni.

#### Det minste psykiske elementet som kunne romme en følelse

Gjennom undersøkelse av vellykkede terapeutiske prosesser så jeg at psykiske plager var en følge av kontakt med psykisk materiale som utløste følelser. Jeg oppdaget også at endringer i dette materialet førte til psykiske endringer. Dette fikk meg til å begynne å lete etter et mentalt element som kunne romme følelser og utløse schizofreni. Ideen om et slikt element var inspirert av stamceller i medisinen og tallene 0 og 1 i informa- sjonsteknologien, der noe lite kan danne grunnlag for komplekse systemer.

Spørsmålet som oppsto, var om det finnes et tilsvarende fenomen i psykologien, et lite mentalt element som kan danne grunnlag for alle følelsesmessige tilstander og symptomer. De minste psykiske elementene fikk først navnet «nanopsykologiske en- heter». Senere ble de kalt «biopsykiske enheter» og «mentalbiologiske elementer».

#### Oppbygning av de biopsykiske enhetene

Biopsykiske enheter som forankrer symptomer, består av tre, potensielt fire, elementer: et følelsesmessig element (følelsen klienten opplever), et modalt element (som lagrer følelsen), et biologisk element (det biologiske grunnlaget for følelsen) og et språklig element (som kan informere om og endre følelsen).

##### Det følelsesmessige elementet

Følelser er en følge av kontakt med modale og språklige elementer som rommer og utløser dem. Følelser er hjernens signalsystem og kan være et resultat av både ytre sanseinntrykk og indre mentale prosesser.

##### Modale elementer

Modale elementer er indre sanseopplevelser som rommer følelser. De kan være visuel- le, auditive eller kinestetiske og er tilgjengelige gjennom introspeksjon og klientens ut- sagn. Disse elementene spiller en avgjørende rolle i klientens opplevelse av schizofreni.

##### Språklige elementer forankrer følelser

Språklige elementer, som ord og utsagn, lagrer følelser og formidler klientens opp- levelser. Språket kan både romme og utløse følelser. Det er en forutsetning for å få kontakt med og endre klientens følelser. Språkets evne til å endre symptomer gjør det til et essensielt verktøy i behandlingen av schizofreni.

##### Det biologiske elementet

Alle mentale prosesser, følelser og modale elementer har en nevrobiologisk forankring. Dette gjør enhver følelse til et biologisk fenomen, selv om vi ikke alltid er bevisste på dette i behandlingen.

#### Forbindelsen mellom ulike typer av biopsykiske ele- menter

Hvert biopsykisk element er knyttet til minst to andre elementer. Dette skaper en hel- hetlig opplevelse der sanseinntrykk, kognisjon og følelser er integrerte fenomener. Endringer i ett biopsykisk element vil føre til endringer i de andre, og dermed påvirke klientens mentale tilstand.

#### De biopsykiske elementene er gjensidig avhengige av hverandre

Endring av ett modalt element vil føre til endringer i klientens språk og følelser. Den gjensidige avhengigheten mellom biopsykiske elementer gjør det mulig å oppnå følel- sesmessige endringer i verbal terapi bare ved å endre språket og de modale elementene som forankrer følelser.

#### En definisjon av schizofreni med utgangspunkt i de biopsykiske elementene

Schizofreni kan defineres som en tilstand av kontakt med biopsykiske elementer som rommer ubehag. Psykisk endring forutsetter en endring av de biopsykiske elementene som forankrer symptomer.

#### De biopsykiske enhetenes egenskaper

Egenskaper og holdninger er en følge av stabil kontakt med biopsykiske elementer. Uønskede egenskaper og holdninger kan endres gjennom behandling ved å endre de mentale elementene som forankrer dem.

#### Schizofreni som en følelsesmessig tilstand

Schizofreni er en følelsesmessig tilstand som er en følge av mentalbiologiske prosesser i hjernen. Disse prosessene kan utløses av både ytre hendelser og indre mentale pro- sesser.

#### Teoriens praktiske betydning

Teorien om de biopsykiske enhetene understreker viktigheten av å fokusere på de språklige og mentale elementene som forankrer psykisk ubehag dersom man ønsker å endre den psykiske tilstanden.

#### Oppsummering

De biopsykiske enhetene er fundamentet i hjernens psykologi. Teorien hevder at schi- zofreni er bygget opp av biopsykiske elementer som rommer følelser, og at symptomer utvikles gjennom endringer i kontakten med disse elementene. Teorien gir svar på hvordan schizofreni er bygget opp mentalbiologisk og hva som skjer under psykiske endringer i behandling.

Kapittel 9 Koblingsteorien for den psykiske plagen

*Det finnes kun tolv psykiske hovedtilstander som alle opplevelser av schizofreni kan*

*plasseres innenfor*

Koblingsteorien for schizofreni hevder at schizofreni er en følge av at biopsykiske ele- menter, som rommer følelser, er koblet på eller av den psykiske tilstanden. De mentale elementene som er koblet på eller av i et bestemt øyeblikk, er modale elementer samt ord og utsagn.

Koblingsteorien for schizofreni bygger på teorien om indre empiri og teorien om de biopsykiske enhetene. Den hevder at det kun finnes tolv psykiske hovedtilstander i hjernen i hvert øyeblikk, selv om den psykiske tilstanden kan skifte fra øyeblikk til øyeblikk. Dette innebærer at alle psykiske tilstander og opplevelser av schizofreni, kan plasseres innenfor en av disse tolv tilstandene. Teorien kan anvendes for å kartlegge klientens opplevelse av schizofreni før, under og etter en eller flere endringsprosesser.

#### Forenklinger i koblingsteorien

Målet med koblingsteorien er å forenkle forståelsen av hvordan schizofreni er bygget opp mentalt. Utgangspunktet var en studie av utbrenthet som jeg gjennomførte med lærere med nedsatt mestringsevne kombinert med en destruktiv indre samtale. Ut- brenthet fremsto som et produkt av livsopplevelser gjennom en lengre periode, mens den for noen var en følge av akutte opplevelser.

Dette fokuset førte til nøkkelordene «inn» og «ut». Utbrenthet ble forstått som en til- stand med for mye psykisk ubehag som kommer inn i psyken som følge av ytre og indre opplevelser. Samtidig kommer det for lite positivt, mentalbiologisk materiale inn i psyken. Den øyeblikkelige opplevelsen av schizofreni er en følge av at mentalbiolo- gisk materiale er koblet av eller på den psykiske tilstanden. Dette materialet må være positivt eller negativt ladet, og det må stamme fra fortid, nåtid, eller være knyttet til forestillinger om fremtiden. Tolv psykiske hovedtilstander

Som følge av denne situasjonen har vi kun tolv psykiske hovedtilstander som alle opp- levelser av schizofreni må befinne seg innenfor. Dette skyldes to forhold:

Alle tilstander av schizofreni må være relatert til fortid, nåtid eller fremtid.

Det psykiske materialet som forankrer den psykiske tilstanden, er til enhver tid koblet på eller av. Dette materialet er enten positivt eller negativt ladet.

Dermed får vi 3 × 2 × 2, det vil si tolv psykiske hovedtilstander som all opplevelse av psykisk ubehag eller velvære må befinne seg innenfor.

#### Seks positivt ladede og seks negativt ladede tilstan- der

Av de tolv psykiske hovedtilstandene er seks positivt ladet og seks negativt ladet. De seks positive tilstandene innebærer at noe positivt er koblet på i forhold til fortid, nåtid eller fremtid, eller at noe negativt er koblet av. De seks negative tilstandene innebærer at noe negativt er koblet på, eller at noe positivt er koblet av i forhold til fortid, nåtid eller fremtid.

#### Klientenes kontakt med psykisk materiale

Klientene vil både ha kontakt med positivt og negativt ladet psykisk materiale, selv om det ikke skjer i samme øyeblikk. Klientens fokus kan bevege seg fra noe positivt til noe negativt, eller omvendt i løpet av et øyeblikk, noe som kan føre til et følelses- messig skift. Dette understreker hjernens øyeblikkelige endringsbarhet som er viktig i behandling.

#### Den øyeblikkelige og varige opplevelse av schizofre- ni

Den varige tilstanden av schizofreni er en følge av repeterende kontakt med biopsy- kiske elementer som rommer psykisk ubehag. Symptomene er alltid en følge av de mentale elementene som klienten har kontakt med. Opplevelsen av schizofreni er ikke et kontinuerlig fenomen uten avbrudd, men et repeterende fenomen.

#### Koblingsteorien og symptomene

Angst, depresjon og hallusinasjoner som kommer og går, er eksempler på stabilt re- peterende kontakt med biopsykiske elementer som forankrer disse opplevelsene. En kompleks psykisk plage vil være en følge av kontakten med flere sett biopsykiske ele- menter, mens en enklere schizofreni kan være en følge av færre, mer avgrensede ele- menter som rommer psykisk ubehag.

#### Koblingsteoriens praktiske betydning

Koblingsteorien kan anvendes for å kartlegge symptomene før og etter én eller flere be- handlingsprosesser. I tillegg til at symptomene er en følge av kontakt med biopsykiske elementer, består de også av de mentale prosessene som fører til symptomene. Enhver øyeblikkelig opplevelse av et symptom, er dermed en øyeblikkelig psykisk tilstand som følge av en mental prosess.

#### Koblingsteoriens betydning for forskning

Koblingsteoriens betydning for forskning ligger i at man, foruten å kartlegge de bio- psykiske elementene som klientene har kontakt med, kan kartlegge om disse elemen- tene er positivt eller negativt ladet, og om de er relatert til opplevelser i fortid, nåtid, eller forestillinger om fremtiden.

#### Oppsummering

Koblingsteorien for schizofreni hevder at ethvert symptom er en følge av at psykisk materiale som rommer følelser, er koblet på eller av den øyeblikkelige psykiske til- standen. Dette kan skje som følge av ytre opplevelser eller indre mentale prosesser. De mentale prosessene kan være forankret i fortid, nåtid eller i forestillinger om fremti- den.

Det finnes 12 psykiske hovedtilstander som beskriver disse prosessene. En stabil schizofreni vil være en følge av en repeterende kontakt med biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte.

#### Avslutning: Forbindelsen til psykisk endring og ling- vistisk hjerneterapi

Koblingsteorien for schizofreni er nært knyttet til forståelsen av psykisk endring i be- handling. Den viser at enhver psykisk tilstand, enten den er positiv eller negativ, er forankret i biopsykiske elementer som kan kobles av eller på gjennom terapeutiske prosesser. Lingvistisk hjerneterapi (LBT) bygger videre på denne forståelsen ved å bru- ke språk som et verktøy for å påvirke disse biopsykiske elementene.

Denne forbindelsen mellom koblingsteorien, psykisk endring og lingvistisk hjer- neterapi gir behandlere en konkret metode for å forstå og endre de mentale prosessene som ligger til grunn for schizofreni og andre psykiske lidelser. Det viser hvor avgjøren- de språklige intervensjoner er i behandlingsarbeidet og hvordan en målrettet bruk av språk kan føre til endringer på både et mentalt og biologisk nivå. Koblingsteorien for den psykiske plage bringer oss over til koblingsteorien for psykisk endring.

Kapittel 10 Koblingsteorien for psykisk endring

Koblingsteorien for psykisk endring er avgjørende for å forstå og utvikle kunnskap om hvordan schizofreni kan endres. Den hevder at enhver psykisk endring, både i daglig- livet og i behandling, skjer når mentalbiologisk materiale som rommer følelser, kobles av eller på den psykiske tilstanden. I behandling vil endring av schizofreni oppstå når negativt ladet psykisk materiale kobles av og positivt ladet materiale kobles på. Det som kobles av eller på, er modale og språklige elementer som inneholder følelser, og som stammer fra fortid, nåtid, eller er knyttet til forestillinger om fremtiden.

#### Tolv muligheter for psykisk endring

Det finnes tolv hovedtyper av psykisk endring, på samme måte som det finnes tolv psykiske hovedtilstander. Seks av disse strategiene fører til psykisk velvære, mens de andre seks fører til økt psykisk ubehag. Hver type endring innebærer at psykisk posi- tivt eller negativt ladet materiale kobles av eller på den psykiske tilstanden gjennom både ytre forårsakede og indre mentale prosesser.

En nøytral tilstand kan oppleves som positiv hvis man beveger seg fra ubehag til det nøytrale, mens en overgang fra en positiv tilstand til en nøytral en kan oppleves som tap og dermed ubehag.

#### De seks positive endringsstrategiene

De seks positive endringsstrategiene er delt i to grupper. Strategiene én til tre kobler på positivt ladet psykisk materiale knyttet til fortid, nåtid eller fremtid, mens strategiene fire til seks kobler av negativt ladet materiale fra disse tidspunktene. Dette gir økt kon- takt med positive følelser og mestringsevne samtidig som opplevelsen av schizofreni reduseres. Dette gir økt kontakt med positive følelser og mestringsevne samtidig som opplevelsen av schizofreni reduseres.

#### De seks negative endringsstrategiene

Strategiene syv til ni innebærer at positivt psykisk materiale fra fortid, nåtid eller frem- tid kobles av, mens strategiene ti til tolv kobler på negativt ladet psykisk materiale. Dette fører til mer kontakt med psykisk ubehag og flere symptomer. Gjennom be- handling kan disse strategiene ubevisst føre til at klienten opplever mer ubehag, selv om intensjonen er å redusere symptomene.

#### Mentale og fysiske strategier

Endringsstrategiene kan være både mentale og fysiske. De mentale strategiene omfat- ter tenkning og modale prosesser som fører til kontakt med enten positive eller ubeha- gelige følelser, mens de fysiske strategiene er knyttet til klientens tendens til å oppsøke situasjoner som utløser slike følelser. Personer med psykisk velvære har en tendens til å anvende positive strategier, mens klienter med psykiske plager ofte opplever og tolker både mentale og fysiske reaksjoner som ubehagelige.

#### Paralleller til teorien om betinging

Koblingsteorien for psykisk endring kan sammenlignes med begrepene ”betinging” og ”ekstinksjon”. Betinging kan forstås som påkobling av mentalbiologisk materiale, mens ekstinksjon er avkobling av dette materialet, som rommer enten positive eller negative følelser.

#### Teoriens anvendelse

Koblingsteorien for psykisk endring gir en ramme for å undersøke hvilket psykisk ma- teriale som kobles på eller av klientens tilstand, og hvordan dette påvirker deres følel- sesmessige reaksjoner. Teorien kan også brukes til å vurdere om behandlingen bidrar til en avkobling av negativt ladet materiale eller en påkobling av positivt materiale, og dermed om schizofrenien reduseres eller intensiveres.

#### Teoriens betydning

Koblingsteorien for psykisk endring bidrar til økt bevissthet rundt hvorvidt man i be- handlingen kobler på psykisk velvære eller kobler av ubehag. Dette er avgjørende for å forstå hvorfor behandlingen lykkes eller mislykkes med å redusere symptomene. Teo- rien understreker behovet for å skape endringer i klientens biopsykiske elementer, slik at de går fra å forårsake symptomer til å fremme mestringsevne og psykisk velvære.

#### Oppsummering

Enhver endring av schizofreni skjer gjennom endringer i kontakten med biopsykis- ke elementer som forankrer symptomene. Dette kan skje enten ved at fokus skifter i øyeblikket, eller ved en varig endring av elementene. I Lingvistisk hjerneterapi (LBT) skjer denne endringen når terapeuten kobler på psykisk materiale som fremmer mest- ringsevne og de ønskede følelsene, samtidig som materiale som forårsaker symptomer kobles av.

Det finnes kun tolv hovedtyper av psykisk endring, hvorav seks fører til økt funk- sjonsevne og seks til økt ubehag. En forutsigbar og etterprøvbar kunnskap om be- handling av schizofreni krever at man forholder seg til disse koblingsteoriene. I praksis viser erfaringer at bedring skjer når de elementene som er knyttet til symptomene blir koblet av gjennom terapeutiske intervensjoner.

#### Avslutning

Koblingsteorien for psykisk endring er en kjernekomponent i hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Den hevder at endringer av den psykiske plage er en følge av at man gjennom behandlingen kobler av biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte og på biopsykiske elementer som inneholder velvære og mestrings- evne. En side ved endringene som oppstår i lingvistisk hjerneterapi er at de skjer i bestemte øyeblikk i den enkelte konsultasjon, og at dersom det ikke skjer en endring i det terapeutisk øyeblikk, som er en følge av en på eller avkobling av biopsykiske elementer som rommer følelser, vil det ikke oppstå en psykisk endring senere. Denne erkjennelsen ga opphav til teorien om øyeblikkets betydning for den psykiske endring som presenteres i neste kapittel.

### Kapittel 11 Teorien om øyeblik- kets betydning for endring av schizofreni

Teorien hevder at enhver opplevelse av schizofreni kommer til uttrykk i ethvert øye- blikk, og at enhver psykisk endring skjer i bestemte øyeblikk, i løpet av en behandling. Øyeblikket blir dermed den avgjørende innfallsvinkelen til å kartlegge symptomene og de psykiske endringene.

En begrunnelse for å formidle teorien om øyeblikkets betydning for psykisk end- ring, er at tradisjonene innen psykoanalytisk, psykodynamisk, kognitiv terapi og psy- kiatrien hevder at behandling, og dermed psykisk endring, er en langvarig prosess. Psykisk endring, ut fra hjernens psykologi, blir derimot betraktet som en følge av de mentale prosessene som skjer i det enkelte øyeblikk i konsultasjonen.

Teorien oppstod som en følge av observasjoner der klientene opplevde psykiske endringer etter bestemte endringsiverksettende utsagn i bestemte øyeblikk i behand- lingen (Dammen 2013). Øyeblikket ble derfor opplevd som en innfallsvinkel til å få kontakt med og endre den øyeblikkelige opplevelsen av psykisk smerte, og som et utgangspunkt for å forklare de psykiske endringene som oppstod. Som følge av dette må man ta utgangspunkt i de schizofrenes ord og utsagn i et bestemt øyeblikk, for å få kontakt med og endre klientens opplevelse av schizofreni. Dette er også nødvendig for å beskrive hva som skjer med klientens tilstand når det skjer en psykisk endring i behandling.

#### Målet med teorien

Et mål med teorien er å begrunne nødvendigheten av å skifte fokus fra den varige til den øyeblikkelige opplevelsen av schizofreni, og fra vedvarende til øyeblikkelige men- tale opplevelser. Hensikten er også å få en innfallsvinkel til å belyse forholdet mellom den øyeblikkelige og den varige opplevelsen av schizofreni.

#### Varigheten av et øyeblikk

Øyeblikket er her definert som den tiden det tar å gjennomføre en mental prosess og formidle et meningsfullt utsagn. Jeg opererer med et antall terapeutiske øyeblikk. Dis- se tilsvarer det antall utsagn som klienten formidler i endringsprosessen.

#### Symptomene endrer seg fra øyeblikk til øyeblikk

Observasjoner av psykiske tilstander viste at de endret seg fra minutt til minutt i løpet av en dag, og fra sekund til sekund underveis i den enkelte konsultasjon. Klientene kunne i enkelte øyeblikk oppleve en alminnelig psykisk tilstand, selv om de i neste øye- blikk igjen kunne oppleve psykisk ubehag og dysfunksjonelle reaksjoner. Symptomene er således ikke vedvarende tilstander, men tilstander som blir avbrutt av øyeblikk med alminnelige følelser. Det faktum at klientene har øyeblikk uten symptomer, er viktig for å forstå at schizofreni ikke er en stabil sykdom, men en tilstand som aktiveres i bestemte øyeblikk som følge av repeterende mentale prosesser.

#### Teoriens betydning for å forstå psykisk endring

Psykisk endring kan dokumenteres ved å undersøke forskjellen på de biopsykiske elementene som rommer klientens følelser før og etter én eller flere intervensjoner. Psykiske endringer blir forstått som en følge av endringsiverksettende utsagn fra tera- peuten. De kartlegges ved å undersøke endringer i klientens språk underveis i konsul- tasjonen. Grunnen til at man kan være sikker på at de psykiske endringene er en følge av behandlingen, er at ingen utenforliggende faktorer har kunnet påvirke de oppnådde endringene.

Fokus på øyeblikket gjør det mulig å kartlegge betydningen av endringsiverkset- tende utsagn ved å registrere klientens endringsbekreftende svar, og undersøke om det fortsatt gjenstår uendret psykisk ubehag. Å undersøke endringer mens de skjer i øyeblikket, er viktig, da det kan være vanskelig å identifisere årsakene til endringene lenge etter at de har skjedd. Dette fordi nye opplevelser kan ha svekket eller forsterket de psykiske endringene som ble oppnådd i konsultasjonen.

#### Et brudd med forestillinger om schizofreni

Klientene er mentalt friske i det sekund de ikke opplever psykisk ubehag, selv om den psykiske smerten kan komme igjen. Teorien om øyeblikkets betydning for schizofreni og endring bryter med enkelte forestillinger i psykiatrien, der schizofreni ofte frem- stilles som en kontinuerlig tilstand, jf. de diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV (Helsedirektoratet 2011), selv om klientene opplever perioder uten symptomer. Psyki- atrien hevder at en klient er schizofren selv om han eller hun tenker og reagerer ade-

kvat, så lenge diagnosen er gitt. Dette overser mønsteret av repeterende påkoblinger og avkoblinger av psykisk ubehag før, under og etter behandlingen.

I hjernens psykologi er klienten mentalt frisk i de øyeblikkene han eller hun har alminnelige følelsesmessige reaksjoner. Dette innebærer at klienten i disse øyeblik- kene har kontakt med sine mentale ressurser og mestrer sitt liv, noe som er målet for behandlingen. Terapeuten bør derfor registrere det antallet timer eller minutter hvor klienten reagerer alminnelig. Det å være oppmerksom på øyeblikk der man fungerer alminnelig, gir klienten håp, energi og motivasjon. Utsagn fra psykologer eller psyki- atere som antyder at klienten må leve med symptomene resten av livet, kan derimot frata klienten håp og forsterke problemene.

#### Teoriens betydning

Øyeblikket er den eneste tilstrekkelige innfallsvinkelen for å undersøke og endre den ubehagelige psykiske tilstanden. Teoriens betydning for behandling er at den endrer terapeutens fokus fra fortid, fremtid og nåtid, til øyeblikk der klienten har kontakt med det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer. Terapeuten vil også være fokusert på de følelsesmessige endringene som skjer med klienten fra ett øyeblikk til et annet i behandlingen. Disse forskjellene vil komme til uttrykk gjennom endringer i det klienten sier om sin psykiske tilstand. Man må derfor fokusere på forskjeller i klientens utsagn fra øyeblikk til øyeblikk, for å undersøke de psykiske endringene som har oppstått og for å utvikle vitenskapelig kunnskap om psykisk endring.

#### Forståelse av øyeblikkets betydning for schizofreni og psykiske endringer

Forståelse av øyeblikkets betydning for klientens opplevelse og for de psykiske endringene som klientene gjennomgår som følge av behandlingen, er avgjørende for å forstå hvordan symptomene er bygget opp mentalt, og hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring.

#### Forbindelsen til hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi

Teorien om øyeblikkets betydning for schizofreni er nært knyttet til hjernens psy- kologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Den belyser hvordan psykiske tilstander og endringer skjer i spesifikke øyeblikk gjennom verbale uttrykk og mentale prosesser. Hjernens psykologi fokuserer på de biopsykiske elementene som forankrer følelser. Den viser også hvordan disse kan aktiveres eller deaktiveres i bestemte øyeblikk

I LBT blir språket et verktøy for å påvirke disse biopsykiske elementene, ved å rette oppmerksomheten mot klientens ord og utsagn i avgjørende øyeblikk av en konsulta-

sjon. Gjennom denne tilnærmingen kan terapeuten koble av de psykiske materialene som utløser symptomer, og koble på nye, positive elementer som fremmer mestring og velvære.

#### Oppsummering

Symptomene er en følge av repeterende øyeblikk med psykisk ubehag. Teorien om øy- eblikkets betydning hevder at ethvert symptom er en opplevelse i et bestemt øyeblikk, og at enhver psykisk endring som følge av behandling, skjer i bestemte øyeblikk i kon- sultasjonen. Dette gjør det mulig å undersøke det psykiske materialet som klientene har kontakt med i et bestemt øyeblikk. På denne måten kan man også analysere alle øyeblikkene og de psykiske endringene som følger av behandling. Teorien kan også anvendes for å fastslå hvorvidt behandlingen har ført til psykiske endringer eller ikke. Uten en endring i det enkelte øyeblikk skjer det ingen endring av symptomene. Den totale psykiske endringen klientene opplever, vil være en følge av en rekke mindre endringer i løpet av en konsultasjon. Teorien hevder også at schizofreni er en følge av repeterende øyeblikk over tid som rommer psykisk ubehag, mens varige positive endringer vil være en følge av kontakt med repeterende øyeblikk som rommer velvære og mestring etter at behandlingen er over. Denne innsikten er nødvendig for å forstå at symptomene er et øyeblikkelig og stadig skiftende mentalt fenomen, selv om det for utenforstående kan oppfattes som en varig tilstand.

Parallelt med utviklingen av teorien om øyeblikkets betydning for psykisk endring, oppstod erkjennelsen av at språket er den eneste mulige tilgangen til klientens mentale opplevelser. Dette førte til utvikling av teorien om språkets betydning for den psykiske tilstand og endring.

### Kapittel 12 Teorien om språkets betydning for schizofreni og psykisk endring

#### Språkets betydning i behandling

Behandling i LBTS forutsetter at man har et redskap som kan endre de mentale ele- mentene som forankrer og utløser den psykiske smerten. Dette redskapet er språket. I dette kapittelet presenterer jeg hjernepsykologiens forståelse av språkets betydning i behandling. Påstanden er at kunnskap om forbindelsen mellom tanker, utsagn, ord og følelser er avgjørende for å utvikle en vitenskapelig holdbar psykologi om schizofreni og behandling.

En av begrunnelsene for utviklingen av denne teorien er mangelen på kunnskap i psykologien og psykiatrien. Psykiatrien mangler forståelse for den ofte presise forbin- delsen mellom ord, utsagn, tanker, følelser og schizofrene opplevelser og reaksjoner. Dette gjelder også for kognitiv terapi og psykologi, selv om kognitiv psykologi har en dyp forståelse av forbindelsen mellom schizofreni og klientens dysfunksjonelle tenk- ning.

#### Hensikten med teorien

Hensikten med teorien er å vise hvilken forbindelse det er mellom ord, følelser og schi- zofreni. Den viser også hvordan man kan få kontakt med det psykiske materialet som forankrer symptomene ved å bruke ord. Hensikten er også å begrunne hvorfor man kan endre symptomer gjennom språk.

#### Teoriens utgangspunkt

Utgangspunktet for teorien om språkets betydning for schizofreni og psykisk endring var erfaringen av at enkelte av mine utsagn førte til psykiske endringer. Andre utsagn førte derimot ikke til noen endring. Jeg hadde også en antagelse om at enkelte ord og utsagn fra klientene ikke bare informerte om den psykiske plagen. De var i seg selv

et element ved klientens opplevelse, på linje med modale opplevelser. I tillegg hadde jeg observert at dersom man endret de ordene og utsagnene som forankret klientens opplevelser, og de ord og utsagn klienten beskrev sine opplevelser gjennom, så fikk kli- enten kontakt med nye følelser. Verbale intervensjoner førte dermed til følelsesmessige endringer hos klienten. I begynnelsen var dette en uklar og intuitiv opplevelse. Over tid ble denne intuisjonen til teorien om språkets betydning for følelser, psykisk plage og psykisk endring.

#### En epistemologisk karakter

Det er mulig å utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni kun med utgangspunkt i klientens utsagn og logisk tenkning. Teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring har en epistemologisk karakter, ved at den viser hvordan man kan utvikle kunnskap om opplevelsen av schizofreni kun med utgangspunkt i klientens utsagn og gjennom logikk. Teorien hevder også at det ikke er mulig å utvikle viten- skapelig kunnskap om symptomer på schizofreni uten å basere seg på de ordene og utsagnene som forankrer og formidler klientens følelser. Ingen diagnoser vil være va- lide dersom de ikke bygger på kunnskap om forbindelsen mellom klientens ord og utsagn og symptomer.

#### Inspirasjon fra korttidsterapeutiske tradisjoner

Forståelsen av språkets rolle i utvikling av og endring av schizofreni er inspirert av løsningsorientert, narrativ og postmoderne terapi. Løsningsorientert terapi fokuserer på språket som redskap i en terapeutisk strategi og på språkets endringsmagiske ele- menter (de Shazer, 1994). Narrativ terapi fokuserer på språket som bærer av klientens historier, og hevder at språket dermed fungerer som et grunnlag for å utvikle psy- kisk plage. Narrativ terapi vil også hevde at klientenes psykisk ubehagelige fortellinger opprettholder eller fører til symptomer, men at man kan endre klientenes fortelling gjennom språk, ved å danne nye positive fortellinger fra klientens liv (Lundby, 1998). Postmoderne terapi er mer opptatt av språkets relasjonsfremmende karakter og frigjø- rende evne. Den hevder at psykisk endring oppstår gjennom dialoger som skaper ny virkelighet både for terapeut og klient, det vil si gjennom dialoger der begge parter må være villige til å forandre sin forståelse (Harlene Anderson, 1999).

#### Inspirasjon fra Wittgenstein

Flere av de sosialkonstruksjonistiske terapeutiske tradisjonene, som løsningsorientert, narrativ og postmoderne terapi, er inspirert av Ludwig Wittgensteins teori om språk- spill fra avhandlingen Filosofiske undersøkelser, som utkom etter hans død (Wittgen- stein 2007, 1953). Det er også paralleller mellom den forståelse av språk som formidles

her og Wittgensteins teori om språkspill. Språkanvendelsen i LBTS kan fremstå som et systematisk språkspill der reglene er bestemt av egenskaper ved den psykotiske tilstan- den, av fenomenet psykisk endring og av formålet med å gå i behandling.

I Tractatus Logico-Philosophicus og Filosofiske undersøkelser hevder Wittgenstein at det ikke finnes noen virkelighet utenfor språket, det vil si at vi ikke kan snakke om det vi ikke har ord for. Klientens ord blir derfor en avgjørende innfallsvinkel til å forstå klientens opplevelse av schizofreni, samtidig som klientens ord eller mangel på ord setter grensene for hva terapeuten kan forstå av det psykiske materialet som forankrer klientens mentale opplevelser.

#### Forståelse av språk med utgangspunkt i hjernens psykologi

Språket blir forstått som et følelsesbærende, relasjonsskapende, endringsiverksettende og endringskartleggende redskap samt som et strategisk virkemiddel for å oppnå psy- kisk endring. Gjennom klientens språk kan terapeuten få kontakt med klientens psy- kiske smerte og de mentale elementene som forankrer og utløser klientens reaksjoner. Deretter kan terapeuten bruke språk som redskap til å forandre disse opplevelsene. Uten språkets evne til å få kontakt med, gripe og endre de mentale elementene som forankrer schizofreni, vil man ikke kunne endre klientens følelser gjennom verbal te- rapi.

#### Ord og utsagn er klientens følelser

Man må skille mellom ord og utsagn som formidler informasjon om mentale opple- velser, og ord og utsagn som er følelsene som rommes i disse opplevelsene. En påstand i hjernens psykologi er at ord og utsagn er, rommer og formidler følelser, og at det er disse egenskapene som gjør dem anvendbare i forskning på og i behandling. Ord og utsagn besitter potensialer for psykisk endring, men man må skille mellom ord og utsagn som formidler informasjon om schizofreni, og ord og utsagn som uttrykker og er de schizofrenes følelser. Begrunnelsen for dette er at informasjon om symptomene er mindre anvendelig for å endre den psykiske plagen enn ord og utsagn som er de følelsene som oppleves. Et naturlig spørsmål blir da: På hvilken måte er ord følelser?

#### Ordet er en følelse ved at ordet er eksistens

Å anvende ord og å tenke er en type eksistens, og å eksistere er å føle, enten det er intenst og sterkt eller svakt og umerkelig. Ethvert tenkt eller formulert ord rommer en følelse for den som anvender ordet. Dette gjelder uavhengig av om ordet anvendes i en dramatisk eller udramatisk kontekst. På bakgrunn av at ord og tanker er følelser, blir spørsmålet hvor intens denne forbindelsen er, og hvilken betydning denne intensite-

ten har for utviklingen og opplevelsen av schizofreni og psykisk endring – og derfor også for behandling.

#### Ordet er en følelse ved at ord er mening

Ord og utsagn er følelser i kraft av at de rommer mening, og som sådan er de et sentralt element i hjernens psykologi. Selv det enkleste ord relatert til mentale opplevelser er et meningsbærende tegn eller en meningsbærende gestalt. Som sådan rommer det en følelse. Noen vil hevde at de ”mangler mening”, at de ”ikke føler noe ved ord”, eller at noen ord eller utsagn er ”meningsløse”. De kan betrakte dette som et argument mot at ord og tanker rommer følelser. Men meningsløshet og mangel på følelser er ikke et uttrykk for at man mangler følelser, kun en bestemt følelse, nemlig følelsen av mangel på mening eller følelsen av fravær av følelser, hvilket også er en følelse. På samme måte som vi ikke kommer utenfor rommet, kommer vi heller ikke utenfor de positive eller ubehagelige følelsene som rommes i ord. Dette skjer i kraft av at ordene er væren, tegn og mening.

#### Ordet er følelser ved at ord er lyd

Ord og utsagn rommer følelser i kraft av at de oppleves som hørbar lyd, som auditive sansefornemmelser. Tanken er også en auditiv, indre opplevelse. Hørselshallusinasjo- ner også. Ord, utsagn og indre stemmer kan oppleves som en nøytral, streng, vennlig, rolig, god eller ubehagelig lyd, og derigjennom som en behagelig eller ubehagelig fø- lelse.

#### Ord er følelser som følge av betinging

Følelser knyttet til ord er en følge av betingede responser. De schizofrenes utsagn rom- mer følelser som følge av betinging. Ord og utsagn kan utløse en følelse uavhengig av en kompleks intellektuell prosessering. Bestemte utsagn kan utløse en reaksjon i amygdala, hjernens angstsenter, uavhengig av den intellektuelle prosesseringen som foregår i frontallappen. Lyden av et ord eller et utsagn kan dermed fungere som en betinget stimulus for en hvilken som helst følelse. Et tonefall kan utløse en bestemt følelse på samme måte som et hvilket som helst tegn, et flagg eller en situasjon. Indi- videts følelsesmessige reaksjoner er knyttet til de subtile betingede responsene som er forbundet med bestemte ord. I tillegg kan intellektuell prosessering forsterke eller redusere den psykiske smerten forbundet med disse ordene.

#### Samtidighet og årsak

Et interessant fenomen er forholdet mellom samtidighet og årsak: Ordet og ordets lyd

forårsaker og utløser en følelse samtidig med ordet. En streng indre stemme og en hør- selshallusinasjon fører umiddelbart til en følelse. Ord og følelser er ett. Jeg kan derfor, i den terapeutiske samtalen, ikke skille ordet fra den følelsen det rommer, uten å endre både ordets betydning og det følelsesmessige innholdet som er forbundet med ordet. Dette har betydning for å forstå de mulighetene for endring som rommes i ordene i en terapeutisk situasjon. Ved å endre de følelsene som er forbundet med bestemte ord, vil vi få endringer i klientens måte å snakke om sine opplevelser på. Dette vil føre til endringer i den følelsesmessige situasjonen og dermed i opplevelsen av schizofreni.

#### Metaforer er følelser, ikke kun illustrasjoner på følel- ser

Metaforer er følelsesmessige og nevrobiologiske realiteter. Metaforer er kombinasjo- ner av ord som danner fortellinger. De fungerer også som billedlige uttrykk for en situasjon, en fantasi eller en følelse. Metaforer er ikke kun innhold. De rommer fø- lelser. Metaforens betydning i forbindelse med behandling av schizofreni ligger i at terapeuten, gjennom metaforen, kan få kontakt med hvordan klienten presist opplever sine symptomer. En forutsetning for å forstå hjernens psykologi er at man forstår me- taforenes potensielle betydning for de schizofrenes opplevelse.

For at terapeuten skal beholde kontakten med klientens følelse når klienten beskri- ver sin situasjon gjennom en metafor, må metaforen anerkjennes som en følelse og ikke kun som en illustrasjon eller et bilde på følelsen. Metaforen er en følelsesmessig realitet. Dette betyr ikke at en metafor alltid er et direkte uttrykk for klientens følelser, men at den kan være det. Metaforer fortolkes derfor ikke, men registreres slik de for- midles, som harde data, og danner umiddelbart et utgangspunkt for en intervensjon.

Når et individ formidler at noe ”ser svart ut”, anvender de et utsagn som rommer en visuell modalitet. Det modale utsagnet ”ser svart ut” forstås da bokstavelig. Meta- foren blir forstått som at noe for klientens indre faktisk er og føles svart. Metaforen reflekterer en biologisk og følelsesmessig realitet. Utsagn som ”det ser svart ut”, ”man er overvåket”, ”man er utvalgt”, er dermed uttrykk for mentalbiologiske og kjemiske tilstander. Disse utsagnene er derfor ikke kun symbolske uttrykk for noe ubehagelig. Dette betyr ikke at disse utsagnene er de eneste metaforene som kan illustrere klien- tens følelser.

Sett utenfra kan metaforer forstås som et symbolsk uttrykk for en ubehagelig opplevel- se. Opplevd innenfra er metaforene en biologisk, nevrobiologisk og følelsesmessig rea- litet. Denne forståelsen er avgjørende for at terapeuten og forskeren skal forstå hvilket psykisk materiale som klientene har kontakt med, og for at de skal oppleve at de har kontakt med de schizofrenes følelsesmessige reaksjoner gjennom klientens metaforer. Hvis man forholder seg til en metafor som om den uttrykker en biologisk realitet, og stiller spørsmålet: ”Sett at det var noe du kunne endre, trekke fra, justere eller legge til metaforen (fortellingen, bildet) som ville gjøre det litt bedre for deg, hva ville du gjort da?” Hvis klienten svarer: ”Det er for mørkt”, og hun trenger en lysere farge som kan

erstatte det svarte, forholder klienten seg til terapeutens spørsmål som om metaforen rommer en fysisk realitet og ikke kun er et symbolpreget uttrykk for en følelsesmessig opplevelse. Dersom du så spør hvilke farger klienten skulle ønske å ha kontakt med, det vil si forholder deg til klientens utsagn og metaforer som om de er følelsesmessige realiteter, og klienten svarer at ”det skulle vært noen farger der”, kan terapeuten spørre hvordan det ser ut når det mentale bildet, metaforen, har fått de fargene som klienten liker. Da kan klienten svare at det kjennes lettere og litt bedre ut.

Ordene som klienten og terapeuten anvender, er hentet fra språkets verden, men resultatet er endringer av klientens følelser, tilstand og derigjennom også av klientens biologiske og nevrobiologiske tilstand. Det å endre metaforen gjennom verbale in- tervensjoner fra terapeuten fører i samme øyeblikk til en nevrobiologisk og kjemisk endring i klienten – dersom de fører til psykisk endring. Dette følger logisk av at det ikke finnes psykiske tilstander uten en hjernemessig og nevrobiologisk forankring.

Jeg har her brukt språk til å justere den visuelle metaforen ”svart” til et lysere og mer fargerikt modalt element, og med dette redusert det følelsesmessige ubehaget. Da man endret metaforen, endret man samtidig klientens biologiske tilstand og følelse. Dette innebærer at metaforen var et mentalbiologisk uttrykk for hvordan klienten opplevde sin følelsesmessige tilstand. De følelsesmessige endringene som følger av endringer i metaforen, er kun mulige dersom det opprinnelig var en sammenheng mellom me- taforen og klientens følelser. Dersom metaforen ikke hadde rommet følelser, ville endringer i de modale elementene som inngikk i metaforen, ikke ført til endringer i symptomene.

#### Samsvaret mellom ord og følelser

Det å anvende ord kan aktivere ubehagelige følelser på grunn av den indre konteksten som ligger til grunn for klientens utsagn. Av og til er samsvaret i intensitet mellom ord, utsagn og følelser så høyt at det å høre, tenke eller si bestemte ord eller utsagn utløser intense følelsesmessige reaksjoner. Dette kan skje i forbindelse med fobier, posttrau- matiske opplevelser, overgrep, ved konflikter og i situasjoner der man er under press, eller ved å høre stemmer. Ved hørselshallusinasjoner kan angsten i like stor grad være en følge av selve det å høre stemmer som stemmenes innhold (hørselshallusinasjoner blir senere berørt i et eget avsnitt).

En følge av en intens forbindelse mellom ord og følelser kan være at klientene ikke orker å snakke om det som er vanskelig. Vi kan møte denne reaksjonen når man spør en klient om hvordan han opplever en hørselhallusinasjon, en fobiker om det fobien er rettet mot, en student om en nærstående eksamen, en som nylig er skilt om hvordan det går, eller en alvorlig syk om sykdommens utvikling.

Ord og utsagn kan aktivere psykisk ubehag på grunn av den indre konteksten som ligger til grunn for klientens utsagn. Som følge av dette må man av og til beskytte kli- enten mot å fortelle om sine vonde opplevelser. Behandlere med opplæring i tradisjo- ner som hevder at det å snakke om sine problemer er løsningen, må være bevisste på om og når det å fortelle om plagene kan forsterke dem.

#### Ord og utsagn er objektive uttrykk for tilstanden av schizofreni

Klientens utsagn er det eneste objektive uttrykk for dennes følelsesmessige tilstand Utsagn fra klientene om hvordan de opplever sin psykiske tilstand er det eneste ob- jektive uttrykk for denne tilstanden, og de må overordnes psykologers og psykiateres vurderinger av klientens tilstand. Dette gjelder uansett hvor kompetent og kunnskaps- rik den observerende part måtte være.

Dette betyr ikke at alle utsagn fra klientene er objektive uttrykk for opplevelsen av schizofreni. De schizofrenes fortolkninger av sin egen tilstand blir definert på linje med andres fortolkninger, som ytre empiri. Klientenes fortolkninger henviser likevel til et psykisk materiale som gjennom nye spørsmål kan gi grunnlag for kontakt med de mentale elementene som forårsaker det psykiske ubehaget og klientens symptomer.

#### Når følelsene går tapt

De følelsene som rommes i klientens utsagn, går ofte tapt i behandling. I de fleste te- rapeutiske sammenhenger er den tette forbindelsen mellom de ordene som uttrykkes fra klientene, og de følelsene som rommes i ordene, defokusert (kognitiv terapi og miljøer som ser på schizofreni som et uttrykk for selvforstyrrelser er unntak i denne sammenhengen). Det mentalbiologiske materialet som ligger til grunn for klientens utsagn, går derfor upåaktet hen og blir tapt for terapeut og psykolog. Dette gjelder også i kognitiv terapi og i miljøer som er opptatt av schizofreni som en forstyrrelse av selvet (Paul Møller 20218). Ut fra den gestaltterapeutiske forståelsen kan man si at den informasjonen som formidles gjennom klientens utsagn, har kommet i forgrunnen, mens de følelsene utsagnet rommer og det mentalbiologiske materialet som ligger til grunn for klientens ord og utsagn, er blitt bakgrunn.

Teorien om språkets betydning for følelser gjør det mulig å plassere ordets følel- sesbærende egenskaper i forgrunnen, og de informasjonene som rommes i ordet, som bakgrunn. Dette skjer ved at terapeuten retter sin oppmerksomhet mot de følelsene som kommer til uttrykk gjennom klientens utsagn, mens han eller hun i mindre grad er opptatt av informasjonsaspektet ved klientens situasjon.

#### Ord og utsagn og den indre kontekst

Ordet «edderkopp» rommer andre følelser for en fobiker enn for en som forsker på edderkoppens parringsritualer. De schizofrenes utsagn som rommer følelser, er en føl- ge av ordenes indre kontekst. Den indre konteksten er det psykiske materialet som lagrer de livserfaringene og tankene som ligger til grunn for klientens utsagn. Hvis den indre konteksten forankrer intense følelser, vil de ordene som klientene anvender, romme intense følelser. Dersom man gjennom ulike intervensjoner endrer den indre

konteksten som ligger til grunn for klientenes utsagn, vil dette føre til en endring i de følelsene som er knyttet til ordene klientene anvender.

De schizofrenes utsagn er forankret i en mer omfattende indre kontekst enn den som kommer eksplisitt til uttrykk. Utsagnene er en konklusjon på en omfattende indre virkelighet. Det interessante er at dersom man endrer klientens utsagn, kan dette føre til endringer i den indre konteksten, og derigjennom til endring av klientens følelser, selv om verken terapeuten eller klienten er klar over hva som skjer.

#### Ord og utsagn er sin egen avgrensede kontekst

Ord og utsagn er sin egen avgrensede kontekst samtidig som de inngår i en mer omfat- tende indre kontekst. Dette bidrar til forståelsen av at ord både er avgrensede mentale, biopsykiske elementer som rommer følelser, samtidig som de er en del av en større mental helhet. Her ligger en av forklaringene på at det er mulig å iverksette endringer kun ved å ta fatt i enkelte utsagn fra klienten og kun ved å bruke språk.

For å forstå hvordan schizofreni utvikles og kan reduseres, må man forstå hvordan mentale prosesser kan skje uavhengig av den historiske og nåværende sosiale kontek- sten og klientenes livserfaringer. Det å bruke språk er en intrapsykisk prosess. Og som ledd i en intrapsykisk prosess har språket betydning både som årsak til symptomene og for å forstå de mentale prosessene som leder til psykisk endring. Siden ord og utsagn er sin egen kontekst og ikke trenger å henvise til noe annet enn seg selv for at man skal få kontakt med klientens opplevelse av schizofreni, trenger man ikke å lete i klientens øvrige liv eller i det ubevisste for å avdekke årsakene til de schizofrenes symptomer.

#### Når grunnstemningen er ordenes kontekst

Av og til fungerer klientens grunnstemning, det vil si de følelsene som klienten har kontakt med, som ordenes viktigste kontekst i den forstand at nye informasjoner el- ler forsøk på å redefinere klientens forståelse ikke fungerer på grunn av intensiteten i klientens grunnstemning. Denne situasjonen gjør det nødvendig å undersøke det psykiske materialet som ligger til grunn for klientens grunnstemning, for eksempel i form av tidligere erfaringer og tanker. Samtidig må man være klar over at klientens grunnstemning også kan være en følge av selvgående øyeblikkelige mentale prosesser som gjør det vanskelig å skifte fokus og å være mottakelig for, fokusere på, og få utbytte av terapeutens intervensjoner.

#### Det ubevisste er her, rett foran deg

Det ubevisste og det psykiske materialet som forårsaker den ubehagelige psykiske til- standen, er rett foran deg – om du vet hva du skal se eller lytte etter. Det kan være hen- siktsmessig å fokusere på de ubevisste mentale prosessene som er relatert til klientens

fortid, nåtid eller fremtid for å kartlegge og endre den psykiske plagen, men dette må gjøres ved å rette oppmerksomheten mot de mentale elementene som klienten har kontakt med i nåtid. Begrunnelsen er at det ubevisste psykiske materialet som ligger til grunn for klientens symptomer kan bli tilgjengelig gjennom en undersøkelse av de ordene som klienten anvender for å beskrive det psykiske ubehaget. Dette skyldes at det ubevisste er ordenes indre kontekst. Denne konteksten består av mental biologi.

Endringen av de ordene som klienten anvender for å beskrive en psykisk tilstand, vil kunne føre til en endring av den indre konteksten som ligger til grunn for den- ne psykiske tilstanden, og derigjennom til en psykisk endring. Litt enklere formulert: Endringen av de verbale biopsykiske elementene som påvirker og styrer en psykisk tilstand, vil kunne endre den ubehagelige psykiske tilstanden.

#### Språket og det ubevisste

De ubevisste årsakene til symptomene er tilgjengelige gjennom klientens utsagn. Schi- zofreni er forankret i det ubevisste. Det ubevisste materialet som forankrer klientens opplevelser, kommer til uttrykk i den språklige flaten, det vil si gjennom de ordene som klienten anvender for å beskrive sin situasjon. De ubevisste og utløsende årsaker til symptomene er slik tilgjengelig for terapeuten gjennom klientens ord og utsagn, forutsatt at man vet hvilken forbindelse det er mellom klientens ord og utsagn og kli- entens opplevelse av schizofreni.

Det at ubevisst psykisk materiale er tilgjengelig i den språklige flaten, får følger for hvordan man forstår forbindelsen mellom psykiske opplevelser og det ubevisste. Oppfatningen om det ubevisste som en vanskelig tilgjengelig årsak til schizofreni blir avvist. Likeledes ideen om at det finnes en dypereliggende historisk årsak til schizofre- ni som med nødvendighet må undersøkes for å behandle schizofreni. Grunnen er at det av og til er tilstrekkelig kun å forholde seg til klientens øyeblikkelige ord og utsagn for å behandle schizofreni.

#### Fortolkninger i lingvistisk hjerneterapi (LBT)

Fortolkninger unngås i lingvistisk hjerneterapi (LBT). I tråd med teorien om språkets betydning for følelser unngår man å tolke klientens utsagn som uttrykk for noe un- derliggende, slik man gjør i psykodynamisk terapi. I stedet tar man ordene på ”face value”, det vil si slik de fremtrer i den terapeutiske samtalen, uten å legge noe til eller trekke noe fra. Dette er i samsvar med MRI-tradisjonens forståelse (Watzlawick 1974) og vurderinger i løsningsorientert terapi (de Shazer 1985, 1988, 1994). En konsekvens av dette er at klientens ord og utsagn umiddelbart kan danne utgangspunkt for en intervensjon.

Man blir ikke helt kvitt fortolkningene, men de schizofrenes fortolkninger endrer karakter fra å bli forstått som sann kunnskap om hvordan klientens psykiske plage er bygget opp mentalt, til å bli betraktet som et uttrykk for det psykiske materialet som

utløser klientens følelsesmessige reaksjoner – uten at man vet helt presist hva dette materialet består av. Dette innebærer at klientens ord tas på ”face value”, uten at man legger noe til eller trekker noe fra det som formidles, samtidig som man undersøker hva dette materialet består av.

Terapeutens gjentakelse av klientens ord i konsultasjonen innebærer en bekreftel- se av klientens opplevelse. Dette gir ofte klienten en følelse av velvære som følge av opplevelsen av å bli forstått, selv om terapeuten ikke nødvendigvis har forstått så mye. Terapeutens intervensjon, basert på klientens utsagn, vil likevel kunne fungere fordi den er basert på klientens forståelse av sin situasjon. Terapeutens forståelse av klienten er derfor ikke alltid en forutsetning for å få gode resultater i behandling.

#### Årsaken til symptomer

Selv om man deler den løsningsorienterte, narrative og postmoderne terapiens oppfat- ning om at det ikke nødvendigvis finnes en dypereliggende ubevisst årsak til psykiske plager, finnes det likevel en årsak til slike plager. Årsaken til klientens symptomer er de mentale elementene som individet ubevisst har kontakt med i et bestemt øyeblikk, forutsatt at symptomene er en følge av mentale prosesser. Disse mentale elementene kan kartlegges gjennom språk. Dette gjør de mentale årsakene til symptomene tilgjen- gelige. Årsakene til mentale opplevelser er dermed potensielt tilgjengelige gjennom de ordene som klientene anvender for å beskrive sin opplevelse av schizofreni. Man kom- mer ikke dypere i det ubevisste enn til de ord og utsagn som klienten anvender når de beskriver sin psykiske plage. Forutsetningen for at dette skal oppleves som sant, er at man forstår hvilken forbindelse det er mellom ord og utsagn og det ubevisste.

#### Terapeutiske følger

I lingvistisk hjerneterapi (LBT) retter man ikke fokuset mot de dypereliggende årsake- ne til den ubehagelige psykiske tilstanden, men mot det psykiske materialet som utlø- ser klientens følelser. Man forsøker ikke å forstå de historiske årsakene til schizofreni, men heller de ordene som klienten anvender for å beskrive sine symptomer, ønsker og behov. Disse ordene brukes deretter i intervensjoner for å endre symptomene, ved å anvende et språk som klienten er fortrolig med, og som stemmer overens med kli- entens forståelse av situasjonen. Dette styrker relasjonen mellom klient og terapeut, noe som øker klientens endringsvillighet og evne. Denne tilnærmingen er i tråd med ideene fra postmoderne terapi (Anderson, 1997) og nevrolingvistisk programmering (Bandler & Grinder 1979).

#### Opprettholdelse av schizofreni via språk

Klienter kan ubevisst opprettholde sine symptomer ved å repetere utsagn og forestil-

linger som rommer psykisk ubehag, samtidig som de betviler og reduserer kontakten med positive utsagn, forestillinger eller metaforer. Forsterkningen av symptomene kan være en følge av tankens innhold, slik det fokuseres på i kognitiv terapi. Det kan også være en følge av at negativt ladede ord og utsagn får økt betydning. Språklige gjenta- kelser med fokus på ubehag kan også føre til mer tid brukt på psykisk ubehag, noe som resulterer i læring og økt kontakt med symptomene. Denne type mentale prosesser reduserer kontakt med egne ressurser og åpner veien for mer psykisk ubehag.

#### Repetisjon av ord og utsagn

Repetisjon av positive ord og utsagn kan føre til psykisk velvære og mestringsevne. Positive ord kan redusere kontakten med ubehagelige forestillinger, så lenge ordene oppleves som sanne. Oppgaven i behandlingen blir å redusere de verbale repetisjo- nene som øker eller stabiliserer symptomene. Samtidig må man øke repetisjonen av utsagn som fører til økt velvære og ønskede reaksjonsmønstre. Dette skjer ikke bare ved å endre innholdet i dysfunksjonelle tanker, slik som i kognitiv terapi, men ved å endre de mentale elementene som forankrer og utløser psykisk ubehagelige opplevel- ser (Dammen 2023b).

#### Ord og utsagn som redskaper i behandling

Ord og utsagns følelsesbærende og følelsesproduserende evne er en forutsetning for å nydanne følelser gjennom språk. Informasjonsaspektet ved ord er nødvendig for at klienten skal kunne informere om sin situasjon. Samtidig er språklige elementers fø- lelsesproduserende evne en forutsetning for å nydanne følelser. Språket gjør det mulig for terapeuten å initiere mentale prosesser hos klienten som kan bidra til kontakt med positivt ladede modale elementer, noe som kan redusere kontakten med ubehagelige opplevelser og bedre den psykiske tilstanden.

#### Ord og utsagns endringspotensial

Jo mer klientens utsagn reflekterer hvordan han eller hun modalt opplever sine følel- ser, desto større endringspotensial har de. Et utsagns ”endringspotensial” refererer til de mulighetene for psykisk endring som ligger i utsagnet, om det brukes som utgangs- punkt for intervensjon. Mine terapeutiske erfaringer viser at jo mer klientens utsagn reflekterer modal opplevelse, desto større er endringspotensialet.

#### Teoriens forbindelse til hjernens psykologi og ling- vistisk hjerneterapi

Teorien om språkets betydning for schizofreni, er tett forbundet med hjernens psy- kologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). .I LBT er språket det sentrale redskapet for å få kontakt med, kartlegge og modifisere de biopsykiske elementene som forankrer symptomene på schizofreni. Språket har en avgjørende rolle i behandlingen ved å om- forme de mentale elementene som opprettholder symptomer, slik at de kan endres og erstattes av et psykisk materiale som er fører til psykisk velvære og mestringsevne.

#### Avslutning

Gjennom utviklingen av teorien om språkets betydning for følelser, psykisk plage og psykisk endring ble det klart at språket ikke bare var en årsak til schizofreni, men også til at plagene ikke var verre enn de var. Ord og utsagn er mentalbiologiske elementer som rommer følelser, og ved å skifte fokus fra informasjoner om schizofreni til indivi- denes følelser, kan man arbeide direkte med det psykiske materialet som forankrer og utløser schizofreni.

Gjennom de terapeutiske erfaringer og analysene av språkets betydning for den psy- kiske plage og behandling ble det klarere at de språklige mønstrene som førte til schi- zofreni og andre psykiske plager ofte fulgte et forutsigbart mønster, som om de var del av en mental strategi, Disse opplevelsene bidro til utvikling av teorien om de fysiske og mentale strategienes betydning for utvikling av psykisk plage og for behandling. Teorien presenteres i neste kapittel.

### Kapittel 13 De fysiske og mentale strategienes betydning for den psykiske plage

Klientens mentale og fysiske strategier for utvikling av schizofreni kan endres ved å forandre de biopsykiske elementene som forårsaker dem. De fysiske og mentale strate- giene som fører til schizofreni, følger ofte et mønster. Et behandlingsmål er derfor å er- statte de mentale mønstrene eller strategiene som fører til negativt ladete biopsykiske elementer som utløser ubehagelige reaksjoner og schizofreni, med mentale strategier som fører til velvære og adekvate reaksjoner. Basert på forskning og behandling av psykiske plager, kan dette oppnås ved å endre de biopsykiske elementene som foran- krer og utløser de schizofrenes handlinger og mentale reaksjonsmønstre. I det videre beskriver jeg de handlingsmønstrene og mentale mønstrene som kan føre til sympto- mer eller psykisk velvære.

#### Utvikling av psykisk velvære og ubehag gjennom fysiske og mentale strategier

Enhver livserfaring kan bidra til dannelse, opprettholdelse eller endring av psykiske tilstander og symptomer. De fysiske strategiene eller handlingsmønstrene som fører til kontakt med positivt mentalt materiale og til adekvate reaksjoner kan beskrives gjennom følgende prosess:

##### Individet:

* Havner i situasjoner som fører til psykisk velvære.
* Oppsøker situasjoner som fører til psykisk velvære.
* Skårer høyt på å fortolke positive hendelser og situasjoner positivt.
* Skårer lavt på å fortolke ubehagelige hendelser og situasjoner negativt.
* Unngår situasjoner som fører til psykisk ubehag.

Individer som er preget av velvære og mestringsevne, samt adekvate reaksjoner, vil ha en tendens til å skåre høyt på kontakt med positivt ladete mentale, biopsykiske ele- menter som følge av mentale strategier.

Individet vil:

* Skåre høyt på kontakt med positivt mentalt materiale.
* Skåre lavt på kontakt med negativt ladet mentalt materiale.
* Skåre høyt på evnen til å tolke mentale positive opplevelser ytterligere positivt.
* Skåre høyt på evnen til å tolke ubehagelige mentale opplevelser konstruktivt.
* Skåre høyt på evnen til å beholde kontakt med positivt ladet materiale.
* Skåre høyt på evnen til å kvitte seg med negativt ladet psykisk materiale.

Dette fører til økt mestringsevne og økt evne til å overse eller redefinere psykisk ube- hagelige situasjoner, slik at de oppleves mer positive.

#### Utvikling av schizofreni gjennom fysiske og mentale strategier

De fysiske strategiene eller handlingsmønstrene som fører til kontakt med negativt ladet mentalt materiale og til ubehagelige reaksjoner kan beskrives gjennom følgende prosess:

##### Individet:

* Havner i situasjoner som fører til psykisk ubehag.
* Oppsøker situasjoner som fører til psykisk ubehag.
* Skårer høyt på å fortolke positive hendelser og situasjoner negativt.
* Skårer lavt på å fortolke ubehagelige hendelser og situasjoner positivt.
* Unngår situasjoner som fører til mestring og velvære.

Vi har tilsvarende mønster innenfor de mentale strategiene. Individer som er preget av psykisk ubehag og lav mestringsevne, vil ha en tendens til å skåre høyt på kontakt med negativt ladete mentale, biopsykiske elementer som følge av mental virksomhet.

Individet vil:

* Skåre høyt på kontakt med ubehagelig mentalt materiale.
* Skåre lavt på kontakt med positivt ladet mentalt materiale.
* Skåre høyt på evnen til å tolke mentale positive opplevelser negativt.
* Skåre høyt på evnen til å tolke ubehagelige opplevelser ytterligere negativt.
* Skåre høyt på evnen til å beholde kontakt med ubehagelig psykisk materiale.
* Skåre lavt på evnen til å kvitte seg med negativt ladet psykisk materiale.

Vi har her et individ med få positive opplevelser og mange ubehagelige. I tillegg har vi en klient med tendens til å redefinere positive erfaringer slik at de ender opp som negative, og til å forsterke det ubehagelige ved ubehagelige opplevelser. Resultatet er økt psykisk ubehag og flere eller mer intense symptomer.

##### De terapeutiske strategiene eller endringsstrategiene kan innebære å:

* + Redusere klientens kontakt med hendelser som fører til psykisk ubehag.
  + Øke kontakten med opplevelser som gir psykisk velvære og mestring.

I LBTS vil dette skje ved å redusere kontakt med biopsykiske elementer som fører til et ubehagelig handlingsmønster, og øke kontakten med biopsykiske elementer som fører til det ønskede handlingsmønsteret. Man vil i tillegg, gjennom endring og utvikling av positivt ladete biopsykiske elementer, utvikle klientens evne til å:Redefinere ubehage- lige opplevelser, slik at de fører til psykisk velvære.

* + Utvikle evnen til å tolke ubehagelige opplevelser mer positivt.
  + Utvikle evnen til å fortolke positive opplevelser ytterligere positivt.

Man vil ikke kunne endre de mentale og fysiske strategiene som fører til symptomer, uten at man endrer det psykiske materialet, de biopsykiske elementene som opprett- holder klientens ubehag. Flere forutsetninger må oppfylles for at man skal kunne an- vende teorien i behandling. De positive biopsykiske elementene må:

* + Romme de følelsene som skal endres.
  + Være tilgjengelige for klienten gjennom introspeksjon.
  + Være tilgjengelige for forsker og terapeut gjennom klientens ord og utsagn.
  + Være endringsbare.

I tillegg må terapeuten:

* + Kunne endre de biopsykiske elementene som forankrer det negative fysiske og mentale handlingsmønsteret.
  + Ha innsikt i de mentale prosessene som kan oppstå hos klientene som følge av de intervensjonene som blir iverksatt.
  + Kunne dokumentere at de følelsesmessige endringene hos klientene er en føl- ge av endringer i de biopsykiske elementene.

En forutsetning for å endre de schizofrenes mentale og fysiske strategier eller hand- lingsmønstre som fører til symptomer gjennom LBT, er at man endrer det psykiske materialet, de biopsykiske elementene som opprettholder de mentale og fysiske strate- giene som fører til psykisk ubehag. Enkelte fysiske og mentale strategier som fører til eller forsterker symptomer, vil være stabile personlighetstrekk, men selv stabile fysiske og mentale strategier som fører til symptomer kan endres ved å endre de mentale, bio- psykiske elementene som utløser og opprettholder disse strategiene.

#### Psykisk ubehag som en dominerende kraft

Psykisk ubehag nuller ofte ut betydningen av positive livsopplevelser. Psykisk ube-

hag, eller smerte, vil oftest dominere over psykisk velvære når ubehaget er intenst. Det positive psykiske materialet vil som følge av dette være mindre tilgjengelig. Fravær av psykisk velvære, positive minner og mestringsopplevelser kan derfor si mer om opplevelsen av psykisk ubehag enn om eksistensen av positive opplevelser og mentale ressurser. Når den psykiske smerten avtar gjennom behandlingen, vil klienten auto- matisk få økt kontakt med positivt ladet psykisk materiale. Terapeuten bør derfor være oppmerksom på om klientene har en potensiell kontakt med positivt ladete mentale strategier som er skjøvet i bakgrunnen på grunn av at det psykiske ubehaget domine- rer klientens fokus.

#### Teoriens betydning

Teorien om de fysiske og mentale strategiene gjør det mulig å undersøke de mentale og fysiske strategiene som fører til ubehagelige psykiske reaksjoner og symptomer, noe som gjør det mulig å endre disse. Selv om man fokuserer på øyeblikket, vil man i hjernens psykologi fokusere på de handlingsmønstrene og mentale mønstrene som fører til og forsterker ubehagelige psykiske reaksjoner og symptomer.

Begrunnelsen for dette er at den tilstanden som er blitt diagnostisert som schizofreni, som oftest er en følge av en lengre prosess som kan ha begynt i tidlig alder. Det er der- for viktig, selv om det ikke alltid er nødvendig, å undersøke hvilke atferdsmønstre og mentale mønstre som har preget klienten i den prodromale fasen, det vil si før klien- tene ble diagnostisert. Innfallsvinkelen til disse mentale mønstrene vil først og fremst være de ord og utsagn som klientene formidler i konsultasjonen.

Teksten er for lang til at jeg kan vise hele rettelsen her på én gang, men om du ønsker å få den som en fil for å lime inn hele teksten med korrektur direkte, kan jeg hjelpe deg med det. Hva foretrekker du?

Parallelt med utviklingen av teorien om de fysiske og mentale strategienes betydning for utvikling av schizofreni ble jeg oppmerksom på at ytre påvirkninger og opplevelser ble transformert eller overført til følelser på samme måte som tanker førte til følelser. og at følelsene vedvarte etter at tankene var avsluttet. Den egenskapen at fysiske opple- velser og tanker ble overført til og lagret som følelser, ble kalt evnen til transformasjon, og den ble grunnlaget for teorien med samme navn.

Kapittel 14 Teorien om transfor- masjon

En sentral psykologisk egenskap er evnen til transformasjon. Transformasjon er hjernens evne og tendens til å overføre ytre erfaringer til indre sanseopplevelser, for eksempel en ytre opplevelse til et visuelt element, et indre bilde av opplevelsen som kan romme den samme følelsen som ble dannet gjennom den ytre erfaringen. Denne typen transformasjoner skjer kontinuerlig. Vi har mange former for transformasjon. Visse blikk vekker varme eller frustrasjon, ord i en roman kan fremkalle gråt, musikk kan gi opplevelser av farge, og en feil kan sette i gang følelser. Her transformeres ytre opplevelser til modale opplevelser, til følelser og deretter til verbale utsagn. Senere går transformasjonen motsatt vei, fra indre mentale opplevelser til tale og handlinger.

De schizofrenes evne til transformasjon kan anvendes i behandling ved at man kan kartlegge og deretter endre på hvilken måte klientene har lagret sine mentale og fysiske opplevelser. Man søker for eksempel å utvikle klientens evne til å danne posi- tive transformasjoner, det vil si evnen til å produsere et positivt ladet materiale med utgangspunkt i mindre positive opplevelser. Psykologien og psykiatrien er ikke opp- merksomme på fenomenet transformasjon og mangler derfor en viktig innfallsvinkel til hvordan man kan forstå og endre klientens symptomer.

#### Transformasjon fra en uspesifikk til en spesifikk psy- kisk opplevelse

Upresist opplevde følelser er vanskelige å endre. Disse kan transformeres til spesifik- ke sanseopplevelser og derigjennom gjøres endringsbare. Enkelte klienter formidler sine følelser gjennom uspesifikke, lite konkrete sanseopplevelser og i generelle ord og utsagn. Terapeuten kan overføre generelle følelsestilstander til spesifikke visuelle, au- ditive eller kinestetiske sanseopplevelser som rommer den samme følelsen. En upresis følelse av ubehag kan for eksempel overføres til og formidles gjennom utsagnet «en klump i magen som er svart», mens utsagnet «det fungerer ikke» kan transformeres og spesifiseres gjennom utsagnet «jeg mister energi og overskudd når jeg snakker med...». Begrunnelsen for dette er at det er enklere å endre følelser som formidles gjennom konkrete sanseopplevelser enn gjennom generelle utsagn.

Denne typen transformasjoner kan føre til at klientens opplevelse av schizofreni blir mer konkret og tilgjengelig for terapeuten, og derfor lettere kan danne utgangspunkt for endring.

##### Et eksempel på en transformasjonsprosess

Når man undersøker hvordan klientene visuelt opplever en uspesifikk følelse av angst etter at den er transformert, kan klienten si at angsten er som noe ubehagelig rødt, eventuelt fortelle om et indre bilde av en opplevelse som er forbundet med angst. I det- te øyeblikket er den tidligere uspesifikke følelsen av angst blitt mer konkret og derved operasjonaliserbar i behandling. På spørsmål om hva klienten skulle ønske å gjøre med det indre bildet av rødt, som rommer den ubehagelige følelsen, kan klienten formidle at hun ønsker å redusere intensiteten i det røde, eller bytte ut det røde med en gul, blå eller en annen lysere farge. Dette innebærer at terapeuten har fått en bestilling og et utgangspunkt for en intervensjon.

Hvis klienten først beskriver en følelse gjennom et upresist begrep, og etter trans- formasjonen formidler at «det er som om kroppen slår gnister», kan man undersøke hvordan klienten hadde opplevd situasjonen dersom strømmen ble slått av og gnis- tene var borte. Terapeuten intervenerer her med utgangspunkt i klientens logikk og opplevelse av mening. Terapeuten behandler her innenfor og i samsvar med klientens meningsverden.

Eksempelet er hentet fra en behandling av en meget stresset klient. Strømmen ble ikke slått av sånn plutselig, men klienten fikk en spak, en form for gasspedal som han kunne regulere strømmen med. Resultatet av denne typen transformative prosess med etterfølgende intervensjoner er ofte at uroen og spenningene avtar. Denne typen trans- formasjoner anvendes kontinuerlig i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

Forutsetningen for å lykkes med en slik prosess er at klienten er i stand til å fore- stille seg hvordan en uspesifikk ubehagelig følelse kan beskrives modalt ved å formid- le hvordan den kan ”se ut”, hvor i kroppen ubehaget sitter, og hvordan den psykiske smerten oppleves.

#### Preferanser

Enkelte klienter har en velutviklet transformativ evne og fantasi som de anvender i forbindelse med utvikling av schizofreni. Klientens evne til å transformere ytre er- faringer til indre sansemessige prosesser forteller noe om egenskapene ved klientens psykiske plage, og om klientens terapeutiske ressurser og potensialer for endring. De fleste klienter opplever symptomer gjennom flere sansekanaler. Noen opplever dem først og fremst gjennom lyder, visuelle bilder eller hallusinasjoner. Andre opplever dem i større grad gjennom kroppslige fornemmelser, mens noen opplever dem først og fremst gjennom tanker, vurderinger og fortolkninger.

Tenkning kan også betraktes som en form for transformasjon. Klientene vil både transformere ytre og indre opplevelser til nye mentale elementer eller mentalt ma- teriale, men terapeuten i LBTS vil først og fremst iverksette mentale transformative prosesser ved å endre mentale forestillinger og et mentalt materiale til nye mentale forestillinger og til et nytt mentalt materiale.

Teorien om transformasjon åpner for at man kan undersøke klientens evne og

tendens til å overføre ytre opplevelser til ord og utsagn, kroppslige fornemmelser og modale opplevelser som kan romme de samme følelsene som ved den opprinnelige fysiske hendelsen. Deretter kan man overføre fysiske opplevelser lagret som mentalt materiale og tanker til et psykisk materiale som er lettere å behandle.

Teorien om transformasjon gjør det også mulig å beskrive hva som skjer mentalt når verbale intervensjoner fra terapeut fører til følelsesmessige og psykiske endringer hos klienten. En forutsetning for å anvende teorien om transformasjon er at man har innsikt i teorien om de biopsykiske enhetene.

#### Avslutning

Erfaringen at klientenes evne til å transformere ytre erfaringer og indre modale opple- velser til nye negative og positive modale opplevelser og tanker bidro til erkjennelsen at schizofreni ikke kun var en følge av mangler eller svakheter ved klientene, men at schizofreni var en følge av ressurspreget mental aktivitet. Evnen til transformasjon kan derfor forstås som en terapeutisk ressurs som kan anvendes for å redusere symptome- ne. Denne forståelsen bidro til utviklingen av teorien om de terapeutiske ressursene.

Kapittel 15 Teorien om de tera- peutiske ressursene

Utvikling av schizofreni forutsetter anvendelse av mentale ressurser. Terapeutiske res- surser er psykisk materiale i form av biopsykiske elementer og evner som kan anvendes for å bringe klienten fra symptompregede reaksjoner til økt velvære og mestringsevne. Dette innebærer at positive opplevelser, egenskaper, mestringserfaringer, håp, ønsker, positive sosiale relasjoner, talenter og motiver blir forstått som mentale ressurser. Dis- se ressursene kan anvendes for å redusere schizofrene symptomer. Klientenes evne til å få kontakt med positive visuelle, auditive, kinestetiske, lukt- og smaksforestillinger, samt evnen til å forestille seg – gjennom transformasjon – en bedre mental virkelig- het, blir også betraktet som ressurser som kan anvendes terapeutisk. I tillegg kommer klientens evne til å gjennomføre mentale endringer med utgangspunkt i terapeutens intervensjoner. Terapeutiske ressurser er positivt ladete biopsykiske elementer.

En undersøkelse av klientenes ressurser førte til erkjennelsen at de hadde omfatten- de ressurser som kunne anvendes i behandling. Samtidig ble det klarere at måten de hadde anvendt sine ressurser på, var en av årsakene til at symptomene ikke var verre enn de var. Klientenes evne til å anvende sine ressurser for å mestre eget liv balanserer på en måte den psykiske plagen. I tillegg ble det tydeligere at schizofreni var en følge av at ressursene hadde blitt anvendt på en destruktiv måte. Ressursene kunne imidler- tid også anvendes motsatt vei, til å redusere eller fjerne symptomer. Klientene har de nødvendige ressursene for å bedre sine symptomer, men har ikke alltid tilgang til disse når de trenger dem som mest.

Teorien om de terapeutiske ressursene beskriver hvilke mentale egenskaper og res- surser klientene besitter, og hvordan de kan anvendes i behandling.

#### Teoriens bakgrunn

Psykologi og psykiatri mangler kunnskap om hvilke ressurser som kan anvendes i be- handling. Psykiatrien er, med enkelte unntak, dominert av et fravær av fokus på kli- entenes mentale kapasiteter og ressurser. Psykiatriens fokus, eksemplifisert gjennom de diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V, gir et begrenset bilde av klientene. Her forsvinner klientene som fullverdige og ressurssterke mennesker, og de blir stående igjen som syke, problemfylte og maktesløse. En helt motsatt erfaring – den at mine klienter, uavhengig av alvorlighetsgraden av den psykiske plagen, hadde viktige res- surser – førte til undersøkelsen av hva som kunne fungere som en terapeutisk ressurs. Arbeidet var også inspirert av ”bringback”, en metode hentet fra nevrolingvistisk

programmering (Bandler, 1985). Metoden innebærer at man kan hente frem positive egenskaper som klientene tidligere har hatt kontakt med, og anvende disse i behand- lingen. I tillegg kom forskning som hevder at klientenes ressurser har betydning for de resultatene som kan oppnås i behandling (Duncan & Miller, 2000, 2009). Ideen om at klientene har omfattende ressurser er også inspirert av den verdenskjente hypnotera- peuten Milton Erickson, som er tillagt følgende utsagn: ”Klientene har de ressursene de trenger for å mestre sine psykiske problemer.” Også de familieterapeutiske tradisjo- nene, som MRI-tradisjonen, løsningsorientert, narrativ og postmoderne terapi, var in- spirasjonskilder. Psykiatrien og psykologien er ikke bevisste omfanget av de ressursene klientene besitter, og hvilke av klientenes egenskaper og kapasiteter som kan anvendes i behandlingen.

#### Terapeutiske erfaringer

Teorien om de terapeutiske ressursene er også basert på erfaringer som viste at en bevisst bruk av klientenes ressurser førte til kortere behandlingstid og bedre resultater (Dammen, 2013). Disse erfaringene kan føre til en endring i fokus – fra å fokusere på det psykiske ubehaget til å fokusere på klientenes positive egenskaper og mestringsre- laterte opplevelser, og fra et fokus på ytre faktorer som venner, sosial status, økonomi og materielle forhold til å fokusere på det psykiske materialet som forankrer klientenes positive opplevelser og ferdigheter.

Det må understrekes at fokus på klientenes positive ressurser ikke er et nytt fenomen. Dette fokuset har fått større utbredelse i de senere år, blant annet gjennom positiv psykologi (Seligman, 2006). Forskjellen mellom LBTS og de øvrige positivt orienterte terapeutiske og psykologiske tradisjonene er at man i LBTS betrakter de biopsykiske elementene som terapeutiske ressurser.

#### Mentale egenskaper som ressurser

Å ha evnen til å oppleve noe intenst forteller noe om evnen til å være mottakelig, føl- som, og å kunne danne levende mentale forestillinger. Klientene (om de ikke er sløvet ned av medisiner eller er psykotiske) tenker mye over sin lidelse og har ofte et nært og dypt forhold til sin eksistens. Dette kommer til uttrykk gjennom selvforstyrrelser. De oppdager ofte inkongruens, urettferdighet, unnvikelser og andres svakheter og styrker. De kan også være tause, overdrevent beskjedne og mangle evne til å anerkjenne, bekrefte og beskytte seg selv, eller det motsatte – føle seg som noe spesielt, noe unikt og utvalgt. I tillegg har de samme egenskapene som de alminnelig fungerende, selv om disse tas for gitt, blir defokusert av dem selv og av psykiatrien, og ikke definert eller

forstått som uttrykk for ressurser.

Klientenes terapeutiske ressurser kommer også til uttrykk gjennom intensiteten i og livaktigheten ved ubehagelige psykiske opplevelser, samt gjennom dannelsen av hallusinasjoner og vrangforestillinger som beveger seg utenfor det som oppleves som

alminnelig og normalt. Evnen til å oppleve intense følelser, vrangforestillinger og hal- lusinasjoner er en ressurs som kan anvendes positivt i behandlingen, selv om psyko- logien først og fremst betrakter symptomer som uttrykk for sykdom (se kapittelet om symptomer).

I tillegg har vi ressurser i form av håp, tro, ønsker for sitt liv, og øyeblikk med nær- het, varme og mestring. I LBTS betraktes nesten alle klientenes egenskaper, også de som av samfunnet eller psykiatrien defineres som uheldige, som ressurser og som ut- trykk for en kapasitet som kan anvendes i behandlingen. Dette gjelder selv om enkelte symptomer kan være en følge av at de har for mye eller for lite av disse egenskapene, kombinert med angst og et lavt selvbilde.

#### Mentale strategier som terapeutiske ressurser

Mentale strategier kan forstås som repetisjoner av vaner, tankemønstre og modale mønstre som fører til bestemte fysiske og følelsesmessige opplevelser. De fleste for- står godt hva tankemønstre er. Færre har forståelse for de modale mønstrene. Modale mønstre beskriver klientens tendens til å få kontakt med bestemte indre sanseopple- velser i en bestemt rekkefølge, i situasjoner som utløser psykisk ubehag eller velvære.

Jeg ble oppmerksom på de modale mønstrene ved å observere klientene. På spørs- mål om hvordan de opplevde den psykiske smerten, svarte noen at den var i hodet, andre at den satt i brystet, i hjerteregionen, i magen eller solar plexus, eller i hele krop- pen. Andre formidlet at ubehaget først og fremst var knyttet til indre bilder og til noe de så for seg i sitt indre. Ubehaget var ofte knyttet til mørke farger, mens positive opp- levelser var forbundet med lysere farger.

Andre beskrev sine psykiske plager gjennom auditive begreper, selv om de også opp- levde sine problemer gjennom indre bilder. Felles for mange var at det mentale møn- steret – måten de opplevde ubehagelige situasjoner og problemer på – fulgte et møn- ster som gjentok seg.

Klientenes mentale mønstre og strategier blir i LBTS betraktet som terapeutiske res- surser og som et utgangspunkt for behandlingen. Dette innebærer at man først re- duserer kontakt med mentale elementer som rommer psykisk smerte, og deretter gir klientene kontakt med positive opplevelser gjennom de ordene og den sansekanalen de vanligvis anvender når de opplever psykisk ubehag.

For klienter som tenker mye kritisk og negativt, kan man gi strategier som dreier klien- tenes fokus mot ønskede reaksjoner gjennom tenkning. For klienter som opplever det psykiske ubehaget i magen, kan man gi intervensjoner som innebærer at de får en god magefølelse. For klienter som opplever den psykiske smerten som et ubehagelig indre bilde, kan man gi dem kontakt med positive visuelle forestillinger i samme situasjon.

Ofte vil det være nødvendig å arbeide både med verbale, visuelle, auditive og kines- tetiske opplevelser. Smak og lukt blir sjelden anvendt som utgangspunkt for endring, da de sjelden er forbundet med psykiske plager. Men en klient hadde ostefobi, selv om hun bodde i Frankrike og elsket ost, og da ble det relevant å arbeide med smak. Slik

kan mønstre som ubevisst har ført til psykisk ubehag, anvendes motsatt vei, til å skape endring og tilfriskning.

#### Nøytrale øyeblikk som en terapeutisk ressurs

Nøytrale opplevelser og øyeblikk av likegyldighet kan fungere som terapeutiske res- surser. Enkelte klienter er alltid engasjerte, på godt og vondt. Dette engasjementet kan være slitsomt. For enkelte er det viktig å kunne reagere med likegyldighet i situasjoner der engasjementet har ført til psykisk smerte og dårlig funksjon.

Å utvikle evnen til å reagere med mindre engasjement og mer likegyldighet i en- kelte situasjoner, åpner for nye og mindre belastende følelser. Som følge av dette får klienten flere mestringsstrategier. De biopsykiske elementene som er forbundet med likegyldighet kan, når de blir overført til situasjoner preget av for intenst engasjement, føre til økt kontakt med positive egenskaper og adekvat mestringsatferd.

##### Eksempler på arbeidet med manglende likegyldighet

Dersom du ber en lett engasjert klient tenke på noe hun er likegyldig til, kan du få til svar at «Nei, det går ikke». Om du deretter spør hvilket forhold hun har til den midterste fyrstikken i en eller annen fyrstikkeske, fordi du selv har et likegyldig for- hold til denne fyrstikken, kan du møte en klient som umiddelbart utvikler en levende interesse for spørsmålet. «Wow, en fyrstikk, også den midterste da, gitt». Men mange formidler at nei, de er ganske likegyldige til denne fyrstikken.

For meget lettantennelige klienter vil fyrstikkeksempelet ikke være tilstrekkelig. Her kan man for eksempel spørre hvilket forhold hun har til en kubikkmeter luft et eller annet sted. De aller fleste får nå kontakt med en nøytral følelse. Men noen fatter in- teresse for akkurat denne kubikkmeteren med luft. En klient sa: «En kubikkmeter med luft, det vil si så og så mye oksygen og drivhusgasser». Og klienten ble igjen tent. Til slutt, på spørsmålet om hvilket forhold hun hadde til en kubikkmeter vakuum et sted i verdensrommet, fant selv denne klienten det vanskelig å engasjere seg. Deretter ba jeg henne forestille seg hvordan det hadde vært å reagere med samme type likegyldighet i situasjoner der hun hadde hatt for mye utslitende engasjement. Klienten formidlet umiddelbart at hun følte seg fri, at hun slapp å engasjere seg, mene noe, gjøre noe, ta ansvar for noe, eller å ta tak i noe og ordne opp i noe. Hun fikk kontakt med ro.

Det kan være nødvendig å teste ut graden av likegyldighet slik at klienten blir akkurat passe likegyldig til situasjoner som tidligere er blitt opplevd som ubehagelige, slitsom- me eller angstrelaterte. Slik sett kan likegyldighet, noe som vanligvis ikke blir aner- kjent som en positiv egenskap, fungere som en terapeutisk ressurs. Jeg har anvendt denne metoden flere ganger.

#### Terapeutens ressurser og tilgangsstadiet for psykisk endring

Klienten er den viktigste ressursen i LBT. Den nest viktigste ressursen er terapeutens evne til å anvende klientens ressurser til det beste for klienten. Denne evnen forutset- ter at terapeuten er klar over at klientene besitter terapeutiske ressurser, og at han eller hun er i stand til å reagere med sine ressurser i fremtiden.

I tillegg forutsetter dette forståelse for når klienten befinner seg i «tilgangsstadiet» for psykisk endring. Tilgangsstadiet for psykisk endring er den tilstanden der klienten er åpen for psykisk endring. Dette antyder at det finnes mentale tilstander der klienten ikke er mottakelig for terapeutens intervensjoner.

Terapeutens evne til å gi klienten kontakt med tilgangsstadiet for psykisk endring er en vesentlig terapeutisk kvalitet. Øyeblikk der klienten er mottakelig for terapeutens intervensjoner og åpen for psykisk endring, er en viktig forutsetning for at behandlin- gen skal føre til psykiske endringer.

#### Klientens endringsevne og evnen til å danne mentale forestillinger

En annen terapeutisk ressurs er klientenes evne til å endre og erstatte mentale elemen- ter som utløser psykisk ubehag med positivt ladete mentale elementer som fører til en bedre følelse. Visuelt kan dette innebære, i arbeidet med en kvinne, å flytte et indre bilde av at mannen har sex med sin elskerinne i deres seng lenger vekk, slik at det tar mindre plass i det mentale. Man kan også forstørre et behagelig eller forminske et ube- hagelig indre bilde, eller man kan skifte fokus fra noe ubehagelig til noe mer positivt og mestringsorientert.

Man kan også la klienten forestille seg at hun ser seg selv utenfra i en vanskelig situasjon, samtidig som hun «låner» seg noen positive væremåter og følelsesmessige reaksjoner i situasjonen. Dette reduserer ofte ubehaget, noe som vil kunne øke klien- tens velvære og mestringsevne som følge av at det som tidligere har hindret klienten, ikke lenger hindrer henne i samme grad.

Det er forskjeller på klientenes evne til å justere de mentale elementene som utløser ubehagelige symptomer. Mens enkelte har liten endringsevne, har andre en nesten forbløffende kapasitet til å endre seg psykisk, noe som kan kjennetegne sterkt visuelle, mentalt fleksible og kreative klienter. Denne evnen påvirkes ofte negativt av medisiner. Min erfaring er at tyngre klienter kan ha en større endringsevne enn godt fungerende klienter.

Jeg gir ofte klientene metoder som kan føre til psykisk velvære og som forsterker evnen deres til å gjennomføre positive mentale prosesser. Samtidig forsøker jeg å ut- vikle deres evne til å redusere eller eliminere visuelle, auditive og kinestetiske elemen- ter som rommer psykisk ubehag.

#### Schizofreni og evnen til refleksjon

Schizofreni utvikler ofte evnen til refleksjon og tenkning, selv om den kretser rundt symptomer og angstskapende situasjoner. Denne evnen er en vesentlig terapeutisk res- surs, selv om måten klienten har anvendt sin tenkning på, har bidratt til symptomene. Klientens refleksjonsevne kan anvendes for å sette i gang positive refleksjoner. Klien- tene får hjelp til å bruke sine allerede godt utviklede refleksjonsevner til å tenke over positive opplevelser, suksesser og tidligere mestringsatferd.

Et interessant fenomen er at det er de samme mentale ressursene som anvendes når klienten utvikler schizofreni, som når de reduserer den psykiske plagen gjennom be- handling eller eget endringsarbeid.

#### Psy Tai Chi – når psykisk smerte er uttrykk for energi og bevegelse

Sterke følelser rommer en tilsvarende sterk energi, enten den er preget av velvære eller ubehag. Denne energien kan anvendes i behandlingen. En måte å gjøre det på er å inn- gå en avtale med klienten om at hver gang han tenker en negativ tanke, skal han tenke en nøytral tanke først og deretter to positive.

Siden klientene ofte har kontakt med negative tanker og med et negativt ladet psy- kisk materiale, kan man anvende disse tankene for å utløse positive mentale prosesser. Smerten fungerer her som et betinget signal for mental aktivitet som fører til positive følelser. Dette gjør noe med de negative tankene. Enkelte avtar og mister sin kraft. Muligens kan man kalle denne metoden for den psykiske Tai Chi eller «Psy Tai Chi».

Dette vil si en metode som innebærer at man går med klienten og bruker dennes ressurser og talenter for å fremme endring, i stedet for å stoppe eller bremse klientens reaksjoner ved å fortelle hva han eller hun ikke skal gjøre, si eller tenke. Angst kan lam- me, men angst rommer også energi. Denne energien kan anvendes som drivkraft for å bli kvitt angsten, blant annet ved å la angsten bli et betinget signal for konstruktive tanker eller atferd.

Angsten kan for eksempel anvendes som et signal for pustekontroll. Man lærer klienten pusteøvelser mens han befinner seg i et rolig psykisk leie, noe som innebærer en jevnere og roligere pusterytme, med en derpå følgende opplevelse av større ro. Der- etter kobles denne pusteteknikken til situasjoner forbundet med angst, med den følge at de tidligere angstutløsende situasjonene samtidig utløser en mer kontrollert pust. Forbindelsen må etableres i en trygg situasjon for å hindre at det psykiske ubehaget blir mer dominerende enn de positive opplevelsene.

En interessant bivirkning er at bruken av angst som betinget stimulus for trygghet ofte reduserer angstens varighet. Jeg har også anvendt angst som et utgangspunkt for å utløse adekvat mestringsatferd i situasjoner som er blitt opplevd som truende. For-

utsetningen er at den psykiske smerten ikke er så intens at koblingen går feil vei, med den følge at det psykiske ubehaget smitter over på tidligere positive reaksjonsmønstre.

#### Schizofreni og kognitive talenter

Hukommelse er en terapeutisk ressurs som kan anvendes for å fremme psykisk vel- være. Klienter med god evne til å huske det ubehagelige har ofte kapasitet til også å huske det positive som har skjedd når den psykiske plagen er redusert. Jo mer levende klienten erindrer ubehagelige situasjoner, desto mer levende vil klienten kunne huske positive opplevelser dersom disse blir hentet frem.

Kontakt med posttraumatiske reaksjoner mange år etter at en hendelse har skjedd, forteller ikke bare noe om den traumatiske opplevelsen. De forteller også noe om kli- entens evne til å bevare visse inntrykk skarpt og klart, og med så intense følelser at de er tilnærmet like ubehagelige som de som ble opplevd i forbindelse med den trauma- tiske hendelsen. Denne evnen til å fastholde minner over mange år vitner om noen ve- sentlige mentale egenskaper. Schizofreni er nært forbundet med klientenes kognitive talenter, og disse talentene kan anvendes terapeutisk.

#### Refokusering og redefinering som psykologiske og terapeutiske ressurser

Schizofreni kan innebære et intenst fokus på bestemte situasjoner, mennesker, egne reaksjoner, oppfatninger og forestillinger. Klientene kan her få støtte, aksept og be- undring for sin våkenhet, evne til å fastholde et fokus og for sin sammenlikningsevne, selvobservasjon og ofte skarpe, men overdrevne fantasier.

Gjennom behandling kan de få hjelp til å dreie disse talentene og sitt fokus i ret- ning av å legge merke til alminnelige hendelser og situasjoner, små glimt av glede og mestring, nærhet, forståelse, omsorg, vennlighet, tillit og mestring som de også har opplevd.

En side ved dette er den glede eller fornøydhet som klientene viser når jeg for- midler at de er intelligente, og at de har noen særegne talenter, evner eller en særegen følsomhet. Når jeg forteller at de psykiske problemene nettopp kan være et uttrykk for disse ressursene, selv om det kan være bedre måter å anvende dem på, har det en terapeutisk effekt. Klientene har riktignok en diagnose, men denne blir nå forstått som et uttrykk for én eller flere positive talenter og mentale ressurser. Ubehagelige psykiske reaksjoner og symptomer blir her forstått som uttrykk for mentale kapasiteter som evne til nærhet, lukkethet, taushet, refleksjon og samvittighet. Når den psykiske plagen reduseres, vil de fortsatt beholde disse talentene.

Denne redefineringen innebærer en opplevelse av normalitet, en ny egenverdi, en ny erkjennelse og et større håp. De får utfordret og endret sin identitet som syk.

##### Et eksempel

På en internasjonal forskningskonferanse i Denver i USA om hva som virker i behand- ling, møtte jeg i en pause en deltaker som var klient. Han hadde vært gjennom perio- diske opphold på psykiatriske sykehus i mange år. Vi kom i snakk om behandling, og han fortalte om sine 18 personligheter og sin pessimisme med tanke på fremtiden.

Det lå en liten forventning i luften om en terapeutisk samtale, men det var pause, og jeg hadde knapt med tid. Deltakeren var formell, vennlig og meget våken. Jeg fikk en innskytelse og sa: «Fantastisk, du må være heldig som har evnen til å forstå og sette deg inn i så mange forskjellige personligheters liv og tanker med så stor innlevelse.» Mannen ble forbauset, men meget interessert. Om jeg kunne utdype dette?

«Et menneske som har evnen til å oppleve og skille mellom 18 forskjellige person- ligheter, må ha noen helt vesentlige evner og ressurser som jeg mangler. Jeg har bare én, kanskje en antydning til to personligheter. Sannsynligheten er ganske stor for at du må være meget intelligent og kreativ, kombinert med stor innlevelsesevne.»

Mannen smilte vennlig og nesten lykkelig. Pausen var over. Han takket meg for en meget, meget interessant samtale på sin litt korrekte og formelle måte. Senere så jeg ham igjen. Han gikk fortsatt med den høyreiste holdningen og de lette skrittene som da vi skiltes.

#### Psykisk ubehag som signalkompetanse

Evnen til å reagere med schizofreni og psykisk ubehag kan betraktes som en form for mestrings- og mobiliseringsevne. Psykisk ubehag signaliserer at noe ikke fungerer som det skal. Klienten besitter derved en form for varslings- og signalkompetanse. Dersom klienten fortolker eller forstår sine psykiske reaksjoner og symptomer som et signal på at noe bør gjøres, kan den psykiske smerten tidlig utløse atferd eller tenkning som bringer klienten i kontakt med hjelpeapparatet, eller som bringer klienten over i en bedre situasjon.

Forutsetningen er at terapeuten har metoder som kan bedre klientens situasjon. Symptomer betraktes her som et ledd i kroppens signalsystem, som kan føre til mobi- lisering for å redusere den ubehagelige psykiske tilstanden. Fra kun å være uttrykk for en svakhet, fremhever man de psykiske problemenes betydningsfulle signalelementer. Dette gjør det lettere for klienten å bære plagen. Han har nå en kropp og et varslings- system som fungerer når noe oppleves som ubehagelig, når noe ikke fungerer, og når noe ikke mestres.

Schizofreni kan også forstås som et uttrykk for at klienten har et for svakt signal- system, eller at han i for liten grad tar hensyn til indre signaler, med den følge at han pådrar seg for store belastninger før han setter inn motkrefter. Terapeutens oppgave blir her å styrke klientens beredskap og utvikle klientens evne til å tåle mindre før han setter inn tiltak for å ta vare på sin egen psyke.

Symptomer er ikke uttrykk for absolutt fastlåste og evigvarende tilstander. Også

klienter som er dominert av selvforstyrrelser knyttet til identitet, hvem de er, og frem- medhet, har opplevd situasjoner der de har fungert adekvat og alminnelig. Denne ty- pen erfaringer kan anvendes som et utgangspunkt for å sette i verk en behandling som motvirker selvforstyrrelser.

#### Minner som terapeutiske ressurser

Schizofrene har ofte redusert kontakt med sine høydepunktsopplevelser og alminne- lige gode opplevelser. Enkelte klienter må tilbake til tidlig barndom før de får kontakt med opplevelser uten angst. For en kvinne hjalp ikke dette. Hun kunne ikke huske at hun noen gang hadde opplevd en tilstand uten angst, heller ikke som lite barn. Jeg ble usikker. Hva nå?

Så fikk jeg en idé. Jeg ba henne tenke tilbake på den gangen hun lå inne i mammas mage, rundt 30. uke. Hun klarte å forestille seg det. «Kjenn litt etter», sa jeg. «Når du er inne i mammas mage, i et lyserosa skjær, i et varmt og lett skvulpende miljø og omgitt av myke stemmer, har du angst der?» «Nei», sa klienten. Det eneste hun klarte å fore- stille seg, var et uvitende velvære. Følelsen av velvære, trygghet og fravær av angst ble deretter overført til situasjoner preget av angst. Etter noen konsultasjoner ble kvinnen kvitt sin angst.

Evnen til å få kontakt med positive mestringsopplevelser er av stor betydning for kli- enter som er preget av depresjon og manglende funksjonsevne. Terapeutens oppgave er her å gi klienten kontakt med sine tidligere positive opplevelser, mentale ressurser og kapasiteter, og deretter anvende disse i behandlingen.

#### Ubehagelige opplevelser som terapeutiske ressurser

Ubehagelige opplevelser og erfaringer kan anvendes som grunnlag for positiv endring etter at de er behandlet. Dette innebærer at klientene underveis i behandlingen erkjen- ner at de også anvendte positive mentale ressurser i de mest traumatiske og vanskelige situasjonene de har opplevd. Enhver livserfaring kan bli en kilde til livsvisdom når angsten og smerten er redusert eller fjernet, også ved psykotiske opplevelser. Overgan- gen fra mental invalidisering til visdom kan være ganske kort.

##### Et eksempel:

En klients varhet og beskyttelsesstrategi overfor menn som følge av en voldtekt, kan bli destruktiv og ødeleggende for hennes evne til å leve i et parforhold. Når den traumatis- ke opplevelsen er redusert og klienten har fått utviklet nye holdninger som muliggjør et trygt samliv, har klienten fått to livsstrategier hun kan veksle mellom. Den ene stra- tegien er fortsatt varheten og «føre var»-holdningen overfor menn, som beskytter mot nye overgrep. Den andre strategien er evnen til å være åpen og trygg med menn hun ønsker å være åpen med. Traumatiske opplevelser kan slik, gjennom terapi, føre til en ny livsressurs og mestringsevne.

Ressurser fra det gode liv

Jeg har tidligere fokusert på mentale ressurser som blir anvendt i forbindelse med ut- vikling av schizofreni. De viktigste terapeutiske ressursene er imidlertid positive opp- levelser, øyeblikk av lykke, ros, glede, ro, trygghet, hengivenhet, sikkerhet, forståelse, fellesskapsfølelse, mestring, opplevelse av mening og øyeblikk fylt med positiv spen- ning og dramatikk. Disse opplevelsene består av positivt ladete biopsykiske elementer. I hver av disse opplevelsene ligger det kvaliteter som, dersom de overføres til situasjo- ner preget av symptomer, er av stor verdi. En del av behandlingens mål vil være å gi klientene kontakt med, og gjøre dem i stand til å anvende, disse mentale ressursene i det daglige. Dette har en klar terapeutisk funksjon.

#### Terapeutiske oppgaver

Forståelsen av klientenes terapeutiske ressurser får direkte konsekvenser for behand- lingen. Terapeutens oppgave utvides fra å behandle for å redusere symptomer til å vise at klientene har de nødvendige mentale ressursene til å oppleve velvære og mestre sine liv. Terapeutens oppgave blir også å formidle at terapeuten kan hjelpe med å redusere det psykiske materialet som hindrer klientene i å anvende sine mentale ressurser.

Slik fremstår behandlingen som et teamarbeid mellom terapeut og klient. Klientene deltar i kartleggingen og aktiveringen av positive egenskaper som er viktige for å re- dusere, og kanskje bli kvitt, ubehagelige reaksjoner. Dette i seg selv vil kunne ha en positiv betydning.

#### Anvendelsen av terapeutiske ressurser

Forståelsen av klientenes terapeutiske ressurser kan anvendes i behandling. Terapeu- ten må tydeliggjøre og anerkjenne de mentale ressursene som klientene besitter. De må formidle at klientenes symptomer blant annet er en følge av at de har anvendt sine mentale ressurser på en slik måte at dette har bidratt til utviklingen av schizofreni, men også at de kan anvendes motsatt vei for å bedre den psykiske plagen.

#### Forbindelsen mellom teorien om de terapeutiske res- sursene, hjernens psykologi og lingvistisk terapi:

Teorien om de terapeutiske ressursene, hjernens psykologi og lingvistisk terapi er nært forbundet ved at de alle fokuserer på hvordan mentale prosesser, ressurser, og språk kan påvirke psykisk velvære og endring.

Kunnskapene om hjernens psykologi tar utgangspunkt i hvordan hjernen bearbei- der og lagrer opplevelser som psykisk materiale, og hvordan disse mentale prosessene kan anvendes til både å opprettholde og forandre psykisk tilstand. Når det gjelder teo- rien om de terapeutiske ressursene, handler det om å aktivere de mentale kapasitetene

som klienter allerede har – som håp, minner, sanseopplevelser – for å redusere symp- tomene på schizofreni. I hjernens psykologi forstås disse ressursene som biologiske og psykologiske enheter som påvirker nevrologisk aktivitet, og derfor kan endre hjernens tilstand og psykologiske fungering dersom de anvendes og utvikles gjennom behand- lingen.

Lingvistisk terapi fokuserer på hvordan språket, som både et kognitivt og emosjo- nelt verktøy, kan brukes for å forandre mentale opplevelser. Gjennom språklige inter- vensjoner kan klientens psykiske materiale omformes, og negative tanker og følelser kan struktureres på nye måter. Teorien om de terapeutiske ressursene passer inn her ved at det er gjennom språklig uttrykk at terapeutene kan få tilgang til klientens men- tale ressurser, og ved å transformere disse gjennom terapeutiske samtaler kan klienten utvikle en bedre forståelse av seg selv og redusere sin psykiske plage.

Sammen danner disse tre tilnærmingene et helhetlig rammeverk for hvordan be- handling kan hjelpe klienter med å forstå og forvalte deres psykiske ressurser, slik at de kan oppnå psykisk bedring.

#### Avslutning

Forståelsen av de terapeutiske ressursene gjør det mulig å bli oppmerksom på at schi- zofreni ikke kun er en følge av sykdom eller mentale avvik, men at de også er en følge av den måten klientene har anvendt sine mentale ressurser på. Denne forståelsen vil føre til økt respekt for og økt tillit til og tro på klientens evne til å få redusert eller bli kvitt sin psykiske plage.

Teorien kan også føre til at man forstår at det er mindre forskjell på schizofrene og alminnelig fungerende enn tidligere antatt. Den vil kunne resultere i et økt fokus på klientens terapeutiske og mentale ressurser, noe som kan øke klientens oppmerksom- het på, samt lyst og evne til å ta i bruk disse mentale ressursene i arbeidet for å bli kvitt den psykiske plagen. I tillegg vil klientenes terapeutiske ressurser kunne fungere som en innfallsvinkel til å få kontakt med og endre klientens symptomer.

Teorien om de terapeutiske ressursene viser forbindelsen mellom psykisk ubeha- gelige reaksjoner, psykisk endring og klientenes mentale ressurser. Teorien er av be- tydning for å forstå at den psykiske plagen ikke kun er en følge av klientens svakheter, men også er en følge av ressurspreget mental aktivitet, og at klientens mentale ressur- ser er en årsak til at den psykiske plagen ikke er verre enn den er. Uten forståelse av klientenes mentale ressurser vil man mangle forståelse både for schizofreni, hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring i behandling, og hvordan man effek- tivt kan behandle schizofreni.

## Del 4

## Nye dokumentasjonsfor- mer

Etter noen tusen timer med behandling, forskningen var avsluttet og grunnlagsteorie- ne utviklet satt jeg igjen med vitenskapelig og etterprøvbar innsikt i hvordan psykiske plager var bygget opp mentalt og hvordan de kunne endres forutsigbart gjennom be- handling. Da jeg var sikker på at forskere, psykiatere og psykologer ville stille spørsmål ved mine funn, søkte jeg etter andre måter å bekrefte de vitenskapelige sannhetene jeg var kommet frem til. I dette arbeidet ble jeg inspirert av matematikk og logikk. Ideen var at hvis jeg kunne utvikle vitenskapelig kunnskap om psykiske plager og psykisk endring gjennom logisk argumentasjon uten å måtte innhente data gjennom forskning,ville jeg vært et skritt nærmere å kunne bevise holdbarheten i mine teorier. Det slo meg også at hvis jeg kunne finne formlene for psykiske plage og psykisk end- ring, ville jeg være et skritt nærmere målet om kunne bevise det vitenskapelige hold- bare i mine funn og teorier. Disse tankene la grunnlaget for de to neste kapitlene, det ene om formlene for psykiske plager og psykisk endring, her overført til schizofreni og kapittelet om utvikling av kunnskap om psykiske plager kun gjennom en logisk argumentasjon.

### Kapittel 17 Utvikling av kunnskap om schizofreni gjennom en logisk argumentasjon

Etter at grunnlagsteoriene var utviklet og de viktigste forskningsprosjektene var av- sluttet, oppdaget jeg at man kunne utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni og hjernens psykologi kun gjennom en logisk analyse med utgangspunkt i forståelse for de biopsykiske elementene. I det følgende presenteres det logiske grunnlaget for denne vurderingen.

#### Logisk forståelse av schizofreni

Det gir mindre mening å forestille seg en tilstand av schizofreni uten at det finnes et menneske som har symptomer. Påstanden kan virke selvinnlysende og opplagt, men en egenskap ved diagnostiserte er at de diagnostiserte blir definert som syke, selv om de opplever dager eller perioder der de ikke har symptomer og reaksjoner. Ut fra den forståelsen av schizofreni som formidles her, er man ikke schizofren i de øyeblikkene man fungerer adekvat, selv om klientene noen timer senere igjen kan ha symptomer. Diagnosen er derfor sann kun i enkelte minutter og timer i løpet av dagen, selv om diagnosen kan strekke seg over flere år.

Den forståelsen at klientene opplever minutter og timer uten symptomer gjør det enklere å forske presist på og behandle schizofreni, i tillegg til at denne forståelsen fører til større optimisme for behandlere og klientene.

#### Schizofreni som følelsesmessig tilstand

De fleste symptomer er preget av følelsesmessig smerte. I de diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V er likevel den psykiske smerten og det følelsesmessige aspektet ved schizofreni tonet ned til fordel for et fokus på andre observerbare symptomer som hørselshallusinasjoner, vrangforestillinger, selvforstyrrelser, apati, katatoni, angst og depresjon, og manglende intellektuell tilgjengelighet og funksjonsevne.

Schizofreni er først og fremst en følelsesmessig plage i den forstand at ingen hadde oppsøkt psykiater eller psykolog om de ble lykkelige av å hallusinere, være apatiske, ha vrangforestillinger eller ikke kunne fungere i en jobb eller sosialt. En følge av denne si- tuasjonen er at man må kartlegge og endre det psykiske materialet som presist forårsa- ker og utløser klientenes følelsesmessige smerte. Målet med behandlingen blir her ikke å redusere alle symptomer som kan bli forstått som uttrykk for klientens schizofreni,

men det psykiske materialet som forårsaker og utløser klientens psykiske smerte og, som på grunn av denne smerten, hindrer klientene i å fungere og mestre det klienten ønsker å mestre. Denne holdningen er inspirert av vurderinger i MRI-tradisjonen, det vil si i problemfokusert terapi.

#### Schizofreni som nåtidig opplevelse

Enhver psykisk reaksjon er en psykisk tilstand i nåtid, selv om de første symptomene oppstod i tidlig ungdom, i det som blir kalt den prodromale fasen, og før klienten ble diagnostisert. Dette innebærer at det ikke er fortiden som forårsaker klientens opple- velser, men det psykiske materialet som klienten har kontakt med i et bestemt øyeblikk i nåtid. Det mest interessante ved klientens reaksjon er derfor ikke tidligere hendelser, men det psykiske materialet som fortsatt er aktivt, og som utløser klientens følelser i dag.

Fortiden som fysisk realitet er over, og den kommer til uttrykk gjennom det psykis- ke materialet som er aktivt i nåtid, dersom tidligere hendelser fortsatt har betydning for den psykiske plagen. Slik også med fremtiden. Fremtiden eksisterer også rent men- talt kun i nåtiden som en følge av nåtidige forestillinger om fremtiden.

Enhver opplevelse av schizofreni er en følge av at noe psykisk er koblet på eller av den bevisste eller ubevisste tilstanden i et bestemt øyeblikk. Schizofreni er dermed en tilstand der psykisk positivt ladet materiale, som fører til adekvate reaksjoner, er koblet av eller fraværende, og der det psykiske materialet i form av angst, depresjon og apati som innebærer kontakt med psykisk ubehag, er koblet på den psykiske tilstand. Som følge av dette får man at enhver bedring av den psykiske plagen, rent logisk, forutsetter at noe psykisk ubehagelig blir koblet av den psykiske tilstanden i behandlingssituasjo- nen, og/eller at noe psykisk positivt blir koblet på gjennom terapeutens intervensjoner.

#### Den psykiske smerten

Ethvert psykisk ubehag er en følge av kontakt med sanseforestillinger, ord og utsagn som rommer ubehagelige følelser. Ethvert psykisk ubehag må bestå av kontakt med og være forankret i indre sanseopplevelser, ord og utsagn som rommer ubehagelige følelser, så fremt klientens opplevelser er forårsaket av noe mentalt. Det finnes ikke uavhengige følelser, det vil si følelser som ikke er forårsaket av modale og språklige elementer. Dersom det er rent biologiske og organiske årsaker til den psykiske plagen, står vi overfor en somatisk sykdom med psykiske konsekvenser og ikke en psykisk forankret plage.

#### Endring av klientens symptomer

Enhver endring av klientens symptomer vil være en følge av øyeblikkelige endringer i

kontakten med biopsykiske elementer som rommer følelser som utløser symptomene. Dette gjelder enten endringene er en følge av behandling eller levd liv. Dersom det ikke oppstår psykiske endringer i bestemte øyeblikk i løpet av en konsultasjon, vil det heller ikke skje en psykisk endring senere som en følge av behandlingen. Det er derfor nødvendig å forstå hva som skjer mentalt med klientene og hva som fører til psykiske endringer i bestemte øyeblikk i konsultasjonen for å forstå hvordan man kan redusere eller fjerne schizofreni.

#### Logiske slutninger for behandling av schizofreni

Ut fra det foregående kan man på et logisk grunnlag fastslå at opplevelsen av schizo- freni:

* Stammer fra opplevelser og mentale prosesser i fortid, nåtid eller relatert til fremtid.
* Er en følelsesmessig tilstand som eksisterer i et bestemt øyeblikk.
* Er en følge av at noe psykisk er koblet på eller av den psykiske til standen.
* Er bygget opp av modale og språklige elementer som rommer følelser.
* Er en følge av samme type mentale prosesser.
* Har en biologisk og nevrobiologisk forankring.
* Kan observeres med utgangspunkt i klientenes utsagn om den psykiske pla- gen.
* Kan endres ved å endre de mentale/biopsykiske elementene som klientene har kontakt med.

Og at endringen av klientens symptomer:

* Må skje i et bestemt øyeblikk i konsultasjonen for at det skal skje en psykisk endring senere som følge av behandlingen.

Disse logiske slutningene gjør det mulig å behandle schizofreni forutsigbart og med begrenset informasjon om bakgrunnen for klientens særegne opplevelse av schizofre- ni. Begrunnelsen for dette er at man kan arbeide direkte med det psykiske materialet som utløser den psykiske smerten og symptomene samtidig som man kan sette øko- nomiske, sosiale og relasjonelle forhold som har påvirket utviklingen av den psykiske plagen i parentes.

#### Skille mellom klientenes følelsesbaserte og terapeu- tenes fornuftsbaserte logikk

Man må skille mellom terapeutens fornuftsbaserte og klientens følelsesforankrede lo- gikk når man skal behandle schizofreni, og man må forholde seg til klientens følel- sesforankrede logikk i forbindelse med forskning for å utvikle kunnskap om hjernens

psykologi. Begrepet ”den følelsesforankrede logikk” henspiller på den erfaring at kli- entene kan styres mer av det som føles riktig, enn av det som for andre fremstår som fornuftig. Det vil si at det som føles riktig er det som er sant for klienten.

Selv om psykologien anvender begreper som dysfunksjonelle, inadekvate og ulo- giske tanker og vrangforestillinger for å beskrive klientene, finnes det ingen ulogis- ke reaksjoner og handlinger eller gale tanker dersom man undersøker det psykiske materialet som forankrer klientens reaksjoner. Klientenes reaksjoner er forankret i et psykisk materiale og i en følelsesstyrt logikk preget av en form for mening, selv om kli- entens reaksjoner og utsagn, for de som observerer, oppleves som ulogiske, forvirrede eller inadekvate.

Enhver psykisk reaksjon har dermed en indre logisk forankring for klienten som kan bli tilgjengelig for terapeuten om han undersøker det psykiske materialet som utløser klientens reaksjoner.

#### Følelsesmessig logikk og klientens galskap

De som forholder seg til klientene, forventer ofte at de skal handle og reagere i samsvar med deres egen fornuftsbaserte og logiske forståelse. Når klientene ikke handler i tråd med denne forståelsen, oppfattes de ofte som ulogiske, ufornuftige, ukontrollerbare, ikke helt normale, upålitelige osv, og dermed som gale eller syke. Ut ifra kunnskapen om hjernens psykologi er klientene verken gale eller syke i den forstand at de ikke er endringsdyktige gjennom behandling. Men de befinner seg i en tilstand der den følelsesbaserte fornuften og logikken dominerer, på grunn av psykisk smerte. Vrang- forestillinger observert utenfra er derfor en følge av at klienten har indre opplevelser som gjør vrangforestillingene naturlige, mens forvirring er en følge av kontakt med motstridende mentale elementer.

#### Oppsummering

Enhver psykotisk reaksjon og enhver tilsynelatende uforståelig eller forvirret tanke har en indre logisk forankring som kan bli tilgjengelig for psykolog, forsker eller terapeut om man undersøker de mentale elementene som forankrer de psykotiske reaksjonene. Klientenes indre logikk forsvinner for forsker eller terapeut om klientens reaksjoner fortolkes, navngis og betraktes som et uttrykk for avflatning av følelser, apati, vrang- forestillinger, manglende realisme, dissosierte reaksjoner eller sykdom. Det psykiske materialet som ligger til grunn for klientenes ulogiske reaksjoner, vurdert utenfra, kan endres på samme måte som behandling av andre symptomer. En konklusjon med ut- gangspunkt i teorien om logikk, biologi og psyke er at enhver psykisk forvirret tilstand observert utenfra, er en følge av en følelsesforankret indre logikk.

Ut fra teorien om de biopsykiske enhetene, koblingsteoriene, teorien om de fysis- ke og mentale strategiene for psykisk endring og teorien om logikk, biologi og psyke var det ganske kort vei til å forestille seg at det var mulig å sette den psykiske plage

og utviklingen av den psykiske plage på formler. Formlene for schizofreni og psykisk endring, som blir presentert i neste kapittel, var også inspirert av den antagelsen at det fantes lover for utvikling av schizofreni, lover for psykisk endring og lover for hjernens psykologi og funksjonsmåte.

### Formlene for schizofreni og psykisk endring

Vi kan skille mellom de fysiske og de mentale strategiene for utvikling av og kontakten med biopsykiske elementer som utløser schizofreni (kapittel 12). Først vil jeg se på de fysiske strategiene eller handlingsmønstrene. Begrunnelsen for å anvende begrepet

«handlingsmønstre» er at individer med schizofreni kan følge et mønster som inne- bærer at de gjentatte ganger oppsøker, havner i og opplever situasjoner som ubehage- lige, mens godt fungerende individer har en tendens til å oppsøke og oppleve situasjo- ner på en slik måte at de fører til velvære og selvtillit. De fysiske og mentale strategiene fører til kontakt med, eller reduserer kontakt med, biopsykiske elementer som rommer psykisk ubehag eller velvære.

#### De fysiske strategiene

Den fysiske strategiene eller handlingsmønstrene (FS) som fører til schizofreni eller velvære, kan settes på formelen:

(FS) = ∑ (fsb)

∑ (fsb) er summen av de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med som følge av klientens fysiske strategier og handlingsmønstre.

Om jeg skiller mellom positivt ladete fysiske strategier (fsbp) og negativt ladete fysiske strategier (fsbn), får vi at klientens totale fysiske strategi som fører til følelser kan settes på formelen:

(FS) = ∑ (fsbp + fsbn)

Dette betyr at den positivt ladete fysiske strategi (fsbp) fører til kontakt med positivt ladete elementer (bp) som følge av fysiske opplevelser, mens den negativt ladete fysis- ke strategien (fsbn) fører til kontakt med biopsykiske elementer som rommer psykisk ubehag (bn), som følge av fysiske opplevelser.

#### Den positivt ladete fysiske strategien (fsbp)

De positive fysiske strategiene (fsbp) innebærer at klienten er preget av at han eller hun:

* Oppsøker og/eller havner i situasjoner som fører til psykisk velvære og mestringsevne
* Unngår situasjoner som fører til psykisk ubehag
* Fortolker ubehagelige situasjoner positivt slik at de fører til økt psykisk velvæ- re og mestringsevne
* Fortolker positive situasjoner ytterligere positivt, noe som øker det psykiske velværet og mestringsevne

Resultatet er økt velvære og mestringsevne som følge av kontakt med positivt ladete biopsykiske elementer.

#### Den negativt ladete fysiske strategien (Fsbn)

Den negative fysiske strategien (fsbn) innebærer at klienten er preget av at han eller hun:

* Øker sin kontakt med situasjoner og hendelser som fører til psykisk ubehag
* Unngår situasjoner som kan gi positive opplevelser og psykisk vel være
* Fortolker positive situasjoner negativt slik at de fører til økt psykisk ubehag
* Fortolker ubehagelige situasjoner ytterligere negativt noe som øker det psykiske ubehaget

Resultatet av denne prosessen er økt psykisk ubehag og redusert velvære og mestrings- evne som følge av økningen i kontakt med negativt ladete mentale elementer (∑bn).

#### De mentale strategiene som fører til schizofreni eller velvære

Den mentale strategien (MS) som fører til schizofreni, kan settes på en tilsvarende formel som den fysiske strategien. Den mentale strategien eller det mentale mønsteret for utvikling av schizofreni eller velvære (MS) består av mentale prosesser uavhengig av øyeblikkelige fysiske hendelser og situasjoner. Da får vi at den mentale strategiene, det mentale mønsteret er:

(MS) = (Mbp + Mbn)

Formelen illustrerer at den mentale strategien (MS) som rommer klientens mentale prosesser, fører til kontakt med positive biopsykiske elementer (bp) og med negativt ladete biopsykiske enheter (bn) som følge av mental virksomhet (M). I tillegg inne- holder den mentale strategien (MS) fortolkninger av tidligere situasjoner og hendelser (Mtb). Summen av fortolkningen (Mtb) kan settes på formelen:

(∑Mtb) = ∑ (mtbp + mbtn)

Der (m) = mentale strategier, (t) = tolkninger og (b) = biopsykiske elementer. (bp ) er positivt ladete og (bn er negativt ladete biopsykiske elementer

Da har vi at den totale mentale strategien (∑MS) er:

(∑MS) = ∑ (mbp + mbtp) + (mbn + mbtn)

* + (mbp) står for kontakten med positivt ladete biopsykiske elementer på grunn av bevisst eller ubevisst øyeblikkelig mental virksomhet.
  + (mbtp) står for kontakten med positivt ladete biopsykiske elementer på grunn av positive tolkninger av tidligere erfaringer.
  + (mbn) står for den øyeblikkelige kontakten med negativt ladete biopsykiske elementer og psykisk ubehag som følge av bevisst eller ubevisst mental virk- somhet uavhengig av fysiske hendelser.
  + (mbtn) står for kontakten med negativt ladete biopsykiske elementer (psykisk ubehag) som følge av negative fortolkninger av tidligere hendelser og situa- sjoner.

Jeg fokuserer her på den mentale tilstand som er forårsaket av øyeblikkelige mentale opplevelser og prosesser i form av fortolkninger av tidligere hendelser. Da får vi at klientens totale mental strategi (MS) kan settes på følgende formel:

(MS) = (msbp) +(msbn) = (∑mbn) + (∑mbp) + (∑mbnt) + (∑mbpt)

Formelen innebærer at den totale mentale strategien (MS) som fører til schizofreni eller velvære og mestring er summen av de negativt og positivt ladete biopsykiske elementene som blir koblet på den psykiske tilstanden gjennom mental virksomhet: (MS) = (∑Mbn) + (∑Mbp) pluss den positivt og negativt ladete fortolkningen av tidli- gere hendelser:

(∑Mbnt) + (∑Mbpt).

Formelen illustrerer noe som er allment kjent, at symptomer kan oppstå kun som følge av mental virksomhet, uavhengig av øyeblikkelige fysiske opplevelser, og at den psy- kiske tilstanden (x), som er en følge av de mentale strategiene, kan settes på formelen:

X = ∑ (bp+bn).

Da den mentale strategien (MS) og den fysiske strategien (FS) for utvikling av schi- zofreni fører til kontakt med positivt og negativt ladete biopsykiske elementer i et be- stemt øyeblikk, selv om strategiene vedvarer over tid, kan vi igjen forenkle formelen. Da får vi at den psykiske tilstanden (x) i et bestemt øyeblikk er en følge av kontakt med de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med som følge av de fysiske og mentale strategiene. Den øyeblikkelige psykiske tilstanden (x) kan således settes på formelen:

(x) = ∑ (FS + MS) som i et bestemt terapeutisk øyeblikk er det samme som (x) = ∑ (bp+ bn).

Hensikten med dette er å formidle at selv om de mentale og fysiske strategiene fører til psykisk velvære eller symptomer over tid, vil de likevel, i hvert enkelt øyeblikk opp- leves gjennom kontakt med biopsykiske elementer som rommer følelser og som kan kartlegges og endres. Hensikten med dette er også å formidle at enhver fysisk eller mental strategi fører til en bestemt følelse (x) i et bestemt øyeblikk og at denne kan dokumenteres

Hensikten er også å åpne for den forståelse at de fysiske og mentale strategiene, som fører til schizofreni, kan endres ved å endre de biopsykiske elementene som mest in- tensivt forankrer klientens symptomer. Dette illustrerer at fysiske og mentale strategier ikke bare er et resultat av vaner, men at de også opprettholdes gjennom kontakt med intensive, smertefulle biopsykiske elementer (Dammen 2024b).

##### Oppsummering

For å undersøke hva som ligger til grunn for den øyeblikkelige opplevelsen av schi- zofreni, kan vi se nærmere på hvilke biopsykiske elementer (b) klienten er i kontakt med, og som utløser den psykiske plagen (x) i hvert enkelt øyeblikk.. Samtidig kan vi kartlegge de fysiske (FS) og mentale strategiene (MS) som fører til psykisk smerte. På denne måten kan vi kartlegge og skille mellom, men også forstå forbindelsen mellom, øyeblikkelige opplevelser som fører til psykisk ubehag og de fysiske og mentale strate- giene som bidrar til kontakt med og til utvikling av klientens symptomer.

Individer som er preget av psykisk velvære, vil skåre høyere på kontakten med po- sitivt ladete biopsykiske elementer (Mbp) som følge av mental virksomhet enn klien- tene. De vil også tolke tidligere opplevelser mer positivt slik at de sitter igjen med et mer positivt psykisk materiale som følge av fortolkningene (Mbtp). Resultatet er økt psykisk velvære.

Tilsvarende vil individer med psykisk ubehagelige opplevelser skåre høyere på kontak- ten med negativt ladete elementer (Mbn) som følge av mental virksomhet, samtidig som de vil fortolke tidligere positive opplevelser mer negativt:

I behandlingen vil det ofte være tilstrekkelig å redusere det negativt ladete psykiske materialet ∑(bn) og de mentale strategiene som mest intenst fører til og utgjør den psykiske plagen (msbn). Det kan også være nødvendig å reetablere kontakt med tidli-

gere positive livserfaringer etter at det psykiske ubehaget er redusert, da den psykiske plagen oftest har hindret kontakt med tidligere positive opplevelser.

Alle psykisk ubehagelige reaksjoner kan undersøkes med utgangspunkt i formelen for schizofreni og formelen for de mentale og fysiske strategiene. Formlene kan også anvendes for å undersøke positive tilstander som glede, dyktighet, trygghet og mest- ringsevne.

#### Formlene for psykisk endring

Formlene for utvikling av schizofreni er utgangspunktet for formelen for psykisk end- ring. En positiv psykisk endring gjennom behandling gir økt kontakt med biopsykiske elementer som rommer psykisk velvære. Behandlingen innebærer at man reduserer det psykiske ubehaget og de mentale og fysiske strategiene som fører til psykisk ube- hag eller plage ved å andre de negativt ladete biopsykiske elementene som utløser eller forårsaker dette ubehaget.

Formlene for psykisk endring (XE) kan settes på formelen:

(XE) = ∑ (bp-bn) + (bp2).

Dette innebærer at man kartlegger, reduserer og eliminerer de mentale elementene som rommer psykisk ubehag eller smerte (bn), mens man aktiverer og forsterker bio- psykiske elementer som rommer psykisk velvære (bp) som har vært mindre tilgjen- gelig på grunn av den psykiske plagen. I tillegg kan det være nødvendig å etablere kontakt med nye positivt ladete biopsykiske elementer (bp2) for å forsterke resultatet av behandlingen og for å sikre at endringene blir varige.

#### Den terapeutiske strategien (Tst) når tidsperiodene er tatt med

Om vi tar med tidsperiodene, noe som er aktuelt om den psykiske plagen stammer fra flere tidsperioder, får vi følgende terapeutiske strategi for endring av schizofreni

(Tst) = ∑ (ht (bp- bn) + nt (bp-bn) + ft (bp-bn) + (bp2 (ht+nt+ft). Her er (ht) = fortid, (nt) = nåtid og (ft) = fremtid.

Den terapeutiske strategien innebærer her at man reduserer klientens kontakt med biopsykiske elementer som rommer psykisk ubehag (bn) som er forankret i fortid, nåtid og/eller i forestillinger om fremtid. Samtidig øker man klientens kontakt med biopsykiske elementer (psykisk materiale) som rommer psykisk velvære (bp) som ikke har vært tilgjengelige på grunn av at det psykiske ubehaget har dominert klienten. Det

kan også være aktuelt å gi klienten kontakt med psykisk positivt materiale (bp2) som han eller hun ikke har hatt kontakt med tidligere (se ovenfor). I behandlingen vil det ofte være tilstrekkelig å fokusere på biopsykiske elementer (bp) som rommer psykisk ubehag, fra én eller to tidsperioder.

#### Strategien for psykisk endring når både tidsperio- dene og de modale og språklige elementene er tatt med

Hvis vi utvider formelen ved å innlemme de modale elementene som smak, lukt, vi- suelle, auditive og kinestetiske elementer og de språklige elementene som inngår i det psykiske materialet som forankrer den psykiske plagen, får vi formelen for den full- stendige terapeutiske strategien:

(Tst) = +∑ (bphtv+a+k+l+s+o) -∑ (bnht (v+a+k+l+s+o) + ∑ (bpnt (v+a+k+l+s+o) -∑ (bnnt (v+a+k+l+s+o)+ ∑ (bpft (v+a+k+l+s+o) -∑ (bnftv+a+k+l+s+o)

Noe mer utfyllende forklart får vi at den terapeutiske strategien (Tst) er:

+ ∑ (bphtv+a+k+l+s+o) som innebærer at man øker kontakten med positive men- tale elementer som er relatert til fortid gjennom behandlingen

* ∑ (bnht (v+a+k+l+s+o)) som innebærer at man reduserer kontakt med negative opplevelser (mentale elementer) som er relatert til fortid gjennom behandlingen

+ ∑ (bpnt (v+a+k+l+s+o)) som innebærer at man øker kontakt med psykisk velvæ- re (positive mentale elementer) som er relatert til nåtid

* ∑ (bnnt (v+a+k+l+s+o)) som innebærer at man reduserer kontakt med psykisk ubehag (negative mentale elementer) som er relatert til nåtid

+ ∑ (bpft (v+a+k+l+s+o)) som innebærer at man øker kontakt med (positive men- tale elementer) som er relatert til nåtid ved å tolke nåtidige opplevelser positivt (rede- finering).

∑ (bnftv+a+k+l+s+o) som innebærer at man reduserer kontakt med negative men- tale elementer som er relatert til fremtid som innebærer at man reduserer tendensen til å tolke fremtidsrelaterte opplevelser negativt.

I sum innebærer dette at man gjennom den terapeutiske strategien (Tst), reduserer kontakten med psykisk ubehag i form av negativt ladete biopsykiske elementer (bn) av visuell, auditiv, kinestetisk karakter samt eventuelt lukt og smak som er knyttet til fortid, nåtid og fremtid. Dette vil redusere den psykiske smerten. Samtidig vil dette føre til økt kontakt med positivt ladete biopsykiske elementer (bp) og derved psykisk velvære og mestringsopplevelser fra fortid, nåtid og fremtid som følge av at det som tidligere har hindret kontakt med positive livserfaringer, reduseres.

Den positive tilleggsstrategien (Tst2) som anvendes for å forsterke og sikre resultatene av behandlingen kan beskrives gjennom følgende formel:

(Tst2) = ∑ (ht (bp2 ∑ v+a+k+l+s+o) + nt (bp2 ∑ (v+a+k+l+s+o)) + ft (bp2 ∑ (v+a+k+l+s+o))

Den positive terapeutiske tilleggsstrategien innebærer at klienten gis kontakt med po- sitive biopsykiske elementer (bp2), det vil si psykisk velvære og mestringsopplevelser som han ikke har hatt kontakt med tidligere. De nye positive elementene som kobles på den psykiske tilstanden, kan bestå av visuelle, auditive og kinestetiske mentale ele- menter i tillegg til ord og utsagn som rommer følelser. Det hender at man kobler på biopsykiske elementer som rommer lukt og smak.

Strategien for psykisk endring kan virke kompleks. Den utvidete formelen er først og fremst interessant i forskningsøyemed. I behandling kan den forenkles fordi den psykiske plagen sjelden vil være forankret både i fortid, nåtid og fremtid og heller ikke være knyttet til alle modalitetene. Psykisk ubehag er sjelden forbundet med lukt og smak, selv om jeg riktignok har opplevd fobier knyttet til ost.

Ord og utsagn (verbale mentale elementer) som rommer følelser, er nesten alltid en del av det psykiske ubehaget som følge av at klientene anvender ord i forbindelse med behandlingen, og fordi at ord er det redskapet som terapeuten anvender for å få kontakt med og endre den psykiske plagen. I tillegg rommer ord og utsagn følelser og er dermed en del av den psykiske plagen (se teorien om språkets betydning for følelser, psykisk plage og psykisk endring, kapittel 11).

I behandlingen er det ikke nødvendig å kartlegge alle de mentale elementene som klienten har kontakt med og som er knyttet til den psykiske smerten. Hvis målet kun er å endre den psykiske plagen, vil det ofte være tilstrekkelig å endre de biopsykiske elementene som er, utløser og forårsaker de mest alvorlige symptomene, hvilket kan føre til en snøballeffekt og til flere positive endringer. Disse vurderingene er i samsvar med den forståelse som formidles i MRI-tradisjonen (Watzlawick 1974), om at man bør endre så lite som mulig for å sette i gang en så omfattende endringsprosess som mulig.

#### Fra en felles formel til en felles metode

Da alle symptomer er bygget opp på samme måte mentalt og er forankret i mentalt materiale, så fremt klientens opplevelse av schizofreni er forårsaket av mentale for- hold, kan de settes på samme formel. En følge av dette er at de også kan endres med de samme metodene. Grunnen til dette er at vi ikke har noe annet psykisk materiale enn modale elementer og ord og utsagn som forårsaker følelser Behandlingen vil likevel være forskjellig for ulike klienter ved at omfanget av, intensiteten i de schizofrenes symptomene vil være forskjellige fra individ til individ..

#### Manglende psykisk endring

Manglende endring innebærer at klientens reaksjonsmønster og mentale og fysiske strategier er tilnærmet det samme etter en serie med intervensjoner som de var ved konsultasjonens eller behandlingens begynnelse. Det betyr at klienten, etter behand- lingen, fortsatt har en tilnærmet lik kontakt med det psykiske materialet som forår- saker klientens symptomer, og symptomer som ved behandlingens start. Derved blir:

∑ (bp + bn) før behandlingen lik ∑ (bp + bn) etter behandlingen

Manglende endring vil også komme til uttrykk ved at det ikke skjer noen endringer i klientens måte å beskrive den psykiske plagen på.

Betydningen av formlene for schizofreni og psykisk endring ligger i at de kan anven- des i forskning på, i diagnostisering og i behandling av schizofreni. Man kan for ek- sempel undersøke hvordan den enkelte klients symptomer er mentalt konstruert, hva som fører til klientens symptomer, hvordan den psykiske plagen kan endres. Man kan også anvende modellen om man vil undersøke når endringen skjer i hver enkelt kon- sultasjon, og hvilke psykiske endringer som har skjedd med klienten.

Selv om formlene er komplekse, forholder man seg alltid til klientens øyeblikkelige psykiske tilstand i et gitt øyeblikk (selv om fokus kan skifte fra øyeblikk til øyeblikk, selv om man er fokusert på fremtid og fortid. Dette innebærer at man alltid vil forhol- der seg til klientens øyeblikkelige eller nåtidige opplevelse av fortid og fremtid, ikke på fortiden eller fremtiden som fysiske hendelser. Formlene kan danne grunnlaget for den behandlingsstrategien som velges, og de kan også fungere som en sjekkliste for å få oversikt over progresjonen i behandlingsprosessen

#### Avslutning

Jeg har i det foregående beskrevet formlene for schizofreni og for endring av schizo- freni gjennom et fokus på de positivt og negative ladete biopsykiske elementene og de fysiske og mentale strategiene som fører til symptomer på schizofreni. Selv om formlene kan anvendes for å undersøke alle følelsesmessige reaksjoner og symptomer og alle psykiske endringer, er det ingen like opplevelser av schizofreni, selv om de kan settes på samme formel. Hensikten med å utvikle formlene er således ikke å låse de schizofrenes opplevelse av den psykiske plagen fast til enkelte størrelser, men at de skal fungere som et redskap for å forske på, forstå og å endre klientenes symptomer.

Med grunnlagsteoriene, inkludert teorien om logikk, biologi og psyke og formlene for utvikling av schizofreni og for psykisk endring var det teoretiske fundamentet lagt for utvikling av hjernens psykologi. Men noe gjenstod. Følgende spørsmål ble stilt: Hva er hjernens psykiske egenskaper, hvilke av hjernens psykiske egenskaper er av betydning for å utvikle og å behandle symptomer, og hvilke av hjernens mentale egenskaper er

av betydning for å forske på og endre symptomene på schizofren. En analyse med ut- gangspunkt i disse spørsmålene, førte til neste kapittel.

## Del 5 Forberedelse til ling- vistisk hjerneterapi

To kapitler kan betraktes som en forberedelse til bokens del om lingvistisk hjernete- rapi, kapittel 18. om hjernens psykiske egenskaper og kapittel 19 om symptomene på schizofreni forstått med utgangspunkt hjernens psykologi.

### Kapittel 18 Hjernens psykologis- ke egenskaper, et utgangs- punkt for utvikling av ling- vistisk hjerneterapi

Teoriene som er beskrevet i det foregående, er grunnlaget for dette kapittelet om hjer- nens psykologiske egenskaper. Hjernens psykiske og behandlingsrelaterte egenskaper er de samme som egenskapene til de bio-psykiske elementene. Hjernens psykologis- ke egenskaper og de bio-psykiske elementenes egenskaper er ett. Egenskapene til de bio-psykiske elementene er utgangspunkt for alt som skjer i lingvistisk hjerneterapi. Hensikten med dette kapittelet er todelt, å beskrive hjernens psykiske egenskaper fordi dette er interessant rent psykologisk. Den andre hensikten med kapittelet er å forbere- de leser på det som skrives i forbindelse med lingvistisk hjerneterapi. i del x.

Kapittelet beskriver hjernens psykologi gjennom de biopsykiske elementene. Grun- nen til dette er at de biopsykiske elementenes egenskaper er den eneste kilde til presis kunnskap hjernens psykologi og fordi de er fundamentet for utvikling lingvistisk hjer- neterapi og for behandlingen av psykiske plager.

Kapittelet illustrerer også at all behandling av psykiske plager først og fremst er be- handling av hjernens psykologi, og at den mest effektive måten å endre hjernens psy- kologi på, er gjennom lingvistisk eller språkbasert terapi av hjernen. Derfor begrepet hjerneterapi.

Grunnen til dette er at en beskrivelse av egenskapene til de biopsykiske elementene samtidig vil være en beskrivelse både av hjernens psykologi og av egenskapene til det psykiske materialet som psykiske plager er bygget opp av som er det psykiske materia- let som må endres for at man skal få redusert den psykiske plage gjennom behandling. Hjernens psykiske egenskaper og egenskaper til de biopsykiske elementene er således to sider av samme fenomen. Disse egenskapene er grunnlaget for enhver opplevelse av psykisk plage, mens endringer de biopsykiske elementene er grunnlaget for enhver psykisk endring som oppstår i lingvistisk terapi.

Kapittelet er delt inn i 3. Hensikten med del 1 er å beskrive det tette forbindelsen mellom egenskapene til de biopsykiske elementene og de teoriene som er grunnlaget for utvikling av kunnskap om hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi.

Egenskapene til de biopsykiske elementene og grunnlagsteoriene for hjernens psy- kologi og lingvistisk hjerneterapi er gjensidig avhengig av hverandre. Mens teoriene setter egenskapene til de biopsykiske elementene inn i en større sammenheng, legi- timerer kunnskapene om de biopsykiske elementenes egenskaper de ulike teoriene.

Hensikten med del 2 er å beskrive de biopsykiske egenskapene betydning i behand- ling. Alt skjer i forbindelse med lingvistisk terapi skjer gjennom et direkte eller indi- rekte fokus på egenskapene til de biopsykiske elementene. Begrunnelsen for å fokusere på egenskapene til de biopsykiske elementene er også at det ikke finnes noe annet psy- kisk materiale enn det som kan beskrives som biopsykiske elementer. Det at enkelte følelser er forankret av rent biologiske prosesser endrer ikke denne situasjonen.

Del 3 beskriver egenskapene ved de biopsykiske elementene som gjør at de kan anvendes i forskning på psykiske plager og psykiske endring og i en vitenskapelig be- handling. De behandlingsrelaterte egenskapene som blir fokusert på, er at de er doku- menterbare, stabile, endringsbare, gjensidig avhengige av hverandre og produserbare mentalt.

De forskningsrelaterte egenskapene ved de biopsykiske enhetene er grunnlaget for at man kan forske på schizofreni og på de psykiske endringene som blir oppnådd i behandling. De forskningsrelaterte egenskapene blir beskrevet med utgangspunkt i kriteriene objektivitet, nøytralitet, verdifrihet, validitet, representerbarhet, operasjo- naliserbarhet og generaliserbarhet,

Egenskapene i del 2 og 3 er til en viss grad overlappende da enkelte av de forsknings- relaterte egenskapene til de biopsykiske elementene også er viktige i forbindelse med behandling.

På samme måte som man ikke kommer utenfor språket i verbal terapi, kommer man ikke utenom egenskapene til de biopsykiske elementene hvis man vil utvikle vi- tenskapelig kunnskap om hjernen psykologi og psykiske plager og psykisk endring. Dette fordi de biopsykiske elementene er hjernens psykiske natur og det fenomenet man må ta fatt i for å utvikle kunnskap om mentale tilstander og om hvordan hjernen fungerer psykisk.

#### Del 1. Egenskapene til de biopsykiske elementene og grunnlagsteoriene for hjernens psykologi og lingvis- tisk hjerneterapi.

Hjernens psykologiske egenskaper og egenskaper ved de biopsykiske elementene blir beskrevet med utgangspunkt i teorien om den indre og ytre empiri, teorien om de biopsykiske elementene, koblingsteorien for den psykiske plage og for psykisk end- ring, teorien om øyeblikkets betydning for den psykiske plage, teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring, teorien om transformasjon og teorien om de terapeutiske ressursene.

##### Egenskaper med utgangspunkt i teorien om den indre og ytre empiri

Ut fra teorien om den indre og ytre empiri er de biopsykiske elementene lagrede sanse- opplevelser, ord og utsagn grunnlaget for følelser og mentale prosesser. De kan obser- veres utenfra hvis man forstår hvordan de biopsykiske enhetene er bygget opp mentalt og hvordan de kommer til uttrykk gjennom klientenes språk. De har den egenskapen at de kan observeres av klientene gjennom introspeksjon, og de kan bli tilgjengelige for og observeres av terapeuten ved å fokusere på klientenes utsagn om sine psykiske opplevelser. Slik kan klientens indre følelser blir tilgjengelig for terapeut gjennom et fokus på de biopsykiske elementene som lagrer klientens følelser. De biopsykiske ele- mentenes evne til å være et uttrykk for følelser og indre opplevelser er grunnlaget for utvikling hjernens psykologi og forutsetninger for utvikling av lingvistisk hjerneterapi.

##### Egenskaper med utgangspunkt i teorien om de biopsykiske elementene

Den viktigste egenskapen ved de biopsykiske elementene er at de er vårt psykiske ma- teriale, Vi har ikke mer psykisk materiale enn de biopsykiske elementene. De eksiste- rer uavhengig av ytre erfaringer når de først er dannet, og de kan produseres mentalt gjennom tenkning og indre modale prosesser uavhengig av ytre påvirkning. De bio- psykiske elementene forankrer alle følelser, kunnskaper, egenskaper og verdier. Det er disse elementene som må endres for at det skal oppstå en psykisk endring i behandling eller i dagliglivet. De følelsene som rommes i de biopsykiske elementene har forrang fremfor ytre erfaringer når de først er dannet, dersom de nye erfaringene ikke er så intense at de dominerer over de indre opplevelsene.

##### De biopsykiske elementenes egenskaper med utgangspunkt i kob- lingsteoriene

Koblingsteorien for psykisk endring hevder at ethvert symptom, enhver observerbar følelsesmessige reaksjon er en følge av at biopsykiske elementer som er koblet på eller av den psykiske tilstand. De biopsykiske elementene kan være positivt eller negativt ladet. De kan kobles på eller av den psykiske tilstanden gjennom levd liv eller gjen- nom behandling, med den følge at det kan oppstå en psykisk endringer og endringer i klientens følelser og følelsesmessige reaksjoner. Disse egenskapene ved de biopsykiske elementene er forutsetninger for at man skal kunne forske på og behandle psykiske tilstander.

##### Egenskaper med utgangspunkt i teorien om øyeblikkets betydning for følelser og psykisk plage

Teorien om øyeblikkets betydning for følelser, psykisk plage og psykisk endring be- skriver at en egenskap ved de biopsykiske elementene er at de oppleves i øyeblikket, i nåtid, selv om de stammer fra fortid eller er relatert til fremtid. Dette innebærer at fortidsrelatert eller fremtidsrelatert psykisk materiale kan bli tilgjengelig for klientene i det terapeutiske øyeblikk, og gjennom klientens språk, tilgjengelig for terapeutene. En følge av dette er at fortiden i form av traumer, nåtiden i form av depresjon eller fremtiden i form av angstpregede forestillinger kan kartlegges og endres i øyeblikket, det vil si i løpet av en konsultasjon i nåtid.

##### Egenskaper med utgangspunkt i teorien om språkets betydning

Teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring hevder at ord og utsagn er følelser i seg selv, og at de kan informere om følelser og benyttes til å kartlegge dem. Ord kan dessuten endre de følelsene som er knyttet både til ord og utsagn. Dette betyr at ord og utsagn har evnen til å endre de følelsene som er inneholdt i ord. Ord kan også brukes for å kartlegge følelsesmessige endringer, identifisere hva som hindrer psykisk endring, og fastslå hva som gjenstår av psykisk plage etter en eller flere en- dringsprosesser. Uten at ord og utsagn har disse egenskapene, vil det ikke være mulig å oppnå endringer i verbal behandling, og at det heller ikke vil være mulig å kartlegge de endringene som har skjedd.

##### De biopsykiske elementenes egenskaper og de terapeutiske ressursene

Teorien om de terapeutiske ressursene hevder at psykisk plage, inkludert schizofreni er en følge av at klientene har anvendt sine mentale ressurser på en slik måte at det har ført til psykisk plage. En interessant erfaring er at biopsykiske egenskapene besitter den egenskapen at de kan anvendes motsatt vei, til å utvikle psykisk velvære og mest- ringsevne og til å redusere symptomene på psykisk plage. Man kan dermed behandle psykiske plager, inkludert schizofreni, ved å anvende de samme egenskapene, som har ført til psykisk smerte, motsatt vei, til å redusere den psykiske plogen.

##### Egenskaper med utgangspunkt i teorien om transformasjon

Teorien om transformasjon beskriver den egenskapen ved de biopsykiske elementene at en følelse som er lagret på et lite endringsbart modalt element, kan transformeres, overføres til et annet modalt element som er mer endringsbart og anvendelige i be- handling, uten at det skjer en endring i den følelsesmessige intensiteten.

Teorien hevder at ytre erfaringer og observasjoner kan bli til følelser, modale og språklige elementer gjennom transformasjon. Evnen til transformasjon er avgjørende for at livserfaringer og tanker kan bli til følelser. Den transformative evnen anvendes alltid i behandling, selv om terapeuten ikke er klar over dette. De biopsykiske elemen- tenes transformasjonsevne et grunnlage for utvikling av følelser, og for at det er mulig å endre følelser gjennom behandling ved at den kan anvendes for å psykisk materiale som vanskeligere å endre mer endringsbart.

##### Avslutning

Avslutningsvis kan vi konkludere med at de biopsykiske elementenes egenskaper er fundamentale for forståelsen og anvendelsen av hjernens psykologi og lingvistisk hjer- neterapi.

Teoriene om den indre og ytre empiri, teorien om de biopsykiske elementene, kob- lingsteoriene for psykisk plage og psykisk endring, teorien om øyeblikkets betydning, språkets rolle, og teorien om transformasjon, viser hvordan egenskapene til de bio- psykiske elementene er en forutsetning for behandling og kan anvendes for å oppnå endringer i de psykiske plagene

Det er gjennom disse teoriene at vi kan forstå hvordan følelser er lagret, hvordan de kan observeres og kartlegges, samt hvordan de kan transformeres og kobles om for å fremme psykisk velvære. Dette teoretiske rammeverket gir et grunnlag for terapeutisk intervensjon, hvor klientens biopsykiske elementer kan anvendes bevisst i en prosess som fører til psykologisk endring og forbedring. Det er egenskapene ved de biopsy- kiske elementene som gjør det mulig å kan arbeide målrettet og presist med klienters psykiske plager. De biopsykiske elementenes egenskaper blir ytterligere beskrevet i del 2 om hjernens og de biopsykiske elementenes behandlingsrelaterte egenskaper

#### Del 2 Hjernens behandlingsrelaterte egenskaper

De behandlingsrelaterte egenskapene ved de biopsykiske elementene er at de er obser- verbare for klientene gjennom introspeksjon, og at de kan formidles gjennom språk med den følge at de er tilgjengelige for terapeuten. De er stabile i den forstand at de psykiske endringene som er oppnådd som er oppnådd med de biopsykiske elementene gjennom behandlingen, kan være like stabile som de som tidligere har forankret den psykiske plage. De er også endringsbare gjennom behandling på den måten at man kan endre klientenes følelser ved å endre de biopsykiske elementene som forankrer klientenes opplevelse av psykisk plage. De er transformerbare i den forstand at man kan overføre psykisk ubehag som er lagret på mindre endringsbare modale elementer

til modale elementer som er mer endringsbare, og gjennom dette endre den psykiske tilstanden. Og de er produserbare, det vil si at de kan dannes gjennom tenkning, nye livserfaringer og gjennom verbal terapi med den følge at man gi klienten tilgang til nye positive og sunne følelser og reaksjonsmønstre, En avgjørende egenskap ved de biopsykiske elementene, som blir utdypet under, er at de rommer følelser

##### De biopsykiske elementene er dokumenterbare og rommer følelser

I det øyeblikket vi kan dokumentere at de biopsykiske elementene rommer følelser, kan vi dokumentere enhver følelse og opplevelse av psykisk smerte ved å undersøke de mentale elementene som ligger til grunn for klientens følelser. Som følge av dette kan man også dokumentere psykisk endring ved å kartlegge forskjellen på de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med i samme situasjon før og etter en endrings- prosess.

Dersom man ikke kan dokumentere at de biopsykiske elementene rommer følelser, vil man ikke kunne undersøke klientens psykiske tilstand og de psykiske endringene som har oppstått som følge av behandling. En følge av dette er at vurderinger av resul- tatene fra behandling vil være basert på fortolkninger og ikke på tilstrekkelig vitenska- pelig uttrykk for de psykiske endringene som har oppstått

Jeg hevder her at ord og utsagn rommer følelser, mens man i vanlig språkbruk vil si at ord og utsagn informerer om, henviser til eller er et uttrykk for følelser. Det vil si at ord forstås som noe annet enn det de henviser til. I disse formuleringene går det sentrale ved ordene tapt dersom målet er å forstå ordenes betydning for utvikling av psykisk plage, og hvordann man kan vende språk for behandle den psykiske plagen.

For å dokumentere forbindelsen mellom språklige elementer og følelser, kan man også be en klient tenke på en situasjon som er forbundet med en trist følelse, og re- gistrere de ordene og utsagnene klienten anvender for å beskrive følelsen. En klient kan for eksempel formidle «håpet er sluknet», «alt er svart» eller «angsten er som en mørk klump som sitter i brystet». Deretter ber man klienten tenke på en situasjon som er forbundet med psykisk velvære, mens man på nytt registrerer hvilke ord og uttrykk som klienten anvender for å beskrive de følelsene som er forbundet med dette velværet. Forskjellen på klientens ord og utsagn, og derved de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med i disse to situasjonene forteller noe om forbindelsen mellom klientens ord, utsagn og følelser. Denne formen for kartlegging er likevel ikke tilstrekkelig.

##### De biopsykiske elementene er koblingsbare

De biopsykiske elementene som rommer følelser, har den egenskapen at de kontinu- erlig kan kobles på eller av den psykiske tilstanden gjennom mental virksomhet, liv- serfaringer og gjennom behandling med den følge at individet får kontakt med nye følelser. Det at de biopsykiske elementene kan kobles på eller av gjennom behandling er en forutsetning for at man skal kunne få resultater i behandling.

##### De biopsykiske elementene er endringsbare

Da klientenes symptomer forandrer seg over tid, må med de biopsykiske elementene, som forårsaker klientens symptomene også kunne forandre seg over tid for å være gyl- dige uttrykk for den psykiske plagen. I tillegg må de kunne endres gjennom behand- ling på den måten at de fører til mindre psykisk smerte og mer psykisk velvære for kli- entene Uten disse kvalitetene vil de ikke meningsfullt kunne anvendes i verbal terapi. Det prinsippet som ligger til grunn for det foregående er at de biopsykiske elementene som kobles av og på gjennom behandlingen, må besitte de samme egenskapene som de som fører til, forankrer og utløser den psykiske plagen. De biopsykiske elementene som forankrer den psykiske plage må således ha de samme egenskapene som det psy- kiske materialet som er, og de mentale prosessene som fører til psykisk plage,

Den beste måten å dokumentere forbindelsen mellom følelser og biopsyiske ele- menter og at de biopsykiske elementene er endringsbare er gjennom endring, Man kan man be en klient tenke på en situasjon som er forbundet med ubehag (om ubehaget ikke er for intenst) og registrere de modale elementene som klientene anvender for å beskrive ubehaget. Deretter kan man gjennom enkelte intervensjoner erstatte den ubehagelig følelsen med en følelse av mestring og velvære i samme situasjon. Deretter kan man undersøke hvilke ord og utsagn som klienten anvender for å beskrive den nye følelsen etter at endringen har skjedd. Forskjellen på de ord og utsagn som klienten an- vender for å beskrive sine følelsesmessige tilstand i disse to tilstandene dokumenterer både at de biopsykiske elementer rommer følelser og at de er endringsbare.

Når man ikke oppnår psykisk endring

Endringer av de biopsykiske elementene man har arbeidet med, vil ikke alltid føre til følelsesmessige endringer. Dersom det ikke oppstår en psykisk endring som følge av endringen av de biopsykiske elementene, kan årsaken være at det er andre biopsykiske elementer som opprettholder klientens psykiske smerte enn de man har arbeidet med. Det kan også være at man ikke har anvendt sterke nok metoder eller vært tilstrekkelig grundig i endringsarbeidet (Dammen, 2024b).

##### De biopsykiske elementene er avhengige av hverandre

En forutsetning for at de biopsykiske elementene kan anvendes i terapi, er at de er gjensidig avhengige av hverandre. Uten en gjensidig avhengighet mellom de biopsy- kiske elementene vil endringer i ett modalt element ikke føre til endringer i de følelses- messige eller språklige elementene. Og nye sanseinntrykk som rommer nye følelser, vil ikke endre de eksisterende, men måtte eksistere side om side med disse. Uten gjensidig avhengighet mellom de biopsykiske elementene som inngår i en bio-psykisk enhet ville vi kun hatt adskilte språklige elementer, modale opplevelser og følelser som var avhengige av hverandre. Uten en gjensidig avhengighet mellom de biopsykiske ele- mentene som rommer klientens følelser, kan de ikke anvendes som et utgangspunkt for å endre klientens symptomer og psykiske plage,

Dokumentasjonen av den gjensidige avhengigheten mellom de biopsykiske ele- mentene kan dokumenteres gjennom følgende prosess. Man kartlegger klientens symptomer og de modale og språklige elementene (ord og utsagn) som er knyttet til

disse. Deretter endrer man de modale og verbale elementene som forårsaker klientens følelser. Så kartlegge man klientens følelsesmessige tilstand etter endringen. Deretter undersøker man om klienten etter endringen har fått kontakt med nye modale og språklige elementer som er forbundet med den nye tilstanden av psykisk velvære.

Dersom endringen av de modale elementene som utløste klientens ubehagelige fø- lelser førte til en følelsesmessig endring og til at klienten opplevde de nye følelsene gjennom nye biopsykiske elementer, har vi fått dokumentert forbindelsen mellom og den gjensidige avhengigheten mellom de biopsykiske elementene.

Den gjensidige avhengigheten mellom de biopsykiske elementene gjør det mulig å endre den psykiske plagen kun ved å endre de mest intense modale og språklige ele- mentene som har betydning for den psykiske plagen. Grunnen er at endringer av de modale elementene som lagrer klientens følelser, vil føre til endringer i de språklige, følelsesmessige og biologiske elementene som forankrer og utløser den psykiske pla- gen.

##### De biopsykiske elementene er transformerbare

Egenskapen transformerbarhet innebærer at psykisk smerte som er lagret på et lite endringsbart mentalt/biopsykisk element, som for eksempel en uspesifikk følelse av angst, kan overføres til og oppleves gjennom et mer endringsbart element, for ek- sempel til et visuelt element som rommer den samme følelsen med samme intensitet (kapittel 13). Transformerbarhet innebærer også at en kinestetisk følelse, en følelse i magen, kan transformeres til et visuelt element uten at det skjer en endring i den følel- sesmessige intensiteten.

Uten evne til transformasjon ville vi ikke kunne oppleve følelser ved å se en film, se bilder når vi hører musikk, eller høre annet enn lyd når noen spiller. Enhver psykisk endring i behandling er forårsaket av transformasjon i den forstand at bestemte utsagn fra terapeuten oppfattes av klienten gjennom en lyd - et auditivt element - og gjennom verbale elementer - som rommer et innhold - som utløser en følelsesmessig endring hos klienten, om intervensjonen virker.

Det er de biopsykiske elementenes transformative evne som gjør at klienten kan overføre en kinestetisk følelse til ord som rommer følelser. Denne typen transforma- sjoner foregår kontinuerlig og er et vesenstrekk ved mennesket som art.

Et eksempel

Terapeut: «Sett at den følelsen som du opplever nå, er noe du kan se. Kanskje det har en form med en farge, eller det er noe i svart-hvitt, eller det kanskje er en lyd der – hva kunne dette være, hvis det kunne være hva som helst samtidig som det rommer den uroen som du har nå?» Spørsmålet kobler klienten til modale opplevelser som er forbundet med og som utløser klientens følelser. Enkelte klienter svarer på spørs- målet før det er ferdig formulert. Et vanlig svar som innebærer at det har skjedd en transformasjon, er «Det er som en klump i magen». Hvis man følger opp med et nytt spørsmål som «Men sett at du ser denne klumpen utenfra i detalj, hvordan kunne den ha sett ut, om den hadde sett ut som noe?» inviterer terapeuten klienten til å beskrive den visuelle opplevelsen i detalj, vil klienten kunne si: «Den har tagger, den er tung

og den går rundt» (det finnes også andre svarmuligheter). Klienten har her gjennom transformasjon fått kontakt med de spesifikke modale og språklige elementene som klienten opplever som forbundet med den uroen som først ble beskrevet mer upresist. Gjennom denne prosessen blir den psykiske plagen operasjonaliserbar og endringsbar gjennom behandling.

Forskjellen på en transformativ prosess i behandling og i dagliglivet er at man i behandling tar kontroll over transformasjonsprosessen ved å overføre følelser som er lagret på mindre endringsbare mentale elementer til mer endringsbare mentale ele- menter, mens transformasjonene i dagliglivet skjer uten at klienten er bevisst og påvir- ker hvilke transformasjoner som skjer.

##### De biopsykiske elementene er produserbare

Egenskapen produserbarhet innebærer at klientene kan danne nye mentale, biopsykis- ke elementer som inneholder ønskede følelser og følelsesmessige reaksjoner, gjennom livserfaringer og mentale prosesser. Enhver endring som skjer i behandlingen, er et resultat av at det dannes nye biopsykiske elementer som rommer mer positive følelser, mestringsevne eller funksjonsevne.

Klientene er ofte preget av at de produserer nytt psykisk ubehag gjennom sin indre samtale, nye sanseopplevelser og hallusinasjoner. I lingvistisk hjerneterapi (LBT) tar terapeuten kontroll over klientens tilstand ved og gi klienten kontakt med, biopsykiske elementer som inneholder psykisk velvære, og ved å redusere klientens produksjon av, og kontakt med, biopsykiske elementer som fører til psykisk ubehag. Hjernens evne til å danne nye biopsykiske elementer som rommer følelser, er et vesenstrekk ved men- nesket som art. Klientenes evne til å produsere nye biopsykiske elementer gjennom samtalen med terapeut er en forutsetning for at det skal oppstår psykiske endringer gjennom behandling.

##### De biopsykiske elementene kan være stabile

Begrunnelsen for at de biopsykiske elementene må kunne være stabile er at de må ha de samme egenskapene som symptomene for å være et valid uttrykk for disse. Da symptomene kan være stabile, må også de biopsykiske elementene som opprettholder dem kunne være stabile, selv om de også kan være endringsbare, På samme måte må de biopsykiske elementene som er en følge av behandling kunne ,være like stabile som de som har opprettholdt symptomene. Et omfattende antall erfaringer har bekreftet at stabilitet er en egenskap ved de biopsykiske elementene.

Vi har ulike former for stabilitet. De verbale biopsykiske elementenes stabilitet kan illustreres gjennom. Ord som «bror», «bestemor», «bil», «dop», «mat», «slankemid- del», «kreft», «sinne», «nazist», «heis», «edderkopp», «åpen plass» og «bro». De følel- sene som disse ordene utløste for klientene i fjor, vil de trolig også utløse neste år, hvis det ikke skjer noe som endrer de følelsene som disse ordene er forbundet med.

På samme måte er følelsesmessige reaksjoner ofte stabile, som fobier og posttrau- matiske reaksjoner, men den gleden og følelsen av velvære man kan oppleve i enkelte situasjoner kan også være stabile og utløses på samme måte i bestemte situasjoner.

Posttraumatiske reaksjoner, fobier, glede og velvære i bestemte situasjoner er en følge kontakt med stabile biopsykiske elementer som rommer disse følelsene.

Det er de ny biopsykiske elementenes stabilitet som årsaken til at det kan oppstå- varige endringer i behandling. Samtidig er stabiliteten i de biopsykiske elementene som opprettholder den psykiske plage en av årsakene til at psykiske plager kan være vanskelig å behandle eller endre.

#### Del 3. De biopsykiske elementenes forskningsrela- terte egenskaper

Grunnen til at jeg fokuserer på de biopsykiske elementenes forskningsrelatert egen- skaper er disse egenskapen også er relevante for å kunne gjennomføre en vitenskapelig behandling av psykiske plager. I tillegg er hjernens forskningsrelaterte egenskaper en forutsetning for å kunne forske på psykiske plager og på de endringene som er en følge av behandling.

Forutsetningen for at forskningen på schizofreni og på behandling skal være viten- skapelig holdbar er at teoriene som ligger til grunn for forskningen, de begrepene som anvendes i forskningen og de metodene som anvendes kan tilfredsstille positivistiske kriterier for forskning. Jeg bruker begrepet «tilstrekkelig vitenskapelig» fordi at det meste av forskningen på schizofreni er gjennomført med vitenskapelig metoder, men på psykiske objekter som ikke tilfredsstiller de kravene som må stilles til et forsknings- objekt dersom det skal danne grunnlag for utviklingen av vitenskapelig kunnskap om schizofreni. Forskningsobjekter som atferd, psykiske reaksjoner, tanker og informa- sjoner om psykisk plage er ikke et presist uttrykk for det psykiske materialet som for- ankrer, forårsaker og utløser opplevelsen av schizofreni,

De biopsykiske elementenes egenskaper blir her vurdert ut fra om de tilfredsstiller kravene til objektivitet, validitet, representerbarhet, forutsigbarhet og generaliserbar- het. Kriteriet dokumenterbarhet er beskrevet i det foregående og blir ikke tatt opp her.

##### Objektivitet

Kravet til objektivitet innebærer at den psykiske plagen skal kunne fremtre for forsker på samme måte som den fremtrer for klientene. Dette forutsetter at forskeren ikke utilsiktet skal påvirke det psykiske materialet som forankrer og utløser den psykiske plagen, for eksempel gjennom fortolkning eller omskrivinger av klientens utsagn. I lingvistisk terapi legger man hverken noe til eller trekker noe fra klientens utsagn om hvordan han eller hun opplever den psykiske plagen.

Uten at de biopsykiske elementene kan fremstå som objektive uttrykk for symp- tomene, kan man ikke være sikker på at det psykiske materialet man undersøker el- ler behandler, er et presist uttrykk for den psykiske plagen. Forskningsresultatene vil derfor være beheftet med usikkerhet. Begrunnelsen for dette er at de biopsykiske ele- mentene som forankrer klientens følelser, er de eneste objektive uttrykk for følelser. Vi kommer ikke nærmere den subjektive opplevelsen av den psykiske smerten enn gjen-

nom utsagn fra klientene som formidler språklig og modalt hvordan de opplever den psykiske smerten. Den subjektive opplevelsen er dermed samtidig det mest objektive uttrykket for klientens opplevelse av schizofreni, så fremt klienten er kongruent, det vil si at det er samsvar mellom ord og klientens følelser.

Forutsetningen for objektivitet

Objektivitet når målet er å endre den psykiske plagen, forutsetter at man får kontakt med de biopsykiske elementene som forankrer og utløser den. En forutsetning for objektivitet i forbindelse med kartlegging og endring av schizofreni er at man ikke omskriver klientens utsagn, men registrerer og tar dem på face value. Man kan miste kontakt med klientenes følelser og opplevelser dersom klientens ord blir erstattet med ord som er mer i overensstemmelse med forskerterapeutens teoretiske forståelse. Kli- entens ord er de eneste som kan reflektere klientens følelser. De biopsykiske elemente- ne må derfor registreres og arbeides med, presist slik de formidles av klienten.

Et eksempel: Dersom klienten formidler at den følelsen han sitter med, er som å ha en «jernstang i magen med mothaker i irrgrønne farger», skal dette registreres presist, selv om forskerterapeuten kun opplever utsagnet som en metafor. Utsagnet er hentet fra en behandling og er et presist modalt språklig uttrykk for det psykiske materia- let som er klientens følelser, selv om det finnes andre utsagn som også kan uttrykke hvordan klienten opplever den psykiske smerten. Det sentrale er at man forstår at kli- entens utsagn er et presist uttrykk for klientens øyeblikkelige følelse og man i mindre grad fokuserer på informasjonsaspektet ved klientens utsagn. Enhver omskriving av klientens utsagn med ord som forskeren er fortrolig med, vil redusere mulighetene for psykisk endring fordi klientens utsagn ikke lenger er et presist uttrykk for hvordan klienten opplever sin situasjon. Forskning på behandling av schizofreni, som er foran- kret i forskerterapeutens teoretiske forståelse og fagterminologi, vil i liten grad kunne frembringe valide eller gyldige resultater om klientenes opplevelse av schizofreni og om de mentale prosessene som klientene gjennomgår som følge av behandling.

Objektivitet og fortolkninger

Fortolkninger vil på samme måte som omskrivinger føre til at forskeren mister kon- takt med klientens følelser og opplevelse av schizofreni slik den oppleves av klienten. I det øyeblikk man fortolker den psykiske plage med utgangspunkt i sin førkunnskap, forlater man sitt fokus på klienten samtidig som han reproduserer sine egne antagelser og teorier. Slik blir forskerterapeuten en medskaper av klientens virkelighet. Samtidig overtar terapeuten og forskeren retten til å forstå og mene noe faglig kvalifisert om kli- entens psykiske problemer, mens klienten fratas denne posisjonen. Hvorvidt terapeu- ten eller forskeren forstår det klienten formidler er mindre interessant. Det vesentlige er at klientene beholder sin virkelighet usminket og urørt av terapeutens teori.

Dette betyr ikke at man ikke skal reflektere og fortolke, men at man må skille mellom sin fortolkning fra de ord og utsagn som beskriver hvordan klientene opplever og la-

grer sine følelser, og samtidig la klientens ord om sin opplevelse forbli behandlingens og forskningens fokus. Utfordringen består deretter i å utvikle en terapeutisk strategi som er i samsvar med klientens ord og utsagn om sin situasjon og med klientens øn- sker

Klientens fortolkninger av sin situasjon er av samme karakter som forskertera- peutens fortolkninger. Dersom klienten formidler sin fortolkning av sine symptomer, kan man få interessant informasjon. Samtidig vil man miste kontakt med det psykiske materialet som forårsaker klientens reaksjoner. Grunnen til dette er at heller ikke kli- enten har en presis forståelse av hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt. Klientens fortolkninger vil derfor også bestå av gjetninger, selv om disse gjetningene ligger nærmere det psykiske materialet som forårsaker den psykiske plagen, enn for- skerterapeutens fortolkninger og selv om klientens fortolkninger kan anvendes som utgangspunkt for nye spørsmål for å få kontakt med klientens symptomer. Man må derfor skille mellom utsagn som rommer fortolkninger, og utsagn som er et uttrykk for det psykiske materialet som forårsaker klientens følelser.

Dette betyr ikke at klientens vurderinger av sin situasjon ikke er interessante. For- skerterapeutens fortolkninger er ikke ødeleggende for evnen til å forholde seg objek- tivt før man blir mer opptatt av sine fortolkninger enn de ord og utsagn som klientene anvender for å beskrive sine symptomer. Kun ved å forholde seg presist til klientens utsagn bevarer forskeren og terapeuten sin verdifrihet og objektivitet, i den forstand at de informasjonene som klienten formidler, i minimal grad blir påvirket av forskertera- peutens verdier og fagbakgrunn.

Kravene ovenfor kan være vanskelige å oppfylle når klienten uttrykker seg ulogisk, klossete eller upresist, og når forskerterapeuten ikke er fortrolig med det språket som klienten anvender. Tilbakeholdenhet og nøytralitet fordrer selvdisiplin, men den er avgjørende for at man skal kunne beholde kontakten med de objektive uttrykk for klientens schizofrene opplevelser, det vil si med de biopsykiske elementene, de sanse- forestillinger, ord og utsagn som forårsaker og utløser klientens symptomer.

##### Objektivitet og engasjement

Det er ingen motsetning mellom forskerterapeutens levende interesse for klienten, tro på endring og evne til å få kontakt med de biopsykiske elementene som forankrer kli- entens opplevelse av schizofreni. Det er heller ingen motsetning mellom humor, det å ha en god kontakt med klienten og evne til å registrere de biopsykiske elementene som forårsaker klientens psykiske ubehag. En god opplevelse i behandlingssituasjonen er snarere en forutsetning for at klientens utsagn skal være et presist uttrykk for den psykiske plagen. Forskerterapeutens felles ønske med klienten om å fjerne plagen er snarere en forutsetning for å få kontakt med det psykiske materialet som forårsaker og utløser schizofreni. Det er heller ingen motsetning mellom den objektive og inter- venerende forskerterapeut, fordi man i lingvistisk hjerneterapi, LBT, intervenerer på grunnlag av klientens ord og utsagn, det vil si de rene uttrykk for klientens følelser, og ikke med utgangspunkt i egne fortolkninger.

##### Forutsigbarhet

Egenskapen forutsigbarhet er en forutsetning for å utvikle og gjennomføre en viten- skapelig behandling og for forskning på schizofreni.

Kravet til forutsigbarhet innebærer at man skal kunne forutsi hvordan klientens psy- kiske plage er bygget opp mentalt før man møter klienten, og hvordan man vil arbeide med utgangspunkt i klientens ord og utsagn. Forutsigbarhet innebærer også at man skal kunne forutse hva som vil skje mentalt med klientene underveis i behandlingen og senere når behandlingen lykkes, og når den eventuelt ikke lykkes. I tillegg skal man kunne formidle hvilke resultater man kan oppnå, gitt visse informasjoner om klienten. Man må også kunne forutsi de utfordringene man vil kunne stå overfor og hvordan disse kan løses eller omgås. Disse forutsetningene er mulig å oppnå i Lingvistisk hjer- neterapi (LBT). Uten forutsigbarhet vil man ikke kunne hevde at ens behandling er tilstrekkelig vitenskapelig forankret.

For å kunne realisere dette kriteriet må man ha kunnskap om de biopsykiske elemen- tenes egenskaper, om hvordan forskerterapeuten kan arbeide, og om hvordan man kan iverksette og kontrollere de endringene som blir oppnådd. Det kan være enkelt å tilfredsstille forventningen til forutsigbarhet ved avgrensede psykiske lidelser. Man har også høyere forutsigbarhet om den psykiske plagen er lagret på spesifikke modale elementer. Jo mer omfattende den psykiske plagen er, desto vanskeligere vil det være å forutsi hvilke utfordringer man vil støte på. Det vil likevel ikke være vanskelig å for- utsi hvilke intervensjoner som vil føre til psykiske endringer, gitt visse informasjoner om hvordan klienten opplever den psykiske plagen. Man kan imidlertid ikke forutsi presist hvor mye arbeid som vil være nødvendig med den enkelte klient, fordi man ikke har full oversikt over klientens livserfaringer og heller ikke over de av klientens egenskaper som kan hindre eller fremme psykisk endring.

Klientene kan også ha utviklet organiske skader på grunn av sentralstimulerende midler som medisiner, narkotika og alkohol, noe som vil kunne redusere klientens evne til å nyttiggjøre seg behandlingen. Det vil være mulig å gjennomføre en forutsig- bar og forskningsbar terapi ved tyngre psykiske plager, men man må ta høyde for at behandlingen kan ta lengre tid, og at man vil stå overfor flere hindringer mot endring.

##### Redusert forutsigbarhet og klientrelaterte faktorer

Dersom klienten ønsker økt innsikt og en meningsfull dialog om sitt eget liv, samtidig som han er mindre opptatt av endring, vil behandlingen bli mindre målrettet og der- for mindre forutsigbar. Vi får også mindre forutsigbarhet dersom det ikke er samsvar mellom det klienten føler, og det han formidler. Dersom klienten ønsker å tilfredsstille forskerterapeuten ved å være en flink klient, vil vi også kunne få redusert forutsigbar- het når det gjelder behandlingstempoet, og mindre kontroll. Dette på grunn av at man kan få feilaktige informasjoner om de mentale prosessene som klienten gjennomgår, og flere bekreftelser fra klienten på at det har skjedd psykiske endringer, enn det som er tilfelle.

Vi har mindre forutsigbarhet om klienten ikke vet hva han ønsker, og om han kom-

mer med en uklar bestilling. Klientens livssituasjon vil også kunne svekke behandlin- gens forutsigbarhet. Manglende arbeid, ingen fast bolig, familievold, konflikter, gjeld, dårlig økonomi, sosial isolasjon, manglende familie og kroniske smerter vil kunne føre til symptomer like raskt som forskerterapeuten kan kurere dem, noe som vil kunne svekke forutsigbarhet når det gjelder resultatene av behandlingen.

##### Forutsigbarhet og terapeutrelaterte faktorer

Manglende oppmerksomhet på når i konsultasjonen klienten har kontakt med de biopsykiske elementene, det psykiske materialet som forankrer klientens symptomer vil svekke terapeutens evne til å gjennomføre den riktige intervensjonen i det riktige øyeblikket. Man får som følge av dette svekket forutsigbarhet. Terapeutens innsikt i den hjernepsykologiske forståelse av oppbyggingen av symptomer er avgjørende for å forutsi behandlingsprosessens forløp. Relasjonen mellom terapeut og klient vil også påvirke terapeutens valg av strategi og metode og derfor også tempoet i behandlingen og dens forutsigbarhet

##### Forutsigbarhet og improvisasjon

Improvisasjon er ikke et hinder for forutsigbarhet, men gjør behandlingsprosessen mer kompleks. Behandlingsmønsteret vil fortsatt være forutsigbart, men hvordan be- handlinger forløper innholdsmessig, vil være mindre forutsigbart. Man må av og til vurdere hvilken hest man vil satse på. Er man forsker først og behandler dernest, så forutsettes det at man har en klar struktur, for at det skal være enklere å behandle dataene og de informasjonene som man får, Om man er behandler først og deretter forsker, har man større rom for improvisasjon. En forutsetning for forutsigbarhet og gode resultater gjennom improvisasjon er at man beholder sitt fokus på og arbeider med de biopsykiske elementene som forårsaker den psykiske plagen.

##### Forutsigbarhet og forbehold

Kravet til forutsigbarhet rommer ingen forventning om at behandlingen skal være planlagt i detalj, men forutsetter at terapeuten vet hva han eller hun kan gjøre uansett hvilket problem som klienten ønsker å få det bedre med.. Man bør også være klar over hvilke ubehagelige situasjoner klienten kan oppleve i behandlingsprosessen, og hvilke intervensjoner man kan anvende for å redusere den psykiske smerten som klientene kan få kontakt med. Forventningen om forutsigbarhet innebærer heller intet krav om at forskeren skal vite hvilke av de terapeutiske metodene som vil føre til hvilket resultat da klientene vil reagere forskjellig på samme metode. Forventningen er likevel at tera- peuten vet hvilke metoder som kan anvendes i ulike faser av behandlingen, hvordan man vil anvende de ulike metodene, hva de ulike metodene kan føre til dersom man lykkes eller ikke lykkes, hvordan man kan justere metodene dersom man ikke får re- sultater, og hva som skjer med de biopsykiske elementene som forårsaker den psykiske plagen, enten man får resultater eller ikke.

Forventningen om forutsigbarhet innebærer heller intet krav om at man skal få

det samme resultatet på ulike klienter om man anvender samme metode. Klientene er forskjellige og må gjennom ulike mentale prosesser for å få redusert den psykiske pla- gen. Hvilke metoder som terapeuten anvender, og hvordan man anvender den enkelte metode, må tilpasses den psykiske plagen og klientens personlighet.

Forutsigbarhet betyr heller ikke at det kun finnes én vei til bedring. Det finnes like mange veier til schizofreni, og like mange innfallsvinkler til å behandling som det finnes klienter. Det er likevel mulig å forutsi det hovedmønsteret som vil prege enhver behandling av schizofreni og hvordan man vil arbeide med de biopsykiske elemente- ne, det psykiske materialet som forårsaker og opprettholder symptomene.

##### Kontrollerbarhet

Kontrollerbar er nevnt tidligere, men bør nevnes igjen. De biopsykiske elementenes og behandlingens kontrollerbarhet er en forutsetning for å utvikle vitenskapelig kunn- skap om schizofreni, og for at man skal kunne gjennomføre en tilstrekkelig vitenska- pelig behandling. Forventningen om kontrollerbarhet innebærer at man skal kunne få presis innsikt i hvilke biopsykiske elementer som forårsaker klientenes symptomer. Kontrollerbarhet innebærer også at man skal kunne isolere utenforliggende faktorer som kan påvirke behandlingen, at man presist skal kunne beskrive hva man gjør og hvorfor, og at man skal kunne kontrollere de psykiske endringene som er en følge av behandlingen. Dersom de biopsykiske elementene, det psykiske materialet som foran- krer klientens psykiske plage, ikke kan dokumenteres, vil man mangle kontroll på kli- entens følelsesmessige utvikling og på de psykiske endringene som klientene oppnår.

Den viktigste kontrollen skjer ved å registrere de biopsykiske elementene som kli- enten har kontakt med før og etter en intervensjon, og klientens reaksjoner på te- rapeutens intervensjoner. Terapeuten har gjennom dette kontroll på forløpet av den terapeutiske prosessen og på hva som skjer mentalt med klienten. Forutsetningen for å realisere kravet om kontrollerbarhet er at terapeuten og forskeren vet hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt, er klar over de biopsykiske elementenes egen- skaper, hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring, hvordan man kan an- vende de ulike endringsmetodene og hvordan man kan kontrollere de resultatene som er oppnådd.

##### Faktorer som kan hemme kontrollerbarhet

Vi får mindre kontrollerbarhet om vi undersøker klientens situasjon og de psykiske endringene en lengre tid etter at behandlingen er over, selv om dette også kan være nødvendig. Klientens psykiske tilstand kan bli påvirket mellom konsultasjonene, med den følge at det vil være vanskeligere å påvise hvilke av de psykiske endringene som klientene har oppnådd, som kun er en følge av det terapeutiske arbeidet.

##### Validitet

Forventningen om validitet eller gyldighet innebærer at det skal være samsvar mellom det man har som intensjon å undersøke og behandle, og det man faktisk undersøker og behandler. Hvis man behandler noe annet enn det man ønsker å behandle, får man enten ingen resultater eller resultater som ikke er valide eller gyldige. Realisering av kriteriet validitet forutsetter at det er en tett forbindelse mellom de ord og utsagn som klientene anvender for å beskrive sin psykiske plage og sine følelser. En annen forut- setning er at terapeuten ikke må fortolke klientens utsagn om den psykiske plagen, men registrere disse uten å legge noe til eller trekke noe fra.

##### Undersøkelsen av de biopsykiske elementenes validitet

Man kan undersøke de biopsykiske elementenes validitet ved å kartlegge de biopsy- kiske elementene som antas å utløse opplevelsen av psykisk ubehag i en bestemt situa- sjon. Deretter endrer man de biopsykiske elementene gjennom enkelte intervensjoner. Til slutt undersøker man om klienten har oppnådd psykiske endringer, og hvilke bio- psykiske elementer som er knyttet til den psykiske tilstanden etter endringen. Dersom klientene har oppnådd følelsesmessige endringer som følge av endringen av de bio- psykiske elementene, dokumenterer dette at de biopsykiske elementene man arbeidet med, var et valid uttrykk for den psykiske plagen.

Validiteten av de biopsykiske elementene kan også fastslås gjennom skalering. Der- som klienten skalerer den psykiske tilstanden på et høyere velværenivå etter endringen av de biopsykiske elementene, er dette et tegn på at de mentale elementene man arbei- det med, var et valid uttrykk for den psykiske plagen, og at endringen av de biopsykis- ke elementene var et valid uttrykk for den psykiske endringen.

Validiteten i de biopsykiske elementene kan også fastslås rent logisk. Dersom de biopsykiske elementene kan være et gyldig uttrykk for en bestemt psykisk ubehag i situasjon 1, må man også prinsipielt kunne akseptere at de biopsykiske elementene kan være et gyldig uttrykk for den psykiske tilstanden i situasjon 2, etter en endrings- prosess. Forutsatt at man har isolert andre faktorer som kunne ha påvirket resultatet av behandlingen, kan man hevde at forskjellen på de biopsykiske elementene i tilstand 1 og 2 er et gyldig uttrykk for den psykiske endringen som har skjedd. Vurderingen er at de biopsykiske enhetene kan fungere som et valid uttrykk for alle øyeblikkelige psykiske tilstander, og at endringen av de biopsykiske elementene kan fungere som et valid uttrykk for de psykiske endringene som har skjedd.

##### Faktisk og potensiell validitet

Vi kan skille mellom potensiell og faktisk validitet. Potensiell validitet innebærer at de biopsykiske elementene kan være et gyldig uttrykk for den psykiske plagen. Faktisk validitet er knyttet til om de biopsykiske elementene man arbeider med, faktisk er et gyldig uttrykk for klientens følelser og det symptomet man arbeider med. Selv om man kan dokumentere at de biopsykiske elementene kan være et valid uttrykk for den

psykiske plagen, er dette ingen garanti for at de biopsykiske elementene man arbeider med, er de som faktisk utløser og opprettholder plagen. Årsaken er at enhver følelses- messig tilstand er tilknyttet flere biopsykiske elementer. Man må endre de biopsykiske elementene som har størst betydning for den psykiske smerten, dersom det skal oppstå en varig psykisk endring. Jo større følelsesmessige endringer man oppnår som følge av endringer av de biopsykiske elementene, desto større validitet har de elementene man har arbeidet med for den psykiske plagen. Validitet er dermed en graderbar kvalitet.

##### Hindringer mot validitet

Utrygghet i behandlingssituasjonen kan hindre klienten i å få kontakt med de mentale elementene som forankrer den psykiske plagen, på grunn av at klienten kan bli mer opptatt av sin øyeblikkelige utrygghet og mindre opptatt av hvordan han opplever den psykiske smerten. Manglende presisjon når man registrerer de biopsykiske elemen- tene som forårsaker klientens situasjon, vil kunne svekke validiteten i de elementene terapeuten får kontakt med.

##### Representerbarhet

Kriteriet representerbarhet innebærer at utvalget, de man forsker på eller behandler, skal ha de samme egenskapene som den øvrige populasjonen av klienter. Dersom ut- valget ikke har de samme egenskapene, vil resultatene fra arbeidet med den utvalgte gruppen individer ikke gjelde for de andre i populasjonen, det vil si for alle med sam- me type problemer som de man har arbeidet med, med den følge at utvalgets repre- sentativitet vil være svekket.

Kravet til representerbarhet kan realiseres i forskning på schizofreni og i lingvistisk hjerneterapi (LBT) på grunn av at den psykiske lidelse er bygget opp på samme måte for klientene i utvalget som i den samlede populasjon av klienter - forutsatt at den psykiske plagen har en mental forankring. Psykiske endringer skjer på samme måte for alle, det vil si gjennom endringer i de biopsykiske elementene som er, forårsaker og utløser schizofreni. Utvalget av klienter er dermed representativt enten man opererer med få klienter, eller med et stort antall.

Vi har den situasjonen at dersom de biopsykiske elementene har betydning for en klient, vil de ha betydning for alle klientene. Dette så fremt klientens opplevelser er forårsaket av mentale og ikke av somatiske forhold. Og hvis en klient opplever psykisk endring som følge av endringer i de biopsykiske elementene som forankrer og utløser klientenes symptomer, vil alle klientene kunne oppleve psykiske endringer som følge av endringer i disse elementene.

Begrunnelsen for dette er at vi ikke har noe annet psykisk eller mentalbiologisk materiale enn sanseforestillinger, ord og utsagn som rommer og forankrer våre følel- ser. Dette får som konsekvens at det ikke er nødvendig å anvende et tilfeldig utvalg dersom målet er å undersøke de biopsykiske elementenes betydning for psykisk for- ankrede plager og de psykiske endringene som er mulige å oppnå. Det er tilstrekkelig å arbeide kun med én klient og med ett design der utvalget er lik 1. Grunnen er at de

eneste kriteriene for utvelgelse av klienter er villigheten til å delta i behandlingen eller forskningen, intakte sanser, intellektuell tilgjengelighet og kontakt med egne følelser. I tillegg kommer evnen til å observere egne følelsesmessige reaksjoner og å formidle egne følelser gjennom språk. Det må også være samsvar mellom klientens følelser og utsagn om sine følelser.

Da alle intellektuelt tilgjengelige klienter som behersker språk, besitter disse egen- skapene, og da disse egenskapene er viktigere enn kjønn, alder, genetiske disposisjo- ner, rase, nasjonalitet, intelligens, sosial bakgrunn, yrke, hobbyer, religiøs tilknytning og grad av fysisk handikap, vil ethvert individ kunne fungere som et representativt utvalg dersom man ønsker å undersøke hjernes psykologi og hvordan schizofreni er bygget opp mentalt. Dette vil også gjelde dersom man ønsker å undersøke forbindel- sen mellom de biopsykiske elementene og følelsesmessige tilstander, og forbindelsen mellom endringen av de biopsykiske elementene som forankrer klientens følelser og psykisk endring, det vil si om man ønsker å utvikle kunnskap om schizofreni, hjer- nens psykologi og klientens mentale funksjonsmåte. Behandlingene vil likevel være forskjellige i innhold og i prosess som følge av forskjeller på symptomene, omfanget av klientenes symptomer, livssituasjon, livserfaringer og endringskapasitet.

##### Generaliserbarhet

Egenskapen generaliserbarhet handler om hvorvidt resultater fra behandling av og forskning på enkelte klienter kan overføres til alle schizofrene. De biopsykiske ele- mentene har en absolutt generaliserbarhet. Det finnes ingen følelsesmessige tilstander, egenskaper, kunnskaper, ferdigheter, holdninger og handlinger som ikke er forårsaket av, og som ikke kan analyseres med utgangspunkt i de biopsykiske elementene som de er en følge av.

Det ulike biopsykiske elementer har felles, er at de er bygget opp av det samme psykiske materialet: av følelser og av modale, språklige, og mentalbiologiske elementer som forankrer de øvrige elementene. Det er denne situasjonen som gjør det legitimt å anvende begrepet absolutt generaliserbarhet, og som gjør det mulig å utvikle en viten- skapelig forståelse av alle psykiske fenomener. Denne situasjonen gjør det også mulig å utvikle vitenskapelig forankret kunnskap om psykens funksjonsmåte.

Generaliserbarhet og handlinger

De biopsykiske elementenes generaliserbarhet vil være knyttet til om resultatene fra undersøkelsen av de biopsykiske elementenes egenskaper også vil gjelde handlinger. Vurderingen er at enhver handling kan analyseres med utgangspunkt i de mentale elementene som ligger til grunn for handlingen. Handlinger kan derfor iverksettes, endres, forsterkes eller svekkes gjennom en endring av kontakten med og innholdet i de mentale elementene som utløser og opprettholder handlinger. Det finnes ingen handlinger som ikke kan undersøkes med utgangspunkt i de biopsykiske elementene som ligger til grunn for dem, og det finnes ingen handlinger som ikke kan endres ved

å endre de biopsykiske elementene som forankrer klientens handlinger, forutsatt at individet ønsker endring.

Generaliserbarhet og holdninger

Schizofrene kan ha holdninger som kan bidra til og redusere utviklingen av schizofre- ni. Holdninger kan betraktes som frosne reaksjoner. De er en følge av en repeterende kontakt med biopsykiske elementer som rommer stabile antipatiske eller sympatiske følelsesmessige reaksjoner i forhold til situasjoner, mennesker og oppgaver. Holdnin- ger kan undersøkes med hensyn på hvilke biopsykiske elementer som klientene har kontakt med, og som forårsaker holdningene. De kan også endres ved å forandre de biopsykiske elementene som opprettholder holdningene. Funn fra forskning på de biopsykiske elementenes generaliserbarhet vil også gjelde for utvikling og endring av holdninger da holdninger er en følge av kontakt med biopsykiske elementer.

Generaliserbarhet og egenskaper

Egenskaper er vedvarende væremåter som er en følge av en repeterende kontakt med biopsykiske elementer som forårsaker og utløser disse egenskapene i bestemte situa- sjoner. Snillhet, slemhet, aggressivitet, følsomhet er egenskaper som blir tillagt en per- son som følge av at bestemte typer av atferd blir gjentatt over tid. Disse egenskapene er i hjernens psykologi forstått som en følge av kontakt med biopsykiske elementer som utløser opplevelsen av å være snill. Man kan derfor undersøke hvilke biopsykiske elementer et individ har kontakt med i det øyeblikk det opplever at de har bestemte egenskaper. Man kan også undersøke grunnlaget for den atferden som andre definerer som uttrykk for bestemte egenskaper ved å undersøke hvilke biopsykiske elementer klienten har kontakt med i situasjoner der han eller hun handler eller reagerer med bestemte egenskaper.

Generaliserbarhet og ferdigheter

Resultater fra forskning på de biopsykiske elementenes egenskaper kan generaliseres til ferdigheter. Det er ingen mentalbiologisk forskjell på psykiske tilstander, egenska- per, holdninger og ferdigheter. Ferdigheter innebærer å utøve noe med en viss kva- litet. Ferdigheter er en følge av kontakten med følelsesrelaterte, handlingsorienterte og intellektuelt relaterte biopsykiske elementer. Dette gjelder også fysiske ferdigheter som er blitt automatisert, og som utføres på refleks. Likhetene mellom schizofreni og ferdigheter er at de består av biopsykiske elementer. Mens de visuelle og språkli- ge biopsykiske elementene er sentrale ved intellektuelle ferdigheter, vil motoriske og kinestetiske biopsykiske elementer være sentrale ved fysiske ferdigheter i tillegg til de øvrige sanserelaterte og språklige biopsykiske elementene.

Generaliserbarhet og andre fagområder

Et spørsmål er i hvilken grad kunnskapene om de biopsykiske elementene kan over- føres til andre virksomheter enn psykologi og behandling? Steinar Kvale utformet føl- gende definisjon på generaliserbarhet: «Med generaliserbarhet menas att man söker överensstämmelse mellan forskningsfallet och vidare skeenden i samhälle» (Kvale, 1997: 212). Tilstøtende områder er for eksempel idrettspsykologi, pedagogikk, spesi- alpedagogikk, vitenskapsteori og vitenskapsfilosofi. I tillegg kommer virksomheter der psykiske forhold spiller en rolle, som ved kommunikasjon og konfliktløsning, opplæ- ring, ledelse, utvikling av dyktighet og evne til å prestere. De biopsykiske elementene kan anvendes i alle fag og fagområder som involverer følelser og intellektuelle proses- ser. Deres generaliserbarhet er absolutt i den forstand at de biopsykiske elementene kan anvendes for å utvikle kunnskap om hvordan man kan endre alle psykisk foran- krede tilstander og alle former for schizofreni og psykosespekterlidelser. Jeg beskriver her den potensielle generaliserbarhet. Forutsetningen for faktisk generaliserbarhet er at de biopsykiske elementene man arbeider med, tilfredsstiller de kriteriene som er beskrevet i det foregående.

Generaliserbarhetens begrensninger

Selv om generaliserbarheten av resultater fra forskning på hjernens psykiske struktur og på egenskapene til den psykiske hjernen er absolutt, står man overfor begrens- ninger. De biopsykiske elementenes generaliserbarhet innebærer ikke at en bestemt opplevelse av angst eller schizofreni er lik fra ett menneske til et annet, men at enhver opplevelse av angst eller schizofreni vil være en følge av kontakt med biopsykiske ele- menter som rommer og utløser disse tilstandene. De biopsykiske enhetenes generali- serbarhet innebærer heller ikke at alle klientenes opplevelser kan behandles nøyaktig på samme måte, selv om enhver behandling vil innebærer en på- eller avkobling av biopsykiske elementer som rommer følelser og som er knyttet til fortid, nåtid eller til forestillinger om fremtid.

#### Oppsummering

Hjernens egenskaper gjør at de biopsykiske elementene kan anvendes som utgangs- punkt for forskning på og behandling av schizofreni. Da alle psykiske tilstander er en følge av kontakt med biopsykiske elementer, har jeg samtidig beskrevet egenskapene ved fenomenet psyke, schizofreni og psykisk endring. Konklusjonen er at det psykiske materialet som ligger til grunn for ulike psykiske tilstander, ferdigheter, kunnskaper, holdninger og verdier er dokumenterbart, avgrensbart, rommer følelser og kan spaltes opp i mentale elementer som kan undersøkes og endres.

Konklusjonen ut fra det foregående er at de biopsykiske elementene som forankrer klientens symptomer, kan produseres gjennom fysiske livserfaringer, og gjennom mo- dal og tankemessig virksomhet uavhengig av fysiske erfaringer. De kan lagres i det ubevisste som minner, men de kan aktiveres på nytt, bli bevisste og utløse nye følelser.

De biopsykiske elementene kan være stabile og utgjør slik grunnlaget for stabiliteten i klientens tilstand. De er gjensidig avhengige av hverandre i den forstand at om man endrer ett element i de biopsykiske elementene som forankrer et symptom på schi- zofreni, vil man få en endring i de andre elementene som inngår i den biopsykiske enheten. De er også transformerbare i den forstand at en følelse lagret på ett lite en- dringsbart modalt element kan overføres til og oppleves gjennom et mer endringsbart modalt element uten at man endrer den følelsesmessige intensiteten.

De biopsykiske elementenes egenskaper er fundamentet for oppbygningen av den minste og mest avgrensede følelse, men også av den mest komplekse psykiske tilstand og psykiske plage. Vi kommer ikke nærmere psykens egenskaper og opplevelsen av schizofreni enn gjennom de biopsykiske elementene som klientene har en ubevisst eller bevisst kontakt med. Og vi kommer ikke nærmere hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring som følge av behandling, enn til endringene av de biopsykiske elementene. De biopsykiske elementene er selve fundamentet og grunnlaget for utvik- ling av tilstrekkelig vitenskapelig kunnskap om schizofreni og om hjernens psykologi

#### Avslutning

Konklusjonen er at de biopsykiske elementenes egenskaper er helt sentrale for både forståelsen av hjernens psykologi og for utviklingen av lingvistisk hjerneterapi. Disse elementene danner basisen for alle følelser, tanker og psykiske tilstander. Gjennom forståelse av hvordan de biopsykiske elementene fungerer, er det mulig å kartlegge og analysere de mentale prosessene som forårsaker psykiske schizofreni, og som kan endres gjennom behandling.

De biopsykiske elementenes unike egenskaper – deres evne til å kobles til og fra, endres, transformeres og produsere nye mentale tilstander – gjør dem til de grunnleg- gende byggesteinene for å oppnå psykisk endring. Disse prosessene gjør det mulig for terapeuter å arbeide presist med klientens følelser og symptomer. Når man snakker om psykisk plage ut fra den hjernepsykologiske og hjerneterapi, handler det i stor grad om hvordan de biopsykiske elementene er strukturert og organisert i hjernen. Å forstå og arbeide med disse elementene er avgjørende for å kunne behandle psykiske plager på en effektiv måte.

Teorier som indre og ytre empiri, koblingsteoriene for psykisk plage og psykisk endring, øyeblikkets betydning for følelser, språkets rolle i følelsesmessige prosesser og transformasjonsteorien viser hvordan de biopsykiske elementene fungerer som hjernens byggesteiner. Disse teoriene viser hvordan de biopsykiske elementenes egen- skaper gir innsikt i hvordan følelser er lagret i hjernen, hvordan de kan observeres og kartlegges, og hvordan de kan transformeres og kobles om for å fremme psykisk velvære.

Språket, som er det viktigste verktøyet i lingvistisk hjerneterapi, gir en direkte til- gang til de biopsykiske elementene. Gjennom klientens ord og utsagn kan terapeuten forstå hvordan følelser er knyttet til ulike mentale prosesser. De biopsykiske elemen- tenes evne til å lagre og formidle følelser gjennom språket gjør lingvistisk hjerneterapi

til en kraftig metode for å oppnå dyp psykologisk endring. Ordenes evne til både å formidle og endre følelser er sentralt i behandlingen av psykiske plager, inkludert al- vorlige lidelser som schizofreni.

De biopsykiske elementenes egenskaper er også av stor betydning for forskningen på psykiske lidelser. Disse elementene er observerbare, dokumenterbare og kan analy- seres både av klienten selv og av terapeuten. Dette gir en unik mulighet til å forske på de mentale prosessene som fører til symptomer, samt på endringene som skjer under behandling. Ved å kartlegge hvordan de biopsykiske elementene endres underveis i behandlingen, blir det mulig å forstå de større mønstrene i psykisk endring og utvikle mer presise terapeutiske tilnærminger.

De biopsykiske elementenes stabilitet og evne til å endres gjør det mulig å oppnå varige endringer i klientens tilstand. Når man endrer ett element, kan hele det psy- kiske systemet endres på grunn av den gjensidige avhengigheten mellom elementene. Dette gjør det mulig å fokusere strategisk på de mest relevante elementene for å oppnå betydelige forbedringer i klientens tilstand. I tillegg kan de biopsykiske elementene transformeres, slik at en følelse som er lagret på et mindre endringsbart element kan overføres til et mer endringsbart element, noe som gjør det lettere å jobbe terapeutisk med komplekse følelser.

Denne evnen til transformasjon er avgjørende for hvordan hjernen fungerer men- talt. Den gjør det mulig for klienter å endre negative følelser og symptomer ved å overføre dem til en ny form der de kan håndteres mer effektivt. Gjennom transforma- sjonen kan klienten oppleve større kontroll over sine psykiske tilstander, noe som gir en dypere følelse av mestring og velvære.

Videre er de biopsykiske elementenes egenskaper nødvendige for å forstå og do- kumentere psykens grunnleggende funksjon. Det er gjennom de biopsykiske elemen- tene, enten bevisst eller ubevisst, at klientene har kontakt med sine følelser, og det er disse elementene som står i sentrum når det skjer en psykisk endring under behand- ling. Enhver psykisk endring som oppstår i løpet av behandlingen kan spores tilbake til endringer i de biopsykiske elementene. De utgjør selve fundamentet for både ut- viklingen av vitenskapelig kunnskap om schizofreni og en effektiv terapeutisk praksis. Det er nettopp denne dype forståelsen av de biopsykiske elementene som danner grunnlaget for lingvistisk hjerneterapi. Gjennom målrettet arbeid med disse elemen- tene kan det oppnås en presis, vitenskapelig basert og effektiv behandling for psykiske lidelser som schizofreni. Dette skiftet representerer en ny epoke innen behandling og forståelse av psykiske plager, der endringer i de biopsykiske elementene står som kjer-

nen i enhver terapeutisk prosess.

### Kapittel 19. Symptomer slik de forstås i hjernens psykologi og danner utgangspunkt for behandlingen i LBT.

Kapittelet beskriver symptomer på psykiske plager, inkludert schizofreni, med ut- gangspunkt i forståelsen for hjernens psykologi og teorien om de biopsykiske elemen- tene. Hensikten er å formidle hvordan man forstår og anvender symptomer i lingvis- tisk hjerneterapi. Informasjon om symptomer som har mindre betydning for psykisk endring, er utelatt. Spørsmålene i denne sammenhengen er: Hva er et symptom? Hvor- dan forstår man symptomer i hjernens psykologi? Hvordan kan symptomet anvendes? Hvilken sammenheng er det mellom symptomer på schizofreni og grunnlagsteoriene for hjernens psykologi?

Kapittelet består av tre deler. Del 1 omhandler hvordan man forstår symptomet i hjer- nepsykologien. Del 2 beskriver symptomet med utgangspunkt i grunnlagsteoriene for hjernens psykologi. Del 3 beskriver den hjernepsykologiske forståelsen for de sympto- mene som danner grunnlag for diagnosen schizofreni.

#### Forståelsen for symptomer ut fra hjernens psyko- logi

##### Hva er målet i arbeidet med symptomer?

Målet med å behandle schizofreni gjennom Lingvistisk Hjerneterapi (LBT) er å endre de biopsykiske elementene som forårsaker klientens symptomer. Det er ikke nok å fjerne symptomer; man må også erstatte det negative ladete psykiske materialet med etpositivt psykisk ladet materiale som fører til en tilstand av velvære og mestringsevne.

##### Hva er et symptom i hjernens psykologi?

I hjernepsykologien er enhver opplevelse av psykisk smerte og ubehag et symptom. Dette innebærer at klientens følelsesmessige reaksjoner og atferd betraktes som et symptomer dersom det er uttrykk for psykisk smerte. Symptomer er således ikke kun det som beskrives som symptomer de diagnostiske systemene som hallusinasjoner, vrangforestillinger og apati, men alle klientens følelsesmessige opplevelser og reaksjo- ner i forbindelse med schizofrene reaksjoner

##### Hvorfor diagnostisere i LBT?

Hensikten, i hjernens psykologi, med å registrere klientens symptomer er ikke å utvikle en diagnose eller få et grunnlag for offentlig statistikk. Hensikten er å få et grunnlag for en umiddelbar intervensjon. Man fokuserer også først og fremst på det symptomet som er knyttet til problemet som klienten ønsker å få det bedre med, uansett hva dette er. Det vil si enten det er et tradisjonelt tegn på schizo-reni eller et symptom som ikke er relatert til schizofreni.

##### Symptomene slik det fokuseres i LBT.

Symptomene er utgangspunktet for alt som skjer i lingvistisk terapi. Man er kontinu- erlig på søken etter tegn som er uttrykk for eller som henviser til klientens symptomer, Man arbeider med ett symptom av gangen. Når ett symptom er endret eller redusert, tar man neste. Oftest dukker det opp nye symptomer underveis som en følge av de mentale prosessene som skjer i behandlingen. De nye symptomene kan være en følge av motstand eller et tegn på at noe hindrer klienten i å gjennomføre de mentale proses- sene som terapeuten har invitert til. Av og til får man først kontakt med det symptomet som har størst betydning for klientens psykiske plage. Andre ganger får man kontakt med de mest alvorlige symptomene etter at man har redusert enkelte mindre alvorlige. Den viktigste indikatoren på at det har oppstått psykiske endringer er at kliente-

ne opplever endringer i symptomene eller i sitt forhold til symptomene underveis i kon-sultasjonen. Symptomene danner således utgangspunkt for alle intervensjoner og for kartleggingen av hvilke endringer som klienten har oppnådd i løpet av en eller flere konsultasjoner.

En følge av denne forståelsen er at man i lingvistisk hjerneterapi tar utgangspunkt i symptomene slik de viser seg for klientene i det terapeutiske øyeblikk.

##### Manifeste symptomer og den underliggende psykiske plage

Manifeste symptomer innebærer at klienten har kontakt med et psykisk materiale som fører til følelsesmessige reaksjone. I psykiatrien og psykodynamisk terapi blir ma- nifeste symptomer ofte forstått som overfladiske uttrykk for underliggende årsaker. I hjernens psykologi betraktes symptomet både som en årsak problemet og som et tegn på et underliggende mentalt problem. Dette betyr at navnet på diagnosen blir mindre viktig, mens symptomene og den måten som klienten opplever dem på, blir det sentrale.

Denne forståelsen skiller seg ikke så mye fra den psykoanalytiske forståelsen, men i hjernens psykologi er årsakene til den psykiske plagen tilgjengelige for terapeuten gjennom fokus på symptomene – det vil si på de ord og utsagn klienten bruker til å beskrive sin situasjon, mens ut fra den psykoanalytiske forståelsen er de ubevisste årsakene til schizofreni ofte vanskelig tilgjengelige.

I hjernens psykologi anses de manifeste og ubevisste symptomene som direkte ut- trykk for det psykiske materialet som utløser dem, og det er dette materialet som må endres gjennom behandling.

##### Skillet mellom mentalt og somatisk forankrede symptomer

I LBT skiller man mellom psykisk forankrede og somatisk forankrede symptomer. Grunnen er at psykisk forankrede symptomer kan behandles ved hjelp av språk, mens somatisk forankrede symptomer i mindre grad kan påvirkes gjennom samtaletera- pi. Likevel innebærer enhver mental endring samtidig en nevrobiologisk og biologisk endring. Denne boken fokuserer på de symptomene som har en mental forankring og årsak ettersom det er disse som kan behandles gjennom språk og uten teknologiske hjelpemidler. En annen grunn til dette fokuset er ønsket om å utforske hvor langt man kan komme i utviklingen av vitenskapelig kunnskap om schizofreni.

##### Hvordan kan symptomer kartlegges?

For å kunne endre symptomene på schizofreni må de først kartlegges. Dette skjer ved at terapeuten undersøker hvilke biopsykiske elementer som utløser psykisk smerte, hvilket psykisk materiale disse elementene består av og hvordan de påvirker klien- tens mentale tilstand. Kartleggingen skjer gjennom et fokus på klientens språk og de utsagnene som beskriver klientens psykiske ubehag, Gjennom språket kan man få inn- sikt i det psykiske materialet som ligger til grunn for symptomene, for deretter og endre de symptomene som har størst påvirkning på den psykiske plagen.

##### Hvordan forandrer språket symptomene?

Språket har en spesiell kraft i LBT, da klienten utsagn er bærere av følelser. I hjernens psykologi betraktes ikke språket bare som et verktøy for kommunikasjon, men som et redskap som kan påvirke hvordan følelser og opplevelser oppstår. Ved å endre måten ord brukes på, kan man endre de følelsene som tidligere har vært knyttet til dem, og redusere de symptomene de forårsaker. For eksempel kan en vrangforestilling bli transformert gjennom en prosess der de språklige elementene som støtter forestillin- gen, blir erstattet med mer realistiske og tilpassede utsagn.

##### Karakteristika ved symptomer

Symptomer på psykiske plager har flere kjennetegn. Enkelte av disse beskrives i detføl- gende. I hjernens psykologi er symptomer forstått som:

* En følge av kontakt med bio-psykiske elementer som rommer følelser
* Et tegn som henviser til det psykiske materialet som forårsaker symptomet.
* En følge av en mental prosess.
* En øyeblikkelig psykisk tilstand som rommer en følelse.
* Et uttrykk for en egenskap som gjør det mulig å oppleve symptomet.
* En mental ressurs som kan anvendes for å redusere symptomet.
* Et signal på den psykiske tilstand
* En terapeutisk ressurs
* Ethvert symptom er en tilstand forankret i en følelse

I psykiatrien er symptomer ofte forstått som noe ubehagelig, mens hjernens psykologi ser symptomer som både positive og negative. Hvis følelsen er positiv, oppleves symp- tomet som positivt. Hvis følelsen er negativ, oppleves symptomet som ubehagelig. I LBT kan man endre det psykiske materialet som forankrer og utløser negative symp- tomer, slik at de blir erstattet med positive symptomer.

##### Ethvert symptom er en følge av kontakt med bio-psykiske elementer

Ethvert symptom er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som rommer fø- lelser og som forårsaker individets tanker og reaksjoner, slik de oppleves innenfra og slik de kan observeres utenfra. Ethvert symptom er forankret i et ubevisst og bevisst psykisk materiale. Symptomet er både et tegn på et underliggende problem, og i seg selv en selvstendig opplevelse av psykisk smerte, og derigjennom en psykisk plage. I tillegg er det et resultat av mentale prosesser. De mentale prosessene går forut for og de skjer samtidig med symptomet. I hjernepsykologien er man derfor både fokusert på det psykiske materialet som forankrer symptomet og på de mentale prosessene som utløser symptomet.

##### Ethvert symptom er et tegn

thvert symptom er et tegn på at klienten har en bevisst eller ubevisst kontakt med et psykisk materiale som forankrer og utløser psykisk smerte. Dette psykiske materialet er biopsykiske elementer som rommer følelser. For å endre opplevelsen av schizofreni må disse biopsykiske elementene endres. I LBT vil terapeuten alltid undersøke eller ta utgangspunkt i tegnene på schizofreni som kommer til uttrykk i klientens atferd og språk.

##### Ethvert symptom er en følge av en mental prosess

Ethvert symptom på schizofreni er en følge av mentale prosesser. De mentale proses- sene er preget av kontinuerlig av- og påkobling av biopsykiske elementer som rommer følelser. For å oppnå resultater i behandling må man endre de mentale prosessene som forårsaker symptomer på schizofreni, og erstatte dem med prosesser som fører til økt psykisk velvære og mestringsevne.

##### Ethvert symptom er en egenskap

Symptomer er et uttrykk for en eller flere egenskaper. Individer som hallusinerer, har evnen til å hallusinere; deprimerte har evnen til å bli triste; personer med vrangfore- stillinger har evnen til å fastholde overbevisninger, og angstpregede har evnen til å reagere med angst. Selvforstyrrelser krever evnen til refleksjon over egen situasjon. Disse egenskapene, som understøtter primærreaksjonene, kan anvendes terapeutisk. I hjernens psykologi sees disse egenskapene ikke bare som negative, men også som uttrykk for mentale kapasiteter.

##### Ethvert symptom er et signal

Symptomet er også et signal på at noe mentalt ikke fungerer som det skal, og et tegn på at det må settes inn motkrefter, samt at de motkreftene som individet allerede har anvendt ikke har vært til-strekkelige, feil eller de har ført til flere problemer. Slik sett kan man betrakte symptomet som et ledd i kroppens signalsystem i den forstand at in- dividet har opplevd en overbelastning og at symptomet er et tegn på at individets men- tale immunforsvar har brutt sammen. Enhver følelsesmessig reaksjon, enhver tanke, enhver reaksjon og enhver handling som er relatert til den psykiske plagen er slik både et symptom og samtidig uttrykk for levd liv.

##### Ethvert symptom er en terapeutisk ressurs

Ethvert symptom blir i hjernepsykologien også betraktet som en terapeutisk ressurs og et mentalt talent, selv om det er uttrykk for psykisk smerte.

Man skiller således mellom symptomet som en egenskap, som en mental ressurs, og symptomets innhold. Det talentet som anvendes i forbindelse med symptomet, kan anvendes motsatt vei, til å endre og redusere det samme symptomet. Selv om hallu- sinasjonenes innhold kan være ubehagelig og de-struktivt, betraktes selve evnen til å hallusinere som en terapeutisk ressurs som kan anvendes i be-handlingen for å justere hallusinasjonene og eventuelt redusere dem eller skape nye.

##### Den terapeutiske prosessen

Den terapeutiske prosessen i LBT fokuserer på å transformere klientens psykiske opp- levelser ved å endre måten de oppfatter og beskriver sine symptomer på. Terapeuten arbeider med å identifisere de biopsykiske elementene som ligger bak symptomene, og bruker språklige intervensjoner for å erstatte dem med mer funksjonelle og positive elementer. Dette innebærer ikke bare å lindre symptomene, men også å gi klienten redskaper for å mestre fremtidige utfordringer og hindre tilbakefall.

#### Symptomene og grunnlagsteoriene for hjernens psykologi

Det følgende beskrive forbindelsen mellom de teoriene som er grunnlaget for hjerne- psykologien og lingvistisk hjerneterapi og forståelsen av symptomer

##### Symptomer og teorien om indre og ytre empiri

Ut fra teorien om den indre og ytre empiri er det ikke tilstrekkelig å forholde seg til ob- servasjoner av klienten eller til det klientene forteller om sine følelsesmessige reaksjo- ner og tanker, for å få et presist utgangspunkt for behandling. Man må gå bak det ob- serverte og fortalte og kartlegge det materialet, de bio-psykiske elementene, den indre empiri,som ligger til grunn for symptomene for å få et utgangspunkt for behandling.

##### Symptomer og teorien om de biopsykiske enhetene

De biopsykiske elementene i form av visuelle, auditive og kinestetiske elementer og smak og lukt er, sammen med klientens ord og utsagn er klientens symptomer. Det er dette materialet man må få kontakt med for å kartlegge og endre symptomene. Da egenskaper, tanker, kunnskaper, holdninger og verdier også er bygget opp av og utløst av kontakt med biopsykiske elementer, vil verdier, egenskaper, vaner og holdninger være integrert i de biopsykiske elementene som terapeuten får kontakt med gjennom klientenes utsagn om hvordan de opplever den psykiske plagen. Forstyrrelser av sel- vet forstås på måte, som en følge av kontakt med ett eller flere sett med biopsykiske elementer som fører til den type utsagn som blir forstått uttrykk for forstyrrelser av selvet.

Som følge av dette må man undersøke de modale og språklige elementene som ligger til grunn for hallusinasjoner, kognitiv svikt, desorganisering, apati, angst, depresjon og andre psykiske plager i det øyeblikk har betydning for klientenes følelsesmessige tilstand, dersom man ønsker å utvikle gyldig kunnskap om de schizofrenes opplevelse av schizofreni og om man ønsker å endre denne. Som antydet tidligere, man er kun de som synes å ha betydning for opplevelsen av schizofreni og evnen til å fungere.

##### Symptomer og koblingsteorien for den psykiske plagen

Koblingsteorien for den psykiske plagen hevder at ethvert symptom er en følge av at et negativt ladet psykisk materiale er koblet på den psykiske tilstanden samtidig som noe psykisk positivt er koblet av. Det som er koblet på eller av, og som rommer posi- tive eller negative følelser og som utløser hallusinasjoner, desorganisering og kognitiv svikt, vil være knyttet til fortid, nåtid og fremtid. Dette får som konsekvens at man, foruten å undersøke det psykiske materialet som klienten har kontakt med i nå-tid, undersøker om dette materialet stammer fra tidligere eller nåværende situasjoner, eller om det er relatert til fremtiden. En grunn til dette er at valget av terapeutisk strategi og

metode vil påvirkes av om klientens symptomer er forårsaket av tidligere, nåværende eller fremtidsrelatert ubehag.

##### Symptomer og koblingsteorien for psykisk endring

Den terapeutiske oppgaven ut ifra koblingsteorien for psykisk endring blir å koble av det psykiske materialet som forankrer og utløser symptomene, og å koble på et positivt ladet psykisk materiale som fører til de følelsene, de reaksjonene og den mestringsevne som klientene ønsker å oppleve.

I lingvistisk terapi anvender man begrepet ”positive symptomer”. Hensikten er å il- lustrere at det psykiske materialet som ligger til grunn for behagelige symptomer, er bygget opp mentalt på samme måte som symptomer i psykiatrien og som en følge av kontakt med biopsykiske elementer.

Koblingsteorien for psykisk endring anvendes for å endre klientens symptomer. Dette skjer ved at man kartlegger de biopsykiske elementene som utløser klientens sympto- mer og endrer disse gjennom metoder som fokuserer på de biopsykiske elementene.

##### Symptomer og teorien om fysiske og mentale strategier for utvikling av schizofreni

Teorien om de fysiske og mentale strategiene for utvikling av psykisk plage beskriver det handlingsmønsteret og det mentale mønsteret som fører til symptomer. Grunnen er at klientenes atferdsmønster og mentale mønster kan kan betraktes som repeteren- de strategier som fører til symptomer på psykisk plage. Dette forutsigbare mentale mønster gjør det mulig å undersøke klientenes opplevelsesmønstre, atferdsmønstre og som fører til kontakt med biopsykiske elementer som forårsaker psykisk smerte og symptomer. Foruten å kartlegge klientenes fysiske og mentale strategier som fører til de schizofrenes symptomer, er den terapeutiske oppgaven å endre disse strategiene for å redusere symptomene og utvikle ønskede fysiske og mentale mestringsstrategier.

##### Symptomer og teorien om øyeblikkets betydning

Teorien om øyeblikkets betydning for følelser og for psykisk endring formidler at et- hvert symptom kommer til uttrykk i et bestemt øyeblikk. Som terapeut må man foku- sere på de biopsykiske elementene som utløser klientens symptomer i dette øyeblik- ket. Grunnen til dette er at symptomer er uttrykk for at klienten har kontakt med et bestemt psykisk materiale i dette øyeblikk. Klientens øyeblikkelige symptomer er en viktig kilde til kontakt med det ofte vedvarende psykiske materialet som forårsaker og opprettholder den psykiske

##### Symptomer og teorien om språkets betydning for følelser, psykisk plage og psykisk endring

Teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring hevder at klientens ord og utsagn om sine symptomer kan romme det ubehaget som klienten opplever. Kli- entens ord kan slik være et direkte uttrykk for klientens psykiske smerte og i seg selv

betraktes som et symptom. Vi kommer ikke nærmere klientens indre opplevelser av schizofreni enn til de ord og utsagn som klienten anvender for å formidle sin situasjon og sine følelser. Klientens er derfor den viktigste kilden til det psykiske materialet som ligger til grunn for klientens symptomer, enten det er opplevelser kaldsvette, stivhet, rigiditet, angst, depresjon, forvirring, taleavbrudd, desorganisering, apati, kognitiv svikt eller selvforstyrrelser.

Forutsetningen for at man skal kunne anvende denne forståelsen i forskning og be- handling er at man er kjent med at ord og utsagn i seg selv kan romme følelser og være symptomer.

##### Symptomer og teorien om de terapeutiske ressursene

Teorien om de terapeutiske ressursene hevder at ethvert symptom er uttrykk for at klienten besitter positive mentale ressurser og egenskaper. Klienten har før behandlin- gen ofte anvendt disse ressursene på en måte som har ført til psykisk smerte. En følge av denne situasjonen er at man i lingvistisk hjerneterapi (LBT) er mer opptatt av de psykisk plagedes positive egenskaper og kvaliteter fremfor deres mangler, og av hva de får til, i større grad enn hva de ikke mestrer. Noen eksempler: Vrangforestillinger er definert som et symptom på en alvorlig psykisk plage. Men vrangforestillinger for- utsetter evnen til å formulere ord som formidler følelser, vurderinger, opplevelser og standpunkter. Og de innebærer at klienten har evnen til å oppleve noe som sant eller usant og som galt eller riktig, og at han er i stand til å beholde sine oppfatninger selv om andre mener at de er feilaktige, forskrudde eller gale. Dette innebærer at klienten har en viss psykisk styrke i form av motstandskraft. Markerte symptomer på schizo- freni kan slik også forstås som uttrykk for mentale ressurser og ressurspreget av akti- vitet som kan anvendes i behandlingen for å redusere klientens symptomer i foorm av vrangforestillinger.

##### Symptomer og teorien om transformasjon

Symptomer er en følge av transformasjon av ytre erfaringer og indre opplevelser. Vi har en transformasjon når ytre erfaringer og indre mentale prosesser fører til psykiske reaksjoner og atferd. Hallusinasjoner er for eksempel et uttrykk for at et psykisk mate- riale er blitt transformert til indre bilder, lyder, smaker, lukter eller kroppslige fornem- melser uten en beviselig fysisk årsak. Apati og depresjon, er også et resultat av trans- formasjon av ytre eller indre impulser som følge av kontakt med biopskiske elementer. En følge av klientens transformative evne, er at terapeuten kan undersøke det psykiske materialet og de ytre og indre opplevelsene som er transformert til psykisk smerte, Dette ved å kartlegge forbindelse mellom ytre erfaringer og det indre psykiske

materialet som er blitt dannet som følge av disse erfaringene.

#### Symptomer på schizofreni beskrevet med ut- gangspunkt i de biopsykiske elementene

Hensikten med følgende er å vise at symptomer på schizofreni er en følge av kontakt med biopsykiske ele-menter som forankrer, utløser og opprettholder den psykiske pla- gen. Symptomer som kun er en følge av biologiske og nevropsykologiske prosesser er ikke fokusert.

Begrunnelsen for å forstå symptomene på schizofreni med utgangspunkt i de bio3. psykiske elementene er at man skal kunne utvikle presis og operasjonaliserbar kunn- skap om hvordan schizofreni, utvikles, oppleves, og kan endres gjennom behandling. Det som skrives her står ikke i motsetning til at schizofreni også er utløst og forårsaket av nevrobiologiske og nevrokjemiske tilstander i hjernen, men disse forhold ligger utenfra terapeutens kontroll. En vurdering for det følgende er at dersom det er mulig å behandle schizofreni gjennom språkbaserte metoder vil dette være å foretrekke, da det gir terapeuten og klientene større kontroll og innsikt i den psykiske plagen og en større mulighet for å få gode resultater i behandling, med færre bivirkninger for klientene og reduserte utgift er for samfunnet.

I LBT skiller man mellom bevisste og ubevisste symptomer. Ubevisste symptomer er ofte årsaken til de bevisste.

##### Premisser for det som skrives

Schizofreni er ikke én enhetlig psykisk lidelse, men flere psykiske plager eller symp- tomer som eksisterer samtidig. Hvert enkelt symptom er i seg selv en psykisk plage som kan behandles hver for seg. Det er ingen nødvendig sammenheng mellom angst, depresjon, vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser, apati, tunghet, sli- tenhet, kognitiv svikt, depersonalisering og selvforstyrrelser. Tilstedeværelsen av ett symptom fører ikke nødvendigvis til at andre symptomer også er til stede, og endring av ett symptom gjennom behandling, fører ikke automatisk til endring i andre symp- tomer. Flere symptomer kan imidlertid være følgesymptomer over tid, selv om de ikke alltid opptrer sammen.

##### Hallusinasjoner.

Hallusinasjoner er indre opplevelser uten ytre stimuli, for eksempel at man hører stemmer uten at det er noen ytre lyd der. Hørselhallusinasjoner i form av stemmer som kommenterer klienten negativt eller som snakker om klienten er mest vanlig. Men man kan også ha visuelle, auditive og kinestetiske / taktile hallusinasjoner og hal- lusinasjoner forbundet med lukt og smak. Hallusinasjonene kan intense og forbundet med omfattende angst og psykisk smerte.

Felles for disse hallusinasjonene er at de er en følge av kontakt med auditive, visuel- le, luktrelaterte eller smaksrelaterte biopsykiske elementer som rommer følelser som angst, uro, forvirring etc. Hallusinasjoner er mer utbredt enn man har vært klar over.

De er ganske vanlige hos ungdom, og hos personer som opplever omfattende stress og mangel på søvn. De er ofte endringsbare med den følge av at de kan reduseres. I ling- vistisk terapi betraktes de som en terapeutisk ressurs fordi evnen til hallusinere kan anvendes for redusere den psykiske plagen.

##### Vrangforestillinger

Vrangforestillinger er tanketyveri, tankekringkasting, forfølgelsesvannvid- eller stor- hetsvrangforestillinger, der personen tror på ting som ikke stemmer med virkelighe- ten. Vrangforestillinger lar seg i liten grad endre gjennom motstridende argumenta- sjon og motbevis. De er en følge av kontakt med stabile biopsykiske elementer. Dette er forårsaket av at ord er ofte er forankret i stabile biopsykiske elementer som rommer følelser, en indre kontekst som igjen består av ulike sett med biopsykiske elementer som også rommer følelser.

##### Desorganisert tale og atferd

Desorganisert tale blir forstått som usammenhengende eller forvirret og tale, som det er vanskelig for andre å følge. Desorganisert atferd kan være uforutsigbar eller merke- lig og fremstå for en ytre observatør uten en klar hensikt eller sammenheng. Desor- ganisert tale er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som gjør det naturlig å snakke eller opptre desorganisert. Desorganisert tale og atferd har således ha en indre logisk forankring, dersom man leter etter de mentale elementene/biopsykiske elemen- tene som ligger til grunn for desorganisert tale. Utfordringen består i å undersøke hvilket psykiske materiale som den schizofrene har kontakt med. Desorganisert tale kan også være en følge av nevropsykologiske prosesser, blant annet som følge av rus. I lingvistisk terapi fokuserer man på de mentalt relaterte uttrykk for desorganisert atferd og tale.

##### Negative symptomer

Negative symptomer,innebærer mangel på følelser, sosial tilbaketrekking, eller tap av motivasjon. Mens positive symptomer er definert som tillegg til den alminnelige fun- gering som hallusinasjoner og vrangforestillinger er negative symptomer definert som uttrykk for tap eller mangler i forhold til alminnelige fungering. Ulike former for tap og mangler er imidlertid ikke et tegn på at man mangler kontakt med biopsykiske ele-menter, men at de biopsykiske elementene som dominerer ens kontaktflate ytre sett, kan observeres som mangler. D e biopsykiske elementene som individet har kon- takt med kan være uttrykk for psykiske reaksjoner som er negative symptomer. De kan også være en følge av kontakt med biopsykiske elementer som hindrer alminnelige reaksjoner.

##### Kognitive problemer

Kognitive vansker, som nedsatt oppmerksomhet, hukommelse og evne til å planlegge. Kognitive vansker er en følge av kontakt med biopsykiske elementer, indre opplevelser

som dominerer klientens ubevisste og bevisste fokus i den grad at oppmerksomheten på ytre forhold svekkes, at minner og nære opplevelser ikke er tilgjengelige og man mangler det mentale overskudd og kontakt med den nødvendige planleggingsrelaterte mentale virksomhet. Mentalt forankrede kognitive vansker er ikke et tegn på mangler, men et tegn på kontakt med negativt ladete biopsykiske elementer som tar fokus og som reduser den energien som er nødvendig for å være oppmerksom, huske og plan- legge,

##### Katatoni,

Katatoni innebærer unormale motoriske bevegelser eller stillhet, ofte i form av stivhet eller manglende re-spons. Katatoni som er forårsaket eller stimulert mentale forhold er en følge av kontakt med et sett med bio-psykiske elementer som rommer så intense følelser katatoni, for individet i øyeblikket er det den løsningen som individet har til- gang til. Arbeidet vil innebære å kartlegge hvilke biopsykiske elementer som klientene har forut for og underveis i de katatone reaksjonene og de biopsykiske elementene og det opplevelses- og tankemønsteret som kan utløse katatoni.

##### Sosial tilbaketrekning

Sosial tilbaketrekning innebærer at personen isolerer seg fra sosiale interaksjoner og trekker seg unna mennesker Sosial tilbaketrekning er ofte en følge av kontakt med flere sett med biopsykiske elementer som har utviklet seg over lengre tid som en følge av negative eller ubehagelige sosiale opplevelser. Sosial er også en følge produksjon av og kontakt med biopsykiske elementer som gjør at isolasjon og at trekker seg tilbake fra mennesker i øyeblikket oppleves som bedre mental løsning for individet. Sosial isolasjon over tid kan føre til vanemessig tilbaketrekning som kan være en følge av kontakt med flere sett med biopsykiske elementer som fører til sosial tilbaketrekning.

##### Affektavflatning,

Affektavflatning innebærer at personen viser nedsatt evne til å uttrykke følelser gjen- nom ansiktsuttrykk eller kroppsspråk. Affektavflatning er trolig et misforstått begrep. Affektavflatning er en følge av kontakt med et eller flere sett med biopsykiske elemen- ter som rommer intense følelser og som gjør at affektavflatning opp-står. Det man observerer utenfra er således et tegn på en indre kontakt med følelser og et psykisk materiale som er så intenst at affektavflatning konklusjonen kan bli både en ytre og indre affektavflatning. Affekt av-flatning er således en følge av biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte og er så dominerende og intense at energirelaterte bio- psykiske elementer ikke er tilgjengelige for individet. Dersom man reduserer, fjerner og erstatter de biopsykiske elementene som har ført til affektavflatning vil individet få kontakt med biopsykiske elementer som, for en utenforstående, fremstår som almin- nelige følelsesmessige reaksjoner.

##### Apati,

Apati er en følelse av likegyldighet eller mangel på interesse for daglige aktiviteter. Det som er skrevet i forbindelse med affektavflatning når det gjelder kontakten med biopsykiske elementer, gjelder også apati. Apati er en følge av biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte som er så dominerende og intense at energirelaterte og aktivitetsrelaterte biopsykiske elementer ikke er tilgjengelige for individet. Dersom man reduserer, fjerner og erstatter de biopsykiske elementene som har ført til apati vil individet få kontakt med biopsykiske elementer som, for en utenforstående, fremstår som alminnelige følelsesmessige reaksjoner.

##### Anhedoni

Anhedoni, en manglende evne til å oppleve glede i aktiviteter som tidligere var me- ningsfulle eller tilfredsstil-lende.

Det som er formidlet ovenfor, i forbindelse med affektavflatning gjelder også for an- hedoni. Anhedoni inne-bærer ikke at individet mangler kontakt med biopsykiske ele- menter som er forbundet med glede, og tilfreds-stillende meningsfulle opplevelser. Anhedoni er en følge av kontakt med et eller flere sett med biopsykiske elementer som rommer så mye smerte at den dominerer individets fokus på en slik måte opplevelser av mening og glede blir fraværende. Dersom man reduserer, fjerner eller erstatter de psykisk smerterommende mentale elementene positivt ladete biopsykiske elementer vil individet igjen få kontakt med meningsfulle opplevelser og glede. En forutsetning er individet til daglig ikke blir utsatt for ubehagelige opplevelser eller opprettholder et språklig og modalt mønster som fører til anhedoni.

##### Paranoia,

Paranoia er en vedvarende mistillit til andre, ofte med frykt for å bli forfulgt eller ska- det. Det som er formidlet ovenfor, i forbindelse med affektavflatning gjelder også for paranoia Paranoia innebærer ikke at individet mangler kontakt med biopsykiske ele- menter som er forbundet trygghet og tillit. Paranoia er en følge av kon-takt med et el- ler flere sett med biopsykiske elementer som rommer så mye smerte og konspirasjons- relaterte mentale reaksjoner at dette psykiske materialet dominerer individets fokus på en slik måte individet blir pa-ranoid. Dersom man reduserer, fjerner eller erstatter de paranoidrelaterte biopsykiske elementene og gir kli-enten kontakt med biopsykiske elementer som fører til trygghet i forhold til og tillit til andre vil de parano-ide reak- sjonene avta. En forutsetning er individet til daglig ikke blir utsatt for opplevelser som kan svekke trygghet tillit til andre mennesker, i det daglige. Det er mulig å utvikle å utvikle individets immunitet mot opplevelser, indre og ytre som kan føre til paranoia. Jeg har i det foregående beskrevet et mønster som innebærer at alle mentalt forårsa- kende symptomer er en følge av at negativt ladete biopsykiske elementer er koblet på individets bevisste og ubevisste fokus. Disse biopsykiske elementene kan være knyttet til fortid og nåtid eller være relatert til fremtid. De er koblet på individets psykiske

tilstand i bestemte øyeblikk eller over tid i den grad at biopsykiske elementer som rom-mer glede, trygghet, mestringsevne og andre positive følelser og reaksjonsmøn- stre er defokusert. Jamfør det som er skrevet tidligere om at psykisk smerte oftest vil dominere over psykisk velvære og mestringsevne. For utfyllende informasjon henvises til teorien om de biopsykiske elementene, koblingsteorien for den psy-kiske plage og koblingsteorien for psykisk endring.

##### Andre symptomer på schizofreni og de biopsykiske elementene

Det som i det foregående er skrevet om hvordan ulike symptomer er bygget opp gjel- der også for de andre schizofrenirelaterte som symptomer som Alogi, hvor personen svarer med korte, vage eller ufullstendige setninger, og depersonalisering, der per- sonen føler seg frakoblet fra seg selv, som om de observerer sitt eget liv uten å delta aktivt og derealisering. Derealisering er en følelse av at omgivelsene virker uvirkelige, frem-mede eller kunstige. Andre symptomer som også er en følge av kontakt med bio- psykiske elementer er tankepåføring, hvor personen føler at tankene deres blir påført eller plantet av eksterne krefter, tanketyveri, hvor personen opplever at tankene deres blir fjernet fra sinnet av en ekstern kraft og tankekringkasting der personen føler at deres tanker blir sendt ut til andre eller kan høres av andre. I tillegg har vi sympto- mer knyttet til forstyrrelser av selvet som også er en følge av avkopling av biopsykiske elementer som rommer velvære, følelse av identitet og selvbevissthet og påkobling av biopsykiske elementer som rommer en følelse av at man har uklare grenser eller at ting føles fremmed mens depersonalisering innebærer en følelse av å være frakoblet fra seg selv, som om de ser seg selv utenfra. Det kan også føles som om ens kropp eller tan- ker ikke tilhører en selv, noe som fører til en dyptgripende fremmedgjøring fra egen identitet og en opplevelse av at selvet er fragmentert i ulike deler, som om det er flere separate jeg-er eller bevisstheter, noe som kan føre til en følelse av kaos og mangel på sammenheng i den personlige opplevelsen av identitet. Selvforstyrrelsene kan ta ulike former og føre til at en selv eller omgivelsene virker uvirkelige eller forvrengte. Selv om personen vet at det de ser og hører er virkelighet, føles det som om de er distansert fra den, noe som skaper en opplevelse av at verden rundt dem er kunstig eller fremmed. Selvforstyrrelser har det til felles at de er en følge av at biopsykiske elementer som rom- mer ubehagelige følelser, tanker og oppfatninger koples på den psykiske tilstanden, samtidig som individet har mindre tilgang til biopsykiske elementer som innebærer følel-ser som velvære, identitet, selvbevisshet, kontroll, forutsigbarhet.

#### Avslutning og perspektiver

Dette kapittelet har presentert en forståelse av hvordan symptomer på schizofreni kan forstås og behandles gjennom hjernens psykologi og Lingvistisk Hjerneterapi. Målet med behandlingen er å endre de mentale prosessene som skaper symptomer, ved å bruke språkets kraft til å påvirke de biopsykiske elementene som forårsaker dem. Ved

å anerkjenne symptomer som en terapeutisk ressurs, kan man transformere klientens opplevelse og hjelpe dem til å oppnå varig bedring.

Med grunnlagsteoriene for hjernens psykologi, teorien om logikk og psyke, formlene for psykisk plage, det som er skrevet om hjernens psykiske egenskaper og med beskri- velsen av den hjernepsykologiske forståelse for klientens symptomer er grunnlaget lagt for utviklingen av lingvistisk hjerneterapi, som blir fokusert i det videre.

## Del 6 Lingvistisk hjernete- rapi anvendt på schizofreni, LBTS

Del 1-4 gir det teoretiske grunnlaget for del 2. Her formidles den terapeutiske grunnlagsforståelsen for lingvistisk hjerneterapi og de metodene som anvendes for å behandle symptomer. Denne delen om lingvistisk hjerneterapi formidler også viten- skapelig forankrede løsninger på de terapeutiske utfordringene som psykiatrien står overfor. Fokuset på mentale årsaker til utvikling av schizofreni og muligheten for å behandle schizofreni gjennom språk utelukker ikke at den psykiske plagen kan ha nev- robiologiske og organiske årsaker, men i lingvistisk hjerneterapi er man kun opptatt av å endre de mentale opplevelsene og det psykiske materialet som forankrer, er, utløser og forårsaker klientenes symptomer.

Kapittel 20 Introduksjon av ling- vistisk hjerneterapi

Lingvistisk hjerneterapi (LBTS) er en forskningsbasert tilnærming til behandling av psykiske plager, inkludert schizofreni som utfordrer tandre tilnærminger til behand- ling. Til grunn for LBTS ligger en dyp forståelse av hjernens psykologi og det psykiske materialet, de bio-psykiske elementene. som forårsaker og opprettholder alle psykiske plager Lingvistisk hjerneterapi er også forankret i kunnskap om hvordan språk kan ut- vikle og påvirke det mentale materialet som forårsaker psykisk lidelse. Dette kapittelet introduserer LBTS ved å belyse hvordan denne tilnærmingen til behandlingen skiller seg fra andre terapeutiske tradisjoner, og hvorfor den er spesielt effektiv i behandling av schizofreni.

Hjernens psykologi bygger på konseptet om at våre psykiske tilstander er konstruert av biopsykiske elementer – en kombinasjon av følelser, sanseinntrykk, ord og biolo- giske prosesser. Gjennom LBTS blir disse elementene kartlagt og målrettet endret ved hjelp av språket, som fungerer som et verktøy for å omstrukturere ubehagelige mentale tilstander og erstatte dem med mer konstruktive og positive opplevelser. Denne til- nærmingen representerer et paradigmeskifte i behandling, i den forstand fokus ligger på de mentale prosessene som driver lidelsen, i stedet for på ytre observerbare symp- tomer

Kapittel 19 bygger videre på det teoretiske fundamentet for hjernens psykologi, som tidligere er beskrevet i boken. Hjernens psykologi gir innsikt i hvordan mentale pro- sesser fungerer, hvordan følelser og tanker formes, og hvordan disse påvirker psykiske plager som schizofreni. Lingvistisk hjerneterapi tar denne innsikten et skritt videre ved å anvende språket som et verktøy for å identifisere, kartlegge og endre de mentale elementene som forårsaker psykisk ubehag.

I tillegg til gir kapittelet svar på enkelte spørsmål som det er naturlig å stille, fordi lingvistisk terapi representerer en ny tilnærming til kunnskap om psykiske plager og til behandling. Ved å knytte sammen teori og praksis viser kapittelet hvorfor denne tilnærmingen gir en vitenskapelig og presis forståelse av psykiske lidelser, samtidig som den beskriver en metode for å oppnå varige psykiske endringer gjennom språk. Kapittel 19: Introduksjon av Lingvistisk Hjerneterapi (LBTS)

Dette kapittelet gir svar på spørsmål som kan være naturlige å stille ettersom lingvis-

tisk hjerneterapi gir en ny forståelse av schizofreni og behandling. Øvrige kapitler i boken vil utdype momentene som presenteres her i introduksjonen.

#### Hva er LBTS?

LBTS er en metode for å endre det psykiske materialet som forårsaker schizofreni.

#### Hvorfor betegnelsen Lingvistisk Hjerneterapi (LBTS)?

Betegnelsen ”lingvistisk hjerneterapi” er valgt fordi metoden fokuserer på å endre det psykiske materialet som forårsaker schizofreni ved bruk av språk. Det legges indirekte fokus på klientens ytre livssituasjon, da det psykiske materialet ofte stammer fra tid- ligere erfaringer. Målet er å endre det psykiske materialet og de mentale prosessene som fører til schizofreni. Ordet ”lingvistisk” fremhever språket som redskap for å få kontakt med, kartlegge, og endre ubehagelige psykiske tilstander til velvære og mest- ringsevne. Metoden ligner hjernens naturlige prosesser, selv om det er forskjeller, og kunne derfor også kalles ”normalpsykisk” terapi.

#### Hva er bakgrunnen for LBT?

Metoden springer ut fra forskning på psykiske plager og de mentale prosessene som fører til schizofreni. Dette har ført til utviklingen av hjernens psykologi, som behand- les i del 1 av boken. Her beskrives hvordan schizofreni kan endres med de samme metodene, da de er bygget opp på samme måte mentalt. ”Lingvistisk hjerneterapi” er synonymt med ”naturvitenskapelig terapi” fordi metoden arbeider med det indre psykiske materialet.

#### Hva kan LBTS anvendes til?

LBTS er en vitenskapelig metode for behandling av schizofreni. Den inneholder også grunnlaget for forskning på psykiske endringer som skjer både i hverdagen og gjen- nom behandling, med det formål å utvikle vitenskapelig kunnskap om hvordan schi- zofreni oppstår, utvikles, og kan elimineres. Boken om hvordan man kan forske på psykiske plager, inkludert schizofreni, blir utgitt høsten 2024.

#### Hva er fundamentet for LBT?

Fundamentet i LBTS er mentale elementer som rommer følelser, kalt biopsykiske elementer (se del 1). Forskningen viste at schizofreni forårsakes av disse biopsykis-

ke elementene, som består av sanseopplevelser, ord, og utsagn. Kontakten med disse elementene er grunnlaget for psykiske plager. Behandlingen endrer disse elementene, noe som reduserer symptomene (Dammen 2013, 2024b).

#### Et premiss

Bokens fokus på psykisk materiale som forårsaker schizofreni utelukker ikke at det også kan ha organiske og genetiske årsaker. LBTS fokuserer imidlertid på de mentalt forankrede årsakene, da disse kan behandles gjennom språk. Psykofarmaka kan også benyttes når nødvendig, men boken fokuserer på språklig behandling.

#### Hvilken forskning ligger til grunn for utviklingen av LBT?

Utviklingen av LBT startet med forskning på vellykkede terapeutiske prosesser, med mål om å forstå hva som skjer mentalt når klienter blir bedre. Forskningen førte til an- tagelser, begreper og teorier om schizofreni og psykiske endringer. Resultatene viste at det psykiske materialet består av ord, utsagn, og sanseelementer som har en biologisk forankring. Funnene utgjør det vitenskapelige grunnlaget for lingvistisk hjerneterapi.

#### Hvorfor er kunnskap om hjernens psykologi nødven- dig?

Ny kunnskap om hjernens psykologi er nødvendig fordi psykologien og psykiatrien mangler et vitenskapelig grunnlag for å forklare hvordan schizofreni bygges opp men- talt, og hva som skjer under behandling. Mangel på slik kunnskap fører til at man ofte ikke vet hva som skjer med klientene, noe som skaper usikkerhet rundt behandlingens resultater. Eksisterende forskning har fokusert på ytre manifestasjoner, som observa- sjoner og intervjuer, men har ikke tilstrekkelig belyst det indre psykiske materialet som forårsaker schizofreni.

Denne versjonen fokuserer på å beholde all informasjon uten å forkorte innholdet, mens unødvendige gjentakelser er fjernet. Gi meg gjerne beskjed om du ønsker ytter- ligere justeringer!

##### Om schizofreni

Kunnskap om hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBTS) kan gi svar på følgende spørsmål:

* Hvordan er schizofreni bygget opp mentalt?
* Hva er likhetene mellom ulike psykiske plager, inkludert schizofreni?
  + Hva er likhetene mellom psykiske plager, inkludert schizofreni, og den almin- nelige psykiske tilstanden?

##### Om psykisk endring

* + Kunnskap om hjernens psykologi og LBTS kan også gi svar på flere spørsmål om psykisk endring, spesielt relatert til schizofreni:
  + Hva er forutsetningene for å endre det psykiske materialet som forårsaker schizofreni hos klienter?
  + Hvordan kan man kartlegge dette psykiske materialet for å få et utgangspunkt for behandling?
  + Hvordan kan man behandle schizofreni?
  + Hva skjer mentalt når man endrer den psykiske plagen?
  + Hvordan kan man kontrollere de resultatene som oppnås underveis i behand- lingen?
  + Hvordan kan man reversere uheldige resultater av behandling, om de oppstår?
  + Hvordan kan man anvende klientenes mentale ressurser i behandling?
  + Hvordan kan man beskytte klientene mot psykisk smerte i behandlingssitua- sjonen?

##### Om utredning, diagnostisering og forskning

LBTS gir også innsikt i flere aspekter knyttet til utredning, diagnostisering og forskning: Hvorfor er det ikke alltid nødvendig med en omfattende utredning for å behandle klientene?

* + Hvordan kan man utvikle et vitenskapelig holdbart og operasjonaliserbart di- agnostisk system for schizofreni?
  + Hvordan kan man forske på det psykiske materialet som forårsaker schizo- freni?

#### Andre spørsmål som kan besvares gjennom LBTS

Kunnskap om hjernens psykologi og LBTS kan også gi svar på flere viktige spørsmål som er relevante for behandling av schizofreni og andre psykiske plager:

* + Hvorfor får noen terapeuter gode resultater, mens andre ikke gjør det?
  + Hva består det ubevisste av, og hvordan kan man få kontakt med fortrengt psykisk materiale som kan forårsake schizofreni?
  + Hvordan kan man utvikle immunitet mot schizofreni?
  + Hvilke lover finnes når det gjelder utviklingen av schizofreni?

Svarene på disse spørsmålene er grunnlaget for utviklingen av lingvistisk hjerneterapi, med et spesielt fokus på psykisk endring.

##### Tilleggskommentar

Til tross for psykologiens og psykiatriens vitenskapelige utfordringer, viser forskning på hva som virker i behandling generelt at flere terapeutiske tradisjoner oppnår gode resultater (Bergin og Garfield). Gode resultater i behandling kan være et tegn på at noe blir gjort riktig, men det er ingen garanti for at man vil oppnå gode resultater med nye klienter selv med samme metode. Derfor trenger vi en behandlingsmetode basert på tilstrekkelig vitenskapelig holdbar kunnskap om schizofreni og psykisk endring.

Hva er det terapeutiske grunnlaget for LBT?

Lingvistisk hjerneterapi bygger på erfaringer fra omtrent 7000 timer med behandling av rundt 1000 klienter med ulike psykiske problemer, inkludert angst, panikkangst, posttraumatiske lidelser, tvangstanker, schizofrene symptomer, og mange andre. Kli- entene har hatt forskjellige bakgrunner og aldre. Grunnprinsippet i behandlingen har vært å koble noe psykisk ubehagelig av og noe psykisk positivt på klientens tilstand. De biopsykiske elementene som forårsaker klientenes symptomer blir behandlet ved denne tilnærmingen.

#### Hva er forskjellene mellom LBTS og andre terapeu- tiske tradisjoner?

En av hovedforskjellene er fokusområdet. Mange individuelle terapeutiske tradisjoner fokuserer på informasjoner om klientens bakgrunn og psykiske plage. I motsetning til dette, fokuserer LBTS på det psykiske materialet som ligger til grunn for og utløser symptomene, uavhengig av ytre faktorer. Dette innebærer en forståelse av at alle psy- kiske plager er bygget opp av det samme mentale materialet, noe som gjør at de kan behandles med de samme metodene.

Mens mange tradisjoner tar utgangspunkt i forskjellene mellom ulike psykiske pla- ger, ser LBTS på fellesnevnere i det mentale oppsettet av disse plagene. Det som er vik- tig i LBTS er de mentale årsakene til symptomene, spesielt når det gjelder schizofreni. Schizofreni som har en primært nevrobiologisk forankring vil i mindre grad kunne behandles gjennom verbal terapi, men LBTS har vist at mange symptomer på schizo- freni, som har en mental forankring, kan behandles effektivt gjennom språk.

#### Likheter og inspirasjon

LBTS har likheter med andre terapeutiske tradisjoner, spesielt korttidsterapier som problemorientert terapi, narrativ terapi, løsningsorientert terapi, postmoderne terapi, gestaltterapi i Fritz Perls’ versjon, og nevrolingvistisk programmering. Den er også inspirert av elementer i kognitiv terapi, psykoanalyse og atferdsterapi.

Hva er schizofreni og symptomer på schizofreni vurdert ut fra hjernens psykologi? Schizofreni er et resultat av kontakt med biopsykiske enheter som rommer ubehageli- ge følelser. Disse biopsykiske enhetene er dokumenterbare og består av fire elementer:

følelser, sanseelementer, ord og utsagn, og de biologiske elementene som forankrer dem. For å oppnå psykisk endring må klientens fokus på disse elementene endres, eller selve biopsykiske elementer må endres, noe som vil føre til varig psykisk endring.

#### Kan LBTS anvendes på alle følelsesmessige opple- velser?

Ja, LBTS kan anvendes for å endre alle følelser som har en mental forankring, så lenge klienten ønsker endring, er i stand til å utføre de mentale operasjonene terapeuten inviterer til, og har en god relasjon til behandlingen. Begrunnelsen for dette er at alle opplevelser er bygget opp og forårsaket av mentale eller biopsykiske elementer, og at disse elementene må endres for å oppnå psykisk endring (Dammen 2013). I tillegg må man endre de mentale prosessene som utløser og opprettholder schizofreni. En annen begrunnelse er at endringsprosessene som skjer i behandlingen er av samme type som de som fører til psykiske endringer i hverdagslivet. Dette gjør at metodene kan anven- des til å redusere schizofrene symptomer.

Denne situasjonen gjør at klientene raskt blir fortrolige med behandlingen, så fremt den ikke fører til psykisk ubehag, og klientene har overskudd til å gjennomfø- re de mentale operasjonene. Dette garanterer imidlertid ikke at terapeuten vil lykkes med alle klienter. Noen vil oppleve dårlige resultater, mens andre vil oppleve gode. En forutsetning for at LBTS skal fungere, er at schizofrene symptomer er forårsaket av noe mentalt. Det som gjør at LBTS kan anvendes for å behandle alle psykiske plager, inkludert schizofreni, er at de er bygget opp på samme måte, av mentale elementer som rommer følelser. Når disse elementene endres, får klientene tilgang til nye følelser.

#### Er det forskjeller mellom klientenes mentale mønstre og de som skjer gjennom LBT?

Ja, det er klare forskjeller. Mens klientene i dagliglivet ofte skifter mellom psykisk ube- hag og psykisk velvære fra minutt til minutt, time til time eller dag til dag, er målet i LBTS å redusere klientenes kontakt med psykisk ubehag og øke kontakten med psy- kisk materiale som fører til velvære og mestringsevne. I dagliglivet skjer mentale pro- sesser utenfor individets kontroll, mens i LBTS tar man kontroll over disse prosessene for å endre de som fører til ubehagelige emosjonelle reaksjoner.

#### Hvor mange metoder er nødvendige for å behandle schizofreni?

Da schizofreni forårsakes av kontakt med mentale elementer som rommer følelser, vil enhver psykisk endring være et resultat av endringer i denne kontakten. Dette inne-

bærer at én hovedmetode er tilstrekkelig dersom den kan endre de mentale elemente- ne som forårsaker klientens lidelser. Denne metoden kalles koblingsmetoden for psy- kisk endring. Koblingsmetoden innebærer at ethvert terapeutisk utsagn fører til at noe psykisk ubehagelig kobles av, mens noe positivt psykisk materiale kobles på klientens tilstand. Økt velvære og mestringsevne er resultatet. Innenfor denne metoden finnes flere underliggende teknikker.

#### Skjer psykisk endring på samme måte mentalt, uav- hengig av metode?

Ja, enhver psykisk endring er et resultat av de samme mentale prosessene, uavhengig av hvilken metode som benyttes. Dette betyr at psykiske endringer som oppnås gjen- nom tilnærminger som meditasjon, yoga, mindfulness, Tai Chi eller ulike terapeutiske tradisjoner, er en følge av at noe psykisk (biopsykiske elementer) som rommer følelser, blir koblet av eller på i behandlingen.

#### Er resultater fra forskning på hva som virker i be- handling (metaforskning) vitenskapelig holdbare?

Ja og nei. Forskning på hva som virker i behandling har vist at det ofte er fellesfakto- rene, eller ”The Common Factors”, som teller mer for resultatene enn metodene som benyttes. Dette inkluderer for eksempel terapeutens evne til å skape en god relasjon til klienten og fokusere på klientens ressurser (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2009). Likevel må denne konklusjonen nyanseres. Selv om fellesfaktorene er viktige, oppnås enhver psykisk endring gjennom noe terapeuten gjør, altså en metode, selv om terapeuten ikke alltid er klar over hva det er som virker. For eksempel kan utvikling av en god relasjon være en metode i seg selv. Denne innsikten mangler ofte i litteratur om behandlingsforskning, som i Bergin & Garfield (1994), Ulvestad (2007), og Duncan (2009).

#### Vil verbal behandling kunne trumfe medisinsk be- handling?

Symptomer på schizofreni som har mentale årsaker er forankret i, men ikke forårsaket av, et nevrobiologisk og organisk materiale. Det er kjent at enkelte miljøer innen hjer- neforskning mener at schizofreni er forårsaket av nevrobiologiske forhold. Samtidig har omfattende forskning ikke klart å påvise en klar årsakssammenheng. Spørsmålet er derfor hva som forårsaker hva, og hvilken metode som er mest effektiv for å behand- le schizofreni.

Forskere kan ofte ha en følelse av at de er på vei mot å finne de nevrobiologiske årsake-

ne til schizofreni. Dette er naturlig, ettersom enhver opplevelse av schizofreni må være forankret i biologisk, kjemisk, og elektrisk aktivitet i hjernen. Det sentrale spørsmålet er om schizofreni utløses av mentale prosesser eller av genetiske, nevrobiologiske eller organiske forhold.

##### Andre relevante spørsmål inkluderer:

* Hva er den gjensidige forbindelsen mellom nevrobiologiske, organiske og psykiske tilstander?
* Når går schizofreni fra å være forårsaket av mentale forhold til å bli opprett- holdt av nevrobiologiske og organiske prosesser?
* I hvilken grad kan mentale prosesser og verbal terapi overstyre de biologiske og organiske prosessene som ligger til grunn for schizofreni?

Disse spørsmålene blir mindre relevante dersom verbal terapi viser seg å være den mest effektive metoden for å behandle schizofreni. Verbal behandling kan trumfe me- disinsk og biologisk orientert behandling fordi den, gitt visse forsiktighetsregler, ikke har bivirkninger som kan være skadelige mentalt eller organisk. I tillegg kan verbal behandling aktivere klientens positive mentale ressurser og gjøre dem mer motstands- dyktige mot schizofreni enn medisinsk behandling alene. Dette utelukker ikke bruk av medisiner i enkelte tilfeller, for eksempel for å redusere psykotiske reaksjoner, eller bruk av nevrovitenskapelige metoder som TMS, DBS eller farmakogenomikk. LBTS fokuserer imidlertid først og fremst på verbale metoder.

#### Hva er det terapeutiske grunnlaget for LBTS?

Lingvistisk hjerneterapi bygger på erfaringer fra rundt 7000 timer med behandling av omtrent 1000 klienter med et bredt spekter av psykiske plager, som angst, panikkangst, overfølsomhet, posttraumatiske lidelser, tvangstanker, fobier, depresjon, manglende selvtillit, prestasjonsangst, anoreksi, hypokondri, schizofrene symptomer og flere an- dre psykiske tilstander. Klientene representerer et bredt spekter av sosiale bakgrunner og aldre.

Det terapeutiske grunnlaget inkluderer også erfaringer fra klienter som ikke nødven- digvis led av alvorlige psykiske plager, men som ønsket å forbedre seg på spesifikke områder i livet. Alle klientene har blitt behandlet med variasjoner over samme ho- vedmetode, som involverer å koble fra noe ubehagelig psykisk materiale og koble på noe positivt, med mål om å endre den øyeblikkelige psykiske tilstanden. De biopsy- kiske elementene som ligger til grunn for klientens symptomer, er utgangspunktet for behandlingen. Endring av disse elementene fører til redusert psykisk ubehag og økt psykisk mestringsevne.

#### Hva er forskjellene mellom LBTS og andre terapeu- tiske tradisjoner?

En av hovedforskjellene mellom LBTS og andre terapeutiske tradisjoner er at LBTS fokuserer på det psykiske materialet som forårsaker lidelsen, mens flere andre tra- disjoner fokuserer på informasjon om klientens bakgrunn og ytre liv. LBTS arbeider spesifikt med det indre psykiske materialet som er kilden til klientens symptomer.

Flere terapeutiske tradisjoner fokuserer på å samle inn informasjon fra pårørende, helsepersonell, psykologer, leger og psykiatere for å forstå klientens psykiske plager. Forskningen har også ofte fokusert på å kategorisere ulike psykiske lidelser, noe som har resultert i at man opererer med rundt 300–400 psykiske lidelser i ICD-11 og DSM-

5. I motsetning til dette har forskning på LBTS vist at alle mentalt forankrede psykiske plager er bygget opp av det samme psykiske materialet, og derfor kan behandles med de samme metodene. Dette innebærer at det er mer hensiktsmessig å se på psykiske plager som variasjoner over samme psykiske tema, fremfor å skille dem i kategorier. Flere terapeutiske tradisjoner legger også vekt på klientens subjektive opplevelser. LBTS er også fokusert på disse opplevelsene, men det skjer gjennom et presist fokus på det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer. Dette skjer både gjen- nom en fenomenologisk og positivistisk tilnærming: På den ene siden er LBTS sub- jektivt orientert, men på den andre siden blir de subjektive opplevelsene sett på som harde data. Dette fokus på psykisk materiale er fraværende i mange andre terapeutiske tradisjoner.

En annen forskjell er at LBTS legger større vekt på å forstå de mentale årsakene til schizofreni. Mange andre terapeutiske tradisjoner har vanskeligheter med å skille klart mellom mentale og somatiske årsaker til psykiske lidelser. Schizofreni som har en nevrobiologisk forankring, vil i mindre grad kunne behandles gjennom verbal terapi, mens mentalt forankrede symptomer kan behandles effektivt ved å endre det psykiske materialet som ligger til grunn for lidelsen.

#### Likheter og inspirasjon

Det finnes også likheter mellom LBTS og andre terapeutiske tradisjoner. LBTS er for eksempel inspirert av flere korttidsterapeutiske tradisjoner som problemorientert tera- pi, narrativ terapi, løsningsorientert terapi, og gestaltterapi i Fritz Perls’ versjon. LBTS er også inspirert av elementer fra nevrolingvistisk programmering (NLP), kognitiv terapi, psykoanalyse og atferdsterapi. Den deler verdier og vurderinger med flere av disse tradisjonene, men den store forskjellen ligger i fokuset på det psykiske materialet som ligger til grunn for symptomene.

#### Hva er schizofreni og symptomer på schizofreni vur- dert ut fra hjernens psykologi?

Ut fra hjernens psykologi er schizofreni en følge av kontakt med biopsykiske enheter som rommer ubehagelige følelser. Disse biopsykiske enhetene kan dokumenteres og består av fire hovedkomponenter: følelser, sanseelementer, ord og utsagn, og biolo- giske elementer som forankrer de andre. For å oppnå en varig psykisk endring, må klientens fokus på disse elementene endres, eller selve biopsykiske elementer må for- vandles. Denne tilnærmingen danner grunnlaget for LBTS.

#### Oppsummering

Dette kapittelet har gitt en kortfattet innføring i lingvistisk hjerneterapi (LBTS), med fokus på dens innhold, mål, nødvendighet og forskningsmessige bakgrunn. Kapittelet har også belyst forskjellene mellom LBTS og andre tilnærminger til behandling av schizofreni. I tillegg har kapittelet besvart spørsmål som naturlig oppstår i forbindelse med LBTS, ettersom det er en ny tilnærming til behandling av psykiske plager, selv om den er inspirert av andre terapeutiske tradisjoner.

#### Avslutning

Dette kapittelet hvordan Lingvistisk Hjerneterapi bygger bro mellom teorien om hjer- nens psykologi og praktisk behandling. Ved å fokusere på de mentale elementene som utgjør grunnlaget for psykiske plager, gir LBT et nytt perspektiv på hvordan vi kan forstå og behandle lidelser. Denne tilnærmingen representerer en betydelig utvikling innen psykisk helse, der språket blir nøkkelen til å endre og forbedre den psykiske tilstanden gjennom vitenskapelig funderte metoder. Dette kapittelet kan sees som en innledning til neste kapittel som gå mer detaljert opp på hvordan psykiske lidelser, inkludert schizofreni forstås med utgangspunkt i hjernens psykologi,

#### Avslutning

Lingvistisk hjerneterapi er mer enn bare en terapeutisk metode; det er en vitenskape- lig tilnærming som redefinerer hvordan vi forstår og behandler schizofreni. I løpet av dette kapittelet har vi sett hvordan LBTS skiller seg fra andre terapeutiske tradisjoner ved å fokusere på de indre biopsykiske elementene som utgjør det psykiske materialet, og hvordan disse kan endres gjennom målrettet språklig intervensjon.

Denne metoden gir oss en dypere innsikt i hvordan hjernen konstruerer psykiske pla- ger og hvordan disse kan behandles ved å endre de mentale prosessene som opprett- holder dem. LBTS gir både terapeuter og forskere en kraftig metode for å forstå og

behandle psykiske lidelser på en mer målrettet og vitenskapelig måte. Ved å kombinere språket som verktøy og en dyp forståelse av hjernens psykologi, åpner LBTS nye dører for behandling av komplekse psykiske lidelser, og gir pasienter muligheten til å oppnå varig endring og bedring.

### Kapittel 21 Den hjernepsykolo- giske forståelsen for psy- kisk endring

#### Innledning:

Dette kapittelet tar for seg den hjernepsykologiske forståelsen av psykisk endring i behandling av schizofreni, sett gjennom kunnskaper om hjernens psykologi og Ling- vistisk Hjerneterapi (LBT). Hjernens psykologi bygger på den forståelsen at menta- le prosesser og følelser er en følge av kontakt med biopsykiske elementer, og at den psykiske tilstanden kan påvirkes gjennom språklige intervensjoner. I LBT behandles symptomer på schizofreni ved å endre det psykiske materialet som forårsaker ubehag, og ved å erstatte dette materialet med et psykisk materiale som fremmer velvære og mestring. Dette kapittelet utforsker hvordan psykiske endringer skjer i øyeblikket, hva som kreves for å oppnå disse endringene, og hvordan de biopsykiske elementene kan anvendes som ressurser i behandlingen av schizofreni.

I hjernens psykologi forstås schizofreni ikke som en statisk tilstand, men som en dynamisk prosess som kan påvirkes og endres gjennom målrettede intervensjoner. Kapittelet fremhever hvordan klientens kontakt med biopsykiske elementer, som rom- mer følelser, er avgjørende for å oppnå varig psykisk endring. Gjennom LBT er målet å erstatte ubehagelige psykiske tilstander med positive, noe som krever en dyp forståelse av hvordan hjernen skaper og endrer disse tilstandene.

Det er ikke mulig å utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni uten å erkjenne at opplevelsen av schizofreni stadig utvikler og endrer seg fra dag til dag og time til time. Psykisk endring er en grunnleggende egenskap ved mennesket som art. Schizofreni er ikke bare en statisk tilstand, men en aktiv tilstand som hemmer utviklingen av velvære og mestringsevne. Kunnskap om klientens evne til endring og hvordan de endrer seg til det positive eller negative i det daglige, bør være et viktig satsingsområde. Det er et problem at det ikke finnes forskning som presist beskriver hva som kan hindre utvik- lingen av schizofreni, og hva som fremmer klientenes evne til positiv endring gjennom behandling.

Behandling i Lingvistisk hjerneterapi (LBT) innebærer å endre og erstatte det psykiske materialet som utløser schizofrene reaksjoner med et psykisk materiale som fører til økt velvære, adekvate reaksjoner og mestringsevne.

Klientens følelser er et resultat av kontakt med visuelle, auditive og kinestetiske elementer, samt smak, lukt og ord som rommer følelser. Psykisk endring forutsetter

derfor at man reduserer intensiteten i de sanseforestillingene, biopsykiske elementene som klientene har kontakt med og de ord og utsagn som rommer klientenes ubehage- lige følelser og reaksjoner. Siden schizofreni er forbundet med ubehagelige opplevelser fra fortid, nåtid eller forestillinger om fremtid, vil psykisk endring i LBT innebære å erstatte det ubehagelige psykiske materialet med et som rommer positive følelser rela- tert til fortid, nåtid eller fremtid. Selv om schizofreni kan stamme fra fortid, nåtid og fremtid, arbeider man alltid med klientens øyeblikkelige opplevelser og følelser slik de kommer til uttrykk i samtalen mellom behandler og klient.

Psykisk endring innebærer også at man reduserer de egenskapene som fører til schizofreni, og at man øker klientens kontakt med egenskaper som fører til psykisk velvære. Utvikling av schizofreni kan også være et resultat av positive egenskaper an- vendt på en måte som fører til schizofreni. Psykisk endring innebærer derfor at man anvender de samme egenskapene motsatt vei, for å redusere det psykiske ubehaget.

Det må også nevnes at klientene har de mentale ressursene som de trenger for å mestre sitt liv og sin psykiske plage, selv om de ikke har tilgang til disse ressursene når de har symptomer. Som følge av dette vil psykisk endring innebære at man gir klienten kontakt med og forsterker de mentale ressursene som de allerede har og trenger for å leve et godt liv.

#### Forutsetninger for endring

Forskning viser at en forutsetning for at klientene skal oppnå psykiske endringer gjen- nom behandling er at de har en god relasjon til terapeuten og behandlingen (Dun- can, 2009). Psykisk endring hindres ikke av somatiske sykdommer, bivirkninger av medisiner eller et liv som fører til flere belastninger mellom konsultasjonene enn det terapeuten kan kurere i løpet av en konsultasjon En annen forutsetning er at klientene er i stand til å gjennomføre terapeutens intervensjoner, og at de har kontakt med sine mentale ressurser og positive følelser i behandlingsøyeblikket. Betydningen av å ha kontakt med positive følelser er at disse hindrer at klienten drar med seg psykisk ube- hag innover i behandlingen (mer om dette senere). Kontakt med positive følelser gjør det enklere å gjennomføre de mentale operasjonene som er nødvendige for å endre den psykiske plagen.

Med mindre belastede klienter kan man gå direkte på løsningen av problemene uten å gå veien om de tidligere årsakene til problemet. Ved traumatiske opplevelser kan det være nødvendig å sette klienten i en posisjon der han eller hun ser seg selv utenfra i situasjonen. Dette fordi det ofte er lettere å endre det psykiske problemet når klienten ser seg selv og problemet utenfra. Men man må være oppmerksom på om dette kjennes ok ut. Dersom klienten opplever ubehag gjennom denne formen for dissosiering, må man umiddelbart anvende en annen metode for å redusere klientens ubehag.

#### Utredningens nødvendighet

I LBT er det ikke nødvendig med en omfattende utredning før man begynner behand- lingen. Behandlingen kan begynne allerede etter noen minutter i første konsultasjon. Noe utredning kan likevel være ønskelig av og til.

Resultater fra min undersøkelse av fordelingen mellom de ulike typene av utsagn som blir anvendt i behandlingen av schizofreni i LBT (Dammen, 2013), viste at det var rundt 0,4 prosent utsagn fra terapeuten som kartla tidligere hendelser av betydning for de psykiske plagene, nesten ingen utsagn fokuserte på årsakene, og rundt 3 prosent kartla omstendighetene rundt den psykiske plagen. Tilsvarende tall viste at kliente- ne i liten grad formidlet informasjon om omstendighetene rundt utviklingen av den psykiske plagen, og rundt 3 prosent av klientenes utsagn var rettet mot tidligere opp- levelser. Klientene hadde nesten ingen utsagn som beskrev årsakene til den psykiske plagen, mens ca 5 prosent av klientenes utsagn beskrev klientenes situasjon. Rundt 8 prosent av klientenes utsagn fokuserte på omstendighetene rundt sine opplevelser av schizofreni, mens bare rundt 3 prosent av terapeutens utsagn fokuserte på de situasjo- nene som klientene befant seg i.

Den lave andelen av utsagn for å kartlegge klientenes situasjon illustrerer at det kun er nødvendig med en minimal utredning før man kan begynne behandlingen. Forkla- ringen på dette er at klientene vet det som er nødvendig å vite om sin schizofreni for at terapeutene skal kunne endre den. Terapeuten kan derfor begynne behandlingen umiddelbart med utgangspunkt i klientenes ønsker. Enkelte klienter kan likevel ha et behov for å fortelle om sin situasjon og får anledningen til det. Andre ønsker umid- delbart å begynne endringsarbeidet, da de allerede har fortalt om sin situasjon mange ganger.

Resultatene fra min forskning og mine terapeutiske erfaringer viser at det å dvele ved omstendighetene rundt og årsakene til schizofreni kan føre til mer kontakt med psykisk ubehag og til at behandlingen tar lengre tid. Da alle klientene har den samme hjernen, og de psykiske plagene er bygget opp på samme måte mentalt, kan disse erfa- ringene overføres til behandling av tyngre lidelser, så fremt det føles riktig for klienten.

De biopsykiske elementenes egenskaper og betydning for psykisk endring

Man skiller mellom egenskaper av betydning for psykisk endring og for forskning, selv om det ofte er en overlapping her. Forskningsrelaterte egenskaper er av betyd- ning for å forske på schizofreni med utgangspunkt i de biopsykiske elementene. De endringsrelaterte egenskapene er avgjørende for å anvende de biopsykiske elementene som et utgangspunkt for endring.

I det videre bør man være klar over at når jeg beskriver egenskapene til de biopsy- kiske elementene som forårsaker schizofreni, beskriver jeg samtidig hjernens psykiske egenskaper og mentale kapasiteter. Den psykiske hjernen er grunnlaget for de men- tale prosessene som fører til schizofreni eller til endring av disse gjennom behandling (Dammen, 2023a).

De neste avsnittene beskriver egenskaper ved de biopsykiske elementene som gjør at de kan anvendes i behandling:

**Tilgjengelighet:** Med tilgjengelighet menes at de biopsykiske elementene som forankrer opplevelsen av schizofreni, kan observeres av klientene gjennom introspeksjon og deretter bli tilgjengelige for terapeuten gjennom klientens ut- sagn om sine psykiske opplevelser.

**Endringsbarhet:** Endringsbarhet betyr at de biopsykiske elementene, de san- seelementene, ord og utsagn som forårsaker symptomene kan endres gjennom behandling, og at endringene kan føre til en endring i klientens symptomer.

**Gjensidig avhengighet:**Egenskapen gjensidig avhengighet mellom de biopsy- kiske elementene innebærer at en endring i ett av elementene i den biopsykiske enheten som forankrer følelser, vil føre til en endring i de andre elementene i den biopsykiske enheten. Dette betyr for eksempel at endringer i et visuelt element eller et indre bilde, vil føre til en følelsesmessig, verbal og biologisk endring (Dammen, 2024a).

**Koblingsbarhet:** Koblingsbarhet innebærer at de mentale elementene som foran- krer klientens følelser, kan kobles på eller av den psykiske tilstanden gjennom ulike intervensjoner med den følge at det oppstår en følelsesmessig endring.

**Produserbarhet:**Egenskapen produserbarhet innebærer at de biopsykiske elementene (sanseforestillinger, ord og utsagn) som rommer følelser og som forårsaker klientenes symptomer, kan produseres gjennom samtale, tenkning og refleksjon med den følge at det oppstår nye følelsesmessige reaksjoner og handlingsmønstre.

##### Transformerbarhet:

Transformerbarhet innebærer at følelser lagret på en bestemt modalitet (sanseopple- velse) kan transformeres, overføres til en annen modalitet, en annen sanseopplevelse som er lettere å endre, uten at intensiteten i de følelsene som klienten opplever går tapt (se kapittelet om transformasjon)

Dersom man ikke er klar over egenskapene ved de biopsykiske elementene, vil man overse de mulighetene for endring som ligger som potensial i klientenes utsagn. Man vil også overse de mentale ressursene som klientene har anvendt for å utvikle schizo- freni. Som følge av dette vil man ikke kunne utvikle tilstrekkelig innsikt i klientenes endringskapasitet (mer om dette senere).

#### Optimisme

I LBT er man optimistisk når det gjelder hvilke endringer klientene kan oppnå. Op-

timisme er positiv energi. Den rommer en forestilling om at det vil skje noe positivt i fremtiden, og at klienten besitter viktige ressurser som kan anvendes for å få det bedre. Optimisme er forankret i tillit til at klienten har de mentale ressursene han eller hun trenger for å mestre sine symptomer. Den er også forankret i at terapeuten er trygg på at han eller hun har metoder som kan redusere plagen. Optimismen fungerer som en positiv intervensjon. Terapeuten vet at optimisme og tro på at klienten vil kunne leve et liv uten schizofreni, fremmer klientens tilfriskningsevne. Optimisme fungerer som placebo. Det kan gå troll i ord.

Optimismen må være forankret i kunnskap om hva man kan bidra med. Opti- misme uten realisme kan bli som en ballong. Det skal kun et lite stikk til før smellet kommer. Resultatet kan bli en mental nedtur for terapeut og for klient, med redusert tillit til terapeuten som resultat.

Optimisme til tross, man bør unngå klare angivelser for når behandlingen vil være avsluttet, men antyde at endringene kan komme raskt. Samtidig kan man formidle at klientenes reaksjoner er naturlige og perfekte uttrykk for klientens situasjon, uavhen- gig av om klienten kan gjennomføre terapeutens intervensjoner eller ikke.

#### Øyeblikkets betydning for endring

Forståelsen av øyeblikkets betydning for psykisk endring er avgjørende for å forstå hva som skjer når det skjer en psykisk endring i behandlingen av schizofreni. Begrunnel- sen er at enhver psykisk endring skjer i et bestemt øyeblikk. Psykiske endringer som modnes frem over tid, er også en følge av endringer som har oppstått i bestemte øye- blikk i den enkelte konsultasjonen. Dersom det ikke skjer endringer i konsultasjonen, vil det heller ikke inntreffe en psykisk endring senere som er en følge av behandlingen. Selv om man fokuserer både på fortid, nåtid og fremtid for å kartlegge hva som har betydning for opplevelsen av schizofreni, arbeider man alltid med klientens øyeblik- kelige opplevelse av sin situasjon. Det er derfor nødvendig å fokusere på hva som skjer mentalt i bestemte øyeblikk i behandlingen, for å utvikle kunnskap både om klientens situasjon og om de endringene som klientene opplever.

#### Endring gjennom endring i forståelse

Endringer i forståelse fører til følelsesmessige endringer. Men vil endringer i forståelse, for eksempel som følge av redefineringer, alltid være tilstrekkelige for å oppnå psykisk endring? Jeg reiser spørsmålet fordi man anvender redefineringer i kognitiv terapi og i de korttidsterapeutiske og familieterapeutiske tradisjonene, som problemorientert te- rapi (MRI-tradisjonen) og i løsningsorientert og narrativ terapi. En redefinering inne- bærer at man forstår noe på en annen måte enn før, og på en måte som fører til mindre belastende følelser og større mestringsevne enn tidligere.

Dersom den psykiske plagen er preget av intense følelser, vil endringer i forståelse sjelden være tilstrekkelig for å oppnå psykisk endring. Dette gjelder også om klienten

skulle ha fobier og tvangstanker. Klientens forståelse av fobiens manglende realisme og tvangstankenes absurditet er sjelden tilstrekkelig for å oppnå psykisk endring. Man må endre det psykiske materialet som opprettholder de fobiske reaksjonene, tvangsat- ferden og vrangforestillingene. Redefineringer vil likevel, om de blir gjentatt, kunne påvirke opplevelsen av schizofreni selv om de ikke har tilstrekkelig endringseffekt i øyeblikket.

#### Skillet mellom psykiske skift og psykisk endring

I LBT skiller man mellom psykiske skift og psykisk endring. Mens psykiske skift inne- bærer en øyeblikkelig psykisk endring uten at den er varig, innebærer psykisk endring en endring over noen dager, uker eller år. Vi kan undersøke hvorvidt det har skjedd et psykisk skift eller en psykisk endring ved å kartlegge individets kontakt med de menta- le elementene som rommer og utløser klientenes symptomer før og etter en serie med intervensjoner.

Begrunnelsen for å fokusere på psykiske skift er at det er mulig å tro at det har opp- stått en psykisk endring mens det kun har oppstått et psykisk skift. En annen begrun- nelse er at den psykiske smerten kan variere fra minutt til minutt og fra time til time med større eller mindre intensitet uten at disse skiftene er uttrykk for varige endringer. Man bør derfor være oppmerksom på hva som reelt sett har skjedd med klienten gjen- nom behandlingen. Positive psykiske skift innebærer at det psykiske ubehaget, tegne- ne på schizofreni for en stund skyves i bakgrunnen, og at psykisk velvære og evnen til mestring blir forgrunn, for å anvende begreper fra gestaltterapien (Hostrup, 2009). Psykiske skift kan også være en følge av at terapeuten flytter sitt fokus fra noe negativt til noe positivt, og ved at terapeuten gir klienten kontakt med mer positive følelser gjennom sine intervensjoner.

Det tar kun sekunder å oppnå et psykisk skift i behandling. Psykiske endringer kan også skje raskt, men fordrer mer arbeid. Ofte vil det være nødvendig med interven- sjoner som både er rettet mot fortid, nåtid og fremtid for å sikre at de følelsesmessige endringene som oppnås, skal bli varige.

Dersom klienten øker sin oppmerksomhet på positive og mestringsrelaterte opple- velser, vil dette være et uttrykk for at det har oppstått en psykisk endring. Likeledes vil økt varighet av psykiske skifter som følge av behandling, være tegn på at det har skjedd psykiske endringer. Psykiske skift i løpet av behandlingen som viser tegn på mistrivsel og følelse av nederlag forteller at klienten har fått kontakt med psykisk ubehag som følge av samtalen mellom terapeut og klient.

Mens psykiske skift skjer uavlatelig og er en følge av et skifte i fokus, vil vedvarende endringer være uttrykk for vedvarende endringer i fokus som følge av endringer i de språklige og modale elementene som har utløst og opprettholdt symptomene.

##### Eksempler på psykiske skift

En klient endrer sin følelsestilstand til det mer negative som følge av et endret fokus. En annen endrer sin følelsesmessige tilstand til det mer positive i det øyeblikk terapeu- ten forteller at klientens hallusinasjoner er tegn på at han eller hun besitter noen verdi- fulle egenskaper. En tredje får en god følelse når klientens vrangforestillinger beskrives som fornuftige, med utgangspunkt i klientens indre opplevelser. En fjerde opplever et psykisk skifte når terapeuten lytter med empati, interesse og respekt til det klienten forteller. En femte opplever en følelsesmessig lindring som følge av en hyggelig mel- ding fra terapeuten, som klienten tåler, mens en sjette kan oppleve et psykisk skift som følge av informasjon om at apatien er en naturlig følge av klientens situasjon. Apatien vil sannsynligvis avta gjennom behandlingen.

Felles for disse eksemplene er at psykiske skift oppstår som følge av et nytt fokus fremkalt av ytre erfaringer eller indre mentale prosesser. Denne typen psykiske skift er viktige, men de er sjelden tilstrekkelige for at det skal oppstå varige psykiske endringer. De er likevel viktige begynnelser. Den regelen som gjelder her, er at et skifte i mentalt fokus fører til et skifte i den følelsesmessige tilstanden uten at det har skjedd en varig psykisk endring.

#### Grunnstemning og psykiske skift

Individets grunnstemning i form av angst, depresjon eller apati kan hindre at klienten endrer fokus og opplever det psykiske skiftet som terapeuten søker å oppnå for å få et utgangspunkt for behandlingen. En depressiv klient som blir forsøkt ledet mot en hyg- geligere opplevelse, kan fokusere på at den hyggelige opplevelsen er forbi, og derigjen- nom få forsterket sitt tungsinn. En følge av dette er at terapeutens intervensjoner i liten grad påvirker klientens følelsesmessige tilstand. Grunnstemningen og grunnleggende oppfatninger kan blokkere individets evne til å erstatte ett mentalt fokus med et annet som rommer nøytrale eller positive følelser, noe som kan hemme endringsprosessen. Sterkt belastede klienter kan for eksempel si at de forstår hva terapeuten sier, men at det er vanskelig å få kontakt med den følelsen som terapeuten inviterer til kontakt med.

#### Anvendelsen av psykiske skift

I LBT anvendes psykiske skift for å bringe klienten over i et mer positivt psykisk leie før behandlingen begynner eller underveis i konsultasjonen. Hensikten er å forberede psykisk endring ved å gi klienten kontakt med en mental tilstand der psykisk endring er mulig. Dette skjer ved å lede klientens fokus til et tema som gir kontakt med ro, mestring og glede, det vil si med følelser som er hensiktsmessige for den videre be- handlingen.

#### Pseudoendringer

Man kan oppleve pseudoendringer. Dette er endringer som kommer på grunn av at klienten har positive opplevelser på konsultasjonen, men uten at det har skjedd reelle endringer i det psykiske materialet som forankrer den psykiske plagen. De minner om psykiske skift, men har en noe lengre varighet. Ved pseudoendringer vil den psykiske smerten komme tilbake etter at konsultasjonene er over.

#### Endring av egenskaper

Det å ha symptomer, inkludert selvforstyrrelser, er ikke kun forårsaket av kontakt med mentale elementer som forårsaker psykisk smerte. Av og til vil klientens schizofrene symptomer være en følge av vaner, egenskaper og måter å tenke på. Disse vanene kan justeres ved å endre det psykiske materialet som utløser og opprettholder de vanemes- sige reaksjonsmønstrene. Vanemessige symptomer kan således hindre endring selv om man har endret det psykiske materialet, de mentale elementene som opprinnelig førte til symptomene på schizofreni.

Schizofrene symptomer kan også oppstå som følge av at man har lært å reagere med symptomer. Klientene kan faktisk gjennom gjentakelser utvikle dyktighet i å re- agere med bestemte symptomer. Symptomer er derved uttrykk for en art ferdigheter. Dette innebærer at det ikke er tilstrekkelig å endre de mentale elementene som utløser symptomene på schizofreni. Man må av og til også endre klientens vane med å reagere med schizofreni. Tendensen til å reagere med et symptom vil likevel kunne reduseres om man endrer de mentale elementene som tidligere utløste symptomene.

En følge av at enkelte symptomer kan være en følge av vaner, er at vi ikke alltid trenger kunnskap om tidligere livserfaringer og sosiale liv for å redusere klientens symptomer.

#### Forskjeller på endringer i dagliglivet og i behandling

Det er ingen avgjørende forskjeller på de mentale prosessene som fører til psykiske endringer og (prodromale) tegn på schizofreni i det daglige liv, og de endringene som er en følge av behandling, utover at endringene i behandling vil være en følge av bruk av språk, mens psykiske endringer i det daglige liv vil være en følge av mentale proses- ser, også uten at språk er involvert.

Man kan anvende de samme metodene for å kartlegge endringer i klientenes symp- tomer i det daglige liv og i behandling. Alle psykiske endringer i behandling vil være en følge av endringer i individets kontakt med de verbale og modale elementene som utløser symptomene.

Det er likevel forskjeller knyttet til systematikken i de mentale prosessene mellom den alminnelige fungerende og den schizofrene. Psykiske endringer i dagliglivet fore- går uten at individet er bevisst hva som skjer, med den følge at man kan gå ut og inn

av positive eller ubehagelige følelser flere ganger i løpet av noen minutter eller timer. LBT er preget av at man systematisk iverksetter intervensjoner som fører til positive endringer i de mentale elementene som fører til schizofreni.

I tillegg vil terapeuten i LBT ha kunnskap om hvilket psykisk materiale som utlø- ser klientens symptomer, og hva klienten trenger for å få redusert disse symptomene. Mens klientene mangler kunnskap om hvordan de kan kontrollere sine følelser, vil en terapeut i LBT ha kontroll på hva som skjer mentalt med klientene underveis i behandlingen.

#### Informasjonenes reduserte betydning

Terapeutiske erfaringer viser at det er mulig å behandle symptomer uten å vite noe om de omstendighetene som har ført til schizofreni. Grunnen er at klientene kontinuerlig vil ha kontakt med sine opplevelser og har de informasjonene som terapeuten trenger for å behandle symptomene. Man vil derfor kunne behandle klienten uten å vite noe om deres bakgrunn. Klientens ja- eller nei-signaler til terapeutens intervensjoner vil guide terapeuten innover i endringsarbeidet. Forutsetningen er at terapeuten oppret- ter et rapporteringssystem som gjør det mulig for klienten å svare et nei eller ja.

Psykiske endringer som er en følge av behandling, vil være varige dersom man har endret eller erstattet de mentale elementene som utløser symptomene med mentale elementer som utløser psykisk velvære og mestringsevne. Forutsetningen for dette er at det ikke oppstår nye belastninger som fører til flere symptomer mellom konsulta- sjonene.

Schizofreni er ofte en kronisk lidelse. Den er ofte stabil på samme måte som egenska- per. Psykens evne til stabilitet vil også gjelde de endringene man oppnår gjennom be- handling. Disse vil kunne være like stabile som den tidligere psykiske plagen, så fremt individet ikke har opplevelser som fører til nye symptomer.

#### Fortolkningenes begrensede betydning i behandling

Behandlingen er i de fleste terapeutiske tradisjoner basert på fortolkninger av klien- tens psykiske plage. Fortolkninger kan være feilaktige. Begrunnelsen for dette er at terapeutens fortolkninger av klientenes symptomer er basert på en kombinasjon av observasjoner av klienten, terapeutens førforståelse av schizofreni, klientens informa- sjoner om og fortolkninger av sin egen situasjon, og av informasjoner om klienten fra pårørende og helsepersonell. I denne situasjonen vil terapeutens førforståelse ofte ha forrang fremfor klientens oppfatninger om sine egne opplevelser. En følge av dette er at terapeuten kan miste kontakt med det psykiske materialet som utløser schizofrene reaksjoner.

Terapeutens bevissthet om sin egen førforståelse fører ikke til at hans eller hennes fortolkninger blir mer objektive. Ingen fortolkninger er et direkte uttrykk for schizo- freni slik de oppleves av den schizofrene. Ingen behandling vil derfor være tilstrekkelig

vitenskapelig holdbar om den baserer seg på fortolkninger av klientenes atferd, reak- sjoner og tanker. Dette fordi ytre observasjoner ikke tilfredsstiller de kravene som må stilles til et forskningsobjekt dersom målet er å undersøke og beskrive schizofreni slik den oppleves innenfra, og om man ønsker å utvikle vitenskapelig holdbar kunnskap om schizofreni (Teorien om den indre og ytre empiri, Dammen).

Terapeuten må derfor redusere sitt fokus på fortolkninger og i stedet ta utgangspunkt i de ordene som klienten bruker for å beskrive hvordan han eller hun opplever sine plager uten å fortolke disse – for å behandle klienten.

Vurderingene av terapeutens fortolkninger, som er formidlet i det foregående, vil også gjelde klientens fortolkninger. Heller ikke klientens fortolkninger vil være et presist uttrykk for det psykiske materialet som forankrer og utløser klientens symptomer. Klientens fortolkninger kan likevel fungere som et utgangspunkt for terapeutens in- tervensjoner og for nye spørsmål som kan rettes mot de biopsykiske elementene som forårsaker symptomene, på grunn av nærheten mellom klientens utsagn og det psykis- ke materialet som opprettholder disse symptomene.

Fortolkning som metode for å utvikle vitenskapelig kunnskap om det psykiske mate- rialet som forankrer de schizofrene symptomene, kan føre til utvikling av falsk kunn- skap. Fortolkninger er likevel viktige i forbindelse med psykisk endring da fortolk- ninger av hvor klienten befinner seg følelsesmessig, er viktige for å vite om man kan iverksette en intervensjon og hvilken informasjon som kan iverksettes.

Alle fortolker sitt liv og sine erfaringer. Mens negative fortolkninger kan forsterke symptomene, vil positive fortolkninger føre til reduksjon av symptomene. Etablering av evnen til å fortolke sine erfaringer positivt er derfor et mål i LBT og i samsvar med holdninger i positiv psykologi (Seligman, 2006) og i kognitiv terapi (Berge & Repål, 2008 & 2010).

#### Følelsenes tilgjengelighet og psykisk endring

Det er avgjørende at man har kontakt med det psykiske materialet som utløser klien- tens symptomer. Før behandlingen begynner, må man derfor registrere de ordene og utsagnene som klienten anvender for å beskrive sin situasjon og sine symptomer. Mens noen ord og utsagn kun informerer om klientens situasjon, vil utsagn som beskriver hvordan klienten opplever sin situasjon modalt ofte være et direkte uttrykk for det psykiske materialet som utløser symptomene og derfor kunne danne grunnlag for en intervensjon.

#### Følelsenes intensitet og psykisk endring

Forutsetningen for å kartlegge intensiteten i klientens opplevelser er at man har en forståelse av de biopsykiske elementenes betydning for den psykiske smerten. Psyko- logien mangler denne forståelsen, med det resultatet at man også mangler et redskap for å kartlegge intensiteten i klientens følelser.

Den psykiske plagens intensitet er ofte proporsjonal med intensiteten i de modale og språklige elementene som individet har kontakt med. Intensiteten i visuelle elemen- ter kan beskrives gjennom ord som sterkt vs. svakt, lyst vs. mørkt, stort vs. lite, klart vs. uklart, fargerikt vs. fargeløst, detaljrikt vs. få detaljer, tydelig vs. utydelig, nært vs. langt unna, bevegelse vs. stillhet, hurtig vs. langsomt og høyt vs. lavt. Lav intensitet i de biopsykiske elementene fører oftest til følelser med lav intensitet, men visuelle opplevelser som ”lite, uklart, fargeløst og langt unna” kan likevel bli opplevd som mer intense enn kvaliteter som vanligvis beskrives som intense når utsagnene er knyttet til positive opplevelser.

Intensiteten i de biopsykiske elementene er et subjektivt fenomen i den forstand at en intens modal opplevelse for en klient kan oppfattes som mindre intens av en annen klient.

En følge av forbindelsen mellom høy intensitet i de mentale elementene og høy fø- lelsesmessig intensitet er at man kan redusere klientens psykiske smerte ved å redusere intensiteten i de biopsykiske elementene som utløser den psykiske smerten. Man kan også øke klientens kontakt med positive opplevelser ved å øke intensiteten i de språk- lige og modale elementene som rommer positive følelser.

#### Man kan undersøke psykiske endringer

Man kan undersøke om klientene har opplevd en psykisk endring etter en eller flere intervensjoner. Dette henger sammen med at det skjer rundt 60–90 små endringer i lø- pet av en periode på 60–90 minutter (Dammen, 2013). Man kan også undersøke hvilke endringer som har skjedd med det psykiske materialet man har arbeidet med, og man kan undersøke hva som skjer mentalt når klientene ikke oppnår psykiske endringer. Denne situasjonen gjør at man kan endre behandlingen om noe ikke skulle fungere. De psykiske endringene som oppstår gjennom LBT, er en følge av endringer i de men- tale elementene som utløser tegnene på schizofreni (Dammen, 2013). De psykiske endringene skjer i bestemte øyeblikk som følge av endringsiverksettende utsagn fra terapeut. Manglende endring er en følge av at det ikke oppstår endringer i de men- tale elementene som utløser klientens symptomer. Ved manglende endring kan man restarte endringsprosessen og velge en ny innfallsvinkel.

#### Forskning på hva som virker i behandling

Forskning på hva som virker i behandling, viser at man kan få resultater selv om be- handlingen ikke er tilstrekkelig vitenskapelig forankret (Duncan, 2009). Vitenskapelig kunnskap om symptomer på schizofreni og psykisk endring er likevel nødvendig for å utvikle en forutsigbar og kontrollerbar behandling som med større sikkerhet fører til at klientene blir bedre.

#### Avslutning

Kapittelet beskriver hvordan man forstår psykisk endring i lingvistisk hjerneterapi, forutsetningene for at det skal oppstå psykiske endringer i behandling, og i hvilken grad det er nødvendig å utrede den psykiske plagen for å behandle.

Kapittelet hevder at den beste måten å kartlegge schizofreni på er å ta utgangspunkt i det som skjer mentalt med klientene på konsultasjonen. Kapittelet fokuserer også på egenskapene til de mentale elementene som forankrer og utløser symptomer på schizofreni, og som er avgjørende i behandling. Her beskrives også optimismens og øyeblikkets betydning for å oppnå psykiske endringer. I tillegg problematiseres den oppfatningen at endringer i forståelse med nødvendighet vil føre til psykisk endring. Andre faktorer som berøres, er forskjellen på psykiske skift og psykisk endring, pseu- doendringer og forbindelsen mellom utvikling av symptomer på schizofreni og klien- tenes mentale vaner og livsmessige strategier. Andre avsnitt fokuserer på mulighetene for å endre egenskaper som er av betydning for den psykiske plagen. Kapittelet beskri- ver også forskjeller og likheter mellom de endringene som skjer i det daglige liv og gjennom behandling, varigheten av de psykiske endringene som kan oppnås i LBT og fortolkningenes begrensede betydning for de resultatene man kan oppnå.

Hensikten med kapittelet har vært å gi et grunnlag for å forstå LBT slik den praktise- res, noe som blir konkretisert i neste kapittel.

Kapittel 22 Trekk ved lingvistisk hjerneterapi

#### Innledning

Lingvistisk hjerneterapi bygger på prinsippene fra hjernepsykologien. I Lingvistisk Hjerneterapi søker man å endre de biopsykiske elementene, som forankrer den psy- kiske plagen. Dette skjer ved å koble av bio-psykiske elementer som rommer psykisk smerte og på bio-psykiske elementer som rommer psykisk velvære og mestringsevne. Språkets betydning for disse prosessene er sentral, ettersom det er de ordene som ut- veksles mellom terapeut og klient som avgjør om man får resultater eller ikke. Dette kapittelet beskriver hvordan LBT fungerer i praksis.

Behandlingen følger et mønster, selv om enkelte faser kan hoppes over, andre må utvides, rekkefølgen kan variere og samme fase kan bli gjentatt flere ganger. Dette mønsteret gjør det mulig å forutsi behandlingsforløpet i detalj etter en begrenset kart- legging. LBTS er preget av improvisasjon, spontanitet og ofte humoristiske innfallsvin- kler. Det er ingen motsetning mellom forutsigbarhet, humor og kreative innfall. Hvis den psykiske plagen oppleves som ubehagelig etter at den første endringsprosessen er avsluttet, gjennomføres omtrent samme prosess på nytt via andre innfallsvinkler og metoder. Når ett problemkompleks er løst, tar man fatt på det neste. Hver konsultasjon begynner på nytt, med det som klienten ønsker å jobbe med.

#### Kartleggingen av klientens problemer

Klientens problemer undersøkes med sikte på å avdekke når de fremtrer, hva de inne- bærer og hva de fører til. Man fokuserer på det klienten ønsker å få det bedre med og det som volder psykisk smerte. Terapeuten vurdere om klientens utsagn er tegn på hva klienten ønsker, om han eller hun er mottakelig for endring eller tegn på at det har skjedd psykiske endringer. Man registrerer de sanseforestillingene og utsagn som utløser, opprettholder og reduserer det psykiske ubehaget, da disse er utgangspunkt for terapeutens intervensjoner. Terapeuten legger ikke noe til eller trekker noe fra kli- entens utsagn om sin situasjon. Det er hvordan klienten formidler sine følelser som er viktig for terapeuten. Slik beholder klienten eiendomsretten over sin forståelse, sine eventuelle selvforstyrrelser og sine følelser, mens terapeuten sitter igjen med informa- sjoner som kan gi grunnlag for behandlingen.

#### To eksperter og to amatører

I LBTS er det to personer og fire roller. Vi har to eksperter og to amatører. Terapeu- ten betraktes som ekspert på psykisk endring, men som amatør på hvordan klienten opplever sin psykiske plage. Klienten blir betraktet som amatør på psykisk endring, men som ekspert på hvordan han/hun opplever sin psykiske plage, og på hva han/ hun trenger for å få det bedre. Klienten leverer de premissene som terapeuten arbeider ut fra. Dette innebærer at man bekrefter klientens uttalelser og innsikt. Han/hun blir betraktet som fornuftig, innsiktsfull og kompetent selv om han/hun måtte ha alvorli- ge psykiske problemer som vrangforestillinger, hørselshallusinasjoner og apati. Disse holdningene er også inspirert av nevrolingvistisk programmering (NLP Bandler og Grinder) og strategisk terapi (MRI-tradisjonen, Watzlawick). Dette formidler at be- handling forutsetter et håndverk, og at terapeuten må kunne dette håndverket. Dis- se holdningene er også inspirert av uenigheter mellom løsningsorientert terapi, som hevder at terapeuten må være en ekspert på psykiske plager og på behandling (Steve deShazer 1985, 1988, 1994), og postmoderne terapi, som hevder at man må innta en ikke-vitende og først og fremst lyttende og dialogrettet posisjon (Goolishian & Ander- son 1999). I LBTS forener man disse to holdningene. På den ene siden må terapeuten kunne sitt håndverk og sitt fag. På den andre må man beholde den dype respekten for og lyttende holdning til klientene, som preger postmoderne terapi.

Dette innebærer to former for tillit. Terapeuten må stole på at klientene vet hvor skoen trykker, hva de trenger, og at de er villige til å samarbeide med terapeuten. Mens klientene må tørre å stole på at terapeuten vet hva som må gjøres for å redusere den psykiske plagen, og kommer til å behandle dem med respekt. Denne formen for tillit kan være vanskelig å realisere fullt ut. Som terapeut fremstår man i klientenes øyne som ekspert og som en som kan noe om deres indre mentale prosesser, selv om dette ikke er tilfelle, eventuelt, som en man er i konflikt med eller ikke stoler på. Det skal lite til før man vipper en klient ut av sin forståelse og over på terapeutens. Dette forutsetter tilbakeholdenhet fra terapeut.

#### Klientens roller i behandlingen

Klientens rolle i LBTS er en følge av teori og kunnskap om hva som gjør det lettere for klienten å gjennomføre de mentale prosessene som kan føre til endring. I LBTS har klienten definisjonsmakten over sin psykiske plage. Klienten setter målene for be- handlingen, er den som bestiller endringene, og den som kontrollerer om endringene er i tråd med egne ønsker. Dersom terapeuten setter målene, kan man overkjøre klien- ten. Resultatet er følelsesmessig ubehag. Terapeuten spør derfor: Hva er din viktigste utfordring akkurat nå? Hva ønsker du å oppnå på lengre sikt? Man starter med det som klienten ønsker å begynne med, og har klientens mål som utgangspunkt for arbeidet. Ved neste konsultasjon gjentas prosessen. Klienten blir igjen bedt om å formidle hva han/hun ønsker. Man fortsetter ikke der man slapp på forrige konsultasjon, om ikke

klienten foreslår dette selv. Begrunnelsen for dette er at de endringsprosessene som ble gjennomført på forrige konsultasjon, ofte fører til en så markant bedring at det man jobbet med forrige gang ikke lenger er relevant. I stedet dukker det opp nye behov og nye mål.

Å oppleve seg som likeverdig, bli lyttet til og ha kontroll over egen behandlingspro- sess gjør det lettere for klienten å bli trygg i behandlingssituasjonen, noe som raskere fører til positive resultater. Klientens rolle og posisjon har en klar endringseffekt ved at den hele tiden bekrefter klienten som et kompetent, klokt og ressurssterkt menneske som skal behandles med respekt og verdighet. Den motsatte klientrollen kan føre til økt psykisk ubehag og et dårligere resultat.

Det foregående er også begrunnet i at det kun er klienten som vet hva han/hun trenger, og i at klienten skal kunne påvirke og kontrollere det som skjer i behandlin- gen. Hvis ikke klienten blir hørt og ikke har mulighet til å sette grenser for terapeuten, kan dette forsterke klientens symptomer.

#### Klientens bestillinger

Klientenes bestillinger vil ofte være følgende når de kommer til samtale: De ønsker å få det bedre i en situasjon eller med noe som oppleves som ubehagelig. Jeg har kun hatt tre klienter i løpet av en trettiårsperiode som i tillegg til at de ba om hjelp til å redusere den psykiske plagen, uttrykte et behov for forståelse av de dypereliggende årsakene til sin psykiske plage. To av disse var kjent med den psykodynamiske tradisjonen og var høyt utdannet. Den tredje hadde hatt lengre og jevnlige perioder med psykoterapi fra hun var fire år. En meget ressurssterk klient sluttet imidlertid etter at jeg hadde fortalt at han ikke trengte to år med behandling, som han hadde forventet, men kun en kort periode. Kameraten hans var psykodynamiker, og han fulgte trolig rådene fra sin venn. Han fikk likevel løst de prestasjonsrelaterte problemene som han tok opp på første og eneste konsultasjon.

#### Når terapeutens kunnskap og selvforståelse blir et hinder

Terapeutens opplevelse av at han eller hun er den som kan noe om symptomer på schi- zofreni kombinert med manglende evne til å ta klientens utsagn om sine symptomer på schizofreni på alvor, fører til dårlige resultater. Jo mer kunnskap man har som tera- peut, desto vanskeligere kan det være å la den ligge i bero så lenge som det er nødven- dig. Klienten må tilkjennes innsikt i sin egen situasjon, en innsikt terapeuten aldri vil kunne få uten gjennom klientens utsagn. Klienten trenger terapeuten, men terapeuten trenger også klienten. De er likeverdige partnere i et gjensidig samarbeidsforhold.

#### Terapeutens og klientens oppgaver

Som en følge av at terapeuten er amatør på klientens opplevelse av sin situasjon, blir oppgaven å bekrefte klientens utsagn og å opprette den tilliten som er nødvendig for at klienten skal være villig til å fortelle ærlig om sin situasjon. Dernest må terapeuten være vennlig, og lytte uten å legge noe til eller trekke noe fra det klienten forteller. Te- rapeuten må gjerne stille spørsmål. Samtidig må han eller hun lytte etter utsagn som informerer om de sanseforestillingene og de mentale elementene som utløser klien- tens symptomer.

Terapeuten er avventende og likevel på jakt etter en innfallsvinkel til å endre det psykiske materialet som utløser klientens symptomer. I tillegg kan terapeuten gi klien- ten kontakt med det psykiske materialet som utløser symptomene for å få et utgangs- punkt for behandlingen. Klientens oppgave er også å beskrive hvordan han eller hun opplever sin psykiske plage. Vi har et unntak fra denne form for kartlegging når kli- enten har så mye angst at man umiddelbart bør redusere denne, uten en forutgående kartlegging (se metoden Behandling uten informasjon). Gjennom dette styrer klienten hva behandlingen skal fokusere på, mens terapeuten registrerer de ord og utsagn som har betydning for å få innsikt i klientens psykiske smerte og et utgangspunkt for te- rapeutens intervensjoner. Resultatet er at klienten får en følelse av at det er hans eller hennes virkelighet som blir synliggjort, tatt på alvor og vektlagt, og ikke terapeutens antagelser og teorier om denne. Slik får klienten en følelse av at hans eller hennes for- ståelse er samtalens sentrum.

#### Forholdet til klientens følelser

Klienter får av og til høre at de ikke trenger å reagere så sterkt, og at de er overfølsom- me eller hypersensitive. Resultatet er at de kan få en følelse av at de reagerer feil eller unødvendig. Da kan de få et nytt problem. Følelsesmessige reaksjoner er aldri feil. De er uttrykk for det som skjer mentalt i et bestemt øyeblikk. De er en følge av kontakt med et psykisk materiale som utløser klientens følelsesmessige reaksjoner.

Dette betyr ikke at alle følelsesmessige reaksjoner er hensiktsmessige, en korrekt oppfatning av virkeligheten, rettferdige overfor andre mennesker, eller at ens reaksjo- ner ikke kan plage andre. Det betyr heller ikke at følelsesmessige reaksjoner ikke kan eller bør endres. Men det betyr at klientens følelsesmessige opplevelser må aksepteres, tas på alvor, respekteres og deretter undersøkes med hensyn på hvilket psykisk materi- ale som forankrer og utløser dem. Deretter kan man undersøke om klienten ønsker å reagere på andre måter. Hvis dette er tilfelle, reduserer man kontakt med det psykiske materialet som forårsaker klientens følelser, og øker klientens kontakt med et psykisk materiale som utløser de følelsene og reaksjonene som klienten ønsker å reagere med.

#### Relasjonens betydning

I de senere år har psykologien blitt mer opptatt av den gode relasjonens betydning for de resultatene man kan oppnå i behandling (Duncan 2009). Metaforskning, forskning på forskning på hva som virker i behandling, som også er relevant for arbeidet med klienter med schizofreni, understreker også den gode relasjonens betydning for de resultatene som kan oppnås i behandling (Ulvestad 2007). I LBTS er man opptatt av å skape en god relasjon mellom terapeut og klient. Terapeutens evne til å leve seg inn i og forstå klientens situasjon, og terapeutens opplevelse av at det er en god relasjon mellom seg og klienten, har betydning for de resultatene man kan oppnå i behandling. Men det må tilføyes at det ikke alltid er et samsvar mellom terapeutens opplevelse av sin relasjon til klienten og klientens opplevelse av sin relasjon til terapeut, og at terapeutens relasjon til klienten har mindre betydning for behandlingens resultat enn klientens opplevelse av sin relasjon til terapeuten. Terapeuten bør derfor være opp- merksom på om klienten føler seg forstått og føler seg vel, da dette er avgjørende for at klienten skal oppnå psykisk endring. Utvikling av en god relasjon mellom terapeut og klient er ikke først og fremst en følge av terapeutens sympati og vennlighet, men av at klienten opplever terapeuten som vennlig og empatisk. Det er ikke alltid et samsvar mellom terapeutens og klientens forståelse av den relasjonen som de har seg imellom. Det å skape en god relasjon mellom terapeut og klient er en følge av det terapeuten gjør, og av hvordan han/hun forholder seg til den schizofrene. I denne situasjonen er det viktig å forstå at det er umulig å forstå en klient fullt ut, men dette er heller ikke nødvendig for å skape en god relasjon. Det viktigste er at klienten føler seg forstått, uavhengig av hva terapeuten faktisk har forstått. Jo mindre hjelp klienten får, desto viktigere blir relasjonen mellom klienten og terapeuten for at behandlingen skal ved- vare. Her ligger det en fare for at den gode relasjonen blir forvekslet med kvalitet, og at behandlingen varer ved over tid fordi samtaletimene er et hyggelig sted å være og terapeuten et hyggelig selskap, selv om klienten ikke blir bedre. Jeg har fått klienter som har gått til en terapeut i flere måneder uten at de er blitt bedre, og som ble markert dårligere når terapeuten tok ferie, ble syk eller pensjonerte seg. Et spørsmål er derfor:

Hva skjer i situasjoner der klienten opplever at terapeuten er flink, selv om klienten ikke blir bedre?

Jo større psykiske endringer klienten oppnår som følge av behandlingen, desto mer underordnet blir betydningen av relasjonen, selv om den blir enda bedre. Det nøk- terne, vennlige, respektfulle og engasjerte, men likevel forretningsmessige forhold er å foretrekke for enkelte klienter. De har dekket sine sosiale behov og har tilstrekkelig bekreftelse fra andre steder. Hos terapeuten trenger de ikke først og fremst medfølelse og forståelse, men hjelp til å få det bedre psykisk.

#### Empati

Empati innebærer evne til å leve seg inn i, prøve å forstå og å bekrefte den schizofrene.

Men den empatiske og innlevende holdningen som er en verdi i psykologien, kan være uheldig om terapeuten overtar eller ”blir” klientens følelser, med den følge at terapeu- ten selv opplever psykisk ubehag eller blir sliten. Denne formen for empati er uheldig om man ikke vet hva man skal gjøre med utgangspunkt i det klienten forteller, og om man opprettholder et empatisk fokus på klientens følelser etter at man har fått nok informasjon til å iverksette en intervensjon. Terapeuten må derfor vurdere om han eller hun ved å dvele ved klientens psykiske smerte opprettholder den psykiske plagen. Empati og en vedvarende samtale med utgangspunkt i problemet, er ingen garanti for psykisk endring. Terapeuten må derfor sortere mellom samtaler som kun fører til kunnskap om og til kontakt med psykisk ubehag, samtaler som fører til innsikt og en god følelse på konsultasjonen uten at klienten blir bedre, og samtaler som fører til psy- kisk endring. I LBTS fokuserer man først og fremst på samtaler som fører til endring.

#### Fra et fokus på relasjonen til et fokus på klientens utsagn

Opptattheten i LBTS av å utvikle en god relasjon mellom terapeut og klient er huma- nistisk og faglig begrunnet. Den humanistiske begrunnelsen er at klienten skal ha det godt og bli ivaretatt. Den faglige begrunnelsen er at en god relasjon fører til at klienten i større grad blir i stand til å gjennomføre de mentale prosessene som er nødvendige for at det skal oppstå psykiske endringer.

I LBTS er man mer opptatt av terapeutens relasjon til klientens utsagn enn av rela- sjonen mellom klient og terapeut. Begrunnelsen er at terapeutens bekreftelse av klien- tens utsagn vil påvirke klientens relasjon til terapeuten. Bekreftelse av klientens utsagn er avgjørende for at klienten skal oppleve at han/hun har en god relasjon til terapeuten og til behandlingen. Den viktigste forutsetningen for at klienten skal få en god relasjon til terapeuten er at det skjer en psykisk endring.

#### Relasjon og metode

Det har tidligere vært en tendens til å betrakte evne til å skape en god relasjon som et talent og en egenskap som noen terapeuter har mye og andre mindre av. LBTS hevder at utviklingen av en god relasjon er en følge av metode, det vil si av hva terapeuten gjør og sier i behandlingssituasjonen. Det å skape en god relasjon er således ikke et resultat av en udefinerbar kjemi. Man kan ha den situasjonen at terapeuter som lykkes, har en felles metodisk tilnærming som ikke er beskrevet som metode i psykologisk litteratur. Det er riktig at en god relasjon har betydning for behandlingens resultat, men evnen til å skape en god relasjon til klienten uten at man vet hva man gjør, er ikke alle terapeuter forunt, selv om denne evnen kan utvikles.

#### Relasjon, tillit og utsagn

Terapeuten får den tilliten han eller hun fortjener. Hvis terapeuten ikke får den nød- vendige tilliten, må han eller hun endre sin arbeidsmåte. Klientens villighet til å vise terapeuten tillit forutsetter at klienten blir ivaretatt og møtt med respekt. Man får ikke kontakt med det psykiske materialet som forårsaker klientens følelsesmessige reaksjo- ner – og derfor heller ikke resultater – uten at terapeuten anerkjenner klientens måte å oppleve sin virkelighet på, uansett hvordan klienten formidler den.

#### Ingen intervensjon uten et ja-signal

Ingen behandling eller endringssekvens begynner i LBTS før klienten formidler eller gir signaler på at han/hun er klar for behandlingen. Dersom terapeuten prøver å endre klientens situasjon før klienten har gitt et ja-signal til behandlingen, vil klienten kunne oppleve at han/hun ikke blir tatt hensyn til. En følge av dette er at klienten gir mindre presis informasjon om sin situasjon og sine ønsker, og om sine reaksjoner på terapeu- tens intervensjoner. Iverksetting av en intervensjon uten at klienten har gitt tegn på at han/hun er mottakelig for endring, innebærer et lite overgrep. En klient med langvari- ge psykiske problemer fortalte, ikke uten en viss stolthet, at hun hadde klart å lure sin terapeut. Det var en overraskende uttalelse. Hvorfor måtte hun lure terapeuten? Og hvordan kunne terapeuten bli lurt uten å oppdage det?

Enkelte intervensjoner kan oppleves som provoserende. Dersom dette skjer, under- søker terapeuten hva klienten ønsker. Klienten avviser aldri en intervensjon når han/ hun har formidlet at han/hun er klar for terapeutens intervensjoner, men angst kan redusere klientens evne til å gjennomføre den. Da anvender man en ny intervensjon som i mindre grad provoserer klientens angst (kapittel 5 om behandlingsprosessen).

#### Behandlingens enkelhet og endringstempo

Psykiske endringer gjennom behandling kan av og til skje like raskt som psykiske endringer i det daglige liv. Og ulike symptomer på schizofreni kan behandles på sam- me måte, selv om omfanget av arbeidet vil være forskjellig. Det vil oftest være enkelt å oppnå små, men betydningsfulle psykiske endringer, selv om behandlingen kan være kompleks og ta tid. Behandlingens enkelhet er en følge av at det er mulig å kartlegge og deretter endre det psykiske materialet, de mentale elementene som forårsaker det øyeblikkelige psykiske ubehaget. Behandlingens enkelhet er også en følge av at man kan anvende de samme metodene for å endre alvorlige og lettere symptomer.

Det er viktig å understreke at enkelhet i behandlingen forutsetter at man vet hvor- dan symptomene er bygget opp mentalt, og hva man skal gjøre for å få resultater. En- kelhet betyr ikke at behandlingen vil være en quick fix, selv om man i arbeidet med enkelte klienter vil kunne oppnå gode resultater raskt.

Man kan støte på hindringer mot endring. Hindringer betyr ikke at det er vanskelig

å endre klientens symptomer, men at det er mer å gjøre og at behandlingen vil ta lengre tid. Bivirkninger av medisiner og rusmidler kan redusere klientens kognitive kapasitet, gjøre det vanskelig for klienten å gjennomføre de mentale prosessene som er nødven- dige for å oppnå psykisk endring og øke behandlingstiden. Bivirkninger av medisiner kan også føre til ubehagelige kroppslige reaksjoner som kan være vanskelig å behandle verbalt, noe som kan oppstå ved forsøk på nedtrapping. Medisiner kan lindre den psy- kiske smerten, men de kan også hindre endring.

#### Må man snakke om det?

Psykologien er preget av den holdningen at klientene må snakke om sin situasjon og sine psykiske opplevelser. Man er opptatt av The talking cure. Det er et godt råd for de som trenger det. Men man må skille mellom samtaler som fører til mer psykisk ubehag, samtaler som lindrer den psykiske smerten uten at det fører til endring og samtaler som fører til endring. Terapeuten bør begrense samtaler som fører til ubehag og samtaler som ikke fører til endring.

Målet med behandlingen i LBTS er ikke å utvikle innsikt, men å bedre den psykiske plagen. Behandlingen vil likevel føre til ny innsikt. Klientenes nye innsikt vil være en følge av at de ikke lenger opplever psykisk smerte. Klientenes innsikt er også en følge av at det som hindret dem i å fungere, ikke lenger vil hindre dem i samme grad.

Terapeuten bør være oppmerksom på om enkelte familiemedlemmer ønsker å være en person som klienten kan betro seg til. Resultatet av slike samtaler kan være lindrende, men denne typen samtaler kan også føre til et økt fokus på klientens ubeha- gelige opplevelser uten at de fører til endring, med den følge at symptomene fortsetter. I LBTS skiller man derfor mellom samtalepartnere som bygger en opp, som klienten bør oppsøke, og samtalepartnere man bør begrense kontakt med fordi samtalene fører til mer kontakt med psykisk ubehag uten at de fører til endringer. Man må også vur- dere hvilke informasjoner om schizofreni som vil gjøre familien i stand til å støtte og hjelpe den schizofrene, og hvilke informasjonstyper og kommunikasjonsformer som, om de ikke fører til økte symptomer, tidsmessig fører til flere timer med psykisk smer- te. I tillegg til den informasjonen som ofte gis familier om schizofreni av psykoeduka- tiv karakter, kan familien trenge skolering i kommunikasjonsformer som kan påvirke klientens tilstand positivt. Når dette er sagt, for mange går med sine symptomer alene uten at de snakker om dem, noe som kan forsterke problemene.

#### Enkelte er lei av å snakke

Enkelte klienter kan oppleve at de er ”lei av å snakke om det” fordi det å snakke fører til og opprettholder kontakt med psykisk smerte. Relativt mange som har gått i be- handling, formidler at det å møte en lyttende og vennlig, men passiv terapeut hadde betydning i behandlingens begynnelse, men ikke senere. Terapeuten bør være opp- merksom på om og når dette er i ferd med å bli klientens situasjon. Det må også til-

føyes at behandling og samtaler som er lite endringsfokusert, likevel har betydning for mange klienter.

#### Noen bør ikke snakke om det

*Schizofrene er en uensartet gruppe*

Schizofrene varierer sterkt, fra varig innlagte til relativt godt fungerende personer, ofte med tilleggsproblemer. Disse klientene blir ofte oppfordret til å snakke om sin situ- asjon, et mantra som er blitt nærmest offisielt. Mange har gått i behandling i flere år hos flere psykologer, og har gjentatte ganger fortalt sin historie til en lyttende terapeut uten å bli bedre. I stedet for å bli kvitt sin psykiske smerte, kan de alt om sin smerte, mens deres liv domineres av symptomer, terapeuter og medisiner. Resultatet for noen er at øyeblikk med overskudd, mestring, varme og nærhet fra andre blir skjøvet i bak- grunnen, mens fokuset på schizofreni dominerer. De har utviklet en ny identitet, som klient. I LBTS mener man at noen klienter ikke bør snakke mer om sin smerte, men heller fokusere på noe mer meningsfylt.

#### Det handler om hvordan man snakker

Enkelte klienter kommer med en forventning om at de skal snakke om sin psykiske plage. De bør absolutt snakke om problemene sine med noen, enten det er foreldre, venner eller terapeut. Men det å snakke hjelper ikke alle. Det å snakke om det hand- ler derfor ikke bare om å snakke, men om hvordan man snakker, hvorfor man snak- ker, hvor ofte man snakker, og hvor lenge man snakker. Mens noen klienter tenker og snakker seg ut av sine problemer, snakker og tenker andre seg inn i dem. De får aktu- alisert sine problemer, og problemene varer lengre som følge av måten de snakker og tenker på. Dette gjelder særlig ikke-innlagte klienter som har gått til flere psykologer og terapeuter over flere år. De kan faktisk opprettholde sine symptomer som følge av å stadig repetere og befeste det psykiske materialet forbundet med schizofreni hver gang de snakker om situasjonen sin.

Jeg har hatt flere klienter som har sluttet hos en terapeut eller psykolog fordi de har fortalt sin historie mange ganger uten at det har hjulpet. En av dem formidlet umid- delbart da hun tok kontakt med meg at hun ikke ville snakke om sin tidlige barndom og sine opplevelser med foreldrene. En annen som hadde gått i terapi i mange år, ville kun arbeide med ett problem: angsten for å være alene. Men det må også sies at de som har hatt stort utbytte av å snakke om sin barndom, ungdom og opplevelser med symptomer på schizofreni med foreldre, søsken, slektninger, psykologer og psykiatere, og som har hatt god hjelp av dette, ikke har kommet til undertegnede.

#### LBTS fokuserer på psykisk endring

For klienter som kommer med en forventning om å fortelle utførlig om sitt liv, kan terapeuten si: ”Legg litt merke til hva som skjer når du snakker om din situasjon og det som er vanskelig. Får du mer eller mindre ubehag etterpå? Kjennes det ok ut? Legg litt merke til hva som er ok for deg, og hva som ikke er det. Så fortsetter vi med det som er ok. Tenk også igjennom hva du egentlig ønsker å få det bedre med, ganske raskt.” Om terapeuten opplever at klienten får kontakt med mer psykisk ubehag ved å fortelle, guides klienten over på en mer konstruktiv vinkling.

I LBTS vil terapeuten lytte for å få et utgangspunkt for å endre klientens sympto- mer. Noen terapeuter vil likevel kunne dvele lengre ved klientens psykiske ubehag enn andre. I det øyeblikket terapeuten dveler ved klientens problemer uten at dette fører til bedring av klientens situasjon, og uten at terapeuten får mer informasjon om hvordan man kan behandle klienten, befinner man seg innenfor en annen forståelse enn den som er grunnlagt for LBT.

#### Moralisering

Moralisering unngås i LBT. Begrunnelsen er at moralisering kan øke klientens psykis- ke ubehag, dårlige selvtillit og skyldfølelse. Den vil skape avstand mellom terapeut og klient og føre til redusert tillit og vilje til samarbeid. I stedet for å bli opptatt av sine symptomer på schizofreni vil klienten bli mer opptatt av sin relasjon til terapeuten. Moralisering vil redusere de resultatene man kan oppnå. Enkelte opplever moralise- ringene som sanne og lar seg undertrykke nok en gang.

Følgende holdninger som er tillagt Milton Erickson, har inspirert utviklingen av LBT: Alt ligger perfekt til rette for at det som skjer med den schizofrene, skjer akkurat nå. Enhver klient gjør så godt han/hun kan i den situasjonen klienten befinner seg. Alt det klienten gjør eller har gjort, har tatt vare på noe som for klienten var vesentlig i det øyeblikk dette skjedde. Disse holdningene reduserer tendensen til moralisering, fører til at klienten blir akseptert og til at man beholder et fokus på klientens symptomer.

#### Endringstempo, resultater og prognose

Psykologisk litteratur formidler ofte at behandling tar lang tid. Forestillinger om be- handlingens nødvendige langvarighet bør nyanseres. Enkelte eksempler: En kvinne hadde gått til ulike terapeuter i en periode på over 20 år. Mange problemer var blitt løst. Angsten for å være alene på natten og alene på hytta gjenstod. Behandlingen varte i cirka 90 minutter. Resultatet var full bedring. Etter en konsultasjon kunne hun sove alene, og hvis hun våknet, var hun ikke avhengig av å ringe sin venninne. For første gang kunne hun være alene på hytta, noe hun hadde lengtet etter i mange år. Broren gråt første gang han hørte at søsteren hadde klart det.

En posttraumatisk plage som hadde vart i 30 år, med alvorlige følger for klientens

funksjon som mellomleder, ble kurert på to konsultasjoner med tre og fire timers varig- het. En invalidiserende posttraumatisk plage som følge av livstruende vold og et langt opphold på sykehus, ble kurert på tre konsultasjoner. Tidligere behandling hadde ikke hjulpet. En ung kvinne hadde gått i behandling i to år hos seks forskjellige psykologer uten å få løst sine problemer. Hun ble sendt til undertegnede av en spesialist i klinisk psykologi. Behandlingen tok fem konsultasjoner. Full bedring. En posttraumatisk pla- ge etter å ha blitt utsatt for incest som barn og med sammenbrudd i voksen alder tok fem konsultasjoner. Tidligere behandling hadde ikke hjulpet. Behandling av posttrau- matiske reaksjoner etter en voldtekt tok fem konsultasjoner. En musiker godkjent for vedvarende trygd på grunn av panikkangst, konflikter på arbeidsplassen og konflikter i familien, ble kurert på åtte konsultasjoner i løpet av fem dager. Klienten gikk tilbake i jobb. En klient med hypokondri og depresjon ble kurert på åtte konsultasjoner. Be- handling av en klient etter et selvmordsforsøk tok tre konsultasjoner, den første med en varighet på 3,5 timer. Behandling av intens sorg og psykotiske reaksjoner etter en plutselig skilsmisse som følge av at mannen fant en yngre kvinne etter 20 års ekteskap, tok åtte konsultasjoner. En tidligere langtidsinnlagt klient med alvorlige tvangstanker, og trygdet, gikk tilbake i arbeid etter 16 konsultasjoner. Klienten var sendt av en psy- kolog som ga opp grunnet manglende resultater. Den lengste behandlingen var på 34 konsultasjoner fordelt på to perioder. Klienten som var under poliklinisk behandling ved Aker sykehus og tidligere innlagt, var definert som en vanskelig klient. Han var dypt depressiv med katatone trekk kombinert med aggresjon overfor psykiatrien. Kli- enten var nær gitt opp og forespeilet et livslangt opphold på Gaustad psykiatriske sy- kehus, hvis vårt samarbeid ikke fungerte. Undertegnede stod for behandlingen. Aker sykehus var faglig ansvarlig og skulle ha oppfølgende samtaler. Klienten ble bra, skaffet seg jobb, fikk kjæreste og fungerte i ti år før han tok kontakt igjen.

Min erfaring er også at funksjonsdyktige klienter med avgrensede psykiske plager kan få det noe bedre i løpet av én konsultasjon, mens tilstrekkelig bedring vil oftest fordre tre til åtte konsultasjoner. Frafallsprosenten har vært minimal, og 100 prosent av klientene som har gjennomført behandlingen, har enten fått en bedre situasjon eller oppnådd full bedring.

#### Psykosespekterlidelser og schizofreni

Et spørsmål er om disse erfaringene også kan gjelde for psykosespekterlidelser, og i hvilken grad det er mulig å behandle tyngre psykiske plager med bedre resultater på kortere tid enn det som er vanlig, og om flere schizofrene kan bli funksjonsdyktige enn i dag. Det er nødvendig med mer forskning før man kan gi et presist svar på disse spørsmålene, men flere indikasjoner tyder på at selv tyngre psykiske plager som schi- zofreni grunnleggende sett ikke er forskjellig fra andre psykiske lidelser når det gjelder hvordan de er bygget opp mentalt, og at man kan behandle tyngre psykiske plager på med de samme metodene som ved mildere psykiske plager. Enkelte argumenter for dette er:

1. Hjernen er bygget opp på samme måte som hos andre klienter, noe som anty- der at de kan behandles med de samme metodene.
2. Klienter diagnostisert med schizofreni besitter de samme mentalbiologiske ressursene og egenskapene som fungerende individer og andre klienter, noe som antyder at de kan nyttiggjøre seg behandling på samme måte som klienter med andre psykiske plager.
3. Terapeutiske erfaringer viser at hallusinasjoner og vrangforestillinger hos kli- enter som ikke er diagnostisert, kan behandles gjennom de samme metodene som anvendes for å behandle andre mentalt forårsakede psykiske lidelser.

Konklusjonen er derfor at schizofreni er strukturert mentalt på samme måte som en- hver annen psykisk lidelse, og at symptomer på tyngre psykiske lidelser i prinsippet kan endres like raskt som ved andre lidelser. Imidlertid vil man stå overfor større ut- fordringer i arbeidet med tyngre psykiske lidelser på grunn av alvorlighetsgraden av den psykiske plage og omfanget av symptomene, noe som vil føre til lengre behand- lingstid enn ved mildere psykiske plager. Man kan ikke garantere full tilfriskning og funksjonsdyktighet for alle schizofrene uten mer forskning. Min vurdering er likevel at mange schizofrene vil få en god prognose med LBT, i samarbeid med andre behand- lingstiltak, selv om man ikke kan garantere full funksjonsdyktighet for alle.

Behandlingens varighet vil styres av antallet symptomer på schizofreni som klien- tene måtte ha og omfanget av de livsmessige erfaringene som har ført til symptomer. Behandlingstiden vil også påvirkes av tilleggssymptomer som klientenes manglende overskudd, energi og intellektuelle tilgjengelighet, samt av klientenes manglende håp og vilje til å bli bra.

Konklusjonen er at selv hardt belastede klienter kan få det bedre allerede i løpet av én konsultasjon, selv om behandlingen kan bli omfattende.

Jeg har ikke arbeidet med klienter diagnostisert med schizofreni eller med andre psykosespekterlidelser, selv om enkelte har hatt psykotiske reaksjoner som hallusina- sjoner og mindre bisarre vrangforestillinger, og at enkelte tidligere har vært innlagt. Det er derfor vanskelig å forutsi hvor lang tid behandlingen vil ta. Disse erfaringene er ikke enestående. De fleste terapeuter har opplevd plutselige og overraskende gode resultater. En av våre mest internasjonalt anerkjente terapeuter, professor Tom Ander- sen (1936-2007), uttalte på et forskningsseminar i Tromsø at han ønsket å forske på plutselig bedring.

Det er den høye prosentandelen av kortvarige behandlinger som er interessant i LBT, og at utviklingen fra en ubehagelig psykisk tilstand til en tilstand av psykisk vel- være kan oppnås i løpet av en konsultasjon.

#### Kartleggingen av de psykiske endringene

En metode for å kartlegge de endringene som klientene har opplevd, innebærer at man kartlegger forskjellen på klientens symptomer i forhold til bestemte utfordringer før og etter en serie med intervensjoner, og før og etter en konsultasjon. Kartleggingen skjer ved å registrere økningen i andelen endringsbekreftende utsagn fra klienten og

endringer i den måten klienten snakker om sin psykiske plage på. Kartleggingen vil også skje ved å registrere endringer i klientens fokus. Når klientene skifter fokus fra et omfattende til et mindre problem, er dette oftest tegn på at det har skjedd en psykisk endring. Det som gjør det mulig å registrere endringene, er at enhver psykisk endring fører til endringer i det psykiske materialet, de biopsykiske elementene som utløser symptomene. Metodene for å undersøke hvilke endringer som er oppnådd, kan også anvendes for å kartlegge hva som gjenstår av schizofreni. Kartleggingen kan også skje gjennom telefonsamtale noen uker etter at behandlingen er avsluttet, men denne for- men for kartlegging er lite anvendt.

#### Om å feire

Insoo Kim Berg var en av grunnleggerne av løsningsfokusert terapi sammen med Ste- ve deShazer. Hennes entusiastiske reaksjoner når klientene hadde fått det bedre eller fått til et eller annet, var viden kjent. Hennes «wow, fantastic, incredible» hadde effekt. Klientene ble feiret med varme og entusiasme. De følte seg verdifulle, litt geniale og flinke. De gikk stoltere ut av konsultasjonen og hadde mer energi, større optimisme og mindre vondt.

Ut fra den hjernepsykologiske forståelsen er ikke dette kun høydepunktsopplevel- ser som er borte når feiringen har lagt seg. Insoo Kim Bergs entusiasme og glede på klientenes vegne fører til at det dannes et psykisk materiale som utløser mer psykisk velvære, energi og stolthet. Denne entusiasmen forsterker klientenes mestringsevne. Behandlingen blir til et godt minne samtidig som klientene får bekreftet sin evne til å få det til og å lykkes.

Feiring av klientene er også viktig i LBT. Den bidrar til at klientene får kontakt med og opplever seg som de flotte menneskene de er og har vært hele tiden, men som de tidligere ikke har vært klar over eller kunnet innrømme at de har vært. Det å feire er et verdifullt virkemiddel. Feiringen betyr ikke kake, men at terapeuten roser klienten for utført arbeid og bekrefter klientens flotte sider og resultater.

#### Tilbakefall

Midlertidige tilbakefall som inntreffer noen dager etter en konsultasjon, er et trekk ved den normale endringsprosessen og et uttrykk for at det fortsatt gjenstår psykisk ubehag som må behandles. En årsak til tilbakefall vil være klientenes tendens til å pro- dusere psykisk ubehag mellom konsultasjonene gjennom sin indre samtale. Dette er et tegn på at det gjenstår litt eller mye arbeid.

#### Ære og ansvar for resultatet

Dersom behandlingen fører til gode resultater, tillegges klienten ansvar for resultatet.

Dersom behandlingen ikke fører frem, tar terapeuten ansvaret. Begrunnelsen for dette er at klientene kommer til en terapeut fordi de ikke har klart å løse sitt problem. Og de kommer til en terapeut som tilbyr en tjeneste. Dersom behandlingen ikke lykkes, må terapeutene ta ansvaret for dette. Vi har rett og slett ikke vært gode nok i forhold til målet med behandlingen.

#### Større ambisjoner underveis

Klientene vil kunne ha beskjedne mål og ønsker når de begynner behandlingen. Høy- ere ambisjoner underveis vil være et tegn på at de har opplevd psykisk endring. En ungdom som var blitt nær livstruende skadet på grunn av vold, fortalte at han ikke vil- le klare videre skolegang på grunn av sine psykiske problemer. Etter voldsopplevelsen hadde skoleresultatene rast. Han hadde isolert seg, maktet ikke lenger å drive med sine hobbyer og hadde mistet sine venner på grunn av en lammende og invalidiserende angst. I løpet av andre konsultasjon ville han bli politimann fordi han ville redusere kriminalitet og ungdomsvold. Halvveis i tredje konsultasjon, den siste, hadde ambisjo- nene økt ytterligere. Nå ville han bli advokat. Ambisjonene hadde steget parallelt med at angsten var blitt redusert. Det vil ofte være en tett forbindelse mellom omfattende psykiske plage og lavere ambisjoner, og mellom positive endringer og høyere yrkesam- bisjoner.

#### Kan man garantere endringer?

Kan man garantere at klienter vil oppnå psykiske endringer gjennom LBT? Svaret er ja. Kan man garantere full bedring for alle? Nei. Samtlige klienter vil oppleve psykiske endringer i løpet av få minutter i konsultasjonen. Årsaken til at man kan være sikker på at behandlingen virker, er at nær rundt 100 % av klientene vil få kontakt med et psykisk positivt materiale i løpet av konsultasjonen, og at man umiddelbart kan re- gistrere endringer i den psykiske plagen. En annen årsak til at man kan være sikker på om behandlingen virker, er at det er mulig å oppdage når og hvilke endringer som oppstår i samme øyeblikk som de skjer, fordi man kan teste ut resultatene underveis i konsultasjonen og før klientene går. Man kan også teste ut hvilke endringer som har skjedd fra en konsultasjon til en annen.

Man kan garantere et godt resultat i arbeidet med klientene dersom klientene følger opp behandlingen til de er helt igjennom. Dette innebærer at de ikke lenger skaper nye eller opprettholder sine symptomer gjennom egen tenkning og livsførsel etter at behandlingen er over. Jeg må likevel ta et forbehold: Dersom man skulle arbeide med hardt belastede og medisinerte klienter kan man ikke garantere full bedring, selv om samtlige kan få det bedre. En årsak til dette er de psykiske og fysiske problemene som kan oppstå når de forsøker å trappe ned medisinene.

#### Mange tilnærminger, men kun én form for psykisk endring

Det finnes mange tilnærminger til behandling av schizofreni, men da alle symptomene på schizofreni er bygget opp på samme måte mentalt, og enhver psykisk endring i be- handling er en følge av at det blir koblet på eller av et psykisk materiale som rommer positive eller ubehagelige følelser, trenger man kun én metode, det vil si den mest effektive for å redusere schizofrene symptomer. Man trenger derfor ikke et omfattende antall metoder dersom målet kun er å endre klientens symptomer, kun en hovedmeto- de med variasjoner. Man bør likevel være klar over at metoder som meditasjon, yoga og mindfulness kan ha positive tilleggseffekter som en følelse av ro og velvære, selv om de er mindre effektive ved intense psykiske smerter.

#### Reversering av behandlingen

I LBTS kan man reversere uheldige resultater om de skulle oppstå. Denne evnen er nødvendig for å beskytte klienten i tilfelle klienten skulle få kontakt med psykisk ube- hag på konsultasjonen, men den forutsetter kunnskap om hva som skjer mentalt når man ikke får resultater i behandling.

#### Ansvar for behandling som ikke fungerer

Psykologien og psykiatrien formidler sjelden sine svakheter. Enkelte psykologer eller psykiatere tillegger klientens personlighet eller psykiske plage ansvaret for at behand- lingen ikke fungerer. Sjeldnere blir det formidlet at man mangler nødvendig kom- petanse, eller at de omstendighetene som behandlingen foregår innenfor, kan hindre endring.

Terapeutene må ta ansvaret for manglende resultater. Hvis ikke påfører man klien- ten et nytt nederlag. Det er en ærlig sak at man ikke vet eller kan nok, og at man ikke alltid får resultater. I LBTS får klienten som nevnt, æren for oppnådde resultater, mens terapeuten tar ansvaret om behandlingen ikke fungerer godt nok.

#### Medisiner og LBT

Klienter kan fortelle historier som tyder på at enkelte terapeuter synes å ha større to- leranse for den psykiske smerten som er forårsaket av medisiner, enn for det psykiske ubehaget som er en følge av de psykiske plagene, selv om de kan oppleves som like ubehagelige. Enkelte oppmuntrer klientene til å fortsette med medisiner til tross for bivirkninger og til tross for klientens ønske om å redusere sin medisinbruk. Årsaken er trolig en omfattende tillit til medisiner på grunn av den forskningen som ligger til

grunn, god effekt på psykotiske tilstander og kunnskap om at de kan være vanskelig å trappe ned.

LBTS er ingen ambassadør for den holdningen at klientene ikke bør ta medisiner hvis de virker, ikke har skadelige bivirkninger, ikke fører til at klientene får nedsatt kognitiv kapasitet og ikke fører til psykiske og fysiologiske belastninger som er van- skelig å bli kvitt ved nedtrapping. I LBTS støttes klientenes ønsker enten de vil beholde medisiner eller ikke. De som ønsker å fortsette med medisiner, får støtte på dette fordi at medisinene kan redusere angsten og enkelte symptomer, gjøre det lettere å gjen- nomføre terapeutens intervensjoner og slik bidra til raskere endring og et følelsesmes- sig skift. Men klientene bør informeres om at de, på et tidspunkt bør reduseres for at man skal kunne kartlegge hva som gjenstår av symptomer og hvorvidt medisinene i seg selv fører til enkelte symptomer.

Klienter som ønsker å trappe ned medisiner, får støtte med den begrunnelse at de da vil få økt kontakt med sine symptomer, noe som fører til at man kan skille mellom reelle symptomer og psykiske reaksjoner som er en følge av medisiner. Hvis medisi- nene ikke virker, eller hvis klienten får ubehagelige bivirkninger, bør de byttes ut med andre medisiner eller trappes ned. Om medisinene ikke virker som foreskrevet, er det- te ikke nødvendigvis et tegn på at klientene bør ha mer medisin eller flere medisiner, men at de trenger bedre oppfølging av terapeut.

Man får av og til det inntrykket at medisiner fungerer som avlat. Terapeuten eller legen vet ikke hvordan man skal behandle den schizofrene, men vil gjerne bidra, og som følge av dette gir man klienten en pille eller to og håper på det beste. Om heller ikke de nye medisinene fungerer, oppfordres både terapeuter og klienter til å vurdere om de bør trappes ned.

Ved nedtrapping understreker jeg at det må skje samsvar med forskriftene i felle- skatalogen og i samarbeid med lege eller psykiater. En annen begrunnelse for å støtte klientenes ønsker enten de er for eller imot medisiner, er å utvikle klientens tillit til sin egen vurderingsevne, trygghet på seg selv, og evne til å ta konsekvensene av egne valg. Men dette må også sies: Bruk av kjemikalier er et tegn på at terapeutene ikke vet presist hvordan man kan behandle symptomer på schizofreni effektivt gjennom verbal behandling. Det er ingen tilfeldighet at schizofrene lever rundt 10-20 år kortere enn gjennomsnittet i befolkningen. Enkelte klienter går på fra fire til ti forskjellige medi- siner daglig. Det er ikke sikkert at de kjemiske stoffene som tilføres kroppen gjennom denne mengden med medisiner, er livsforlengende.

Hvorvidt klientene kan eller bør slutte med medisiner bør også vurderes i forhold til de belastningene som pårørende vil kunne påføres ved nedtrapping, som følge av at enkelte symptomer på schizofreni kan komme tilbake eller bli sterkere, men også disse forholdene bør drøftes med klientene og klientenes familier om man arbeider med unge mennesker som bor hjemme.

#### Misforstått lojalitet

Enkelte terapeuter misliker at klienter går til andre terapeuter parallelt, eller at de vil

skifte terapeut. Klienter trenger ikke å være lojale mot sine terapeuter. Vi tjener pen- ger på og vi er til for dem, mens klientene er til for seg selv. De skal være lojale mot sin psykiske tilstand og evne til å ta vare på og beskytte den så godt det lar seg gjøre. Dersom vi ikke lykkes, selv om vi gjør så godt vi kan, bør klientene slutte. Om de ikke slutter når behandlingen ikke fungerer, kan selv velmenende terapeuter bidra til å opp- rettholde symptomene. Klientene bør, om de skulle avbryte behandlingen, slutte med en følelse av at de er flotte og ressurssterke. Og de bør støttes om de ønsker å skaffe seg en ny terapeut.

Av og til kan klientene få bedre hjelp et annet sted. Det er bedre at de kommer til en ny terapeut hvor de kan begynne på nytt, enn at de fortsetter hos en terapeut som ikke vet hvordan han eller hun skal gripe an klientens problem. Klientene har nok nederlag fra før. De skal ikke få en følelse av at de også har mislyktes med å gå i terapi. Jeg har her skrevet med utgangspunkt i klienter som går i poliklinisk behandling.

#### Avslutning

Kapittelet illustrerer hvordan lingvistisk hjerneterapi følger en strukturert modell som likevel åpner for fleksibilitet og kreativitet. Ved å kombinere hjernepsykologiens for- ståelse av biopsykiske elementer med språklige intervensjoner, kan terapeuten effektivt endre klientens psykiske plager. LBT gir terapeuten verktøyene til å samhandle med klientens opplevelser, hvor klientens egne ord og beskrivelser blir en sentral del av behandlingsprosessen. Forståelsen av relasjonens betydning mellom terapeut og kli- ent, der begge spiller en ekspertrolle understreker det likeverdige samarbeidet som er grunnleggende for å oppnå varig psykisk endring. Hjernepsykologien og LBT er en vitenskapelig forankret tilnærming til behandling som er både forutsigbar og indivi- dualisert, med det fokus å endre klientens symptomer gjennom ulike intervensjoner.

Neste kapittel fokuserer på i hvilken grad det er utrede klientene for å kunne behandle klientene. Det inneholder også en kritisk analyse av de mest anvendte diagnostiske systemene, ICD 10 og DSM IV.

### Kapittel 23 Utredning i LBT, og kritikk av de diagnostiske systemene

#### Innledning

I dette kapittelet utforskes to hovedtemaer: utredning i Lingvistisk Hjerneterapi (LBT) og en kritisk gjennomgang av de mest anvendte diagnostiske systemene, ICD-10 og DSM-IV. Ved å benytte hjernepsykologiens innsikter fremheves det hvordan disse systemene, som er basert på tolkning av observasjoner og informasjon fra helseper- sonell og samtaler med klientene, lider av betydelige mangler når det gjelder viten- skapelig holdbarhet og presisjon. Dette kapittelet vil belyse hvordan disse diagnosene ofte er upresise og kan føre til overkartlegging, samtidig som de ignorerer klientens mentale ressurser. Videre skisseres hvordan LBT tilbyr en mer klientorientert utred- ningsprosess, hvor diagnosen er fleksibel, klientstyrt, og tilpasset den individuelle kli- entens språk og opplevelser. Dette gjør LBT til et alternativ til tradisjonelle diagnostis- ke systemer, med fokus på å endre det psykiske materialet som forårsaker symptomer, snarere enn å sette en statisk diagnose.

Kapittelet beskriver mangler ved de mest anvendte diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV slik disse er forstått på bakgrunn av kunnskap om hjernens psykologi og lingvistisk terapi. Kapittelet beskriver også trekk ved utredningen i LBT.

##### Diagnosene ICD 10 og DSM 11 er ikke vitenskapelig holdbare

Begrunnelsen for dette er at diagnosene er en følge av fortolkning av observasjoner av klienten, og av informasjoner fra stammer fra helseperson og samtaler med klientene. Diagnoser, man har kommet frem til på denne måten, rommer systematiske feil med hensyn til validitet. Dette fordi at verken observasjoner av og informasjoner om kli- entens atferd og følelsesmessige reaksjoner er det psykiske materialet som forårsaker symptomene. Som følge av dette gir de heller ikke presise vitenskapelig holdbare an- visninger for hvordan man skal behandle schizofreni.

##### Diagnosene er upresise

Diagnoser fra ICD-11 og DSM-V er upresise i den forstand at ulike psykiatere kan gi samme klient ulike diagnoser. Et eksempel: En klient tidligere diagnostisert som schi- zofren, gikk til fire forskjellige psykiatere i en region på Østlandet. Resultatet var fire forskjellige diagnoser. Selve det, at det er mulig å gi samme klient fire ulike diagnoser, forteller noe om diagnosenes manglende sikkerhet og presisjon.

##### Overkartlegging

Utredning og diagnostisering av klientene er ofte preget av overkartlegging. Overkart- legging innebærer at man innhenter mer informasjon enn det som er nødvendig for å iverksette en intervensjon. Overkartlegging er en følge av at man ikke vet hvordan schizofreni er bygget opp mentalt og hva som presist fører til psykisk endring.. En psy- kiater uttalte en gang at «jo mindre man vet om hvordan man skal behandle en klient, desto mer kartleggings- og diagnostiseringsarbeid blir iverksatt, uten at det nødven- digvis fører til at man finner ut hva man skal gjøre». En omfattende mengde informa- sjon kan gjøre det utfordrende å skille mellom informasjon som er viktig for å oppnå psykisk endring, og informasjon som har mindre betydning. Dette øker risikoen for feilbehandling, ved at det kan bli iverksatt intervensjoner som påvirker andre forhold enn de som er relevante for å endre de psykiske plagene.

##### Manglende Fokus på Ressurser

En annen mangel ved ICD-11 og DSM-V er at de ikke registrerer klientens mentale ressurser, positive egenskaper, positive livserfaringer, mestringsevne, håp og drømmer. Gjennom diagnostisering med utgangspunkt i ICD-10 defokuserer man det som gjør klienten til et helt menneske, og de faktorene som er grunnlaget for å leve et godt liv uten schizofreni. Dette nevnt, selv om klientenes mentale ressurser, positive egenska- per, positive livserfaringer, mestringsevne, håp og drømmer blir fokusert fenomenolo- gisk og subjektivt forankrede behandlingsformer som TIPS og subjektivitetsmodellen, på bakgrunn av den forståelsen at selvforstyrrelser er en kjerneegenskap ved schizo- freni.

##### Vanskelige å bli kvitt når de først er gitt

Et annet problem er at de er vanskelige å bli kvitt når de først er gitt. Psykiatere setter diagnosene, men de er ikke alltid like villige til å oppheve diagnosen dersom klienten føler seg frisk. Årsaken er at man ikke vet presist hva schizofreni er som et mentalt fenomen. Derfor vet man heller ikke presist når klienten er frisk. Som følge av denne situasjonen kan diagnosene henge ved en klient selv om klienten er blitt frisk. Slik kan diagnosen fungere og føles som et overgrep.

##### Mange kjente terapeuter har gått vekk fra diagnoser

En følge av diagnosenes mangler er at mange internasjonalt kjente terapeuter har gått vekk fra diagnoser. Dette gjelder for eksempel Carl Rogers, Yvonne Dolan, Harlene Anderson og Harry Goolishian, Tom Andersen, Steve deShazer, Michael White og David Epston.

#### Utredning i LBT

Mangler ved de diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV kombinert med den hjer- nepsykologiske forståelsen for schizofreni, er grunnlaget for utredningen i LBT.

Det interessante ut den hjernepsykologiske forståelse er ikke navnet på den psykis- ke plagen, men det psykiske materialet som forankrer og utløser klientenes sympto- mer, psykiske ubehag og manglende funksjonsevne, og de kognitive prosessene som fører til eller følger av schizofreni. Like viktig for behandlingen er informasjon om hva klientene trenger for å utvikle psykisk velvære, mestrings- og funksjonsevne, og psykisk styrke, samt informasjon om klientens tidligere positive livsopplevelser som kan anvendes for å gjenskape disse livsopplevelsene. I LBTS ser man derfor bort fra diagnosen som klientene har fått og fokuserer i stedet på de ordene klientene anvender for å beskrive sin situasjon og på det psykiske materialet som forankrer og utløser kli- entens psykiske plage slik dette kommer til uttrykk gjennom klientens utsagn.

Når tilliten er etablert og klienten er intellektuelt mottakelig, innledes utrednings- fasen. Terapeuten fokuserer nå på de ordene som klienten bruker for å beskrive hvor- dan han eller hun opplever sine symptomer.

#### Forutsetninger for presise diagnoser

Forutsetningene for å utvikle presise diagnoser er at man vet hvordan klientens symp- tomer er bygget opp mentalt, hvordan de kommer til uttrykk gjennom klientens ord og utsagn, hva som skjer mentalt når klienten utvikler schizofreni, og når klienten oppnår endring gjennom behandling. Begrunnelsen for denne vurderingen er at klientens ord er de eneste direkte uttrykk for klientens følelser, om klienten er kongruent,det vil si om det er samsvar mellom klientens ord og det klienten føler.

En annen forutsetning for utredning av klientene er at det er en god relasjon og tillit mellom klienten og diagnostikeren, og at utredningsarbeidet er et samarbeid mel- lom terapeut og klient, der klienten har det siste ordet når det gjelder utforming av diagnosene. En tredje forutsetning for å utvikle valid kunnskap om klientens situasjon er at terapeuten har en vitenskapelig forståelse av det psykiske materialet som foran- krer klientens symptomer og de mentale prosessene som skjer når det skjer en psykisk endring i behandlingen, mens en fjerde forutsetning er at terapeuten anvender et språk som klienten er fortrolig med, og at terapeut og klient er klar over at diagnoser er ferskvare og må endres i tråd med de psykiske endringene som klientene gjennomgår i behandlingen. Konklusjonen er at diagnosen i lingvistisk hjerneterapi er klientstyrt og like fleksibel og endringsbar som den psykiske plagen og klientene selv.

#### Utgangspunktet

Utgangspunktet for det diagnostiske arbeidet må være det psykiske materialet, de san- seforestillinger, og ord og utsagn som forankrer klientens følelser og det psykiske ma-

terialet som utløser klientens symptomer. Utredningen må også fange opp de ressurse- ne som klienten har anvendt i forbindelse med utviklingen av den psykiske plagen, de mentale ressursene som han eller hun ikke får tatt i bruk i det daglige, og de mentale ressursene som klienten anvender til daglig til tross for den psykiske plagen. I tillegg må man fokusere på det klienten mestrer i like stor grad som på det han eller hun ikke mestrer. Man må også kartlegge klientens tro, håp og ønsker for fremtiden og klientens mentale endringskapasitet, i tillegg til momenter som hindrer endring.

#### Fokus i utredningen

I LBTS kartlegger man de mentale prosessene som leder til schizofreni ved å observere hvordan klientens språk endrer seg gjennom konsultasjonen og over tid. Dette fordi endringer i klientens språkbruk reflekterer de modale og følelsesmessige endringene som oppstår når det skjer en psykisk endring i behandlingen. Man kartlegger også hvilke ord klienten bruker for å formidle sine opplevelser av psykisk velvære, mest- ringsevne og overskudd. I tillegg registreres utsagn fra klientene som kan danne grunnlaget for en intervensjon.

Klientens reaksjoner under behandlingen gir innsikt i hans eller hennes opplevelse av schizofreni, mentale ressurser, evne til endring, om de psykiske endringene som finner sted, når de skjer, og hvilke symptomer som fortsatt er til stede etter én eller flere intervensjoner. Den innledende kartleggingen avsluttes når man har nok informasjon til å igangsette en intervensjon.

Man undersøker også hvordan klienten reagerer på terapeutens intervensjoner (se ’Intervensjonskartlegging’, kapittel 17).

#### Klientenes posisjon

Det er klientene som beskriver og setter navnet på sin egen lidelse gjennom et sam- arbeid med terapeuten. Slik får de en følelse av at de er viktige. Utredningen er også preget av klientene får signaler om de besitter viktig informasjon, har de nødvendige mentale ressursene for å bli friske og at de får et håp om å bli friske. I tillegg blir de informert om at diagnosene kan endres av klientene i tråd med endringene i den psy- kiske plagen.

Diagnosene er konkrete og de gir anvisninger for de intervensjoner som kan iverkset- tes med utgangspunkt i diagnosene. Det er også viktig å at klienten forstår at arbeidet utredningsarbeidet, i seg selv er en intervensjon.

Realiseringen av disse momentene gjør noe med klientene. De går fra å ha en følel- se av manglende kontroll til å ha en følelse av kontroll, fra å ha en følelse av å bli fratatt bestemmelsen over eget liv til å bestemme over seg selv, og fra å være syk til å være en som har behov for mentale justeringer, men som også fungerer ganske alminnelig ofte eller av og til. Denne opplevelsen har terapeutisk effekt. Sentralt i utredningsarbeidet er at det ikke må overstyre klientens opplevelse og den forståelsen at de modale opp-

levelsene og ord og utsagn er grunnlaget for og den utløsende årsaken til den psykiske plagen.

#### Begrenset utredning

Dersom målet med behandlingen kun er å endre klientens opplevelser og bidra til at klienten kan mestre sitt eget liv, er det ikke nødvendig med en omfattende utredning. Det er likevel hensiktsmessig, av og til, å ha et system for å sette navn på klientens psykiske plage. Det tar kun få minutter med utredning før man kan begynne behand- lingen i LBT. Den innledende utredningen fungerer som en intervensjonsform ved at den fører til kontakt mellom klienten og terapeuten og ved at den fører til et fokus på endring. Dette forutsetter at terapeuten mestrer teknikker for å mildne det psykiske ubehaget som klienten kan få kontakt med gjennom utredningsarbeidet.

#### Hva er mulig å kartlegge

I LBTS er det mulig å kartlegge klientenes opplevelse av schizofreni ved å kartlegge det psykiske materialet som ligger til grunn og utløser klientens symptomer. Det er også mulig å kartlegge de mentale prosessene som fører til schizofreni, samt hva som foregår mentalt i behandlingen når det oppstår en psykisk endring. Dette skjer ved at man tidlig identifiserer de mentale elementene som forankrer klientens reaksjoner og symptomer. Deretter endres disse elementene. Etter behandlingen kartlegges klien- tens tilstand på nytt, og de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med, og som er grunnlaget for den nye følelsesmessige tilstanden. Forskjellen på de mentale elementene som klienten har kontakt med før og etter endringsprosessen, en konsul- tasjon eller en lengre behandlingsprosess, fører til informasjon om hva som har skjedd med de psykiske plagene som følge av behandlingen.

Det er også mulig å analysere de gjenstående mentale utfordringene etter at en- dringsprosessen, en konsultasjon eller en behandlingsprosess, er over ved å kartlegge fortsatte symptomer og det psykiske materialet som ligger til grunn for disse sympto- mene.

#### Oppsummering

I dette kapittelet har jeg rettet oppmerksomheten mot trekk ved utredningsprosessen i LBTS og de diagnostiske utfordringene man står overfor. Den mer omfattende kunn- skapen om symptomer på schizofreni som eksisterer, er ikke alltid nødvendig hvis målet kun er å minske symptomene som klientene opplever.

Enkelte svakheter ved de diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V er at utrednings- arbeidet tar unødvendig lang tid før man kan iverksette behandling. De diagnostiske systemene inneholder heller ikke tilstrekkelig vitenskapelig holdbar kunnskap om kli- entenes opplevelser av sine symptomer på schizofreni, og de er ikke presise uttrykk for

klientenes opplevelse av sine symptomer. Resultatet er at diagnosene må fortolkes før man kan iverksette behandling på grunnlag av dem.

Utredningsarbeidet er også preget av overkartlegging, hvor man innhenter mer infor- masjon om den schizofrene enn man kan handle på. Dette gjør det vanskeligere å skille mellom informasjon som har betydning i behandlingen og informasjon med mindre betydning. Det blir også vanskelig å bli kvitt diagnosen i det øyeblikket den er gitt til en klient. Diagnosen kan derfor fungere som et overgrep mot klienten, da diagnosene har forrang fremfor klientenes opplevelse av sin situasjon.

Et problem med diagnoser er at de låser fast psykologens og psykiaternes oppfatning av klientens symptomer, med et tilsvarende manglende fokus på klientenes positive mentale ressurser. Min vurdering er at diagnosene i ICD10 og DSM 10 har destruktive trekk og bør erstattes av vitenskapelig holdbare og operasjonaliserbare beskrivelser som i større grad anerkjenner og styrker klientens verdighet som et selvstendig og tenkende menneske. Diagnosene i ICD-11 og DSM-V bør utfylles eller erstattes av et diagnostisk system som gir psykiatrien og det offentlige hjelpeapparatet et bedre vitenskapelig grunnlag for å behandle klientene.

#### Avslutning

Kapittelet har vist hvordan de tradisjonelle diagnostiske systemene, som ICD-10 og DSM-IV, har betydelige svakheter når det gjelder å håndtere komplekse psykiske lidel- ser som schizofreni. Mangelen på vitenskapelig validitet, overkartlegging og ignore- ring av klientens ressurser er noen av utfordringene som er belyst. I kontrast til dette, tilbyr Lingvistisk Hjerneterapi en mer dynamisk og klientfokusert utredningsprosess, der klientens egne ord og erfaringer står i sentrum. Diagnosen i LBT er ikke et fast- låst stempel, men en fleksibel og kontinuerlig del av behandlingsprosessen. Denne til- nærmingen legger vekt på klientens eierskap til sin egen behandling og understreker viktigheten av at diagnoser skal kunne justeres i takt med den psykiske endringen som skjer i terapien. Gjennom denne tilnærmingen gir LBT et mer presist og etisk forsvarlig grunnlag for behandling, som respekterer klientens verdighet og potensial for endring.

Forutsetningen for enhver form for utredning i lingvistisk hjerneterapi er at man an- vender språk. Språket har mange funksjoner og betydninger i LBT. Neste kapittel vil beskriver språkets betydning og ulike funksjoner i LBT. Noe av grunnlaget for det som skrives her er teorien om det biopsykiske elementene og teorien om språkets betyd- ning for følelser og psykisk endring, henholdsvis beskrevet i kapittel x og x.

Kapittel 24 Språkets betydning for psykisk endring

#### Innledning

I Lingvistisk Hjerneterapi (LBT) er språket det viktigste redskapet for å endre det psy- kiske materialet som ligger til grunn for klientens symptomer. Gjennom klientens ord og sanseforestillinger kan terapeuten få tilgang til det biopsykiske materialet som for- årsaker plagene, og dermed bidra til endring. Selv om andre terapiformer som bildete- rapi og musikkterapi kan være effektive, tilbyr språket den mest presise og direkte vei- en til psykisk endring i LBT. Dette kapittelet utforsker hvordan språket kan anvendes og hvilken betydning språket har i prosessen med å skape varige endringer i klientens psykiske tilstand.

#### Språket, det avgjørende redskap for endring

Psykisk endring i behandling forutsetter et redskap som kan endre det psykiske ma- terialet, de sanseforestillingene og de ord og utsagn som utløser klientens symptomer. Dette redskapet er språket. Klientens følelser og indre sanseopplevelser er nøkkelen til klientens kontakt med sin psykiske plage, og til de psykiske endringene som klienten opplever. Klientens språk er også det viktigste redskapet for å informere terapeuten om klientens opplevelser, og for å endre symptomene.

Språket er ikke det eneste redskapet for psykisk endring. Vi har bildeterapi, mu- sikkterapi og danseterapi, men språket er det redskapet som mest presist kan gripe og endre klientenes symptomer, selv om musikkterapi kan oppnå meget gode resultater og av og til bedre enn verbal terapi alene. Dette skyldes musikkterapiens fokus på sam- vær og mestring, og at den fører til gode opplevelser underveis og etter behandlingen. Gjennom klientens språk kan terapeuten få kontakt med det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer. Deretter kan terapeuten endre dette materialet, noe som fører til en følelsesmessig endring (For informasjon om behandlingsmetoder, se kapittel 14-24). Uten språkets evne til å få kontakt med, og endre de biopsykis- ke elementene som utløser klientens symptomer, vil man ikke få endringer gjennom LBTS (Dammen, 2023a). Det sentrale ved språket i LBTS er derfor ikke utvekslingen av informasjon gjennom en meningsfull dialog, som er sentralt i postmoderne og psy-

kodynamisk terapi, men at språket kan brukes til å endre det psykiske materialet som forårsaker schizofreni.

#### Språket kvaliteter

Språket blir i LBTS oppfattet som et følelsesbærende, relasjonsskapende, endringsi- verksettende og endringskartleggende redskap, noe som skiller LBTS fra språkets funksjon i postmoderne terapi, hvor språkets relasjonsdannende element og frigjø- rende betydning har større plass (Anderson, 1997; Dammen, 2013, 2023a).

LBTS deler den postmoderne terapiens forståelse av språkets betydning i behandling og respekten for å skape en meningsfull dialog med klientene på deres premisser. LBTS står likevel i motsetning til ideer i postmoderne terapi, som ideen om «den ikke-viten- de posisjon» (ibid).

#### Språkets betydning i ulike terapeutiske tradisjoner

Sosialkonstruksjonistiske behandlingstradisjoner tillegger språket stor, men ulik be- tydning i behandlingen. Sosialkonstruksjonismen er en vitenskapsteoretisk retning som hevder at psykiske plager er en følge av at klientene inngår i ulike sosiale rela- sjoner som fører til psykiske problemer (Gergen, 1985, 1992). Denne forståelsen er utbredt innenfor familieterapien. Løsningsorientert terapi ser språket som et redskap i en strategi for å endre psykiske plager, og vektlegger språkets endringsmagiske ele- menter (deShazer, 1994). Narrativ terapi hevder at språket fungerer som et grunnlag for utvikling av psykiske plager gjennom historiene klientene bærer med seg (Lundby, 1998; White, 1989b; White og Epston, 1990). Postmoderne terapi (Anderson, 1997) er mer opptatt av språkets relasjonsfremmende karakter og frigjørende evne. Harlene Anderson hevder at psykisk endring er en følge av gjensidige dialoger som skaper ny forståelse og virkelighet for både terapeut og klient, hvor begge parter må være villige til å forandre seg. Felles for disse retningene er at de er inspirert av Ludwig Wittgen- steins tese om at det ikke finnes noen virkelighet utenfor språket (Wittgenstein, 1999, 2001).

Postmoderne og løsningsorientert terapi er inspirert av Ludwig Wittgensteins teori om språkspill, presentert i ”Filosofiske undersøkelser” (Wittgenstein, 1953). Wittgen- stein har også påvirket LBTs forståelse av språkets rolle i utvikling og behandling av schizofreni. LBTS er inspirert av Wittgensteins forståelse av språkspill, hvor reglene bestemmes av egenskapene ved det psykiske materialet som forårsaker schizofreni og formålet med behandlingen.

LBTS er også inspirert av Wittgensteins tidligere logisk-positivistiske periode, pre- sentert i ”Tractatus Logico-Philosophicus” (Wittgenstein, 2001). Her hevder han at

språket er et presist uttrykk for den ytre virkeligheten. I LBTS refererer ”virkelighet” til den indre mentale virkeligheten, ikke den ytre fysiske.

I begge sine avhandlinger hevdet Wittgenstein at det ikke finnes noen virkelighet utenfor språket. Det vil si at det vi ikke har ord for, kan vi heller ikke erfare. En ut- fordring for LBTS i forbindelse med Wittgensteins avhandlinger er at han ikke foku- serer på følelsesmessige reaksjoner, mens følelsesmessige reaksjoner er i fokus i LBT. Men her ligger også muligheten for å støtte hans bildeteori ved at ord og utsagn, slik de forstås i hjernepsykologien (Dammen, 2024a), kan være et presist uttrykk for kli- entens følelsesmessige virkelighet. Dette støttes av nyere fenomenologiske teorier om schizofreni, utviklet fra rundt 1980 til i dag. Disse teoriene hevder at selvforstyrrelser – ord og utsagn som reflekterer klientens subjektive opplevelse av manglende identitet, fremmedhet, depersonalisering og derealisering – er kjernekomponenter i forståelsen av schizofrene lidelser (Paul Møller, 2018). Dette understreker den intime forbindel- sen som eksisterer mellom ord og utsagn og psykisk lidelse, selv om man ikke betrak- ter ord og utsagn som følelsesbærende elementer på samme måte som i LBT.

#### Språkets betydning i behandling

Klientens utsagn er de eneste objektive og sanne uttrykk for klientens opplevelse av schizofreni. Grunnen til dette er ikke at de formidler informasjon, men fordi de for- teller hvilke følelser som klienten har og hvordan symptomene på schizofreni er lagret mentalt. Klientens ut-sagn om hvordan han eller hun opplever sine symptomer er der- for viktigere enn ytre observasjoner for å forstå klientens situasjon enten observasjo- nene stammer fra familiemedlemmer, terapeuter eller annet helsepersonell. Hvis man ønsker utfyllende informasjon om det som påstås her, må man lese teorien om språ- kets betydning for symptomene på schizofreni som er be-skrevet i boken om hjernens psykologi (Dammen, 2023a).

#### Språket som redskap for psykisk endring

Klientens utsagn er de eneste objektive og sanne uttrykkene for klientens opplevelse av schizofreni. Ikke fordi de formidler informasjon, men fordi de ordene klientene bruker, avdekker hvilke følelser de opplever og hvordan den psykiske plagen er lagret mentalt. Klientens subjektive utsagn om sin psykiske plage er derfor viktigere enn ytre observasjoner for å forstå klientens situasjon, enten observasjonene kommer fra fami- liemedlemmer, terapeuter eller annet helsepersonell (Dammen, 2023a).

#### Språket som Redskap for Psykisk Endring

Klientens psykiske smerte kan endres gjennom verbale intervensjoner (endringsiverk- settende utsagn) som reduserer symptomene. Deretter kan man kartlegge de psykiske

endringene som har oppstått ved å registrere endringer i de ord og utsagn som kli- enten bruker for å beskrive sin psykiske plage etter intervensjonene. Forutsetningen er at terapeuten forholder seg til klientens ord og utsagn som om disse er et direkte uttrykk for det psykiske materialet som forankrer og utløser den psykiske plagen, og at klienten er kongruent. Det vil si at det er samsvar mellom klientens utsagn og følelser.

#### Språket og det ubevisste

Schizofreni er forankret i det ubevisste, noe som også hevdes i psykoanalysen. Det ubevisste kommer til uttrykk gjennom de ord og utsagn som klientene bruker for å beskrive sin situasjon. Dette gjør at de ubevisste årsakene til schizofreni er tilgjenge- lige gjennom klientens språk, forutsatt at man vet hvilken forbindelse det er mellom klientens ord og det psykiske materialet som utløser klientens symptomer. At klientens utsagn kan fungere som en kilde til informasjon om klientens ubevisste opplevelser, er avgjørende for å få kontakt med det psykiske materialet som er årsaken til den psy- kiske plagen. Dette er også grunnlaget for å kunne endre det psykiske materialet som forårsaker den psykiske plagen.

#### Språk og Objektivitet

Klientens utsagn er de eneste objektive uttrykkene for klientens opplevelse av schi- zofreni. Dette er ikke fordi de formidler informasjon, men fordi de rommer følelser og viser hvordan schizofreni er lagret mentalt. Utsagn om hvordan klienten opplever sin psykiske plage, må derfor overordnes andres vurderinger av klientens situasjon, uansett hvor kunnskapsrike de andre måtte være. Dette betyr ikke at alle utsagn fra klienten er objektive uttrykk for den psykiske smerten. Klientens fortolkninger av sin egen situasjon er av samme type som andres fortolkninger, i den forstand at de først og fremst inneholder informasjon. Klientens fortolkninger gir likevel informasjon som kan føre til nye spørsmål fra terapeuten for å kartlegge det psykiske materialet som forårsaker den psykiske plagen.

#### Ord og utsagn er sin egen kontekst

Ord lagrer følelser, og klientens ord og utsagn speiler det psykiske materialet som for- årsaker klientens følelser. Ord og utsagn er følelser i seg selv fordi de er blitt betingede signaler for følelser. Man trenger derfor ikke lete i klientens liv eller i det ubevisste for å avdekke årsakene til schizofreni. Det er tilstrekkelig å fokusere på de ordene som klientene bruker.

For eksempel: Når en klient forteller at ”situasjonen er svart,” er dette tilstrekkelig for å iverksette en intervensjon. Årsaken er at ordet ”svart” forteller hvordan klienten opplever sin situasjon. Siden ord rommer følelser, kan man spørre om klienten ønsker

kontakt med en lysere farge. Hvis klienten svarer ja, og han blir rolig av blått, kan man ofte endre klientens ubehagelige følelse ved å bytte ut det svarte med en blå følelse. Vi trenger av og til ikke mer informasjon for å endre klientens ubehag.

Et annet eksempel: Hvis klienten formidler at han ikke kjenner seg igjen i speilet og at han ikke vet om han eksisterer, har terapeuten direkte kontakt med det psykiske eller mentalbiologiske materialet som er en del av den psykiske plagen. Dersom man spør klienten om han en eller annen gang har kjent seg igjen når han så seg i speilet, og klienten svarer ja, og terapeut følger opp ved å spørre om det er den følelsen av gjenkjenne seg selv som han ønsker å ha i dag, kan klienten gi et ja-svar eller et annet svar. I dette øyeblikk er vi i ferd med å oppnå eller forberede en psykisk endring hos klienten (mer om metode senere).

Endring av de ordene og utsagnene som uttrykker den psykiske plagen, vil føre til en endring av det indre psykiske materialet og derigjennom til en endring av klientens følelser. Hvis ikke klientens ord, som terapeuten tar fatt i, er et uttrykk for klientens følelser, vil det ikke oppstå psykiske endringer om terapeuten bruker klientens ord som utgangspunkt for en intervensjon.

#### Språkets Funksjoner i LBT

Da all endring gjennom samtaleterapi skjer ved bruk av språk, vil språket ha flere funksjoner i behandlingen:

* Som relasjonsskapende element: En av språkets viktigste funksjoner er å skape en god relasjon mellom terapeut og klient, gjøre klienten trygg i behandlings- situasjonen og åpen for behandling.
* Som et situasjonskartleggende element: Ordet er en forutsetning for å kartleg- ge klientens situasjon og opplevelse av schizofreni, dersom dette er nødvendig for å begynne behandlingen.
* Som objekt for psykisk endring: Av og til er det det psykiske materialet som er knyttet til de ordene som rommer klientens følelser, som skal endres.
* Som tilgangsgivende element: Som et tilgangsgivende element fører terapeu- tens språk til at klienten og terapeuten får kontakt med hvordan klienten opp- lever sin situasjon.
* Som endringsiverksettende element: Ord og utsagn fra terapeuten anvendes for å endre det psykiske materialet som forankrer den psykiske plagen.
* Som endringskartleggende element: Ord og utsagn anvendes også for å kart- legge de psykiske endringene som har oppstått gjennom konsultasjonen.

Ord og utsagn har de funksjonene som er nødvendige for å gjennomføre en endrings- prosess. For utfyllende informasjon henvises til kapitlene 14-24 om de metodene som anvendes i LBT.

#### Betydningen av å fokusere på utsagn som rommer følelser

Terapeuten må skille mellom ord og utsagn som ikke er et direkte uttrykk for klientens følelser, og ord og utsagn som uttrykker klientens følelser og indre sanseopplevelser. Dersom klientens utsagn uttrykker følelser, samtidig som de gir generelle informa- sjoner, må terapeuten fokusere på det ved klientens utsagn som uttrykker klientens følelser. Grunnen til dette er at utsagn som rommer og formidler sanseopplevelser og følelser, kan anvendes for å oppnå psykisk endring, mens rene informasjoner må undersøkes nærmere før man kan iverksette en intervensjon. Dette er hovedregelen, men det vil være mulig å iverksette intervensjoner med utgangspunkt i utsagn som formidler informasjoner, for eksempel gjennom redefinering.

#### Innenfor klientens livsverden

Utsagn som beskriver klientens indre opplevelser, forteller hvilke ord terapeuten kan anvende for å oppnå psykisk endring. Når terapeuten anvender klientens ord som ut- gangspunktet for en intervensjon, er man innenfor klientens opplevelse og livsverden. Dette fører til at klienten kan oppleve terapeutens intervensjoner som noe kjent og derfor lettere kunne gjennomføre de kognitive prosessene som terapeutens interven- sjoner inviterer til (Dammen 2013, 2023a).

#### Språkets Endringspotensial

I LBTS bruker man begrepet «et utsagns endringspotensial». Et utsagns endringspo- tensial beskriver hvor omfattende mentale endringer som kan oppstå ved å endre det psykiske materialet knyttet til de utsagnene som formidles av klientene. Jo mindre klientens utsagn beskriver hvordan klienten sansemessig (modalt) og språklig opple- ver den psykiske smerten, desto mindre endringspotensial har klientens utsagn. Tera- peuten må derfor lytte til ord og utsagn som forteller hvordan klienten har lagret og opplever sine følelser.

##### Språkets endringspotensial er ferskvare

Hver gang man behandler uten å anvende klientens utsagn som utgangspunkt for sine intervensjoner, mister man den muligheten for psykisk endring som lå i utsagnet. Et utsagns endringspotensial er ferskvare. Det vil likevel alltid dukke opp nye utsagn som man kan intervenere med utgangspunkt i, om man vet noe om forbindelsen mellom klientens utsagn og klientens følelser, og om man er kjent med de mulighetene for endring som ligger i det å ta utgangspunkt i klientenes utsagn.

##### Skillet mellom utsagn med stort og lite endringspotensial

Psykiatrien skiller ikke mellom ord og utsagn med et lite og et stort endringspotensial. En følge av dette er at terapeuter kan overse de mulighetene for psykisk endring som ligger i klientenes utsagn. Mens det å ta fatt i noen utsagnstyper vil ha omfattende endringseffekt, vil andre utsagn ha minimal betydning for psykisk endring. Evnen til å skille mellom ord og utsagn med liten eller stor betydning for psykisk endring, har betydning for behandlingens effektivitet fordi det gjør det mulig å arbeide med de av klientens utsagn med et stort endringspotensial, mens man kan redusere sitt fokus på utsagn med et lite endringspotensial.

#### Konklusjoner

Språket er det viktigste redskapet i terapi. Hvordan terapeuten bruker språk avgjør om klienten skal bli bedre eller dårligere av behandlingen. På den ene siden er klientens språk uttrykk for klientens indre liv. Samtidig er språket det eneste objektive redskapet som terapeuten kan anvende for å få informasjon om klientenes indre liv. Språket er også avgjørende for å kartlegge de mentale endringene som oppstår gjennom behand- ling. Sentralt ut fra en forståelse av hjernens psykologi, er at man kan endre den indre konteksten, de indre opplevelsene som forankrer de psykiske plagene, ved å bruke språk.

#### Oppsummering

I dette kapittelet beskriver jeg forholdet mellom språket og det ubevisste og forholdet mellom klientenes språk og objektiviteten av den kunnskapen man får om symptomer på schizofreni gjennom klientens utsagn. Jeg har også kommet inn på forholdet mel- lom endring av språk og endring av det psykiske materialet som forårsaker schizofre- ni. Jeg har fokusert på at ord og utsagn fra klientene er sin egen kontekst og i seg selv rommer følelser uavhengig av de informasjonene som formidles og de ytre omstendig- hetene som plagen utspiller seg innenfor.

Kapittelet beskriver også betydningen av å fokusere på de av klientens utsagn som uttrykker følelser, samtidig som man er mindre opptatt av utsagn som formidler ytre informasjoner om klientens livssituasjon. I tillegg beskrives språkets endringspoten- sial, det vil si språkets muligheter for å endre schizofreni. Språkets endringspotensial er omfattende, og det er nødvendig å skille mellom utsagn med et stort og et lite en- dringspotensial. Kapittelet beskriver også språkets funksjoner i LBT, det vil si språkets relasjonsskapende, situasjonskartleggende, tilgangsgivende, endringsforberedende, endringsiverksettende og endringskartleggende funksjon. Kapittelet understreker også at ved å forholde seg til og bruke klientens språk, vil man arbeide innenfor klien- tens livsverden, noe som er en forutsetning for å oppnå mentale endringer i behand- ling. Kapittel 4 fører oss over til kapittel 5, til behandlingsprosessen i LBT.

#### Avslutning

Gjennom dette kapittelet har vi sett hvordan språket fungerer som et redskap for psy- kisk endring. Språket ikke bare formidler informasjon om klientens følelser og symp- tomer, men er også et verktøy for å endre det psykiske materialet som forårsaker disse plagene. Ved å bruke klientens egne ord og beskrivelser kan terapeuten tilrettelegge for en prosess der symptomene reduseres og velvære fremmes. Dette understreker språ- kets unike evne til å fungere som et endringsiverksettende element i behandlingen, noe som gir LBT en vitenskapelig og terapeutisk fundament. Kapittelet viser hvordan LBT tilbyr en effektiv og respektfull tilnærming til psykisk behandling, der klientens subjektive opplevelse står i sentrum for terapeutisk endring.

Men språket er ikke et nøytralt redskap. Språk fører til følelser og kan redusere følelser. Språk kan føre til psykisk velvære, men også til angst og uro. Bruk av språk i behand- ling forutsetter derfor en etisk bevissthet og evne til å ta vare på klientens selvrespekt og selvtillit og stolthet. I neste kapittel vil jeg beskrive enkelte av de etiske utfordringer man kan stå overfor i behandling og hvordan disse utfordringene kan forebygges eller løses.

Kapittel 25 Etikk, psykisk smerte og behandling

I Lingvistisk Hjerneterapi (LBT) er etikk en integrert del av behandlingsprosessen, der et sentralt mål er å beskytte klienten mot unødig psykisk smerte. Psykisk smerte, særlig hos klienter med schizofreni, kan forverres under behandling hvis den ikke håndteres korrekt. Terapeutene må derfor være spesielt oppmerksomme for å forhin- dre at behandlingen fører til økt angst, uro eller frustrasjon, som kan hemme klien- tens evne til å gjennomføre nødvendige endringsprosesser. Dette kapittelet belyser de etiske kravene som stilles til terapeuter i LBT, med et særlig fokus på hvordan man kan minimere psykisk smerte gjennom hele behandlingsforløpet. Videre diskuteres det hvordan terapeutene kan beskytte klientene mot overgrep, både i form av psykisk smerte og ved feil bruk av metodene.

#### Sammendrag

Et etisk krav i lingvistisk hjerneterapi (LBT) er å beskytte klienten mot psykisk smerte. Det er inhumant å la et menneske lide når det er mulig å redusere smerten, og det er en selvfølge å gjøre dette om mulig.

Det er viktig å være oppmerksom på at behandling kan øke klientens kontakt med psykisk ubehag gjennom det vedvarende fokus på symptomer på schizofreni under utredning og behandling. Dette kan føre til at angst sprer seg til nye opplevelser og øker mengden psykisk smerte klienten opplever.

En tredje grunn til å beskytte klientene mot angst og frustrasjon, er at det blir vanskeligere for dem å gjennomføre endringsprosesser hvis smerten ikke fjernes før behandlingen begynner. Splittet fokus kan oppstå, hvor det er vanskelig å være fullt konsentrert om behandlingen mens man har kontakt med psykisk ubehag. Dette kan føre til dårligere behandlingsresultater, ingen resultater eller en forverring av klientens tilstand. Enkelte klienter vegrer seg for å snakke om sine plager fordi det fører til kon- takt med ubehag uten at dette har noen funksjon i behandlingen.

Klientens angst, uro og frustrasjon bør derfor reduseres eller fjernes ved å endre fo- kus og kontrollere opplevelsen av tidligere traumatiske hendelser, hallusinasjoner eller tilstander av depresjon eller sorg før behandlingen starter. Dette blir løst i LBTS blant annet ved at man ikke iverksetter terapeutiske tiltak eller intervensjoner som fører til kontakt med psykisk smerte om man kan unngå dette, at man oppfordrer klienten til

umiddelbart å si fra om de skulle få angst underveis i behandlingen, og at klientene blir oppfordret til å ta kontakt dersom de får kontakt med uro eller angst etter at konsulta- sjonen er over. Terapeuten må derfor være oppmerksom på hvilke mentale prosesser som settes i gang hos klientene.

#### Bakgrunnen for fokuset på etikk

Psykologien og psykisk smerte

Psykologien og psykiatrien har ikke fullt ut forstått alvoret i den psykiske smerten som klientene opplever. Få tar livet sitt på grunn av et smertefullt beinbrudd, vedvaren- de fysisk smerte etter vold, eller andre typer fysisk smerte. Derimot tar enkelte livet sitt eller blir funksjonsudyktige og mister livsgleden på grunn av tanker og mentale forestillinger. Om man leser om diagnoser i ICD-11, finner man lite om den psykiske smerten klientene opplever, bortsett fra informasjon om at tilstanden er alvorlig. Få, bortsett fra klienten selv, forstår den omfattende psykiske smerten som de opplever.

Noe av bakgrunnen for mitt fokus på etikk var opplevelser i forbindelse med et se- minar i nevrolingvistisk programmering. Seminardeltakerne ble delt opp i grupper for å prøve ut metoder på hverandre, uten at det var skolerte terapeuter i gruppene. Del- takerne fikk instruksjoner om å fokusere på håndterlige psykiske utfordringer. Likevel viste det seg at problemene de tok opp var større enn kurslederen hadde tenkt seg. De færreste hadde kompetanse til å redusere det psykiske ubehaget de fikk kontakt med gjennom disse øvelsene, med den følge at flere fikk utløst angst som de beholdt etter at gruppearbeidet var over.

Jeg hadde tidligere på dagen berørt forsiktighetsregler og etikk når man arbeider med psykiske problemer. Dette var trolig bakgrunnen for at enkelte tok kontakt for å få hjelp til å redusere angst som var blitt utløst gjennom øvelsene. En av dem var en eldre kvinne som hadde fått kontakt med sine fobiske reaksjoner i forbindelse med tordenvær (det var for øvrig fint vær). Jeg henviste arbeidet med fobien til kurslederen, men forsøkte å fjerne angsten. Det gikk bra. Ryktet spredte seg, og flere tok kontakt. Denne gangen ble angsten fremprovosert i en setting med legfolk som utøvere. Den profesjonelle terapeuten kan utløse liknende reaksjoner hos klienter når de kartlegger og behandler.

Min opptatthet av etikk er også knyttet til følgende opplevelse. Jeg holdt et foredrag for sykepleierstudenter om hvordan man kan forberede seg mentalt til eksamen, der jeg demonstrerte hvordan man kan mestre angst og uro via autogen trening. Jeg sa til studentene: ”Sett at du forestiller deg at du er et sted der du har det godt, for eksempel at du har ferie, og at du hviler og ligger på en strand hvor det er sol og varme. Legg merke til hvordan du har det når du har det akkurat sånn.”

Hensikten med utsagnet var å gi studentene kontakt med en god opplevelse. De fleste fikk et behagelig og avslappet uttrykk, men ikke alle. ”Jeg er redd,” sa en student. Jeg spurte: ”Hva skjer?” Studenten svarte: ”Jeg er på Kanariøyene, ligger på stranden

og har det fint, men får en melding fra en kelner om at far er blitt alvorlig syk. Jeg ble redd og engstelig. Jeg har den samme følelsen nå.” Jeg spurte hva hun gjorde videre. ”Jeg reiste hjem,” sa studenten. ”Far ble innlagt på sykehus, men det gikk bra. Jeg er fortsatt redd.”

Jeg avbrøt forelesningen og begynte arbeidet med å redusere studentens angst. Stu- denten var 15 meter fra meg, og det var mange mennesker i rommet som fulgte spent med. Det gikk bra. Studenten fikk tilbake en følelse av trygghet og fikk samtidig bear- beidet traumet. Eksempelet fortalte meg hvor fort man kan få kontakt med angst og andre intenst ubehagelige følelser gjennom assosiasjon, med utgangspunkt i noen få utsagn fra en terapeut, forsker, foredragsholder, venn eller en slektning.

#### Selvpåført angst

I min tidligere kontakt med nevrolingvistisk programmering (NLP) eksperimenterte jeg med ulike metoder. I en situasjon forsøkte jeg å fremkalle min egen angst. Dette lyktes. Jeg hadde en viss kontroll, og for å teste ut situasjonen gikk jeg med angsten i en uke. Angsten var ikke lammende, men den var der som en ubehagelig pirring som ble mer intens i bestemte situasjoner. Etter en uke skulle jeg ta den vekk. Nå hadde jeg fått en ny angst, en angst for ikke å klare å ta vekk den angsten jeg hadde etablert. Jeg husker fortsatt følelsen av uro da jeg forsøkte å fjerne angsten. Det gikk bra. Jeg fjernet imidlertid ikke angsten for ikke å klare å ta vekk angsten. Den var der som en uro og en sitring i kroppen. Jeg valgte å beholde den av nysgjerrighet på hvordan den ville utvikle seg. Fortsatt i dag, mange år etter denne opplevelsen, kan jeg få kontakt med denne litt sitrende følelsen av uro, selv om den nå er minimal, når jeg tenker på situasjonen. Jeg tok ikke i betraktning alle de faktorene som påvirket min psykiske tilstand den gangen. Mine egne erfaringer illustrerer hvor enkelt det kan være å frem- kalle angst i en endringssituasjon, og betydningen av oppmerksomhet overfor og tiltak rettet mot angst eller uro utløst av behandling.

Som ung eksperimenterte jeg litt med stoff og LSD. Jeg fikk en bad trip med hallu- sinasjoner og en overveldende angst. Jeg reiste ut til Dikemark, til ungdomspsykiatrisk avdeling, og spurte om jeg kunne bli lagt inn. Resultatet var negativt. Meldingen var at jeg var for frisk. Jeg skaffet meg en pille som en sikkerhet på at hvis jeg fikk alvorlige tilbakefall, kunne jeg ta pillen og bevare nok ro til å oppsøke psykiatrisk legevakt. En gang hadde jeg glemt pillen. Jeg dro hjem, vekket familien midt på natta, fant pillen og forsvant uten mer kontakt. Jeg tok kontakt med en psykiater, men det hjalp ikke. Jeg gikk med angsten i tre år. Jeg måtte legge om livet. En av mine største seire var den dagen jeg bestemte meg for å kaste pillen og derved også min sikkerhet. Det gikk bra, men disse erfaringene ga meg en innsikt i hvor alvorlig angst kan være og hvor avgjørende det er å redusere den for å komme videre med andre psykiske utfordringer.

#### Etisk inspirasjon

Fokuset på etikk i LBTS er også en følge av inspirasjon utenfra. De tradisjonene som har hatt størst påvirkning på utviklingen av de etiske holdningene i LBT, er klientsentrert terapi utviklet av Carl Rogers, som fokuserer på en betingelsesløs aksept og kjærlighet (Rogers 1951, 1995). I tillegg er LBTS inspirert av etiske holdninger som preger løs- ningsorientert terapi, narrativ terapi og postmoderne terapi. Løsningsorientert terapi søker å gi klientene tilgang til gode løsninger og å aktivere klientenes mentale ressur- ser for å mestre sine psykiske utfordringer (deshazer 1988, 1994, 1995). Postmoderne terapi (Anderson, 1997, Anderson & Goolishian 1987; Tom Andersen 1987, 1996) in- spirerte utviklingen av den etikken som preger LBTS gjennom sine holdninger om at god behandling forutsetter at det opprettes en gjensidig og respektfull dialog mellom terapeut og klient. Narrativ terapi (White & Epston 1995; White 1989) rommer en dyp respekt for klientenes fortellinger om sitt eget liv og understreker betydningen av den tryggheten som skapes gjennom de sosiale miljøene som klientene inngår i, og de po- sitive og mestringspregede fortellingene som dannes gjennom narrativ terapi. I tillegg kan positiv psykologi (Seligman 2006) nevnes, med sin vekt på klientenes ressurser og positive muligheter. Hver for seg har disse tradisjonene inspirert utviklingen av den etikken som preger LBT. I tillegg er de etiske holdningene inspirert av Martin Bubers humanistiske holdning, som kommer til uttrykk i boken Jeg og du (Buber 1992), og av Rudolf Steiners usvikelige tro på de ressursene som mennesket besitter, og av hans holdninger om at alle skal behandles med håp, tro, omsorg og respekt.

Kravet om at klientene må beskyttes mot psykisk smerte kan ivaretas i LBTS fordi man har metoder som kan lindre den psykiske smerten uten å redusere virkningen av behandlingen.

#### Etikk og offentlige krav

Det etiske påbudet om å beskytte klientene mot psykisk smerte og overgrep er støttet av loven om personregistre (https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1978-06-09-48), som formidler et «krav om informert samtykke, anonymisering og oppbevaring av innhentede opplysninger, om innsynsrett fra deltakere, og taushetsplikt for de som medvirker i forskningen» (Befring, 2007), og i behandlingen (mitt tillegg). Dette er etiske krav som blir utdypet gjennom Norges allmennvitenskapelige forskningsråds utredning om forskningsetikk. I tillegg kom Helsinkideklarasjonen av 1964, revidert i 2008. Helsinkideklarasjonen retter seg mot klinisk forskning. Utgangspunktet er Nü- rnbergkodeksen, som ble utformet etter andre verdenskrigs forskningsetiske overgrep mot jøder, romfolket og funksjonshemmede. Her står det informerte samtykket sen- tralt, samtidig som det understrekes at det forskningsetiske ansvaret påhviler forske- ren og behandleren (min tilføyelse). Dette betyr at det informerte samtykket, uansett hvor informert det er, ikke forsvarer uetisk behandling og forskning.

Dette blir løst i LBTS blant annet ved at man ikke iverksetter terapeutiske tiltak el-

ler intervensjoner som fører til kontakt med psykisk smerte om man kan unngå dette, at man oppfordrer klienten til umiddelbart å si fra om de skulle få angst underveis i behandlingen, og at klientene blir oppfordret til å ta kontakt dersom de får kontakt med uro eller angst etter at konsultasjonen er over.

#### Innsamling og oppbevaring av privat informasjon

I LBTS nedtegner man verken navn på eller informasjon om andre personer som kan være knyttet til klientens opplevelse av schizofreni. En grunn til dette er at denne type informasjon er ubrukelig dersom målet kun er å behandle klientene. En annen grunn er at man kun forholder seg til de mentale elementene som forårsaker de psykiske plagene, det vil si til det psykiske materialet som forårsaker klientens følelsesmessige reaksjoner. En tredje grunn er at man i LBTS først og fremst er fokusert på psykisk endring og på klientens evne til å mestre situasjoner i fremtiden, og i minimal grad på innholdet i de situasjonene som har ført til den psykiske plagen.

Hvis psykologer, terapeuter og samfunnets institusjoner trenger utførlig forsknings- relatert informasjon om hvordan klientene opplever sine symptomer, burde man hel- ler betale klientene for å svare på spørreskjemaer eller for å delta i forskning som le- verandører av viktig informasjon. Grunnen er at man gjennom utredning kan påføre klientene unødig psykisk smerte dersom man innhenter informasjon om klientenes opplevelser, som går ut over det man kan anvende i behandlingen. Fra kun å være en klient blir de nå betalte informanter med betydning for psykologiens videre utvikling. En årsak til at man må være forsiktig med å samle inn og lagre informasjon som ikke kan anvendes i behandlingen, er ubehaget knyttet til det å utlevere informasjon

som klientene ønsker å holde privat.

#### Når utredningen fører til psykisk smerte

Jo nærmere terapeutens spørsmål kommer klientens ubehagelige opplevelser, desto større er muligheten for å få kontakt med det psykiske ubehaget som har utløst indi- videts angst eller uro. Enkelte lever seg så intenst inn i den hendelsen som utløste et bestemt traume, at de gjenopplever traumet på nytt mens de forteller. Dette innebærer at de i behandlingssituasjonen nesten kan få kontakt med den samme angsten og de samme reaksjonene som i den traumatiske opplevelsen.

Et eksempel fra behandling av en posttraumatisk plage: En musikkstudent hadde opplevd en ulykke. Hendelsen skjedde tre uker før han tok kontakt. Han hadde i denne perioden hatt angst, skjelvinger, kvalme og oppkast kombinert med søvnproblemer som følge av at den indre filmen av hendelsen gikk natt og dag. Klienten hadde vært arbeidsformann i et parkanlegg. En av arbeidskameratene, en kvinne, hadde hatt et uhell med en minitraktor, fått en gjerdestolpe gjennom låret og fått kuttet av seg flere fingre. Situasjonen var dramatisk og blodig. Klienten hadde ansvaret for å hjelpe før ambulansen kom, men han hadde fått panikk, blitt kvalm og kastet opp. Mens klienten

fortalte sin historie, fikk han angsten og skjelvingene tilbake. Hendene dirret, han var stiv og preget av det han fortalte. Han gjennomlevde situasjonen på nytt. I dag ville jeg ikke ha latt en klient fortelle om sterke traumatiske opplevelser uten først å dempe disse. Jeg ville ha sikret klienten ved å koble ham til en nøytral og deretter til en positiv tilstand før han begynte å fortelle, og aktivert de nødvendige mentale ressursene for å mestre situasjonen (kapittel 5). Hvorfor? Fordi selv om en gjennomlevelse av et alvor- lig problem på konsultasjonen, en katarsis, kan fungere, kan terapeuten ikke garantere resultatet. Klientene kan pådra seg enda mer ubehag. Denne gangen gikk det bra.

#### Desensitivisering

Eksponeringsterapi kan fungere for noen klienter, men desensitivisering virker ikke alltid, selv om den er godt teoretisk forankret. Resultatet kan bli at klientene får akti- vert den tidligere angsten fordi angsten som oppstår i forbindelse med eksponeringen har større kraft enn tryggheten ved å nærme seg angstsituasjonen sammen med en støttende og trygg terapeut. I LBTS anvender man ikke eksponeringsterapi in vivo, men en mental form, som kan være enda mer effektiv, uten de bivirkningene som kan være en følge av eksponeringsterapi in vivo.

(En intens variant av eksponeringsterapi (B4DT), som er utviklet og anvendt i Ber- gen, i forbindelse med tvangslidelse (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) og alvor- lige angstlidelser, har oppnådd bemerkelsesverdige resultater og er meget lovende i forhold til behandling av angst.)

#### Når samtalen aktualiserer psykisk smerte

Forestillinger i psykologien om at det å snakke om det alltid er et gode, må modifiseres. Noen samtaler med terapeut fører til lindring og til at klienten blir kvitt sine psykiske problemer. Andre samtaler kan øke de psykiske belastningene ved at de holder klien- ten fast i det problematiske og smertefulle, og ved at de dermed sementerer klientens symptomer. Terapeuter som kontinuerlig fokuserer på den psykiske smerten og på de situasjonene som den psykiske smerten har utviklet seg innenfor, kan også gi kontakt med psykiske problemer som klienten har lagt bak seg. Det er derfor viktig at terapeu- ten er oppmerksom på om og når samtalen forverrer klientens psykiske tilstand.

#### Når den psykiske smerten oppleves som naturlig

En side ved terapeutiske tradisjoner som ser den psykiske smerten som naturlig og nødvendig, er at terapeuten får redusert evne til å forstå når den psykiske smerten er uheldig, mulig å redusere, og når den er uunngåelig. Terapeutene kan som følge av sitt vedvarende fokus på opplevelsen av schizofreni, opprettholde den. Psykisk smertepå-

føring er her en følge av manglende innsikt i hvordan klientens symptomer er bygget opp mentalt, og hvordan man kan redusere den psykiske smerten i behandlingen.

Et omfattende fokus på situasjoner forbundet med angst eller annen psykisk smerte kan føre til redusert håp, optimisme og økt psykisk smerte hos klientene og til økt pes- simisme hos terapeutene. Ubehaget forsterkes jo mindre man fokuserer på positive og meningsfulle opplevelser og på klientenes mestringsevne. Positive opplevelser og erfa- ringer som ikke fokuseres på, glemmes, mister sin betydning eller kobles fra individets bevissthet. Resultatet er mindre motstand mot symptomer og mindre overskudd til å mestre mentale utfordringer.

I samtaler med representanter for The Talking Cure, samtaleterapi eller psykoterapi har jeg møtt argumentet om at psykisk smerte fører til større innsikt i eget liv, og at smerten derfor både er naturlig og betydningsfull. Dette er noe jeg ikke kan utelukke, men jeg har ennå ikke støtt på et psykisk tilfreds menneske som ber om økt psykisk smerte fordi smerten kan føre til økt refleksjon, bevisstgjøring, større lutring eller en dypere forståelse av tilværelsen. Jeg har heller ikke møtt en klient som ønsket å behol- de sin angst når jeg forteller at den kan reduseres eller tas helt vekk.

#### Smertelindring på somatiske sykehus og i terapi

På et somatisk sykehus er det opplagt at pasienter får smertestillende medikamenter. På samme måte som smertelindring er en forutsetning for å gjennomføre operasjoner, er smertelindrende psykiske tiltak en forutsetning for å kunne gjennomføre god be- handling og oppnå varige endringer. I dag gis psykisk smertelindring oftest gjennom medisiner. Men mens virkningen av smertelindrende medikamenter kan avta etter hvert, og klientens symptomer kan komme igjen når man slutter med medisiner, vil den smertelindrende psykiske behandlingen kunne føre til varig smertelindring og varig psykisk endring. I tillegg kan smertereduserende medisiner føre til avhengighet og alvorlige psykiske og fysiske bivirkninger når de trappes ned.

#### Smertelindring og informasjon

Av og til vil de psykisk smertelindrende tiltakene ikke være tilstrekkelige. Dette er et tegn på at klienten har kontakt med et annet psykisk materiale som rommer psykisk smerte, og som må endres før klienten kan oppnå full bedring. For andre vil den psy- kiske smertelindringen bli opplevd som en så god opplevelse at de avslutter behand- lingen før den er helt ferdig. Terapeuten må derfor være oppmerksom på om de smer- telindrende verbale tiltakene fungerer, men også informere om at en god opplevelse på konsultasjonen ikke nødvendigvis betyr at man er helt kvitt de psykiske plagene.

#### Når klienten er fortrolig med psykisk smerte

Man kan få klienter med erfaring fra psykoterapi. Disse bringer av og til med seg sam- me forståelse som sine tidligere behandlere. Enkelte betrakter det som et tegn på at de nærmer seg et vesentlig punkt, noe opprinnelig og kanskje årsaken til sine problemer eller symptomer, når de har psykisk smerte. En følge av dette er at enkelte forsøker å tåle den. De underkommuniserer den i behandlingssituasjonen og tar den med seg hjem.

I LBTS vil terapeuten formidle at det psykiske ubehaget kan reduseres, og at klien- tene umiddelbart må si fra om de skulle få kontakt med sterkt psykisk ubehag. Samti- dig må terapeuten vurdere om klientens utsagn om at han eller hun har det bra, faktisk reflekterer klientens følelsesmessige tilstand. Klientens stemmeleie, kroppsholdning og øyebevegelser er gode indikatorer på om klienten har kontakt med ubehagelig psy- kisk materiale, selv om klienten sier at han føler seg bra eller ok.

Det finnes klienter som mener at nerver er noe man må tåle og at det hører med. Andre klienter er blitt trygge på det å ha vondt. De har hatt det vanskelig så lenge og brukt så mye tid på å reflektere over sin situasjon at det å miste problemet vil kunne kjennes fremmed, uvant, gi en liten sorgfølelse og være noe de ikke helt stoler på. Årsaken er at det som oppleves som vondt og vanskelig ofte også rommer positive erfaringer og en følelse av meningsfullt liv, av at noe skjer, av at man føler, og av at man tar i bruk noen viktige egenskaper for å overleve. Oppgaven blir her å gjøre klienten fortrolig med de endringene han eller hun ønsker seg, og samtidig undersøke om det er noe klienten ønsker å beholde av det som oppleves som ubehagelig. Noen klienter formidler at de vil ha vekk det som er ubehagelig med en gang, og de vil ta vekk alt. En klient formidlet at hun ville beholde sin aggresjon rettet mot han som hadde voldtatt henne, selv om traumet var behandlet. Etter behandlingen hadde hun fått to strategier som hun kunne veksle mellom. Den ene var evnen til å avvise og beskytte seg mot menn hun ville beskytte seg mot, som hun hadde utviklet etter voldtekten. Den andre var evnen til å være åpen seksuelt overfor sin egen mann.

#### Etikk og utvikling av immunitet mot schizofreni

Noen har tilnærmet immunitet mot psykiske problemer. De møter krevende situasjo- ner og utfordringer med nøkternhet, ro, overskudd, handlekraft, opplevelse av me- ning, vennlighet og humor. Andre møter de samme utfordringene med nederlagsfølel- se, bekymring, angst, manglende kontroll, manglende tro på at det finnes en løsning, handlingslammelse, apati, aggresjon og liten tiltro til egen mestringsevne. Som følge av dette kan de pådra seg symptomer der andre utvikler psykisk styrke. Den sistnevnte gruppen kan få det bedre ved å utvikle et sterkere psykisk immunforsvar.

Man kan til en viss grad utvikle immunitet mot schizofreni. Dette kan gjøres ved å endre de mentale mønstrene som fører til symptomer, og ved å forsterke tanke- og

opplevelsesmønstre som fører til psykisk velvære. En forutsetning er at man reduserer det psykiske materialet som forankrer de schizofrene symptomene.

Utvikling av større immunitet mot symptomer vil handle om å utvikle evnen til å få kontakt med psykisk materiale som utløser positive følelser, og evnen til å anvende egenskaper som fører til mestring når man står overfor krevende mentale utfordringer. I tillegg vil det være knyttet til evnen til å vinkle sine opplevelser slik at de fremstår som positive.

Immunitet mot symptomer vil føre til mindre psykisk smerte, og de som likevel utvikler schizofreni, vil kunne bli behandlet lettere. Dette fordi man kan aktivere men- tale prosesser og egenskaper som kan motvirke eller redusere klientens symptomer.

Behandling som virker, fører til at individet øker sin evne til å mestre situasjoner som tidligere har ført til psykisk ubehag. Man kan likevel ikke garantere at selv et godt psykisk immunforsvar vil gjøre en i stand til å mestre omfattende mentale utfordrin- ger.

#### Oppsummeringer

Det etiske påbudet i LBTS er at klientene må beskyttes mot psykisk smerte i konsul- tasjonen. Det er inhumant å påføre og la klientene gjennomleve psykisk smerte når det er mulig å fjerne eller redusere den. En annen grunn er av faglig karakter. Det å gjennomføre en intervensjon samtidig som klienten har kontakt med angst eller an- net ubehag, kan hindre endring og føre til at klienten drar med seg psykisk ubehag innover i behandlingen og får mer angst etter at konsultasjonen er over. Hvis dette skjer, fungerer behandlingen antiterapeutisk. Denne situasjonen kan oppstå selv om klienten er fortrolig med og godtar den psykiske smerten som han får kontakt med gjennom behandlingen.

En utfordring som psykologien står overfor, er at terapeutene oftest har lite innsikt i hvordan man kan redusere symptomene, med den følge at man betrakter dem som en naturlig og nødvendig del av behandlingen, med økt belastning på klientene som resultat. Min vurdering er at man med sikkerhet kan redusere den psykiske smerten som klienten får kontakt med underveis i konsultasjonen.

#### Avslutning

Kapittelet har utforsket de etiske kravene i Lingvistisk Hjerneterapi og betydningen av å beskytte klienten mot psykisk smerte. Etikk i behandling handler ikke bare om å unngå skade, men også om å sikre at klienten får den nødvendige støtten til å gjen- nomføre endringsprosesser uten å bli overveldet av angst eller frustrasjon. Erfaring viser at det er mulig å redusere klientens psykiske smerte betydelig gjennom målret- tede teknikker, noe som er avgjørende for å oppnå varig psykisk velvære. Det etiske påbudet om å beskytte klientene er derfor både en moralsk og faglig forpliktelse for terapeuter i LBT, og det krever konstant oppmerksomhet for å sikre at behandlingen

fører til positive og varige endringer. De etiske verdiene som er nevnt i det foregående blir i høy grad søkt realisert i behandlingsprosessen i LBT som blir beskrevet i neste kapittel.

Kapittel 27 Behandlingsproses- sen

#### Innledning

Behandlingsprosessen i Lingvistisk Hjerneterapi (LBT) bygger på en helhetlig tilnær- ming til psykisk plage og schizofreni, der beskyttelse mot psykisk smerte, aktivering av mentale ressurser og på- og avkopling av biopsykiske elementer som rommer følelser, er sentralt Dette kapittelet gir en oversikt over de ulike fasene i behandlingen, fra den første kontakten med de biopsykiske elementene til kartleggingen av resultatene. Pro- sessen er strukturert og tilpasses kontinuerlig til klientens utvikling og tilstand. En av de grunnleggende premissene for LBTS er at klienten har de nødvendige ressursene for å oppnå endring, og at terapeuten jobber systematisk for å aktivere og forsterke dis- se ressursene. Kapittelet vil særlig fokusere på hvordan man bygger trygghet, reduserer angst, og hvordan man skaper et solid fundament for videre behandling uten å påføre klienten unødig psykisk smerte.

#### Sammendrag av behandlingsprosessen i lingvistisk Hjerneterapi (LBT)

I dette kapittelet beskriver jeg et sammendrag av behandlingsprosessen i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Kapittelet fokuserer mest på den innledende fasen, arbeidet med å beskytte klienten mot psykisk smerte underveis i konsultasjonen, og behandlingens avslutning. Gjennomføringsarbeidet vil jeg fokusere mer på i kapitlene om metode i del 3.

#### Den første kontakten

Den første kontakten i poliklinisk behandling skjer via telefon eller e-post. Klienten ber om en samtale. Terapeuten spør hva som er klientens situasjon, og hva han/hun ønsker å oppnå. Man ber kun om stikkord for å få et lite bilde av situasjonen og for å hindre at klienten får kontakt med det som er vondt eller vanskelig.

#### Klientens mål og ønsker for behandlingen

Utgangspunktet for behandlingen er at klienten er intellektuelt tilgjengelig, vet hva han/hun ønsker å endre på, og at han/hun har et mål om å få det bedre med noe. Man undersøker om klienten kan forestille seg hvordan de ønsker å fungere, deretter om de en eller annen gang har fungert slik de skulle ønske i dag. Denne innfallsvinkelen er inspirert av løsningsorientert terapi (Steve deShazer 1985, 1988, 1994), som fokuserer på unntakene, det vil si på situasjoner der symptomene er fraværende.

Hvis klienten har det ok i øyeblikket og ønsker raskt å få det bedre, kan endrings- arbeidet begynne umiddelbart uten nærmere utredning. For eksempel kan man be klienten om å forestille seg at de har kontakt med de positive egenskapene som de tid- ligere har hatt i en situasjon som de mestret uten problemer. Terapeut: ”Hvis du hadde hatt de samme fine reaksjonene og egenskapene som du hadde kontakt med tidligere, i de situasjonene som du ønsker å få det bedre med i dag, hva ville skjedd da? Hvordan ville du hatt det, hva ville du ha gjort annerledes?” Hvis spørsmålet ikke fører frem, må man skifte innfallsvinkel inntil man får et ja-svar fra klienten (se kapitlene 14-24). Hvis klienten er urolig ved konsultasjonens begynnelse, noe som er vanlig, begynner behandlingen med å utvikle klientens trygghet og velvære.

#### Utvikling av trygghet for å gå i behandling

Enkelte klienter kan ha hatt dårlige erfaringer med tidligere behandling og kvier seg for å søke hjelp. Andre er litt urolige for å betro seg til en terapeut eller for å kunne bli konfrontert på en ubehagelig måte. Denne usikkerheten må erstattes av trygghet før forandringsarbeidet begynner.

Det er sjelden vanskelig å opprette trygghet. Man kommer langt med vennlighet, respekt, interesse for klientens problemer og at man selv er trygg og kan sitt fag. I til- legg er det nødvendig å få klientens fokus over på situasjoner som er forbundet med velvære og mestring. Etter at tryggheten er etablert, begynner den innledende kartleg- gingen. Hensikten med utredningen er å få et utgangspunkt for en intervensjon, ikke å kartlegge klientens situasjon i sin fulle bredde.

#### Informasjon om behandlingen

Enkelte ønsker informasjon om mulighetene for bedring, hvor lang tid behandlingen vil ta, hva de kan gjøre selv, og hvorfor behandlingen virker. Noen er ikke interessert. De overlater alt til terapeuten og trenger ingen informasjon. De ønsker en endring, raskt.

Andre vil gjerne vite hva som skjer i behandlingen, men blir mindre interesser- te når de får svaret. For noen forsvinner magien ved behandlingen når jeg beskriver kunnskapen og metodene som ligger til grunn for behandlingen. Enkelte klienter tes- ter også ut terapeuten. Når de får bekreftet at de kan få de informasjonene de ønsker,

vender de ofte tilbake til egen problematikk. Enkelte klienter blir så interesserte at behandlingen kan få et preg av undervisning. Da guides klienten tilbake til sitt eget problem. Noen klienter lærer å bruke endringsmetodene på egen hånd.

Jay Haley (USA), grunnleggeren av strategisk terapi, fortalte på et seminar om fa- milieterapi i Risør at han aldri fortalte klienten hvordan han arbeidet, og hvilke me- toder han anvendte. Begrunnelsen var at det ville redusere virkningen av behandlin- gen. Jeg forteller klientene, hvis de ønsker, hva jeg gjør, hvorfor jeg gjør det, hvorfor det virker og hvorfor det eventuelt ikke virker, og det virker fortsatt. Enkelte prøver å avlure meg hemmeligheten, og det gir dem en egen glede når de finner den, og de havner «one up», men de trenger fortsatt hjelp og havner «break even», som er et fint utgangspunkt for behandling.

#### Utredning

Etter at tryggheten er etablert og klientene som ønsker informasjon om behandlingen har fått denne, begynner man å danne seg et bilde av klientens situasjon, behov og ønsker, og av hvordan klienten opplever sin psykiske plage, med et fokus på hvordan disse informasjonene umiddelbart kan anvendes terapeutisk. Den innledende samta- len varer fra 1–20 minutter. Enkelte klienter vil vite hva de ønsker med behandlingen, mens andre vil være mer usikre. Med trygge klienter kan man redusere kartleggingen og begynne behandlingen etter at man har gitt klienten kontakt med en god følelse. På denne måten sparer man tid, og man unngår at klienten får mer kontakt med det psykiske ubehaget enn det som er nødvendig for å endre dette.

Et Eksempel

T: Velkommen. Hva bringer deg hit? Hva ønsker du å få til eller få det bedre med? Utsagn som «Velkommen» er uttrykk for vanlig høflighet og et relasjonsskapende ele- ment. Utsagn som «Hva bringer deg hit?» og «Hva ønsker du å få til eller få det bedre med?», er et signal om at det som er interessant, er det som klienten ønsker å få det bedre med, samtidig som klienten blir invitert til å tenke gjennom hva hun vil. Klien- tens ønsker blir oppfattet som en bestilling. Endringer i klientens ønsker underveis i konsultasjonen gjør det også mulig å vurdere om de blir realisert gjennom behandlin- gen.

#### Når klienten ikke vet hva han eller hun ønsker

Enkelte klienter vet ikke helt hva de vil, utover at de ønsker å få det bedre. De kan være forvirret, i tvil eller ha motstridende ønsker. Terapeutens oppgave er å gjøre klientene mer bevisste på hva han eller hun ønsker, for å kunne jobbe med det som har betyd- ning for klienten. T: Sett at det er noe du skulle ønske å få det bedre med, bare et eller annet, hva kunne det være? Vi kan skifte mål senere, men da har vi et utgangspunkt for arbeidet.

Når klientene får denne typen spørsmål, forteller de ofte hva de ikke ønsker. Dette

er utilstrekkelig. Det å vite hva man ikke vil, er ingen garanti for at man får løst sitt pro- blem, eller at man oppnår det man ønsker. Utsagn om hva klienten ikke ønsker, er ofte mer upresise enn utsagn som beskriver det de ønsker å oppnå. Det har større effekt å jobbe med noe klienten ønsker å få til, fremfor å fokusere på noe han eller hun ikke vil. For enkelte er dette utfordrende. Det kan være lenge siden de har tenkt på hvordan de ønsker å ha det. I stedet har de vært opptatt av hva som ikke er så bra og hvorfor de ikke har fått til det de ønsker å få til, og andre problemer som de står overfor. Det å tenke gjennom hvordan man ønsker å reagere, føle og tenke, kan være et skritt på veien mot psykisk endring.

#### Begrenset utredning

I psykiatrien legges det ned et omfattende arbeid for å utrede klientene. Omfattende utredning er et tegn på at man ikke vet hvordan schizofreni er bygget opp mentalt, og hva som presist utløser klientens øyeblikkelige opplevelse av schizofreni. Man vet derfor heller ikke hva man skal endre på og hvor man skal begynne behandlingen. Dersom man hadde visst hvilket psykisk eller mentalbiologisk materiale som forårsa- ket schizofreni, hva som skulle endres og hvordan man kunne endret dette psykiske materialet, kunne man begynt behandlingen etter noen minutter.

Det er ikke nødvendig med en omfattende utredning av schizofrene. En grunn til dette er at den viktigste kilden til informasjon om schizofreni er klientens reaksjoner på terapeutens intervensjoner. Disse reaksjonene forteller både om klientens mentale tilstand og endringskapasitet, hvilket er viktig for den videre behandlingen. Utrednin- gen bør derfor skje parallelt med, og ikke skilles fra, behandlingen. Dette også fordi klientens ord og utsagn er den mest presise kilden til hvordan klienten opplever sin psykiske plage, ønsker å oppnå, hva som skjer mentalt når klienten opplever en psy- kisk endring og hva som hindrer klienten i å endre seg..

Hver gang en intervensjon fungerer, får man viktig informasjon om klientenes mentale kapasitet og situasjon. Det samme skjer også hver gang en intervensjon ikke fører til endring. Da får man informasjon som kan føre til spørsmål om hva som hin- drer klienten i å endre seg, og om hva som gjenstår av arbeid. Samtidig får man innsikt i hva som må gjøres for at klienten skal kunne gjennomføre de mentale prosessene terapeuten inviterer til.

Forutsetningen for at terapeuten skal kunne anvende denne typen informasjoner, er at han vet hvordan schizofreni er bygget opp mentalt, hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring, og hvordan man kan endre det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer.

En omfattende utredning kan føre til mer informasjon enn det som er nødvendig for å endre schizofreni. Men omfattende informasjon kan like gjerne skape forvirring som klarhet i hva som må gjøres. En omfattende kartlegging fører også til at klienten får kontakt med flere opplevelser som er forbundet med ubehag, med den følge at klienten får økt psykisk smerte, og at behandlingen tar lengre tid. Et tredje moment er at behandling koster både for samfunnet og for klienten. En omfattende utredning

kan, men vil ikke med nødvendighet, føre til at man får mer innsikt i hvordan man skal behandle klienten. Man bør derfor ikke innhente mer informasjon enn man kan anvende for å redusere eller fjerne klientens symptomer dersom målet med utrednin- gen kun er å endre disse.

Et eksempel kan illustrere denne påstanden: En ung klient hadde gått i kognitiv terapi i seks måneder uten at man hadde funnet ut hva som feilte klienten. Det tok li- kevel kun minutter å få kontakt med de mentale utfordringene som klienten stod over- for, noe som umiddelbart ga grunnlaget for en intervensjon. Trolig hadde terapeuten utviklet interessant kunnskap om klientens situasjon, men likevel ikke kunnskap som han opplevde at han kunne bruke for å endre klientens psykiske plage.

Min vurdering er at avstanden mellom innsamlet informasjon og endringstiltak, i psykologien, ofte er unødvendig stor.

#### Angst og uro underveis i konsultasjonen

Enkelte klienter får kontakt med uro når de forteller om sin situasjon. Om dette skjer, nøytraliseres klientens tilstand. Nøytraliserende intervensjoner kan avdramatisere kli- entens følelser og gi et snillere inntrykk av den psykiske plagen enn klientens opple- velse utenfor konsultasjonen. Behandlingsmessig vil det ha liten negativ betydning å dempe den psykiske smerten, da man likevel vil få kontakt med det psykiske materia- let som må endres for å endre symptomene. Metoden nøytralisering kan anvendes ved forskjellige psykiske tilstander i kombinasjon med positive tanker.

Enhver nøytralisering av den psykiske tilstanden og påkobling av positive følelser innebærer også en form for kartlegging. Grunnen er at terapeuten gjennom nøytra- liserende og trygghetsskapende intervensjoner får informasjon om klientens evne til å endre følelser fra en tilstand av psykisk smerte til noe positivt, hvilket forteller noe om egenskapene ved klientens symptomer på schizofreni og tilstand. Samtidig får man innsikt i hvordan schizofreni har påvirket klientens forestillings- og funksjonsevne, og derigjennom informasjon om klientens opplevelser og egenskaper som kan anvendes som utgangspunkt for behandlingen.

En annen grunn til at man nøytraliserer klientens ubehag ved konsultasjonens be- gynnelse, er at det er lettere å gjennomføre endringsprosesser når klientens fokus er rettet mot noe nøytralt eller positivt. En tredje grunn er at en god følelse vil skape en god relasjon til terapeuten og behandlingen, noe som gjør det lettere for klienten å gjennomføre terapeutens intervensjoner.

##### Et Eksempel på en Nøytraliserende eller Beroligende Intervensjon

T: En eller annen gang har du hatt det litt hyggelig eller vært fornøyd med deg selv, helt uten ubehag. Siste gang du opplevde dette, når var det? Når klienten har fått kontakt med en situasjon som kun er preget av en god følelse, kan terapeuten for å forsterke den gode følelsen spørre: Hvordan opplever du den litt hyggelige eller trygge situasjo- nen?

Spørsmålene blir stilt på den måten at man nesten er garantert et ja-signal fra klienten. Det skal lite til for å få klienten over i et bedre psykisk leie, men enkelte klienter får umiddelbart kontakt med det mest alvorlige problemet. Da må man endre innfalls- vinkel.

#### Manglende kontakt med positive opplevelser og er- faringer

Hvis angst eller annen psykisk smerte dominerer klienten, kan enkelte formidle at de ikke husker situasjoner hvor de har lyktes med noe, hatt det fint eller vært trygge. Ved mildere uro kan man stille følgende spørsmål: T: Sett at du en eller annen gang for lenge siden eller nylig har vært trygg, hva kunne dukke opp som er forbundet med en ok eller hyggelig opplevelse, eller noe som du har vært litt fornøyd med en eller annen gang?

Utsagnet rommer en presupposisjon, en skjult forutsigelse om at noe ok kommer til å dukke opp. Når klienten får kontakt med en god følelse fra fortiden, vil han ofte få en god følelse under konsultasjonen. I dette øyeblikket har man et utgangspunkt for videre arbeid. Av og til er heller ikke dette nok.

Et eksempel kan illustrere de utfordringene man kan stå overfor.

En kvinne var sterkt preget av angst. Ved behandlingens begynnelse forsøkte jeg å gi kvinnen kontakt med en positiv følelse ut fra den antagelsen at kvinnen måtte ha opplevd situasjoner uten angst. Det fungerte ikke. Kvinnen klarte ikke å huske en opp- levelse uten angst. Vi gikk tilbake i tid til to–treårsalderen. Resultatet var fortsatt nega- tivt. I hennes verden hadde hun alltid hatt uro og angst. Jeg ble rådvill. Hva nå? Da fikk jeg en idé. Jeg ba klienten forestille seg at hun var inne i mammas mage ganske sent i svangerskapet, og at hun lå godt beskyttet i et lett skvulpende, mykt miljø med et noe rosa lys og dempede stemmer rundt seg. Og da kom spørsmålet: Hvordan har du det i mammas mage? Er det noe angst der? Kvinnen smilte og ristet på hodet. Det var ingen angst der, kun et uvitende velvære. Hun klarte ikke å forestille seg at hun kunne opp- leve angst i denne situasjonen. På spørsmålet om det var denne følelsen av trygghet og velvære som hun ønsket seg i dag, svarte hun «ja».

Gjennom enkelte intervensjoner lot jeg kvinnen låne seg tryggheten som hun hadde i mammas mage, til seg selv på konsultasjonen. Det fungerte. Vi gjennomførte deretter flere intervensjoner. Alle var forankret i den tryggheten hun forestilte seg at hun hadde hatt rundt 30. svangerskapsuke. Utgangspunktet for denne prosessen var at vi umid- delbart støtte på klientens mest alvorlige problem, en omfattende angst og manglende evne til å huske opplevelser uten angst. Det var ikke nødvendig med mer utredning. Den viktigste oppgaven bestod i å redusere og fjerne klientens angst, og med dette som bakgrunn, ta fatt i andre, mindre alvorlige opplevelser. Denne typen fantasipregede intervensjoner kan anvendes på schizofrene som kan leve seg inn i fantasiene.

#### Behandlingens fokus

Terapeutens fokus er avgjørende for om man oppnår resultater og hvilke resultater man får. Terapeutens fokus styrer hva de oppdager, hva de forstår av klientens situ- asjon, og hvordan de skal behandle. Betydningen av å fokusere riktig er knyttet til at terapeutens fokus styrer klientens fokus, og at endringer i fokus fører til endringer i klientens følelser. Det er lettere å endre følelsen av ubehag når klienten er fokusert på noe nøytralt eller på en positiv følelse før behandlingen begynner.

LBTS fokuserer på de ordene og utsagnene som klientene anvender for å beskrive det som utløser og opprettholder symptomene. Begrunnelsen er at det er dette som må endres, reduseres, elimineres eller erstattes med mentale elementer som inneholder positive følelser.

##### Et humanistisk, fenomenologisk og positivistisk fokus

Det er avgjørende forskjeller mellom fokuset i LBTS og i de øvrige behandlingsforme- ne som anvendes i behandling av schizofreni. LBTS har et humanistisk, fenomeno- logisk fokus og likevel et positivistisk fokus som minner om idealene til den tidlige Husserl «til saken» (Husserl 1970). Dette innebærer at man er fokusert på hvordan den psykiske smerten oppleves gjennom indre sanseopplevelser, og hvordan schizofreni kommer til uttrykk gjennom klientens ord og utsagn. Man er både subjektivt og feno- menologisk fokusert, men med et positivistisk perspektiv. Dette skjer gjennom et re- duksjonistisk prinsipp med forankring i de positivistiske forskningsidealene, noe som kommer til uttrykk ved at terapeut og forsker søker de minste mentale og likevel do- kumenterbare psykiske elementene som forårsaker schizofreni. Og det skjer gjennom et fokus på indre sanseopplevelser og de ord og utsagn som utløser klientens følelser.

##### Man fokuserer ikke direkte på følelser

Man fokuserer ikke direkte på følelser, men på ord, utsagn og sanseopplevelser som utløser følelser. Dersom man fokuserer direkte på følelsen, blir det som å fokusere på angst når man ønsker å redusere angst, noe som kan føre til at klienten gjenopplever angsten på nytt. For å redusere klientens følelsesmessige ubehag, må man endre de mentale elementene som utløser klientens ubehagelige følelser.

##### Fokus på de minste forandringene som kan føre til endring

I LBTS søker man, inspirert av MRI-tradisjonen, små endringer som kan sette i gang en snøballeffekt som drar med seg flere endringer (Watzlawick, Weakland og Fisch 1980).

##### Fokus på Hindringer

De fleste klientene vil få kontakt med et ubehagelig psykisk materiale som kan hindre endring, gjennom samtalen med terapeut. Man kartlegger derfor dette materialet og endrer det før man går videre i behandlingen.

##### Fokus på klientenes ressurser og endringsevne

I LBTS vil man kartlegge og forsterke klientenes mentale ressurser. Aktivering av disse bidrar til at resultatene fra behandlingen blir varige. Dette innebærer at man forster- ker egenskaper og erfaringer som fører til velvære og mestringsevne. I tillegg vil man fokusere på klientenes evne til å skifte fokus fra noe ubehagelig til noe behagelig, og på deres evne til å gjennomføre de mentale operasjonene som er nødvendige. Dersom klienten ikke er i stand til å gjennomføre terapeutens intervensjoner, jobber man for å utvikle klientens endringsevne.

##### Mindre fokus på patologiske årsakssammenhenger

I LBTS er man ikke opptatt av patologiske årsakssammenhenger, men av det psykis- ke eller mentalbiologiske materialet som forårsaker klientens opplevelse av psykisk smerte.

##### Mindre fokus på den sosiale konteksten

I LBTS arbeider man lite med de omstendighetene som den psykiske plagen har ut- viklet seg innenfor. Grunnen er at man ønsker å beskytte klienten mot psykisk ubehag. En annen grunn er at det er mulig å endre klientens symptomer uten å dvele ved fakto- rer som kun har mindre betydning for endring. Man er likevel klar over at klientenes livssituasjon påvirker den psykiske lidelsen. Det sentrale ved klientens symptomer på schizofreni er imidlertid ikke hendelsene som fysiske opplevelser, men det psykiske materialet som ble dannet på grunn av disse opplevelsene, og som nå er lagret som noe mentalt.

##### Mindre fokus på historiske årsaker

Enkelte klienter bruker energi på å finne årsakene til sine problemer. De blir sjelden bedre. Den historiske årsaken til schizofreni er forbi. Det klientene sitter igjen med, og som utløser de psykiske plagene, er hukommelse. LBTS fokuserer derfor på hvordan klienten kan få redusert eller bli kvitt det psykisk ubehagelige materialet som stammer fra tidligere hendelser.

En annen årsak til at klientene sjelden blir bedre når de leter etter årsakene til sine problemer, er at løsningene på problemene oftest ligger et annet sted enn de fysiske årsakene (deShazer 1985, 1988). En annen grunn til at årsaksanalyser sjelden lykkes, er at de fører til kontakt med psykisk ubehag. Unntaket fra dette er klienter som blir utsatt for vold, psykiske overgrep eller mobbing mens de er i behandling. Da er det viktig å hjelpe klienten til å komme bort fra volden og gi klienten måter å reagere på som fører til mindre psykisk smerte.

Klienter som er opptatt av årsakene til sin psykiske plage, får anledning til å snak- ke om disse. Dersom de får kontakt med psykisk ubehag gjennom samtalen, dreies klientens fokus over på det som gjorde at klienten til en viss grad mestret de vonde opplevelsene.

##### Mindre fokus på atferd

LBTS er fokusert på mentale endringer, ikke på endringer av atferd. Begrunnelsen for dette er at det er enklere å endre uønskede reaksjoner ved å endre det psykiske ma- terialet som utløser reaksjonene, enn ved å endre reaksjonene gjennom eksponering. Dette innebærer at man kartlegger de mentale elementene som utløser klientenes uøn- skede reaksjoner. Deretter erstattes disse med mentale elementer som gjør det mulig for klienten å mestre tidligere vanskelige situasjoner.

##### Mindre fokus på temaer med lite betydning for psykisk endring

Dersom klienten fokuserer på temaer av mindre betydning for den psykiske plagen, vil behandlingstiden øke. Om terapeuten oppdager dette, vil han eller hun guide klienten mot opplevelser som har større betydning for endring. Man vil også fokusere på situ- asjoner som klienten har mestret, for å gi klienten kontakt med mestringsorienterte opplevelser.

##### Fokus på endring og tilbakefall

Alt som skjer i LBTS er begrunnet ut fra et mål om endring. Man er opptatt av hvilke endringer som skjer, når de skjer og hvorfor de skjer. I tillegg registrerer man tilbake- fall. Deretter analyserer man årsakene til disse og iverksetter nye intervensjoner.

##### Terapeutens fokus endrer seg med endringene i klientens ønsker

LBTS er preget av at terapeuten tilpasser sine intervensjoner til klientenes ønsker, selv om disse endrer seg underveis i arbeidet. Dette sikrer at man jobber med det som er viktig, og det gir klienten en følelse av å bli lyttet til og respektert. Samtidig slipper klienten å bli forstått på en annen måte enn han/hun forstår seg selv, hvilket har betyd- ning for å bevare klientens tiltro til sin egen forståelse.

#### Begynn med overkommelige utfordringer

Dersom den psykiske plagen er omfattende, begynner man med mindre utfordringer etter at det psykiske ubehaget er nøytralisert. Hver gang man lykkes med et lite mål, kommer klienten nærmere realiseringen av et større. Om klienten ikke når et mer omfattende mål, selv om de har oppnådd enkelte psykiske endringer, kan de oppleve et lite nederlag. Man arbeider derfor med mål det er mulig å lykkes med. I tillegg retter terapeuten klientens oppmerksomhet mot det positive som han eller hun har fått til i livet, selv om ikke alt gikk som ønsket. Det å innse at man har mestret noe, selv noe ganske lite, er for noen et viktig skritt videre, og i seg selv et tegn på at det har skjedd en psykisk endring.

#### Opphenting av positive egenskaper, følelser og erfa- ringer

Klientene kan mangle kontakt med de egenskapene de trenger for å mestre det de opplever som vanskelig. Enkelte klienter kan formidle at de aldri har opplevd en fø- lelse av sikkerhet. Dette er ikke et tegn på at klienten mangler disse egenskapene, men utsagnet illustrerer den følelsen som klienten sitter med i øyeblikket, og kan være et trekk ved klientens psykisk plage.

Hvis jeg spør usikre klienter om de kan telle til ti, synes de nok at terapeuten er ganske dum, men når jeg gjentar spørsmålet, svarer de høflig at de kan det, selv om de fortsatt ikke helt forstår poenget. Når jeg igjen spør om de virkelig er helt sikre, gjentar de svaret med trøkk. I dette øyeblikk vet jeg at klienten har kontakt med en følelse av sikkerhet. Og da er spørsmålet: ”Er det denne følelsen som du hadde trengt der borte i den situasjonen som har vært vanskelig?” Og da kan klienten si, nå helt alvorlig: ”Ja, det er riktig.”

Nå har klienten fått kontakt med en egenskap som han/hun kanskje ikke har hatt kontakt med på lang tid. Deretter lar jeg klienten låne seg følelsen av sikkerhet i den situasjonen som han/hun ønsker å mestre. Nå kan enkelte klienter plutselig se seg selv utenfra i en vanskelig situasjon med en følelse av sikkerhet. De kan ”se” hva som skjer, og hva de får til nå. Med sikkerhet reagerer de med større overskudd og mestringsev- ne. Den samme metoden kan anvendes for å aktivere de fleste av de egenskapene som klientene trenger.

Alle har en eller annen gang reagert med de egenskapene som de i dag trenger for å mestre vanskelige situasjoner. Men når jeg spør om de en eller annen gang har reagert med disse egenskapene, svarer mange klienter ”nei”. Hvorfor? Fordi de fleste tenker på situasjoner der disse egenskapene var fraværende. De tenker sjelden på situasjoner der de, helt naturlig, har handlet med disse egenskapene.

For å få kontakt med en følelse av sikkerhet, kan jeg også spørre en klient om han vet hva han heter. Igjen kan klienten tenke at terapeuten er rimelig dum, men han får likevel kontakt med en følelse av sikkerhet om jeg gjentar spørsmålet. For å få kontakt med glede, kan jeg spørre om han en eller annen gang har gledet seg til jul, men jeg må være oppmerksom på om julen er forbundet med ubehag, som følge av at mor eller far drikker for mye, eller på grunn av andre årsaker. Om dette er tilfelle, må jeg hente opp en annen situasjon. Klienter som formidler at de mangler kontroll, har opplevd kontroll mange ganger, for eksempel når de vasker opp, kjører bil, pusser tenner, spiser middag eller snakker med barna sine.

Egenskaper som klientene helt naturlig har i ufarlige situasjoner, kan overføres til situasjoner som er mer utfordrende. Plutselig kan de oppleve en følelse av sikkerhet, kontroll og selvtillit i utfordrende situasjoner, som de ikke har hatt kontakt med på flere år. De fleste trenger sjelden mer enn to til fem positive egenskaper for å mestre en situasjon som de opplever som vanskelig eller belastende.

#### Å endre ubehagelig fortid

Man kan endre ubehagelige opplevelser fra fortiden. En voldtekt kan ødelegge en kli- ents tillit, ikke bare til mannen som utførte voldtekten, men til menn som gruppe, med det som resultat at hun (hvis offeret er en kvinne) ikke er i stand til å ha seksuell kontakt med sin mann. Et incestoffer kan miste tilgangen til glede og spontanitet, og sitte igjen med en følelse av å ha blitt sveket og av at man ikke lenger kan stole på noen. Eksemplene er mange. Metoden gjør det mulig å aktivere egenskaper som klienten hadde tilgang til før de traumatiske opplevelsene. Beskrivelsen under er hentet fra en behandling av en posttraumatisk reaksjon hos en klient etter en voldtekt.

T: Tenk på en gang du hadde det ganske bra i livet, før du ble utsatt for voldtekten. Hvordan hadde du det da, med den gleden, tilliten og spon- taniteten som du hadde den gangen? Legg merke til det som faktisk var litt bra. Om det er noe der som ikke er så bra, la det ligge i fred. K: Hm. Jeg kan huske det, men det er litt uklart. T: Hva skjer når det er noe som blir klarere der? Da har du kontakt med et eller annet som er trygt og fint. Hva skjer når det blir litt klarere?

Enkelte klienter trenger tid før de får kontakt med en god opplevelse. Andre får umid- delbart opp et bilde av seg selv før overgrepene.

T: Er det noen av disse positive følelsene eller egenskapene som du skulle ønske at du hadde i dag? K: Ja, men jeg tror ikke at det er mulig. T: Ok, men vi kan undersøke hvordan det kunne ha vært gjennom en fantasi, og hva det kunne ha ført til dersom det hadde vært mulig å få kontakt med de positive følelsene. K: Ja. T: Ok. Tenk nå i fantasien at det skjer noe magisk som vi ikke helt forstår, men det skjer. K: Hm. T: Sett at de fine følelsene eller egenskapene som du hadde den gangen, hadde strømmet inn i deg i dag, hva hadde skjedd med deg da, og hvordan har du det i dag når disse fine egenskapene fra fortiden blir deg i dag? Egentlig er jo dette mulig, fordi du har jo alt du trenger inne i deg for å få det til. Minnene dine er jo der, og sett at det ikke lenger er noe som hindrer deg, hva skjer nå, i dag, når du får kontakt med de følelsene som du hadde kontakt med en gang? Se deg selv på avstand, det er lettere da.

Hensikten med den språklige overgangen fra fortid til nåtid er å intensivere klien- tens kontakt med den ønskede følelsen

En hensikt med terapeutens ordrikdom er å gi klienten tid til å tenke og leve seg inn i fantasien. I tillegg åpner terapeutens utsagn flere muligheter, noe som gjør det lettere for klienten å få kontakt med enkelte positive følelser og erfaringer. Hvis dette fungerer, kan klienten si: ”Med da blir jo alt annerledes. Da blir jeg jo meg på en måte, og jeg får til det jeg er i stand til” (sitat fra en klient). Klientens svar innebærer at noe har skjedd. Det bekrefter at klienten har fått kontakt med noen egenskaper som kan ha vært fraværende i lang tid. Selve det at klienten er i stand til å fantasere at noe gikk bra, er tegn på endring.

Metoden er inspirert av «bring back», en metode i nevrolingvistisk programmering (NLP). Den innebærer at man henter frem positive livskvaliteter og ferdigheter hos klienter som har mistet selvtillit, for eksempel på grunn av langvarige symptomer. Me-

toden innebærer også at man endrer ubehagelig psykisk materiale fra fortiden ved å gi klienten kontakt med og forsterke positivt ladet psykisk materiale fra fortid eller nåtid. Metoden er en av de mest effektive for å endre klientenes symptomer på schizofreni og gi klienten kontakt med ønskede egenskaper.

Et annet eksempel kan også illustrere arbeidet med en posttraumatisk reaksjon. Først gir terapeuten klienten kontakt med en nøytral følelse. Deretter begynner be- handlingen.

T: Se deg utenfra i en situasjon i fortiden som er forbundet med ubehag. K: Hm. T: Forestill deg hvordan du hadde reagert og handlet dersom du hadde mestret situasjonen akkurat som du hadde ønsket og på en sånn måte at du ble sterkere psykisk (pause) K: Hm. Klientens «hm» er denne gang et ja-signal. T: Tenk på noe nøytralt eller alminnelig. K: Hm. T: Se deg igjen tilbake i fortiden, fortsatt utenfra, og gjenta prosessen, men ta deg god tid. K: Hm.

Klienten gjennomfører prosessen på nytt. Etter arbeidet kan terapeuten undersøke hvilke følelser klienten nå har i forhold til den situasjonen vi arbeidet med.

Om klienten får kontakt med angst eller intenst ubehag underveis i arbeidet, må man beskytte klienten mot den psykiske smerten, hvilket er i tråd med den etikk som rom- mes i LBTS (kapittel 11). Det hender at de traumatiske situasjonene som plager klien- ten, er en følge av vold, voldtekter, dødsfall i familie og brudd med kjæresten. Denne type opplevelser kan sette klienten helt ut og hindre funksjonsdyktighet, uavhengig av andre symptomer. Gjennom ulike intervensjoner for å trygge klienten kan terapeuten la klienten gjenoppleve den tidligere ubehagelige situasjonen, for eksempel en vold- tekt, på nytt, men i en ny versjon av hendelsesforløpet og med de mentale ressursene og egenskapene som hun hadde trengt den gangen overgrepet skjedde. I forbindelse med denne type opplevelser er det nødvendig å hente opp flere egenskaper og la klien- ten forestille seg, flere ganger, hvordan hun hadde reagert følelsesmessig dersom hun hadde hatt kontakt med disse egenskapene den gangen da overgrepene skjedde.

#### Om å låne seg egenskaper

Egenskaper er, på samme måte som angst, forstått som en følge av kontakt med men- tale elementer som fører til og utløser egenskapene. Psykisk endring innebærer at man kobler av et psykisk materiale som rommer ubehagelige følelser og egenskaper, og på et psykisk materiale som rommer positive følelser og egenskaper. Dersom klienten får kontakt med sterkt ubehag underveis i behandlingen, stoppes behandlingen, og klien- tens tilstand nøytraliseres og nullstilles på nytt før man fortsetter.

Enkelte klienter kan si at det ikke går: ”Jeg trenger noe mer.” Da gjennomfører vi flere intervensjoner som innebærer at klienten låner seg de egenskapene han/hun trenger for å mestre situasjonen. Alle klienter har et forhold til å låne andre noe, eller låne noe av andre. Så når klienten, på terapeutens instruksjoner, låner seg den trygghe- ten han har opplevd mange ganger i alminnelige situasjoner, til den traumatiske opple- velsen, er dette for klienten oftest en kjent prosess. Det er liten forskjell mellom tanken

på å låne 1000 kroner av en venn og tanken på å låne seg trygghet i en situasjon i for- tiden eller til fremtiden. Klienter som er i stand til å bli engstelige og urolige for tenkte situasjoner i fremtiden, anvender her den samme forestillingsevnen, bare motsatt vei. Forskjellen er at når de låner seg trygghet, konstruerer de en ny virkelighetsopplevelse som mentalt er bygget opp på samme måte som den traumatiske opplevelsen, bortsett fra at den rommer positive følelser (Dammen 2024a).

En mildere form for katastrofeangst

Klienter kan ha katastrofeangst. Katastrofeangst, slik begrepet anvendes i kogni- tiv terapi, kan være en følge av samme type mentale prosesser som beskrevet oven- for. Katastrofeangst er en fantasi om at det vil skje noe ubehagelig eller katastrofalt i fremtiden, eller at noe ubehagelig forstørres til det katastrofale. Mange klienter med tidligere sterke opplevelser utvikler en mildere form for katastrofeangst. Forestillingen om at det vil gå dårlig i fremtiden oppleves som sann, men det er en fantasi som i seg selv kan føre til dårlig livskvalitet. Når katastrofeangsten reduseres, kommer oftest de positive følelsene tilbake.

En forskjell mellom LBTS og kognitiv terapi er at man i LBTS i mindre grad trenger å trene på funksjonelle tanker for å lykkes, selv om gjentakelse kan ha endringseffekt. Endringene av klientenes mildere katastrofeangst vil i LBTS være en følge av at man har endret de visuelle, auditive og kinestetiske elementene og de utsagnene som er forbundet med ubehagelige følelser og som har utløst katastrofeangsten. Man gjentar av og til intervensjonene for å forsterke og sikre at de endringene som er oppnådd i konsultasjonen, skal bli varige.

#### Klientenes mentale ressurser

I LBTS er man overbevist om at klientene en eller annen gang har anvendt de ressur- sene og egenskapene som de trenger for å komme ut av den psykiske plagen. I disse ressursene inngår egenskaper, kunnskaper, erfaringer, holdninger, positive opplevel- ser, håp, ønsker, sosiale relasjoner, talenter og motiver. Her inngår også klientenes evne til å få kontakt med positive opplevelser og evnen til å endre sine indre bilder, lyder, kinestetiske opplevelser og forestillinger som rommer psykisk smerte, som følge av terapeutens intervensjoner, samt evne til å fantasere og å forestille seg at han fungerer og har det godt.

Dersom klienten ikke opplever at han/hun har hatt kontakt med disse mentale res- sursene, antar man at klienten har møtt andre med de egenskapene som han eller hun selv trenger. Da består utfordringen i å la klienten forestille seg at han låner seg de egenskapene han trenger fra en annen person. Deretter kan disse positive egenskapene anvendes i behandlingen.

Troen på klientenes ressurser i LBTS er forankret i et humanistisk livssyn og i den troen på mennesker som kommer til uttrykk gjennom Rudolf Steiners skrifter og gjen- nom Steinerskolen. Den er også inspirert av Martin Buber (1992), klientsentrert terapi (Carl Rogers 1995, 2003) og av familieterapeutiske tradisjoner som problemorientert terapi som MRI-tradisjonen (Watzlawick, Weakland og Fisch 1980), løsningsorientert

terapi (Steve deShazer 1984, 1985, 1988), narrativ terapi (Michael White og David Ep- ston 1995; White 1989), postmoderne terapi (Harlene Anderson 1997; Tom Andersen 1987) og Marte Meo-metoden (Birk Sørensen 2002).

Vi finner også et fokus på klientenes mentale ressurser i gestaltterapien (Hostrup 1992) og i kognitiv terapi (Aron og Judith Beck 2011; Berge og Repål 2008, 2010). I tillegg er lingvistisk hjerneterapi, LBT, inspirert av Milton Erickson, en verdenskjent lege og hypnoterapeut, som har hevdet at klientene har de ressursene de trenger for å bli friske. Overbevisningen om at klientene har viktige ressurser som kan anvendes i behandlingen, er også inspirert av positiv psykologi (Seligman 2006). Den er også i tråd med den atferdsvitenskapelige oppfatning om at alt kan læres. Behandlingsfors- kningen slo tidlig fast at klientenes mentale ressurser var en medvirkende faktor til de resultatene man kunne oppnå i behandling (Rosenzweig 1936 i Duncan, 2009).

Unntakene til tross, mitt hovedinntrykk er at både psykologien og psykiatrien er min- dre opptatt av hvordan man kan anvende klientenes ressurser i behandlingen. De di- agnostiske systemene ICD-11 og DSM-V er illustrerende eksempler på denne situa- sjonen.

#### Det å fokusere på klientenes ressurser rommer et metodisk element

Forfatterens tro på at klientene har de mentale ressursene som er nødvendige for å bli kvitt sine symptomer på schizofreni, har ført til et fokus på hvordan disse ressur- sene kan aktiveres i behandlingen. Mine analyser viser at klienter med symptomer på schizofreni anvender sine positive mentale egenskaper på en slik måte at det fører til schizofreni. Evne til å oppleve intense følelser er for eksempel en ressurs selv om denne evnen kan fungere destruktivt. Likeledes kan en overdreven tendens til å reflek- tere over sin situasjon betraktes som en mental ressurs. Symptomer på schizofreni er dermed også en følge av en form for dyktighet. Gjennom analyser ble det klart at den måten klientene hadde anvendt sine mentale ressurser på, også var en av årsakene til at den psykiske plagen ikke var verre enn den var, og at manglende kontakt med egne positive mentale ressurser kunne symptomene.

#### Et eksempel på hvordan egenskaper kan bidra til schizofreni

Enkelte klienter har for mye likegyldighet og distanse, mens andre har for lite evne til likegyldighet og for stort engasjement. Tilsvarende er det med andre egenskaper. Noen får raskere dårlig samvittighet og skyldfølelse enn de fortjener, mens andre mangler evnen til å føle empati og dårlig samvittighet. Evnen til å reagere med angst og usik- kerhet er en viktig egenskap i noen situasjoner, mens den bør reduseres i andre. Det én klient trenger, har derfor en annen for mye av, men de ulike egenskapene er vesentlige

ressurser om de reguleres og anvendes i behandling. Selv uheldige egenskaper kan være av betydning for å redusere schizofrene symptomer.

Konklusjonen er at klientene har de mentale ressursene som er nødvendige for å komme ut av sin psykiske plage, men at de ikke alltid har tilgang til disse ressursene når de trenger dem. Positive psykiske endringer forutsetter at terapeuten gir klienten kontakt med sine mentale ressurser, og at han eller hun deretter anvender disse for å redusere den psykiske lidelsen.

Jeg formidler ofte til mine klienter at de er flinke til å ha en psykisk plage, ha angst og å være forvirret. Og at de faktisk er dyktige til ikke å fungere så godt som de ønsker. De fleste blir lettere forvirret når de får denne type meldinger, for er det noe de ikke har tenkt på, så er det at de er flinke når de ikke har det så bra. Et ofte stilt spørsmål fra terapeut i denne sammenhengen er: – Sett at du beholdt din dyktighet og evne til å være depressiv, men anvendte denne dyktigheten til å få det bra i livet, og at du brukte like mye tid til å tenke på å få det bra som du hittil har anvendt på å tenke på mindre hyggelige ting eller på dårlige sider og egenskaper ved deg selv, hva ville ha skjedd i livet ditt da?

Enkelte blir ganske fornøyde når de forstår at utvikling av schizofreni er uttrykk for en type dyktighet. Da blir det litt mindre vondt å være depressiv, og de får et bedre ut- gangspunkt for endring. Et mål, med utgangspunkt i forståelsen av klientenes mentale ressurser, kan være å gjøre enkelte klienter like flinke til å redusere psykisk ubehag som de har vært når det gjelder å utvikle eller opprettholde sin psykiske plage.

Kunnskap om klientenes mentale ressurser fører til at man vurderer klientenes ut- sagn med utgangspunkt i hvilken grad de uttrykker og henviser til mentale ressurser som kan anvendes i behandlingen. Deretter vil man forsøke å utvikle klientenes evne til å anvende disse mentale ressursene, først i behandlingssituasjonen og deretter i sitt daglige liv.

#### Tilpasninger til fremtiden

Selv om den psykiske smerten er blitt redusert underveis i konsultasjonen, kan det oppstå en ny usikkerhet. Vil det virke i fremtiden? Mange har hatt den psykiske pla- gen i lang tid. Enkelte har forsøkt flere psykologer og selvhjelpsmetoder. Tvilen på at endringene vil vare, er derfor naturlig. Men jeg må også tilføye at enkelte klienter opp- lever det som en selvfølge at det de har opplevd i konsultasjonen, vil slå ut i fremtiden. Tvilen på at det vil slå ut i fremtiden, må reduseres og erstattes av sikkerhet på at det vil virke.

Man kan anvende følgende metode: Terapeuten kan spørre klientene hvor mange ganger, eller hvor lenge, de må ha mestret situasjonen før de blir helt sikre på at de også vil mestre den i fremtiden. Mens enkelte klienter sier at det er nok med et par gode opplevelser, formidler andre at de trenger helt opp til ti år eller seks hundre positive erfaringer før de blir helt sikre på at de vil mestre situasjonen.

Følgende metode er inspirert av «Future pacing», en metode i nevrolingvistisk pro- grammering (Bandler & Grinder 1979, 1988), selv om den er tilpasset og videreutvi-

klet i LBT. Dersom klienter trenger ti år med gode erfaringer før de kan være helt sikre på at de også i fremtiden vil reagere slik de ønsker, undersøker man hvordan klienten hadde hatt det etter ti år med daglige positive erfaringer. Denne fantasien tar fra noen sekunder til et minutt.

T: Sett nå at du har mestret situasjonen hver dag i ti år, hvordan har du det når du våkner den første dagen etter ti år med gode erfaringer fra denne situasjonen? Er du trygg på at du mestrer situasjonen i fremtiden da? Klientene nikker og smiler, ofte litt overrasket eller undrende. Og da kan terapeuten si – Sett nå at den følelsen som du har om ti år og én dag, sett at du låner deg denne følelsen til deg selv i dag, hvordan får du det i dag da? De fleste svarer raskt at da går det helt fint. Noen trenger mer tid. Da får de mer tid.

Hvordan kan dette forklares? Forestillingen om tid er et mentalt fenomen. Alle har et forhold til tid, enten det handler om en time, en dag, en uke, en måned, et år eller flere år. Når en klient sier at han eller hun trenger seks år med gode erfaringer før han kan stole på at de positive endringene som han har opplevd vil vare, har han et forhold til seks år. For klienten er seks år ikke seks år med fysiske erfaringer, men en mental forestilling, det vil si en mental størrelse om hvordan det hadde vært å ha opplevd seks år med en følelse av trygghet. Psykisk endring handler ikke om den fysiske, men om den psykiske virkeligheten. Under følger et eksempel på hvordan man kan sikre at resultatene vil vare.

Studenten var blitt utsatt for incest i tidlig barndom. Angsten og traumet var blitt sterkt redusert, men studenten tvilte på om det hun hadde oppnådd i konsultasjonen ville vare.

Terapeuten: Hvordan har du det i fremtiden nå? K: Jeg vet ikke helt. Kanskje det går bra. Utsagn som «vet ikke, kanskje, muligens, hvis jeg får det til, kan hende» er ofte nei-signaler og tegn på at det gjenstår psykisk ubehag. T: Kan du forestille deg hva det er, der borte i fremtiden, som hindrer deg i å få det som du ønsker? Her forsøker terapeuten å overføre en følelse av «vet ikke» til et visuelt element som rommer den samme følelsen. Utsagnet «Der borte i fremtiden» inviterer klienten til å se seg selv på avstand. Det å se noe på avstand kan redusere intensiteten i ubehaget. Men her får ikke klienten kontakt med det psykiske materialet som terapeuten inviterer til.

K: Jeg vet ikke om det går, det er litt ubehagelig, jeg er fortsatt litt redd. Ordene

«ubehagelig» og «redd» innebærer at klienten har fått kontakt med noe psykisk som har ført til ubehag og redsel. T: Da har vi mer å gjøre. Hva trenger du der borte i frem- tiden for å ha det bra? K: Jeg tror at jeg trenger mer selvtillit og tro på at det faktisk er mulig å få det til. Og kanskje mer erfaring fra at det har fungert. T: Ok. Har du noen gang hatt selvtillit og opplevd at du får til det du ønsker? Hensikten med utsagnet er å gi klienten kontakt med en positiv opplevelse som er relatert til mestring. Klienten ser opp og smiler.

K: Ja, mange ganger. Jeg har masse selvtillit og bestemthet når jeg er sammen med barna mine. T: Ok, flott. Hva skjer med deg i fremtiden dersom du låner deg den følelsen av selvtillit og bestemthet som du har sammen med barna dine? K: Da går det bra. No big deal. T: Da skal vi gjøre noe mer. Terapeuten kartlegger de mentale

forestillingene som klienten trenger for å mestre situasjonen i fremtiden. Deretter gir terapeuten klienten kontakt med disse egenskapene i den situasjonen som oppleves som ubehagelig.

T: Se deg utenfra, se at du låner deg de egenskapene som du trenger der borte. Kli- enten bekrefter at hun får det til. T: Hvordan ser du ut der borte? K: Jeg ser litt bestemt ut. T: Flott, men hvordan kjennes det når du er i situasjonen? Her skifter klienten posisjon fra det å se seg utenfra til å «være der», det vil si å oppleve situasjonen innen- fra. Nå ser hun bare situasjonen og ikke seg selv. Hvis det gjenstår noe ubehag nå, vil klienten fortsatt få kontakt med ubehag.

Om dette fungerer, vet terapeuten at det har skjedd følelsesmessige endringer som vil slå ut i fremtiden. Enkelte tviler fortsatt på at det vil fungere. Det er viktig å være opp- merksom på signaler som tyder på at klientene fortsatt opplever det vi har jobbet med som ubehagelig. Et utvetydig «ja» er nødvendig før man kan være helt sikker på at de endringene som er oppnådd, vil vare.

#### Kartlegging av resultatene

Det er flere formål med å kartlegge klientens situasjon underveis i eller ved slutten av behandlingen. Den mest anvendte kartleggingen av resultatene skjer kontinuerlig i endringsprosessen. Hensikten er å få et grunnlag for neste intervensjon og å korrigere behandlingen om noe ikke fungerer godt nok.

Man registrerer klientens følelsesmessige reaksjoner på terapeutens intervensjoner, klientens valg av ord og utsagn, hvilke intervensjoner som fører til, og hvilke som ikke fører til, endring. Vi kartlegger også hva som hindrer klienten i å endre seg, og hva som gjenstår av psykisk ubehag etter én eller flere intervensjoner. Man undersøker om behandlingen fører til at klienten når sine mål. Det er derfor viktig at klient og terapeut vet hva klienten ønsker å oppnå. Da først kan terapeuten vurdere presist hva som fun- gerer, og om man er på rett spor.

#### Kartleggingsformene

Vi skiller mellom kartlegging av de resultatene som er oppnådd ved konsultasjonens avslutning og underveiskartlegging. En av grunnene til at underveiskartlegging er mest anvendt i LBTS er at det er mulig å registrere de endringene som er oppnådd allerede etter få intervensjoner. Det at terapeuten kontinuerlig registrerer klientens reaksjoner, gjør terapeuten trygg på hva som fungerer og oppnås, hva som gjenstår, og hvordan han skal arbeide videre.

Den resultatorienterte kartleggingen skjer etter en konsultasjon og ved behand- lingens avslutning. Den resultatorienterte kartleggingen er sjelden nødvendig, og den kan fungere uheldig. Dersom klientene har løst de problemene man har arbeidet med, vil kartlegging av resultatene fungere positivt og forsterke de endringene som er opp-

nådd. Men dersom klienten fortsatt har kontakt med følelsesmessig ubehag, kan dette føre til mer ubehag.

Terapeuten vil oftest ha god oversikt over hvor klienten befinner seg følelsesmessig fra konsultasjonens begynnelse til dens avslutning. Han vet derfor i hovedsak hva som er oppnådd og hva som gjenstår etter en konsultasjon, med den følge at han ikke tren- ger å undersøke nærmere.

Man kan også kartlegge for å få informasjon om klientens opplevelse av symptomer på schizofreni etter at behandlingen er avsluttet. Denne formen for kartlegging skjer ved at terapeuten tar kontakt over telefon. Man kan også avtale med klienten at han eller hun skal sende en e-post om hvordan han eller hun har det en tid etter at be- handlingen er avsluttet. Det understrekes at dette er frivillig, og at det kun bør skje når klienten er positiv til dette. Begrunnelsen er at klienten, selv om han eller hun føler seg bra, kan få kontakt med sovende psykisk ubehag som kan aktiveres når klienten setter seg ned for å skrive om sin situasjon. Om dette skjer, skal klienten ikke lage en rapport. Enkelte klienter sender på eget initiativ meldinger om hvordan de har det, en tid etter at behandlingen er avsluttet. Det er et godt tegn.

#### Psykiske skift og psykisk endring

Man må være oppmerksom på forskjellen mellom psykiske skift og psykisk endring, da klientens endringsbekreftelser kan være et uttrykk for at det kun har skjedd et psy- kisk skift. Man trenger ofte flere informasjoner før man kan være helt trygg på at det har skjedd reelle psykiske endringer. Flere positive utsagn knyttet til tidligere ubeha- gelige opplevelser er tegn på at det har skjedd psykiske endringer.

#### Enstavelsesord og usikkerhet

Mens enkelte klienter bruker store ord for å formidle sine følelser, svarer andre med enstavelsesord som «ja» eller «nei». De er langt mer forsiktige språklig. Her er det nød- vendig å undersøke hvilke følelsesmessige reaksjoner som ligger til grunn for klientens enkle «ja», «ok», «bra» eller «hm». Akademikere har et langt rikere språk og bruker flere ord enn ungdommer for å beskrive sin situasjon og om behandlingen fungerer, selv om 14-åringene kan endre seg raskere og gjennomgå større endringer på kortere tid enn akademikere på 50.

#### Kartlegging og nye mål

Enkelte schizofrene har utviklet en forestilling om at det ikke er mulig å bli helt bra. Ved konsultasjonens slutt kan man derfor kartlegge om klientene er fornøyde med de målene de satte seg ved behandlingens begynnelse, eller om de ønsker en enda bedre

situasjon. Enkelte klienter ønsker å få det bedre selv om det fungerer ganske bra. De kan også ønske å bli flinkere i noe de allerede er flinke til.

I LBTS innebærer enhver intervensjon en form for kartlegging i den forstand at klientens reaksjoner på terapeutens intervensjoner rommer viktig informasjon om klientens plage og om behandlingen fungerer. Det er heller ingen forskjell på kartleg- ging for å få et utgangspunkt for videre behandling, fastslå behandlingens resultater eller for å forske, selv om kartlegging i forskningsøyemed fordrer mer systematikk og skriftlighet.

#### Målene endrer seg underveis

Klientenes mål med å gå i behandling vil ofte endre seg fra konsultasjon til konsulta- sjon. Bakgrunnen for dette er at de endringsprosessene som ble gjennomført i forrige konsultasjon kan ha ført til en så markant bedring at det opprinnelige målet er mindre relevant. Terapeuten undersøker derfor hva som er klientens ønsker ved hver ny kon- sultasjon. Et forbehold må nevnes: Dersom klientens ønsker er urealistiske, uetiske el- ler med stor sannsynlighet vil føre til økt kontakt med psykisk smerte, guides kli-enten tilbake til mer konstruktive mål.

#### Pauser og nullstilling mellom endringsprosessene

LBTS kan være en underholdende og interessant opplevelse, men også krevende fordi det å arbeide med den psykiske smerten kan være slitsomt. LBTS er en høyintensiv endringsprosess som krever tilstedeværelse og konsentrasjon. Pauser gjør det lettere for klienten å beholde sitt mentale overskudd. Få pauser kan føre til at klienten og te- rapeuten blir slitne og henger seg opp i detaljer, eller at terapeuten overser muligheter for psykisk endring som gir seg ut fra klientens utsagn.

Vi må av og til nullstille klientens psykiske tilstand. En nullstilling etter en en- dringsprosess kan skje ved at terapeuten leder klientens oppmerksomhet mot noe som er hyggelig eller alminnelig. Dette gir kli-enten en liten hvile. Ofte tar det kun noen sekunder før klienten igjen er klar for en ny intervensjon.

#### Når gjesping er et tegn på positive resultater

Enkelte klienter forsøker å skjule sine følelsesmessige reaksjoner. Om det skjer, får man et dårligere resultat. Et eksempel: Relativt mange gjesper i løpet av konsultasjonen. I begynnelsen syntes jeg at det var litt pinlig, og jeg tenkte at behandlingen var kjedelig og ikke fungerte. Klientene syntes også at dette var pinlig. De forsøkte å skjule sine gjesp, noe som ikke er helt enkelt. Gradvis registrerte jeg at gjespingen falt sammen med verbale tegn og kroppslige signaler på at de hadde oppnådd psykiske end-ringer. Gjespingen syntes ikke å være et tegn på kjedsomhet, men et tegn på at det hadde

skjedd en positiv psykisk endring. Noe hadde skjedd med kroppen, noe hadde slappet av, og nå trengte de mer oksygen.

I dag vet jeg hva som kommer til å skje. Da klientene synes at det er pinlig at de gjesper under behandlingen, beroliger jeg dem før behandlingen begynner med at de kommer til å gjespe, og om de gjesper, er det et tegn på at noe har virket. Budskapet er at de bare må gjespe med god samvittighet. Etter dette gjesper enkelte klienter åpent, mens andre fortsatt skjuler sine gjesp, men nå vet begge to hva som skjer, og det for- styrrer verken klientens eller terapeutens fokus.

#### Klientenes opplevelse av behandlingen

Når jeg spør mine klienter om hvordan de har opplevd behandlingen, sier mange at de synes det er litt rart eller uvant. Det er rart fordi de ikke hadde forventet å få det bedre bare etter noen minutter eller en time når de har hatt det vanskelig så lenge. Det er rart fordi de har det ganske bra underveis i be-handlingen, og fordi de ofte deltar i un- derlige eller morsomme fantasier. Når jeg forteller hva som skjer mentalt inne i hodet når behandlingen virker, og hvorfor det virker, sier de likevel at «Det er jo helt logisk». Da klientene ofte opplever mine spørsmål og intervensjoner som uvanlige, forteller jeg innledningsvis at jeg kommer til å stille enkelte rare og uvante spørsmål, men at det er en mening bak alle. På den ene siden skaper dette en liten forventning om hva som kommer til å skje. På den annen side oppleves enkelte av de uvanlige spørsmålene som naturlige. For eksempel spørsmål som: Vet du hva du heter? Og: Har du fått til noe en

eller annen gang?

#### Nedtrapping av medisiner

Terapeuter uten medisinsk bakgrunn må være oppmerksom på følgende: Nedtrapping av medisiner må skje i samråd med lege eller psykiater og i tråd med anbefalinger i Fel- leskatalogen. Nedtrapping, for eksempel av Zyprexa, Sobril og andre medikamenter, kan føre til psykiske og fysiologiske bivirkninger som kan gi ny kontakt med, eventuelt forsterke, klientens (psykotiske) symptomer. Og selv om nedtrappingen skulle fungere uten alvorlige bivirkninger, må man være klar over at nedtrapping av medisiner kan føre til kontakt med de samme symptomene som var årsaken til at klientene begynte med medisiner. Forskning viser at bruken av medisiner uten behandling parallelt, er ingen garanti for at klientene blir bedre.

Før nedtrappingen er anbefalingen at terapeuten nøye undersøker hvilket psykisk materiale som klientene har kontakt med og som utløser klientens symptomer. Ned- trappingen begynner først når man har endret, redusert eller fjernet det psykiske ma- terialet som forårsaker klientens symptomer, og når man har erstattet dette med et psykisk materiale som i større grad utløser velvære og mestringsevne.

#### Avslutning av konsultasjonen

Konsultasjonen avsluttes med at man etablerer en følelse av velvære. Hensikten vil være å hindre at klientene får kontakt med psykisk ubehag etter at de kommer ut. Å avslutte en konsultasjon før klienten er kommet over i en positiv tilstand, innebærer at man påfører klienten psykiske belastninger uten at disse har en endringsfunksjon. Men selv om de hadde hatt en endringsfunksjon, måtte man ha drøftet med klienten hvor mye smerte han eller hun er i stand til å tåle, og om det er verdt det. Terapeuten vil måtte begrunne hvorfor det å etterlate klienten i en psykisk smertefull tilstand var ønskelig. Terapeuten måtte også fortelle at man kan ta vekk den psykiske smerten om klienten ønsker dette. Dernest måtte klienten velge om han eller hun likevel ønsket å beholde den. Svaret er opplagt. Jeg har enda ikke opplevd en klient som ikke har øn- sket å bli kvitt eller redusere sitt psykiske ubehag før de forlater konsultasjonen.

På grunn av det høye endringstempoet og det omfattende antallet små psykiske endringer som skjer, vil de fleste klienter forlate kontoret i en positiv psykisk tilstand, som de ikke har opplevd på lang tid. Det er derfor sjelden nødvendig å sette inn tiltak for å fjerne psykisk ubehag ved konsultasjonens avslutning.

Klientene vil bli informert om at de endringene som de har opplevd, og den gode følelsen som de har når de forlater kontoret i forhold til det vi har arbeidet med, vil kunne vare, men også at de kan få kontakt med psykisk ubehag knyttet til samme fenomen i løpet av to til fem dager. Dersom dette skjer, er det ikke et tegn på at de endringene som er blitt oppnådd, ikke er varige, kun at det er mer å gjøre, også i for- hold til det spesifikke vi har arbeidet med. Klienter med tyngre symptomer på schi- zofreni vil være godt kjent med at behandlingen vil ta tid, selv om de raskt vil kunne oppnå enkelte endringer.

Klientene blir oppfordret til å ta kontakt umiddelbart om de igjen opplever psykisk ubehag. De blir frarådet å forsøke å løse ubehaget selv, men overlate problemene til terapeuten slik at de i stedet kan fokusere på det som fungerer bra i hverdagslivet, uten bekymringer. Bakgrunnen for dette rådet er den erfaring at klienter som forsøker å løse sine egne problemer har en tendens til å opprettholde eller forsterke dem. De kan lykkes, men det forutsetter kunnskap om hvordan de kan jobbe med seg selv uten å pådra seg mer psykisk ubehag.

Klientene blir også rådet til ikke å tåle sin psykiske smerte for lenge, da dette kan forsterke den psykiske plagen og føre til mer arbeid. Dette har en endringseffekt. De blir tryggere, selv om de kan få kontakt med den psykiske smerten. Og de tenker at ubehaget tar terapeuten seg av.

Terapeuten snakker også på en sånn måte at klienten får mulighet til å avslutte be- handlingen. Hvis klienten spør om han trenger flere timer, sier terapeuten ved mildere problemer at klienten må kjenne etter hva han trenger. Ved fortsatt alvorlige proble- mer kan man formidle at det gjenstår en del arbeid, men at det kan gå raskt, og likevel åpne for at behandlingen vil ta tid. Det vil være mulig å fortelle klienten hva som gjenstår av arbeid og hvilke utfordringer som klienten vil stå overfor, om klienten er interessert i dette, på grunnlag av informasjon om klientens situasjon, endringer som

klienten har oppnådd, klientens utsagn om den psykiske plage og de livsmessige utfor- dringene som klientene står overfor. Dette vil gjelde uavhengig av hvor langt man er kommet i behandlingen.

#### Et glimt fra en typisk avsluttende samtale

Under presenterer jeg et glimt fra en typisk avsluttende samtale i en behandlingspro- sess som nærmer seg avslutning, som kan illustrere det jeg har skrevet ovenfor.

T: Du kan bestemme om du vil komme igjen. Vi har gjort ganske mye ar- beid, men det kan muligens gjenstå noe. Hva ønsker du å gjøre? K: Jeg tror jeg vil vente litt og se. T: Ok. Da sier vi det, men som nevnt, om det skjer noe uventet og ubehagelig, ta kontakt med en gang. Du får en ny time umiddelbart. Og ikke gå med plagene dine for lenge. Men til slutt: Hvor- dan har du opplevd arbeidet vi har gjort? K: Det er litt rart og litt uvant, men det kjennes også logisk og riktig. Du er veldig tett på det jeg sier. Og det er jo litt morsomt. Det kjennes også litt lettere ut nå. Problemet er liksom blitt litt mindre. Men jeg er litt sliten, og det er litt trygt at jeg bare kan ta kontakt om det skulle skje noe. T: Det var hyggelig å høre. Takk for nå. Lykke til, men ikke jobb med tunge intellektuelle oppgaver i dag. Vi har satt i gang enkelte krevende mentale prosesser som du kan bli sliten av. Fremover vil hjernen og kroppen din jobbe litt av seg selv for å tilpasse seg de endringsprosessene som vi har satt i gang. Én ting til slutt: Tenk at du skal slippe å forholde deg til dine psykiske problemer. Fokuser på det som fungerer bra, så kan du tenke at det ubehagelige kan terapeuten ta seg av. Du er alltid velkommen. Bare ring. Ikke nøl. Lykke til.

E

nkelte klienter avslutter behandlingen før de er helt igjennom, som følge av den opti- mismen som oppstår på grunn av de overraskende positive endringene de har opplevd i løpet av en konsultasjon eller noen få konsultasjoner. Enkelte kommer derfor tilbake først etter et par måneder eller et halvt år. Jeg formidler av og til til klientene at jeg vil ta kontakt etter en periode for å undersøke hvordan det går. Dersom klientene ønsker, får de enkelte øvelser som de kan anvende og enkelte regler for hvordan de ikke bør jobbe med seg selv.

Evaluering av resultatene: Evaluering av de resultatene man oppnår, skjer fra be- gynnelse til slutt i konsultasjonen ved å registrere de endringsbekreftende utsagnene fra klienten og endringer i den måten klienten snakker om sin situasjon på. Evaluerin- gen skjer også ved å registrere endringer i klientens fokus. Når klienten har fått løst ett problem, begynner de oftest å snakke om noe annet eller om sin situasjon med andre ord enn tidligere. For eksempel vil endringer i klientenes grad av selvforstyrrelse og utsagn av selvforstyrrelseskarakter være tydelige tegn på at det har skjedd enkelte psy- kiske endringer.

Dersom klientene begynner å snakke om trivielle ting som tegn på at det vi har arbeidet med er løst, runder vi av samtalen. Det kan være mer å gjøre, men nok kan

være nok. Det er ofte slitsomt å arbeide med sine problemer selv om man oppnår po- sitive endringer.

Vurdering av de resultatene som er oppnådd, skjer også ved å kartlegge forskjellen på klientens følelsesmessige tilstand før og etter en intervensjon eller en serie med intervensjoner.

#### Oppfølging

Etter noen dager får enkelte klienter kontakt med psykisk ubehag i forhold til det vi har arbeidet med, om enn mildere enn før og med et noe annet innhold. Noen følger anbefalingen om å ta kontakt. Andre ikke. Så, mens noen klienter kommer raskt tilba- ke og får eliminert den psykiske restplagen i løpet av kort tid, kommer andre tilbake først når krisen har oppstått på nytt. Sistnevnte gruppe venter lenge med å ta kontakt, og de klarer seg med én konsultasjon av gangen. De kommer sjeldnere til behand- ling, men behandlingen kan gå over lengre tid. Her kan klientene produsere like mye psykisk smerte mellom konsultasjonene som det terapeuten klarer å bli kvitt i løpet av en konsultasjon. Ved klienter med tyngre psykiske plager vil jeg før behandlingen begynner, orientere om behandlingen og hvordan jeg vil følge opp klienten. Dette skjer av hensyn til klienten, men også på grunn av mitt behov for å ha oversikt over hvor klienten befinner seg mentalt slik at jeg kan følge opp og samtidig forberede klienten på hva som kommer til å skje.

Behandlingene har av og til gått så raskt at jeg har vært litt usikker på om det gjen- står noe ubehag som vi ikke har jobbet med. Fremover vil jeg inngå en avtale med klienter med mer alvorlig problematikk, om at jeg trenger en samtale for å kartlegge klientens tilstand og hva som har fungert, som en avslutning av arbeidet. Denne timen er forankret i mitt behov, og den er gratis.

#### Oppsummering av behandlingsprosessen

Behandlingsprosessen i LBTS er enkel og forutsigbar, men samtidig kan den være komplisert. Den første fasen handler om å utvikle klientens trygghet i forhold til det å møte terapeuten. Mens noen er trygge fra start, er andre urolige. Trygghetsarbeidet handler om å redusere ubehaget som er relatert til det å gå til en fremmed for å få hjelp. Deretter, etter en rask kartlegging av klientens ønsker, begynner behandlingen. Det er ikke nødvendig med en tidkrevende utredning. Dersom klienten har angst eller uro ved begynnelsen av konsultasjonen, reduseres denne først. Deretter henter man opp og aktiverer klientens mentale ressurser og utvikler det reaksjonsmønsteret og de hand- lingene som klienten ønsker. Underveis kartlegges de endringene som er oppnådd. Hvis noe hindrer endring, reduseres hindringene. Hvis klienten trenger kontakt med flere mentale ressurser eller positive egenskaper, gis klienten kontakt med disse. Hvis noe gjenstår av arbeid, kartlegger man hva dette er og endrer det gjenstående psykiske materialet som rommer psykisk ubehag. Til slutt tilpasses endringene til fremtiden.

Det hender at klienten ikke bare ønsker å bli kvitt de psykiske plagene, men også å få det bedre enn før eller å mestre ting som de tidligere ikke har klart. Hvis klientens mentale utfordringer er små, kan behandlingen avsluttes etter en time eller to-tre ti- mer.

Ved hver konsultasjon begynner man på nytt. Ved mer omfattende problematikk kan enkelte av følgende spørsmål være aktuelle: Hva er din situasjon i dag? Hva har fungert siden sist? Hva gjenstår av schizofreni? Hva ønsker du å få det bedre med i dag? Hva trenger du for å få til det du ønsker? Når har du tidligere hatt kontakt med de mentale egenskapene som du trenger i dag? Har du hatt opplevelser mellom konsul- tasjonene som har forverret situasjonen? Terapeuten slutter å spørre når han har fått informasjon som kan danne grunnlaget for en ny intervensjon.

Klientens svar betraktes som en bestilling til terapeuten om å fortsette som før, gjøre ingenting, gjenta en prosess eller begynne helt på nytt. Mens enkelte kun trenger noen få intervensjoner, vil andre ha behov for et større antall. Klienter som er diagnos- tisert med schizofreni, vil kunne fordre et omfattende antall konsultasjoner, mens en- kelte vil trenge et opphold på en avlastende institusjon for å hvile, redusere omfanget av daglige belastninger og antallet inntrykk. En kombinasjon av poliklinisk LBTS med oppfølgende samtaler fra en psykiatrisk institusjon vil trolig være den beste løsningen for enkelte klienter.

#### Oppsummeringer

Kapittel 5 beskriver endringsprosessen i LBTS fra den første innledende samtalen til kartleggingen av de psykiske endringene som er oppnådd. Beskrivelsen følger ofte, men ikke alltid, den kronologiske utviklingen som er skissert. Jeg har lagt vekt på å nøytralisere klientens tilstand ved behandlingens begynnelse og på hva man kan gjøre når klienten mangler kontakt med opplevelser forbundet med trygghet. Her beskrives også det fokus som preger LBT.

LBTS tar utgangspunkt i den fellesmenneskelige psykiske struktur, det vil si egen- skaper ved det psykiske materialet og de sanseforestillinger, ord og utsagn (de biopsy- kiske elementene) som forankrer klientens følelser og som er felles for alle klientene uansett hvilke symptomer på schizofreni de har. Gjennom dette understrekes det hu- manistiske, fenomenologiske og positivistiske fokuset som preger lingvistisk hjernete- rapi, LBT.

Kapittelet begrunner også hvorfor terapeuten ikke fokuserer direkte på følelser, og hvorfor man fokuserer på hindringer mot endring og på de mentale ressursene som klientene besitter.

Andre trekk ved behandlingsprosessen som beskrives, er at man begynner med overkommelige utfordringer, henter frem og aktiverer positive egenskaper, følelser og erfaringer, og at man endrer ubehagelige opplevelser. Dette skjer blant annet ved å la klientene låne de egenskapene de hadde trengt for å mestre vanskelige eller traumatis- ke situasjoner. Det vil si at man aktiverer klientenes mentale ressurser, egenskaper og

erfaringer som kan anvendes i behandlingen. Kapittelet skisserer også egenskaper ved klientene som har betydning for de resultatene man kan oppnå.

#### Avslutning

Dette kapittelet har gitt en grundig innføring i behandlingsprosessen i Lingvistisk Hjerneterapi, med fokus på hvordan man skaper en trygg og forutsigbar ramme for klienten. Ved å kartlegge og aktivere klientens mentale ressurser sikrer man at behand- lingen fører til varige endringer. Prosessen er ikke rigid, men tilpasses etter klientens behov og endringskapasitet. Kapittelet viser også hvordan man gjennom hele behand- lingsforløpet opprettholder et fokus på å redusere psykisk smerte, samtidig som man sørger for at klienten forlater konsultasjonen med en følelse av velvære. Med dette som utgangspunkt blir LBT en behandling som ikke bare hjelper klienten med å overvinne symptomer, men også styrker deres evne til å mestre fremtidige utfordringer.

Kapittel 28 Behandlingenes varig- het

Vurderinger av behandlingens varighet i psykiatrien har en tendens til å understreke at behandling oftest vil være en lengre prosess, noe som igjen kan føre til en undervurde- ring av muligheten for og viktigheten av kortvarige og intensive behandlingsformer. I dette kapittelet vil vi diskutere hvordan LBT, gjennom anvendelse av klientenes menta- le ressurser, kan føre til betydningsfulle resultater på kortere tid enn det som er vanlig, og hvordan denne type erfaringer kan utfordre de etablerte normene for varighet i psykoterapi. Vi vil også se nærmere på hvordan psyken, som et svært fleksibelt organ, responderer raskt på riktig innstilte terapeutiske intervensjoner.

#### Forestillinger om behandlingens varighet kan proble- matiseres

Psykiatrien har forestillinger om at behandling må være en langvarig prosess, særlig for tyngre psykiske plager som schizofreni, noe som støttes av statistikk. Behandling av symptomer på schizofreni vil ofte være en langvarig prosess, men disse forestillingene kan ha uheldige følger, som manglende vilje til å ta på alvor terapeutiske retninger som raskt får, eller som hevder at de raskt får, resultater. Det kan også føre til oppfatningen at symptomene på schizofreni vil vedvare, selv om man har blitt behandlet. Det er imidlertid kjent at enkelte schizofrene blir bedre i løpet av 2-4 eller 6 uker som følge av tidlig diagnostisering og terapi samt antipsykotiske medikamenter (Lieberman, J.A., et al., 2005; Malla, A., et al., 2002; McGlashan, T.H., 2006).

Enkelte langtidsterapeutiske tradisjoner hevder at korttidsterapi arbeider i overfla- ten fordi den er kort, og at langtidsterapi er en forutsetning for å gå i dybden. Denne oppfatningen kan blandes med oppfatningen om at langtidsterapi faktisk går i dybden fordi den er langvarig. Disse forestillingene er teoretiske konstruksjoner uten viten- skapelig holdbarhet. En forutsetning for sannheten i disse oppfatningene er at psyken er et tregt, lite foranderlig og lite fleksibelt organ, og at årsakene til symptomene på schizofreni er lite tilgjengelige, hvilket er ganske uriktige forestillinger. Psyken er det kjappeste, mest endringsbare og fleksible organet vi har.

Erfaringene fra lingvistisk hjerneterapi (LBT) er at de fleste psykiske plager kan

behandles raskere enn det som er vanlig, med færre følelsesmessige belastninger for klientene og med mindre utgifter for klientene og samfunnet enn i dag. Psykis- ke endringer kan oppstå i løpet av sekunder eller minutter, men det må ofte mange små endringer til før det oppstår mer omfattende endringer. Disse kan oppnås i lø- pet av 1-4 konsultasjoner med mildere psykiske plager, men det kan være nødvendig med langt flere konsultasjoner for å behandle schizofreni. Det er nødvendig med mer forskning for å undersøke hvor raskt man kan behandle tyngre symptomer på schizo- freni gjennom LBT, og i hvilken grad det er mulig å behandle klienter som tidligere ikke har blitt funksjonsdyktige til tross for årelang behandling. Min foreløpige anta- gelse, på bakgrunn av behandlingen av et omfattende antall klienter og resultatene fra min forskning på psykiske plager og psykisk endring, er at intensiv behandling med LBTS i stor grad vil kunne redusere behandlingens varighet, og at klientene besitter mentale ressurser som kan anvendes i behandlingen som ikke er utnyttet (Dammen, 2013, 2024a).

#### Behandlingens varighet

Enkelte klienter vil kunne oppleve psykisk lindring i løpet av 1-3 konsultasjoner. Mil- dere psykiske plager kan endres i løpet av 3-8 konsultasjoner, av og til raskere. Det kan være vanskelig å si noe om varigheten av behandlingen ved tyngre symptomer på schizofreni.

Det vil ofte være et samsvar mellom varigheten av klientens symptomer og behand- lingens varighet, men ikke alltid. Enkelte schizofrene som har vært under behandling i lengre tid, kan trolig endres til det bedre i løpet av få konsultasjoner fordi de psykiske endringene er forberedt gjennom tidligere behandling. En forutsetning er at klienten er i en livssituasjon som ikke fører til eller forsterker symptomene. Dette må testes ut i kombinasjon med tradisjonelle behandlingsformer som medikamentell og psykoedu- kativ behandling og muligens med kognitiv atferdsterapi (CBT).

Enkelte klienter som går i poliklinisk behandling, vil i perioder ha behov for et institusjonsopphold for å komme vekk fra en belastende situasjon og for å få den om- sorgen og oppfølgingen som de kan få på en institusjon. Man må likevel være opp- merksom på om det er trekk ved institusjonsoppholdet som kan opprettholde eller forsterke klientenes symptomer.

#### Faktorer som påvirker behandlingens varighet

##### Angstens intensitet

Angstens intensitet påvirker i liten grad behandlingens varighet. Kompleksiteten i og omfanget av den psykiske plagen har derimot betydning. Behandlingstiden kan bli lengre hvis bruk av psykofarmaka har ført til bivirkninger, og dersom eksperter og andre i klientens kontaktkrets stadig understreker alvoret i den psykiske plagen.

##### Klientens endringskapasitet og relasjon

Endringstempoet vil påvirkes av klientens endringskapasitet og av relasjonen mellom terapeut og klient. Relasjonens betydning i LBTS er først og fremst knyttet til klientens evne til å si et ektefølt ja til terapeuten og til behandlingen, hvilket er en forutsetning for at det skal oppstå psykiske endringer. Klientenes endringskapasitet vil variere fra klient til klient. Enkelte klienter besitter en omfattende endringskapasitet, mens andre har en langt mindre. Mens det å ha omfattende vrangforestillinger kan redusere en kli- ents endringskapasitet, vil klientenes evne til å hallusinere forsterke denne. Likeledes med medikamenter. Enkelte medikamenter vil redusere klientenes endringsevne fordi de reduserer klientenes kognitive kapasitet. I LBTS må man derfor være oppmerksom på om medikamentene reduserer klientenes mentale fleksibilitet og evne til å nyttig- gjøre seg LBT, da LBTS er en intellektuelt ganske krevende behandlingsform.

##### Endringstempo og konsultasjonens varighet

Enkelte klienter er så endringsraske at vi på kort tid får gjennomført mange endrings- prosesser. Det hender at jeg tenker at det er nok for i dag, og at klienten trenger tid for å bearbeide og tilpasse seg de endringene som er oppnådd. Da stopper jeg behandlin- gen før timen har gått. Bakgrunnen for dette er at jeg av og til har vært overivrig og fortsatt med nye intervensjoner selv om klienten er blitt sliten av behandlingen. Det bør unngås.

##### Klientens anvendelse av terapeut

Behandlingens lengde vil være forbundet med hvordan klienten anvender terapeuten. Klienter som bruker terapeuten som brannslukker eller rådgiver og som avslutter be- handlingen før det er gjennomført, men som kommer tilbake når krisene oppstår på nytt, kan måtte gå lengre i behandling.

##### Terapeutens kunnskap, fokus og metode

Hvor raskt man kan oppnå resultater, vil være knyttet til terapeutens kunnskap, hold- ninger og metoder. Dersom terapeuten vet hvordan de psykiske plagene er bygget opp mentalt, er fokusert på det psykiske materialet som forankrer symptomene, vet hvor- dan metodene skal anvendes, er optimistisk på klientens vegne og har en god relasjon til klienten, kan de fleste klientene oppleve betydningsfulle og varige endringer i løpet av kort tid.

Behandlingens varighet vil også være forbundet med hvor raskt terapeuten får kon- takt med det psykiske materialet som utløser symptomene, og med terapeutens evne til å arbeide presist med det psykiske materialet som forårsaker klientens problemer. Behandlingens varighet påvirkes også av de endringsstrategiene og metodene som te- rapeuten anvender, og av terapeutens evne til å aktivere klientens mentale ressurser. Jo raskere terapeuten er i stand til å aktivere klientens mentale ressurser, desto raskere vil klienten kunne oppleve psykiske endringer.

##### Et for høyt endringstempo

Behandlingstiden vil kunne øke om terapeuten går for fort frem. Terapeuten kan ha for høye ambisjoner om endring på klientens vegne og kan, på grunn av sin iver, tro at klienten har oppnådd endringer før disse har skjedd. En følge av dette er at terapeuten kan iverksette så mange intervensjoner at klienten ikke mestrer det endringstempoet som terapeuten legger opp til.

#### Eksempler på behandlingens varighet

Hensikten med disse eksemplene, hentet fra behandling er å beskrive mulighetene for å oppnå psykisk endring ved å endre de mentale elementene som utløser de psykiske plagene. Som tidligere formidlet, er det ikke forskjeller mellom det psykiske materialet og de mentale prosessene som fører til ulike former for angst, depresjon og tvangstan- ker. Dette gjør det mulig å anvende de samme metodene i behandlingen av både tyngre og mindre alvorlige symptomer på schizofreni.

Dette nevnes selv om klienter med psykosespekterlidelser vil stå overfor større ut- fordringer, som lengre behandlingstid og medikamentell behandling, og at hvor langt man kan komme i behandlingen vil være beheftet med usikkerhet. Mens noen klienter raskt vil kunne oppnå bemerkelsesverdige resultater, vil andre være mindre i stand til å dra nytte av behandlingen i LBT.

Det er nødvendig med mer forskning for å undersøke hvor langt man kan komme i behandling av klienter med LBTS som ikke har blitt funksjonsdyktige til tross for lang- varig behandling. Man kan imidlertid garantere enkelte positive endringer som ikke er oppnådd gjennom tidligere behandling, også med denne typen klienter.

Forutsetningen for å oppnå gode resultater raskt er at klientene er intellektuelt til- gjengelige, ønsker endring, ikke er for slitne og ikke sløvet ned av medisiner eller apa- tiske. Apatiske klienter vil kreve lengre behandlingstid da endringsprosessene vil gå langsommere.

Jeg har valgt å formidle eksempler på spektakulære terapeutiske erfaringer. Eksem- plene er hentet fra mitt arbeid med nærmere 1000 klienter fordelt på apati, prestasjons- angst, eksamensangst, nederlag, tvangstanker, sorgreaksjoner, blind vold, psykotiske tendenser, migrene, fobier, panikkangst, depresjon, vold i familier, kaos, læringspro- blemer, konflikter, anoreksi, manglende selvtillit, posttraumatiske reaksjoner, voldtekt, rusrelaterte reaksjoner, ensomhet, reaksjoner på oppsigelse, arbeidsledighet, psykis- ke problemer som følge av alvorlig sykdom, vrangforestillinger, atferdsproblematikk, aggresjon, utbrenthet, mindre personlighetsforstyrrelser, incest, skrivevegring, selv- mordstendenser, familieterapi, skilsmisseproblematikk, sosial angst og utvikling av dyktighet og mestringsevne. Klientene har vært barn, ungdom og eldre.

Ingen av klientene har vært innlagt mens behandlingen har pågått, selv om enkelte har gått i annen behandling parallelt. Ingen har vært psykotiske i behandlingsperi- oden, selv om flere har hatt psykotiske reaksjoner tidligere og vært innlagt. Enkelte har hatt det jeg vil kalle grensepsykotiske tilstander og vært vanskelig tilgjengelige i

begynnelsen av behandlingen. Ingen har vært diagnostisert, selv om noen har hatt hal- lusinasjoner, vrangforestillinger og apati. Klientene har kommet på ryktebasis. Enkelte er blitt henvist fra arbeidsgiver, psykologer, lærere og rektorer. Behandlingen av den mest alvorlig belastede klienten, som ellers ville blitt varig innlagt i en tungpsykiatrisk institusjon i Oslo, ble gjennomført i samarbeid med Aker sykehus.

En stor andel av klientene har vært musikere og andre kulturarbeidere som har ønsket å redusere psykiske belastninger relatert til jobb eller privatliv. De psykiske plagene faller hovedsakelig inn under kategorien hverdagspsykiske plager (Helsedi- rektoratets beskrivelse), selv om enkelte har vært funksjonsudyktige.

Klientene kommer fra alle aldre og de fleste geografiske og sosiale miljøer. Behand- lingene ble gjennomført med ulike metoder, hvorav enkelte er hentet fra terapeutiske tradisjoner som løsningsorientert, narrativ og postmoderne terapi, men anvendt med utgangspunkt i forståelse for hjernens psykologi (Dammen 2023a).

Hensikten med det følgende er å illustrere hva som er mulig å oppnå i behandling gjennom LBT, og gjennom dette også illustrere de mulighetene som foreligger for å oppnå psykisk endring. Hovedargumentet for denne vurderingen er at ulike symp- tomer på schizofreni rent mentalt, mentalbiologisk og hjernemessig er bygget opp på samme måte, og derfor kan endres gjennom de samme metodene. Det andre argu- mentet er at mange vil ha tilleggsplager som kan minne om de som beskrives og som er behandlet her.

##### Full bedring etter 45 minutter

En intens posttraumatisk plage med alvorlig funksjonssvikt som student og psykisk kollaps i forbindelse med en alvorlig ulykke, som klienten hadde ansvar for å håndtere, ble behandlet på 45 minutter. Resultat: Full rehabilitering. Ingen tilbakefall. Jeg hadde kontakt med klienten i 2 år.

##### Angst og psykiske problemer etter blind vold 1 konsultasjon.

Klienten, en musikkstudent, ble truet med kniv, slått ned og ranet på T-banen. Ang- sten forsvant i løpet av konsultasjonen. Studenten fortsatte sine studier som før. Ingen senere oppfølging.

##### Fobisk angst 1 konsultasjon.

En nær fobisk angst for å være alene på natten og å dra på hytta ble kurert i løpet av en konsultasjon etter at klienten hadde vært til behandling i 20 år, uten at fobien hadde forsvunnet. Flere positive tilbakemeldinger over flere år. Full rehabilitering.

##### Prestasjonsangst relatert til prøveforelesning for Høyesterett

En advokat tok kontakt på grunn av uro for en prøveforelesning/prøvesak for Høyes- terett for å bli godkjent som høyesterettsadvokat. Det var tilstrekkelig med 1 konsulta- sjon. Advokaten gjennomførte prøveforelesningen uten angst og ble godkjent.

##### Prestasjonsangst 1-3 konsultasjoner.

Et omfattende antall musikkstudenter, musikere og andre kulturarbeidere er blitt be- handlet for prestasjonsangst og annen problematikk. Resultatene var omfattende be- dring.

##### Familieproblematikk og lettere vold 2 konsultasjoner, en på fire og en på én og en halv time.

Samlivsbrudd og vold. Mannen drakk og ble aggressiv i fylla. Klienten, en skuespiller, hadde angst og visste ikke hvordan hun kunne mestre situasjonen. Resultat: Kvinnen kom ut av forholdet og ble rehabilitert.

##### Samlivsproblematikk

To konsultasjoner. Klienten, en kvinne, ble dårlig behandlet av samboer. Klienten for- stod at hun ville bli ødelagt hvis hun fortsatte forholdet, men klarte ikke å avslutte grunnet attraksjon til mannen. Min oppgave bestod i å redusere mannens tiltrekning og bygge opp klienten slik at hun maktet å gjennomføre et brudd uten å komme tilba- ke. Det fungerte.

##### Angst, uro, sosial isolasjon etter alvorlig mobbing

To konsultasjoner. En tolv år gammel gutt ble utsatt for alvorlig mobbing over lengre tid av en ungdomsgjeng. Det ble en politisak. Første konsultasjon handlet om å redu- sere psykiske reaksjoner etter mobbingen og å bygge opp klienten mentalt slik at han kunne mestre sitt eget liv og nye mobbesituasjoner. Andre konsultasjon handlet om å bygge opp klienten mentalt for å kunne gjennomføre en konfrontasjon med ungdom- mene i forbindelse med avhør hos politiet, med mobberne og mobbernes foreldre til stede. Full rehabilitering.

##### Prestasjonsangst (1)

To konsultasjoner i løpet av ett år. Bakgrunn: Prestasjonsangst hos ung sjakkspiller og sosial problematikk. Resultat etter første konsultasjon: Kvinnen gikk opp så mye i rating i en nasjonal konkurranse at det ble skrevet om i avisene. Andre konsultasjon var igjen behandling av prestasjonsangst i forhold til et nasjonalt mesterskap. Resultat: Klienten vant NM i sin klasse.

##### Prestasjonsangst (2)

Prestasjonsangst hos ung sjakkspiller, gutt. Varighet: To konsultasjoner. Resultat: Kli- enten gikk umiddelbart opp med over 100 poeng i rating.

##### Posttraumatisk plage og konfliktvegring

To konsultasjoner. Klienten, en mellomleder, hadde omfattende angst fra traumatiske opplevelser fra ungdomstiden. Han slo ned sin far som 14-åring, etter at faren slo mor. Faren falt mot en ovn og ble bevisstløs. Klienten trodde han hadde drept faren sin. Klienten hadde utviklet en nær fobisk angst for mulige konflikter. Han var nå nærmere 50 år. Klienten forsvant plutselig fra konfliktsituasjoner med medarbeidere. Deretter ba han sjefen om å rydde opp. Dette hadde pågått i flere år. Klienten stod overfor føl- gende valg: enten bli sagt opp eller mestre konfliktsituasjoner med ansatte. Resultatet var full bedring etter to konsultasjoner, en på tre og en på fire timer. Behandlingen fikk omfattende positiv virkning på klientens øvrige liv.

##### Posttraumatisk plage

To konsultasjoner. Fortrengt voldtektsopplevelse og angst. Klienten måtte følges til og fra jobb og kunne ikke ha seksuell kontakt med sin ektemann. Behandlingen avdekket en tidligere voldtekt. Etter behandlingen kunne klienten gå alene på jobb og ha seksu- ell kontakt med sin mann.

##### Tvangstanker, prestasjonsangst og tidligere familieproblematikk

Tre konsultasjoner. Voksen kvinne, hjemmeværende. Hun ønsket å gå ut i jobb. Pre- stasjonsangst hadde hindret klienten i å ta jobb som lærer. Tvangstankene dominerte klientens liv. Resultat: Full rehabilitering. Tvangstankene ble borte. Klienten gikk ut i jobb.

##### Omfattende angst, sosial isolasjon

Tre konsultasjoner. Klienten, en lærer med omfattende angst, hadde gått i behand- ling i lengre tid. Hun var blitt bedre av behandlingen. Psykologen pensjonerte seg, og klientens angst kom tilbake i enda større grad enn før. Resultat av behandlingen: Full rehabilitering.

##### Voldtekt

Fire konsultasjoner. Student utsatt for voldtekt. Traumet ble redusert. Klienten fikk tilbake sin tidligere trygghet. Fra å isolere seg reiste kvinnen alene til et nytt studium i Frankrike en tid etter behandlingen.

##### Posttraumatisk plage etter blind vold

Tre konsultasjoner. En alvorlig og psykisk invalidiserende posttraumatisk plage etter vold med livstruende skader og tre ukers opphold på et somatisk sykehus ble kurert på tre konsultasjoner etter to år med omfattende angst, sosial isolasjon og sterkt reduserte skoleresultater. Tidligere behandling hadde ikke hjulpet. Klienten hadde sluttet med medisiner da de ikke hjalp. Klienten ble bra, fungerte som før, fikk nye venner og igjen gode karakterer på skolen.

##### Depresjon og selvmordsforsøk

Tre konsultasjoner. Konsultasjonenes varighet: Fra én til 3,5 timer. Resultat: Full reha- bilitering. Jeg hadde kontakt med studenten i flere år.

##### Utbrenthet og uro i forbindelse med egen bedrift

Tre konsultasjoner. Klienten var eier og leder i egen bedrift, men var utbrent og sliten samt hadde uro for bedriftens videre skjebne. Mål: Å utvikle nye mestringsstrategier i forbindelse med jobb og å forberede endringer i ledelsen.

##### Utbrenthet og jobbrelatert angst

Læreren var sykmeldt av psykiske årsaker på grunn av følt konflikt med bestemte klas- ser og en bestemt elev. Tre konsultasjoner over to perioder. Klienten var en dyktig og arbeidsom lærer, men utslitt. Full rehabilitering. Klienten gikk tilbake til og fungerte godt i jobb og i klassen.

##### Prestasjonsangst, sosial angst, forelskelse m.m.

1-3 konsultasjoner. Et år arbeidet jeg med 67 studenter på Norges musikkhøgskole. Studentene slet med prestasjonsangst, foreldreproblematikk, sosial uro, angst og kon- flikter med andre studenter og lærere. Over en periode på 30 år har jeg jobbet med flere hundre studenter. Kun meget få har hatt behov for flere enn tre konsultasjoner. Resultat: Samtlige fikk en bedre situasjon.

##### Prestasjonsangst og psykisk oppbygging

Fire konsultasjoner. Klienten holdt på å gi opp sin karriere som musiker på grunn av manglende selvtillit og traumer etter et opphold på Guildhall, en av de mest anerkjente undervisningsinstitusjonene i Europa for klassisk musikk. Kvinnen ble bygget opp, fortsatte som musiker og vant prøvespill, først i Den norske opera og ballett og senere i Filharmonien. Resultat: Full rehabilitering.

Sosial problematikk, lavt selvbilde, rusrelaterte hallusinasjoner, samboerproblema- tikk, angst, selvmordstendenser, funksjonsudyktighet

6 konsultasjoner. Klienten gjennomførte enkelte eksamener, tok deltidsjobb, hallusi- nasjonene forsvant, og selvmordstankene forsvant. Det gjenstår mer arbeid, men kli- enten fungerer i jobb.

##### Prestasjonsangst og manglende selvtillit

5 konsultasjoner. Klienten var operasanger, men droppet ut som musiker grunnet om- fattende angst. Hun stod nå overfor et valg: enten droppe sin operakarriere eller ree- tablere sin stemme og evne til å mestre konserter. Behandlingene skjedde via telefon. Klienten ble rehabilitert og gjennomførte flere store konserter.

##### Fobier og sosial angst

5 konsultasjoner. Klienten hadde gått i terapi i over to år hos flere psykologer. Etter fem konsultasjoner ble hun bra og godt fungerende. Kvinnen kunne igjen ta trikk, buss og delta i sosiale sammenhenger.

##### Posttraumatisk plage og incest

5 konsultasjoner. Posttraumatiske reaksjoner som følge av incest i tidlig barndom. Kli- enten klarte ikke å ha et forhold til menn. Hun fikk et sammenbrudd i tenårene og gjennomgikk samtaler med politi, psykolog og helsepersonell uten bedring. Etter fem konsultasjoner ble hun kvitt sine psykiske problemer, fungerte igjen som student og konsertmusiker, og fikk en kjæreste og et barn.

##### Panikkangst, familiekonflikt og funksjonssvikt

6 konsultasjoner fordelt på 3 dager. En distriktsmusiker godkjent for trygd med pa- nikkangst og konflikter med arbeidsgiver, kolleger og familie tok kontakt. Panikkang- sten forsvant, konfliktene ble løst, og klienten gikk tilbake i jobb.

##### Psykotiske reaksjoner, sorgreaksjoner og reaksjoner etter plutselig skilsmisse

8 konsultasjoner. Klienten hadde omfattende psykotiske reaksjoner hjemme med selv- mordstendenser samt angst, bitterhet og depresjon etter et samlivsbrudd. Resultat: Full rehabilitering. Hun fikk gjennomarbeidet sorgen, depresjonen og bitterheten, og kunne begynne på nytt.

##### Angst og depresjon hos hypokonder

8 konsultasjoner. Klienten hadde omfattende angst for hjernesvulst og sykdom, hypo- kondriske tendenser og mildere vrangforestillinger. Etter behandlingen ble hun kvitt sin angst for hjernesvulst og sykdom.

##### Posttraumatiske reaksjoner etter å ha blitt truet med kniv

9 konsultasjoner over flere perioder. Første periode behandlet angst knyttet til opple- velsen. Senere tilbakevendende behandling én til to ganger i året for katastrofeangst og angst for sykdom. Enkelte behandlinger foregikk på telefon og videosamtale fra USA. Resultat: Full rehabilitering.

##### Uro, sosial fungering, ensomhet, familieproblematikk

15 konsultasjoner. Klienten, en aktiv og aggressiv kvinne med omfattende behov for å snakke, var ikke interessert i systematisk endringsarbeid. Resultat: Hun fikk det bedre, men det gjenstår trolig psykiske utfordringer.

##### Tvangstanker

16 konsultasjoner. Klienten hadde vært innlagt flere ganger og var trygdet, sosialt iso- lert og kunne ikke gå ut. Etter behandlingen ble hun helt frisk, kunne igjen gå i butik- ker og i byen, og fikk jobb.

##### Depresjon, katatone trekk, komorbiditet, full funksjonssvikt

34 konsultasjoner. Klienten var i poliklinisk behandling på et psykiatrisk sykehus og tidligere langvarig innlagt. Etter 27 konsultasjoner ble klienten bra, skaffet seg jobb og samboer. Han mestret sitt liv i en tiårsperiode før han tok kontakt igjen.

Kun få klienter har hatt behov for mer enn 8 konsultasjoner. Det lave antallet konsul- tasjoner i arbeidet med klienter forteller trolig noe om klientenes mentale ressurser, at de fleste har hatt et trygt sosialt miljø, og at de psykiske plagene ikke har vært for om- fattende, selv om enkelte studenter har vært funksjonsudyktige og i tillegg hatt angst og depressive reaksjoner.

En forklaring på de gode resultatene kan være behandlingens ensidige fokus på psykisk endring. Antallet konsultasjoner ville vært langt flere om samtalene hadde vært rettet mot utredning av de psykiske plagene i dens fulle bredde. Selv om det er flere årsaker til de endringene som har skjedd, er konklusjonen at LBTS er en meget effektiv tilnærming til behandling.

I kapittel 14 vil jeg også beskrive enkelte vellykkede behandlinger, men da med et større fokus på det metodiske og selve behandlingen.

#### Avslutning

Kapittelet har belyst hvordan behandlingens varighet innen Lingvistisk Hjerneterapi kan være langt kortere enn hva tradisjonelle tilnærminger foreskriver. Gjennom ek- sempler og erfaringer har det blitt klart at psyken, til tross for sine komplekse symp- tomer, er kapabel til rask endring når de rette metodene anvendes. LBT demonstrerer en effektivitet som både kan redusere tiden klienter tilbringer i terapi og minimere de følelsesmessige belastningene som ofte følger langvarig behandling. Likevel forblir varigheten individuell og avhengig av klientens kapasitet, relasjon til terapeuten, og omgivelsenes påvirkning. Dette kapittelet konkluderer med at en mer fleksibel tilnær- ming til varighet, tilpasset klientenes behov, kan gi raskere og mer tilfredsstillende resultater, spesielt når man aktiverer deres iboende ressurser.

Kapittel 29 Signaler på endring

Dette kapittelet beskriver signaler på psykisk endring fra klientene og hvordan tera- peuten kan tolke og reagere på disse tegnene.

Klientene gir en rekke signaler på at de har opplevd psykiske endringer. De smiler og ler mer underveis i konsultasjonen, og de kan fortelle at de ikke har hatt en så god følelse på flere år. Andre, som kommer tilbake etter en uke, formidler at det kjennes lettere, virker mindre, at noe tungt er tatt vekk fra skuldrene, at de kan puste bedre, at det er blitt lysere, at de har fått mer energi, og at de tror de klarer det. I tillegg kan de formidle at situasjoner som før ble opplevd som vanskelige, ikke lenger kjennes så vanskelige ut, at de gruer seg mindre, og at de tenker mindre på problemene. De fleste beskriver de positive endringene i nøkterne ordelag, mens andre er mer euforiske. Selve det at klienten er i stand til å forestille seg en bedre situasjon er også et tegn på at noe positivt har skjedd med klienten. Men enkelte depressive kommer tilbake med utsagn om at ting ikke er blitt bedre. Når jeg undersøker de endringene som faktisk har skjedd, kan de likevel være markerte, men noe av depresjonen gjenstår, med den følge at de ikke anerkjenner, legger merke til, eller tør tro på de endringene som har skjedd. Her er oppgaven å utvikle klientens evne til å observere og anerkjenne de psykiske endringene som de har oppnådd.

Klientens ord og utsagn vil være de viktigste kildene til informasjon om hvorvidt klientene har det bedre, og om de har oppnådd psykiske endringer. En sikker indika- tor på psykisk endring er endringer i andelen positivt og negativt ladede utsagn fra klientene underveis i konsultasjonen. Min erfaring er at andelen av problemorienterte og negativt ladede ord og utsagn avtar, og at andelen av positivt ladede utsagn øker tilsvarende. Tendensen er også at klientene beskriver sin situasjon med flere positive utsagn ved konsultasjonens avslutning enn ved dens begynnelse.

Man må være oppmerksom på at utsagn som «jo», «kanskje», «muligens», «noe bedre», «tja» og «vet ikke» ofte tyder på at noe ikke fungerer, eller at det er mer å gjø- re, selv om det har oppstått enkelte endringer. Mens noen klienter formidler følelses- messige endringer gjennom store ord og positive adjektiver, svarer andre klienter, for eksempel enkelte fåmælte ungdommer, kun med ord som «ja» og «hm», uten å endre tonefall i særlig grad. Enkelte klienter gir verbale ja-signaler på at det har skjedd psy- kiske endringer, mens klientens stemmeleie likevel kan være et tegn på at det er noe som gjenstår. Man må derfor se etter flere tegn som kan fortelle om det har skjedd en psykisk endring. Usikre signaler på psykisk endring fører til at terapeuten undersøker

klientens situasjon på nytt, og at han oftest setter i verk nye intervensjoner for å være sikker. Dersom klienten snakker om sin psykiske plage på samme måte ved slutten av en konsultasjon som ved dens begynnelse, vil dette være et tegn på manglende end- ring.

Når klienten er i stand til å si et klart og ektefølt «ja» til at det har skjedd en psykisk endring, begynner man på et nytt problem eller eventuelt avslutter behandlingen.

#### Endringsbekreftende utsagn er det viktigste tegnet på endring

Antallet endringsbekreftende utsagn i løpet av en konsultasjon er den viktigste in- dikatoren på at det har skjedd psykiske endringer. En undersøkelse viste at rundt 40 prosent av klientens utsagn i løpet av en konsultasjon på 400–600 utsagn var av en- dringsbekreftende karakter (Dammen 2013), noe som innebærer mellom 160 og 240 små endringsbekreftende utsagn fra klienten i løpet av 60-90 minutter.

#### Skifte av tema, et uttrykk for endring

Et annet tegn på endring vil være at klientene begynner å snakke om noe annet enn sine problemer på slutten av en konsultasjon. De skifter tema. Fra at de har vært opp- tatt av det som har vært vanskelig, vil de begynne å snakke om, for behandlingen, uvesentlige temaer. Det er et godt tegn og tyder på at det problemet man har arbeidet med, er løst. For å være på den sikre siden, kan man spørre klienten om det er andre temaer eller problemer som klienten ønsker å jobbe med. Av og til er det ikke det. Da avsluttes konsultasjonen ved halvgått løp, noe klienten blir ganske fornøyd med.

#### Endringer i kroppsspråk

Selv om klientens ord og utsagn er de viktigste kildene til informasjon om hvorvidt klientene har fått det bedre, er klientens kroppsspråk også av betydning. Det viktigste er observasjoner av stemmeleie, snakketempo, endringer i ansiktsuttrykk, endringer i sittestilling og endringer i bevegelser og kroppsposisjon.

Selv mindre endringer i beinstilling og hvordan fingrene beveger seg kan være et signal på endringer til det positive eller negative. Disse endringene bør av og til under- søkes verbalt. Andre tegn på følelsesmessige endringer kan være endringer i hudfarge, øyebevegelser og i klientens fokus.

Klientens stemmeleie er viktig da enhver antydning til tvil og usikkerhet nesten alltid kommer til uttrykk gjennom klientens stemmeleie. Enkelte klienter gir verbale ja-signaler på at det har skjedd psykiske endringer, mens klientens stemmeleie likevel kan være et tegn på at det er noe som gjenstår. Mens «ja» for noen ligger nær betyd- ningen av et nei, vil andres «ja» være et utvetydig signal på at det har oppstått psykiske

endringer. Et lettere stemmeleie, mer trykk i stemmen og et høyere tempo vil ofte indikere psykisk endring.

Usikre signaler på psykisk endring fører til at terapeuten undersøker klientens situ- asjon på nytt, og at han oftest setter i verk nye intervensjoner. Når klienten er i stand til å si et klart og ektefølt «ja» til at det har skjedd en psykisk endring, begynner man på et nytt problem eller eventuelt avslutter behandlingen.

#### Kroppsspråksfortolkninger kan være feil

Terapeuten kan tolke klientens kroppsspråk og stemmeleie feil, som følge av terapeu- tens ambisjoner på egne vegne og ønske om at det skal skje positive psykiske endringer, eller som følge av terapeutens manglende tro på at klienten kan endre seg. Dette gjør det nødvendig å kontrollere om ens fortolkninger er riktige, for eksempel ved å stille spørsmålet: «Betyr det at din situasjon er... ». Kroppsrelaterte endringer blir betraktet som supplerende tegn og ikke som endelige bevis på endring. Klientens kroppsspråk er likevel viktig ved at de gir terapeuten en følelse av samsvar eller manglende samsvar mellom klientens verbale og kroppsspråksrelaterte tegn på endring.

#### Oppsummering

Endringsbekreftende utsagn er det viktigste beviset på at klientene har opplevd psykis- ke endringer. Et sikkert tegn er også en økende andel spontane positive tilbakemeldin- ger underveis i konsultasjonen. Klientene formidler ofte at de føler seg bedre, lettere, har mer energi og at de tenker mindre på sine problemer enn før. Endringer i klientens sittestilling, kroppsspråk og stemmeleie er også viktige signaler. Disse reaksjonene in- dikerer endring, men er ikke presise bevis på de endringer som klientene har opplevd. Skifte av tema til mer hverdagslige temaer, og endringer i klientens ordbruk fra nega- tive og kritiske til positive ord, noe som særlig vil kunne gjelde ved selvforstyrrelser, indikerer også at det har skjedd psykiske endringer. Terapeuten bør kontrollere sine egne tolkninger gjennom nye spørsmål for å være sikker på at det har skjedd psykiske endringer. Terapeuten bør også være oppmerksom på om klientene underformidler eller overformidler de endringene som de opplever. Enkelte klienter har hatt symp- tomer på schizofreni så lenge at de ikke helt tør å tro på at endring er mulig. Likevel er antallet positive tilbakemeldinger på at klientene har opplevd psykiske endringer omfattende.

Det er det avgjørende at terapeuten kontinuerlig kontrollerer sine tolkninger og tilpasser sine intervensjonene etter klientens reaksjoner. På denne måten sikrer tera- peuten at den psykiske endringen ikke bare er en opplevd forbedring, men en reell og

vedvarende endring.

Kapittel 30 Råd som vil gjøre det lettere å lykkes

Dette kapittelet presenterer praktiske råd som kan gjøre det lettere for terapeuter å oppnå suksess i behandlingen av sine klienter. Rådene er ikke som absolutte regler, men veiledninger som springer ut fra tidligere erfaringer og teoretiske perspektiver. Rådene er rettet mot uerfarne terapeuter, men kan også være nyttige påminnelser for mer erfarne terapeuter. Målet med disse rådene er å skape en mer bevisst tilnærming til arbeidet og å gi terapeutene verktøy til å unngå vanlige fallgruver. Kapittelet dekker temaer som foranalyse, planlegging, oppmerksomhet på mentale ressurser, håndtering av motstand, tålmodighet, og viktigheten av å evaluere og forbedre egen praksis kon- tinuerlig. De springer ut fra det som er formidlet i tidligere kapitler.

##### Foranalyse

Terapeuten bør tenke gjennom hva som er kriteriene for dyktighet i arbeidet med hver enkelt klient, og vurdere hvordan man kan arbeide for å hjelpe klienten best mulig. Terapeuten bør også vurdere trekk ved sine egenskaper og kunnskaper som kan føre til feiltolkninger av klientens situasjon og behov. Feiltolkninger kan være en følge av terapeutens teoretiske og metodiske forankring, og egenskaper som utålmodighet og overivrighet. At bestemte innfallsvinkler og metoder fungerer på én klient, er ingen garanti for at de samme vil fungere for en annen.

##### Kunnskap og oppmerksomhet

Terapeutens oppgave er å vite hva som kan gjøres for å endre klientens symptomer, men samtidig innse at man som terapeut er amatør på klientens liv. Man kommer ikke nærmere klientens følelser og symptomer enn gjennom klientens ord. Ydmykhet over- for klientens opplevelse av sin situasjon, og det å være oppmerksom på de ordene som den schizofrene bruker for å beskrive sin situasjon og sine ønsker, er en forutsetning for å utvikle en god relasjon og for å oppnå resultater i behandlingen.

##### Planlegging

For å forberede seg på å forstå hva klientene opplever som sitt problem, og for å utvikle evne til å iaktta klientens verbale og nonverbale signaler, bør terapeuten analysere de informasjonene som foreligger om klienten før behandlingen. Deretter kan man plan- legge, men likevel være åpen for å endre planen på grunnlag av nye informasjoner som kommer frem underveis i konsultasjonen. Det siste er avgjørende for å lykkes, da klientene nesten alltid kommer tilbake til neste konsultasjon med et nytt problem eller en ny vinkling på et tidligere problem på grunn av de endringene som ble oppnådd på forrige konsultasjon.

##### Informasjon

Terapeuten kan forberede seg på å fortelle klientene at de kan spørre om det de lurer på, for eksempel om hva som skjer i behandlingen, hvorfor det virker, når det virker, hvorfor det ikke virker, og hva man kan gjøre for at det skal virke likevel.

##### Metaforer

Terapeuten bør registrere de metaforene som den schizofrene anvender for å beskrive sin situasjon, da metaforer ofte forteller noe om hvordan den psykiske plagen er for- ankret og lagret mentalt. Terapeuten bør også registrere om klienten anvender visuelle, auditive eller kinestetisk forankrede ord, eventuelt ord knyttet til smak og lukt, da kli- entens ord og utsagn forteller hvordan klientens følelser er lagret. Klientene har ofte få ubehagelige opplevelser knyttet til smak og lukt, men de kan forekomme.

##### Et «ja» til endring

Ingen intervensjoner gjennomføres uten at klienten har formidlet et «ja» til endringene. Ved nei-signaler må man begrunne sine intervensjoner og/eller finne frem til inter- vensjoner som klienten kan si «ja» til.

##### Følelsene er i fokus

Det er klientens følelsesmessige tilstand, reaksjoner og ønsker som skal styre det som skal skje i behandlingen, selv om terapeuten styrer hvordan det skal skje

##### Oppmerksomhet på mentale ressurser

Man bør rette sin oppmerksomhet mot hvordan klientens mentale ressurser kommer til uttrykk på konsultasjonen og de mulighetene for endring som gir seg med utgangs- punkt i disse ressursene. Hensikten er å hindre at man blir hengende ved klientens in- teressante, men tunge og triste eller dramatiske fortellinger. Terapeuten bør forberede seg på å gi klienten kontakt med sine mentale ressurser og å utvikle klientens evne til å anvende disse i sitt daglige liv.

##### Én utfordring av gangen

Ta én utfordring av gangen og jobb til den er løst. Ikke forsøk å forandre for mange ting samtidig. Resultatet kan bli følelsesmessig kaos.

##### Motstand

Motstand fra klientene er et tegn på at det er noe som ikke fungerer. Ved motstand bør terapeuten formulere seg på en slik måte at motstanden opphører. Det kan skje ved å undersøke hva klienten ønsker, og hva klienten opplever som vanskelig, og deretter tilpasse sin arbeidsstil til klientens behov. Dersom klienten ikke ønsker behandling, må den avsluttes eller endres. Klienten vil ofte støte på hindringer underveis i behand- lingen. Hindringer tar vare på noe som for klienten er viktig. Disse må reduseres før man fortsetter endringsprosessen.

##### Pauser

Behandlingen oppleves oftest som slitsom. La klienten få små pauser underveis for å la kroppen og psyken nullstille seg. Pause betyr ikke stillhet. Generell prat er også en form for pause. Klienten kan trenge hvile etter konsultasjonen og bør ikke arbeide med krevende intellektuelle oppgaver samme dag. Kroppen og psyken trenger tid til å tilpasse seg de endringene som har skjedd. Behovet for pauser er også begrunnet i at de psykiske endringene som er oppnådd, skal få feste seg mentalt uten å bli forstyrret av nye inntrykk.

##### Tålmodighet

Vær tålmodig. Enkelte klienter oppnår endringer umiddelbart. Andre trenger lengre tid. Ikke push eller forvent for mye.

##### Ved omfattende ubehag

Hvis klienten har omfattende ubehag, begynn med de mindre utfordringene og fort- sett med de mer alvorlige først når de mindre er løst. Løsningen på en mindre psykisk utfordring vil gjøre det lettere å endre de mer alvorlige. Dersom klienten får kontakt med intenst ubehag underveis i konsultasjonen, noe som kan skje, avsluttes interven- sjonen. Klientens tilstand nøytraliseres. Gi så klienten kontakt med en god følelse. Deretter undersøker man hva klienten trenger for å fortsette endringsprosessen.

Hvis klienten får kontakt med angst underveis i behandlingen, reduser denne før be- handlingen fortsetter. Hensikten er å hindre at det psykiske ubehaget følger med inno- ver i behandlingen, og smitter over på de resultatene som oppnås. I tillegg er hensikten etisk begrunnet. Klienten skal ha det best mulig mentalt i forbindelse med behandlin- gen.

##### Avslutning av konsultasjonen

Fortell klienten om de reaksjonene som han eller hun kan få de første dagene etter konsultasjonen. Det er vanlig at de første dagene er preget av mer glede, overskudd, trygghet, mestringsevne og en god følelse. For enkelte er de gode følelsene varige. An- dre vil oppleve at ubehagelige tanker og psykisk ubehag kommer tilbake, om enn i mindre grad. Dette er ikke et tegn på at behandlingen ikke har fungert, men at det er mer å gjøre. Ikke slipp klientene ut av kontoret før de har en bedre følelse enn da de kom inn. Hensikten er å hindre at de drar med seg psykisk ubehag innover i dagen eller dagen etter. Fortell gjerne hvorfor dette er viktig.

##### Ta ansvaret fra klientene

Fortell at klienten ikke bør forsøke å løse problemene selv, men leve så godt de kan, og vinkle situasjoner og problemer positivt. De kan pådra seg mer ubehag om de prøver å løse sine problemer på samme måte som tidligere, om dette ikke har fungert. Resul- tatet er ofte at de tåler sin egen smerte bedre enn før, men også at de tar kontakt før problemet er blitt for omfattende.

##### Be klienten om å ta kontakt

Be klientene ta kontakt umiddelbart dersom de skulle oppleve mer ubehag. Dette fø- rer til større trygghet, at de tåler sitt eget ubehag i større grad enn før, og at de venter lenger med å ta kontakt, fordi de vet at de kan ta kontakt i tilfelle det skulle oppstå en kritisk situasjon. Men vær forberedt.

##### Evaluering

Terapeuten bør analysere sin arbeidsstil for å redusere terapeutiske feil og for å utvikle nye løsninger på de problemene som har kommet til syne underveis i behandlingen. I tillegg bør terapeuten kontinuerlig vurdere hva som gjenstår av psykisk ubehagelig materiale. Det å analysere hva som fungerer, hva som ikke fungerer og ens positive og mindre positive egenskaper, kan utvikle terapeutens evne til å gjøre en god jobb.

##### Etterarbeid

Ethvert etterarbeid er en forberedelse til neste konsultasjon. For mange er det viktig å analysere sine erfaringer og sin måte å fungere på som terapeut samt tendenser til ut- glidninger og sløvere perioder. Deretter, med dette som utgangspunkt, kan man sette i gang tiltak for å bedre sin praksis.

Umiddelbart etter konsultasjonen bør den uerfarne terapeuten planlegge den be- handlingsstrategien han eller hun vil anvende neste gang klienten kommer. Hensikten er ikke å fastlegge en behandlingsstrategi på forhånd. Det vil dukke opp nye informa- sjoner i neste konsultasjon, og klientens behov vil endre seg på grunn av de endringene som ble oppnådd på forrige konsultasjon. Hensikten er å utvikle terapeutens dyktig- het. Behandlingsprosessen starter på nytt ved hver ny konsultasjon med utgangspunkt i det problemet klienten adresserer.

##### Avslutning

Det meste av denne boken kan leses som råd eller tips til hvordan man kan forstå og arbeide med klienter. I dette kapittelet har jeg gitt råd i en mer eksplisitt form. Rådene er ment for nye terapeuter. Men selv erfarne terapeuter vil kunne oppleve at de ikke får resultater med en gang. Rådene kan derfor fungere som påminnelser for å sikre en god praksis.

Jeg har opplevd at enkelte endringsprosesser har stoppet opp underveis i konsul- tasjonen. Den beste løsningen er å nullstille situasjonen med utgangspunkt i følgende spørsmål: Hvordan har klienten det akkurat nå, og hva er det som bør bedres? Hva trenger klienten mer av akkurat nå? Hva trenger han mindre av? Hva hindrer klienten i å endre seg? Og hva fungerer som kan anvendes videre? Deretter kan man starte prosessen på nytt med små skritt av gangen. Unngå for all del å gjenta det som ikke fungerer.

Om du har lite erfaring med behandling, still deg selv spørsmål som: Hva ønsker du å få til, hva er klientenes sterke og svake sider, hva fungerer i behandlingen? Fokuser på positive løsninger. Ikke grav deg ned i problemer. Vit hvorfor du gjør eller sier det du gjør. Sett deg inn i det vitenskapelige grunnlaget for behandlingen. Resultatet er at du blir tryggere.

Behandling er mye mer enn eksplisitt kunnskap. Skill mellom informasjoner og følelser, og fokuser på følelser. Lytt til metaforer og til klientens språk, og vær opp- merksom på og oppdag positive mentale ressurser, også i det tilsynelatende fremmede og for deg ulogiske. Ta én utfordring av gangen. Regn med motstand, ønsk den vel- kommen, og bruk den positivt. Ikke dvel ved den. Skill mellom egne fortolkninger og presise observasjoner av hvordan klienten utvikler følelser. Vær tålmodig, ta ansvar for feil, og gi ære til klientene. Feire klientene ofte. Be dem om å ta kontakt umiddelbart hvis noe skjer. Vurder eget arbeid nøkternt og likevel positivt. Behold troen på klienten og på at du er en viktig person. Ikke snakk deg ned om det ikke fungerer som du øn- sker. Da blir du som enkelte klienter. Men gå aldri i forsvar. Lytt, og beveg deg deretter videre, og behold det som fungerer, selv om det avviker fra de rådene som er gitt Rådene i dette kapittelet er ment å styrke terapeutens evne til å møte utfordringer som oppstår under behandlingen på en systematisk og effektiv måte. De minner om betyd- ningen av fleksibilitet, tålmodighet og evnen til å justere kursen basert på klientens behov. Selv for erfarne terapeuter kan det være nyttig å reflektere over disse rådene når endringsprosesser stagnerer.

Kapittel 31 Glimt fra Enkelte en- dringsprosesser

#### Innledning

Kapittelet gir glimt fra enkelte endringsprosesser i lingvistisk hjerneterapi. I lingvistisk hjerneterapi er målet å redusere klientens kontakt med sanseforestillinger og ord og utsagn (biopsykiske elementer) som forankrer og utløser psykisk smerte, Målet med behandlingen er også å øke klientens kontakt med et psykisk materiale, det vil si bio- psykiske elementer og mentale forestillinger som fører til velvære og mestringsevne. Eksemplene beskriver klientenes utvikling fra fastlåste og angstpregede tilstander til større ro, trygghet, mestringsfølelse og kontroll. Eksemplene er hentet fra behandling av posttraumatiske reaksjoner, autoritetsangst, prestasjonsangst, incest og overgrep

m.m. Kapittelet illustrerer hvordan lingvistisk hjerneterapi (LBT) anvendes for å endre det psykiske materialet som forårsaker og opprettholder psykiske plager.

Enkelte av de eksemplene beskriver trekk ved hjernens endringskapasitet som går ut over det som er allment kjent. Eksemplene viser fantasiens betydning for psykisk end- ring.

Hensikten med kapittelet er å gi leserne en innsikt i hvordan man arbeider og tenker i lingvistisk hjerneterapi, og å vise hva som er mulig å oppnå i behandlingen.

Selv om ikke alle eksemplene beskriver arbeidet med de biopsykiske elementene er de et utgangspunkt for alt som skjer behandlingene, da alt som sies fra klientene er uttrykk for et psykisk materiale som er uttrykk for klientens følelsesmessige tilstand.

#### Forbindelsen mellom en overgrepsrelatert opplevel- se og de biopsykiske elementer

Hensikten med eksempelet er vise sammenhengen mellom følelser og modale elemen- ter i en angstsituasjon. Klientens angst var knyttet til opplevelsen av å være hjemme alene med far som var påvirket av alkohol i påsken. Klientens angst viste seg å være utløst av fars blikk (et visuelt biopsykisk element), pappas alkoholånde (luktorientert biopsykisk element) og pappas komplimenter om datterens kropp (verbale og auditive biopsykiske elementer). Angsten var også knyttet til pappas berøring av hennes bryster

(kinestetisk og visuelt biopsykisk element), utsagn om at han ikke fikk nok nærhet fra hennes mor (verbalt og auditivt biopsykisk element), kombinert med påbud om loja- litet til far gjennom et krav om taushet overfor mor (auditive biopsykiske elementer). Det er først når vi får kontakt med de biopsykiske elementene i form av modale opplevelser og tanker som forankrer klientens angst, at vi får kontakt med årsakene til klientens angst. Den mest intense følelsen av angst var ikke knyttet til det fysiske overgrepet, men til følelsen av skyld overfor mor (et kinestetisk og verbalt biopsykisk element), sinne (et kinestetisk element), tillitsbrudd (et komplekst sett med biopsy- kiske elementer) og frykt for nye overgrep om hun skulle bli alene med far (en følelse bestående av flere biopsykiske elementer), og med et undertrykt behov for å fortelle

(kinestetisk element).

Angsten forsvant gjennom arbeidet med og endringen av disse biopsykiske ele- mentene og gjennom utvikling av et nytt handlingsalternativ i situasjonen, og nye mestringsstrategier om liknende situasjoner skulle oppstå på nytt.

Dersom terapeuten hadde nøyd seg med å få tilgang til den grovere følelsen –

«angst» – og forstått klientens utsagn som et direkte uttrykk for kontakt med modale elementer, ville man fått mindre presis forståelse for datterens situasjon, mindre ope- rasjonaliserbar informasjon samt mindre innsikt i det psykiske materialet som foran- kret og utløste datterens uro. Datterens angst blir først operasjonaliserbar når hennes utsagn kan danne grunnlaget for en intervensjon, men dette forutsetter at de modale og språklige elementene som formidles av klienten blir forstått som et direkte uttrykk for klientens følelser og for hvordan disse følelsen er lagret mentalt.

#### Et eksempel på endring gjennom endring av de bio- psykiske elementene

Hensikten med eksempelet er illustrere nødvendigheten av å jobbe presist med de bio- psykiske elementene som forankrer en klients angst og annen uro spesifikt kan være knyttet til bestemte biopsykiske elementer .

En kvinne tok kontakt. Bakgrunnen var at hun måtte bli fulgt av sin mann til jobb hver morgen og hentet hver ettermiddag. Hun turte ikke å gå alene. Ingen forstod hva som var bakgrunnen for situasjonen, heller ikke klienten. Situasjonen var etter hvert blitt en omfattende belastning for forholdet. I løpet av første konsultasjon fikk klienten kontakt med en voldtektsopplevelse (lagrede biopsykiske elementer av mo- dal og språklig karakter) som hadde skjedd for flere år siden. Den var forsvunnet fra klientens bevissthet. Som vanlig begynte jeg å arbeide med hele voldtektsopplevelsen, uten at det førte til umiddelbare endringer. En nærmere undersøkelse av det psykis- ke materialet, de biopsykiske elementene som forankret kvinnens angst, viste at den ikke var knyttet til voldtektssituasjonen som helhet. Kvinnens angst var knyttet til det øyeblikket hun forstod at det ikke nyttet å kjempe imot. Frem til det øyeblikket hadde hun hatt energi, sinne, vilje og mental kraft til å forsvare seg uten å få panikk, det vil si at hun hadde kontakt med positive og ressurspregede mentale elementer. Angsten var

knyttet til det øyeblikket, det sekundet, da hun opplevde at hun ikke hadde kontroll, at hun var maktesløs, uansett.

Følelsen av manglende kontroll og maktesløshet psykisk materiale som følge av kontakt med biopsykiske elementer. Voldtektsopplevelsen hadde ført til dannelse av posttraumatiske biopsykiske elementer som rommet omfattende angst kombinert med enkelte vrangforestillinger. Da de biopsykiske elementene som forankret maktes- løsheten og manglende kontroll, ble bearbeidet og endret, forsvant angstens hovedkil- de og vrangforestillingene, men kvinnen klarte fortsatt ikke å skille mellom sin mann, som hun var glad i, og andre menn, som ble forstått som potensielle overgripere, og hun klarte fortsatt ikke å ha seksuell kontakt med sin mann.

Først i en senere konsultasjon, i det øyeblikk at kvinnen ble i stand til å akseptere og tilgi det at overgriper hadde et seksuelt behov, men likevel meget klart forkastet overgriperens atferd, noe som var vanskelig i begynnelse, klarte hun å skille mellom sin mann som hun ønsket å være sammen med og andre menn som hun måtte være forsiktig med. Som følge av behandlingen hadde hun utviklet en ny strategi som inne- bar at hun kunne åpne seg menn hun var trygg på, men gå tilbake til sin tidligere beskyttelsesstrategi når hun ble usikker overfor menn.

#### Behandling av Posttraumatisk Plage etter Vold

Eksemplet illustrere enkelte tyngre klienters nær utrolig endringskapasitet, til tross for at tidligere behandling ikke hadde fungert. Eksempelet illustrerer også de endringspo- tensialene som rommes i metoden fantastiske fantaser.

En ungdom fra Nord-Norge ble utsatt for livstruende vold og hadde et langt sykehus- opphold som følge av dette. Han utviklet en invalidiserende fobisk angst. Familien måtte flytte til en annen del av landet på grunn av klientens angst for nye overfall. Den nye skolen t tok kontakt to år etter voldsepisoden. Klienten hadde flashbacks der han gjenopplevde voldshendelsen visuelt. Angsten var så omfattende at han ikke la merke til om han hadde hendene på en ovn, og han svettet så mye i hendene at han fikk utslett. Han hadde isolert seg, sluttet med hobbyene sine, kunne ikke lenger være i kjøpesentre, og skoleresultatene hadde stupt.

Første mål med behandlingen var å redusere klientens angst. Behandlingen fulgte behandlingsprosessen beskrevet i kapittel 27, de ulike endringsstrategiene i kapittel og endringsformene beskrevet i kapittel 33, samt flere av metodene beskrevet i kapitlene 35-44. Behandlingen førte til at flashbackene og angsten for ungdommene som hadde utført volden, opphørte. Gutten fikk tilbake sine hobbyer og fikk nye venner, Behand- lingen illustrerer de mentalbiologiske elementenes betydning i behandlingen av meget alvorlig og invalidiserende psykisk plage.

Klienten var tøff og stolt. Noe av det som plaget ham, var at han ikke hadde klart å ta igjen. Han opplevde situasjonen som et nederlag. Han følte skam (et kinestetisk bio-psykisk element) over at han ble slått ned selv om de var tre og kom uforberedt. Det gikk på ære (bio-psykisk element). Det tok litt tid før jeg fant en innfallsvinkel til

behandlingen. Klientens utsagn om at han ikke hadde klart å ta igjen, og at han hadde fremstått som svak, ga et utgangspunkt. Under følger enkelte utdrag fra behandlingen.

#### Utdrag fra en behandling

Terapeut (T): Har du noen helter (ressursorientert biopsykisk element, for eksempel noen tegneseriehelter som Supermann eller en annen su- perhelt? Klient (K): Ja. T: Flott. Har du vært opptatt av kampsport (res- sursorientert bio-psykisk element) noen gang? Klienten hadde vært opp- tatt av Taekwondo, en koreansk kampsport. T: Ok, sett at det fantes noe som kunne føre til at du ble helt fullstendig trygg, og du slapp å være på vakt. K: Jeg vet ikke.

*(”Helter, supermann, Taekwondo, trygg” er biopsykiske elementer forbundet med*

*mentale ressurser”)*

Hensikten med utsagnet var å gi klienten kontakt en god opplevelse der han anvendte sine positive mentale ressurser.

Klientens øyeblikkelige angst (negativt ladet bio-psykisk element) gjorde det vanskelig å forestille seg en situasjon uten angst. Terapeutens tidligere forsøk på å gi klienten kontakt med enkelte mentale ressurser fungerte ikke.

Her kartlegger jeg klientens situasjon samtidig som jeg intervenerer (se metoden in- tervensjon som kartleggingsmetode:

K: Jeg vet ikke. T: Du vet ikke. Den følelsen av å være på vakt som du har nå, stammer den fra den situasjonen som skjedde? K: Ja. T: Akkurat. Da kan du tenke deg at du kan se deg selv på avstand på skolen? (Endrer kli- entens fokus og reduserer angst). K: Hm (klientens ”Hm” var et ja-signal. Klienten er dermed i stand til å endre fokus).

(Følelsen av å være på vakt er et bio-psykisk elementer som rommer psykisk smerte) Terapeuten har her gitt klienten kontakt med en dissosiert posisjon, det å se seg selv på avstand, hvilket kan redusere psykisk smerte og gjøre det lettere å få kontakt med mentale ressurser. Her gir et glimt fra metoden fantastiske fantasier):

T: Kan du tenke deg at du er 215 centimeter høy og med svart belte i taekwondo (ressurspreget biopsykisk element)? (Hvis det fungerer, øker dette selvfølelsen, tryggheten og mestringsfølelsen). K: Hm. T: Du er trygg. Og én ting til, nå vet du hva som kommer til å skje. Og du vet hva du kommer til å gjøre på forhånd (øker tryggheten).K: Hm. T: Og så kan du se deg utenfra, men nå er du Supermann med svart belte i taekwondo og 215 cm høy. Du tar situasjonen helt overlegent. Se nå hva som skjer når du virkelig takler det sånn som du ønsker. Hva får du til nå? K: Da banker jeg alle tre (endringsbekreftende utsagn, klienten fikk nå kontakt med

noen mentale ressurser). T: Se nå at du banker alle tre (endringsforster- kende utsagn). Hvordan kjennes det ut?K: Latter. Det kjennes mye bedre ut. Det går ganske lett (endringsbekreftende utsagn). T: Du er helt rolig (forsterkende utsagn). K: Hm. T: Så fortsetter situasjonen (her hindres klienten i å stoppe opp og dvele ved situasjonen).T: Hvordan kjennes det nå? K: Hm (klientens stemmeleie tyder på en ikke helt positiv reaksjon). T: Kjennes det bra ut? K: Ja. Litt latter (endringsbekreftende utsagn).

*(”Supermann, svart belte i karate, 215 cm høy er ressursrommende biopsykiske ele,-*

*menter. Her inngår de i en endringsprosess.)*

Klientens stemmeleie er et tegn på at noe gjenstår. Klienten virker fortsatt utrygg).

##### Reduksjon av angst /dannelse av ny mental virkelighet

Klienten har angst. Intervensjonen har to formål, å redusere klientens angst, og å redu- seres traumet. Jeg fortsetter her med metoden fantastiske fantasier, som tidligere, men nå med nytt innhold. Samtidig endrer jeg klientens historie og gir klienten tilgang til nye ressurser

T: Har du sett en Chaplin-film noen gang? K: Ja. T: Tenk at nå ser du en Chaplin-film, og du er Chaplin. K: Ja. Liten latter. T: Nå ser du deg i en svart-hvitt-film fra situasjonen, som om du er Charlie Chaplin, hvor du ordner opp på en litt komisk måte. Du er fortsatt 215 cm høy med svart belte i taekwondo. Hvordan ser det ut? K: Det ser dumt ut. Liten latter. T: Humor og latter er tegn på større ro og avslappethet, og tegn på redusert angstfølelse i øyeblikket. Det å se seg selv på en film som Charlie Chaplin i en voldssituasjon er en kraftig visuell endring. T: Og nå kan du tenke deg én ting til. At med en gang de kommer, krymper du dem til to cen- timeter (her skjer det en visuell endring som ufarliggjør elevene).K: Hm. T: Og så tar du på dem tyrolerbukser og setter dem på et bord 15 meter lenger unna, hvor de dingler med bena, mens du er stor, sterk og trygg (en ufarlig og litt latterlig visuell forestilling av en tidligere traumatisk situasjon reduserer angst). K: Hm. (Litt latter igjen).

##### Ny test

T: Hvordan hadde du hatt det nå i den situasjonen? (Undersøker inter- vensjonens virkning). K: Jeg tror ikke de ville angrepet meg hvis det had- de vært sånn (endringsbekreftende utsagn, men ordet «hvis» er et tegn på forbehold). T: Nei, tenk at de ikke tør det. Hvordan har du det da? K: Da har jeg det bra (endringsbekreftende utsagn).T: Da har du det bra. Se hva som skjer når de ikke tør å angripe deg. Hva skjer da? K: Ikke noe. T: Har du det bra da?K: Hm. Når jeg har det sånn, har jeg det bra. Setningen

«Når jeg har det sånn» er et tegn på at noe gjenstår.

##### Terapeuten tester ut igjen

T: Hvordan har du det på skolen når du går rundt med den følelsen i stedet for? K: Jeg vet ikke («vet ikke» er et tegn på at det gjenstår noe angst).T: Er det bedre å ha det sånn?K: Sikkert («sikkert» er nok et tegn på at det gjenstår noe angst). T: Er du litt usikker der borte fortsatt? (Ny sjekk).K: Hm (klienten var meget fåmælt, «Hm» kan bety ja, men også nei). T: Hva trenger du nå? K: Jeg ville helst hatt en ny sjanse. T: Du ville hatt en ny sjanse? K: Hm

Utsagnet «ny sjanse» er en uventet reaksjon og et tegn på at klientens ubehag er knyt- tet til noe annet enn angst. «Ny sjanse» betyr at voldsepisoden vil få et nytt utfall med klienten som vinner, selv om klienten blir skadet).

T: Ok, tenk at du nå får en ny sjanse. Hva skjer nå når du har en ny sjanse og du lykkes?K: Da er det helt trygt (klientens stemme er klar).

Klienten er således i stand til mentalt oppleve en bedre opplevelse en han hadde, og som følge av dette, få kontakt med en bedre følelse.

##### Forsterking av positiv opplevelse

T: Da er du helt trygg (endringsforsterkende bekreftelse). Er det noe mer som skjer? Terapeuten har ikke helt forstått utsagnets betydning for kli- enten. K: Da er det jeg som er i retten i stedet for. T: Da er det du som er i retten i stedet for, hvordan kjennes det ut?K: Det kjennes bra. T: Hva vil det si for deg at du er i retten i stedet for dem? K: Det vil si for meg at jeg tok dem i stedet for at de tok meg. Og at jeg tok dem i selvforsvar. T: Oi, se nå at du får en ny sjanse. K: Hm. Og at det er du som er i retten i stedet for dem, og at du er der på grunn av selvforsvar (endringsforsterkende utsagn).T: Se at du får full støtte og blir frikjent. K: Ok. T: Hvordan kjen- nes det nå? K: Det kjennes mye bedre. T: Og så går du rundt i verden med denne følelsen. Det er en god følelse, ikke sant? K: Hm.

Klientens ubehag var knyttet til en tapt selvfølelse og en følelse av nederlag. Evnen til å flytte fokus fra angst forbundet med situasjonen til klientens opplevelse av nederlag er et tegn på at den opprinnelige angsten er redusert. Vi er på vei mot en løsning. Klien- ten hadde også utviklet angst for storsentre og for å gå i byen, og jeg antok at det var en forbindelse mellom angsten for storsentre og voldsepisoden, så jeg sjekket ut.

T: Nå når du har denne gode og trygge følelsen med deg inn til byen... Klienten svarer umiddelbart: K: Da har jeg det mye bedre. T: Da har du det mye bedre. K: Hm. T: Tenk at du nå har denne følelsen i byen. Du har fått en ny sjanse, og du vant, og du er frikjent. Det er en god følelse? K: Ja. T: Tenk at du nå går i byen med denne følelsen, og alle vet det. K: Ja.

Latter. T: Alle har skjønt hva som har skjedd, og at du er frikjent, og at du har tatt dem i stedet for. Hvordan har du det nå når du går i byen på denne måten? Klient med trykk:K: Da har jeg det mye bedre

Klientens æresfølelse, det å skulle være den sterkeste uansett, og følelsen av sosialt nederlag lå utenfor mitt opprinnelige fokus).

##### Endringsforsterkende utsagn

T: Det som er mye bedre nå, hvordan kjennes det ut? K: Det er trygg- hetsfølelsen. Og måten jeg kan beherske ting på. T: Kjenn nå at du har trygghetsfølelsen, og at du akkurat har den flotte måten å beherske det på. K: Hm. T: Hva skjer nå når du går inn på storsenteret med trygg- hetsfølelsen og med vissheten om at du kan beherske det? K: Mye bedre. T: Ognåkandusedegselvpåskolenmeddennetrygghetsfølelsen(overfører trygghet til flere situasjoner) og med følelsen av at du kan ordne opp. K: Hm. T: Hvordan har du det på skolen da? K: Mye bedre (latter). T: Da har du det mye bedre. K: Hm. T: Kjenn på den gode følelsen av å være på skolen med denne følelsen i kroppen. K: Hm. T: Betyr det at du ikke trenger å være redd lenger? Og at du kan være helt trygg? K: Hm. T: Kjenn at du er på skolen, helt trygg. Det er en god følelse, tenker jeg. K: Hm. T: Nå er du i byen, helt trygg. K: Hm. T: Og så er du i storsenteret, helt trygg. K: Ja. T: Tenk deg nå at du har hatt det sånn to år på rad. Slik at det er blitt helt sikkert. K: Hm. T: I tillegg har du svart belte i karate. K: Hm. T: Wow.

Prosessen var ikke over. Det var mer å gjøre. Før voldsepisoden hadde han vært en trygg, ganske tøff, sterk og uredd ungdom med gode karakterer, spesielt i matematikk. Behandlingen tok tre konsultasjoner. Klienten fikk nye venner og fant tilbake til sine tidligere hobbyer. Han kunne igjen sykle, kjøre moped, gå i storsentre, og angsten for- svant.

#### Et mentalt drap som erstatning for et ekte drap

Det var andre konsultasjon. ”Jeg vil drepe den ene,” sa klienten. Ordene kom i fullt alvor. Jeg ble usikker. Formaninger og moral ville ha liten effekt. Klienten visste godt at man ikke skulle drepe noen. Hvordan skulle jeg gripe an dette? Jeg ble stum og rådvill. Det gikk noen sekunder.

T: Hvordan vil du drepe ham?K: Med kniv. Ideen virket planlagt.

T: Du er 14. Det er kanskje dumt at du først har fått ødelagt en del av livet på grunn av vold, og så setter du deg i en situasjon som vil føre til at du må sitte mange år i fengsel.

Argumentet virket irrelevant. T: Men kanskje du kunne drepe ham her, da ville du

kunne unngå fengsel. Av en eller annen grunn kjøpte klienten terapeutens forslag. K: Ok.

Jeg tenkte at dette var risikabelt, og at det kanskje kunne falle uheldig ut og forsterke lysten til å gjennomføre drapet på ordentlig. Men jeg kunne jo se hvordan det utviklet seg, og ta det derfra etterpå. Jeg var fortsatt usikker.

T: Ok, forestill deg at du dreper ham. Etter en liten stund ga kli- enten et tegn på at det var gjort. T:Hvordan har du det nå? K: Det var ikke nok. Jeg vil fortsatt drepe ham. Ordet ”nok” ble et nytt utgangspunkt. T: Ja vel. Hvor mange ganger må du drepe ham før du begynner å oppleve det som kjedelig?

Spørsmålet rommet en presupposisjon, en forutsigelse og et budskap om at klienten etter å ha drept ham et visst antall ganger ville gå lei.

K: 16 ganger. T: Hm. T: Tenk at du dreper ham 16 ganger her. Gi et tegn når du er ferdig, men ta en liten pause og tenk på noe alminnelig og nøy- tralt mellom hver gang.

Deretter drepte klienten den mest voldelige av ungdommene 16 ganger. Det tok litt tid.

T: Hvordan har du det nå? K: Jeg er drittlei. Han er drittsekk, men jeg gidder ikke å bry meg om ham mer. Han fortjener det ikke. Han er et null. Jeg er mer likegyldig. Jeg vil bare glemme hele fyren, men jeg vet at han er redd meg. Han er en feiging. Jeg hadde tatt ham hvis han hadde vært alene.

##### Hva skjedde her?

Jeg pustet lettet ut og kunne fortsette behandlingen. Men hva skjedde her ut fra en hjernepsykologisk forståelse av psykisk endring? Klientens hevntanker og bestemmel- se om å drepe er en følge av at klienten har kontakt med en rekke mentale elementer av multimodal karakter, som rommer følelser, i tillegg til ord og utsagn eller tanker som også rommer følelser. Det var en alvorlig tidligere fysisk og nå en alvorlig psykisk vir- kelighet som lå til grunn for klientens bestemmelse om å drepe. Samtidig må klienten også ha hatt kontakt med noen tanker som pekte i retning av ikke å drepe.

Det at klienten godtok at han kunne drepe rent mentalt, er i samsvar med en hjer- nepsykologisk forståelse av at fysiske og mentale handlinger begge har en mental for- ankring. Dette innebærer at det å drepe mentalt kan ha samme effekt som å drepe i virkeligheten, men uten omfattende bivirkninger som fengsel. Klientens utsagn om at det ikke var nok å drepe én gang, var imidlertid et tegn på at det å drepe mentalt ikke var tilstrekkelig til å redusere hevnbehovet fullstendig. Men det å drepe mentalt mange ganger førte til en svekkelse av hevnbehovet, samtidig som klienten hadde fått kontakt med tanken om at han etter et visst antall ganger ville gå lei av å drepe, noe som førte til at han faktisk ble lei etter å ha ”drept” den ene av ungdommene 16 ganger.

Klientens reaksjoner er i tråd med måten vi fungerer på til daglig. Vi går oftest lei når vi har gjort samme ting på samme måte mange ganger. Det samme drapet, gjennom- ført 16 ganger mentalt, førte til en endring i klientens tilstand: fra å ville drepe til å gi blaffen i hele fyren. Denne opplevelsen åpner for at man kan forebygge vold gjennom behandling som erstatter og reduserer kontakten med voldsutløsende indre sanseele- menter og ord og utsagn. Samtidig må man øke kontakten med ord, utsagn og modale elementer som rommer følelser og en innsikt som åpner for andre handlinger enn vold. Eksemplet er interessant og åpner for en ny tilnærming til behandling av aggresjon og trangen til vold eller hevn. Trolig kan metoden anvendes med enkelte kriminelle.

#### Spilleavhengighet

Han var 14. Foreldrene tok kontakt via datteren, som jeg kjente fra før. Om jeg kunne hjelpe? Gutten var blitt spilleavhengig og spilte på slotmaskiner. Først hadde han vun- net en del penger, så tapt, vunnet noe igjen, og deretter tapt mye mer. Han spilte for å vinne tilbake, og det hadde gått for langt. Han hadde begynt å stjele hjemme og fra be- steforeldrene, flere tusen kroner. Gutten forstod at det ikke kunne fortsette, men klarte ikke å stoppe. Hver gang han så en slotmaskin som ga lyd og blinket med røde, gule og grønne farger, måtte han bare spille. Moral hadde ingen effekt. En undersøkelse av hva som utløste trange til å spille var de blinkende fine fargene og håpet om å vinne tilbake. Løsningen ble å redusere slotmaskinens tiltrekningskraft og å koble det å spille til psy- kisk ubehag, tap, løgn og stjeling. Fargene ble endret, og slotmaskinen ble dyppet i illeluktende søle. Løsningen ble mentale aversjonsteknikker inspirert av klassisk betin- ging og atferdsterapi, kombinert med å koble fra de positive følelsene, de biopsykiske elementene som forankret slotmaskinenes attraksjon. Det fungerte. Gutten sluttet å spille.

*”Slotmaskiner, trangen til å spille, fargene, blinkingen, søle, slutte å spille” er bio-psy-*

*kiske elementer som rommer følelser.*

#### Selvmordstendenser

En depressiv klient med synsforstyrrelser grunnet rus ga stadig signaler om at han opplevde psykiske endringer. Man tror man er på rett vei, inntil klienten på en kon- sultasjon formidler at han har selvmordstanker. Klienten fungerte bedre, men som terapeut hadde jeg oversett det mest grunnleggende problemet: klientens periodiske opplevelser av at han ikke ønsket å leve lenger.

Det ble en vekker. Jeg måtte endre min terapeutiske strategi og rette mitt fokus mot det som virkelig betydde noe for klienten. Jeg formidlet at hvis han virkelig mente og hadde planlagt å ta livet sitt, måtte jeg ta kontakt med psykologien og psykiatrien umiddelbart og sette i gang et «helvete» for at han skulle få hjelp raskt. Jeg formidlet at i denne situasjonen måtte psykiatrien og det offentlig ta over ansvaret for behandlingen.

T: Vi kan ikke vente en måned på at du skal utredes, dersom du virkelig mener at du ikke vil leve lenger. Da må du få hjelp raskt.

Han hadde tidligere gått hos psykolog, og han likte ikke tanken på å ta kontakt med psykologien og psykiatrien, blant annet på grunn av det stigmaet som fulgte med. Så vi inngikk en avtale som ble gjentatt og bekreftet et par ganger. Han lovet at han ikke skulle ta livet sitt i de fire nærmeste ukene, mot at jeg ikke satte i gang en omfattende prosess der jeg involverte psykiatrien.

Klienten fortsatte behandlingen. Jeg vet ikke hvorvidt klienten hadde tatt sitt liv. Men det hadde nok en viss betydning at jeg formidlet at det eneste som var av be- tydning i den videre behandlingen, var å bidra til at klienten valgte å leve fremfor å avslutte livet. Mine alvorstunge utsagn om at klienten var en viktig person, ikke kun for klienten selv, men også for andre i klientens nærhet, bidro muligens til at selv- mordstankene forsvant i den perioden vi hadde kontakt. Behandlingen fortsatte. Det gjenstod fortsatt enkelte uløste problemer. Et år senere: Det går bra. Klienten er fort- satt,i jobb og har fått seg ny kjæreste.

#### Fra en ubehagelig til en positiv hallusinasjon

Hun var 17 og fortsatt under utredning etter seks måneder i kognitiv terapi. Klienten fortalte at hun bodde på et ettervernshjem. Midt under konsultasjonen fortalte klien- ten at hun så seg selv sittende på gulvet et par meter unna med en dukke. Dukken var større enn henne, og hun var liten. Dukken sa ubehagelige ting og befalte henne å gjøre ting med en streng stemme. Hun hadde en levende visuell hallusinasjon kombinert med hørselshallusinasjoner. Jeg vurderte ikke klientens tilstand, men spurte hvordan hun opplevde situasjonen. Hallusinasjonen, og det at dukken var større enn klienten og sa ubehagelige ting, hadde ført til angst.

T: Ville det vært bedre om dukken ble mindre? K: Ja. T: Kanskje vi skulle gi dukken størrelsen til en vanlig dukke og gjøre deg større, slik som du er i dag? Det var klienten enig i.

Etter enkelte intervensjoner som førte til at hun var blitt stor, og at dukken var blitt en vanlig dukke, spurte terapeuten:

T: Hvordan har du det nå? K: Mye bedre. Men klienten tilføyde at duk- kens stemme fortsatt var ubehagelig og streng. T: Har dukken din stem- me? K: Nei. Den likner mer på stemmen til tanten min. T: Kanskje vi skal bytte den ut med en hyggeligere stemme? Det var også klienten enig i. T: Kan du huske noen stemmer som du synes er hyggelige å høre på? K: Ja. T: Og er det noen som sier noe hyggelig til deg? K: Ja, sa klienten, nok en gang. T: Tenk at du nå bytter ut den strenge og ubehagelige stemmen med den hyggelige stemmen. Og i stedet for å si ubehagelige ting kan den kanskje si noe hyggelig og positivt.

Klienten gjennomførte terapeutens intervensjoner ved å forestille seg det terapeuten hadde foreslått. Etter en stund nikket klienten. Det fungerte. Plutselig forsvant hallu- sinasjonen, og klienten fokuserte igjen på undertegnede og på behandlingen, nå uten angst. Jeg fortsatte behandlingen som om intet unaturlig hadde skjedd. Vi snakket ikke om hallusinasjonen.

##### Hva skjedde her?

Kvinnens hallusinasjon, der hun var liten og dukken stor, og det at den sa ubehage- lige ting og befalte henne å gjøre ting, er kanskje ikke så uvanlig. Det uvanlige var at kvinnen var i stand til å endre hallusinasjonen, fra at hun var liten og preget av mak- tesløshet, manglende kontroll, angst og uten vilje, til at hun var i stand til å lage en ny hallusinasjon hvor hun hadde fått en naturlig størrelse og var blitt den som hadde makt i situasjonen. Og at dukken, i hallusinasjonen, som følge av få intervensjoner, sa hyggelige ting med en varm stemme. Det var også uvanlig at hallusinasjonen plutselig forsvant da den var endret.

Eksemplet betyr ikke at klienten ikke lenger kommer til å hallusinere, men den- ne opplevelsen forteller noe om mulighetene for å endre og erstatte hallusinasjoner, det vil si kontakten med visuelle og auditive mentale elementer som rommer angst, med hallusinasjoner som rommer positive følelser som kontroll, sikkerhet og psykisk velvære. Eksempelet illustrerer at man i noen situasjoner kan betrakte klientens evne til å hallusinere som et mentalt talent, og evnen til å endre sine hallusinasjoner som en endringsressurs. Eksempelet forteller også at de egenskapene som anvendes for å hallusinere kan anvendes motsatt vei, til å endre og fjerne hallusinasjonene (Dammen 2023a).

#### Hypersensitivitet og Revir

Mange av klientene har utviklet overfølsomhet overfor tanker, sanseinntrykk, situa- sjoner eller personer. Et trekk ved hypersensitiviteten er at noen sanseopplevelser ser ut til å gå rett inn i følelsessenteret, amygdala, uten å gå veien om fremre del av hjer- nebarken for kognitiv bearbeidelse. Amygdala er en mandelformet kjertel på begge sider av hodet i nærheten av øreregionen. Formulert på en annen måte: visse intenst ubehagelige opplevelser går rett «inn i hjertet» uten at individet klarer å «forsvare» seg. Overfølsomheten kan også være knyttet til andres blikk, stemmeleie, utsagn og andres reaksjoner på en selv. Sterkt følsomme klienter med dårlig selvtillit kan oppleve et intenst ubehag knyttet til tidligere og nåværende situasjoner, og til forestillinger om fremtidige møter med mennesker.

Den terapeutiske oppgaven innebærer her å redusere følsomheten for sanseinn- trykk som fører til psykisk ubehag. For enkelte er det mulig å gradere følsomheten i forhold til bestemte situasjoner og skru den ned til 5 % eller 10 % hvis den tidligere lå på 100 %. Det er også mulig å øke klientens oppmerksomhet overfor sanseopplevelser som fører til positive følelsesmessige reaksjoner i situasjoner som tidligere har vært

dominert av ubehagelige sanseopplevelser. Dette kan skje ved å gi klienten kontakt med modale og språklige elementer som rommer og utløser psykisk velvære i situ- asjoner som tidligere er blitt opplevd som ubehagelige. Under følger et eksempel på hvordan man kan redusere klientens overfølsomhet og fortolkningsmønster.

En klient: Jeg gruer meg hver gang jeg skal hjem til mine foreldre. Jeg vet på forhånd at jeg blir kritisert eller pirket på, men jeg klarer ikke å beskytte meg, jeg klarer det ikke. Jeg blir enten sint eller lei meg, og jeg trekker meg. Det er som om jeg ikke har noe forsvar. T: Betyr det at du kan oppleve noe liknende i andre situasjoner også? K: Ja, med enkelte ven- ner. De kommer alltid med noe morsomt på mine vegne. Det er sikkert humoristisk ment, men jeg takler det ikke. Så smiler jeg og later som at alt er i orden, men det er ikke det. T: Tror du at de egentlig vil plage deg, eller er det mer en humoristisk stil? K: Det er muligens morsomt, men det hjelper ikke.

*Klientens utsagn er alle et uttrykk for at klienten har kontakt med flere sett med*

*bio-psykiske elementer som rommer følelser.*

T: Ok. Hva er det viktigste å få det bedre med, situasjonen med foreldrene dine eller med enkelte venner? K: Med foreldrene mine. T: Da begynner vi der. Har du det bra eller hyggelig av og til? (Her gis klienten kontakt med en god følelse, som et utgangspunkt for behandlingen.) K: Ja, ofte, også med foreldrene mine. T: Fint. Kan du huske en situasjon en eller annen gang hvor du bare har det helt fint? K: Ja, mange ganger. Jeg har det ofte fint, for eksempel med barna mine. T: Flott. Det er et fint ut- gangspunkt. Hvordan reagerer du når barna blir sinte på deg eller sier at du er dum? K: Nei, det er ikke noe problem. De er jo barn, og jeg er mor. T: Det betyr at du ikke tar deg nær av hva barna dine sier. K: Nei, det er jo vanlig at de sier at jeg eller pappa er dum. (Her gis klienten kontakt med en situasjon der hun ikke reagerer med overfølsomhet.)

T: Er det mulig å overføre denne reaksjonsformen til besøk hos dine for- eldre? K: Ja, eller både og. De er jo voksne, så jeg må jo reagere annerledes enn overfor barna. T: Ok, det er naturlig. Men ønsker du å reagere følel- sesmessig på en sånn måte at du ikke blir lei deg eller sint når du møter foreldrene dine, selv om de kritiserer deg? K: Ja. T: Da må vi gjøre noe. Vet du hva et revir er? Klienten med en litt selvfølgelig stemme: Ja. T: Et revir er noe som beskytter deg i den forstand at ingen skal innenfor revi- ret uten at du tillater det. Klienten nikker.

T: Tenk at du har et flott revir som beskytter deg, og som er laget sånn at alt som kommer utenfra, for eksempel fra foreldrene dine, først treffer reviret ditt sånn at det ikke kommer inn i følelsene dine med en gang. K: Det hadde vært deilig, mye lettere. (Klienten er her i stand til å forestille

seg at noe kan beskytte henne, hvilket er et signal på at arbeidet kan fort- sette). T: Hva skulle et sånt revir være laget av dersom det beskyttet deg på den måten at du kunne vurdere om du ville ta det som kom utenfra, inn i følelsene dine eller ikke? Og sånn at det du ikke ville ha inn i hjertet ditt, bare falt ned utenfor reviret og ble liggende der uten å plage deg, og at det deretter bare blir skyllet vekk eller forsvinner. Du kan velge hva reviret skal være laget av. Det kan være en mur, en glassvegg, tekstil, noe rustningeaktig eller noe annet. K: Det kan ikke være glass, for det kan knuse. Det kan heller ikke være en mur, for da kommer jo ingen inn.

T: Du kan jo ha en dør eller et vindu der som gjør at du kan slippe inn det som er ok å ta inn eller åpne seg for. K: Nei, jeg tror det må være av pleksiglass. Da kan jeg se ut og ha oversikt over situasjonen, samtidig som det ikke kan knuses. Og i tillegg kan jeg beskytte meg, men det må være en dør der slik at jeg kan komme ut og kan slippe inn andre når jeg er klar for det. (Klienten konstruerer her en visuell fantasi som kan beskytte henne.)

T: Flott, det høres fint ut. Tenk nå at du får akkurat denne type revir, hva skjer med deg da? K: Hvis jeg er trygg på at jeg kan beskytte meg og sam- tidig bestemme hva jeg vil slippe inn i hjertet mitt, og hva jeg ikke skal ta meg nær av, da er det jo helt flott. Da vet jeg jo at jeg kan beskytte meg allerede før jeg møter dem. T: Oi, det høres bra ut. Hva skjer videre da, når du har det sånn? K: Hva mener du? T: Når du er så trygg i situasjonen og på forhånd som du er nå, har det noen betydning for andre ting? K: Ja. Jeg blir roligere fordi jeg vet at jeg kan beskytte meg om jeg skulle ønske det. T: Wow. Flott. Skulle du ønske at du kunne ha den samme evnen til å beskytte deg og ikke ta deg nær av ting som du har nå, men sammen med vennene dine? K: Ja, det ville vært fint. Det ville blitt mye enklere. T: Ok, la oss se. Kjenn på den fine følelsen av at du har et flott revir som kan beskytte deg. Og så kan du låne deg selv denne følelsen der borte sammen med vennene dine. (Klienten smiler.)

K: Nei, da er det ikke noe problem, da blir det liksom bare morsomt. Men, jeg vet ikke. Enkelte ting som Fredrik kan si, vil fortsatt være ube- hagelig, men det er mindre ubehagelig enn før.

Jeg stopper presentasjonen her. Klientens siste utsagn tydet på at det var noe mer å gjø- re, men også at det hadde skjedd positive endringer, og at klienten hadde fått en stra- tegi som hun kunne anvende for å beskytte seg og redusere sin følsomhet. Endringene som skjer er en følge av kartlegging og deretter endring av de bio-psykiske elemente- ne som forankret klientens følelser, som så ble erstatt av bio-psykiske elementer som innebærer bedre følelser og større mestringsevne.

Historien er typisk. Noen ganger gjenstår det mer arbeid i den forstand at det er nød- vendig å bygge opp klientens selvtillit og gi klienten kontakt med et følelsesmessig stabilt og trygt fundament før jeg anvender revirmetoden. Andre ganger er dette nok,

med det resultat at klienten faktisk mestrer kommentarer fra familie og andre med større overskudd og mindre sårhet.

#### Likegyldighet som en endringsressurs

Ordet «likegyldighet» er sjelden forbundet med noe positivt, men av og til er det like- gyldighet som skal til. Jeg fikk en ny klient, en utbrent, angstpreget og stresset styrer i en barnehage. Hun var meget dyktig, omsorgsfull og faglig engasjert. Hun tok ansvar for alt, fulgte opp alt og løste alle problemer for alle og hadde fortsatt dårlig samvittig- het for alt hun ikke fikk gjort. Hun tok også med seg uløste problemer hjem på hverda- ger og i helger. Det ble for mye. Hun sov dårlig, fikk angst og deretter et sammenbrudd og var blitt sykmeldt, og alene. Samboeren hadde dratt. Om jeg kunne hjelpe? Jeg ble usikker. Problemet virket komplekst. Det var relativt tidlig i min karriere som tera- peut. Jeg kunne prøve, men garanterte ingenting. Klienten godtok situasjonen.

Jeg fikk redusert kvinnens angst, det vil si de ubehagelige følelsene som var knyttet til klientens utsagn i behandlingen og situasjonen i barnehagen, men det var ikke nok. Underveis i behandlingen oppdaget jeg at hun engasjerte seg i alt, også i små ting, og det slo meg at hun kanskje hadde trengt en evne til å bli mindre engasjert og en større evne til å reagere med likegyldighet samt evnen til å sortere mellom det som hun skulle og burde ta ansvar for, og det som hun kunne la ligge eller la andre ta. Kvinnen sa seg helt enig, men følte at hun ikke klarte å endre mønsteret.

Hva nå? Jeg tok en test og ba kvinnen tenke på noe som hun var likegyldig til. Det gikk ikke. Hun ble engasjert i alt hun så på eller forholdt seg til. Hun gikk «all in» selv i forbindelse med relativt ubetydelige ting.

For å etablere en følelse av likegyldighet ba jeg henne om å tenke på den midterste fyrstikken i en fyrstikkeske, noe som for undertegnede fremstod som en ganske nøy- tral situasjon. Men nei. Kvinnen ble meget interessert: «Og så den midterste da, gitt». Nytt forsøk. Jeg spurte hvilket forhold kvinnen hadde til en kubikkmeter med luft et eller annet sted på himmelen. Reaksjonen lot ikke til å vente på seg.

K: En kubikkmeter med luft, det vil si med en viss mengde oksygen, CO2 og med drivhusgasser. Igjen vokste engasjementet. Til slutt ba jeg klienten om å tenke på et eller annet sted i verdensrommet hvor det var fullstendig vakuum, det vil si ingenting. Det ble for mye selv for denne klienten. Istedenfor engasjement fikk hun kontakt med en følelse av likegyldighet. På spørsmål om hvordan hun opplevde følelsen av likegyl- dighet, var svaret at det var som om noe tungt forsvant fra skuldrene hennes, og at hun fikk kontakt med en helt nøytral og likegyldig følelse.

T: Sett at du har den følelsen av likegyldighet på jobb, hva hadde skjedd da? K: Det blir lettere. Jeg slipper å ta tak i alt, jeg kan la andre ta ansvar for ting, og jeg kan slappe av. Og jeg tar ikke jobben med hjem. Og jeg er en hyggelig person, en det går an å snakke med, når jeg er hjemme.

Det videre arbeidet bestod i å forankre klientens evne til å være mindre engasjert på

jobb. Det fungerte. Det var likevel mer enn nok engasjement igjen. Det viste seg at det var her problemet lå. Det var ikke flere alvorlige problemer å ta fatt i. Klienten gikk glad ut etter to konsultasjoner. Noen måneder senere kom hun fornøyd tilbake for noen små justeringer. Følelsen av utbrenthet var borte, og hun var tilbake i jobb. Jobben fungerte utmerket, og flere ansatte hadde fått mer ansvar. I mellomtiden hadde hun fått seg en ny kjæreste og var blitt gravid.

Jeg har jobbet med flere klienter som har hatt behov for større likegyldighet. Mens enkelte trenger mindre engasjement på jobb, trenger andre det med venner som tar alt fokus, mens noen trenger å redusere sin attraksjon til en kjæreste som gjør dem små eller undertrykker dem. Evnen til å være likegyldig er meget viktig i mange situasjo- ner, langt oftere enn de fleste er klar over.

Klientenes omfattende evne til engasjement blir i lingvistisk hjerneterapi (LBT) forstått som en følge av kontakt med bestemte mentale elementer som utløser klien- tens følelser. Tilsvarende med likegyldighet. Følelsen av likegyldighet er her forstått som en følge av redusert kontakt med mentale elementer som førte til et utslitende engasjement, og mer kontakt med mentale elementer som førte til større likegyldighet. Disse kan hentes frem og aktiveres i behandlingen.

#### Usynliggjøring som en mental ressurs

Hun var en flink, hardt arbeidende lærer med høy kompetanse og mye omsorg for elevene, men hun var blitt utbrent og sykmeldt. Vi jobbet med flere mentale og peda- gogiske utfordringer. Gjennom behandlingen fikk hun kontakt med sine pedagogiske evner og sitt mentale overskudd, og hun gikk etter hvert tilbake i jobb. Etter en ganske kort periode i jobb tok hun kontakt igjen. Undervisningen fungerte fint i flere klasser, men hun brukte mye energi på og ble sliten av å undervise i en bestemt klasse, noe hun grudde seg til. Som helhet fungerte det bra, men hun følte at en elev hadde lagt henne for hat, og at eleven stadig kritiserte eller stilte henne kritiske spørsmål. Uansett hvor hun var i klassen, og hvilke andre elever hun snakket med, så hun denne eleven som et bilde i sitt indre, hele tiden. Eleven var oppvakt, talefør, selvsikker og attraktiv, og hun hadde en sentral posisjon i klassen. Klienten klarte ikke å få eleven bort mentalt og merket at hun igjen begynte å bli sliten og igjen måtte sykmelde seg. Utsagnet «Jeg ser henne for meg hele tiden, og jeg føler at hun ser på meg og følger meg hele tiden» ble nøkkelen til en løsning.

Jeg spurte hvordan hun ville hatt det dersom denne eleven ikke var i klassen, hvil- ket er en ganske logisk forankret intervensjon. Når noe er ubehagelig, er det logisk å ta vekk det ubehagelige. Klienten smilte. Da ville klassen og undervisningen vært helt flott, og hun ville hatt det godt, og hun kunne fokusere på de andre elevene, slik hun ønsket, men hun tilføyde, som sant var: Man kan ikke hive ut oppvakte, kritiske og taleføre elever i norsk skole selv om de er ubehagelige.

T: Men hadde det vært bedre om hun var usynlig, siden du ser henne selv om du står med ryggen til eleven? Hun nikket. ”Det hadde vært deilig”.

Det slo meg at siden læreren «så eleven for seg» hele tiden, hvilket er uttrykk for et mentalt visuelt talent, kunne kanskje dette fungere:

T: Tenk deg at du har en usynlighetskappe. Og når du legger den over eleven, blir hun helt usynlig for deg slik at du kan fokusere på undervis- ningen og på de andre elevene. Læreren formidlet at det hadde vært fint.

Gjennom enkle intervensjoner skapte vi en mental opplevelse av at eleven hadde fått en usynlighetskappe, med det som følge at eleven ble helt usynlig. Det fungerte utmer- ket og ikke uten humor. Eleven ble usynlig, og klienten opplevde at hun kunne kon- sentrere seg om de andre elevene og faget, og at hun opplevde situasjonen som ganske morsom. I tillegg fikk hun igjen kontakt med sin glede over å undervise.

T: Flott, det var fint. Men hender det at den unge damen av og til stiller relevante og kloke spørsmål som ikke er ubehagelige? Hun bekreftet at dette også kunne hende, men at hun opplevde alt det eleven sa som noe ubehagelig og som kritikk. – Da må vi gjøre noe magisk sa jeg. Tenk deg nå at hver gang denne eleven stiller relevante spørsmål og sier noe positivt, så blir hun synlig som en vanlig elev. Og da ser du henne som en interessert, flink og vanlig elev som du skal undervise, og som en elev som bidrar med noe. Klienten nikket. Jeg fortsatte: Ellers er eleven usyn- lig for deg, sånn at du kan fokusere på de andre. Klienten nikket igjen.

Via enkelte intervensjoner gjentok jeg prosessen et par ganger. Hun forestilte seg på nytt at når hun kom inn i klassen, var eleven usynlig, men at når eleven bidro med noe konstruktivt, ble hun igjen synlig, med det som følge at læreren var til stede for denne eleven slik hun var for de andre. Vi forsterket deretter enkelte andre egenskaper som hun hadde behov for. Konsultasjonen var over. Etter et par dager tok læreren kontakt per telefon. Det fungerte. Og hun hadde oppdaget at den kvinnelige fjortisen faktisk var en våken, tilstedeværende og kritisk, men egentlig en flott og vennlig elev som hun hadde begynt å få kontakt med. Og hun opplevde at dette hadde endret hennes situa- sjon som lærer og hennes forhold til å undervise i klassen.

##### Hva skjedde her?

Det samme som ved de fleste andre eksemplene som er beskrevet. Vi reduserer kon- takten med mentale elementer som rommer ubehagelige følelser, og gir kontakt med mentale elementer som rommer positive følelser. Det litt spesielle, men egentlig gan- ske logiske, er at vi produserer en mental forestilling om at den tidligere «ubehagelige» eleven blir usynlig. Dette skjedde ved å ta utgangspunkt i lærerens utsagn om at hun

«så eleven for sitt indre». Det var dermed ikke eleven som fysisk tilstedeværende elev som var blitt problemet, men lærerens mentale forestillinger om eleven, det vil si det psykiske materialet, de modale og verbale elementene som var blitt dannet gjennom undervisningen, og som dominerte lærerens fokus i klassen. Det var lærerens følsom-

het og evne til å danne mentale forestillinger av ubehagelig karakter som var proble- met. Det at læreren opplevde at hun «så» eleven selv om hun stod med ryggen til, er i LBTS et uttrykk for et mentalt talent som kan beskrives som evnen til å «se» noe i sitt indre som ikke er der fysisk. Derfra er det en ganske kort vei til å lage en ny mental forestilling om en usynlighetskappe som gjorde eleven usynlig.

Evnen til å gjøre andre usynlige i den forstand at man ikke er oppmerksom på dem, er en vanlig egenskap uten at vi tenker over det. Alt som vi i øyeblikket ikke er fokusert på, er på en måte usynlig, selv om det igjen kan bli synlig når vi fokuserer på det. For- skjellen fra den vanlige usynligheten er at de visuelle forestillingene av denne eleven var så intenst ubehagelige at de dominerte lærerens følelsesmessige tilstand og hennes indre blikk uansett hva hun ellers fokuserte på. Gjennom enkelte intervensjoner dan- net vi nye forestillinger, ikke ved å stoppe eller hindre noe, men ved å bruke lærerens mentale kapasitet til å skape en god, ny mental opplevelse. Vi laget en ny mental for- telling som rommet positive følelser og en følelse av mestring. Det var ikke nødvendig å undersøke klientens øvrige personlighet for å finne de dypereliggende årsakene til klientens reaksjonsmåte.

#### Når livsførsel opprettholder schizofreni

Han var en meget dyktig, vel ansett og oppegående lærer på en videregående skole, og han hadde tatt en ny utdanning som advokat parallelt med full jobb. I tillegg hadde han angst, depressive og hypokondriske tendenser og mindre bisarre tvangstanker. Ved hver konsultasjon kom han inn på kontoret, sterkt preget av angst og depresjon og med en overbevisning om at han var alvorlig syk, og at han hadde en hjernesvulst, selv om han fungerte i overkant utmerket intellektuelt. Og ved hver konsultasjon gikk han gladere, tryggere og mer fornøyd ut av kontoret etter cirka 90 minutter. Likevel kom han tilbake til neste konsultasjon like tung og angstpreget som tidligere, fortsatt med den overbevisningen at han var alvorlig syk, og at han hadde en hjerneskade. Dette gjentok seg fire–fem ganger.

Det var uvanlig. Jeg hadde kun én gang tidligere opplevd at en klient kom tilba- ke med de samme psykiske plagene etter én eller flere konsultasjoner. Noe måtte ha skjedd mellom konsultasjonene som førte til opprettholdelsen av de psykiske plagene, men hva? Det viste seg at han hadde rundt 15 hyllemeter med bøker og tidsskrifter om psykiatri, medisin og helsekost. Hver dag, etter endt arbeid, fordypet han seg i denne litteraturen. Jeg ba derfor klienten om å slutte å lese medisinsk litteratur og helsekostbøker for å undersøke hvordan dette kunne påvirke ham mentalt. Han lovet at han skulle slutte med det, men kom tilbake neste gang like tung og angstpreget som tidligere. Han hadde ikke klart det.

Da gjorde jeg noe jeg ellers aldri gjør. Jeg befalte klienten om å pakke ned all sin medisinske litteratur, legge den bort og å slutte å lese helsekostbøker. Det var en ordre. Klienten kom ikke tilbake. Etter noen måneder tok han kontakt igjen. Angsten, depre- sjonen og bekymringene for hjernesvulsten hadde forsvunnet i løpet av ganske kort tid. Han hadde vært overmoden for endring. Grunnen til at han tok kontakt igjen, var

at han snart skulle bli pensjonist, og han uroet seg for å gå over i pensjonistenes rekker. Han ønsket å forberede seg mentalt til sin nye tilværelse.

##### Hva skjedde her?

Klientens angst og hypokondriske tendenser var blitt opprettholdt av hans vedvarende lesing av medisinsk litteratur. Hver dag hadde han lett etter svar på sine spørsmål om hjernesvulst og en vitenskapelig forståelse av sin psykiske tilstand. Hver uke hadde han lært noe om hjernesykdom og andre sykdommer, og hver dag hadde han tolket sine følelsesmessige og kognitive reaksjoner som uttrykk for noe alvorlig.

Da han pakket ned sitt medisinske bibliotek, måtte han gjøre og tenke på andre ting. Da virket det arbeidet vi hadde gjort i behandlingen. Selv fikk jeg bekreftet at om klientene kom tilbake til neste konsultasjon med like mye angst som ved forrige kon- sultasjon, måtte noe ha skjedd mellom konsultasjonene.

Ut fra den hjernepsykologiske forståelsen av psykisk plage og psykisk endring opp- rettholdt, produserte og forsterket klienten de mentalbiologiske elementene som rom- met psykisk ubehag gjennom lesing av medisinsk litteratur og helsekostbøker, med den følge at han fikk mindre og mindre kontakt med de positive endringene som had- de skjedd i behandlingen.

#### Psykisk endring gjennom endring av røntgenbilder

Dette er et eksempel på metoden «fantastiske fantasier» (kapittel 23). Fantasien starter med noe som er kjent, eller som klienten er fortrolig med. I dette tilfellet et rønt- genapparat. Det er lettere å endre mentale forestillinger om man tar utgangspunkt i noe som er kjent. Klienten visste hva et røntgenapparat var og hvordan det fungerte. Utgangspunktet for fantasien var klientens ønske om mindre angst og større evne til å mestre en situasjon.

T: Du vet hva et røntgenapparat er? Klienten tenker kanskje «Dumt spørsmål», men svarer ja. T: Men dette er litt annerledes og magisk. Ordet magisk kan skape nysgjerrighet samtidig som det åpner for at det som ikke har vært mulig er mulig. T: Tenk deg et fargerøntgenapparat som er stilt inn for å ta et bilde av hvor i kroppen du kjenner det psykiske ubehaget, og hvordan ubehaget ser ut.

Klienten nikker. Klienten forestiller seg at han eller hun går inn i røntgenapparatet, og at det tas et bilde som viser hvor i kroppen klientens ubehag sitter. Klienten gjen- nomfører her en mental prosess med utgangspunkt i terapeutens verbale intervensjon.

T: Røntgenapparatet er magisk på den måten at det avmagnetiserer ditt ubehag slik at de ubehagelige følelsene forsvinner fra kroppen din og blir

værende på røntgenbildet. Klienten nikker og forestiller seg det som te- rapeuten inviterer til.

Terapeuten gir her en verbal intervensjon som fører til at noen ubehagelige mentalbio- logiske elementer kobles av den psykiske tilstanden. Det er ennå ingen klienter som har sagt at dette er umulig. De «kjøper» villig vekk denne fantasien og gjennomfører den mentale prosessen. Klienten instrueres deretter til å gå vekk fra røntgenapparatet, nå uten ubehagelige følelser, og først stoppe når han eller hun er «utenfor røntgenap- paratets stråling», og deretter se på røntgenbildet på avstand. Terapeuten bruker ord som klienten er fortrolig med, som «ta et bilde», «gå vekk fra apparatet og den ube- hagelige strålingen», «snu deg og se røntgenbildet med farger på avstand». Dette er likevel ingen garanti for at klienten er i stand til å gjennomføre den mentale prosessen som terapeuten inviterer til. Vi kan få et nei-signal. Denne gangen fungerer det.

T: Se på røntgenbildet. Hvor i kroppen sitter ubehaget? Klientene svarer oftest i ho- det, halsen, brystet, skuldrene, hjerteregionen, solar plexus eller magen. For noen er ubehaget i hele kroppen, mens andre sier at ubehaget sitter både i magen og i hodet. Enkelte formidler at de ikke er helt sikre på hvordan ubehaget ser ut, andre at følelsen er som en svart eller mørk klump i magen eller som noe kantete. Noen sier at bildet står stille, andre at det beveger seg. Enkelte forteller at følelsen er som en hard nøtt eller som en knyttneve, mens andre sier at det er som om de har noe tungt på skuldrene, eller at det er vanskeligere å puste.

Felles for nær alle klientene er at det psykiske ubehaget oppleves som noe mørkt, ofte brunt, mørkegrått eller svart. Noen tilføyer at det også er litt lys eller noen farger på bildet. Dette er ofte et tegn på at det også er noe psykisk positivt i situasjonen. Felles er også at de ønsker å få vekk ubehaget. Klientens opplevelse av at noe er mørkt, inne- bærer at klienten har kontakt med et visuelt mentalbiologisk element som forankrer den ubehagelige følelsen «mørk» og som forårsaker klientens ubehag eller angst. Kli- entens reaksjoner er et illustrerende eksempel på forbindelsen mellom indre visuelle opplevelser og følelser.

T: Du er kunstneren i ditt liv. Sett at det hadde vært mulig å fjerne de ube- hagelige elementene i bildet eller erstatte ubehaget med en bedre følelse, hva kunne du hatt mest lyst til å gjøre med de delene av bildet som du ønsker å endre eller kvitte deg med?

Ordet kunstner er forbundet med en følelse av frihet, kreativitet og at man kan ta egne valg. Hensikten med utsagnet er å åpne for nye løsninger og å redusere motstand eller

«nei-det-går-ikke» signaler. Det er like mange forslag fra klientene til hvordan de kan endre eller fjerne det ved røntgenbildet som er ubehagelig, som det er klienter. Noen forslag går igjen. Mange vil brenne eller kaste ubehaget eller hele bildet. Jeg foreslår likevel først å bleke bildet slik at det mørke forsvinner. Og til bleking bruker man klor. Allerede dette fører til at enkelte klienter formidler at de får en bedre følelse.

Deretter spør jeg om det er noen farger som klienten liker, og som gir en følelse av

trygghet, velvære eller kontroll. Nær alle svarer enten gult, oransje, blått eller grønt. Noen svarer rødt, men rødt kan også være forbundet med ubehag og angst. Interessant nok vil de fleste erstatte de ubehagelige fargene i bildet med en primærfarge. Enkelte ønsker en pastellfarge. Noen ønsker bare én farge, andre flere, og noen sier at de bare ønsker en hvit følelse. Noen sier: Jeg vet ikke. Da må vi vinkle problemene annerledes:

T: Tenk deg at du er kunstneren i ditt liv (bevisst gjentakelse), og at det strømmer inn farger der, eller at du maler bildet med farger som gir deg en god følelse der hvor det før var noe mørkt og ubehagelig. Hvilke farger vil du bruke, og hvordan får du det når du har fått til dette? Klienten får litt tid. Jeg får det bedre, kan klienten si. T: Legg merke til om det er noe annet ved røntgenbildet som du ønsker å endre på. Forestill deg deretter at du gjennomfører de endringene som du ønsker, og at bildet forandrer seg til et nøytralt eller positivt bilde.

Når klienten bekrefter at han eller hun har gjennomført terapeutens instruksjoner, fortsetter terapeuten: T: Tenk deg nå at du igjen går inn i røntgenapparatet, men nå avmagnetiseres følelsene på nytt, bare omvendt vei. De fine fargene og følelsene som nå er på røntgenbildet, fyller deg akkurat så mye som du ønsker, og særlig der hvor det tidligere var noe ubehagelig. Pause. Klienten jobber. K: Ja. T: Når du fjerner noe fra kroppen som er ubehagelig, oppstår det et vakuum, et tomrom, og det må fylles av noe positivt, hvis ikke kan noe av ubehaget komme tilbake. Klientene opplever dette som logisk. T: Hvordan får du det når du får til dette? Ofte smiler klienten og formidler at de har det mye bedre.

Legg merke til at jeg anvender setningen «når du får det til», ikke «hvis du får det til». Ordet «når» legger opp til at det bare skjer, sånn av seg selv, mens «hvis» åpner for at det kanskje ikke fungerer. Ordet «når» rommer en presupposisjon, en forutsigelse om at noe kommer til å skje. Det er viktig å ikke dvele ved det ubehaget som klien- ten kan få kontakt med underveis. Hvis noe gjenstår, gjennomføres prosessen på nytt. Deretter kan klienten kjenne litt på hvordan han eller hun har det når han får det slik han ønsker, og med de fine fargene inne i seg. Det kan være nødvendig å gjennomføre prosessen et par ganger. Røntgenbildet endrer seg for hver ny prosess. Fargene blir ofte finere, ubehagelige deler av bildet blir mindre, og det som er igjen av ubehag, flytter seg til et annet sted på kroppen. Metoden er ganske underholdende. Mentalt skjer det samme som i de øvrige eksemplene. Noen mentalbiologiske elementer som rommer ubehagelige følelser, endres eller kobles av, mens noen mentalbiologiske elementer som rommer positive følelser og psykisk velvære, kobles på og erstatter det tidligere ubehaget. Metoden er oftest et ledd i en lengre endringsprosess. Felles for disse pro- sessene er at klienten fokuserer på fortellingen, mens terapeuten både fokuserer på fortellingen, på det psykiske materialet, de mentale elementene klienten har kontakt med og på de mentale prosessene som klienten gjennomfører.

#### Endring gjennom submodale endringer

Jeg har av og til gjennomført mentale eksperimenter med studentene mine. I dette ek- sempelet kombinerer jeg metodene dissosiering og submodale justeringer, hentet fra nevrolingvistisk programmering, med endring av klientens fortelling (narrativ), som er inspirert av narrativ terapi.

Lærer til en gruppe studenter: ”Lukk øynene og forestill dere at dere kan se en person dere liker eller er glad i. Legg deretter merke til om personen dere ser i deres indre, er i farger eller svart-hvitt, og om vedkommende er nær eller langt unna. Kjenn litt på den følelsen dere har når dere ser per- sonen i deres indre. Personen dere nå tenker på, skal kun være forbundet med noe positivt. Hvis ikke, må dere velge en annen person.”

Når jeg spør studentene om hvordan personen de er glade i ser ut i deres indre, svarer de fleste at personen er i farger og står ganske nærme, av og til helt inntil dem. De får kontakt med et indre bilde som rommer positive følelser. Deretter får de en ny instruk- sjon:

L: ”Forestill dere nå at den dere er glade i, går bakover og forsvinner bak et hus. Kjenn litt på den følelsen dere har når vedkommende blir borte.”

Flere ser mer alvorlige ut. Enkelte ser litt tristere ut. På spørsmål om hvordan de har det nå, er svarene ganske unisone. Den gode følelsen de hadde for litt siden, er blitt redusert. Noen har fått en nøytral følelse, andre en litt trist følelse. Da jeg ikke ønsker at de skal forbli triste, får de en ny instruksjon.

L: Tenk nå at den du er glad i, kommer tilbake, men plasser vedkommen- de litt på siden, ikke mellom meg som foreleser og deg selv. Da vil du kunne få den du er glad i i fokus istedenfor meg og forelesningen. Enkelte tar poenget og smiler.

##### Hva skjer her?

Jeg ga først studentene kontakt med en god følelse (et positivt mentalt element) ved å gi dem kontakt med et indre bilde av en de var glad i. Deretter endret jeg den positive følelsen ved å gi dem kontakt med et nytt indre bilde, nå av den de var glade i, bak et hus. Resultatet var at det skjedde et psykisk skift som innebar at de fikk kontakt med en mindre god følelse. Siden jeg ikke vil etterlate studentene med en ubehagelig følelse, får de en ny intervensjon som innebærer at den de er glade i, kommer tilbake. Det vil si at de igjen får kontakt med den gode følelsen.

Via mine intervensjoner har studentene vært med på en følelsesreise preget av flere psykiske skift. Slike følelsesreiser skjer kontinuerlig i dagliglivet ved at mennesker sta-

dig skifter fokus fra nøytrale opplevelser, til positive, til negative og til nøytrale opple- velser med den følge at de skifter stemning uten at de vet helt hvorfor.

I LBTS tar man kontroll over klientenes psykiske skift ved å gi klientene kontakt med opplevelser som er forbundet med positive følelser, for å få et utgangspunkt for be- handlingen.

#### Når rødt er en følelse av ubehag

Hensikten med eksemplet er å illustrere at indre opplevde farger rommer følelser og at fargen rødt, for noen oppleves som forbundet med intensitet og nærhet, mens rødt for andre kan være oppleves som forbundet med angst. Utgangspunktet er at terapeuten ønsker å kartlegge og endre klientens uro

T: Den følelsen som du har nå, er den noe du kjenner, eller noe du ser? K: Det er både noe jeg kjenner, og noe jeg ser. T: Ok, er det noe farge der? K: Ja. Det er rødt (en intens rød opplevelse kan for enkelte utløse angst). K: Det er ubehagelig. Det er for intenst. T: Sett at det hadde vært mulig å bleke det intenst røde slik at det blir mer pastellaktig og lysere. Hva skjer når du får til det? K: Da blir det mindre intenst. Det blir ikke så vondt. T: Tenk at du legger inn noen nye farger der, farger som du liker, eller som gjør deg rolig. Hvilken farge eller hvilke farger kunne det være? K: Blått og grønt. T: Hva skjer når du legger til blått eller grønt på bildet? K: Da blir det kjøligere. Jeg får mer kontroll, liksom. T: Er det ok? K: Ja.

##### Hva skjer her?

Klientens reaksjoner er et tegn på at det har skjedd følelsesmessige endringer fordi man erstattet den røde følelsen som var forbundet med en ubehagelig situasjon, med farger som klienten hadde et godt forhold til, som blått og grønt. Endringer i de mo- dale elementene som er knyttet til en situasjon, fører ofte til følelsesmessige endringer. Det at følelser blir utløst av indre sanseopplevelser, og at følelsene endres dersom man endrer de indre sanseopplevelsene, er et trekk ved mennesket som art. Når du får en SMS med en emoji med smilefjes, blir du ofte litt gladere (noen blir irritert). Om du får en sur emoji som en reaksjon på en melding eller tommelen ned, blir du litt mindre fornøyd. Slik er det også med farger. En lagret opplevelse som blir opplevd som mørk, fører til en annen opplevelse enn om den samme opplevelsen er forbundet med noe lyst. I LBTS endrer og erstatter klienten, via terapeutens intervensjoner, sine indre ubehagelige sanseopplevelser til mer positive, noe som fører til en positiv følel-

sesmessig endring.

#### Psykisk endring og aktivering av ønskede egenska- per

Hensikten med dette eksempelet er å illustrere at alle klientene besitter omfattende egenskaper som kan anvendes i behandlingen. Dette vil ofte være egenskaper som klientene har mistet tilgang til på grunn av sin psykiske tilstand.

Det er stor sannsynlighet for at de egenskapene som klienten trenger for å mestre en vanskelig situasjon, har han eller hun hatt kontakt med en gang i fortiden. Mens følelsen av ro kan være knyttet til én situasjon, vil overskudd være forbundet med en annen og mental styrke med en tredje. I tillegg vil klienten en eller annen gang ha hatt en følelse av kontroll, selvtillit, handlekraft, stolthet, evne til å ta avgjørelser og evne til å stå opp for det man synes er viktig. Og en gang har klienten trolig hatt evnen til å håndtere nederlag, selv om han ikke har denne evnen i dag. Dette er egenskaper som, hvis de hadde vært tilgjengelige i dagens situasjon, hadde ført til en bedre psykisk tilstand. Dette innebærer at klienten besitter et lagret psykisk materiale i form av min- ner som rommer de følelsesmessige ressursene og reaksjonene som klienten trenger i dag. Terapeuten undersøker derfor hvilke egenskaper og hvilket psykisk materiale den schizofrene trenger for å mestre, redusere eller fjerne symptomene. Deretter ber man klienten tenke på en situasjon der han eller hun har hatt de ønskede egenskapene, og legge merke til hva han eller hun ser og føler i denne situasjonen. Hensikten er å gi klienten kontakt med de egenskapene, modale elementene og følelsesmessige reaksjo- nene som han eller hun trenger i dag.

Når klienten gir et tegn på at han eller hun har kontakt med den ønskede egen- skapen, instrueres klienten til å se seg selv utenfra i den situasjonen som oppleves som vanskelig, og deretter legge merke til hva som skjer når han eller hun låner seg de ønskede egenskapene. Når klienten er i stand til å se seg selv mentalt utenfra på konsultasjonen, mestre den ubehagelige situasjonen med disse egenskapene, kan man be klienten om å forestille seg at han eller hun er i situasjonen, det vil si opplever den innenfra. Det å oppleve en situasjon innenfra, det vil si assosiert, innebærer at klien- ten ser situasjonen og sine hender, men ikke sine øyne. Dersom klienten nå opplever den ubehagelige situasjonen med de ønskede egenskapene, vet man at det har skjedd positive endringer. Dersom situasjonen fortsatt oppleves som ubehagelig, er dette et tegn på at det er mer å gjøre. Ofte vil schizofrene trenge flere egenskaper for å mestre en vanskelig situasjon. For hver ny egenskap som individet trenger, gjentas samme prosedyre. Man arbeider med én egenskap av gangen. Denne metoden er inspirert av nevrolingvistisk programmering, NLP (Bandler og Grinder, 1998).

#### Psykisk endring gjennom «akuttinnleggelse» på sy- kehus

Av og til formidler klientene at det er vanskelig å bli kvitt en ubehagelig følelse, at den

er som en klump i magen, brystet eller halsen. Dette er et tegn at de metodene jeg har anvendt ikke er tilstrekkelige. Dette innebærer også at klienten har kontakt med et psykisk materiale, en kroppslig følelse, som forankrer klientens ubehag. Da kan man skape endring gjennom en dramatisk fantastisk fantasi. Vi har flere muligheter. Her er en: Først sjekker terapeuten om klienten er mottakelig for en noe uvanlig fantasi. I dette eksempelet har klienten gitt et ja-signal.

T: Her må vi gjøre noe drastisk. Tenk deg følgende: Du legges inn på Rikshospitalet. Vi har hentet inn spesialister på akkurat denne type operasjoner og et helt team av de beste legene og sykepleierne vi har. Du blir operert. Den ubehagelige klumpen blir fjernet og kastet, og du blir sydd vakkert igjen slik at det blir helt uten arr. Og der det før var ubehag, kommer det nå friskt vev av trygghet og velvære. Du blir tatt godt vare på. Og når du våkner av narkosen, er ubehaget borte. Det er mulig at det skjer flere positive endringer etter den vellykkede operasjonen. Hvordan har du det nå, når alt bare fungerer som det skal? K: Mye bedre. Det er ikke så vondt lenger.

##### Hva skjer her?

Intervensjonen er i tråd med klientens språklige og følelsesmessige logikk. Klientens utsagn om at han eller hun har en klump i magen, beskriver hvordan klienten opplever sine følelser, og at klienten har kontakt med noe han eller hun kjenner, det vil si en ubehagelig følelse. En tilsynelatende dramatisk, men for enkelte klienter logisk måte å fjerne en klump i magen på, er å operere den bort. Hensikten med utsagnet om at man har et «team av landets beste leger», er å gjøre klienten trygg, skape en forestilling om og tro på at operasjonen kommer til å gå bra. Alle klienter har et forhold til sy- kehus og operasjoner, og de fleste tror at flinke leger, uten store problemer, kan fjerne en klump i magen, som deretter destrueres eller kastes. Begrepet «narkose» anvendes for at klienten ikke skal kunne motsette seg det som skjer underveis i operasjonen (på konsultasjonen), og for at han eller hun skal kunne overlate ansvaret til ekspertene. Jeg har anvendt intervensjonen på en rekke klienter. Klientene er samstemte; de får det bedre. De gjennomgår en mental reise. Enkelte synes at dette er litt sprøtt, men det virker, og da er det ikke så farlig om det er litt rart. Enkelte forteller at det er noe som gjenstår, og at klumpen kommer tilbake, men at den er mindre nå og ikke så ubeha- gelig. Klientens reaksjon er tegn på at det er mer å gjøre. Av og til «legges klienten inn på nytt», og en ny, men mindre operasjon utføres. Andre ganger kan man anvende en mildere metode.

En annen intervensjon er at klienten, med utgangspunkt i terapeutens intervensjo- ner, «ser» klumpen på avstand og deretter reduserer den, flytter den lenger vekk eller bolter den fast til en vegg, noe som gjør at den ikke kan komme tilbake. Dette siste er av og til nødvendig, da klienter ofte formidler at klumpen eller ubehaget kommer tilbake, om enn i mildere form, etter en intervensjon. Psykisk endring handler også om logikk. Forestillingen om at vi bolter et problem som vi har tatt ut av kroppen, fast til noe, gir klienten rent logisk en opplevelse av at problemet ikke kan komme tilbake. I den mentale verden er alt mulig. Av og til holder det med borrelås. Andre ganger må klumpen med ubehag oppløses i vann eller sendes ut i verdensrommet som et

prosjektil. Det er like mange løsninger for å fjerne det psykiske ubehaget som det er klienter. For utfyllende informasjon, se metoden «Fantastiske fantasier» (kapittel 23).

#### Prestasjonsangst og breiflabb

Hensikten med dette eksempelet er å illustrere at det å fokusere er å føle, og at det å endre fokus fører til en øyeblikkelig følelsesmessig endring, et følelsesmessig skift. Ek- semplet er hentet fra arbeidet med musikere og andre kulturarbeidere, men det er like relevant for schizofrene.

Musikere, dansere og skuespillere, men også andre, kan oppleve en intens angst som hindrer dem i å mestre konserter, teater- og ballettforestillinger eller andre si- tuasjoner forbundet med press. Ofte klarer de ikke å yte så bra som de er i stand til uten forventningspress. Prestasjonsangsten kan være langt mer ubehagelig enn det ikke-scenekunstnere kan forestille seg. Enkelte klienter er mest redd for det de er mest glade i, som å opptre. Og mange spør seg: Er det verdt det?

Angsten kan komme flere måneder før en konsert eller en premiere, og den er godt synlig for venner og de nærmeste. Og som vennligsinnede og omsorgsfulle personer kommer de ofte med følgende utsagn: ”Du er jo så flink. Dette kommer til å gå bra. Hvorfor er du så urolig? Du kan jo dette her. Det er jo ikke så farlig.”

Disse godt mente utsagnene kan forsterke angsten fordi utsagnene låser individets fokus til det som oppleves som vanskelig. Resultatet kan bli mer angst. Jeg fraråder studenter og kolleger fra å komme med denne type utsagn. «Du er jo så flink» er sjel- den et godt utsagn når man har angst. I tillegg kommer mottager i konflikt. På den ene siden er han eller hun preget av angst, tvil og usikkerhet. På den andre kan han eller hun oppleve seg som dum som ikke forstår at angsten er unødvendig. Spørsmålet

«Hvorfor er du så usikker?» inviterer til en begrunnelse, men hvis man skal begrunne noe ubehagelig, må man gjøre det med noe som er like mye eller enda mer ubehagelig. Ordtaket «Den som graver i møkk, finner mer av det» stemmer godt her. Utsagnet

«Det er jo ikke så farlig» gir sterkt følsomme personer umiddelbart assosiasjoner til det som er farlig. Man forholder seg til substansen og til ordet «farlig», ikke til ordet

«ikke». Disse utsagnene kan føre til mer kontakt med psykisk ubehag, og i tillegg kan de låse individets fokus til det som er angstpreget.

Det første målet i denne situasjonen er å lede klientens fokus til noe som ikke er forbundet med ubehag. Hvis jeg ser en angstdominert musikkstudent rett før en kon- sert, kan jeg si: Liker du breiflabb? De færreste vet hva breiflabb er, utover at det er en fisk. Ingen får kontakt med angst når de hører utsagnet. Og de skifter garantert fokus fra konserten til noe som ikke er forbundet med angst, med det resultat at de får en annen følelse. Ikke så sjelden tenker de at undertegnede er litt sprø. Men det er ok. Da kommer de høyere opp mentalt og blir tryggere. I tillegg får mange kontakt med noe humoristisk. Det er vanskelig å være redd og å le samtidig. I dette øyeblikket er de ofte mottakelige for en trygghetsskapende intervensjon. I enkelte tilfeller blir de roligere. Og når de rett etterpå går inn på scenen, har de en større følelse av kontroll enn for ti minutter siden.

Endringsprinsippet i dette eksempelet er at enhver endring i fokus fører til en fø- lelsesmessig endring, om ikke den underliggende følelsen av angst er så intens at den overstyrer det nye fokuset. Hvis dette er tilfelle, hvis klienten fortsatt har angst, må man anvende sterkere metoder.

#### Når det ligger tåke mellom klienten og notene

Hensikten med de to neste eksemplene er å illustrere fantasiens makt og at endringer i sanseforestillinger (mentale elementer) kan føre til psykiske endringer uten en dypt- gående utredning og behandling. Disse erfaringene er overførbare til arbeidet med tyngre symptomer på schizofreni, selv om arbeidet vil være mer omfattende.

På en forelesning om prestasjonsforberedelse ved Norges musikkhøgskole formid- let en fiolinist at han ikke klarte å lese notene i forbindelse med en forestående klas- setime der han skulle spille. Studenten hadde angst, og han sa at det var som om det lå en tåke mellom ham og notestativet. Utsagnet «tåke foran notene» var et tegn på at studenten hadde kontakt med en visuell opplevelse av tåke, og at det visuelle elementet

«tåke foran notene» var den utløsende årsaken til studentens angst. Det var for øvrig ikke noe galt med studentens syn. Han så utmerket.

Den logiske og enkle løsningen var å fjerne tåken, hvilket er i samsvar med holdnin- ger i MRI-tradisjonen om at man må ta alle utsagn fra klienten på face value, og den vurderingen at klientens utsagn er et uttrykk for en følelsesmessig opplevelse. Klienten har her transformert en følelse av uro når det kommer til det å spille, til et visuelt men- talbiologisk element av «tåke foran notene» som rommer den samme følelsen av uro.

Som lærer spurte jeg studenten om hvordan tåke kunne forsvinne, og studenten svarte ganske riktig: «Når solen lyser på den og det kommer en sval vind». Gjennom enkelte intervensjoner etablerte vi en mental sol som lyste på tåken. I tillegg la vi inn, i tråd med studentens egen forståelse, en sval vind. Studenten hadde ingen problemer med å forestille seg dette og sa plutselig, i samsvar med sin indre logikk: «Nå er tåken borte. Nå kan jeg se notene.» Studenten var svært fornøyd, og han spilte senere for klassen uten angst, det vil si i den situasjonen som for de fleste av studentene oppleves som mest angstrelatert. Det å spille perfekt for kritiske eksperter som kan det samme som deg, eller enda bedre, er vanskelig.

Det var mer å gjøre, men den øyeblikkelige følelsen av angst ble utløst av at han ikke kunne se notene. Den enkle løsningen innebar at vi erstattet klientens kontakt med de visuelle biopsykiske elementene som hindret studenten i å se notene, med visuelle elementer som innebar at han kunne se disse.

Alle endringer i LBTS er basert på den samme forståelsen som er skissert her. Under beskriver jeg et parallelt eksempel med en noe annen vinkling.

#### Når alt var bare svart

En pianist formidlet at hun skulle prøvespille til en jobb, men at hun ikke klarte å lese

notene, da alt bare virket svart. Hun opplevde at notene stod så tett at hun ikke klarte å skille dem fra hverandre. Andre pianister nikket. Problemet var visst ikke helt ukjent. Igjen tok jeg klientens utsagn bokstavelig. Hva gjør man logisk når noe står så tett at det ikke er mulig å skille ting fra hverandre? Man skiller ting fra hverandre (se den logiske og motsatte metode, kapittel 21). Jeg ba studenten tenke seg at notearket var en strikk. Så festet jeg strikken mentalt på den ene veggen i auditoriet og dro strikken, det vil si notearket, helt over til den andre veggen. Da sa studenten:

”Hallo, nå er det jo altfor stor avstand mellom notene, så stor at jeg må snu hodet for hver ny notelinje.” Jeg svarte: ”Ok, da beveger jeg meg tilbake mot veggen der no- tearket er festet, og så sier du stopp når det er akkurat passe avstand mellom notene”. Studenten nikket. Cirka 40 centimeter fra veggen sa studenten «stopp». Nå var det akkurat passe avstand mellom notene slik at hun hadde full oversikt og kunne lese notene uten problemer. Om ikke det var latter, var det ganske mye humor i auditoriet. Jeg spurte: Sett at de notene som du øver på til prøvespillet, ser akkurat sånn ut, hva skjer da? Da kan jeg lese notene uten problemer, sa studenten. Tenk at du får det til,

hvordan kjennes det nå? Helt bra, svarte studenten. Det er ikke noe problem lenger.

Og det var faktisk ikke flere problemer akkurat da. Den visuelle opplevelsen av ikke å kunne skille notene fra hverandre var årsaken til studentens øyeblikkelige angst. Når hun kunne se notene tydelig og atskilt fra hverandre, var problemet løst. Det betyr ikke at problemet er løst for alltid. Trolig er det mer å gjøre, men studenten gjennomførte og mestret prøvespillet.

##### Hva skjer her?

Nøyaktig det samme som i eksempelet med «tåke foran notene». Studenten hadde kontakt med et visuelt element som innebar angst, som følge av at notelinjene bare var svarte. Dette visuelle modale elementet «svart» og «for tett», som førte til uro, ble så byttet ut med et annet visuelt modalt element, gjennom en intervensjon, som innebar at studenten kunne se notene atskilt fra hverandre og derved klart.

Det jeg satt igjen med etter denne erfaringen, var at enkelte psykiske problemer kun er en følge av de modale elementene som klienten har kontakt med, og dermed at ikke alle problemer har en dypereliggende eller mer dramatisk årsak som må endres. Det kan likevel være mer å gjøre, dersom målet utvides til å gjøre studenten i stand til å gjennomføre fremtidige konserter uten uro.

#### Autoritetsangst

Eksempelet illustrerer forbindelsen mellom klientens mentale forestillinger og autori- tetsangst og hvordan angsten kan endres ved å endre klientenes mentale forestillinger, uten at det er nødvendig å utrede klienten og å arbeide med de tidligere opplevelse- ne som ligger til grunn for autoritetsangsten. Eksempelet illustrerer også de mentale endringene som klientene er i stand til å utføre etter at de autoritetsangstutløsende mentale forestillingene er endret. Et omfattende antall terapeutiske erfaringer viser at

man her arbeider med allmenngyldige egenskaper og mentale kapasiteter som også kan anvendes i behandlingen.

Klienten hadde autoritetsangst. Hun opplevde at hun satt i et hjørne med kontorpulten foran seg. Sjefen, en ganske stor og korpulent mann, stod foran pulten og pekte på pa- pirene på kontorpulten, mens han kritiserte det arbeidet som var gjort. Hun følte seg inneklemt, uten mulighet for å komme vekk, og hun hadde angst.

Jeg visste ikke om dette kun var hennes opplevelse av situasjonen, eller om det fak- tisk var sånn i virkeligheten. Det var imidlertid ikke så viktig. Jeg måtte forholde meg til kvinnens opplevelse og fortelling.

Ut fra den hjernepsykologiske forståelsen var kvinnens angst en følge av kontakt med visuelle, kinestetiske og auditive mentale elementer som var forbundet med uro. For å redusere klientens angst for sjefen, måtte disse endres.

Gjennom enkelte intervensjoner flyttet kvinnen sjefen mentalt cirka 15 meter len- ger vekk i sitt indre visuelle bilde. Vi krympet sjefen i en fantasi til cirka 2 centimeter og ikledde ham tyrolerbukser med reinsdyrsele i plast og en tyrolerhatt med merker på. I tillegg plasserte vi sjefen på et bord der han dinglet med bena. Deretter under- søkte jeg kvinnens følelsesmessige tilstand når hun så sjefen på denne måten. Angsten hadde forsvunnet. I stedet opplevde hun sjefen som ufarlig, litt humoristisk og nær latterlig. Men det er kanskje ikke så gunstig at sjefen virker latterlig? Kanskje det er ok med en viss respekt for sjefen, sa jeg, noe kvinnen var enig i.

Gjennom nye intervensjoner ble sjefen flyttet lenger frem, men han var fortsatt rundt to meter fra kvinnens kontorpult. Han hadde fått på seg sin vante dress og fått tilbake sin egen høyde, men bare tilnærmet. Klienten formidlet at sjefen skulle være mindre enn henne. Hun var rundt 165 centimeter, så sjefen kunne være rundt 160. Da skjedde det noe. Kvinnens opplevelse av sjefen endret seg. Han ble plutselig opplevd som en ganske alminnelig og vennlig mann som fortalte hva hun skulle gjøre, som sjefer skal gjøre, og det med en alminnelig

#### Selvmordsforsøk

Dette eksempelet viser enkelte klienters omfattende endringskapasitet, og at selv al- vorlige symptomer kan endres i løpet av noen konsultasjoner.

Jeg var på hytta og fikk en telefon rundt kl. 12:00 på natten. Klienten, en student var i ferd med å ta sitt liv. Hun hadde forlatt sine venner og stod med vann til livet i en innsjø. Gjennom samtalen gikk hun gradvis opp av vannet og så ned i vannet igjen. Jeg forstod at det skjedde flere ganger på grunn av at lyden fra bølgeskvulpet ble svakere og sterkere. Etter ca. en times samtale var hun kommet på land og begynte å bevege seg mot hytta. Tilfeldigvis bodde hun bare noen mil lenger ned i dalen. Vi avtalte å møtes nede i bygda dagen etter. Deretter ringte jeg politi og familie.

Dagen etter kjørte jeg ned i dalen og fikk følgende informasjon: Det var ingen ytre omstendigheter til selvmordsforsøket. Studenten var sammen med venner. Hun følte seg psykisk uvel, gikk ut og deretter gjennom skogen i tre kvarter til innsjøen. Trolig årsak: nedtrapping av Cipramil uten at nedtrappingen ble gjennomført i samarbeid

med psykolog eller psykiater. Første samtale ble gjennomført på en lokal kafe og varte i 3 timer. Hun hadde det godt og problemfritt dagen etter. Dette varte i en uke. Det psy- kiske ubehaget kom tilbake, men med redusert opplevelse av plage. Klienten var blitt satt på økte doser med Cipramil og Sobril, men fikk ingen oppfølgende behandling.

##### Samtale 2, etter ferien:

Studenten formidler at hun har det noe bedre enn før, at hun ikke er fokusert på selv- mord, men at hun ikke har det bra. Hun har gitt opp håpet om noen gang å kunne bli bra. Situasjon nå: klienten er sliten, nedbrutt, har minimal selvtillit, sterk skyldfølelse. Hun er preget av resignasjon, og hun gruer seg til det nye studieåret. Jeg oppfordrer sterkt klienten om å ta kontakt med helsetjenesten på universitetet for å få en samtale med psykolog. Dette for å få kartlagt situasjonen. Hun blir også oppfordret til å ta kontakt med psykolog utenfor universitetet, om de ikke har kapasitet på universitetets psykologtjeneste. Studenten var lite motivert. Hun hadde fått lite ut av tidligere samta- ler med psykolog og psykiater. Og hun formidler at det er «styrete». Jeg forstår at hun ikke kommer til å ta kontakt og får det bekreftet.

Hun vil gjerne fortsette våre samtaler. Vi begynner umiddelbart. Samtalen varer i ca. 90 min. Det skjer ingen utredning og ingen kartlegging av kvinnens situasjon. Jeg kartlegger klientens opplevelse av psykisk ubehag samtidig som jeg søker å hente opp positive opplevelser og ressurspregede situasjoner fra fortid. Deler av kvinnens uro er knyttet til om hun vil mestre arbeidspresset kommende studieår. Jeg foreslår at hun kan utsette enkelte eksamener, men hun ønsker å prøve. Deretter jobber vi med psykisk oppbygging, med å heve det psykiske stemningsnivået, og å øke tilgangen til positive ressurser og energi. Det fungerer. Hun kommer opp på et høyere psykisk nivå gjennom samtalen. Og samtalen blir mer preget av latter.

Jeg tilbyr en samtale to ganger pr. uke i starten for å sikre at klienten ikke igjen for- søker å ta livet sitt. Jeg foreslår at hun, om det skjer noe som er vanskelig mentalt, tar kontakt umiddelbart, uansett tid på døgnet. Hun bekrefter at hun vil det. Hun går ut kontoret med en langt bedre følelse i kroppen enn da hun kom inn.

##### Fra mine notater etter samtalen:

Klientens samtale viser at hun får utbytte av vår kontakt og at den fører til endring. Jeg er derfor optimistisk foreløpig. Men klienten må følges opp. Og jeg har ikke helt oversikt over hvor hun befinner seg psykisk.

Klienten kommer et par dager senere. Hun er et annet menneske. Hun ler, er glad og til stede. Jeg sjekker ut hvordan hun har det. Hun har det bra. Ingen problemer. Jeg er litt forbløffet, og tester litt ut, men opplever at vi ikke lenger har noe å jobbe med. Problemene er løst. Og hun har ikke tatt noen ekstra medisiner. Hun smiler og virker avspent. Jeg bygger opp litt til, men opplever at det ikke er nødvendig. Samtalen avslut- tes etter 30 minutter. Før hun går, oppfordres hun til å ta kontakt umiddelbart om noe kommer tilbake. Hun lover det. Jeg er fortsatt noe overrasket. Hun er en helt annen enn den jeg snakket med rett etter selvmordsforsøket. Jeg spør om hun hadde tatt livet sitt om jeg ikke hadde tatt telefonen på hytta. Ja, er det enkle svaret. Hun går. Muli-

gens er det fortsatt noe som gjenstår, men den psykiske forandringen i løpet av et par samtaler er nesten enorm. Senere treffer jeg henne igjen flere ganger over flere år. Hun smiler vennlig. Fortsatt er alt bra. Når jeg ser henne sammen med andre, hilser hun ikke. Det er ikke så uvanlig. De færreste vil vise at de har hatt kontakt med en som job- ber med nerver, selv om antallet som tar kontakt for psykiske utfordringer, kan være mer enn 50 prosent i en klasse. Et trekk ved behandlingen er at jeg anvender metoden fantastiske fantasier, og at vi i større grad enn vanlig jobber gjennom humoristiske, ofte litt absurde og ressursaktiverende mentale forestillinger. Hun ble varig frisk.

Resultatet av denne behandlingen var nok et eksempel på hvilke omfattende mentale ressurser og endringskapasitet som enkelte klienter kan besitte.

#### Avslutning

Kapittelet gir glimt fra prosesser som førte til positive psykiske endringer uten at kli- entene gjennomgikk en omfattende utredning før behandlingen. Flere av glimtene inneholder spektakulære fantasier som går utover det som er mulig å oppleve i den virkelige verden. Tendensen er at det tankemessig spektakulære forbereder psykisk endring. Eksemplene illustrerer også hvor enkelt det kan være å endre psykiske plager om man arbeider med de biopsykiske elementene som forankrer den psykiske plagen. I tillegg viser glimtene hvordan man kun ved å bruke ord kan aktivere klientenes men- tale ressurser og anvende disse for å redusere eller eliminere psykisk forankrede plager. Eksemplene gir også håp om at det er mulig å behandle selv alvorlige psykiske plager og at disse kan møtes med enkle, men effektive intervensjoner når man behandler med utgangspunkt i de biopsykiske elementene. Eksemplene dokumenterer også at endringer av de bio-psykiske elementene som fører til psykisk plage kan endre, nær alle psykiske plager som har en mental forankring.

### Kapittel 32 Faktorer som påvir- ker behandlingens resulta- ter

Dette kapittelet beskriver ulike klientrelaterte og terapeutrelaterte faktorer som kan påvirke de resultatene man kan oppnå i behandling. Selv om Lingvistisk hjerneterapi (LBT) er ment å fungere for en bred gruppe mennesker, kan hver klients unike egen- skaper ha innvirkning på hvor vellykket behandlingen blir. Kapittelet belyser hvordan klientenes og terapeutenes personlige egenskaper, ønsker og relasjonelle forhold kan fremme eller hemme psykisk endring. I tillegg beskrives klientens vilje til endring, evne til å akseptere egne følelsesmessige reaksjoner, og hvordan klientens evne til end- ring kan variere avhengig av flere faktorer, som for eksempel medisiner og kognitive ressurser. Det er viktig å være oppmerksom på at de behandlingsfremmende og be- handlingshemmende faktorer som klientene opplever.

#### Klientrelaterte faktorer

##### Ekte kunder

En forutsetning for et godt resultat er at klientene ønsker endring. Enkelte klienter er ikke ekte kunder. De kommer ikke for å få hjelp, men går fra terapeut til terapeut for å få bekreftet at ingen kan hjelpe dem, eller for å klage, eventuelt som en form for sosial kontakt (Berg & De Jong, 2002). De er ikke så opptatt av endring. For å lykkes med LBT, må klienten ønske hjelp. Noen ganger må man hjelpe klienten med å gå fra rollen som klager og kritiker til å bli en ekte kunde.

##### Manglende tro på behandling, og enkelte løsninger

En forutsetning for endring er at klienten ønsker å endre seg, har tro på at det er mulig å få det bedre, og har det overskuddet som er nødvendig for å gjennomføre terapeu- tens instruksjoner. Manglende tro på at det er mulig å endre seg kan føre til at klienten avviser instruksjonene eller benekter at endringer har funnet sted. Noen klienter for- står at de trenger å få det bedre, men tviler på at behandlingen vil hjelpe. Likevel er det avgjørende at klienten er villig til å gi behandlingen en sjanse.

Ofte er klientene villige til å sette tvilen på pause hvis terapeuten sier: «Vi kan hente frem tvilen din senere om du skulle trenge den. Men hvis du fokuserer på tvil under-

veis i behandlingen, kan det hindre endring.» Klientene forstår som regel at det å tvile på noe man arbeider med kan føre til dårligere resultater. En annen innfallsvinkel for å etablere en følelse av tro på behandlingen kan være å si:

T: «Tenk på noe du tror på, et eller annet. Kjenn litt på følelsen av å tro på noe. Er det en god følelse?» K: «Ja.»

T: «Fint. Hvis du trodde at behandlingen kunne gjøre deg bedre, hva ville det ha ført til? Og siden du har kommet hit, er det kanskje noe du håper på eller tror kan skje. Hva kan det være? Hva hadde skjedd hvis behandlingen fungerte som du ønsker, og hvordan ville du ha hatt det da?»

Denne typen spørsmål gjør at klienten blir mer bevisst på hva han eller hun ønsker å Tvil er imidlertid ikke bare negativt. Tvil på at behandlingen virker, kan beskytte klien- ten mot nytt ubehag, skuffelser, eller noe ukjent som muligens kan føre til mer psykisk smerte. Likevel reduserer tvil klientens evne til å gå inn for noe med energi. Tvil kan gjøre at klienten fokuserer mer på sin skepsis enn på det han eller hun ønsker å oppnå, noe som gjør det vanskeligere å endre seg.

##### Eksempler på hvordan tvil kan reduseres

Først kan terapeuten hjelpe klienten med å få kontakt med en positiv følelse. Terapeu- ten kan for eksempel si: «Sett at følelsen av tvil ble erstattet av sikkerhet og trygghet. Hvilken følelse skulle du ønske å erstatte tvilen med?» Terapeuten kan også spørre:

«Hva er det motsatte av tvil?» Mange svarer: «Sikkerhet på at det virker.» Andre ut- trykker at de trenger konkrete erfaringer på at behandlingen virker. Utfordringen er å hjelpe klienten med å få kontakt med følelser som er det motsatte av tvil, eller en følelse som kan erstatte tvilen.

Terapeuten kan da si: «Sett at du hadde hatt den sikkerheten eller følelsen du trenger for at tvilen skal bli mindre eller forsvinne. Hva ville skjedd da, og hvordan ville du ha hatt det?» K: «Da ville jeg vært helt trygg og sikker på at behandlingen virket.»

Når klienten gir denne typen svar, hjelper terapeuten ham eller henne med å koble til situasjoner der disse egenskapene eller lignende har vært til stede. Terapeuten kan også spørre: «Når var siste gang du var helt uten tvil?» Dette er i tråd med løsningsfo- kusert terapi, der man fokuserer på unntak fra problemet (Steve deShazer, 1985, 1988). En annen metode er å få klienten til å forestille seg tvilen som noe fysisk utenfor seg selv – for eksempel som noe han eller hun kan pakke bort, gjøre mindre, og plassere et sted hvor den ikke er synlig, men likevel tilgjengelig hvis nødvendig. Det er viktig at tvilen ikke fjernes helt, da den kan ha beskyttet klienten mot ubehagelige situasjoner. Terapeuten kan da si:

«Nå kan du forestille deg hvordan det ville være å gjennomføre behand- lingen uten tvil, og med tro på at det er mulig å lykkes.» K: «Hm.» T:

«Kjenn litt etter. Hvordan føles det å ha det på denne måten, helt uten tvil og med en følelse av at behandlingen kan fungere?»

Klienten kan svare: «Det føles greit.» Ordet «greit» kan være et tegn på at klienten

begynner å akseptere situasjonen, men kan også indikere et lite nei-signal, som betyr at det er mer arbeid å gjøre.

Noen klienter kan si: «Dette er bare en fantasi, mens mine opplevelser i fortiden er virkelige, og de vil påvirke fremtiden.» Terapeuten kan svare: «Opplevelsene du hadde i fortiden, og som førte til tvil, er forbi. Det du sitter igjen med i dag, er minner – et psykisk materiale. Virkeligheten du forestiller deg i fremtiden, er det virkelighet, eller er det også en forestilling?» De fleste vil erkjenne at fremtidsoppfatningene også er forestillinger.

Terapeuten kan så si: «Vi har altså to forestillinger – en positiv og en negativ. Begge er bygget opp av samme type psykisk materiale. Siden du kan skape positive forestil- linger med det samme materialet som dine ubehagelige minner, kan du like gjerne skape en forestilling om at du vil mestre situasjonen i fremtiden. Kanskje det ikke er så dumt å bytte ut en pessimistisk forestilling med en optimistisk, særlig hvis det gir deg en bedre følelse? Og spesielt hvis det du hittil har trodd på, ikke har hjulpet deg eller gjort deg klokere.»

Ofte må terapeuten gjennom flere runder med denne typen dialog for å få budska- pet til å feste seg. Selv skeptiske klienter kan følge denne argumentasjonen og for en periode erstatte sine pessimistiske forestillinger med mer optimistiske. Resultatet er ofte at de blir mer fortrolige med tanken om at de kan mestre fremtidige utfordringer på en god måte.

Ved denne typen svar gir terapeuten klienten kontakt med situasjoner der han/hun har reagert med disse egenskapene, eller med andre egenskaper som klienten trenger. Terapeuten kan også spørre: «Siste gang du var helt uten tvil, når var det?» Utsagnet er i tråd med løsningsfokusert terapi, der man fokuserer på unntakene fra problemet (Steve deShazer 1985, 1988). En annen metode innebærer at klienten forestiller seg at han/hun kan se tvilen sin som noe fysisk utenfor seg, og forestille seg at han eller hun pakker den ned, gjør den mindre og legger den et sted hvor den ikke er synlig, men likevel på et sted som gjør det mulig å hente den frem igjen senere. Det siste er viktig for å unngå at man fjerner egenskaper som har beskyttet mot ubehagelige situasjoner. T: «Deretter kan du forestille deg hvordan det ville være å gjennomføre det vi arbeider med uten tvil, og med tro på at det er mulig å lykkes.» K: «Hm.» T: «Kjenn litt etter. Hvordan har du det når du har det på denne måten, helt uten tvil og med en følelse av at behandlingen kan fungere?» Da kan klienten si: «Nei. Da er det greit.» Ordet «greit» kan være et tegn på at klienten er igjennom, men kan også romme et lite nei-signal, noe som betyr at det er mer å gjøre.

Enkelte klienter vil kunne si:

«Dette er jo bare en fantasi, noe jeg forestiller meg, mens mine opplevel- ser i fortiden er jo virkelige, og de vil slå ut i fremtiden.» Terapeutens svar kan være følgende: «Den eller de opplevelsene som du hadde en gang i fortiden, og som førte til tvil, er forbi. Det du sitter igjen med i dag, er minnene fra fortiden som består av et psykisk materiale. Den virkelighe- ten som du forestiller deg i fremtiden, og som du er litt bekymret for, er det virkeligheten, eller er det også en forestilling?»

De fleste godtar at deres oppfatning om fremtiden også er en forestilling.

«Men da har vi to forestillinger,» sier terapeuten. «– En positiv forestilling om fremtiden og en negativ. Begge disse forestillingene er bygget opp av samme typer av psykisk materiale. Og siden du er i stand til å skape posi- tive forestillinger som består av samme type psykisk materiale som dine ubehagelige minner, kan du jo like gjerne lage en fantasi om at du vil mes- tre situasjonen i fremtiden, og erstatte tvilen på at du kan få det til, med forestillingen om at det kommer til å fungere som det skal. Og kanskje det ikke er så dumt å bytte ut en mindre optimistisk forestilling om fremtiden med en optimistisk, hvis du får det bedre av den siste? Og særlig hvis det du hittil har trodd på, ikke hjelper deg eller gjør deg klokere.»

Av og til må vi gå flere runder av denne typen for å få gjennom budskapet, men selv skeptiske klienter kan følge denne argumentasjonen og være villige, for en periode, til å bytte ut sine pessimistiske forestillinger med forestillinger som det er bedre å leve med. Resultatet er at de ofte blir fortrolige med at de vil kunne mestre fremtidige ut- fordringer på en god måte.

##### Klienten villighet til å endre seg

Klientens villighet til å endre seg forutsetter at han eller hun får støtte i sine følelses- messige reaksjoner, selv om han eller hun har gjort feil. Klienten har alltid rett i den forstand at klienten besitter sannheten om sine egne følelsesmessige reaksjoner. Dette betyr ikke nødvendigvis at man støtter klientens versjon av hva som har skjedd rent fysisk, men man anerkjenner de følelsesmessige reaksjonene som klienten opplever. Klienten blir trodd, selv når enkelte av klientens forestillinger er over grensen for det sannsynlige, slik som ved bisarre vrangforestillinger. Enhver forestilling danner et ut- gangspunkt for en nysgjerrig undersøkelse av klientens opplevelser. Klientens opple- velse av en situasjon, uansett hvor bisarr den måtte være, kan være et utgangspunkt for en intervensjon.

##### En fortelling fra virkeligheten

Den verdenskjente og myteomspunnede lege og hypnoterapeut Milton Erickson, kjent for sine «practical therapeutic jokes», fikk en klient som hevdet at han hørte stemmer fra stikkontakter og at han måtte gjøre som stikkontaktene befalte. Stikkontaktene sa negative ting og befalte klienten å utføre destruktive handlinger. Milton Erickson lyttet med nysgjerrighet og støtte uten å problematisere situasjonen. Senere la han inn en høyttaler i en stikkontakt på venteværelset. Neste gang klienten kom, hørte han en stemme fra stikkontakten som sa noe sånt som: «Eric. Dette går ikke. Jeg er lei av at du hører på stemmer fra andre stikkontakter enn meg. Jeg er sjef over de andre, og den eneste du skal høre på, er meg. Forstått?» Deretter kom klienten inn på kontoret, og de snakket sammen som vanlig uten å nevne hendelsen. Senere la Milton Erickson inn budskap som befalte klienten å reagere alminnelig i situasjoner der han tidligere var dominert av irrasjonell atferd og vrangforestillinger. Klienten, som måtte gjøre som stemmen sa, opptrådte mer og mer rasjonelt og fikk nye positive erfaringer fra sosial

kontakt og å mestre eget liv. Milton Erickson lot som ingenting og fortsatte samtalene som før. På en konsultasjon sa klienten plutselig: «La oss slutte med dette tullet.» Dette ble begynnelsen på behandlingens avslutning.

Ikke så sjelden nedtoner klienten alvoret i en situasjon etter at de har fått støtte for at det må være vanskelig å oppleve det han/hun opplever. Dette betyr ikke at terapeuten støtter klientens versjon, men klientens følelsesmessige reaksjoner. I LBTS behandler man ikke realiteter. Man behandler mentale elementer og følelser, med den følge at de reelle realitetene ofte dukker opp av seg selv.

##### Klientenes endringsevne

Klientenes endringsevne vil være forbundet med evnen til å endre det psykiske mate- rialet som forårsaker den øyeblikkelig opplevde psykiske plagen. Det er store forskjel- ler på klientenes evne til psykisk endring. Enkelte har en forbløffende evne til å endre seg, med den følge at man raskt oppnår omfattende endringer. Sterkt visuelle, mentalt fleksible og kreative klienter kan ha en overraskende evne til å gjennomføre psykiske endringer. Forskjellene på klientenes endringsevne kan også være en følge av ulik evne til å få kontakt med positive erfaringer og gjennomføre nye mentale forestillinger. Den kan også være redusert som følge av medisiner, av intensiteten i det psykiske ubehaget, av slitenhet og av mangel på håp. En velutviklet evne til å være uenig, kritisk og skep- tisk eller en tendens til å tvile på det som kommer utenfra, kan også hindre endring. For eksempel kan det ta lengre tid å jobbe med akademikere som er utdannet i en tradisjon der kritisk tenkning betraktes som en viktig kvalitet.

En interessant erfaring er at hardt belastede klienter kan ha en større endringsevne enn enkelte velfungerende. De fleste har større endringsevne enn de tror, og større enn de tar i bruk.

Klientenes evne til endring kan også anvendes til å produsere psykisk ubehag. Te- rapeuten må derfor være oppmerksom på om klienten anvender sine egenskaper på en slik måte at det fører til flere symptomer, og samtidig vise hvordan disse egenskapene kan anvendes motsatt vei til å utvikle psykisk velvære og mestringsevne.

Klientenes evne til endring kan forsterkes av at de lærer seg terapeutens måte å ten- ke og arbeide på. Andre ganger må man iverksette intervensjoner for å øke klientenes evne til å få utbytte av behandlingen. Dette kan skje ved å fjerne motstand og ved å stimulere klientenes kreative evner.

##### Motstand mot endring

Enkelte klienter kan ha motstand mot behandlingen. Motstand kan innebære at klien- ten vegrer seg for og ikke klarer å utføre de mentale operasjonene som er nødvendige. Motstand mot behandlingen er et sentralt tema i psykoanalysen og i psykodynamisk terapi. Motstand fra klientene blir i lingvistisk hjerneterapi (LBT) forstått som at klien- tene har kontakt med mentale elementer som fører til motstand. Motstanden kan, men behøver ikke være en følge av terapeutens behandlingsmåte. Motstand er en naturlig reaksjon, men den kan hindre utvikling.

Motstand kan sementere og forsterke opplevelsen av klientens symptomer på schi-

zofreni og hindre endring, men det er mulig å komme rundt klientens motstand. Dette kan skje ved å sette klienten i en ja-tilstand.

For å redusere motstanden må man først forstå hva motstanden beskytter klienten mot, og hvilket psykisk materiale som ligger til grunn for motstanden. Det er også vik- tig å tilby intervensjoner som klienten er klar for, og midlertidig senke ambisjonene. Samtidig kan man foreslå andre måter for klienten å beskytte seg på, og formidle at klientens reaksjoner er naturlige og gir mening i den aktuelle situasjonen. Deretter kan man stille spørsmålet: Ønsker klienten å beholde motstanden, eller hva vil klienten eventuelt beholde av den?Indre årsaker til motstand kan være sinne eller aggresjon, angst for å komme i kontakt med psykisk ubehagelig materiale, uro for ikke å mestre behandlingssituasjonen, uvilje mot å la seg behandle, frykt for terapeuten og andre bekymringer som er relatert til behandlingen.

Ytre årsaker til motstand kan være reaksjoner på manglende respekt, kritikk, ned- vurderende utsagn, negative fortolkninger og bedrevitenhet fra terapeutens side, det vil si frustrasjon som følge av terapeutens måte å opptre på. Ytre årsaker til motstand kan også være en følge av terapeutens manglende evne til å lytte og til å støtte klienten, eller frustrasjon som følge av at behandlingen oppleves som irrelevant, eller at den ikke fører til bedring. Motstand kan slik være forankret i klienten, eller den kan oppstå som følge av kommunikasjonen med og relasjonen til terapeuten.

I LBTS blir motstand forstått som et signal på at behandlingssituasjonen ikke fun- gerer godt nok. Motstand er et tegn på at klienten trenger å få det bedre, og at noe bør bedres i relasjonen mellom terapeut og klient og med terapeutens tilnærming og arbeidsmåte.

##### Motstand som positiv energi

Motstand blir i LBTS også betraktet som en form for positiv energi som kan anvendes i behandlingen, selv om den også kan hindre endring. Motstand er derfor ikke noe man skal stå i eller tåle som terapeut, noe som to leger under spesialisering til psykiatri formidlet. Endringsprofesjonalitet er her knyttet til terapeutens evne til å endre det psykiske materialet som er grunnlaget for klientens motstand. Klientens motstand er av og til en del av klientens problematikk, på samme måte som tendensen til overdre- ven selvkritikk og manglende selvtillit.

##### Enkelte løsninger

Når motstanden er forankret i uro som følge av kontakt med et ubehagelig psykisk materiale, er det terapeutens oppgave å redusere dette ubehaget før man fortsetter behandlingen. Man kan nærme seg motstanden på flere måter, litt avhengig av hva motstanden er knyttet til. Her er enkelte eksempler på utsagn fra terapeut som kan redusere klientens motstand:

T: «Sett nå at du beholder retten til å si nei eller til å ta et forbehold og til å ta vare på det du synes er verdifullt, men likevel vil jobbe for å endre noe til det bedre, hva ønsker du å ta vare på som skal beholdes? Og hva skulle du ønske å endre på? Og er det noe du trenger fra meg for å få det til?» Her går man ganske rett på klientens reaksjon.

T: «Dine nei-signaler har på en måte beskyttet deg, men de kan også ha hindret deg i noe. Og da er spørsmålet: Er du fornøyd med at det er noe som hindrer deg? Hjelper det? Kan det tenkes at du en gang hadde et stort behov for å beskytte deg, men at du i dag ikke har behov for dette i samme grad? Med andre ord, kanskje du kan droppe eller kvitte deg med den delen av motstanden som ikke hjelper deg, og prøve ut andre tanker, følelsesmessige reaksjoner og en annen atferd? Kjenn litt på det. Uansett hva du velger å gjøre, så vit at om noe hindrer eller stopper deg, er det en ganske naturlig og positiv ting. Men det er kanskje noe som hindrer deg i å få til noe som du ønsker å få til?»

Her formidler terapeuten respekt for klientens motstand, samtidig som han eller hun forsøker å møte klienten der han befinner seg mentalt. Det finnes flere innfallsvinkler. Alle tar vare på klientens motstand og beskytter klienten mot kontakt med psykisk ubehagelig materiale. Samtidig prøver man å utvikle nye løsninger i samarbeid med klienten, løsninger som går rundt eller som ikke provoserer klientens motstand. I til- legg er det viktig å sortere mellom en evne til motstand som klienten bør beholde, og motstand som er uheldig for klienten, og som bør fjernes.

##### Når klienten sier nei, nei, nei

En kvinne rundt 50 år kom til samtale. Jeg begynte som vanlig å undersøke hva klien- ten ønsket, for å gi henne kontakt med en ok følelse slik at jeg kunne få et utgangspunkt for behandlingen. Etter det var det stopp. Enhver intervensjon førte til et nei-signal. Da min erfaring er at jeg alltid kommer rundt klientenes nei-svar og til slutt får et ja-signal som kan danne grunnlag for en positiv intervensjon, forsøkte jeg å vinkle mine spørs- mål på stadig nye måter. Nei-signalene fortsatte. På et tidspunkt stoppet jeg arbeidet og formidlet at en forutsetning for å begynne behandlingen og å arbeide med det hun syntes var vanskelig, var at hun var i stand til å si ja til noe, hva som helst. Og at dersom det ikke var mulig for henne å svare et ja på et eller annet, ville det ikke være mulig å få resultater i behandlingen. Som følge av dette måtte hun ta et valg. Vi måtte sammen finne frem til noe hun kunne si ja til eller avslutte behandlingen. Hun sluttet. Før hun gikk, sa hun at mannen hennes hadde sagt omtrent det samme som undertegnede.

I ettertid har jeg tenkt at hvis jeg var Carl Rogers, grunnleggeren av klientsentrert terapi, hadde jeg fortsatt med en betingelsesløs kjærlighet og lyttet og lyttet, og til slutt hadde det antagelig skjedd noe positivt med klienten. Men jeg tenkte også at jeg måtte gjøre det LBTS er god på, som er å skape psykiske endringer når klientene ønsker end- ring. Så får vi heller henvise klienter som trenger det, til terapeuter som er gode på og som ønsker samtaler som går over lang tid.

I dette tilfellet må det sies at jeg egentlig ikke tror at klienten ønsket behandling, men at hun hadde blitt sendt av mannen. Sånn sett var det riktig å stille klienten over- for et valg ganske tidlig. Kvinnen var ingen ekte kunde, noe man er avhengig av for å få gode resultater i LBT, se tidligere avsnitt.

##### Når klienten er sendt av andre

Hvis klienten er oppfordret av andre til å ta kontakt og ikke er motivert for, eller har manglende tro på behandlingen som følge av tidligere behandling, kan selv terapeu- tens imøtekommende kommentarer oppleves som ubehagelige. Manglende motiva- sjon for behandling kan også være knyttet til ord. Av og til er det ordene «behandling»,

«terapi», «psykiater» eller «psykolog» klienten ikke er fortrolig med. Man må derfor være bevisst på hvilke ord klienten reagerer på. Her er det viktig å alminneliggjøre kli- entens symptomer selv om de er ubehagelige at man anvender et språk som klienten er fortrolig med. I tillegg kan man undersøke om det er noe klienten likevel ønsker, siden han allerede er på kontoret. Hvis det ikke er noe klienten ønsker å få det bedre med, men likevel ønsker å forbli i samtalen med terapeut, kan man gjennomføre en vennlig samtale, men ingen endringsprosess.

Selv om en ung klient kan være sendt av foreldre eller lærer og egentlig er ganske skeptisk eller i tvil på om noen kan hjelpe, kan man undersøke om det er noe klienten likevel ønsker å få det bedre med. Hvis det ikke er noe klienten ønsker å få det bedre med, kan en imøtekommende samtale likevel føre til at han blir positivt innstilt og får kontakt med et eller annet han ønsker «å se litt på». Selv et lite tegn på at det er noe han ønsker å se på, noe han lurer på eller er frustrert over, kan være tilstrekkelig som innledning på en endringsprosess.

Jeg har hatt klienter som er blitt sendt av andre, som ikke forstår hvorfor de trenger en samtale med en terapeut, og som følge av dette er lite motivert. Dersom dette er situasjonen, kan terapeuten si: «Men siden du er her, kan vi jo se på noe som kanskje kunne vært litt bedre, et eller annet, og om det ikke er det, så er det også ok.» Og da kan klienten formidle at «jo, det er noe jeg vil se litt på». Det er klientene som formid- ler hva de trenger, og som sier ja til å se på eller endre noe. Her skjer ingen overtalelser, kun en samtale for å undersøke om det er noe klienten ønsker å snakke om eller jobbe med.

##### Når klienten vil være flink

Enkelte klienter vil vise at de er flinke, og de ønsker at terapeuten skal synes at de er ok. Det å være opptatt av flinkhet tar klientens fokus vekk fra de mentale prosessene som er nødvendige for å oppnå psykisk endring. De kan fortelle at de har oppnådd endringer før de har skjedd, for å tilfredsstille terapeuten. Da nye intervensjoner ofte bygger på klientens reaksjoner på forrige intervensjon, vil den nye intervensjonen kunne være på et mer krevende nivå, med det resultat at klienten ikke er i stand til å gjennomføre de mentale prosessene som den nye intervensjonen forutsetter. Resulta- tet er manglende endring.

##### Enkelte løsninger

Dersom man oppdager tegn på villet flinkhet, nøytraliserer terapeuten klientens til- stand og formidler, inspirert av Milton Erickson at klientens reaksjoner, uansett hvor- dan han eller hun reagerer, er naturlige og perfekte uttrykk for klientens følelsesmessi- ge tilstand. I tillegg formidles at klienten ikke kan gjøre feil i behandlingen dersom han

eller hun forteller hvordan han eller hun reagerer, uansett hvor sprøtt det kan høres ut for andre.

Terapeuten formidler også at klienten er like flink enten hun eller han klarer å gjennomføre en intervensjon eller ikke, og enten han eller hun opplever psykiske endringer eller ikke. Grunnen er at klientens følelsesmessige reaksjoner, uansett hvil- ke, har større betydning for behandlingen enn de resultatene som blir oppnådd. Resul- tatet er at enkelte klienter senker skuldrene og blir merkbart mer til stede og lyttende. De bruker i større grad den tiden de trenger for å gjennomføre de mentale prosessene, og de formidler raskere hva de ikke får til.

En annen løsning er at terapeuten, umiddelbart gir klienten en følelse av å være flink. Dette kan skje gjennom følgende utsagn: T: Har du en eller annen gang for lenge siden eller ganske nært i tid følt deg flink, fått til noe, eller vært litt stolt av deg selv?

Spørsmålet er stilt på en måte at nesten alle kan svare «ja». Ja-signaler er tegn på at terapeuten kan gi en ny intervensjon. Nei-signaler er tegn på at man må begynne på nytt. Deretter kan terapeuten be klienten om å forestille seg at han er i den situasjo- nen der han har følt seg flink, og kjenne på den følelsen han hadde kontakt med den gangen. De fleste bekrefter at de får kontakt med en situasjon der de har følt seg flinke. Da er spørsmålet fra terapeuten om det er denne følelsen som klienten skulle ønske å ha i dag.

Hvis klienten gir et ja-svar, kan terapeuten si: Sett at følelsen av flinkhet som du har kontakt med nå, strømmer inn i deg i den situasjonen som du ønsker å ha det bedre i, hva skjer da? Det er en stor sannsynlighet for at klienten nå får kontakt med en følelse av litt flinkhet i denne situasjonen, hvilket er et godt utgangspunkt for nye intervensjoner.

##### Når klienten er kritisk eller aggressiv

Jeg har enda ikke opplevd aggressive klienter, med unntak av en lettere aggressiv kli- ent som hadde erfaringer fra og som hadde lest seg opp på psykoanalytisk teori og på overføringsproblematikk. Ganske umiddelbart ved konsultasjonens begynnelse begynte han å kritisere undertegnede. Fravær av aggresjon mot terapeuten i LBTS og i annen poliklinisk behandling kan være en følge av at klienten kommer frivillig og ønsker å få det bedre. I tillegg vil de raskt få en god følelse på konsultasjonen som følge av støtte og nysgjerrighet fra terapeuten, uansett hva de sier. Kritikk eller aggresjon vil hindre psykisk endring.

##### Vanskelige klienter, terapeutens ansvar

I LBTS finnes det ingen vanskelige klienter, ikke fordi de ikke finnes, men fordi det vanskelige ved klienten forstås som uttrykk for klientens psykiske plage. Det å være vanskelig er ikke en moralsk skavank, men et symptom på linje med andre psykiske plager. Klientene kommer til poliklinisk behandling fordi de ikke har maktet å løse sine problemer selv. I det øyeblikk vi tar imot en klient, formidler vi at vi kan hjelpe. Det å ta imot en klient innebærer en form for kontrakt. I LBTS søker man å unngå situasjon der klienten ender opp med å få et nytt problem, som følge av at klienten

opplever seg som en vanskelig klient, om han eller hun ikke skulle bli bedre som følge av en behandling som terapeutene har ansvar for.

Når vi ikke klarer å hjelpe til tross for gode intensjoner og hardt arbeid, må vi ta ansvaret selv. Hvis ikke får klienten et nytt problem. Først har han et problem som han kommer til oss for å løse, og så får han et nytt fordi han i tillegg er å forstå som en vanskelig klient. Her forverrer vi klientens situasjon, samtidig som vi unndrar oss vårt eget ansvar. Vi gjør vårt beste, men vi kan ikke alt. Det er ok bare vi tar på oss ansvaret for vår utilstrekkelige kompetanse. Om vi ikke får det til med en klient, må vi sende klienten videre til andre terapeuter som er bedre enn oss når det gjelder å arbeide med de vanskelige, og innrømme vår mangel slik at klienten går videre til neste terapeut med sin ære og verdighet i behold.

##### Kritikk mot sine tidligere terapeuter

Enkelte tidligere innlagte klienter er kritiske til sine terapeuter og til systemet. De får støtte for sine følelsesmessige opplevelser og erfaringer, men uten at man kritiserer tid- ligere behandlere. Klientene kan likevel få støtte på at bestemte utsagn fra terapeuter og psykiatere har vært uheldige, for eksempel uttalelser om at klienten er en vanskelig klient. Klienten får da spørsmålet om han eller hun ønsker å beholde sin kritikk, endre den, eller om han eller hun er villig til å legge kritikken midlertidig i et arkiv, slik at vi kan jobbe med det som klienten ønsker å få det bedre med.

Noen vil beholde sin kritikk, men la seg prege av den i mindre grad. De fleste sy- nes det er en god ide å legge kritikken i et arkiv med mulighet for å hente den tilbake etter at behandlingen er ferdig. Da «pakkes kritikken sammen» og legges i et arkiv på et museum for mindre betydningsfulle erfaringer. Klienten smiler og opplever til sin forundring at de ubehagelige følelsene er mindre. Deretter jobber vi med det klienten ønsker å få det bedre med. Det er hittil ingen som har hatt lyst til å hente tilbake kri- tikken etter at behandlingen er over.

##### Når klienten lurer terapeuten

En klient fortalte, underlig nok, at hun klarte å «lure» terapeuten. Dette er en følge av at relasjonen ikke har vært god nok, og at terapeuten har forsøkt å gjennomføre inter- vensjoner eller formidlet oppfatninger som klientene ikke er fortrolige med, samtidig som klientene har valgt å late som om de er enige. En følge av dette er at klientene ikke oppnår psykiske endringer. Ingen trenger å lure eller beskytte seg mot terapeuten der- som terapeuten er på parti med klientens forståelse og tar hensyn til klientens forbe- hold mot å la seg behandle. I kraft av at klientene kommer frivillig og behandlingen er preget av at det er en god relasjon mellom terapeut og klient, er dette aldri et problem i LBT.

##### Når klienten er psykisk belastet

Enkelte klienter kan være så slitne og ha så mye angst eller andre psykiske plager at de ikke er i stand til å gjennomføre de mentale operasjonene som terapeuten inviterer til. Hvis dette er tilfelle, må klienten ta kontakt med det offentlige hjelpeapparatet gjen- nom fastlegen og distriktspsykiatrisk poliklinikk. Deretter blir det opp til psykologer, leger og annet helsepersonell å vurdere tiltak som medisinering, poliklinisk behand- ling, avlastningshjem eller innleggelse. Omsorg og beskyttelse i denne situasjonen er viktigere enn LBT, som er aktivt fokusert på endring.

##### Når klienten mangler overskudd

Psykisk endring og behandling kan være krevende. Mental slitasje er et dårlig utgangs- punkt for behandling. For slitne og utbrente klienter vil hvile, autogen trening og for- siktig fysisk trening i en periode være en bedre løsning. Det er mulig å utvikle klien- tens evne til å hvile, slappe av og å bli mindre følsomme for situasjoner og mennesker som er forbundet med ubehag. Det hender at jeg anvender autogen trening for å gi klienten kontakt med hvile, ro og trygghet.

##### Når det stopper opp

Enkelte klienter kan si: «Nei, det går ikke. Det stopper opp». Dette er et tegn på at klienten har støtt på noe ubehagelig. Da bør man nullstille klientens tilstand ved å gi vedkommende kontakt med først en nøytral og deretter en god følelse. Deretter en- drer man fokus og forsøker å redusere eller fjerne det psykiske materialet som hindrer endring. Dersom hindringen er mindre alvorlig, kan man guide klienten til situasjoner som han/hun har mestret, og som minner om de han/hun ønsker å mestre, og deret- ter la klienten overføre disse positive mestringsrelaterte erfaringene til seg selv i den situasjonen som er forbundet med ubehag (se tidligere). Hvis klienten har fått kontakt med et alvorlig problem, må dette problemet bearbeides på samme måte som klientens øvrige problemer før man går videre.

Hindringer mot endring er en følge av at klienten får kontakt med språklige og modale elementer som rommer psykisk smerte, noe som øker behovet for å beskytte seg mot ubehag og derfor også mot terapeuten og behandlingen. Hindringene består av samme type psykisk materiale som den psykiske plagen. Forskjellen er at den psy- kiske plagen er noe klienten opplever i sitt daglige liv, mens hindringene mot endring oftest består av et psykisk materiale som klienten får kontakt med først i det øyeblikk terapeuten forsøker å endre den psykiske plagen. Andre ganger er hindringene en del av problemet. Det er nødvendig å være oppmerksom på hindringer som kan oppstå, møte dem med respekt og omgå eller fjerne dem.

##### Uro som følge av å bli frisk

Den psykiske plagen kan ha vart så lenge at tilstanden er blitt en del av individets iden- titet. Tanken på å bli helt frisk kan føre til uro som følge av nye forventninger, av at støtte fra det offentlige kan forsvinne om man går ut i jobb, og av at livet kan oppleves

tomt. Schizofreni kan paradoksalt nok ha ført til en opplevelse av mening og et nært forhold til sin egen eksistens og til andre mennesker, og til at man alltid har noe viktig å snakke om. Det å bli kvitt plagen kan derfor også oppleves som et tap, noe som kan føre til ny uro. Et eksempel kan illustrere situasjonen: En ung voksen skulle skrives ut fra en ungdomspsykiatrisk klinikk. Vi var ikke klar over hvor tøft det var å skulle skri- ves ut etter måneder i en åpen og trygghetsskapende institusjon. Natten før klienten skulle skrives ut, knuste han nær alle glass, kopper og tallerkener på kjøkkenet. Han håpet og trodde at han på denne måten kunne forlenge oppholdet. Han ble skrevet ut. Andre klienter har også formidlet noe uro over muligheten for å bli kvitt den psykiske plagen.

Løsningen på denne formen for uro er å gjøre klienten fortrolig med og trygg på at han vil kunne mestre de utfordringene han vil møte som utskrevet, og samtidig trygge klienten på at han vil bli fulgt opp. Av og til er det også nødvendig å utvikle egenskaper som klientene trenger for å mestre utfordringer som et liv uten symptomer på schizo- freni. Dette kan være egenskaper som klientene har hatt tilgang til tidligere, men som er blitt redusert på grunn av den psykiske plagen, selv om de ikke eller i minimal grad har hatt betydning for utviklingen av den psykiske plagen. Men, her er vi inne på en mer psykoedukativ tilnærming.

##### Når klienten er Oppgitthet

Oppgitthetsutsagn kan være forårsaket av at klienten har hatt symptomer på schizofre- ni i lengre tid uten at ulike tiltak og behandling har fungert, eller at klienten har snak- ket om sin situasjon med psykologer eller andre mange ganger uten at dette har ført til bedring. Oppgitthet kan også være en følge av at klienten stadig gir seg selv negativ kritikk, for eksempel på den måten at klienten hver gang han/hun får til noe, samtidig føler at det ikke er nok, og at det egentlig burde vært mye bedre. Oppgitthetsrelaterte utsagn ved konsultasjonens begynnelse er naturlige, men de vil, om de fortsetter inno- ver i konsultasjonen, sementere klientens psykiske ubehag og samtidig være et uttrykk for at behandlingen ikke fungerer godt nok.

Om klienten er preget av oppgitthet og slitenhet, kan man guide ham slik at han får kontakt med situasjoner der han har fått til noe og vært fornøyd eller optimistisk. Me- toden er den samme som ved utvikling av følelsen av å være flink. Deretter kan man la klienten låne seg en følelse av overskudd, optimisme, håp og energi fra situasjoner som fungerer som de skal. Hvis oppgitthetsreaksjonene og slitenhet er en følge av at klienten har forsøkt å få det bedre i lang tid uten å lykkes, kan klienten ha behov for en pause i behandlingen. Da kan man sette klienten i en tilstand der han/hun slapper mer av, for eksempel gjennom autogen trening. Noe senere i konsultasjonen kan man iverksette intervensjoner for å redusere oppgitthetsreaksjonene. Oppgitthetsreaksjo- ner i begynnelsen av en konsultasjon har en tendens til å opphøre som følge av de positive psykiske endringene som klienten opplever underveis i konsultasjonen.

##### Når klienten har mye selvkritikk

Selvkritiske tanker underveis i behandlingen kan hindre endring. Omfattende selvkri- tikk er ofte et trekk ved klientenes personlighet. Overdreven selvkritikk må reduseres, da den reduserer virkningen av de endringene som kan oppnås.

Dersom klienten er preget av overdreven selvkritikk, kan man nullstille situasjonen og gi klienten kontakt med en nøytral følelse. Deretter må man endre det psykiske materialet som forårsaker og utløser klientens selvkritikk. Selvkritikk er forårsaket av samme type psykisk materiale som de øvrige psykiske plagene, det vil si av språklige og modale elementer som rommer følelser. Tendensen til selvkritikk kan derfor endres på samme måte som den psykiske plagen.

Klientene er ofte selvkritiske ved konsultasjonens begynnelse, men kritikken avtar underveis i konsultasjonen på grunn av det omfattende antallet små positive endringer som klientene opplever. Vedvarende selvkritikk er et tegn på at behandlingen ikke fun- gerer godt nok, og at det gjenstår uløste problemer. Disse må jobbes med på samme måte som andre psykiske utfordringer.

##### Når behovet for å fortelle kommer i konflikt

Psykologen Bill O’Hanlon uttalte på et internasjonalt forskningsseminar i Denver (USA) i 1996 om hva som virker i behandling: «Hvis man går til en psykoanalytiker, vil man tenke som en psykoanalytiker. Om man går i atferdsterapi, vil man tenke som en atferdsterapeut. Og hvis man går i kognitiv terapi, vil man tenke som en kognitiv psykolog.» Klienter kommer av og til med en forventning om at de skal fortelle utfør- lig om sitt liv og om sine problemer. Det kan ta litt tid før de forstår at dette ikke er nødvendig, og at behandlingen ikke handler om å utvikle innsikt i seg selv, men om å redusere eller fjerne det psykiske materialet som forårsaker schizofreni. Dersom klien- ten har behov for å fortelle, gis det anledning til det, men terapeuten guider klienten inn på mer konstruktive temaer om klienten får kontakt med den psykiske smerten mens han eller hun forteller.

##### Når det oppstår nye problemer underveis i prosessen

Det dukker ofte opp nye problemer etter at man har redusert eller fjernet de mest al- vorlige. Dette betyr ikke at det arbeidet man har gjort, ikke virker, men at det er mer å gjøre. Årsaken til at det dukker opp nye problemer i behandlingssituasjonen, er ofte at de mest alvorlige problemene har dominert klienten i så stor grad at de mindre har kommet på avstand, blitt «usynlige» og at de har vært i skyggen av de mest alvorlige problemene.

Nye problemer som dukker opp underveis i behandlingen, er ofte et tegn på at klienten har flere problemer enn man var klar over i utgangspunktet. De er oftest et tegn på at klienten allerede har opplevd viktige endringer. De nye problemene kan endres på samme måte som klientens øvrige problemer, og de er ofte lettere å redusere.

Når klienten har lite kontakt med symptomene

Enkelte klienter kan oppleve at det er vanskelig å få kontakt med det psykiske mate-

rialet som forårsaker schizofreni. Om dette skjer, må terapeuten kartlegge hvilke av klientens ord og utsagn som er uttrykk for årsakene til klientens psykiske smerte. Hver gang klienten stopper opp underveis i behandlingen, er det et tegn på at klienten har fått kontakt med noe psykisk som er forbundet med plagen. Og da har man et utgangs- punkt for en ny intervensjon.

##### Når det ikke oppstår endringer

Dersom behandlingen ikke fører til psykisk endring, er det viktig å formidle at dette ikke er klientens feil, og ikke at schizofreni ikke kan behandles. Psykologer og terapeu- ter er flinke og velmenende, men av og til kan vi ikke nok og får ikke de resultatene som vi ønsker. Da er det vår feil, ikke klientens.

Det foregående er skrevet med utgangspunkt i den situasjonen at klienten kommer frivillig til poliklinisk behandling. Selv om vi tar ansvar for at behandlingen ikke fun- gerer, skal vi ikke forbli i en situasjon der klientene er aggressive, provoserende eller opptrer på en slik måte at terapeuten blir psykisk belastet. Det er mulig å formidle at en forutsetning for at det skal oppstå endringer gjennom LBTS er at klienten ønsker endring og er villig til å inngå i et vennlig samarbeid med terapeuten. Dersom klienten ikke er villig til dette, vil man vanskelig kunne oppnå gode resultater, og behandlingen bør avsluttes. Det er ingen grunn til at klienten skal betale for det som ikke fungerer. Men på samme måte som enkelte lærere elsker og trives med de «verste» elevene, fin- nes det terapeuter som nettopp kommer til sitt ess når de står overfor en aggressiv klient.

##### Intens psykisk smerte

**Hindringer og løsninger**

Dersom det oppstår hindringer, og man ikke kommer videre, er løsningen å nullstille situasjonen, gå tilbake til start og igjen stille de grunnleggende spørsmålene som: Hva ønsker klienten å oppnå? Hva trenger klienten for å si ja til intervensjonen? Hva tren- ger klienten for å kunne gjennomføre den mentale prosessen som er nødvendig for å oppnå psykisk endring? Hva hindrer klienten i å endre seg, og hva trenger klienten for å bli kvitt disse hindringene?

I det følgende beskriver jeg klientrelaterte og terapeutrelaterte faktorer som kan hindre endring, og de løsningene som kan anvendes.

##### Belastninger i livssituasjonen

Dersom klientens livssituasjon er belastende, truende eller nedverdigende samtidig med behandlingen, kan den psykiske plagen vedvare selv om den blir redusert gjen- nom konsultasjonene. Man må derfor være oppmerksom på om klienten befinner seg i en livssituasjon som gjør det vanskelig å nyttiggjøre seg de endringene som har skjedd. Dersom de psykiske belastningene mellom konsultasjonene er større enn de terapeu- ten klarer å redusere i løpet av en konsultasjon, vil behandlingen kunne ta lengre tid.

Det er mulig å utvikle klientens evne til å mestre de utfordringene som de står overfor i det daglige.

##### Hindringer som mental ressurs

Enhver hindring eller form for motstand representerer en mental ressurs i den for- stand at den gjør det mulig for klienten å beskytte seg mot ubehag. Man tar derfor vare på det som hindringene har beskyttet klienten mot, og på klientens evne til å beskytte seg, før man fortsetter behandlingen. Hindringer betyr ikke at det er umulig å endre de psykiske plagene, kun at det tar litt lengre tid, og at man må velge en annen innfallsvinkel. Hindringer kan reduseres på samme måte som man endrer de psykiske plagene, men en forutsetning er at klienten ønsker å redusere det som hindrer endring. Metodene som anvendes, er de samme som blir skissert i kapitlene om metoder.

##### Avslutning

Dette kapittelet har beskrevet hvordan ulike trekk ved klientene kan påvirke behand- lingsresultatene, inkludert deres evne til å oppnå psykologisk endring. Gjennom ek- sempler på hvordan klientens målsettinger kan endres, viktigheten av støtte til kli- entens følelsesmessige opplevelser, og de utfordringer som oppstår når klienter har urealistiske forventninger eller kritiske holdninger, har vi sett hvordan disse faktorene kan styre terapiforløpet. Kapittelet understreker også betydningen av å bygge en god relasjon der klientens behov, evner og ressurser får rom til å vokse. Klientens forutset- ninger og samarbeidsvillighet kan ikke undervurderes som avgjørende faktorer for å oppnå varig endring i terapi.

#### Terapeutrelaterte faktorer som hindrer endring

Det hender at terapeuten er årsaken til at behandlingen ikke fungerer, uten at han eller hun er klar over det. En ambisiøs terapeut kan lett overse egne svakheter og gi klienten eller klientens plager ansvaret for manglende endring. Om dette skjer, mister terapeu- ten en mulighet for å lykkes. Her beskriver jeg enkelte terapeutrelaterte faktorer som kan hindre at klientene oppnår psykiske endringer.

##### Tradisjonstilhørighet som hinder

Tradisjonstilhørighet kan hindre effektiv behandling ved at terapeuten kan være pre- disponert for å tolke klientens utsagn og symptomer innenfor en bestemt teoretisk referanseramme. Dette kan hindre terapeuten i å oppdage klientens ressurser fordi de ligger utenfor tradisjonens kunnskap om schizofreni. Som terapeuter finner vi ofte det vi leter etter, noe som kan føre til at vi overser informasjon som ikke passer inn i vår egen forståelse og teori.

##### Når terapeuten mangler kunnskap om LBT

Dersom terapeuten ikke har kunnskap om de mentalbiologiske elementenes betyd- ning for klientens psykiske plage, om hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring, og om hvordan psykiske endringer kommer til uttrykk hos klientene, kan terapeuten overse de mulighetene for endring som rommes i klientens utsagn, og de endringene som faktisk har skjedd med klienten. En følge av dette er at det enten ikke oppstår psykiske endringer, eller at man oppnår psykiske endringer uten at terapeuten er klar over det, med den følge at man overbehandler et problem.

##### Når terapeuten ikke er oppmerksom

Dersom terapeuten ikke er oppmerksom på hvilke utsagn som er et direkte uttrykk for klientens psykiske plage, vil han kunne overse når klienten har kontakt med det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer. En følge av dette er at tera- peuten, på samme måte som i forrige avsnitt, vil overse de endringsmulighetene som ligger i klientens utsagn.

##### Når terapeuten fortolker klientens utsagn

Noen terapeuter kan ha vanskelig for å unngå å fortolke klientens atferd, reaksjoner og utsagn, spesielt hvis de er forankret i en terapeutisk tradisjon der fortolkning anses som nødvendig og et tegn på kvalitet. Enkelte fortolkninger kan være ødeleggende for behandlingen fordi de fører til at terapeuten mister kontakten med det psykiske mate- rialet som forårsaker og utløser schizofreni. Fortolkninger kan også hindre terapeuten i å oppdage om klienten er mottakelig for psykisk endring og om klienten befinner seg i det vi har kalt ”tilgangsstadiet for psykisk endring.”

Det er viktig å redusere tendensen til å fortolke. Dette betyr ikke at terapeutens intuitive evne er mindre viktig, men at den endres fra å være rettet mot å forstå den psykiske plagen til å fungere som et redskap for å observere forbindelsen mellom kli- entens språk og klientens følelsesmessige opplevelser. Dette inkluderer evne til å iden- tifisere når man nærmer seg belastende temaer, når klienten er mottakelig for endring, og når det har skjedd en endring med klienten i samtalen. Fortolkninger er imidlertid utmerkede så lenge klientens ord og utsagn ikke fortolkes som noe annet enn det de uttrykker rent konkret.

##### Når terapeuten fokuserer på klientens fortolkninger

Dersom terapeuten kun er fokusert på klientens fortolkninger av sin psykiske plage og ikke på de verbale og modale elementene som uttrykker klientens følelser, kan te- rapeuten miste kontakt med det psykiske materialet som forårsaker symptomene. År- saken er at klientens fortolkninger vil være styrt av klientens forståelse av sin psykiske plage. Klientens tolkninger vil ligge nærmere det psykiske materialet som forårsaker symptomene, enn terapeutens fortolkninger, men uten at de er et presist uttrykk for det psykiske materialet som ligger til grunn for klientens psykiske smerte. Klientens fortolkninger er således ikke et presist uttrykk for de utløsende årsakene til klientens

symptomer. En følge av dette er at terapeutens intervensjoner, om de er basert på kli- entens fortolkninger, vil være upresise i forhold til målet om å endre den psykiske plagen.

##### Når terapeutens språk avviker fra klientens

Hvis terapeuten anvender et visuelt språk, mens klienten forteller om sin psykiske pla- ge gjennom kinestetiske eller auditive utsagn, kan man få en dårligere kommunikasjon og et dårligere resultat. Evnen til å ta utgangspunkt i klientens ord og utsagn og måte å snakke om sine symptomer på schizofreni på, og å anvende klientenes ord i sine inter- vensjoner, er av betydning for å oppnå de resultatene man ønsker å oppnå.

##### Når terapeutens metoderepertoar er begrenset

Et begrenset metoderepertoar vil kunne begrense de terapeutens kreativitet og der- for de resultatene man kan oppnå. Derfor er det viktig at terapeuten behersker flere metoder og innfallsvinkler til endring av de biopsykiske elementene som forårsaker klientens opplevelse av psykisk plage.

##### Når behandlingen bryter med klientens forventninger

1. Klienten kom med en forventning om at han måtte gå i behandling i to år for vir- kelig å gå dypt i sin egen personlighet. Han hadde en venn som var psykodynamiker. Klienten hadde stor endringskapasitet, og jeg formidlet at han trolig kunne få redusert sine psykiske plager i løpet av en kort periode. Klienten sluttet. Det ble for stor avstand mellom klientens forestillinger om behandlingens varighet, og det jeg mente var mu- lig.
2. Klienten hadde både fysiske smerter og psykiske problemer. Han var over 50 og hadde vært depressiv i flere år og hadde tidligere gått i psykoanalyse, men problemene hadde vedvart. Han virket tung og depressiv. Ved hver konsultasjon gikk han ut av kontoret med en bedre følelse og mindre psykisk smerte, men ved neste konsultasjon var han like tung. Det var helt uvanlig. Jeg undersøkte derfor hva han gjorde mellom konsultasjonene. Mens jeg jobbet med å redusere klientens depresjon og å få klienten over i et bedre psykisk leie, analysere han daglig på sine psykiske problemer Jeg påpek- te formidlet at han vanskelig kunne endre seg som følge av min tilnærming om han hver dag brukte tid på å gå enda dypere i sine problemer med utgangspunkt i Karens Horneys teorier. Jeg formidlet at hans daglige analyser av videoopptak av seg selv kun- ne hindre endring gjennom min tilnærming. Han sluttet. Trolig bidro dette dybdepsy- kologiske fokuset til økt bevissthet og innsikt på den ene siden, men til en vedvarende depresjon på den andre. Men hans «samarbeid» med Karen Horney var forbundet med så mye meningsfull virksomhet at han valgte henne fremfor undertegnede. Det er mulig at klienten tok en riktig avgjørelse for seg selv, og jeg ganske umiddelbart gå klienten støtte for å ha tatt et valg som tok vare på klienten. Og jeg tenker: Slik er det bare. Man lykkes ikke.

##### Når terapeuten fortsetter med det som ikke fungerer

«Når noe ikke fungerer, gjør noe annet.» Formuleringen er hentet fra MRI-tradisjonen (Mental Research Institute, Palo Alto i USA) (Watzlawick 1980). Setningen indikerer at det klientene gjør for å redusere et problem, kan opprettholde problemet. Konklu- sjonen er at man da må slutte med det man gjør, og gjøre noe annet, selv om intensjo- nene bak det man har gjort, er positive og konstruktive. Enkelte terapeuter fortsetter med det samme, selv om behandlingen ikke gir resultater. De gjør mer av det samme når noe ikke fungerer. En følge av dette er at behandlingen kan fortsette i lang tid.

##### Kartlegging som antiterapi

I psykiatrien, kognitiv terapi og psykoanalysen legges det omfattende vekt på å utrede den psykiske plagen. Jo flere informasjoner man får, desto bedre kan man føle seg rustet til å diagnostisere og behandle. Omfattende informasjon er imidlertid ikke nød- vendig. Den kan skape klarhet, men også forvirre, føre til handlingslammelse, eller til intervensjoner som ikke fungerer.

For terapeuten kan informasjoner om klientens liv bli som en reise innover i men- neskets indre, men denne reisen kan forføre og gi kunnskap om det som er uvesent- lig for å oppnå psykisk endring. Informasjon er viktig, ikke minst i forbindelse med forskning, men forskningen kan også forføres av klientenes fortellinger og informasjo- ner om sin situasjon.

Hvorfor er det ikke nødvendig å vite så mye om klientene, om deres bakgrunn og om omstendighetene rundt den psykiske plagen for å behandle? Svaret er at observasjo- ner av schizofreni og kunnskap forstått som informasjon sjelden er tilstrekkelig som grunnlag for en intervensjon. Man trenger kun informasjon om hvordan den psykiske plagen fremtrer mentalt for klientene for å vite hva man skal gjøre når man behand- ler, og denne informasjonen kommer umiddelbart til uttrykk gjennom klientens ord og utsagn. En annen begrunnelse for at man kun trenger en begrenset informasjons- mengde for å behandle, er at klienten alltid vil ha tilstrekkelig kunnskap om sine følel- ser til at terapeuten kan få kontakt og intervenere med utgangspunkt i disse følelsene. I behandling er det tilstrekkelig at klienten kjenner sitt liv, og at han eller hun er men- talt tilgjengelig, at terapeuten besitter kunnskap om hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt og hva som skjer når det skjer en psykisk endring gjennom be- handling, og at terapeuten kan sine metoder. Man trenger ikke mer informasjon. Da utfyllende informasjon ikke er nødvendig for å iverksette en intervensjon, må man skille mellom informasjoner som har betydning for psykisk endring og de som i liten grad kan anvendes for å skape endring.

I enhver terapeutisk situasjon er det viktig å være oppmerksom på om behand- lingen, til tross for gode intensjoner, er preget av antiterapeutiske elementer, det vil si fenomener som hindrer endring.

#### Andre hindringer mot endring

Mens enkelte hindringer er knyttet til klientens personlighet og symptomer og til tera- peutens personlighet og kompetanse også utenforliggende forhold kunne hindre posi- tive resultater i behandling. Kapittelet vil se nærmere på hvordan man kan identifisere og arbeide med denne type hindringer

##### Når ekspertene og de nærmeste er skeptiske

Det er vanskelig å lykkes dersom klienten er i familie med leger, psykiatere eller psy- kologer, det vil si eksperter som formidler til klienten at den behandlingsformen som klienten går i, ikke er kjent eller anerkjent.

En ung kvinne som tidligere hadde vært under behandling for omfattende angst, tok kontakt. Hun fikk raskt resultater, men hun kom tilbake med skepsis og tvil. Dette var en overraskende og ny erfaring. Det viste seg at pappa var lege og onkel psykiater. Begge var skeptiske til min behandling. At den unge kvinnen raskt hadde blitt bed- re, hadde mindre betydning enn ekspertenes skepsis. Klienten opplevde en konflikt mellom sitt eget ønske om behandling og familiens og ekspertenes skepsis mot andre terapeutiske tilnærminger enn den de var fortrolige med. Hun sluttet.

Her er utfordringen å rydde opp og sortere. Hva er viktig for klienten, klienten selv eller de andre når det kommer til spørsmålet om å få det bedre psykisk. Svaret kan være innlysende, men er det ikke. Det å velge en bestemt behandlingsform er ikke en- kelt når eksperter, nær familie eller venner, mener at den behandlingen som klienten går i, er feil. Terapeuten bør, av og til undersøke om det finnes utenforliggende faktorer som kan hindre klienten i å få resultater og drøfte med klientene om de føler at de står overfor noen form for konflikt ved å gå til terapeut.

##### Når ekspertene mener noe om medisiner

Vi har en lignende situasjon når leger eller psykiatere forteller klientene at de må leve med sykdommen og ta medisiner resten av livet, og når de legger til at det er farlig å slutte med medisiner uten å utdype mulige løsninger. Dette er kraftig kost for et men- neske som er mentalt nede. Dersom klienten overtar ekspertenes vurderinger, blir det vanskeligere for klienten å nyttiggjøre seg behandlingen.

De fleste klienter forstår at det ikke kan føres bevis for påstanden om at en klient alltid må bruke medisiner. I tillegg finnes det terapeuter som behandler uten. Og det finnes bivirkninger som er så alvorlige at medisinene ikke anbefales. En løsning på denne situasjonen kan være følgende: T: «Er det som er blitt sagt, egentlig sant for alle alltid? Kan de som har sagt dette, dokumentere disse påstandene? Blir du tryggere, sterkere og mer optimistisk når det gjelder å leve et liv uten symptomer som følge av disse påstandene? Trenger du egentlig disse uttalelsene for å bli bedre? Tar de vare på deg?» Spørsmålene fører oftest til nei-svar. Dersom klienten ønsker å trappe ned me- disiner, begynner arbeidet med å bygge opp klienten psykisk slik at nedtrappingen i minst mulig grad fører til mentale belastninger og til kontakt med symptomene.

#### Positive resultater som følge av bidrag fra andre

Klientene kommer oftest fordi tidligere klienter har fortalt om behandlingen til ven- ner, familie og til mennesker de har møtt. Grunnlaget for en positiv holdning til be- handlingen og et godt resultat er dermed etablert allerede før første samtale. En enda større positiv effekt for behandlingen har vi når klientene er blitt henvist av andre som de respekterer, som lærere, kolleger og psykologer.

Enkelte eksempler kan tjene som et eksempel på andres mulige betydning for et positivt resultat: En spesialist i klinisk psykologi sendte en klient med dårlig selvtillit, sosial og fobisk angst. Klienten, et tidligere mobbeobjekt, hadde vært i behandling i over to år uten å bli bedre. Det var nok med fem konsultasjoner for at klienten kunne mestre sitt liv, som det å gå på restaurant, ta trikk og ta kontakt med andre. Jeg kan ikke utelukke at den gratis tilliten jeg fikk som følge av at klienten var blitt henvist fra en klinisk psykolog som hun hadde god kontakt med, hadde betydning for resultatene. To ungdomsskoleelever fikk råd fra skolens rektor om å ta kontakt med underteg- nede. Den ene hadde en invalidiserende posttraumatisk lidelse etter en voldsepisode som hadde ført til livstruende skader og et lengre opphold på et sykehus. Tidligere behandling hadde ikke hjulpet. Klienten ble kvitt sin lidelse etter tre konsultasjoner (Dammen 2013). Den andre, som var blitt utsatt for grov mobbing av en ungdoms- gjeng over lengre tid — som endte opp som politisak — ble kurert i løpet av to kon- sultasjoner. Heller ikke her kan jeg utelukke at den gratis tilliten jeg fikk fra klientene som følge av rektors anbefaling, hadde betydning for de usedvanlig raskt oppnådde

resultatene.

Konklusjonen er, noe som er godt kjent for de fleste, at eksperters og nære personers vurderinger kan påvirke klientens evne til å dra nytte av behandling. På den ene siden påhviler det våkenhet fra terapeutens side.

#### Oppsummering

Jeg har beskrevet trekk ved klientene og ved terapeutene som kan påvirke de resulta- tene som kan oppnås. Temaer som har blitt vektlagt, er forbindelsen mellom psykisk endring og klientens mål, betydningen av at klienten opplever at han har rett, aggres- sive klienter og klientenes endringsevne. Kapittelet tar også for seg et litt pinlig feno- men, gjesping, som kan være et godt tegn, og klientenes behov for å oppleve seg som flinke klienter. I tillegg har jeg nevnt det ønskelige i å nullstille klientenes mentale til- stand mellom endringsprosessene for å gi dem en liten hvile før neste endringsrunde. Det er avgjørende at klienten har en positiv opplevelse av behandlingen.

Man kan ikke alltid garantere at man vil få resultater i behandling. Dette gjelder selv om man har vitenskapelig kunnskap om hvordan schizofreni er bygget opp mentalt, vet hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring og anvender vitenskape- lige metoder. Både klientrelaterte og relasjonsrelaterte faktorer vil påvirke de resulta- tene som kan oppnås.

Hindringer mot endring er en naturlig del av enhver terapeutisk prosess, enten de skyldes klientens indre motstand eller ytre omstendigheter, eller kommer som følge av terapeutens tilnærming. Hindringene er ikke nødvendigvis er tegn på at behandling er mislykket, men heller signaler om at noe i klientens prosess og situasjon trenger yt- terligere oppmerksomhet. De fleste hindringer kan overvinnes gjennom tålmodighet, tilpasning av metoder, og ved å styrke samarbeidet mellom terapeut og klient.

For klienter kan det å anerkjenne sine egne begrensninger og sårbarheter være en nøkkel til å begynne å frigjøre seg fra de psykologiske blokkeringene som står i veien for endring. Det er terapeutens ansvar å møte klienten der han eller hun befinner seg mentalt og emosjonelt, og å tilpasse behandlingen deretter. Det å hjelpe klienten med å identifisere og jobbe med sine indre og ytre hindringer på en skånsom, men samtidig målrettet måte, er en sentral del av arbeidet med å oppnå varige psykiske endringer.

Til syvende og sist handler terapeutisk suksess ikke bare om å overvinne sympto- mer, men også om å skape et trygt rom der klienten kan møte sine egne motsetninger med åpenhet og aksept. Gjennom en aktiv utforskning av de hindringene som oppstår underveis, kan både klient og terapeut utvikle dypere innsikt i klientens psykiske land- skap, og slik legge til rette for varig psykisk vekst.

#### Avslutning

Dette kapittelet har fremhevet hvordan ulike klientrelaterte og terapeutrelaterte fak- torer kan påvirke behandlingsresultatene. Ved å belyse viktigheten av klientens moti- vasjon, emosjonelle aksept og evne til endring, samt hvordan terapeutens tilnærming kan tilpasses for å møte disse utfordringene, blir litt klarere hvilke utfordringer man stå overfor i forbindelse med behandling og at behandlingen kan være komplisert selv om man kan sine metoder og arbeider med et fokus på de biopsykiske elementene..

Kapittel 33 Endringsstrategier

#### Innledning

Kapittel 33 omhandler endringsstrategier som benyttes i Lingvistisk hjerneterapi (LBT) for å tilrettelegge behandlingen av schizofreni og andre psykiske plager. Dis- se strategiene fungerer som overordnede planer som tilpasses den enkeltes behov og tilstand. Basert på koblingsteorien for psykiske plager finnes det tolv hovedstrategier, hvor seks er positive og fokuserer på økt psykisk mestring, mens de andre seks er ne- gative og kan opprettholde eller forsterke ubehag. Kapittelet rommer en gjennomgang av de ulike strategiene og hvordan de anvendes for å fremme psykisk velvære gjennom tilkobling av positive elementer fra fortid, nåtid og fremtid, og avkobling av negative psykiske materialer. Målet er å beskrive hvordan disse strategiene kan brukes effektivt i behandlingen for å endre biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte med det målet å skape varige psykiske endringer.

Endringsstrategiene er overordnede planer for behandlingen. Valget av strategi styres av klientens behov, ønsker og omfanget av klientens psykiske plage. Ut fra koblingsteo- rien for psykiske plager har vi kun tolv psykiske hovedtilstander i hvert enkelt øyeblikk (Dammen 2023a). Derfor finnes det kun tolv hovedstrategier for å behandle sympto- mer på schizofreni i hvert øyeblikk, seks positive og seks negative. De seks positive vil føre til økt psykisk mestring og velvære, mens de seks negative opprettholder eller forsterker klientens opplevelse av schizofreni. Alle psykiske endringer i en behandling må skje innenfor en av disse strategiene i hvert enkelt øyeblikk, selv om strategiene kan skifte fra øyeblikk til øyeblikk. Strategiene er ikke kun fokusert på å endre enkelte symptomer, men alle former for mentalt forankret psykisk ubehag, da mentalt foran- krede symptomer på schizofreni er bygget opp på samme måte som andre symptomer, og derfor kan endres på samme måte, selv om omfanget av det nødvendige arbeidet vil variere. De seks positive strategiene er:

* At noe psykisk positivt som stammer fra opplevelser i fortid, kobles på den psykiske tilstanden.
* At noe psykisk positivt som stammer fra opplevelser i nåtid, kobles på den psykiske tilstanden.
  + At noe psykisk positivt som er relatert til fremtid, kobles på den psykiske tilstanden.

Og

* + At et negativt ladet eller ubehagelig psykisk materiale som stammer fra for- tid, kobles av den psykiske tilstanden.
  + At et negativt ladet eller ubehagelig psykisk materiale som stammer fra nåtid, kobles av den psykiske tilstanden.
  + At et negativt ladet eller ubehagelig psykisk materiale som er relatert til frem- tid, kobles av den psykiske tilstanden

De positive endringsstrategiene innebærer at klientene får økt kontakt med ord og utsagn og modale (sansemessige) elementer som rommer positive følelser, og redusert kontakt med modale og verbale elementer som rommer psykisk smerte eller ubehag.

##### De seks negative strategiene som fører til økt psykisk ubehag eller pla- ge, er:

* + At noe psykisk negativt ladet som stammer fra opplevelser i fortid, kobles på den psykiske tilstanden.
  + At noe psykisk negativt ladet som stammer fra opplevelser i nåtid, kobles på den psykiske tilstanden.
  + At noe psykisk negativt ladet som er relatert til fremtid, kobles på den psykiske tilstanden.

Og

* + At et positivt ladet psykisk materiale som stammer fra fortid, kobles av den psykiske tilstanden.
  + At et positivt ladet psykisk materiale som stammer fra nåtid, kobles av den psykiske tilstanden.
  + At et positivt ladet psykisk materiale som er relatert til fremtid, kobles av den psykiske tilstanden.

De negative endringsstrategiene fører til kontakt med verbale og modale elementer som rommer psykisk smerte eller ubehag.

I lingvistisk hjerneterapi (LBT) vil de seks positive endringsstrategiene dominere, mens man vil redusere klientenes tendens til å påføre seg selv psykisk ubehag i form av angst, nederlag, manglende mestring og tristhet. De seks negativt ladete endrings- strategiene søkes redusert til et minimum. Man kan likevel ikke utelukke at klientene får kontakt med psykisk ubehagelig materiale i begynnelsen av konsultasjonen, fordi det av og til er nødvendig å ta utgangspunkt i det psykiske ubehaget for å endre dette. Men man fokuserer mindre og mindre på det psykisk ubehagelige materialet og mer og mer på de positive strategiene underveis i konsultasjonen.

Kun én endringsstrategi og intervensjon kan gjennomføres i hvert enkelt øyeblikk, selv om man kan skifte endringsstrategi, endringsform, metode og intervensjon fra øyeblikk til øyeblikk. Mens en endringsstrategi kan vare i noen sekunder, vil andre ta noen minutter.

#### De positive endringsstrategiene:

Man begynner ofte konsultasjonen med endringsstrategi 4, 5 eller 6 avhengig av kli- entens psykiske tilstand. Ved sterkt ubehag må dette reduseres eller fjernes før be- handlingen begynner. Det interessante her er ikke hvorvidt symptomene er forårsaket av mentale, biologiske eller genetiske forhold, men i hvilken grad de er endringsbare gjennom verbal behandling, uansett årsak.

##### Strategi 1:

Noe psykisk positivt relatert til fortid kobles på: Strategi 1 innebærer at man gir kli- enten kontakt med positive og mestringspregede opplevelser som klienten hadde før den psykiske plagen oppstod, eller i perioder der den var fraværende. Påkoblingen av psykisk positivt ladet materiale fra fortid kan også skje ved at man undersøker hva klienten hadde ønsket å oppleve i fortid og hvordan klienten skulle ønske at han eller hun hadde reagert, og deretter la klienten låne seg ressurser og egenskaper fra voksen alder eller ungdomstiden inn i situasjoner i fortiden. En følge av dette er at det lages en ny positiv fortelling knyttet til tidligere hendelser som konkurrerer med tidligere ube- hagelige opplevelser, noe som fører til en bedre opplevelse av tidligere traumerelaterte situasjoner. I tillegg kan man gi intervensjoner i form av redefineringer som fører til at klienten forstår tidligere ubehagelige opplevelser fra fortid i et mer positivt lys.

Strategien anvendes i forbindelse med behandling av tegn på schizofreni i den prodromale fasen, det vil si før det første psykotiske utbrudd og før diagnostisering kan være preget av forstyrrelser av selvet i form av derealisering og depersonalisering. Strategien er også relevant i forbindelse med tidligere hørselshallusinasjoner, vrangfo- restillinger og apati. Den er relevant i forbindelse med endring av tidlige og nåværende symptomer som angst, depresjon og selvmordstendenser. Strategien innebærer også at man gir klienten kontakt med mentale ressurser og egenskaper som klienten hadde hatt behov for i tidligere vanskelige situasjoner.

##### Strategi 2

Noe psykisk positivt relatert til nåtid kobles på: Den andre terapeutiske hovedstrategi- en innebærer at man øker klientens kontakt med positivt ladet psykisk materiale som stammer fra situasjoner i nåtid. Man undersøker hvilke positive opplevelser og mest- ringserfaringer klienten har kontakt med i dag, til tross for opplevelsen av schizofreni. Bakgrunnen for dette er at alle schizofrene har øyeblikk der de fungerer alminnelig, har det ok og får til et eller annet. Disse mestringserfaringene forsterkes og overføres deretter til situasjoner der klientene trenger disse egenskapene i dag. Positive erfa- ringer, mentale ressurser og egenskaper må ofte tilpasses de psykiske utfordringene klienten står overfor.

##### Enkelte eksempler:

Noe positivt kobles på gjennom utbygging av ideell atferd i nåtid: Når symptomet helt eller delvis er erstattet med psykisk velvære og mestringsevne, vil enkelte klienter likevel være usikre på hvordan de skal takle en situasjon. Klientene kan nå få en ny uro som følge av manglende erfaring med hvordan de skal oppføre seg uten psykisk ubehag. Tidligere langtidsinnlagte klienter kan for eksempel ha mistet trening i å fun- gere optimalt i daglige situasjoner. Om dette skjer, bygger man ut og forsterker den måten klienten ønsker å reagere på. Utvikling av ideell atferd innebærer at klientene forestiller seg hvordan de møter, reagerer i, avslutter og forlater tidligere ubehagelige situasjoner når de fungerer som de ønsker. Deretter undersøker man om den nye at- ferden oppleves som god. Hvis ikke, aktiverer man egenskaper som gjør det lettere for klienten å reagere slik han eller hun ønsker. De nye reaksjonsmønstrene bygges også opp ved at man gir klienten kontakt med positivt ladet psykisk materiale som forster- ker den ønskede atferden og de ønskede reaksjonene.

Noe psykisk positivt kobles på i nåtid gjennom modellering: Om det er vanskelig for klienten å forestille seg en ny atferd eller nye følelsesmessige reaksjoner på bak- grunn av manglende erfaring fra denne type situasjoner, kan man anvende andre som modeller. Dette bør være personer som klienten ser opp til, og som utmerker seg ved sin evne til å mestre situasjoner som klienten ikke mestrer. Deretter overføres model- lens atferd til klienten ved at klienten forestiller seg hvordan det ville vært å reagere med vedkommendes egenskaper. Gjennom modellering gis klientene kontakt med de egenskapene og den atferden som de trenger for å mestre sitt liv slik de ønsker. Meto- den er inspirert av en metode fra nevrolingvistisk programmering (Richard Bandler, 1988), som har hentet sine metoder fra studier av kjente terapeuter som hypnoterapeut Milton Erickson, familieterapeut Virginia Satir og grunnleggeren av gestaltterapien Fritz Perls.

##### Strategi 3

Noe psykisk positivt relatert til fremtid kobles på: Selv om man reduserer symptomene og bygger opp et alternativt atferds- og reaksjonsmønster, kan klientene fortsatt være usikre på hvordan de vil reagere i fremtiden. Den mest anvendte metoden for å redu- sere fremtidsrelatert usikkerhet er at man utvikler klientens følelse av at de resultatene som er oppnådd i behandlingen, vil fortsette etter at behandlingen er avsluttet. Pro- sessen innebærer at man gir klienten kontakt med erfaringer fra noe han mestrer og føler seg sikker på. Deretter overføres denne opplevelsen av sikkerhet til det fremtidige reaksjonsmønsteret på en slik måte at klienten føler seg trygg på at det som er oppnådd på konsultasjonen, vil slå ut i fremtiden. Klienten låner seg her en følelse av trygghet på at ting kommer til å gå som det skal.

Man kan også undersøke i hvor lang tid klienten måtte ha reagert slik han ønsker, før han blir helt trygg på at han vil mestre situasjonen med trygghet også i fremtiden. Mens enkelte klienter kun trenger noen timer eller et par dager før de er sikre, vil an- dre trenge noen år med vellykkede erfaringer før de er sikre på at den følelsen de har på konsultasjonen, vil slå ut i fremtiden. Det er ofte mulig for klientene å forestille seg

den tryggheten og sikkerheten de hadde hatt etter konsultasjonen, dersom de hadde blitt helt trygge på at de ville mestre fremtidige utfordringer.

I begynnelsen forundret det meg at det var mulig å overføre en følelse av erfaring til en annen situasjon som man ikke hadde erfaringer fra. Denne muligheten er i tråd med teorien om transformasjon (Dammen 2023a) og med antagelsen om at det er mulig å bygge ut trygghet i forhold til en fremtidig situasjon som man tidligere ikke har opplevd.

Man kan også forsterke tryggheten på at det nye reaksjonsmønsteret vil slå ut i fremtiden ved å gi klienten kontakt med flere positive mentale elementer og erfaringer, det vil si kontakt med et mer omfattende psykisk materiale som rommer følelsen av trygghet i de situasjonene som klientene ønsker å mestre.

For å redusere angst for tilbakefall i fremtiden kan man også øke klientens kontakt med egenskaper og ressurser som rommer trygghet og sikkerhet. Disse hentes opp fra tidligere liv, forsterkes og projiseres inn i de situasjonene i fremtiden som klientene fortsatt er engstelige for. Resultatet er at klientene gjøres fortrolige med den nye atfer- den og med at de mentale endringene som er oppnådd på konsultasjonen, vil slå ut i fremtidige situasjoner. Metoden har trekk til felles med ”Future pacing” eller fremtids- tilpasning i NLP (Bandler 1988).

Gjennom aktivering av mentale ressurser som klienten har hatt kontakt med tidli- gere, bygger man ut ønsket atferd og lar klienten oppleve den nye atferden først i nåtid og deretter i en forestilt fremtid. Hensikten er å lindre fremtidsrelatert ubehag.

##### Strategi 4

Noe psykisk negativt relatert til fortid kobles av: Man kan koble av psykisk ubehag som stammer fra fortid. Det historiske forløpet kan man ikke endre, men de fysiske hendel- sene er avsluttet. Det man sitter igjen med, og det som påvirker eller utløser klientens symptomer, er minner, så fremt symptomene er forårsaket av mentale prosesser. Disse minnene er ofte forskjellige fra det tidligere hendelsesforløpet, men følelsene kan være like ubehagelige som tidligere. Minnene kan endres. Vi kan også skape et nytt forløp mentalt av en tidligere situasjon eller hendelse, og derfor nye minner ved å konstruere en ny mental historie som kan overta for de traumatiske opplevelsene.

Det nye historiske forløpet bygges opp av kontakt med mentale elementer, det vil si av ord, utsagn og sanseforestillinger som rommer bedre følelser og større mestrings- evne enn tidligere (2023a). Endringene av et tidligere hendelsesforløp fører til utvik- ling av en ny positiv mental historie som innebærer kontakt med bedre følelser og ny mestringsevne. Resultatet er psykisk endring. Metoden er inspirert av narrativ terapi som formidler at endringer i klientens fortellinger om sitt eget liv, vil føre til psykiske endringer (White 1989).

Traumatiske opplevelser i fortid oppleves ofte i nåtid på samme måte som opprin- nelig. Å oppleve noe nært og innenfra fører oftest til en mer intens følelse enn det å oppleve noe på avstand. Ved å se seg selv utenfra i en tidligere traumatisk hendelse, endrer man de ubehagelige visuelle forestillingene man har av situasjonen. Det indre bildet endres fra at man ser situasjonen og ikke seg selv, til at man ser seg selv i situa-

sjonen. Gjennom dette skapes det nye minner som konkurrerer med de opprinnelige. Endringen i posisjon i forhold til en situasjon fører oftest til endringer i den følelses- messige intensiteten som stammer fra situasjonen. Resultatet er at den ubehagelige følelsen svekkes, selv om man ikke har endret det fysiske hendelsesforløpet. Man må ofte gjennom flere intervensjoner for å eliminere et traume. Metoden som innebærer at man ser seg selv utenfra, går under navnet ”dissosiering” og er inspirert av nevro- lingvistisk programmering (Bandler 1988).

Man må være oppmerksom på om endringene som oppstår gjennom dissosierin- gen, kun er positive. Det å se seg selv på avstand, distansert, kan være ubehagelig om det blir en vedvarende posisjon. Det er derfor nødvendig å sette klienten i en assosiert posisjon når intervensjonen er over.

Utvikling av ny atferd i fortid gjennom ressurshenting: For å endre en mindre trau- matisk eller omfattende traumatisk opplevelse, kan man også undersøke hvilken atferd klienten hadde ønsket å ha i den traumatiske situasjonen, og hvilke ressurser eller egenskaper som ville vært nødvendige for at klienten skulle kunne reagere slik klienten hadde ønsket. Overgrepsrammede klienter kan si: ”Da hadde jeg kunnet snakke med vedkommende. Da hadde jeg klart å sette klare grenser.” Terapeuten kan nå gi klienten kontakt med situasjoner der han eller hun har satt klare grenser for andre uten at dette har vært noe problem. Deretter lar terapeuten klienten låne seg denne egenskapen til den traumatiske situasjonen i fortid, og guider klienten slik at han eller hun opplever den traumatiske situasjonen på nytt, men nå med de ønskede egenskapene.

Her erstatter man traumatiske minner med mentale elementer som utløser egen- skaper og reaksjonsformer som innebærer at klienten mestrer ubehagelige opplevelser med større følelse av kontroll og større velvære. Det er ofte nødvendig med flere inter- vensjoner av samme type før klientene mestrer en tidligere traumatisk opplevelse slik de ønsker.

##### Strategi 5:

Noe psykisk negativt relatert til nåtid kobles av: Det kan være nødvendig å redusere klientens psykiske ubehag før man begynner behandlingen. Først kartlegges det ne- gativt ladede psykiske materialet som klienten har kontakt med på konsultasjonen. Deretter reduserer man dette ubehaget. Man kan anvende flere metoder.

##### Redefinering

Redefineringer innebærer at noe psykisk smertefullt ender opp som noe psykisk po- sitivt på grunn av nye måter å forstå situasjonen på. Her fortolkes ubehagelige situa- sjoner slik at de fremtrer som ufarlige og mestringsbare. Mulighetene begrenses kun av fantasien og av klientens evne til å oppleve redefineringen som sann, morsom, positiv og psykisk styrkende. Redefineringer anvendes i terapeutiske tradisjoner som MRI-tradisjonen, kognitiv terapi, narrativ terapi og løsningsorientert terapi.

Redefineringer kan føre til ubehag om redefineringen skjer motsatt vei, fra det po- sitive til det negative. Enkelte klienters problemer med å komme ut av en ubehagelig tilstand kan være forårsaket av tendensen til å redefinere positive opplevelser og erfa-

ringer slik at de ender opp som negative. Her blir strategien å lære klienten å redefinere motsatt vei, fra det ubehagelige til det positive.

##### Reduksjon av ubehagelige holdninger

Sterkt ubehagelige opplevelser i fortiden kan føre til holdninger som hindrer klienten i å leve det liv han eller hun ønsker å leve. Holdninger er en følge av kontakt med sta- bile mentalbiologiske elementer, det vil si et stabilt psykisk materiale (ord, utsagn og sanseforestillinger) som rommer følelser som opprettholder og utløser de ubehagelige holdningene. I forbindelse med seksuelle overgrep kan det dannes holdninger som innebærer at en kvinne ikke kan stole på menn som gruppe. Gjennom en metode som kalles sortering, kan kvinnen utvikle evnen til å skille mellom overgriperen og andre menn, og mellom menn som hun ønsker å beholde en viss beredskap overfor, og kjæresten sin, som hun ønsker å møte uten å være i beredskap. Her reduserer man kontakten med de mentale elementene som forårsaker kvinnens beskyttende reaksjo- ner, mens man etablerer og forsterker kontakten med mentale elementer som fører til at kvinnen ikke trenger å beskytte seg mot kjæresten sin.

Holdninger og tolkningsmønstre kan være bygget opp over lang tid, være et ut- trykk for en bestemt avgjørelse tatt i en bestemt situasjon etter langvarig psykisk ube- hag, eller de kan være integrert med klientens verdier. Eksempler på fastfrosne hold- ninger er «aldri mer» og «nok er nok»-bestemmelser. «Aldri mer»-bestemmelser kan være vanskelige å endre selv etter at det psykiske ubehaget som førte til bestemmelsen, er redusert. De kan låse klienten fast i et atferdsmønster som blir vanskeligere og van- skeligere å komme ut av jo lengre det varer.

Behandlingen består her i å løse opp fastfrosne holdninger, utvikle større fleksi- bilitet og å etablere holdninger som er mer hensiktsmessige. Målet er ikke å fjerne de rigide holdningene helt. Alt som individet har utviklet av reaksjoner, atferdsmønstre og holdninger, var en gang riktig og nødvendig for å overleve mentalt. En gang bidro de til å beskytte individet mot noe som var enda verre. Når situasjonen er over, trenger man ikke disse bestemmelsene og holdningene lenger, og fra å ha vært til hjelp kan de bli et hinder mot en fleksibel og kommuniserende livsstil. Disse holdningene represen- terer likevel en mental ressurs på den måten at de kan beskytte individet i situasjoner som kan føre til ubehag. Målet er derfor ikke å fjerne individets beskyttelsesstrategier, men å gi kontakt med flere mentale strategier som gjør at klienten kan veksle mellom åpenhet og det å beskytte seg. Målet er å la klienten oppleve verden med nye holdnin- ger og verdier i trygghet på at han eller hun kan hente opp sine «aldri mer»-holdninger dersom dette skulle bli nødvendig.

Selve det å få aksept for at de fastfrosne holdningene kan beholdes, gjør det lettere for klienten å utvikle nye holdninger. Når disse er utviklet og tilpasset fremtid, fortid og nåtid, kan klienten plutselig si: «Jeg tror jeg vil endre litt på enkelte av de tidligere holdningene. Jeg tror ikke at de er så viktige lenger.»

##### Selvkritikk som mental strategi

Klienter som gir seg selv kritiske eller straffende kommentarer, aktiverer negative fø- lelser som fører til psykisk smerte og redusert evne til å mestre livet. Utvikling av symptomer på schizofreni kan være knyttet til denne type ubevisste mentale strategier. Negative mentale strategier er et uttrykk for psykiske plager samtidig som de opprett- holder den psykiske plagen. Utfordringen består ikke kun i å koble av det psykiske materialet som fører til en overdreven selvkritikk, men også å gi klientene kontakt med positivt ladet psykisk materiale som verdighet, selvrespekt og selvtillit, og deri- gjennom redusere klientens tendens til selvstraffing.

##### Strategi 6. Noe psykisk negativt relatert til fremtid kobles av

Mange klienter har uro og bekymringer knyttet til fremtiden. Andre kan være urolige for at de endringene de har opplevd i behandlingen, ikke vil slå ut i fremtiden. Frem- tidsrelatert angst eller uro kan endres med de samme metodene som anvendes for å endre psykisk ubehag og angst som er relatert til fortiden eller til nåtiden.

##### Oppsummering

De seks positive endringsstrategiene dominerer i LBT. Felles for disse strategiene er at de, om de virker, gir klienten kontakt med større velvære og mestringsevne. Dette er en følge av at det tidligere ubehaget ikke lenger hindrer klienten i å få kontakt med positive erfaringer og mentale ressurser.

#### De negative endringsstrategiene

De negative strategiene (7–12) nevnes fordi de setter de positive endringsstrategiene i relieff, og fordi de av og til anvendes i behandlingen, men med en positiv intensjon. De er også tatt med for å beskrive mulighetene for negativ påvirkning som kan finnes i behandling.

Man anvender sjelden de negative strategiene i LBTS da disse vil kunne forsterke eller sementere det eksisterende ubehaget. Enkelte av de negativt ladede endringsstra- tegiene vil likevel av og til være nødvendige i forbindelse med utredning. Man må være oppmerksom på om klienten må beskyttes mot psykisk ubehag mens man kartlegger de psykiske plagene, og om man må velge en mer positiv endringsstrategi.

Ingen terapeutiske tradisjoner har til hensikt å øke klientens psykiske ubehag, men de kan gi klientene kontakt med psykisk smerte som følge av utredning. Man finner omfattende kartlegging i psykiatrien, psykodynamisk terapi og i kognitiv terapi. Dette står i motsetning til LBT, som hevder at en omfattende utredning ikke er nødvendig, og at den i seg selv kan føre til psykisk smerte uten at man finner ut hvordan man skal behandle klienten.

Mens terapeuten som arbeider ut fra LBT, raskt blir klar over om en endringsstra- tegi fungerer negativt, vil terapeuter som mangler forståelse av at man kan redusere klientens kontakt med den psykiske smerten, være mindre oppmerksomme på om de

påfører klientene psykisk ubehag, og om de opprettholder eller forsterker symptome- ne gjennom utredning. Vi har tre strategier (7–9) som fører til at et positivt psykisk materiale kobles av den psykiske tilstanden og blir mindre tilgjengelig for klienten, og tre strategier (10–12) som fører til økt kontakt med psykisk smerte og ubehag.

##### Strategi 7. Noe psykisk positivt relatert til fortid kobles av

Avkoblingen av positivt ladet psykisk materiale (positive mentale opplevelser) relatert til fortid skjer sjelden gjennom en bevisst valgt endringsstrategi, men kan være en føl- ge av fokus på tidligere ubehagelige eller traumatiske opplevelser. En følge av dette kan være at positive opplevelser defokuseres, glemmes eller forsvinner fra bevisstheten, og at det psykiske ubehaget forsterkes og kommer i fokus. Resultatet er økt psykisk ubehag og smerte. Vektleggingen av ubehagelige opplevelser i fortid reduseres så langt det er mulig i LBT. Løsningen innebærer å hente frem og aktivere gode minner, mest- ringserfaringer og positive egenskaper fra fortid.

##### Strategi 8. Noe psykisk positivt relatert til nåtid kobles av

Det som er formidlet ovenfor, gjelder også for strategi 8. Avkoblingen av psykisk po- sitivt materiale som er relatert til nåtid, skjer ikke gjennom en bevisst valgt endrings- strategi, men vil være en følge av et vedvarende fokus på det som er forbundet med psykisk ubehag i nåtid. Denne endringsstrategien innebærer at man fokuserer mindre på positive opplevelser, som igjen fører til at det psykiske ubehaget dominerer fordi individets motstandskraft mot symptomene blir redusert. Dette unngås så langt det er mulig i LBT.

Ubehagelige opplevelser og erfaringer inneholder også positive psykiske elemen- ter og mestringserfaringer. Det er alltid noe klienten har fått til i situasjoner som ble opplevd som ubehagelige og nederlagsfylte. Her blir oppgaven å skille ut og la klien- ten beholde kontakten med de positive erfaringene før man reduserer det ubehagelige psykiske materialet.

##### Strategi 9. Noe psykisk positivt ladet relatert til fremtid kobles av

Avkoblingen av mentalt materiale som rommer positive følelser og optimisme relatert til fremtiden, kan være en følge av et for intenst fokus på fremtidige problemer. Mange klienter er bekymret for fremtiden, men også terapeuten kan være preget av pessimis- me, med den følge at behandlingen i større grad fokuserer på fremtidige problemer. Avkobling av positive erfaringer og av psykisk positivt materiale som er relatert til fremtiden, er sjelden en bevisst handling, men en følge av et ubevisst fokus på og be- kymring overfor de fremtidige problemene som kan oppstå.

#### Strategiene 10–12. Noe psykisk negativt ladet kobles på den psykiske tilstanden

Påkoblingen av negativt psykisk materiale innebærer at terapeuten gir klienten kon- takt med og dveler ved tanker eller opplevelser som er forbundet med ubehag, vrang- forestillinger, forstyrrelser av selvet, tvangsopplevelser, nederlag, manglende kontroll, konflikter, tap, manglende mestringsevne, en negativ indre samtale, dysfunksjonelle tanker, hørselshallusinasjoner, depresjon og angst. Dette kan skje i forbindelse med kartlegging og utredning av schizofreni og gjennom et vedvarende fokus på ubehage- lige opplevelser og tanker.

##### Strategi 10. Noe psykisk negativt relatert til fortid kobles på

Det negativt ladede psykiske materialet som klienten får kontakt med gjennom kart- leggingen, kan være relatert til fortid. Dette kan være traumatiske barndomsopple- velser eller ubehagelige opplevelser i ungdomsalder eller som voksen. Det kan være voldtekter, vold, oppsigelser, nederlag, skilsmisser, mobbing, forbigåelser, tap av barn eller ektefelle, ulykker og følelsesmessig undertrykking i barndommen.

Psykisk ubehag fra fortiden kan også bli aktualisert gjennom terapeutens velme- nende fokus, og dermed på nytt bli smertefullt levende for klienten. Terapeutens dve- ling ved det ubehagelige kan gi klienten kontakt med et psykisk ubehagelig materiale som over tid har mistet sin kraft, men som blir reaktivert gjennom utredningsarbei- det, med den følge at det fører til økt symptomaktivitet. Det å fokusere på fortidens psykiske ubehag kan oppleves som nødvendig i enkelte situasjoner, men det kan også forsterke opplevelsen av psykisk smerte. I LBTS reduserer man kontakt med tidligere ubehag, eller man lar klienten gjenoppleve tidligere ubehagelige erfaringer eller trau- mer gjennom metoder som reduserer intensiteten i det traumatiske materialet.

##### Strategi 11. Noe psykisk negativt relatert til nåtid kobles på

Både klient og terapeut kan ha forventninger om at schizofreni må utredes grundig. For enkelte klienter kan det å fortelle om sin situasjon lindre den øyeblikkelige følelsen av ubehag. Forutsetningen er at det problemrelaterte fokuset relativt raskt erstattes av et positivt og mestringsorientert fokus. Ut fra forståelsen av hjernens psykologi (Dam- men 2024a) vil et vedvarende fokus på ubehagelige tanker og opplevelser fra nåtid forsterke og opprettholde plagen.

Derfor forsøker man å beskytte klienten mot kontakt med smertefulle erfaringer. Dette skjer enten ved at terapeuten fokuserer på positivt ladede opplevelser før man fokuserer på opplevelsen av schizofreni, ved at man endrer klientens posisjon i forhold til traumatiske og ubehagelige opplevelser gjennom dissosiering, ved å understreke avstanden i tid til den ubehagelige opplevelsen, eller ved å fokusere på de positive elementene som også var til stede i den ubehagelige situasjonen. Man kan også raskt kartlegge og deretter endre det psykiske materialet som forankrer og utløser det psy- kiske ubehaget.

##### Strategi 12. Noe psykisk negativt relatert til fremtid kobles på

Enkelte kommer til behandling fordi de er bekymret for fremtiden. De kan grue seg til fremtidige situasjoner, ha frykt for at en tidligere dramatisk angst skal dukke opp på nytt og at resultatene man har oppnådd på konsultasjonen, ikke vil vedvare. Tera- peuter som dveler ved klientens uro, kan opprettholde og øke klientens opplevelse av psykisk smerte. I LBTS søker man å unngå et vedvarende fokus på fremtidsrelatert ubehag ved at man raskt anvender en av de positive endringsstrategiene.

#### Oppsummering

Alt som skjer i LBT, skjer innenfor rammen av de tolv endringsstrategiene, som innebærer at noe mentalt i form av biopsykiske elementer som rommer positive el- ler ubehagelige følelser, blir koblet av eller på den psykiske tilstanden gjennom ulike endringsformer (neste kapittel). Man kan endre strategi fra øyeblikk til øyeblikk. De mest relevante endringsstrategiene er 1–3, der man gir klienten kontakt med positive mentale erfaringer og opplevelser, og 4–6, der man reduserer kontakten med psykisk negativt materiale. Enkelte av de seks negative endringsstrategiene, 7–9 og 10–12, kan være nødvendige i den kartleggende fasen, men reduseres til et minimum. Det er sjel- den tilstrekkelig kun å redusere den psykiske smerten. Det vil ofte være nødvendig å utvikle klientens kontakt med positive opplevelser knyttet til fortid, nåtid og fremtid for at de endringene som er oppnådd, skal bli varige.

Beskrivelsen av endringsstrategiene kan virke omfattende. Hver enkelt prosess gjennomføres imidlertid i løpet av sekunder eller minutter, og det er ofte tilstrekkelig kun å anvende enkelte av strategiene for å oppnå psykisk endring.

Terapeuter som har en tendens til å fokusere på strategiene 7–12 i forbindelse med utredning, eller etter den kartleggende fasen, må vurdere i hvilken grad disse hjelper, og om de bør erstattes av andre strategier. Noen terapeuter liker å dvele ved klientenes vanskeligheter. Klientenes problemer kan slik gi grunnlag for dype, intense og me- ningsfulle samtaler og opplevelser for terapeuten. Terapeuten kan la seg fascinere og forføre av klientens lidelseshistorie, men dette fokuset er ingen garanti for at klienten får det bedre mentalt eller blir kvitt sine symptomer, selv om terapeuten får et mer meningsfullt liv.

Mens klientene ofte ubevisst anvender både positivt og negativt ladede strategier, og av og til først og fremst mentale strategier som fører til psykisk smerte, vil hjerne- psykologisk forankrede terapeuter anvende de seks positive strategiene som fører til mestring og til reduksjon av den psykiske plagen.

Endringsstrategiene, slik de er beskrevet i det foregående, er forankret i teorien om de biopsykiske enhetene, koblingsteorien for psykisk endring og teorien om de fysiske og mentale strategiene (Dammen 2013, 2024a).

#### Avslutning

I dette kapittelet har vi gjennomgått de tolv hovedstrategiene som danner grunnlaget for behandlingen i LBT. De seks positive strategiene, som innebærer å koble på et psy- kisk positivt materiale i form av biopsykiske elementer, og å koble av negativt ladete bio-psykiske elementer, er sentrale i lingvistisk hjerneterapi. Selv om de seks negative strategiene nevnes, er hovedfokuset i behandlingen å fremme klientenes mestringsev- ne og velvære gjennom de positive strategiene. Kapittelet har også understreket vik- tigheten av en fleksibel tilnærming, der strategier og intervensjoner tilpasses klientens følelsesmessige tilstand i hvert enkelt øyeblikk for å optimalisere behandlingsforløpet. Slik blir klientens ressurser aktivert, mens de psykiske plagene gradvis reduseres, noe som kan føre til varige psykiske endringer.

Kapittel 34 Endringsformer

Kapittel 34 beskriver de ulike endringsformene som benyttes i Lingvistisk hjerneterapi (LBT) for å oppnå varige psykiske endringer av de biopsykiske elementene som foran- krer og utløser schizofreni. Endringsformene tar utgangspunkt i hvordan mentale ele- menter, som ord, utsagn og sanseforestillinger, kan påvirke følelser og psykisk velvære. Ved å produsere nye mentale elementer, eliminere ubehagelige koblinger og forsterke positive opplevelser kan man erstatte psykisk ubehag med velvære og mestringsfølelse. Kapittelet gir en detaljert beskrivelse av forskjellige endringsformer som komplette- ring, forsterking og svekking som brukes til å justere klientens opplevelser og tilstand, samt hvordan disse bidrar til å forsterke behandlingsresultatene.

##### Produksjon og nydannelse

Psykiske endringer kan skje ved å produsere og danne nye mentalbiologiske elementer (ord, utsagn og sanseforestillinger) som bærer nye følelser. Enhver ny sanseopplevelse og tanke som gir andre følelser enn tidligere, kan føre til en følelsesmessig endring. De nye mentale elementene kan konkurrere med de eksisterende eller føre til reorganise- ring, noe som svekker det opprinnelige ubehaget. Eksempel: En person med angst for å snakke i offentlige forsamlinger kan forestille seg en tidligere situasjon der han eller hun følte seg trygg og selvsikker. Ved å fokusere på denne opplevelsen, kan nye positi- ve mentale elementer dannes og erstatte de gamle angstfylte opplevelsene.

##### Komplettering

Komplettering innebærer å tilføre flere mentale elementer som utløser psykisk velvære og mestringsevne etter at en psykisk endring har skjedd. Hensikten er å forsterke og stabilisere de oppnådde endringene. Eksempel: Først gir man klienten kontakt med trygghet i en situasjon forbundet med uro. Deretter gir man klienten kontakt med handlingsevne, kontroll, motivasjon og erfaring fra å lykkes i lignende situasjoner.

##### Eliminering

Eliminering betyr å fjerne forbindelsen mellom bestemte ord eller utsagn og de moda- le elementene knyttet til disse. Dette gjør at tanker som tidligere utløste en ubehagelig følelse, ikke lenger gjør det. Eksempel: En klient som har en tilbakevendende indre

film av en traumatisk hendelse, kan gjennom terapi få denne filmen til å forsvinne eller miste sin følelsesmessige kraft, slik at den ikke lenger volder smerte.

##### Endring av motsetninger

Denne endringsformen brukes når individet opplever motstridende følelser i samme situasjon, noe som kan føre til forvirring og ambivalens. Endringsprosessen innebærer å identifisere og redusere betydningen av det ene settet med mentale forestillinger mens man forsterker det andre. Eksempel: En student som tviler på sine evner til å bli musiker kan bli bedt om å fokusere fullt ut på musikk i 14 dager uten å tvile. Dette kan lede til økt selvtillit og redusert tvil.

##### Forsterking

Forsterking innebærer å øke intensiteten i klientens positive opplevelser og følelser. Visuelle, auditive og kinestetiske elementer kan forsterkes for å øke følelsesmessig vel- være. Eksempel: Ved å gjøre fargene i et positivt indre bilde mer intense, kan klienten oppleve sterkere positive følelser. Auditiv forsterking kan innebære å gjøre en positiv indre stemme klarere og mer vennlig.

##### Svekking

Svekking betyr å redusere intensiteten i de mentale elementene som forårsaker psykisk smerte. Dette kan gjøres ved å endre fargene, avstanden eller tempoet i indre bilder og filmer. Eksempel: En person med angst kan forestille seg en mørk klump i magen som gradvis blir mindre og lysere, noe som reduserer angsten.

##### Repetisjon

Repetisjon av ord og utsagn som utløser positive følelser kan øke psykisk velvære, mens repetisjon av negative utsagn kan forsterke psykisk smerte. Terapeuten skal fokusere på å redusere negative repetisjoner og øke positive repetisjoner. Eksempel: Gjennom å gjentatte ganger si positive utsagn om seg selv, kan en klient begynne å tro på dem og oppleve en økning i selvfølelsen.

##### Erstatning

Erstatning innebærer at et mentalt eller språklig element som utløser en bestemt følel- se, erstattes med et annet som utløser en annen følelse i samme situasjon. Eksempel: En person som opplever angst som en mørk klump i brystet, kan erstatte dette bildet med et bilde av en lys, rolig klump som står stille.

##### Psykiske skift

Psykiske skift innebærer at de mentale elementene som individet hadde kontakt med, skyves i bakgrunnen, og at nye elementer blir forgrunn. Dette kan brukes for å bringe klienten over i et mer positivt psykisk leie. Eksempel: Før behandlingen begynner,

kan terapeuten lede klientens fokus over på et tema som gir følelser av ro, mestring og glede.

#### Avslutning

Dette kapittelet har presentert de endringsformer som benyttes i Lingvistisk hjernete- rapi (LBT). Gjennom intervensjoner som produksjon av nye biopsykiske elementer og gjennom endringsformer som komplettering, eliminering, forsterking, og erstatning, kan terapeuten iverksette mentale prosesser hos klienten som reduserer den psykiske plagen. Kapittelet viser hvordan psykisk endring ikke bare er et resultat av å eliminere ubehag, men også følge av en prosess der klienten aktivt skaper og får kontakt med biopsykiske elementer som rommer positive følelser.

## Metoder

Metodene som presenteres i de følgende kapitlene, er utviklet gjennom arbeidet med Lingvistisk hjerneterapi (LBT) for å behandle psykiske pla- ger gjennom endring av de biopsykiske elementene som forankrer klien- tenes opplevelse av psykisk plage.

Hver metode representerer en innfallsvinkel til behandling. Felles for metodene er at de søker å kartlegge og endre de biopsykiske elementene som forankrer og utløser den psykiske plagen, og å kartlegge de oppnåd- de endringene. Den første metoden som blir presentert er dybdekartleg- ging. Deretter følger den direkte utsagnsmetoden, metoden følelsesteg- ning, metoden transformasjon, metoden behandling uten informasjon, metoden skalering den logiske og motsatte metode:

Gjennom disse metodene tilbyr LBT en fleksibel tilnærming til behand- ling, der både emosjonelle, mentale og kognitive aspekter av klientens tilstand blir fokusert.

Kapittel 35 Dybdekartlegging

Dybdekartlegging er, sammen med den direkte utsagnsmetoden, den viktigste meto- den for å få kontakt med klientens opplevelse av psykisk smerte og de biopsykiske ele- mentene, for å kartlegge det psykiske materialet som forårsaker schizofreni. Hensikten med metoden er ikke å komme frem til en lukket beskrivelse av schizofreni, men å få et utgangspunkt for behandling. Metoden anvendes også for å kartlegge klientenes reaksjoner på de ulike intervensjonene og klientenes mentale ressurser, det vil si egen-

skaper og erfaringer som kan anvendes for å endre klientens psykiske plage. Dybde- kartlegging foregår parallelt med de endringsprosessene som blir iverksatt.

Betegnelsen dybdekartlegging er begrunnet i at man ikke kan komme dypere inn i det psykiske materialet som ligger til grunn for opplevelsen av schizofreni enn til de biopsykiske elementene som både forankrer og utløser symptomene på schizofreni og følelsesmessige reaksjoner. Metoden er utviklet gjennom en undersøkelse av ulike behandlingsprosesser og er skapt fordi det er behov for en metode som kan identi- fisere det psykiske materialet som forårsaker klientens psykiske ubehag. Dette er en forutsetning for å utvikle vitenskapelig kunnskap om symptomer på schizofreni og om behandling.

Metoden anvendes ved konsultasjonens begynnelse, underveis i behandlingen og ved konsultasjonens avslutning. Formålet med å bruke metoden før behandlingen be- gynner er å få et utgangspunkt for behandlingen. Underveis i behandlingen anvendes metoden for å undersøke hvilke mentale endringer som er oppnådd, hvilke utfordrin- ger man står overfor, og hva som gjenstår av psykisk ubehag etter intervensjonene. Ved behandlingens avslutning anvendes metoden for å kartlegge de resultatene som er oppnådd.

#### Det teoretiske grunnlaget

Grunnlaget for metoden bygger på terapeutiske erfaringer, teorien om de biopsykiske enhetene, koblingsteoriene for psykiske plager og psykisk endring, teorien om øye- blikkets betydning for følelser, teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring, samt resultatene fra forskning på psykiske plager og psykisk endring (Dam- men 2013, 2023a).

#### Metodens bakgrunn

Dybdekartlegging var opprinnelig ikke en metode. Det var først da jeg merket at visse spørsmål førte til kontakt med klientenes følelser, mens andre spørsmål kun resulterte i informasjon som var mindre relevant for behandlingen, at utfordringen med å kart- legge symptomer ble tydelig.

#### Tilgangsstadiet for psykisk endring

Metoden er forankret i forståelsen av at det finnes et stadium der klientene er motta- kelige for psykisk endring. Denne tilstanden blir kalt «tilgangsstadiet for psykisk end- ring». Dette innebærer at terapeuten må være oppmerksom på at det finnes psykiske tilstander der klienten ikke er tilgjengelig for psykisk endring.

#### Fenomenologisk forankring

Metoden er basert på forståelsen av at klienter kan befinne seg i et stadium hvor de er mottakelige for psykisk endring, en tilstand som kalles «tilgangsstadiet for psykisk endring». Dette krever at terapeuten er oppmerksom på eksistensen av psykiske til- stander der klienten ikke er mottakelig for psykisk endring.

#### Forutsetninger for å lykkes

For å lykkes med metoden må man kartlegge det psykiske materialet som forankrer og utløser klientens symptomer på schizofreni og psykiske smerte. Man må også kunne registrere de mentale prosessene som fører til schizofreni, og de som fører til psykisk endring. Man er mindre fokusert på de økonomiske, sosiale og relasjonelle omstendig- hetene som schizofreni utspiller seg innenfor, og på informasjonstyper som dominerer i de diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V. Begrunnelsen er at ICD-11 og DSM-V ikke fanger opp det psykiske materialet som forårsaker schizofreni.

Diagnoser fra ICD-11 og DSM-V er basert på observasjoner av og informasjon fra klientene om klientens atferd, reaksjoner og tanker. Men ingen ytre observasjoner kan føre til presis kunnskap om det psykiske materialet som forårsaker schizofreni.

Det er derfor nødvendig med et diagnostisk system som fokuserer på det psykiske materialet som ligger til grunn for den psykiske plagen. Dybdekartlegging spiller en sentral rolle i denne prosessen. Siden atferd ikke ses som en direkte årsak til schizo- freni, men heller som et resultat av det psykiske materialet individet er i kontakt med, retter den dybdekvalitative metoden oppmerksomheten mot de mentale elementene som fremkaller uønsket atferd, fremfor selve atferden.

#### Skillet mellom informasjoner om tidligere historie og nåværende følelser

I dybdekartlegging kartlegges hvordan klienten mentalt opplever positive erfaringer fra fortid, nåtid og fremtid. Disse opplevelsene kan ha blitt mindre tilgjengelige på grunn av schizofreni. Tidligere positive erfaringer inkluderer hendelser knyttet til trygghet, tillit, lekenhet, energi, aktivitet og mestring. At disse positive erfaringene ikke lenger er tilgjengelige, indikerer dominansen av psykisk smerte over den psykiske tilstanden, men avslører også de mentale ressursene klienten tidligere har vært i kon- takt med. Disse ressursene kan gjenoppvekkes gjennom behandling.

Et eksempel på en positiv tilnærming i kartleggingen er som følger: Terapeuten spør, ”Har du noensinne følt deg godt tilpass, oppnådd noe du har vært stolt av, eller hatt det på en måte du ønsker å ha det i dag?” De fleste klienter vil svare ja på dette. Noen klienter kan imidlertid svare nei, da de, basert på egen vurdering, nesten aldri har hatt positive opplevelser. I slike tilfeller er et oppfølgingsspørsmål nødvendig. Te-

rapeuten kan da spørre, ”Anta at du likevel har hatt en god eller ganske god opplevelse hvor du har oppnådd noe, hva tenker du på da, om det er noe som helst?”

Spørsmålet inneholder en presupposisjon, det vil si en underforstått antakelse om at noe positivt vil komme frem i tankene, noe som øker sannsynligheten for at dette faktisk skjer. Presupposisjoner kan ofte omgå barrierer og motstand mot endring.

#### Fokus på blokkeringer og gjenværende ubehag

I dybdekartlegging rettes fokuset også mot de mentale elementene som hindrer end- ring, samt hva som fortsatt eksisterer av psykisk ubehag etter en endringsprosess. Dette oppnås ved å undersøke de mentale elementene som rommer psykisk smerte etter en rekke intervensjoner, en konsultasjon eller en behandlingsprosess. Den mest nøyaktige kartleggingen foretas gjennom å initiere nye endringsprosesser. Hver gang en endringsprosess stagnerer, kommer man i kontakt med noe psykisk som hindrer endring, og får derigjennom økt innsikt i klientens psykiske plage.

#### Fokus på tidligere ubehagelige opplevelser

Når målet er forskning, kan det være nyttig å utforske om det finnes ubehagelige opp- levelser som har påvirket klienten, selv om disse ikke for tiden utgjør nevneverdige plage. Tidligere utfordringer som ikke virker aktive i dag, trenger ikke nødvendigvis å være fullstendig løst; det kan heller være at mer presserende problemer overskygger dem. Det er ofte slik at klienten oppdager nye, men mindre alvorlige problemer etter at de mest krevende utfordringene har blitt adressert.

#### Fokus på angst for fremtiden

Intense symptomer på schizofreni kan ofte etterlate en følelse av uro for fremtiden, selv etter at de er endret. Et relevant spørsmål fra terapeuten kan derfor være: ”Når du tenker på fremtiden nå, er det noe du gruer deg til, eller noe du er redd for?” Hvis kli- enten uttrykker usikkerhet om den positive følelsen opplevd under konsultasjonen vil vedvare, kan det være nyttig å utforske denne uroen nærmere. Man kan for eksempel spørre om uroen er lokalisert til et bestemt sted i kroppen, eller om det er noe klienten kan visualisere eller høre. Basert på disse innsiktene kan man deretter arbeide med å redusere eventuelt gjenværende psykisk ubehag.

#### Nevrobiologiske endringer

Det er mulig å kartlegge nevrobiologiske endringer som følge av behandling gjennom hjerneforskning. Først kartlegger man de mentale elementene som forankrer den psy- kiske og den nevrobiologiske tilstanden før endring. Så endrer man klientens psykiske

plage. Deretter kartlegger man de mentale elementene som klienten har kontakt med etter at intervensjonene er gjennomført. Samtidig kartlegger man den nevrobiologiske tilstanden på nytt. Forskjellene på den nevrobiologiske og den mentale tilstanden før og etter behandlingen vil si noe om forbindelsen mellom endringer av det psykiske materialet og endringer i den nevrobiologiske tilstanden.

Forsøk på å kartlegge forbindelsen mellom nevrobiologiske og mentale tilstander uten at man forstår hvilket psykisk materiale klienten har kontakt med, vil ikke føre til vitenskapelig kunnskap om psykiske fenomener, om psykisk endring og om disse tilstandene.

#### Omfanget av kartleggingen

Hvis målet med behandlingen primært er å forbedre klientens velvære, kan en kort kartlegging på 1–20 minutter være tilstrekkelig. Hensikten er ikke å utforske alle symp- tomene på schizofreni i deres helhet. Omfattende kartlegging kan være tidkrevende og psykisk belastende, og som nevnt tidligere, er det ingen garanti for et vellykket resultat. Tvert imot kan en grundig utredning faktisk vedlikeholde den psykiske smerten.

En stor mengde informasjon kan gjøre det utfordrende å skille mellom hva som er viktig og hva som er mindre relevant for endringsprosessen. Dette øker risikoen for feilbehandling, ved at intervensjoner målrettet mot tanker eller atferd som har liten betydning for klientens psykiske plage blir iverksatt. Terapeuten må derfor vite når nok informasjon er samlet for å utføre en intervensjon og deretter rette fokuset mot endring.

Utredningsarbeidet kan av og til ta lengre tid enn nødvendig, da enkelte klienter kommer med en forventning om at de skal fortelle om sin bakgrunn og om alt som er vanskelig. Dette gjelder særlig klienter som har gått i psykoterapi. Disse schizofrene får den tiden de ønsker til å fortelle, så fremt de ikke snakker seg inn i den psykiske smerten. Dersom dette skjer, dreier terapeuten sømløst klientens fokus mot positive og mestringsorienterte opplevelser. Deretter begynner behandlingen.

Omfattende kartlegging kan være nødvendig dersom hensikten er å få et fullsten- dig bilde av schizofreni for andre formål enn å behandle. Andre faktorer som kan påvirke omfanget av utredningen, er uklarhet med hensyn til hva klienten ønsker og klientens behov for å snakke med noen om problemet. I tillegg vil den påvirkes av te- rapeutens kunnskap om forbindelsen mellom klientens symptomer på schizofreni og det psykiske materialet som forårsaker schizofreni. Manglende kunnskap om årsakene til klientenes symptomer fører ofte til et større behov for å utrede klienten.

*Kartleggingsmetoden må speile psykens arbeidsmåte*

#### Kartlegging av schizofreni

En metode som skal anvendes for å kartlegge opplevelsen av schizofreni, må speile må-

ten klienten opplever sin situasjon og får kontakt med sine følelser på. Man må regis- trere den psykiske plagen på samme måte som individet opplever sitt psykiske ubehag. Vår kontakt med følelser skjer uten læring, teori og en eksplisitt metode. Jo mer kartleggingsmetodene fokuserer på den ytre virkeligheten, desto mer vil metodene avvike fra psykens arbeidsmåte, og desto større er muligheten for at man fjerner seg fra den psykiske plagen slik individet opplever denne. Men jo mer man kartlegger klientenes symptomer slik de viser seg mentalt for klientene, desto mer arbeider man i tråd med hvordan psyken fungerer, og desto bedre kontakt får man med de følelsene

og det psykiske materialet som skal endres.

En metode som brukes til å kartlegge symptomene på schizofreni, må gjenspeile hvordan klienten opplever sin situasjon og får kontakt med sine følelser. Symptomer på schizofreni må kartlegges slik individet selv opplever sitt psykiske ubehag.

Vår kontakt med følelser oppstår naturlig, uten læring, teori eller en uttalt metode. Jo mer kartleggingsmetodene konsentrerer seg om den ytre virkeligheten, desto mer vil de avvike fra psykens arbeidsmetoder, noe som øker risikoen for at man distanserer seg fra den psykiske plagen slik individet opplever den. Derimot, ved å kartlegge de psykiske plagene slik de mentalt manifesterer seg for klientene, arbeider man i tråd med psykens funksjonsmåte. Dette fører til en bedre forbindelse med de følelsene og det psykiske materialet som trenger endring.

#### Dybdekartlegging og fortolkninger

Terapeuter vil gjerne forstå og oppleve mening i informasjon som kan virke uover- siktlig. De tillegger også noen informasjoner større betydning enn andre. De fortolker. Terapeutens fortolkninger fører til redusert kontakt med hvordan klienten opplever sine belastninger. Terapeutens behov for å forstå og skape mening i klientens situasjon kan føre til at de informasjonene man sitter igjen med, er mindre gyldige uttrykk for klientens følelser. Om terapeuten trekker slutninger om schizofreni som ikke er for- ankret i kunnskap om forbindelsen mellom klientens følelser, ord og utsagn, vil han eller hun overse de mentale elementene som utløser opplevelsen av psykisk smerte. Terapeutens ønske om å forstå og mene noe om klientens symptomer på schizofreni med utgangspunkt i sine fortolkninger, må derfor temmes.

Den ikke-fortolkende tilnærmingen til klientene kan oppleves som kjedelig. Den gir mindre spillerom for selvstendig meningsdannelse, færre interessante opplevelser for terapeuten og mindre innsikt i klientens totale situasjon. Men denne tilnærmingen øker klientens selvtillit og selvrespekt ved at klientens utsagn og derigjennom klien- tens virkelighet forblir behandlingens sentrum. Informasjonen om de følelsene som rommes i de mentale elementene som forårsaker de psykiske plagene, vil forsvinne i terapeutens iver etter å forstå og å tilfredsstille sin egen vitebegjærlighet. Terapeutens evne til å forholde seg presist til klientens ord og utsagn, er en forutsetning for å kart- legge symptomer på schizofreni slik de oppleves og er organisert i klientens indre

#### Klientens ord er klientens følelser

Ingen andre ord enn klientens kan beskrive klientens opplevelse av symptomer på schizofreni, eller uttrykke klientens følelser presist. Terapeutens oppgave er derfor å gi klienten kontakt med det psykiske materialet som utløser klientens plager og følel- ser. Bare på denne måten unngår man at det er terapeutens fortolkninger som styrer hvordan man skal forstå den psykiske plagen. Den objektive informasjonen om det psykiske materialet som man får kontakt med gjennom klientens utsagn, går tapt i det øyeblikk terapeuten gir den psykiske plagen et navn, en diagnose som ikke reflekterer klientens egne ord og følelser. Klientens utsagn om hvordan han eller hun opplever de psykiske plagene, er harde data og uttrykk for klientens virkelighet så lenge de forblir ufortolket. For klienten er disse harde dataene de følelsene klienten opplever. Terapeu- ten har kun kontakt med ordene som lyd, som informasjon og som noe ytre.

#### Reformulering av klientens utsagn

Enhver reformulering av klientens utsagn ved å beskrive disse med ord som stemmer bedre med terapeutens teori om symptomer på schizofreni og språklige kultur, vil føre til at man registrerer en annen følelse enn den klienten opplever. En følge av dette er at de kunnskapene terapeuten sitter igjen med, blir mindre presise og mindre rele- vante. Terapeuten registrerer derfor klientens utsagn slik de fremkommer, uten å om- formulere dem. Terapeuten må gjerne undersøke om hans eller hennes fortolkninger er korrekte, ved for eksempel å spørre: ”Betyr det at den røde fargen på den klumpen du har i magen, kjennes ubehagelig ut?” Om klienten svarer ”Ja, den er for intens”, får terapeuten bekreftet sin antagelse og samtidig en indirekte bestilling om å redusere intensiteten i det røde eller å gi klienten kontakt med en annen farge.

Klienten kan også svare: ”Nei, det handler mer om at klumpen føles så stor.” Tera- peuten spør da: ”Betyr det at den burde vært litt mindre?” Klienten svarer: ”Ja.” I dette tilfellet gjorde terapeuten en feilaktig antagelse først, men mottok deretter en avklaring og en anmodning. Det er en vesentlig forskjell mellom denne typen utforskende tolk- ninger og tolkninger som forblir ubekreftet av klienten, hvor terapeuten ikke sjekker tolkningens gyldighet med klienten.

#### Kartlegging av schizofreni

I det øyeblikket man får kartlagt de mentale elementene (indre sanseopplevelser, ord og utsagn) som utløser den psykiske smerten, har man kartlagt årsakene til klientens øyeblikkelige plager. Man kommer ikke nærmere den psykiske plagen enn gjennom de ordene som klienten anvender for å beskrive den. Og man kommer ikke dypere i det psykiske enn til de ordene som klienten anvender for å beskrive sin psykiske plage. I LBTS danner derfor klientens utsagn umiddelbart utgangspunktet for terapeutens intervensjon.

#### Når klienten holder tilbake informasjon

Klienter kan holde tilbake informasjon med den følge at terapeuten ikke får kontakt med det psykiske materialet som utløser symptomene. Årsaken til dette er ofte usik- kerhet forbundet med det å oppleve seg som klient og det å møte en ”ekspert” på ens egne følelser og problemer. I tillegg kommer sjenanse eller skam knyttet til det psy- kiske problemet, at man ikke vil utlevere nære personer som har gjort en vondt, eller manglende tillit til terapeuten. En annen årsak kan være at klienten ønsker å fremstå som en flink klient, noe som kan føre til at han eller hun kun presenterer informasjo- ner som er godt for klientens selvbilde, mens andre informasjoner utelates.

Manglende villighet til å gi informasjon behøver ikke å bli et problem. I lingvistisk hjerneterapi (LBT) kan man arbeide med schizofreni uten å vite noe om klienten eller om bakgrunnen for klientens situasjon, utover at klienten ønsker å få det bedre med noe. I LBTS trenger ikke klienten å fortelle sin historie, utlevere skyldbelagte tanker eller gi informasjon om andre som foreldre eller lærere som har påført klienten psy- kisk ubehag, for at terapeuten skal kunne arbeide med det psykiske materialet som forårsaker klientens opplevelse av schizofreni. Grunnen er at klienten hele tiden har kontakt med det psykiske materialet som forankrer klientens følelser, selv om han eller hun ikke er bevisst dette, og selv om klienten ikke forteller hva dette er til terapeuten.

#### Presisjon, en nødvendighet

Terapeuten må kunne registrere små endringer i klientens følelsesmessige tilstand un- derveis i behandlingen, og hva som har skjedd mentalt som har ført til disse endringene. Presisjon er nødvendig for å utvikle sikker kunnskap om klientens situasjon, og om hva som fungerer eller ikke fungerer i behandlingen. Dette kan skje ved at terapeuten registrerer endringer i de ordene klienten anvender for å beskrive sine opplevelser, før, underveis i og etter en serie med intervensjoner eller etter en konsultasjon. I tillegg bør man være oppmerksom på små variasjoner i stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsbe- vegelser, da disse understøtter eller avkrefter de følelsene som er knyttet til de ordene klienten formidler.

#### Klienten tar aldri feil

Klientens utsagn om schizofreni er aldri feilaktige så lenge klienten er kongruent. De ordene som klienten anvender for å beskrive plagen, er perfekte uttrykk for klientens følelser og for det liv klienten har levd. Selv om klienten feiler i bestemte situasjoner, feiler de aldri når det gjelder egne følelser, opplevelser og reaksjoner. De er sine følel- ser. Klientens følelser og de verbale og modale elementene som forankrer og utløser klientens følelser, er det nærmeste terapeuten kommer klientens opplevelse av schizo- freni. Terapeut, forsker og diagnostiker kan derimot feile når de kartlegger opplevelsen av schizofreni, om de ikke forstår hvilken forbindelse det er mellom klientens ord og

utsagn, klientens følelser og det psykiske materialet som forårsaker den psykiske pla- gen.

#### Momenter som svekker vurderingen av klientens behov

Terapeuter som betrakter klienten som syk, utilregnelig eller som en som mangler kontakt med virkeligheten, vil mislykkes både i utrednings- og behandlingsarbeidet. Dette gjelder også terapeuter som ikke klarer å skille mellom når klienten formidler følelser, og når det som sies, kun rommer informasjon om den psykiske tilstanden som i mindre grad kan anvendes som utgangspunkt for endring.

Dersom terapeuten mangler evne til å forholde seg til det ulogiske og fremmede som er klientens virkelighet, mister han eller hun kontakt med det psykiske materialet som utløser klientens psykiske smerte. Det samme skjer dersom terapeuten vurderer kli- entens utsagn med utgangspunkt i sine egne teorier om symptomer på schizofreni og sine livserfaringer. Likeledes vil en moraliserende holdning, usikkerhet eller overiv- righet føre til at terapeuten mister kontakt med klientens opplevelser. Terapeuten må unnlate å trekke inn sin førforståelse utover den at enhver øyeblikkelig opplevelse av symptomer på schizofreni er bygget opp av mentale, biopsykiske elementer som kan endres gjennom behandlingen. For enkelte terapeuter vil dette være vanskelig å prak- tisere.

Dette betyr ikke at terapeuten skal slutte å analysere, vurdere og mene noe om klienten, men at han må kunne parkere sine vurderinger i behandlingen, i endringssi- tuasjonen, slik at de ikke hindrer evnen til å oppdage, få kontakt med og forholde seg til det psykiske materialet som forankrer og utløser klientenes følelser og reaksjoner. Hensikten med dette er å hindre at terapeutens tanker om klienten får forrang fremfor observasjoner av det psykiske materialet som forårsaker de psykiske plagene, og som kun kan avdekkes ved å forholde seg til klientenes utsagn.

#### Beskytte klienten

Dybdekartlegging beskytter ikke mot følelser; den gir kontakt med følelser. Jo tettere terapeutens spørsmål kommer klientens følelser, desto større psykisk ubehag kan kli- enten få kontakt med, og desto viktigere er det at terapeuten beskytter klienten mot psykisk smerte. Hensikten med dette er ikke kun å lindre smerten. Hensikten er også å hindre at det psykiske ubehaget følger med innover i behandlingen og smitter over på erfaringer som tidligere ikke har vært forbundet med psykisk ubehag. Hvis dette skjer, vil det redusere utbyttet av behandlingen.

#### Dybdekartlegging og klientgrupper

Dybdekartlegging kan anvendes på klienter som er intellektuelt tilgjengelige. De fleste klienter tilfredsstiller denne forutsetningen. Med barn, som ikke behersker språk, må man anvende andre kartleggingsmetoder.

Det kan også være vanskelig å arbeide med psykotiske klienter i den psykotiske fasen, og med klienter som opplever intens angst på konsultasjonen, men ikke etter at den psykotiske tilstanden er over eller angstanfallet er redusert. Samtidig vil utsagn fra psykotiske klienter gi et innblikk i den måten klienten opplever sin situasjon på, og i det psykiske materialet som den psykotiske har kontakt med. Dette gjelder også klienter som hallusinerer uten å være psykotiske.

Det psykiske materialet som ligger til grunn for psykotiske utsagn og hallusinasjo- ner, er det psykiske materialet som forankrer opplevelsen av schizofreni, selv om de psykotiske og hallusinatoriske reaksjonene måtte være organisk forankret, forutsatt at man forstår dem som uttrykk for et mentalbiologisk materiale som rommer følelser.

Medisinerte klienter og klienter som bruker narkotika, kan ha nedsatt konsentra- sjonsevne, tretthet og redusert kontakt med det psykiske materialet som utløser opp- levelsen av schizofreni, noe som vil vanskeliggjøre kartleggingen. Språklige barrierer kan oppstå med klienter med fremmedkulturell bakgrunn. Men barrierene vil være mindre i LBTS enn i andre terapeutiske tradisjoner, da enkle ja-utsagn og nei-utsagn fra klientene kan erstatte den mer komplekse samtalen mellom terapeut og klient. Te- rapeuten kan anvende klientens ja- og nei-utsagn som et utgangspunkt for å forstå hvordan behandlingen fungerer og som et grunnlag for en ny intervensjon.

#### En forutsetning for å kartlegge klientens situasjon

Klienten må ønske å få hjelp. Dersom klienten er sendt av andre, tvunget til å gå i te- rapi, eller kommer for å klage uten å ha et ønske om å forandre seg, må denne posisjo- nen endres før kartleggingen begynner. Dette er en forutsetning for å kunne kartlegge klientens tilstand, presist.. Registrering av klientens forhold til det å gå i behandling er også en del av det kartleggende arbeidet, da manglende motivasjon eller frustrasjon hos klienten kan, men ikke behøver å være, et uttrykk for schizofreni.

#### Terapeutens ambisjoner og overivrighet: et hinder mot kartlegging

Høye ambisjoner kan hindre terapeuten i å registrere hva som utløser og oppretthol- der schizofrenien på grunn av terapeutens fokus på bedring. Overivrighet kan føre til forsering av kartleggingstempoet, med den følge at terapeuten for raskt trår klienten for nær. Resultatet kan bli at klienten trekker seg, blir mentalt sliten, eller får distrahe- rende tanker. Hvis terapeuten har et sterkt ønske om å lykkes, kan dette stimulere tolk-

ninger som «Dette går jo bra», noe som kan føre til at terapeuten feiltolker klientens psykiske tilstand og hva som er oppnådd. Selvsikkerhet og selvfokusering kan også redusere terapeutens evne til å lytte og hindre terapeuten i å registrere når klienten har kontakt med det psykiske materialet som skal endres, og om og når klienten har oppnådd en psykisk endring som følge av behandlingen.

#### Klientens trygghet – En forutsetning

Terapeutens positive engasjement er en forutsetning for å gjøre klienten trygg. Trygg- het gjør det lettere for klienten å få kontakt med det psykiske materialet som forankrer klientens symptomer. Kjølighet og avstand mellom terapeut og klient kan gjøre klien- ten utrygg og føre til at klienten får mindre kontakt med det psykiske materialet som skal endres, og at klienten gir mindre presise informasjoner. Klienten kan også få et splittet fokus: ett rettet mot opplevelsen av schizofreni, ett rettet mot sin egen usikker- het, og ett rettet mot behandlingssituasjonen. Da kan det som klienten formidler, bli et mindre presist uttrykk for det psykiske materialet som forårsaker plagen, med den følgen at terapeuten får et mindre presist utgangspunkt for endring.

#### Terapeutens utrygghet

Enkelte klienter kan formidle utsagn med et dramatisk innhold. En ungdom formidlet i fullt alvor at han ville drepe en av de ungdommene som nær hadde gjort ham invalid (se kapittelet: Glimt fra terapeutiske prosesser). Bak denne typen uttalelser ligger det sterke følelser. Formaninger kan bli en løsning, men de har liten hensikt. Klientene vet utmerket godt at de ikke skal skade andre. Terapeuten kan i denne typen situasjoner bli utrygg og opptatt av egen uro, noe som kan redusere terapeutens evne til å behandle klienten. Om dette skjer, kan terapeuten anvende de samme metodene som brukes i forbindelse med klientene, på seg selv for å utvikle egen trygghet i behandlingssitua- sjonen.

#### Når «Ingenting» er noe bestemt og «vet ikke» er en farge

Klientene kan av og til svare «det er ingenting» eller «jeg vet ikke» på spørsmål fra terapeut. Disse svarene kan være uttrykk for at klienten ikke vet hva som er problemet, at han eller hun er fastlåst, at han eller hun opplever terapeutens spørsmål som frem- mede, eller at klienten ikke føler seg vel med situasjonen.

Alle utsagn er forankret i mentale elementer. «Ingenting» er dermed ikke «ingen- ting», men en bestemt følelse som er en følge av kontakt med et psykisk materiale som klienten benevner som ingenting. Ordet «ingenting» fra en klient er et dårlig utgangs- punkt for en intervensjon.

«Ingenting» betyr ikke at noe er fraværende. Følelsen av ingenting kan derfor un- dersøkes på samme måte som andre følelser. Her kan terapeuten spørre: «Hvordan ser ingenting ut?», og «Sett at ingenting hadde en farge, hvilken farge kunne den ha hatt da?» I det øyeblikk man undersøker hvilken farge «ingenting» kunne hatt, kan klienten plutselig svare at «ingenting er irrgrønt» (sitat fra en klient). Da har vi igjen kontakt med mentale elementer som rommer følelser. Den ubehagelige følelsen er der- med ingenting som er «irrgrønt». Vi bryter her med de språklige reglene og forholder oss til de følelsesmessige. Nå kan vi stille følgende spørsmål: «Når det er ingenting og irrgrønt, hva annet er det når det er noe der som er irrgrønt?» I stedet for at terapeuten blir rådvill, støtter han klienten samtidig som han kartlegger hvilke følelser som kan assosieres med utsagnene «ingenting» og «irrgrønt».

Klienten kan nå få kontakt med en bestemt situasjon som er forbundet med en ubehagelig eller behagelig følelse. Ordet «irrgrønt» fungerer her som en kanal inn til de mentale elementene som mer håndfast uttrykker klientens følelsesmessige reak- sjoner. Full aksept av ordet «ingenting» innebærer også at man reduserer klientens opplevelse av forventningspress, noe som gjør det lettere for klienten å få kontakt med egne følelser.

Utsagn som «vet ikke» fra klienten, blir forstått på samme måte og som uttrykk for en bestemt opplevelse eller følelse. «Vet ikke» er dermed forankret i et mentalt element som kan undersøkes. Dette kan skje gjennom følgende spørsmål fra terapeuten: «Sett at du legger merke til hva som dukker opp når du tenker på ‘vet ikke’, hva dukker opp da?» Eller: «Sett at ‘vet ikke’ er noe bestemt, hva kunne det ligne på?» Spørsmålet fører til at klienten får kontakt med et eller annet psykisk som man kan ta fatt i.

#### Ved sterkt ubehag

Dersom klienten ikke føler seg vel med behandlingen eller sin egen situasjon, må man, før man fortsetter kartleggingen, reetablere en god relasjon og redusere det følelses- messige ubehaget som ligger til grunn for klientens eventuelle motstand.

#### Utfordringer

Det er enkelt å anvende metoden dybdekartlegging som utgangspunkt for behand- lingen med klienter som beskriver sine følelser med visuelle, auditive og kinestetiske begreper, og gjennom smak og lukt. Her blir det psykiske materialet som forankrer de psykiske plagene, servert på et sølvfat. Kartleggingen fordrer større kompetanse der- som medisiner eller narkotika påvirker de mentale prosessene, om klienten anvender et språk som i liten grad henviser til følelser, og om klienten har motvilje mot behand- lingen. Det er også vanskelig å anvende dybdekartlegging dersom klienten vegrer seg for kontakt med det psykiske materialet som ligger til grunn for schizofreni. Her må man utvikle klientens trygghet og tillit før man kan kartlegge den psykiske plagen.

#### Oppsummering

Dybdekartlegging gjør det mulig å få kontakt med det psykiske materialet som skal endres, og de mentale ressursene som kan anvendes for å endre den psykiske pla- gen. Dybdekartlegging kan også føre til økt psykisk smerte i behandlingsøyeblikket, dersom terapeuten ikke umiddelbart endrer det ubehagelige materialet som klienten får kontakt med. Det er derfor viktig at terapeuten er oppmerksom på klientens fø- lelsesmessige tilstand og, om nødvendig, iverksetter intervensjoner som kan beskytte klientene mot psykisk smerte.

Kapittel 36 Den direkte utsagn- smetoden

*Alle terapeuter anvender ord, men få er klar over forbindelsen*

*mellom ord, utsagn og følelser*

Dette kapittelet presenterer de utsagnstypene som anvendes i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Kapittelet beskriver utsagnenes funksjon og hvordan de fordeler seg i de kon- sultasjonene som ble analysert (Dammen 2013). Utsagnsmetoden er et resultat av en undersøkelse for å kartlegge hvilke typer utsagn som ble utvekslet mellom terapeut og klient i 11 konsultasjoner. Utgangspunktet for analysene var 13 426 utsagn fordelt på 4 klienter og 53 utsagnstyper (variable) (Dammen 2013).

Utsagnsmetoden er den mest anvendte metoden i LBT. Den brukes for å kartlegge og endre den psykiske plagen samt for å registrere de resultatene man oppnår. I tillegg anvendes metoden for å få oversikt over klientens endringsevne, hvilke intervensjoner som fungerer, hvilke som ikke fungerer, og hvilke mentale ressurser klientene besitter som kan anvendes i behandlingen. Utsagnsmetoden kan anvendes på alle intellektuelt oppegående klienter i forbindelse med kartlegging, diagnostisering og endring. Antal- let utsagn per konsultasjon og fordelingen av utsagnene mellom terapeut og klient vil variere fra terapeut til terapeut, fra klient til klient, og fra konsultasjon til konsultasjon. For en detaljert oversikt over fordelingen av de ulike utsagnstypene som anvendes i LBT, se tillegg. Metoden er forankret i den vurdering at alle utsagn fra klientene som er relatert til den psykiske plagen og psykisk velvære rommer et eller flere bio-psykiske elementer.

#### Metodens teoretiske bakgrunn

Grunnlaget for metoden er teorien om de biopsykiske enhetene, koblingsteorien for den psykiske tilstanden og plagen, koblingsteorien for psykisk endring, teorien om språkets betydning for følelser, og teorien om øyeblikkets betydning for den psykiske tilstanden og for psykisk endring (Dammen 2024a).

#### Ethvert utsagn er en mikrometode

Alle utsagn betraktes som en metode ved at de initierer mentale prosesser hos klien- ten, fører til mer informasjon om fundamentet for klientens symptomer, og endrer kli- entens psykiske tilstand. Klientens ord og utsagn betraktes også som mikrometodiske elementer, da alle utsagn fra klienten forteller noe av betydning om klientens psykiske tilstand og reaksjoner på behandlingen, noe som forbereder psykisk endring.

#### Ingen tilfeldige Utsagn

Det er ingen tilfeldige utsagn i LBT. Nesten alle utsagn som formidles mellom terapeut og klient har betydning for å kartlegge og endre de psykiske plagene og for å kartlegge de endringene som oppstår i behandlingen. Alle utsagn fra terapeut påvirker klientens fokus og mentale tilstand, og de har en bestemt funksjon, selv om alle utsagn ikke har like stor betydning for de endringene som oppstår.

#### Tre hovedgrupper av utsagn

Utsagnene deles inn i tre hovedgrupper:

1. Kartleggingsrelaterte utsagn fra terapeut og klient
2. Endringsrelaterte utsagn fra terapeut og klient
3. Andre utsagn

##### Kartleggingsrelaterte Utsagn

De kartleggingsrelaterte utsagnene fokuserer på den ytre empiri, det vil si omsten- dighetene rundt utviklingen av den psykiske plagen. Følelseskartleggende utsagn er også plassert i denne hovedgruppen, selv om de fokuserer på indre opplevelser. Vi har følgende kartleggingsrelaterte utsagnstyper:

* + Årsaksfokuserte utsagn fra terapeut og årsaksbeskrivende utsagn fra klient
  + Historisk relaterte utsagn fra terapeut og klient
  + Situasjonsbeskrivende utsagn fra klient
  + Følelseskartleggende utsagn fra terapeut og følelsesbeskrivende utsagn fra kli- ent
  + Skaleringsutsagn fra terapeut og klient
  + Ressurskartleggende utsagn fra terapeut og ressursformidlende utsagn fra kli- ent

##### Endringsrelaterte Utsagn

Endringsrelaterte utsagn er utsagn av betydning for å forberede og gjennomføre be- handlingen. Vi har følgende endringsrelaterte utsagnstyper:

* Målsettingsrelaterte utsagn fra terapeut og målsettingsbeskrivende utsagn fra klient
* Bekreftende utsagn overfor klient
* Tilgangsgivende utsagn fra terapeut og tilgangsbekreftende utsagn fra klient
* Endringsiverksettende utsagn fra terapeut og endringsbekreftende utsagn fra klient
* Endringskartleggende utsagn fra terapeut
* Utsagn som indikerer nye utfordringer i forbindelse med psykisk endring
* Utsagn om manglende psykisk endring
* Skaleringsutsagn

#### Andre utsagn

Andre utsagn beskriver trekk ved behandlingsprosessen. De fungerer som tilbakemel- ding til terapeuten på hvordan behandlingen fungerer, og som informasjon om klien- tens tilstand underveis i behandlingen. De prosessrelaterte utsagnene er:

* Informasjoner om behandlingen
* Tilstandsavbrytende og prosessavbrytende utsagn fra terapeut og klient
* Prosessopprettholdende utsagn fra terapeut
* Presiseringer av prosessen fra terapeut og klient
* Utsagn fra klient som antyder problemer med å utføre instruksjonene
* Milde og mer konfronterende utsagn Blant de milde konfronterende utsagn har vi:
* Rådgivende utsagn
* Analyserende utsagn
* Årsaksorienterte utsagn fra terapeut
* Argumenterende utsagn

Blant de mer konfronterende utsagn har vi:

* Utsagn som signaliserer tvil på klientens utsagn
* Moraliserende utsagn
* Pessimistiske utsagn
* Kritiske utsagn
* Respektløse og nedsettende utsagn
* Direktiver, beskjeder om hva klienten skal gjøre
* Utsagn om klientens svakheter og begrensninger

I de andre utsagnene inngår også utsagn som signaliserer psykisk ubehag. Dette er:

* Kritiske utsagn til prosess
* Resultatskeptiske utsagn
* Motstandsreaksjoner
* Negative vurderinger av terapeuten
* Negative overføringer
* Negative fortolkninger av seg selv
* Bebreidende, kritiske utsagn mot andre
* Oppgitthetsutsagn

#### De innledende utsagnene: informasjon om behand- lingen

Innledende utsagn orienterer om behandlingens hva, hvorfor og hvordan. De infor- merer om hvordan man arbeider, hva metodene innebærer, hvorfor de virker, og hvil- ket utbytte man kan få av behandlingen. Klienten kan stille spørsmål. Formålet med de innledende utsagnene er å skape trygghet hos klienten, tillit til terapeuten og en god relasjon, hvilket er i samsvar med metaforskningens resultater om hva som virker i behandling.

Andelen innledende utsagn utgjør omtrent to prosent av terapeutens utsagn, selv om denne andelen kan variere. Få klienter uttrykker behov for informasjon om be- handlingen, men det er viktig å gi utfyllende svar dersom klientene ønsker dette. Kli- entenes ønsker kan være drevet av et behov for innsikt, men kan også være uttrykk for utrygghet. Å gi informasjon om endringsprosessen gir ofte klientene en følelse av å bli ivaretatt og respektert. Det er likevel viktig å raskt rette fokus mot kartlegging og selve behandlingen.

#### De kartleggende utsagn

Hensikten med situasjons- og omstendighetskartleggende utsagn er å få oversikt over situasjoner og hendelser som er forbundet med schizofreni. De består av situasjons- og omstendighetsbeskrivende utsagn og følelseskartleggende utsagn fra terapeut og av historisk beskrivende, situasjonsbeskrivende og følelsesbeskrivende utsagn fra klien- tene.

#### Årsakskartleggende og beskrivende utsagn

Årsakskartleggende utsagn innebærer at terapeuten kartlegger situasjoner og hendel- ser som påvirker og utløser de psykiske plagene, og som beskriver klientens forståelse av årsakene til det psykiske ubehaget. Klientens årsaksbeskrivende utsagn blir betrak- tet som informasjoner, det vil si som ytre empiri. De blir ikke betraktet som et direkte uttrykk for klientens følelser, selv om det ofte er en forbindelse mellom tidligere hen- delser og klientens følelser. Årsakskartleggende utsagn danner i liten grad utgangs- punkt for behandlingen. Begrunnelsen er at de ikke beskriver presist de utløsende

årsakene til den psykiske plagen. Årsaksfokuserte svar fra klientene kan føre til nye spørsmål for å kartlegge klientenes indre opplevelser i detalj.

Årsaksbeskrivende utsagn fra klienten fjerner terapeutens og klientens fokus fra det psykiske materialet som forårsaker de psykiske plagene, mens hendelser og situ- asjoner kommer i fokus. Da ingen ytre årsaksbeskrivelser vil være presise uttrykk for klientens følelser og symptomer, reduserer man fokuset på årsaksbeskrivende utsagn. Andelen årsaksfokuserte utsagn utgjør rundt 0,5 prosent av klientenes utsagn i be- handlingen, noe som illustrerer at de kun har en marginal betydning (Dammen 2013).

Det reduserte fokuset på ytre årsaker til klientens symptomer på schizofreni, er noe av det som skiller LBTS fra andre terapeutiske retninger.

#### Historisk fokuserte utsagn

Historisk fokuserte spørsmål anvendes for å få informasjon om hendelser i barndom, ungdom og voksen alder som er forbundet med årsakene til klientens symptomer. Denne utsagnstypen er verdifull i den grad klientens svar på slike spørsmål kan gi innsikt i hvordan det psykiske materialet som stammer fra fortiden, fremtrer mentalt for klienten.

Beskrivelser av historiske hendelser kan romme psykisk ubehag. De historiske hen- delsene er imidlertid avsluttet. Det man sitter igjen med er minner i form av mentale elementer som rommer følelser. Informasjon om tidligere hendelser har derfor liten betydning for de resultatene man kan oppnå i behandling. Å dvele ved tidligere hen- delser kan gi økt kontakt med psykisk smerte og hindre endring.

Det er ingen nødvendig sammenheng mellom det å fortelle om hva som har skjedd i fortiden og det å endre en følelse i nåtid, med mindre kartleggingen fører til en ka- tarsis, det vil si en gjenopplevelse av et tidligere traume i en trygg situasjon, noe som kan redusere traumet.

Kun i sjeldne tilfeller får klientene anledning til å dvele ved ubehagelige opplevelser i fortid før terapeuten endrer klientens fokus. Unntaket gjelder klienter som i liten grad har fått snakke om sin situasjon tidligere og som har et behov for å fortelle. Her kan det å fortelle sin historie føre til lindring og psykisk endring.

Klientene blir ikke stimulert til å snakke om tidligere hendelser utover det som er nødvendig for å kartlegge i hvilken grad tidligere hendelser utløser det følelsesmessige ubehaget i dag. Informasjon om tidligere hendelser kan likevel dukke opp. Når dette skjer, danner de utgangspunkt for kartlegging av de følelsene som fortsatt er forbundet med disse hendelsene, og deretter for nye intervensjoner. Andelen utsagn som infor- merer om tidligere hendelser er vanligvis lav.

#### Situasjonskartleggende utsagn

Situasjons- og hendelseskartleggende utsagn fokuserer på informasjon og er rettet mot omstendighetene rundt utviklingen av den psykiske plagen. Informasjon om hendel-

ser formidler i liten grad klientens følelsesmessige opplevelser og reaksjoner. Hensik- ten med denne typen utsagn er å få et innblikk i den sosiale sammenhengen som schizofreni utspiller seg innenfor. Svarene vil legge føringer for behandlingen ved at te- rapeuten tolker klientens informasjoner som en bestilling om å redusere det psykiske ubehaget som er knyttet til disse situasjonene. Terapeuten får også en større bakgrunn for behandlingen og et utgangspunkt for å stille presise spørsmål rettet mot de mentale elementene som forankrer og utløser klientens følelser. Situasjons- og hendelsesre- laterte utsagn betraktes som utsagn med lavt endringspotensial. Informasjoner om hendelser og situasjoner kan likevel føre til intervensjoner, for eksempel gjennom nye spørsmål om hvordan klienten ønsker å reagere i disse situasjonene.

##### Eksempel fra behandling av prestasjonsangst og relasjonsproblematikk

Terapeut: ”Så, du har opplevd psykisk ubehag i omtrent ni måneder over de siste to årene, med én måned før og to uker etter prøvespillene (der angsten fortsatt er til stede og knyttet til disse situasjonene).” Terapeut: ”Medfører dette ubehaget negative konse- kvenser for deg eller for folk rundt deg? (Dette spørsmålet søker å samle informasjon for videre oppfølging).” Terapeut: ”Hvordan påvirker nervøsiteten din spilling nå?” Terapeut: ”Hvor lenge varer disse sure tonene du nevnte?”

Disse reformuleringene er tilpasset for å gjøre dialogen mellom terapeuten og kli- enten tydeligere, samt for å sikre at hvert spørsmål er formet på en måte som er lett å forstå og responderer direkte på klientens situasjon.

##### Eksempel fra behandling av migreneanfall og familieproblematikk

Terapeut: ”Er det samme type anfall?” Terapeut: ”Har du hodepine nå?” Terapeut: ”Har du hodepine kontinuerlig, eller varierer det?” Klient: ”Når jeg begynner å bli mørk un- der øynene, begynner det å bli sterkere anfall. Ellers, når det er vanlig hodepine, er jeg ikke så mørk under øynene.” Klient: ”Vi har alltid klart å diskutere med hverandre og snakke med hverandre uten å bli sure eller å bli uvenner” (henviser til sitt ekteskap).

I begynnelsen av konsultasjonen innebærer negativt situasjonsbeskrivende utsagn at klienten har kontakt med psykisk ubehag, noe som gir et utgangspunkt for kartleg- ging av hvordan klienten opplever de følelsene som er relatert til situasjonen. En høy andel situasjonsbeskrivende utsagn fra klienten utover i konsultasjonen vil være et uttrykk for at den psykiske smerten ikke er blitt redusert i tilstrekkelig grad.

Noen situasjonsbeskrivende utsagn blir ikke fulgt opp. For eksempel, klienten sier: ”Jeg følte at det var håpløst hos fastlegen og tok derfor kontakt med en akupunktør.” Her formidles en følelse av ”håpløshet hos fastlegen”, men siden denne følelsen ikke er blant de som er tema for behandlingen, blir utsagnet ikke fulgt opp. I andre tilfeller inneholder klientens utsagn både en beskrivelse av situasjonen og en følelse. Når dette skjer, vil terapeuten konsentrere seg om klientens følelser knyttet til situasjonen.

Andelen utsagn fra klientene som beskriver omstendighetene rundt de psykiske plagene, er lav, på rundt 8 prosent i hver enkelt konsultasjon, med en topp på rundt 20 prosent i begynnelsen av konsultasjonen. Andelen av denne typen utsagn avtar raskt

etter de første innledende minuttene. Årsaken til dette er at terapeuten endrer fokus når han eller hun har samlet nok informasjon til å starte endringsprosessen.

##### Følelseskartleggende og følelsesbeskrivende utsagn

Begrunnelsen for å registrere de følelsesrelaterte utsagnene er at de forteller hvordan klienten har lagret sin psykiske plage. Begrunnelsen er også at om man endrer de mo- dale og språklige elementene som formidles gjennom klientens utsagn, vil det skje en psykisk endring, noe som vil komme til uttrykk gjennom nye utsagn.

Dersom klienten beskriver en følelse som ”svart” og denne følelsen erstattes med en farge klienten føler seg fortrolig med, kan det skje en psykisk endring. Hvis klien- ten etter intervensjonen beskriver den nye følelsen med lysere farger, vil dette være et tegn på psykisk endring. Kartlegging av de mentale elementene som utløser klientens følelser, kan derfor brukes til å identifisere de endringene klienten har gjennomgått.

##### Skillet mellom utsagn med stort og lite endringspotensial

For å forstå forskjellen på situasjonsbeskrivende og følelsesbeskrivende utsagn kan man skille mellom utsagn med stort og lite endringspotensial. Det er ofte liten sam- menheng mellom det å informere om sine følelser og psykisk endring (Dammen 2013). Man må få klarhet i hvordan klienten opplever sine følelser før man kan iverk- sette en intervensjon. Følelsesbeskrivende utsagn rommer et større endringspotensial enn utsagn som formidler informasjon om den psykiske plagen, som følge av at de umiddelbart kan danne grunnlag for en intervensjon.

#### Modalt uspesifiserte følelseskartleggende og følel- sesbeskrivende utsagn

Vi har modalt uspesifiserte eller upresise og modalt spesifiserte utsagn fra terapeut og klient. Et eksempel på et modalt uspesifikt utsagn er: ”Hvordan har du det nå?” Et eksempel på et modalt spesifikt utsagn er: ”Den følelsen du har kontakt med, hvor i kroppen sitter den, og kan den ha noen farge eller form, er den tung eller lett, eller er den noe ganske annet?” I min tidlige karriere hadde jeg et høyt fokus på uspesifikke utsagn for å kartlegge klientenes følelser. Terapeutiske erfaringer og senere forsknings- resultater viste at denne type spørsmål fører til generelle beskrivelser som: ”Det er ubehagelig”, ”ikke ok”, ”litt vanskelig”. Modalt spesifikke kartleggende spørsmål fører i større grad til svar som: ”Ubehaget sitter i hodet, det er som et press eller som noe tungt”.

Utsagn som ikke beskriver hvordan klienten modalt opplever sitt ubehag, er mindre egnet for å skape endring. Disse erfaringene har ført til at jeg har hatt et mindre fo- kus på beskrivende utsagn. Svar på denne type spørsmål kan likevel fungere som et utgangspunkt for nye spørsmål om hvordan klientene opplever sine følelser modalt. På den annen side fører modalt spesifikke kartleggende spørsmål oftere til svar som ”Ubehaget sitter i hodet, det føles som et press eller noe tungt”.

##### Andelen følelseskartleggende utsagn fra terapeut understreker betyd- ningen av denne typen utsagn.

I LBTS er andelen relativt lav, på rundt 8 prosent totalt. Det bemerkes likevel at det er en høyere andel i starten av hver konsultasjon, med rundt 22 prosent. Denne andelen reduseres raskt og stabiliserer seg på omtrent 4 prosent gjennom resten av konsulta- sjonen, selv om det er variasjon fra konsultasjon til konsultasjon. Det er viktig å merke seg at disse prosentandelene representerer generelle tendenser.

#### Uspesifiserte følelsesbeskrivende utsagn, hentet fra en behandling av migrene og familiekonflikt:

K: Jeg blir sint over den minste ting (kroppslig/kinestetisk opplevelse). K: Når jeg blir sur og vi begge blir uvenner, da føler jeg meg ikke bra (kroppslig/kinestetisk opplevel- se). K: Da hun døde, gjorde det vondt (bestemor døde for flere år siden. Fokuset her er på følelsen). K: Og så begynte jeg å våkne med hodepine (kroppslig opplevelse).

Disse utsagnene gir ikke en presis og modal beskrivelse av hvordan klienten opple- ver sine følelser. De tjener derfor mer som et utgangspunkt for videre kartlegging av de mentale elementene eller de modale sanseforestillinger som ligger til grunn for utsagnene.

#### Modalt spesifiserte følelseskartleggende utsagn:

Formålet med disse utsagnene er å utforske hvordan klienten opplever sine følelser gjennom kontakt med visuelle, auditive og kinestetiske sanser. Lukt og smak er sjel- dent fokusert på, siden ubehagelige opplevelser sjelden er knyttet til disse sansene. Terapeutens tilnærming til disse utsagnene er basert på teorien om de biopsykiske enhetene (Dammen 2023a). Ifølge denne teorien er symptomene på schizofreni forår- saket av indre sanseforestillinger samt ord og utsagn som bærer følelser. Disse er til- gjengelige for klienten gjennom introspeksjon og for terapeuten gjennom det klienten deler. Teorien foreslår videre at enhver psykisk endring resulterer fra endringer i de modale og verbale elementene som ligger til grunn for klientens opplevelse av schizo- freni. Dette innebærer at ved å få tilgang til og endre det psykiske materialet som ligger til grunn for plagene, kan det oppstå en psykisk endring.

#### Modalt spesifiserte kartleggingsspørsmål fra en behandling av prestasjonsangst, selvtillit og sosial problematikk:

Her er noen eksempler på spørsmål: T: Føler du også ubehaget i magen? (Dette spørs- målet angår visuell og kroppslig/kinestetisk modalitet). T: Opplever du følelser i andre

deler av kroppen når du føler deg helt på bunnen? (’En ener’ refererer her til det laveste nivået en person kan oppleve med hensyn til velvære og dyktighet, og spørsmålet om- handler kroppslig/kinestetisk og visuell modalitet). T: Hva føler du i fingrene? (Spørs- målet retter seg mot kroppslig/kinestetisk modalitet).

Disse spørsmålstypene leder ofte til detaljerte svar om hvordan klienten opplever sine symptomer på schizofreni og spesifikt hvor i kroppen ubehaget er følt.

Modalt spesifiserte utsagn fra en elev med en alvorlig posttraumatisk plage som følge av grov vold:

K: Når noen sier Fridtjov (auditiv ubehagelig opplevelse) så får jeg bildene tilba- ke (visuelt element forbundet med psykisk ubehag). K: Når jeg hører tramping eller noe sånt (auditiv ubehagelig opplevelse). K: Ja, jeg får bilder av folk som stod rundt meg (visuell opplevelse). K: Jeg svetter så alvorlig i hendene at jeg får utslett i huden (kroppslige opplevelser). K: Ja, når jeg er redd, pleier jeg å miste følelsene i neven og i kroppen (kroppslige opplevelser). K: Jeg kan ha hånden min på en ovn uten at jeg merker at den er der (visuell og kroppslig opplevelse). K: Jeg får mareritt også (visuell og kroppslig opplevelse).

Klienten formidler her følelser blandet med situasjonsbeskrivelser. Kombinerte ut- sagn danner ofte et utgangspunkt for en intervensjon, mens utsagn som kun rommer informasjoner om klientens situasjon, fører til fortsatt kartlegging.

Modalt følelsesbeskrivende utsagn fra klientene har en andel på rundt 20 prosent i den enkelte konsultasjon, men denne utsagnstypen dominerer i første del av konsulta- sjonen med rundt 40 prosent.

Terapeuten endrer fokus fra å kartlegge til å endre når han eller hun har fått vite nok til at han eller hun kan intervenere. Selv om terapeuten endrer fokus fra kartlegging til endring, vil behandlingen fortsatt inneholde utsagn for å kartlegge klientens følelser.

#### Endringsrelaterte utsagn

De endringsrelaterte utsagnene utgjør den viktigste utsagnstypen i Lingvistisk Hjerne- terapi (LBT). Disse består av:

* Målsettingsrelaterte utsagn
* Bekreftende utsagn overfor klienten
* Ønskekartleggende utsagn
* Tilgangsgivende utsagn
* Endringsiverksettende utsagn
* Endringsforsterkende utsagn
* Endringskartleggende utsagn
* Skaleringsutsagn

Disse utsagnene defineres som endringsrelaterte fordi de har en funksjon i forbindelse med endringen av klientens symptomer.

#### Målsettings- og ønskekartleggende utsagn fra tera- peuten:

Hensikten med målsettings- og ønskekartleggende utsagn er å kartlegge klientens ønsker og mål med behandlingen. Ved å fokusere på målsettingsrelaterte utsagn fra klienten, kan arbeidet rettes mer presist mot de spesifikke utfordringene vedkommen- de står overfor. Uten en klar forståelse av klientens mål, risikerer terapeuten å lede klienten mot resultater som ikke samsvarer med klientens egne ønsker. I tillegg bi- drar målsettingsrelaterte utsagn til å bygge relasjoner og skape en følelse av trygghet, ettersom klienten opplever at hans eller hennes virkelighet og ønsker er i fokus for behandlingen.

Målsettingskartleggende utsagn anvendes også for å sjekke om man er på riktig spor underveis i arbeidet. De kan ha en endringseffekt ved at de gir klienten kontakt med sine ambisjoner og ønsker for fremtiden og som følge av dette, utløse mer energi og motivasjon. I tillegg til å kartlegge klientens målsettinger, anvendes de for å under- søke hvordan klientens målsettinger endrer seg underveis i behandlingen.

Dersom klienten formidler mer ambisiøse mål underveis i konsultasjonen enn ved dens begynnelse, er dette et tegn på at det har skjedd positive psykiske endringer. Et eksempel: En klient hadde gitt opp håpet om å ta videre utdanning fordi klientens angst dominerte hans liv i så stor grad at han hadde mistet troen på at han kunne fun- gere sosialt og gjennomføre en utdanning. Senere i behandlingen formidlet klienten at han ville bli politimann, og enda noe senere at han ønsket å bli advokat.

Målsettingsrelaterte utsagn fra klientene fører i liten grad til psykisk endring. For at klientene skal bli i stand til å realisere sine mål, må det ha skjedd endringer på andre områder. De målsettingsbeskrivende utsagnene fra klientene fører oftest til endringsi- verksettende utsagn fra terapeuten.

##### Eksempler på målsettingsrelaterte utsagn fra klienten:

* ”At jeg ikke er redd lenger” (klienten hadde kontinuerlig angst).
* ”Jeg ønsker å få tilbake følelsen i nevene” (angsten for nye overfall førte til et så intenst fokus på mennesker rundt han at han ikke la merke til om han tok på en varmeovn).
* ”At jeg ønsker å slutte å svette så utrolig mye i nevene, for det er veldig irrite- rende” (klienten fikk utslett i hendene på grunn av svette som kom av intens angst).
* ”Jeg vil bli politimann” (klienten ønsket å rydde opp i og forebygge ung- domsvold).
* ”At jeg kan gå i byen” (klienten klarte ikke være i byer eller storsentra).
* ”Jeg ville helst hatt en ny sjanse” (klienten følte at livet var blitt ødelagt etter voldsepisoden).
* ”Og så tror jeg at jeg kommer til å ta befalsskolen.”
* ”Jeg er taekwondo-instruktør” (i fremtiden).

Det er ikke realiseringen av målene som er avgjørende. Selve det å være i stand til å sette seg mål og forestille seg en bedre fremtid, noe denne klienten ikke hadde turt tidligere, kan være et uttrykk for at det har skjedd psykiske endringer, samtidig som denne typen utsagn kan ha en endringsforsterkende effekt. Forutsetningen er at kli- entene opplever sine nye mål som realistiske. Mål klientene ikke tror på, kan hindre endring. Noe av målet med behandlingen er å utvikle klientenes tro på at det er mulig å realisere sine mål, og deretter gi klienten kontakt med de mentale ressursene som er av betydning.

Andelen målsettingsrelaterte utsagn fra terapeuten er lav, på rundt 3 prosent i LBTS med en topp i begynnelsen av konsultasjonen på rundt 7 prosent. Man trenger ikke å dvele ved målsettingsrelaterte utsagn selv om de kan anvendes som et utgangspunkt for behandlingen. Den stabilt lave andelen målsettingskartleggende utsagn i konsul- tasjonen er et uttrykk for at terapeuten jevnlig undersøker om man er på riktig spor i behandlingen.

#### Bekreftende og støttende utsagn:

Formålet med de bekreftende og støttende utsagnene er å gi klienten en følelse av ak- sept, støtte, av å bli møtt med vennlighet og av å bli lyttet til, i tillegg til å gi klienten trygghet på at man er på riktig spor i behandlingssituasjonen.

Begrunnelsen for bekreftende utsagn er at de gir klienten en god følelse, noe som gjør det lettere å få kontakt med det psykiske materialet som skal endres og å gjennom- føre de mentale operasjonene som er nødvendige for å oppnå psykiske endringer. Man må være oppmerksom på om de støttende utsagnene fungerer distraherende ved at de endrer klientens fokus fra behandlingen til et ønske om å bli bekreftet.

Fravær av bekreftende utsagn kan føre til usikkerhet og hindre klienten i å gjen- nomføre de mentale operasjonene som er nødvendige for å oppnå en psykisk endring. Bekreftende utsagn har liten betydning om de ikke blir fulgt opp av endringsiverkset- tende utsagn. For klienter med få bekreftelser i livet vil bekreftende utsagn kunne føre til positive psykiske endringer. Smil, latter og humor kan ha en tilsvarende funksjon som bekreftende utsagn. Det å gjenta klientens utsagn med klientenes egne ord er også en hyppig anvendt bekreftelsesform.

##### Eksempler på bekreftende og støttende utsagn fra terapeuten

Eksemplene er hentet fra arbeidet med prestasjonsangst hos en klient.

* ”Det kan du godt gjøre.”
* ”Det er en god følelse” (gjentakelse av klientens utsagn).
* ”Da kaller vi det jævlig bra” (gjentakelse av klientens utsagn).
* ”Du leker litt med klangnyansene, ja” (gjentakelse av klientens utsagn).
* ”Ja.”
* ”Akkurat, lekkert.”
* ”Veldig bra.”

Man kan også bekrefte kroppslige tilstander:

* + ”Akkurat. Pust godt med det.”
  + ”Tenk litt på den og den gode følelsen.”
  + ”Du er litt sterkere” (gjentakelse av klientens utsagn).
  + ”Du er trygg, ja…” (gjentakelse av klientens utsagn).
  + ”Du har en naturlig ro.”

Ethvert utsagn der terapeuten støtter klientens versjon av sin situasjon, vil kunne føre til større mottakelighet for terapeutens intervensjoner og redusere klientens motstand og ubehag i konsultasjonen. Bekreftende utsagn har en viktig funksjon ved at de forbe- reder det videre behandlingen. Det er ingen selvfølge at klientene er villige til å endre seg psykisk. Endring kan oppleves som truende, behandlingssituasjonen ubehagelig og det mentale arbeidet kan fordre et visst psykisk overskudd.

Andelen bekreftende utsagn er relativt stabil med rundt 10 prosent av terapeutens utsagn i alle faser i konsultasjonen. Dette illustrerer det støttende klimaet som preger Lingvistisk Hjerneterapi (LBT).

##### Tilgangsgivende utsagn

Formålet med de tilgangsgivende utsagnene er å gi klienten kontakt med det psykiske materialet som skal endres, samt med de mentale ressursene som klienten trenger for å gjennomføre endringene. Det er viktig å unngå å gi klienten kontakt med erfaringer som er så angstfylte at de hindrer klienten i å gjennomføre de mentale prosessene som terapeuten inviterer til.

Tilgangsgivende svar fra klienten har betydning ved å fortelle terapeuten at klienten er forberedt på og mottagelig for terapeutens intervensjoner. Uten tilgangsbekreftende utsagn fra klienten kan terapeutens intervensjoner komme for tidlig eller for sent, det vil si i en fase der klienten er mindre mottagelig for endring. God timing er viktig også i terapi. Alle utsagn har en tilgangsgivende funksjon i den forstand at ethvert utsagn påvirker klientens fokus, og gjennom dette klientens kontakt med det psykiske mate- rialet som forårsaker klientens psykiske plage. Kartleggende og endringsiverksettende utsagn er også av tilgangsgivende karakter, selv om de har et annet formål.

##### Eksende utsagn:

* + T: ”En gang har du lyktes med noe. Siste gang, når var det?” (Her gis klienten kontakt med en positiv følelse)
  + T: ”Hva trenger du nå for å få det litt bedre?” (Her gis klienten tilgang til en positiv innsikt)
  + T: ”Sett at du kan gjøre med det hva du vil, hva vil du gjøre med det da?” (Her gis klienten kontakt med en følelse av frihet)
  + T: ”Tenk at du er sammen med Truls” (Tanken på samvær med Truls er en god følelse)
  + T: ”Kjenn at du har masse venner” (Kontakt med gode følelser)
  + T: ”Husker du hvordan du hadde det den gangen, før du fikk migrene?” (Ti- den før migrenen rommet gode opplevelser)
* T: ”Sist gang hadde du en helt naturlig kontroll” (Her gis kontakt med en fø- lelse av kontroll)
* T: ”Og så vet du én ting til” (Det å vite noe gir en god følelse)
* T: ”Så er det noen situasjoner i livet hvor du har kunnet beherske deg” (Her gis kontakt med følelsen av å kunne beherske seg, noe

som for tiden er vanskelig)

Tilgangsgivende utsagn rommer ofte endringselementer, for eksempel som følge av de kan gi klienten kontakt med situasjoner er forbundet med en følelse av kontroll, etter at denne følelsen lenge har vært fraværende.

#### Tilgangsbekreftende utsagn fra klientene:

Et tilgangsbekreftende svar bekrefter at klienten har kontakt med det psykiske materi- alet som skal endres. Slik sett kan de betraktes som en metode klientene kan anvende for å fortelle terapeuten at han eller hun er på riktig spor og at han eller hun er forbe- redt på neste intervensjon.

Eksempler på tilgangsbekreftende utsagn:

* K: ”Jo, nå ser jeg alle de menneskene som er der.”
* K: ”Ja, glimt i øyet, selvfølgelig.”
* K: ”Det er jo kjempelurt.”
* K: ”Nå dukker det opp en ferie” (Kontakt med en god følelse).
* K: ”Nå er jeg i Trondheim” (Kontakt med en god følelse).
* K: ”Da har jeg det bra.”
* K: ”Jo, jeg følte meg ganske trygg når jeg var på skolen” (Kontakt med ressurs- situasjon).

Terapeuten lykkes her med å gi klienten kontakt med et psykiske materialet som gir kontakt med en positiv følelse eller med det psykiske materialet som skal forsterkes eller anvendes som en positiv ressurs i behandlingen. Min opprinnelige antagelse var at tilgangsgivende utsagn fra terapeuten og tilgangsbekreftende svar fra klientene var nødvendige for å endre den psykiske tilstanden. Forskningsresultater har imidlertid ført til at denne antagelsen må revurderes. Det har vist seg å være mulig å iverksette endringer uten at klientene først må konfronteres med det psykiske ubehaget. Denne innsikten er i tråd med den løsningsorienterte tradisjonen, som argumenterer for at man kan fokusere direkte på løsningen av et problem uten nødvendigvis å måtte adres- sere problemet som har ført til schizofreni. Løsningen på et problem kan ligge et annet sted enn problemets årsaker.

Andelen tilgangsgivende utsagn fra terapeuten ligger på rundt 13 prosent. Den er relativt stabil med en noe høyere andel i de mest endringsintensive fasene i konsulta- sjonen. Tilsvarende har klientene en noe lavere andel tilgangsbekreftende utsagn, med rundt 11 prosent. Disse prosentandelene vil variere noe fra terapeut til terapeut og fra klient til klient.

#### Endringsiverksettende utsagn

Endringsiverksettende utsagn er den viktigste utsagnstypen i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Målet med denne type utsagn er å endre det psykiske materialet som forårsaker klientens symptomer. Endringsiverksettende utsagn innebærer at man reduserer kli- entenes kontakt med, endrer, erstatter og eliminerer de mentalbiologiske elementene (sanseforestillinger, ord og utsagn) som forårsaker den psykiske smerten og klientens symptomer. De mentale elementene som kobles på eller av den psykiske tilstanden gjennom de endringsiverksettende utsagnene, vil være knyttet til fortid, nåtid eller til forestillinger om fremtiden.

Endringsiverksettende utsagn kan føre til at klientene får evne til å gjennomføre mentale endringer og å mestre sine følelser og sitt liv utenfor terapirommet. De blir også anvendt for å forsterke en allerede god følelse og for å aktivere egenskaper som er av betydning for å leve et liv uten schizofreni. Uten endringsiverksettende utsagn vil de øvrige utsagnene i LBTS ha liten endringseffekt ut over at de kan føre til en kortvarig følelse av velvære og et øyeblikkelig psykisk skift.

Bak ethvert endringsiverksettende utsagn ligger det en forståelse av årsakene til klientens psykiske plage. Målet er å endre de mentale elementene som forårsaker kli- entens psykiske smerte, men uten at terapeut forsøker å forklare klientens reaksjoner med utgangspunkt i tidligere livsopplevelser.

#### Forbindelsen mellom de endringsiverksettende utsagnene og grunnlagsteoriene:

De endringsiverksettende utsagnene er forankret i teorien om de biopsykiske enhete- ne ved at de er rettet mot å endre de mentalbiologiske elementene som er årsaken til klientens psykiske plage. De er i tråd med koblingsteorien for psykisk endring, som hevder at enhver psykisk endring er en følge av at man kobler på eller av mentale ele- menter som rommer psykisk velvære eller plage. Og de er i samsvar med teorien om øyeblikkets betydning for endring ved at de fører til øyeblikkelige psykiske endringer. De er også i samsvar med den forståelsen som formidles i teorien om språkets betyd- ning for følelser ved at de følelsesmessige endringene som skjer med klientene, vil være en følge av ord og utsagn fra terapeut.

#### Eksempler på endringsiverksettende utsagn:

Her iverksettes endring gjennom utsagn som utløser en forestilling om at klienten har mentale ressurser, som tidligere har vært fraværende på grunn av klientens sympto- mer.

* + T: ”Sett at du får kontakt med de egenskapene du trenger for å ta denne sorgen på en sånn måte at du blir kvitt den” (økt ressurstilgang).
* Her gis klienten kontakt med positive forestillinger som bryter med de som har dominert klienten:
* T: ”Sett at du lever videre helt uten migrene” (redusert ubehag).
* T: ”Sett at du er i stand til å snakke om ting som er vanskelig og sorgfullt” (hvilket ikke har vært mulig).
* T: ”Sett at du kan leve ut følelsene dine tydelig, samtidig som du har evne til å ta tak i ting og jobbe deg ut og gjennom det” (noe han tidligere ikke har klart).

Endringsiverksettende utsagn fra behandling av en posttraumatisk plage etter grov vold:

* T: ”Og så ser du deg på en video der borte oppleve det som skjedde” (det å se seg selv på avstand vil ofte føre til reduksjon av følelsenes intensitet) (se dissosiering).
* T: ”Og på den videoen ser du et fargebilde av deg som Supermann” (det å se seg som Supermann innebærer endring i forhold til det å oppleve seg som taper).
* T: ”Du har fullstendig kontroll som Supermann” (klienten får kontakt med en ressurs som var fraværende i voldssituasjonen).
* T: ”Og du ser deg i situasjonen før du blir angrepet” (angstreduksjon).
* T: ”Der borte låner du den tryggheten du trenger, hva skjer da?”

Denne type endringsiverksettende utsagn setter i gang mentale prosesser som kan en- dre det psykiske materialet som forankrer klientens psykiske plage.

#### Endringsforsterkende utsagn

Det er ofte nødvendig å forsterke og stabilisere de psykiske endringene for å hindre tilbakefall. Endringsforsterkende utsagn innebærer en gjentakelse eller en nyansering av et tidligere endringsiverksettende utsagn. De kan også gi kontakt med nye positive opplevelser og mentale ressurser som kan forsterke eller stabilisere endringene. Føl- gende utsagn kom etter at klienten hadde bekreftet at han hadde opplevd en psykisk bedring:

##### Eksempler på endringsforsterkende utsagn:

* Nå går konserten sånn som du virkelig ønsker at det skal gå (gjentakelse). Den følelsen som du har når du virkelig får det til, hva vil du kalle den? (Å gi komplekse følelser et navn innebærer etablering av et betinget signal for en god følelse.) Den ”vinne over deg selv” følelsen, hvor sitter den? (Her foran- kres en følelse, samtidig som man sjekker ut hvor i kroppen den nye følelsen er forankret.)
* Forutsetningen for å gjennomføre disse endringssekvensene er at kli

enten gir signaler på at han eller hun er mottagelig for intervensjonene. Ut fra mine erfaringer med klienter og min forskning er de endringsiverksettende og endringsforsterkende utsagnene hovedårsaken til de psykiske endringene som oppstår i behandlingen (Dammen 2013).

#### Endringsbekreftende utsagn

Endringsbekreftende utsagn er den viktigste utsagnstypen fra klientene. Det er tre ty- per endringsbekreftende utsagn: instruksjonsbekreftende utsagn som viser psykiske skift og muligens endring, utsagn som klart indikerer psykisk endring og skalerings- utsagn som antyder psykisk endring. De bekrefter at klientene har gjennomført de mentale prosessene som ble initiert, og at klientene som følge av dette, har opplevd et følelsesmessig skift eller en varig psykisk endring.

De endringsbekreftende utsagnene bekrefter at noe psykisk positivt er blitt koblet på den psykiske tilstanden, eller at noe psykisk ubehagelig er blitt koblet av, hvilket er i samsvar med koblingsteorien for psykisk endring, som hevder at ethvert endrings- bekreftende utsagn innebærer at klienten har fått kontakt med nye biopsykiske/men- talbiologiske elementer (ord, utsagn og sanseforestillinger) som rommer mer positive følelser. Endringsbekreftende utsagn er det mest objektive uttrykket for at det har opp- stått en psykisk endring i behandlingen (Dammen 2023a). Disse utsagnene forteller også hvilke intervensjoner som har ført til psykiske endringer, og de er signaler på at terapeut og klient er på riktig spor i behandlingen. Forståelsen av de endringsbekref- tende utsagnene er også i samsvar med teorien om språkets betydning for følelser, ved at det er utsagn fra terapeuten som initierer de mentale prosessene som fører til de følelsesmessige endringene (Dammen 2013, 2023a).

Andelen endringsbekreftende utsagn er på rundt 40 prosent av klientens utsagn per konsultasjon, men den vil variere noe fra klient til klient. På slutten av en konsul- tasjon kan andelen være på over 80 prosent, mens den ved konsultasjonens begynnelse for de fleste vil være nærmere 10 prosent. Denne andelen vil variere noe fra terapeut til terapeut og fra klient til klient. De endringsiverksettende og endringsbekreftende utsagnene følger hverandre tett. Den høye prosentandelen endringsbekreftende ut- sagn illustrerer terapeutens intense fokus på psykisk endring i LBTS (Dammen 2013). **Eksempler på endringsbekreftende utsagn fra klient:**

Her er enkelte eksempler på endringsbekreftende utsagn hentet fra en behandling av musiker med prestasjonsangst og familieproblematikk.

Klient:

* Ja, jeg leker meg litt med klangnyansene (versus alvorspreg)
* Jeg ville hatt en god magefølelse (versus ubehag i magen).
* Selv de små feilene som jeg da kommer til å gjøre, betyr ingenting
* Jeg får til dybden. Først og fremst så får jeg til det å spille dybde.
* Ja, for da betyr det at dette løser veldig mye. •
* At jeg kan tenke at de er glade i meg selv om det går dårlig.
* Jeg hadde en kjempefin spilletime rett etter samtalene med deg.
* Jo, det fører til at jeg er fri.
* Men dette er fantastiske teknikker til å kunne brukes på andre.

De endringsbekreftende signalene er markerte. I dette tilfellet var studenten mer ver- bal enn andre klienter, noe som fremhevet de endringsbekreftende signalene ytterlige- re. Disse utsagnene er i seg selv sjelden tilstrekkelige som dokumentasjon på endring.

Det er summen av antallet små endringsopplevelser som fører til de mer omfattende endringene.

#### Utfordringer i forbindelse med endringsbekreftende utsagn

Endringsiverksettende utsagn fører ikke alltid til endring. En utfordring for den ivrige terapeut er å unngå å tolke klientens utsagn som endringsbekreftende for raskt. Der- som terapeuten fortolker et utsagn som endringsbekreftende, uten at det har skjedd en psykisk endring, vil dette oftest bli avdekket gjennom klientens reaksjoner på de neste intervensjonene – i form av manglende endring. Grunnen til dette er at nye en- dringsiverksettende utsagn ofte bygger på de foregående endringsbekreftende svarene, og ved at nye utsagn oftest ligger på et mer krevende endringsnivå. Dersom klienten ikke signaliserer manglende endring, er dette som regel et tegn på at terapeuten har vurdert klientens utsagn om oppnådde psykiske endringer korrekt. Enkelte fåmælte klienter kan nøye seg med utsagn som ”hm”, ”jo”, ”ok”. Knappe utsagn kombinert med lite mimikk kan føre til usikkerhet på om klientenes svar er reelle uttrykk for endring. En løsning er å undersøke hva som ligger til grunn for klientens utsagn, eller at man tolker de som tilgangsbekreftende, og mer som et utgangspunkt for nye endringsiverk- settende utsagn. Det hender at klienten formidler at det har skjedd positive endringer, uten at dette er tilfelle. Det er flere årsaker til dette. Klienten kan ønske å fremstå som en flink klient, eller en som ønsker å bekrefte terapeuten. Klientene kan også ønske seg bedring så intenst at de svarer mer med utgangspunkt i sine ønsker om bedring, enn ut fra de endringene som de har oppnådd. Klienter som ønsker å tilfredsstille te- rapeuten, vil umiddelbart møte de psykiske realitetene i form av manglende endring senere. Feiltolkninger i positiv retning vil oftest raskt bli avdekket gjennom fravær av endringsbekreftende utsagn noe senere i behandlingen. Det kan oppstå situasjo- ner der klienten opplever endring, men uten at endringen registreres og anerkjennes. Her blir utfordringen å utvikle klientens oppmerksomhet på de endringene som har skjedd. For enkelte klienter er det vanskelig å tro at det har skjedd psykiske endringer, fordi den psykiske plagen har vart så lenge, og på grunn av angst for tilbakefall. En lav frekvens av endringsbekreftende utsagn behøver ikke være et tegn på at klienten ikke har oppnådd psykiske endringer. Men det kan være et signal på at klienten tviler på at endring er mulig. Følgene av denne formen for tvil er at klienten ikke er i stand til å validere de endringene som faktisk har skjedd. Selv om en klient bekrefter at han eller hun har oppnådd psykiske endringer, behøver ikke dette være et tegn på at klienten har fått løst hele sitt problem. Det er ofte nødvendig med flere mindre endringer før klienten opplever at symptomene er redusert. Man kan heller ikke utelukke at enkelte symptomer kan dukke opp på nytt som følge av at klientens mentale prosesser mellom konsultasjonene.

#### Endringsavkreftende utsagn

Blant de endringsrelaterte utsagnene har vi også endringsavkreftende utsagn. Selv en lav frekvens av endringsavkreftende utsagn er et tegn på at man ikke oppnår resulta- ter. Slike utsagn fører til en ny kartlegging og deretter til nye endringsiverksettende utsagn. Hensikten er å undersøke om terapeuten har fått utilstrekkelig informasjon, har oversett enkelte signaler eller ikke vært presis eller grundig nok i kartleggingen av klientens symptomer. Alternativt kan det være at de endringsmetodene som har vært benyttet, ikke har vært sterke nok, eller at de ikke egner seg for klienten. Det kan også være noe annet som hindrer klienten i å endre seg, som man ikke har klart å fange inn. Endringsavkreftende utsagn er sjeldne. Hovedtendensen er at de endringsiverksetten- de utsagnene fører til psykisk endring.

#### Endringskartleggende utsagn

Endringskartleggende utsagnene er forankret i to formål: et resultatorientert og et prosessorientert. Hensikten er å kartlegge de psykiske endringene som blir oppnådd, underveis i og ved slutten av den enkelte konsultasjon. Underveis er målet å undersø- ke om terapeuten er på rett spor, hva som er oppnådd, og hva som fortsatt gjenstår av psykisk ubehag. Slike utsagn kan ha en endringsforsterkende effekt ved at de inviterer klientene til å formidle sin positive opplevelse av psykisk endring, noe som kan for- sterke de endringene som er oppnådd. Manglende endring kommer også til uttrykk gjennom utsagn som forteller at klienten fortsatt har kontakt med det samme psykiske ubehaget som tidligere.

Hensikten kan også være å kartlegge klientens grad av psykisk velvære eller ubehag etter én eller flere intervensjoner. Utsagn som signaliserer ubehag overfor terapeut og behandlingen, er et tegn på at det er noe som ikke fungerer, mens ja-signaler inne- bærer at klienten har det rimelig bra og er på rett spor mentalt, eller at han eller hun allerede har opplevd psykiske endringer.

Andelen endringskartleggende utsagn ligger på rundt 12 prosent. Den er jevnt sti- gende utover i konsultasjonen. Andelen illustrerer stabile terapeutens interesse for å kartlegge de psykiske endringene som klientene opplever. Usikkerhet fra terapeutens side på om klienten har oppnådd endring, fører ofte til flere endringsiverksettende utsagn for å sikre resultatet.

En høy frekvens av endringskartleggende spørsmål reflekterer en tett oppfølging av klientens utvikling, men en lav frekvens behøver ikke å være et uttrykk for man- glende oppfølging. Begrunnelsen for dette er at klientens svar på følelseskartleggende, tilgangsgivende og endringsiverksettende utsagn også forteller terapeuten hvordan klienten har det følelsesmessig og om klienten har oppnådd psykiske endringer.

Eksempler på endringskartleggende utsagn fra terapeut: Terapeut:

* Hvordan kjennes det nå?
* Hva er forskjellen på hvordan du har det i forhold til tidligere?
* Hva er likt og eventuelt litt forskjellig fra tidligere?
* Gir det litt trygghet, på en måte?

##### Utsagn som antyder nye utfordringer i behandlingen

Det er av og til vanskelig å skille mellom endringsavkreftende utsagn og utsagn som signaliserer at det er mer å gjøre, selv om klienten har oppnådd psykiske endringer. Når de alvorligste problemene er løst, dukker det ofte opp et mindre problem som har vært der hele tiden, men som tidligere er blitt overskygget av de mest alvorlige. En lav andel utsagn fra klientene som innebærer nye psykiske utfordringer, indikerer at den psykiske plagen er konsentrert og avgrenset, og at det har skjedd enkelte endringer. Enkelte klienter opplever at noe hindrer endring, noe som kan være en følge av mental slitasje og fysisk utbrenthet. Her kan hvile og omsorg være mer effektivt enn en kre- vende intellektuell behandling.

Det kan være stor spredning i andelen utsagn som skisserer nye utfordringer. Hos enkelte klienter er denne type utsagn nær fraværende. For andre kan opptil 10 prosent av klientens utsagn signalisere at de står overfor nye utfordringer underveis i behand- lingen. Andelen utsagn som rommer nye utfordringer, synes å være uavhengig av in- tensiteten og alvoret i klientens situasjon. Den er mer en følge av omfanget av klientens problemer. Jo mer kompleks den psykiske er, desto flere utsagn som signaliserer nye utfordringer, vil man få. Antallet vil også påvirkes av klientenes tvil på at det kan opp- stå psykiske endringer.

##### Eksempler på utsagn som innebærer nye utfordringer:

Klient:

* Jeg tror det. Det er fordi jeg ikke behersker det (noe gjenstår).
* Ja, da hadde jeg i alle fall vært mye mer fornøyd enn det jeg var nå (noe gjen- står).
* Men det er litt diffust, rett og slett (noe gjenstår).
* Jeg er ikke egentlig så veldig redd for de menneskene («egentlig ikke», noe gjenstår).
* Men allikevel så merker jeg at nervøsiteten stiger (noe gjenstår).
* Søren og (noe gjenstår).
* Jeg merker fortsatt litt av den uroen (noe gjenstår).

Disse utsagnene formidler at klientens problem ikke var helt løst. Terapeuten undersø- ker denne type utsagn med hensyn på hva de rommer av psykisk ubehagelig materiale. Deretter gjennomføres nye endringsprosesser.

##### Eksempler på utsagn fra klient som innebærer kontakt med nye utfor- dringer

* Jeg vet ikke («vet ikke» indikerer ofte psykisk ubehag).
* Det ser greit ut (at noe ser «greit ut», er ikke tilstrekkelig).
* Det er litt («litt» er ikke tilstrekkelig).
* Sikkert det samme («sikkert det samme» antyder usikkerhet).
* Det er der fortsatt (noe gjenstår).
* Sånn midt imellom (ikke godt nok).
* Jeg har det ganske bra («ganske bra» er ikke godt nok).

Klientene behøver ikke å svare et direkte nei på endringskartleggende spørsmål for at svaret blir oppfattet som at noe gjenstår. Ord som «vet ikke», «muligens» og «kanskje» er nesten alltid uttrykk for at klienten ikke er helt igjennom følelsesmessig, selv om han eller hun har oppnådd psykiske endringer. Selv et lite nei-signal blir forstått som et tegn på at klienten ikke har opplevd endringer i tilstrekkelig grad, noe som fører til ny kartlegging og til nye endringsiverksettende utsagn.

#### Skaleringsutsagn:

Skaleringsutsagn blir anvendt for å kartlegge graden av psykisk smerte og omfanget av de endringene som er oppnådd. Formålet med metoden er også å kartlegge hva som skal til for at klienten skal kunne bevege seg fra ett nivå på skalaen til et høyere nivå. Skaleringsutsagn er hentet fra løsningsorientert terapi (Kim Berg & Miller 1992), men de blir anvendt på en noe annen måte i LBT. Skaleringsutsagn innebærer at klientene graderer hvor de befinner seg følelsesmessig langs en skala fra 0–10, der 0 er den verst tenkelige tilstand i en bestemt situasjon eller følelse, mens 10 er den best mulige. Kli- enter liker å skalere den psykiske smerten. Klientens svar på skaleringsutsagn danner ofte grunnlag for nye intervensjoner.

Skalering blir også anvendt for å kartlegge de psykiske endringene som er opp- nådd. Man kartlegger hvilke mentale elementer som er uttrykk for klientene lidelsen, og den følelsesmessige intensiteten i disse elementene ved å be klientene skalere det psykiske ubehaget (det psykiske materialet som forårsaker klientens følelsesmessige reaksjoner) før og etter en intervensjon, en serie med intervensjoner og før og etter en konsultasjon. Et høyere nivå på skalaen etter en endringsprosess dokumenterer psy- kisk endring. Skaleringsutsagn blir også anvendt for å kartlegge tidligere oppnådde endringer, og fortsatte utfordringer fra forrige konsultasjon. Skalering kan også brukes for å redusere den psykiske plagen.

##### Et eksempel på en prosess med skaleringsutsagn:

Terapeut: Hvor ligger du på en skala fra 0 til 10 når et maksimalt bra prøvespill ligger på 10 og det dårligst mulige prøvespill ligger på 0? (Her kartlegges klientens opple- velse av egen mestringsevne) Klient: Den ligger på en firer. Terapeut: Er det bedre enn i sted? Klient: Ja, det er bedre. Terapeut: Hva er forskjellen på den sjueren som du begynte med i dag, og den sjueren du er nå? (Her kartlegges oppnådde endringer.) Klient: Eh, jeg ligger fortsatt på en sjuer, men det betyr ikke at jeg ikke er blitt bedre. Den er litt mer reell, den sjueren nå (latter). Og det er en gladere sjuer, på en måte.

Det er enkelt for klienten å skåre sin psykiske smerte eller sitt psykiske velvære og de endringene som er en følge av behandlingen.

#### Andre utsagn

##### Utsagn som signaliserer ubehag

I den første fasen av behandlingen hender det at klienter formidler utsagn preget av selvkritikk og utsagn om at de er slitne av å ha det så vondt. Disse utsagnstypene forsvinner oftest underveis i konsultasjonen på grunn av de raskt oppnådde positive endringene som klientene opplever.

Vi har følgende typer utsagn som skisserer ubehag fra klient:

* Kritiske utsagn til prosessen
* Resultatskeptiske utsagn
* Motstandsreaksjoner mot behandlingen
* Negative overføringer fra klienten
* Negative fortolkninger av seg selv
* Bebreidende og kritiske utsagn mot andre
* Oppgitthetsutsagn

Utsagn som signaliserer ubehag kan være forårsaket av behandlingen, av klientens re- lasjoner til andre og seg selv, eller være uttrykk for en kognitiv stil. En høy frekvens av denne typen utsagn kan være et uttrykk for manglende resultater og endringsevne. En lav andel utsagn som signaliserer ubehag fra klienten utover i konsultasjonen, er tegn på at klientene har fått redusert sin psykiske plage.

#### Kritiske utsagn

Kritiske utsagn til prosessen innebærer at klienten kritiserer hvordan terapeuten ar- beider. En høy frekvens av kritiske utsagn indikerer at behandlingen har liten effekt, og at klienten befinner seg i en tilstand som vanskeliggjør endring. En lav frekvens av kritiske utsagn indikerer at klienten er fortrolig med behandlingen, og at han eller hun er mottagelig for endring. Kritiske utsagn mot prosessen fører til at terapeuten justerer arbeidet for å tilpasse seg klientens ønsker.

Enkelte klienter kan ha negative vurderinger av behandlingen uten at dette blir formidlet. En underliggende kritikk kan føre til at klienten i mindre grad klarer å følge opp terapeutens intervensjoner og oppnå psykiske endringer. Klientens tause kritikk av terapeut og behandlingen er derfor stort sett lett å oppdage.

##### Overføringer fra klient til terapeut

I LBTS er overføringer, slik de beskrives i psykoanalysen, forstått, ikke noe som klien- ten utøver, men noe som terapeuten velger å tolke som overføringer. Overføringer blir vurdert som ethvert annet utsagn, ut fra i hvilken grad de rommer et psykisk materiale som bør endres, eller om det kan anvendes positivt i behandlingen. Det å betrakte noe som overføringer er uttrykk for at man ikke tar klientens utsagn på face value, og at man er mindre opptatt av endring. Fokus på overføringer er fraværende i LBTS på

grunn av terapeutens kontinuerlige fokus på klientens utsagn og på målet om å endre den psykiske plage.

Når terapeuten toner ned sitt fokus på overføringer, kommer andre elementer ved klientens utsagn i fokus, som de mentale elementene som forårsaker den psykiske lidelsen, de mentale endringsprosessene som klienten gjennomgår, og målene med behandlingen.

##### Prosessrelaterte utsagn

Hensikten med de prosessrelaterte utsagnene fra terapeuten er å sikre at klientene fo- kuserer på de endringsprosessene som er iverksatt. Vi har tre typer: prosessopprett- holdende, tilstandsavbrytende og prosessavbrytende utsagn. Prosessopprettholdende utsagn hjelper klientene til ikke å fortape seg i sine ubehagelige opplevelser mens de forteller, noe som kan skje dersom de støter på noe traumatisk. Gjennom prosessopp- rettholdende utsagn guider terapeuten klienten gjennom de mentale endringsproses- sene.

Hvorvidt et utsagn fungerer som prosessavbrytende eller prosessopprettholdende, blir bestemt av den sammenhengen som utsagnet formidles innenfor, og av de inter- vensjonene som følger etter utsagnet. Av og til fungerer utsagn med en prosessopp- rettholdende ordlyd som prosessavbrytende utsagn ved at de gir klienten anledning til litt hvile i behandlingen.

Eksempler på prosessopprettholdende utsagn fra terapeut:

* ”Og så kommer du ut … og så … ikke anstreng deg eller press deg til å føle noe, ting bare skjer. Hva skjer nå når det skjer?” (Her guides klienten videre)
* ”Når situasjonen gradvis avsluttes og dere går fra hverandre, hva skjer nå?” (Her holdes klienten i gang).
* ”Og så går du løs på neste utfordring” (her ledes klienten videre).
* ”Hvis du tar deg litt god tid, hva skjer da?” (Her forberedes det videre forløpet).

##### Tilstandsavbrytende utsagn

Formålet med tilstandsavbrytende utsagn er å avbryte den mentale tilstanden som klienten er inne i, eller å få klienten ut av en følelse og over i en annen som er mer hensiktsmessig, for behandlingen. De blir anvendt for å hindre at klienten dveler for lenge ved det psykiske ubehaget. Andre ganger er formålet å endre klientens fokus for å forberede en ny intervensjon.

##### Eksempler på tilstandsavbrytende utsagn

* ”Nå kan vi ta en fantasi” (her endres klientens fokus).
* ”Og da er det andre spørsmålet” (her rettes klientens oppmerksomhet mot noe nytt).
* ”Skal vi se …” (her stoppes en prosess, og en ny begynnes).
* ”Nå skal du tenke på noe annet du har opplevd” (her endres klientens fokus).
* ”Og nå skal vi se, hva gjorde du i Hellas?” (Fullt avbrekk).
* ”Kan du se at situasjonen avrundes og avsluttes” (her stoppes en mental prosess).
* ”Da kan jeg se litt på en annen ting” (her skiftes fokus).
* ”Skal vi se, skal vi stoppe der” (her stoppes en mental prosess).
* ”Nå er jeg ferdig med kartleggingen” (her avsluttes et arbeid). Et trekk ved tilstandsavbrytende utsagn er at de endrer klientens fokus.

##### Utsagn som indikerer problemer med å utføre instruksjonene

Det hender at klientene ikke klarer å utføre de mentale operasjonene som terapeu- ten inviterer til. Det kan være flere årsaker til dette. Klienten har ikke oppfattet eller forstått terapeutens instruksjoner, klarer ikke å endre sitt mentale fokus, vegrer seg for å utføre instruksjonen, fordi den aktiverer psykisk ubehag, eller opplever at det er vanskelig å se for seg, høre eller oppleve det som terapeuten inviterer til. Denne type utfordringer blir oftest løst ved at terapeuten endrer innfallsvinkel.

Det er vanligvis få utsagn som indikerer problemer med å utføre terapeutens in- struksjoner eller å tenke på den måten som terapeuten inviterer til. Men det kan opp- stå situasjoner der klienten ikke meddeler at han eller hun ikke forstår presist hva han eller hun skal gjøre. Dette blir oftest avdekket ved at klienten opplever sin situasjon som like ubehagelig etter en serie med intervensjoner som før en endringsprosess. Denne type utsagn er oftest en midlertidig reaksjon som fører til at terapeuten justerer sin innfallsvinkel. En lav frekvens av denne type utsagn er et tegn på at behandlingen forløper som ønsket.

##### Bebreidende utsagn rettet mot andre

Bebreidende eller kritiske utsagn fra klientene er uttrykk for at de har et uavklart for- hold til andre, eller at de er preget av frustrasjon eller sinne. Slike utsagn kan være projiseringer, det vil si overføringer av egne følelser eller egenskaper på andre. De kan uttrykke mistenksomhet eller mistro, og de kan være uttrykk for en kognitiv stil. I til- legg finnes det personer som kan oppleves som arrogante, likegyldige, uvennlige eller respektløse. Med andre ord kan klientens bebreidende utsagn ha en fornuftsmessig forankring. Tendensen til å kritisere andre kan likevel føre til problemer om de blir aktivert utenfor behandlingen.

Bebreidende og kritiske utsagn forteller noe om klientens psykiske tilstand, men ikke nødvendigvis noe om de problemene som skal endres. Dersom terapeuten tar tak i denne type utsagn, blir de undersøkt for å avdekke hva som utløser de, og om de har så stor negativ betydning for klienten at de bør endres. Av og til er det nødvendig å endre klientens tendens til bebreidende og kritiske utsagn mot andre. Bebreidende utsagn kan også være et uttrykk for at klientens fokus er rettet mot noe annet enn be- handlingen, noe som kan redusere dens effektivitet.

En gradvis lavere frekvens av kritiske og bebreidende utsagn utover i konsulta- sjonen er et tegn på at klienten har oppnådd enkelte psykiske endringer. Fravær av kritiske utsagn mot andre betyr ikke at klienten ikke har kritikk overfor andre, men at

de kritiske holdningene er deaktivert som følge av klientens fokus på det som skjer i behandlingen.

#### Negative egenfortolkninger

Negative tolkninger av egen atferd, egenskaper og væremåte i begynnelsen av konsul- tasjonen illustrerer trekk ved klientene. Negative egenfortolkninger blir forstått som at klienten har kontakt med noe psykisk ubehagelig. De blir betraktet som naturlige i den innledende fasen av behandlingen og fungerer ofte som et utgangspunkt for be- handlingen. En høy frekvens av utsagn som rommer negative egenfortolkninger fra klienten ut over i konsultasjonen, indikerer manglende psykisk endring eller at det gjenstår uløste utfordringer. En gradvis lavere frekvens av negative egenfortolkninger underveis i konsultasjonen er et tegn på at det har skjedd positive psykiske endringer med klienten.

##### Resultatskeptiske utsagn fra klient

Resultatskeptiske utsagn fra klienten formidler manglende tro på behandlingen. De kan være rettet mot klientens evne til å forandre seg psykisk eller mot behandlingen. Denne type reaksjoner kan hindre klienten i å gjennomføre de nødvendige endrings- operasjonene. Selv en lav frekvens av resultatskeptiske utsagn er et tegn på at behand- lingen ikke fungerer godt nok, eller at klienten ikke føler seg vel i behandlingssitua- sjonen.

Resultatskeptiske utsagn forteller av og til noe om hvor alvorlig den psykiske pla- gen er, og/eller at klienten lenge har forsøkt å få det bedre uten å ha lyktes. Enkelte klienter har gått flere år i terapi uten at det har fungert, eller de har forsøkt autogen trening, meditasjon, Tai Chi, Feldenkrais, Alexanderteknikk eller andre selvhjelpsme- toder uten resultat. Disse metodene har ofte en viss effekt på mildere, men sjelden på alvorlige problemer.

Klientene kommer av og til til terapeuten som en siste mulighet, men uten at de helt tror på at det er mulig å bli kvitt den psykiske plagen. En av utfordringene i denne situasjonen er å undersøke hva som skal til for at de skal tro på endring, og deretter intervenere for å endre en fastlåst oppfatning om at behandling ikke nytter.

#### Kritiske utsagn fra klientene rettet mot prosessen

Kritiske utsagn til prosessen innebærer at klienten åpent kritiserer terapeutens til- nærming og hvordan han eller hun arbeider. De indikerer at behandlingen har liten effekt, og at klientene befinner seg i en psykisk tilstand som vanskeliggjør endring. I LBTS oppfordres klientene til å fortelle hva som fungerer, og om det er noe som ikke fungerer. En forutsetning for dette er at terapeuten tåler klientens informasjon og er i stand til å justere sin behandling med utgangspunkt i klientens ønsker.

Kritiske utsagn mot behandlingen fører til justeringer i terapeutens arbeidsstil,

med det formål å gjøre klienten mer mottagelig for terapeutens intervensjoner. Fra- været av kritiske utsagn vil kunne indikere at klienten er fortrolig med terapeuten og med behandlingen, og at klienten befinner seg i et psykisk leie der han eller hun er mottagelig for endring - hvis ikke fraværet av denne type informasjon er et tegn på at klienten undertrykker egne følelser.

##### Oppgitthetsrelaterte utsagn

Enkelte klienter vil ha liten endringsevne på grunn av oppgitthet over egen situasjon. Oppgitthet reflekterer en tilstand preget av manglende energi, slitenhet og av at man ikke orker å være offensiv. Oppgitthetsutsagn kan være forårsaket av at klienten i lang tid ikke har fungert som han skulle ønske, og et tegn på at klienten har snakket om sin situasjon med venner, familie, helsepersonell og psykologer eller psykiatere i lang tid uten at dette har ført til bedring. En høy frekvens av denne type utsagn mot slutten av konsultasjonen indikerer at klienten ikke har oppnådd de ønskede endringene. Klien- tens oppgitthet vil avta dersom klienten opplever bedring.

Mange oppgitthetsreaksjoner ved behandlingens begynnelse kombinert med en synkende andel underveis i behandlingsprosessen indikerer psykisk endring. En lav frekvens av oppgitthet og slitasje indikerer at klienten opplever behandlingen som po- sitiv, uten at dette er noen garanti for at det har skjedd en psykisk endring. Om klien- ten er preget av oppgitthet, er det av betydning å gi klienten kontakt med situasjoner der de har hatt energi og overskudd og der de har fått til noe.

##### Milde konfronterende utsagn

Milde konfronterende utsagn konfronterer klienten i stedet for at man går med og bekrefter klientens forståelse av sin situasjon. De er forankret i terapeutens forståelse og ikke i klientens opplevelse av sin egen situasjon. Ut fra hjernepsykologien (Dam- men 2024a) er det kun klienten som er i stand til å vite noe om hvordan han eller hun opplever sin situasjon, og hva som følelsesmessig er best for klienten. En konsekvens av dette er at man unngår konfronterende utsagn fordi de kan bli opplevd som pro- voserende og irrelevante, og fordi de innebærer kontakt med uønskede følelser. Slike utsagn kan redusere klientens endringstempo eller hindre endring.

I LBTS er man oppmerksom på når man som terapeut beveger seg fra en behand- ling på klientenes premisser, til å fremstå som en ekspert som vet mer om klientens opplevelse av symptomer på schizofreni enn klienten selv. Det hender at terapeuten fungerer mer som en rådgiver enn som terapeut, men i det øyeblikk dette skjer, forlater man LBTS og fungerer mer som en coach.

Man er forsiktig med å anvende milde konfronterende utsagn, da terapeuten ikke har full kontroll på om selv en mild konfrontasjon vil ha endringseffekt, eller om den vil føre til psykisk ubehag. Det må likevel tilføyes at terapeutene kan ha en så dyp forståelse av klientene at de vet at konfronterende utsagn kun setter i gang en positiv mental endringsprosess. Den verdenskjente legen og hypnoterapeuten Milton Erick- son var ekspert på slike konfrontasjoner. Men for de fleste terapeuter kan forsiktighet

være en løsning, fordi de ikke har full oversikt over klientenes følelsesmessige reaksjo- ner.

Konfronterende utsagn kan føre til en dårligere relasjon mellom terapeut og kli- ent, og dreie klientens fokus mot temaer som har mindre betydning for endring. En undersøkelse av enkelte terapeutiske prosesser (Dammen 2013) viser at andelen av milde konfronterende utsagn er nær fraværende i LBT, med en andel på ca 2 % av terapeutens utsagn.

##### Rådgivende utsagn

Ved rådgivende utsagn gir terapeuten råd om hvordan klienten burde tenke, forholde seg eller handle, uten å undersøke om klienten ønsker eller trenger råd. Rådgivende utsagn kan hindre endring fordi de er forankret i terapeutens forståelse og fortolkning og ikke i klientens følelsesmessige reaksjoner og mentale kapasitet til å ta imot råd. Ethvert råd innebærer at terapeuten betrakter seg som «den vitende» og som «ekspert» (Goolishian og Anderson 1992). Enkelte klienter blir provosert av råd, da rådene ikke treffer klientens følelser presist. Andre ber om råd og får det uten at de virker, med den følge at klienten blir kritisk til terapeuten, som får ansvaret for at behandlingen ikke fungerer som forventet. Råd kan også fungere negativt fordi de kan dreie terapeutens og klientens fokus bort fra det som er sentralt i behandlingen.

Enkelte råd kan fungere. Men i det øyeblikk terapeuten gir råd, beveger han eller hun seg utenfor den hjernepsykologiske forståelsen av symptomer på schizofreni og psykisk endring. Det har hendt at klienter får råd som innebærer en forsterking av de rådene klienten har gitt seg selv. Dette kalles pacing og er en metode hentet fra nevro- lingvistisk programmering. Pacing innebærer at man bekrefter klientens forståelse og opplevelse av sin situasjon. Man går med klientens opplevelse istedenfor å konfrontere klienten (Bandler & Grinder 1975).

Det hender likevel at jeg har gitt råd. I disse situasjonene har jeg fungert mer som en konsulent. For noen klienter har det fungert ok. Samtidig har jeg oppdaget at klien- tenes endringstempo er blitt langsommere, selv om de har virket fornøyde. Da har jeg gått tilbake til basic med spørsmålet: Er det noe konkret som du ønsker å få det bedre med akkurat nå?

Eksempler på råd:

* T: Kanskje du bør bli litt roligere i situasjonen? T: Det vil nok gå bra om du forsøker litt mer.

Selv et lavt antall argumenterende og rådgivende utsagn kan føre til at klienten kan føle seg underlegen eller dum, noe som kan føre til motstand mot behandlingen og redusere behandlingens effekt.

##### Analyserende utsagn

Analyserende utsagn formidler terapeutens forståelse av klientens tilstand og behov. Situasjons- og hendelsesanalyser er ikke valide som beskrivelser av det psykiske ma- terialet som forårsaker klientens psykiske plage, hvis terapeuten ikke har en vitenska- pelig forståelse for hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt. Grunnen er at

de springer ut fra terapeutens opplevelser og ikke ut fra det psykiske materialet som forårsaker klientens psykiske plage. I LBTS unngår terapeuten å analysere klientens situasjon om ikke klienten ber om terapeutens forståelse. I stedet fokuserer man på hvordan klienten sansemessig opplever, og verbalt formidler sin tilstand. Jeg konfron- terer av og til klienten med hans eller hennes dysfunksjonelle utsagn og manglende logikk, men da befinner jeg meg innenfor den forståelse man finner i kognitiv terapi, samtidig som jeg forlater idealene i LBT.

Analyserende utsagn fra terapeut fra en behandling av en klient med reaksjoner etter et samboerbrudd og sosial problematikk:

T: Hun er vel også redd for noe som hun ikke vil inn i én gang til, fordi det var smertefullt (analyse av kjærestens reaksjoner). Klienten kan her være helt uenig i ana- lysen, og formidle at det ikke er noe hun trenger å være redd for = konflikt. T: Det be- tyr vel at du faktisk representerer en som kan gi henne mye smerte? Og at hun absolutt ikke vil inn i den smerten én gang til? (Det tidligere forholdet ble av den andre parten opplevd som vanskelig)

Selv om slike utsagn kan gi klienten en ny forståelse og muligens føre til psykisk endring, kan de også føre til konflikt. Jeg betrakter virkningen av denne type utsagn som mindre kontrollerbare, samtidig som jeg erkjenner at terapeutens analyse kan være feil. Dette gjelder selv om formålet med de analyserende utsagnene kan være å gjøre klienten bevisst væremåter som kan føre til ubehag for andre, og selv om hensik- ten er å bidra til å bedre klientens situasjon. Analyserende utsagn må anvendes med forsiktighet. Terapeutens innsikt er ingen garanti for endring av atferd. Det sikreste er å endre det psykiske materialet som forårsaker eller bidrar til klientens uheldige reak- sjoner overfor andre, slik klienten selv opplever situasjonen.

##### Argumenterende utsagn

Argumenterende utsagn innebærer at terapeuten forsøker å overbevise klienten om sin vurdering eller går inn i diskusjoner med klienten. Slike utsagn betraktes som uhensiktsmessige fordi de fører til en endring av fokus fra klientens følelsesmessige reaksjoner til det temaet som diskuteres og kan skape uenighet mellom terapeut og klient, noe som igjen kan ødelegge en god relasjon. Videre fører de i liten grad til ak- tivering av klientens mentale ressurser, og sjelden til psykiske endringer. I tillegg kan de få klienten til å føle seg dum, underlegen og maktesløs overfor terapeuten, som blir oppfattet som ekspert. Man unngår derfor å argumentere med klientene.

##### Negativt konfronterende utsagn

Negativt konfronterende utsagn innebærer at terapeuten behandler klienten dårlig og med manglende respekt. Slike utsagn fører til psykisk ubehag, som kan vedvare etter at konsultasjonen er avsluttet. Det finnes flere typer konfronterende utsagn i behand- lingen

* Kritiske utsagn
* Utsagn som uttrykker tvil på klientens utsagn
* Moraliserende utsagn
* Pessimistiske utsagn
* Utsagn som signaliserer uenighet
* Nedsettende utsagn
* Direktiver, beskjeder om hva klienten skal gjøre
* Utsagn om klientens svakheter, begrensninger og manglende positive egen- skaper

Disse utsagnstypene blir unngått fordi de kan føre til konflikt, avspore behandlingen, øke klientens psykiske ubehag og hindre endring. Dersom de likevel skulle forekom- me, er dette et tegn på at terapeuten gjør en dårlig jobb, og at vedkommende ikke arbeider i tråd med den forståelsen for symptomer på schizofreni som er grunnlaget for LBT. Negative konfrontasjoner i form av korreksjoner utgjør et dårlig grunnlag for behandling. Disse vurderingene er i samsvar med forskning som hevder at det er nødvendig å utvikle en god relasjon mellom klient og terapeut (Hubble, Miller, Wam- pold & Duncan, 2010). De er også inspirert av de verdiene som ligger til grunn for løsningsorientert terapi, narrativ terapi, nevrolingvistisk programmering og postmo- derne terapi.

##### Moraliserende utsagn

Moraliserende utsagn inneholder et budskap om at klientens holdninger og atferd er moralsk klanderverdige. Disse utsagnene er basert på terapeutens forståelse og verdi- grunnlag. De representerer et ikke-aksepterende språk, noe som klientene trolig har opplevd mange ganger tidligere i livet, uten at det har resultert i endringer. Morali- serende utsagn kan fremkalle skyldfølelse og er ødeleggende i behandlingen. Derfor unngås slike utsagn i LBT.

##### Kritiske utsagn

Kritiske utsagn er et uttrykk for at terapeuten ikke arbeider med utgangspunkt i klientens opplevelse av sin situasjon. De viser manglende forståelse for klientens følel- ser. Slik kritikk påfører klienten et nytt problem i tillegg til de eksisterende. Kritikk kan ødelegge relasjonen mellom terapeut og klient og hindre endring, selv om terapeuten mener å ha rett. Problemet ligger imidlertid her i at terapeuten fokuserer på hvem som har rett, fremfor å anerkjenne klientens perspektiv.

##### Pessimistiske utsagn

Pessimistiske utsagn formidler at klienten har en dårlig prognose, at problemet er for langt fremskredent, for omfattende, eller uforanderlig, og at det er lite som kan gjøres. De innebærer også en mangel på tro på at klienten har de nødvendige ressursene for å bli kvitt sine symptomer. Disse utsagnene er viktige å nevne, fordi mange klienter har delt erfaringer der psykologer eller psykiatere har formidlet liten mulighet for bedring, og at klientene måtte regne med å leve med sykdommen og ta medisiner resten av livet. For de fleste klienter oppleves slike utsagn som en ekstra belastning. De skaper et nytt problem for klienten. Terapeutene uttaler seg her med en sikkerhet om noe de faktisk ikke kan være sikre på. Resultatet er at klientens håp om en bedre fremtid reduseres.

Pessimistiske utsagn er ofte mer et uttrykk for terapeutens manglende kompetanse enn et vitenskapelig fundert syn på klientens evne til å bli kvitt schizofreni. I tillegg kan de være forankret i terapeutens holdning om at det er bedre å konfrontere klienten med ‘sannheten’ – det vil si terapeutens sannhet – enn å la klienten leve videre med håp om å redusere eller kvitte seg med schizofreni. I LBTS er det klienten som avgjør hvilken sannhet som er best å leve med. Fraværet av denne type utsagn er essensielt for å utvikle en god relasjon til klienten og for effektiv terapi.

Et eksempel på en mer ekstrem variant av et slikt utsagn: En klient fortalte at psyko- logen hadde kommet med seksuelle tilnærmelser samtidig som han formidlet at hun aldri kunne bli bra, hvis hun ikke fortsatte behandlingen hos ham. Klienten opplevde situasjonen som usedvanlig belastende, men klarte ikke å slutte på egen hånd.

##### Respektløse og nedsettende utsagn

Respektløse og nedsettende utsagn innebærer at terapeuten karakteriserer klienten negativt, eller at han eller hun avbryter eller overser klienten. Slike utsagn reduserer utbyttet av behandlingen og vil skape konflikt og hindre utvikling av en god relasjon. Enkelte klienter har formidlet at de har opplevd denne type utsagn fra behandlere. De kan være uttrykk for en endringsstil, men også at terapeuten overfører egne uløste problemer på klienten. Et eksempel på dette er en litt pussig, men likevel for klienten ubehagelig opplevelse: Psykiateren hadde en vekkerklokke foran seg. Presis på minut- tet stoppet terapeuten timen, uansett hva de snakket om. Innimellom døste terapeuten av. Noen terapeuter kan således oppleves som respektløse, selv uten at de bruker ord. Det er terapeutens oppgave å være oppmerksom på hvordan terapeutens språk virker på klienten, og deretter justere sin språkbruk om klienten ikke føler seg fortrolig med terapeutens språk, for eksempel om terapeut skulle banne eller bruke ord som kliente- ne ikke er fortrolige med.

##### Utsagn som formidler at klienten er en vanskelig klient

Terapeuter står av og til overfor klienter som blir opplevd som vanskelige å kommuni- sere med, og de forteller klienten at han eller hun er en vanskelig klient. Noen klien- ter har fortalt om slike utsagn fra helsepersonell. Utsagn om at klienten er vanskelig, forverrer klientens tilstand og reduserer utbyttet av behandlingen. I tillegg skaper de aggresjon. Her kommer terapeutens vurderinger i sentrum, mens klientens følelser blir oversett. Klienten får skylden, mens terapeuten kan bli kvitt sin frustrasjon over at behandlingen, tross gode intensjoner, ikke fungerer. Utsagn om at klienten er en van- skelig klient innebærer at klienten blir påført et nederlag i tillegg til de han eller hun har fra før, mens terapeuten ikke tar ansvar for sine reaksjoner. Utsagn om at klienten er en vanskelig klient forteller mer om begrensninger ved terapeutens arbeidsstil enn om klienten.

Det er viktig å innrømme at vår kunnskap om hvordan vi skal behandle symptomer på schizofreni er mangelfulle, og at vi av og til ikke er gode nok. Da går klienten fri og kan beholde sin gode samvittighet og selvrespekt, mens vi beholder ansvaret for det som ikke fungerer.

##### Utsagn som rommer tvil

Dette er utsagn som uttrykker tvil med hensyn på sannheten i de informasjonene og opplevelsene som klienten har formidlet. Enkelte klienter har fortalt om ubehagelige opplevelser med terapeuter som har tvilt på om det de har fortalt var sant. Utsagn som tviler på sannhetsinnholdet i klientens informasjoner, virker destruktivt, kan føre til konflikt, at klienten lukker seg, og til at han eller hun ikke får utbytte av behandlingen. En av forutsetningene for å lykkes er at terapeuten stoler på og har tillit til klientens utsagn, uansett hvor underlig utsagnet måtte være, og uten å karakterisere det som uttrykk for galskap eller sykdom. Til grunn for denne vurderingen ligger den erfarin- gen at det ikke er sannheten som er det sentrale i kommunikasjonen mellom klient og terapeut, men at klienten opplever at det han sier, blir opplevd som sant og betyd- ningsfullt, og som et utgangspunkt for en nysgjerrig og meningsfull samtale. Dette kan frigjøre mentale ressurser som kan anvendes terapeutisk.

Hvis man møter klienten med denne type holdninger, vil man kunne oppleve at klientene nyanserer sine utsagn og bli mer nøkterne, hvilket er et verdifullt endrings- resultat. Den viktigste eksponenten for denne forståelsen var Carl Rogers, grunnlegge- ren av klientsentrert terapi. Man finner også de samme verdier nedfelt i nevrolingvis- tisk programmering gjennom begrepene pacing og leading (Bandler & Grinder 1979, 1988).

Uvennlighet

Uvennlighet kan føre til konflikt mellom terapeut og klient og redusere utbyttet av be- handlingen. Dette er innlysende. Likevel stoler noen terapeuter i parterapi mer på den ene partens virkelighetsforståelse enn den andres. I det øyeblikk man tar parti med en av partene, ødelegger man muligheten for behandling. Mens den ene parten føler støtte, kan den andre oppleve at man får en to-mot-én-situasjon, det vil si en konflikt til, i tillegg til den man hadde fra før. Alle klienter må likevel beskyttes mot vold og overgrep.

En annen selvfølgelighet som heller ikke alltid praktiseres, er at man som terapeut må like alle sine klienter, eller finne noe å like ved alle, for å behandle dem. Denne holdningen er knyttet til profesjonalitet. Som amatør kan jeg like noen og mislike an- dre. Som terapeut forlater jeg her min rolle som ekspert og går over til å bli amatør om jeg tillater meg å mislike en klient.

##### Utsagn om klientens begrensninger og mangler

Utsagn fra terapeuten om klientens svakheter og manglende positive egenskaper kan også fastholde den psykiske smerten og redusere klientens kontakt med sine mentale ressurser. De er nevnt her fordi noen få klienter har opplevd denne type utsagn fra andre terapeuter. De blir unngått i LBT.

##### Oppsummering

Fraværet av negative konfronterende utsagn antyder at terapeuten arbeider i tråd med den innsikten at disse utsagnstypene har en ødeleggende effekt, og med de verdiene som ligger til grunn for LBT. Utsagn med mindre betydning

Mindre betydningsfulle utsagn er fokusert på noe annet enn formålet med behand- lingen. Andelen mindre betydningsfulle utsagn er i LBTS rundt 1 prosent. Den lave andelen illustrerer at behandlingen fokuserer på det som er vesentlig for å endre den psykiske plagen. En begrenset andel mindre betydningsfulle utsagn har likevel verdi ved at de gir klientene en pause mellom endringsprosessene, og ved at samtalen i korte perioder kan være fokusert på avslappende alminneligheter. Behandlingen bør trolig preges av en viss andel utsagn av mindre betydning for selve behandlingen. Ressurs- kartleggende utsagn

Formålet med ressurskartleggende utsagn er å kartlegge mentale ressurser som kan anvendes for å redusere klientens symptomer (Dammen 2013, 2024a). Mentale ressurser er definert som positive ønsker, sanseopplevelser, mestringsopplevelser og positive holdninger, egenskaper og tanker. Alt klientene ønsker seg eller har fått til, kan fungere som en mental ressurs og anvendes i behandlingen, selv om klientenes ønsker ikke er realistiske. En lav frekvens av utsagn som indikerer at klienten har lite kontakt med sine mentale ressurser ved behandlingens begynnelse, kombinert med en økende andel utsagn som viser økende kontakt med mentale ressurser utover i behandlingen, indikerer at det har skjedd positive psykiske endringer med klienten (Dammen 2024a, Teorien om de terapeutiske ressursene).

Enkelte eksempler på ressursbeskrivende utsagn

* Jeg har alltid hatt lyst til å skrive en bok (lyst til å skrive er en mental ressurs som kan aktiveres).
* Og så lager jeg min egen verden (positive fantasier er mentale ressurser).
* Hvis jeg blir altfor anspent, får jeg skrive (evne til å skrive seg ut situasjonen blir betraktet som en mental ressurs).

Klientens utsagn viser at han har enkelte egenskaper av betydning for behandlingen. Dette er egenskaper som klienten har hatt kontakt med i sitt tidligere liv. Ønsker om noe blir også betraktet som mentale ressurser som kan anvendes i den psykiske opp- byggingen på linje med forestillingen om positive egenskaper. Disse kan hentes opp og aktiveres i behandlingen selv om de lenge har vært fraværende.

Andre eksempler på utsagn som henviser til mentale ressurser og ressurspregede egen- skaper:

Klient:

* At jeg har masse god støtte (evne til å oppleve støtte) • Jeg stresser ikke (evne til ikke å stresse)
* Det er å være glad og så finne ut at jeg kan bli lykkelig og få hund(evne til å forestille seg en god fremtid

Klienten formidler her forestillinger om egenskaper og mentale ressurser som han trenger eller vil trenge. Mindre attraktive egenskaper kan også fungere som mentale ressurser, som for eksempel likegyldighet. Likegyldighet blir derfor sett på som en

mental ressurs i noen situasjoner for noen klienter. Positive forestillinger om hva kli- enten trenger, kan også fungere som mentale ressurser

.

* + Da trenger jeg at jeg spiller frasene helt ut, liksom.
  + Og så trenger jeg at det låter kjempefint.
  + Det er å være helt trygg på at jeg kan greie det.
  + Jeg tror kanskje jeg trenger litt humor på det.

Denne type utsagn er tegn på klienten har positive forestillinger om hva han hadde hatt behov for. Positive forestillinger betraktes som terapeutiske ressurser som kan hentes frem, aktiveres gjennom behandlingen og til de situasjoner der de er nødven- dige i dag.

Eksempler på ressurskartleggende utsagn fra terapeut:

* + Hva trenger du av egenskaper for ikke å irritere deg over dem?
  + Hva trenger du nå for å beholde ditt overskudd, uansett hvor nervøs du måtte være?
  + Hvilke egenskaper hadde du trengt der borte, som hadde ført til at du hadde lyktes enda bedre?

LBTS er kjennetegnet av at andelen utsagn som fokuserer på klientens mentale res- surser, øker underveis i konsultasjonen. Vi har utsagn på ressursnivå 1, som uttryk- ker eller henviser til omfattende mentale ressurser. Dette er utsagn om sterkt positive opplevelser fra klientens tidligere og nåværende liv. Denne type utsagn er godt egnet som et utgangspunkt for å hente opp og aktivere ønskede egenskaper. Utsagn på nivå 2 henviser til mentale endringsressurser i mildere grad. Mildere ressurser kommer til uttrykk gjennom positive, men mindre intense mestringsopplevelser og gjennom alminnelige gode opplevelser og tanker. Utsagn på nivå 3 handler om klientens proble- mer, ubehagelige opplevelser og negative tanker. Denne type utsagn fungerer som et utgangspunkt for psykisk endring, men betraktes i liten grad som en endringsressurs, utover at selve det å være i stand til å tenke negativt og oppleve noe negativt er tegn på at klienten anvender enkelte positive egenskaper som evne til å tenke.

Forskningsresultater viste at andelen utsagn som rommet eller henviste til mentale ressurser på nivå 1 og 2, øker gjennom konsultasjonen, mens andelen utsagn på nivå 3 avtar umiddelbart. Klientenes økende grad av kontakt med mentale ressurser er en føl- ge av terapeutens fokus på ressursaspektet ved klientenes positive opplevelser, ideer og tanker (Dammen 2013). Det er verdt å merke seg at dersom terapeuten har et intenst fokus på klientenes ressurser i behandlingens første fase, vil dette kunne bli opplevd som uttrykk for manglende respekt og forståelse. Grunnen til dette er at avstanden ville være for stor mellom klientenes opplevelse av psykisk smerte og terapeutens po- sitive fokus. Selve det at klienten får kontakt med og utbytte av et positivt fokus, er et tegn på at det har skjedd endringer i klientens psykiske tilstand. Den økte kontakten med de mentale ressursene kan deretter anvendes som et utgangspunkt for ytterligere å redusere den psykiske plagen.

#### Avslutning

I det foregående har jeg beskrevet de utsagnskategoriene som inngår i LBT. De ulike utsagnstypene kan anvendes i behandling, i forskning og som et utgangspunkt for å undersøke hva som skjer mellom terapeut og klient også i andre terapeutiske tradi- sjoner. Dette gjelder selv om andelen av de ulike utsagnstypene i andre terapeutiske tradisjoner vil være forskjellig fra lingvistisk hjerneterapi LBT.

Kapittel 37 Intervensjonskartleg- ging

Vanligvis skiller man mellom behandling og utredning. Men ingen kartlegging av schizofreni som en statisk tilstand, kan gi et fullstendig bilde av den psykiske plagen og hvordan klienten opplever sin psykiske plage inne i hodet. Utvikling av vitenska- pelig kunnskap om symptomer på schizofreni, det vil si de biopsykiske elementene som lagrer og utløser schizofrene reaksjoner, forutsetter kunnskap om de mentale endringene som klienten gjennomgår, og om klientens endringsevne, da denne evnen er en vesentlig egenskap ved schizofrenii Kunnskap om symptomer på schizofreni som ikke inkluderer kunnskap om klientenes endringsevne vil ikke være fullstendig og vi- tenskapelig tilstrekkelig. Man må derfor betrakte den psykiske plagen ikke bare som en statisk, men også som en endringsbar tilstand.

En følge av at psykologien skiller mellom utredning og behandling, er at man over- ser forbindelsen mellom opplevelsen av schizofreni, psykisk endring, klientens en- dringsevne og de psykiske endringene som man oppnår gjennom behandlingen. Først i det øyeblikk man kan kartlegge de mentale prosessene som skjer i forbindelse med psykisk endring og hva som hindrer eller fremmer klientens evne til å endre seg, får man en tilstrekkelig sann kunnskap om schizofreni og om fenomenet psykisk endring. Det er også kun gjennom klientens endringsevne og reaksjoner på de ulike interven- sjonene at vi kan avdekke de mentale ressursene som klienten besitter.

Liten endringsevne kan si noe om hvordan schizofreni påvirker klienten, om trekk ved klientens schizofreni og om klientens mentale kapasitet. En omfattende endrings- evne forteller at klienten har viktige egenskaper som kan anvendes i behandlingen, og derved om viktige trekk ved klientens psykiske plage.

#### Betegnelsen «intervensjonskartlegging»

Andre navn enn «intervensjonskartlegging» kunne vært aktuelle for å beskrive me- toden, som for eksempel «den biopsykiske kartleggingsmetoden», fordi metoden fo- kuserer på de mentalbiologiske elementene, de indre sanseforestillingene og ord og utsagn som formidles fra klientene som en reaksjon på terapeutens intervensjoner.

«Den øyeblikksfokuserte kartleggingsmetoden» kunne vært et annet navn, fordi metoden fokuserer på de psykiske reaksjonene som klienten har i bestemte øyeblikk i behandlingssituasjonen. «Den naturvitenskapelige kartleggingsmetode» er et tredje navn man kunne ha brukt, fordi metoden er rettet mot den psykiske natur og ikke fokuserer på fortolkninger eller på meningsbærende konstruksjoner. Valget falt på

«intervensjonskartlegging», da dette navnet beskriver metoden mest presist. Man in- tervenerer og kartlegger den psykiske plagen i samme øyeblikk.

#### Kartlegging ved å registrere endringer

Intervensjonskartlegging innebærer at man kartlegger klientens symptomer ved å registrere klientens reaksjoner på de ulike intervensjonene. Man registrerer også de endringene klienten kan gjennomføre med letthet og de som oppleves som vanskelige. I tillegg kartlegger man klientens evne til endring, da det er denne evnen som må an- vendes og utvikles i behandlingen. Denne type informasjoner gir et godt utgangspunkt for nye intervensjoner.

#### Metodens bakgrunn

Terapeutiske erfaringer viste at enkelte klienter hadde evne til raskt å endre de psykiske plagene, mens andre trengte lengre tid. Dette førte til den innsikten at egenskaper ved og alvoret i klientenes tilstand også kom til uttrykk gjennom klientenes endringstem- po. Jeg oppdaget også at klientenes endringstempo kunne være en innfallsvinkel til å forstå alvoret i de psykiske plagene, og hvordan man kunne behandle ulike former for schizofreni. Klientenes reaksjoner på terapeutens intervensjoner fortalte dermed noe vesentlig om egenskaper ved klientens schizofreni. Dette er informasjoner som ikke blir fanget opp av de diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V og heller ikke i de forskjellige terapeutiske tradisjonene.

#### Målet med intervensjonskartlegging og metodens forankring

Et av målene med metoden er å supplere informasjon innhentet gjennom andre kart- leggingsformer og registrere hva som gjenstår av symptomer på schizofreni etter én eller flere intervensjoner. Hensikten er også å registrere følelser som kan være skjult for klient, men som kommer til uttrykk gjennom klientens reaksjoner på terapeutens intervensjoner.

Metoden er forankret i oppfatningen av at enhver psykisk tilstand og opplevelse av schizofreni er et resultat av kontakt med bestemte visuelle, kinestetiske og auditive ele- menter, samt lukt eller smak, og med bestemte ord og utsagn som rommer og utløser følelse.

#### Kartlegging i sanntid

Kartleggingen av de psykiske endringene foregår i sanntid, det vil si i det øyeblikket klienten er i kontakt med sine følelser og psykiske reaksjoner. Tidsavstanden fra det øyeblikket en intervensjon iverksettes til klienten opplever en følelsesmessig reaksjon, er like kort som klientens evne til å respondere følelsesmessig på terapeutens inter-

vensjon. Intervensjonskartleggingen fokuserer på klientens følelsesmessige reaksjoner på forskjellige intervensjoner. Dette gjør det mulig å kartlegge de oppnådde resulta- tene, samt identifisere det som hindrer klienten i å implementere de endringene som blir forsøkt iverksatt, akkurat i det de skjer. Dette representerer et betydelig fremskritt sammenlignet med kartleggingsmetoder basert på DSM-V og ICD-11, samt andre former for diagnostisk utredning..

#### Fortolkninger og intervensjonskartlegging

Enhver fortolkning vil redusere terapeutens kontakt med de mulighetene for endring som rommes i klientenes utsagn. Fortolkninger vil også redusere terapeutens kontakt med de mentale prosessene som fører til psykisk endring. Ethvert forsøk på å tillegge klientens ord og utsagn en dypere mening enn den som kommer direkte til uttrykk gjennom klientens ord og utsagn, vil føre til at man mister kontakt med det psykiske materialet som forårsaker schizofreni.

Metoden forutsetter derfor at terapeuten ikke omformulerer, erstatter eller fortol- ker klientens utsagn med ord som er mer i tråd med terapeutens språk og teori. Enhver omforming av klientens utsagn vil svekke validiteten i de informasjonene man sitter med. Enhver fortolkning kan redusere terapeutens evne til å oppdage endringsmulig- hetene som ligger i klientenes uttalelser fordi at ingen fortolkning er eller uttrykker det psykiske materialet slik klienten opplever det. Slike fortolkninger kan også svekke kontakten med de mentale prosessene som er essensielle for psykisk endring. Ethvert forsøk på å tillegge klientens ord og uttalelser en dypere mening enn det som direkte formidles, kan føre til at man mister forbindelsen med det psykiske materialet som er årsaken til schizofreni. Derfor forutsetter metoden at terapeuten verken omformu- lerer, erstatter, eller tolker klientens uttalelser med ord som passer bedre med tera- peutens eget språk og teoretiske forståelse. Enhver endring i klientens uttalelser kan forringe validiteten av den informasjonen man har tilgjengelig

#### Fokus

I forbindelse med intervensjonskartlegging er man oppmerksom på følgende utsagns- typer som er hentet fra den direkte utsagnsmetoden.

* Tilgangsbekreftende utsagn som bekrefter at klienten har fått kontakt med de mentale elementene som inneholder klientens følelser.
* Tilgangsavkreftende utsagn som indikerer at klienten ikke har fått kontakt med de mentale elementene som utløser klientens følelser.
* Intervensjonsbekreftende utsagn som formidler at klienten har lykkes med å gjennomføre terapeutens intervensjoner.
* Intervensjonsavkreftende utsagn som antyder at klienten ikke har vært i stand til å utføre den mentale operasjonen som forventes ut fra terapeutens inter- vensjon.
* Endringsbekreftende utsagn som indikerer at det har skjedd en psykisk end- ring som en følge av terapeutens intervensjon.
* Endringsavkreftende utsagn som formidler at klienten ikke har opplevd noen følelsesmessige endringer

#### Forutsetninger for å lykkes med intervensjonskart- legging

Intervensjonskartlegging forutsetter innsikt i den betydningen de mentalbiologiske elementene som ord, utsagn og indre sanseforestillinger har for opplevelsen av schi- zofreni, og i hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring i behandling. Metoden er forankret i den vurderingen at enhver psykisk endring kommer til uttrykk gjennom endringer i klientens språk. Man fokuserer derfor på de utsagnene som for- midler klientens reaksjoner på terapeutens intervensjoner.

Metoden forutsetter også at det skjer en psykisk endring. Det er liten hensikt å an- vende intervensjonskartlegging i terapeutiske tradisjoner der det er liten forbindelse mellom det terapeuten sier i et bestemt øyeblikk, og klientens psykiske endringer i neste øyeblikk. En forutsetning for å anvende metoden er også at klientene må være intellektuelt tilgjengelige, og være positivt innstilt til selve prosessen.

#### Følger av manglende evne til å kartlegge endring

Dersom terapeuten mangler evne til å registrere klientens evne til endring, hvilke endringer som oppstår, hva som skjer mentalt når endringene oppstår og når de ikke oppstår, vil terapeuten mangle den kunnskapen som er nødvendig for å anvende me- toden. Dersom målet er å forandre symptomene på schizofreni, er kunnskap om hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring og hvordan man skaper psykisk endring, like viktig som kunnskap om schizofreni som en statisk tilstand.

Intervensjonskartlegging anvendes i forbindelse med utredning og behandling. Den er særlig anvendbar dersom man kombinerer behandling og forskning. En fordel ved metoden er at den gjør det mulig å utrede den psykiske plagen uten å avbryte en- dringsprosessen, da kartlegging av opplevelsen av symptomer på schizofreni og av de psykiske endringene foregår samtidig.

Kapittel 38Transformasjon

Transformasjon innebærer at en følelse, som opprinnelig er lagret på et uspesifikt og dermed lite endringsdyktig mentalt nivå, og som kan beskrives som ’uro’, blir trans- formert eller overført til et mer spesifikt og mer endringsdyktig modalt element. Dette kan for eksempel være til et indre bilde av uroen, som uttrykker den samme uroen med samme intensitet. Evnen til transformasjon er en forutsetning for å oppnå resul- tater gjennom lingvistisk hjerneterapi (LBT).

En interessant erfaring var at følelser lagret på og opplevd gjennom spesifikke mo- dale elementer, var lettere å endre enn følelser lagret på uspesifikke mentale elemen- ter. Hvis en klient ikke har en presis forståelse av sine opplevelser eller følelser, kan terapeuten anvende transformasjonsmetoden. Dette kan gjennomføres ved hjelp av følgende utsagn fra terapeuten (V): ’Forestill deg at følelsen du opplever nå, var noe synlig, kanskje en form, med en farge eller i svart-hvitt, eller kanskje det er en lyd. Hva kunne det være, hvis det kunne være hva som helst, samtidig som det representerer den uroen du føler nå?’

Et vanlig svar på det ovennevnte spørsmålet, som indikerer at en uspesifikk følelse har blitt transformert og overført til noe mer følelsesmessig spesifikt, kan være: ’Det føles som en klump i magen.’ Ved å følge opp med et nytt spørsmål som - ’Men hvis du kunne se denne klumpen fra utsiden i detalj, hvordan ville den sett ut, hvis den kunne se ut som noe?’ - inviterer terapeuten klienten til å gi en mer detaljert visuell beskrivel- se. Klienten kan da svare: ’Klumpen har tagger, og den roterer.’ (Det finnes også andre mulige svar.) Dette gir oss tilgang til et spesifikt visuelt modalt element. Fra individets opprinnelige, uspesifikke følelse av uro, har vi nå gjennom transformasjon oppnådd kontakt med flere spesifikke visuelle sanseopplevelser som inneholder det samme fø- lelsesmessige ubehaget som det uspesifiserte uttrykket ’uro’.

En diffus følelse av ubehag kan transformeres til følelsen av et «trykk». Ordet

«trykk» kan også henvise til noe visuelt, til et indre bilde av noe som trykker, for ek- sempel av noe tungt man har på skuldrene. Det å «se» et trykk innebærer også en transformasjon. Visualisering kan anvendes i mange sammenhenger og på ulike må- ter. Klientenes evne til transformasjon er en av forutsetningene for å utvikle en viten- skapelig behandling med utgangspunkt i de biopsykiske elementene (Dammen 2013, 2024a) som utløser klientens psykiske smerte.

Kapittel 39 Følelsestegning

Følelsestegning innebærer at de schizofrene tegner sine følelser og sitt psykiske ube- hag. Disse tegningene danner deretter utgangspunktet for en samtale hvor de forklarer hva de ulike elementene i tegningen representerer følelsesmessig, og med tanke på hvorvidt de fremmer eller hemmer mestring. Følelsestegning gir terapeuten innsikt i følelser/ biopsykiske elementer som ellers ville vært vanskelig tilgjengelige. Selv en liten prikk eller en strek kan avsløre betydningsfulle opplysninger om hvordan de psy- kisk plagde opplever sin psykiske plage.

Metoden er basert på grunnlagsteoriene i hjernepsykologi (Dammen, 2013, 2023a). Den viktigste teorien, teorien om de biopsykiske enhetene, postulerer at enhver opp- levelse av schizofreni skyldes kontakt med språklige og modale elementer av visuell, kinestetisk og auditiv karakter, og noen ganger også lukt eller smak, som utløser klien- tens følelsesmessige reaksjoner.

I tillegg er metoden forankret i teorien om transformasjon, som postulerer at en- hver følelse lagret på et modalt element kan transformeres til en annen modalitet uten at følelsene taper seg eller endres. Følelser kan derfor overføres til tegninger på samme måte som sanseinntrykk kan omsettes til følelser. Dette danner grunnlaget for oppfat- ningen om at enhver følelse kan uttrykkes og kommuniseres gjennom tegninger, og at disse tegningene kan formidle individets opplevelse av schizofreni. Dessuten oppstod antagelsen, da jeg anvendte metoden på en klient, at psykiske endringer ville manifes- tere seg som forskjeller i tegningene dersom klienten tegnet sine følelser før og etter en eller flere intervensjoner.

Informasjonen som fremkommer gjennom klientens kommentarer til tegningene, danner grunnlag for nye intervensjoner. Disse kommentarene benyttes også til å kart- legge resultatene av hver intervensjon underveis i endringsprosessen og ved behand- lingens avslutning. Tegningene, sammen med klientenes kommentarer, tjener som ef- fektive verktøy for å utforske klientens følelser. Ettersom det å tegne følelser ofte er en uvant aktivitet for de psykisk plagde, kan tegningene avsløre ubevisste følelser. Disse følelsene kan deretter gjøres bevisste gjennom klientens egne kommentarer.

Alle følelser, egenskaper, erfaringer og holdninger kan tegnes, enten de er knyttet til fortid, nåtid eller fremtid, og enten de er positive eller ubehagelige. Det er ofte en tett sammenheng mellom tegningenes elementer, klientens følelsesmessige opplevelser og klientens kommentarer. Dersom tegningene og klientens kommentarer har endret seg som følge av behandlingen, er dette et tegn på at det har skjedd psykiske endringer.

Følelsestegning anvendes på barn, ungdom og voksne. Metoden er særlig anvend-

bar på klienter som ikke er vant til å fortelle om sin situasjon, og som er lite verbale. Enkelte opplever at det er lettere å snakke med utgangspunkt i noe de har tegnet, enn det er å fortelle fritt.

Klienter med høye krav til prestasjon og lav selvtillit når det gjelder det å tegne, samt en viss selvhøytidelighet, vil kunne vegre seg. Klienter som er flinke til å tegne og opptatt av å tegne fint, kan ha større avstand mellom det som tegnes, og sine fø- lelser enn de tegneuvante, uten at dette er noe klinisk problem. Årsaken til dette er at tegningen i større grad blir preget av konvensjoner og ønsket om å tegne fint enn av klientens følelser.

Metoden kan anvendes for å kartlegge effekten av øyeblikkelige intervensjoner og av behandling som er avsluttet. Metoden kan også anvendes for å undersøke hvordan klienter som har fått en diagnose opplever sin situasjon og de endringene som er en følge av behandlingen.

Man kan også undersøke følelsesmessige endringer som er en følge av medika- menter, ved å be de psykisk plagde tegne sine følelsesmessige reaksjoner i de samme situasjonene før og etter at medisineringen har startet. I forbindelse med forskning avfotograferes tegningene, og det klienten sier, tas opp på lydbånd, dersom klienten støtter dette.

#### Prosedyren

Klienten oppfordres til å tegne sine følelser relatert til en situasjon som vekker psykisk ubehag eller en følelse av manglende mestring. Under tegnearbeidet er det ingen krav til kvaliteten på det som produseres. Klienten tilbys et A4-ark for å unngå begrens- ninger i uttrykket, som et mindre ark kan medføre. Deretter får klienten utdelt blyant, kullstift eller farger som spenner over hele fargespekteret. Det understrekes viktighe- ten av at det ikke dreier seg om å være dyktig til å tegne. Tegningen kan være abstrakt eller konkret, omfanget av hva som tegnes er ubetydelig, og det er ikke nødvendig at tegningen ligner på noe gjenkjennelig. Klienten oppmuntres til å tegne de formene, linjene og motivene som på best mulig måte reflekterer de følelsene som knyttes til en spesifikk situasjon, enten den tilhører fortiden eller fremtiden.

Først tegner klienten sine følelser, og kommenterer deretter de visuelle detaljene i tegningen. Etter dette trinnet gjennomføres én eller flere intervensjoner. Deretter oppfordres klienten til å lage en ny tegning som reflekterer følelsene i samme situa- sjon, men etter at endringsprosessen har funnet sted. Klienten oppfordres til ikke å tolke tegningenes dypere betydning, men heller fokusere på å beskrive de følelsene som uttrykkes gjennom tegningens linjer, farger og motiver. Dersom det dukker opp sekundærinformasjon, det vil si informasjon som gir innsikt i klientens situasjon og liv utover det rent følelsesmessige, noteres dette også. I forskningssammenheng blir klientens kommentarer registrert på lydopptak for senere å kunne knytte tegningene sammen med klientens egne forklaringer.

Noen klienter kan finne det ubehagelig å tegne følelser. For å forebygge problemer knyttet til dette, kan man først nøytralisere den psykiske tilstanden, deretter tenke på

en hyggelig opplevelse, og til slutt be klienten om å tegne en positiv følelse. Det er vik- tig å være oppmerksom på at nøytralisering av klientens følelser før tegningen utføres, kan påvirke både tegningen og klientens kommentarer i etterkant. Dette kan føre til at tegningen og kommentarene blir et mildere uttrykk for klientens psykiske ubehag enn hva som faktisk er tilfellet.

#### Terapeutens oppgaver

Terapeutens oppgave er å organisere prosessen, registrere forskjeller mellom tegnin- gene og undersøke hva de ulike elementene i tegningen representerer for klienten. Te- rapeuten registrerer også forskjeller fra tegning til tegning dersom klienten har tegnet flere tegninger med utgangspunkt i samme problem. Materialet forstås av terapeuten kun som det han eller hun ser. En firkant er en firkant, en form er en form, en farge er en farge, og for terapeuten intet mer, selv om disse tegnene, figurene, fargene og for- mene uttrykker klientens følelser. Det er klientens kommentarer som er interessante, ikke terapeutens fortolkninger eller forståelse.

Man skal ikke vurdere tegningenes kvalitet, selv om enkelte klienter vil anstrenge seg for å tegne fint. Et slikt fokus vil dreie klientens oppmerksomhet fra tegningen som følelsesuttrykk til tegningen som produkt og på den måten bringe inn et prestasjons- motiv. Man søker de mest direkte uttrykkene for klientens følelsesmessige opplevelser som er mulig.

Man bør ikke fokusere for intenst på at tegningene skal uttrykke følelser selv om de gjør det. Dette vil kunne trigge klientens prestasjonsangst, noe som kan endre kli- entens fokus fra det å spontant tegne følelser til det å være flink til å tegne følelser. En følge av det siste vil være at tegningene blir mindre valide som uttrykk for klientens følelser.

Man formidler at tegningene er perfekte uttrykk for klientens følelser uansett hvor- dan de måtte se ut. Tegningene uttrykker en følelse som klienten opplever, selv om den kun består av en prikk eller en strek.

Enkelte forutsetninger må tilfredsstilles for å anvende metoden. Klienten må være innforstått med og forsøke å forholde seg til oppgaven slik den er gitt. Klienten bør ikke tegne hvis han eller hun er motvillig til å tegne, da dette vil kunne redusere sam- svaret mellom klientens følelser og tegningens visuelle uttrykk. Klientenes følelser kommer til uttrykk gjennom de motivene, formene og fargene, og gjennom den grad av mørke og lys og detaljer som tegningene inneholder.

#### Tegningene er harde data

Tegningene betraktes som harde data. Bare klienten selv har autoritet til å forklare hva de forskjellige elementene i tegningene symboliserer. Klientens kommentarer regnes også som harde data og skal ikke underlegges tolkning. Terapeuten skal verken til- legge eller trekke fra noe i det presenterte materialet, selv om dette materialet kan gi

grunnlag for å stille nye spørsmål. Enhver tolkning av tegningene risikerer å bryte den essensielle forbindelsen mellom tegningene og klientens følelser, og dermed som kilde til innsikt i klientens følelsesmessige opplevelser.

Et eksempel på anvendelsen av følelsestegning er fra behandlingen med en musiker som slet med prestasjonsangst og sosiale utfordringer. Klienten ble bedt om å tegne sine følelser, og disse tegningene, sammen med klientens kommentarer, ble brukt som grunnlag for videre behandling. Målet med metoden var å oppnå dypere forståelse for klientens situasjon og skape et utgangspunkt for endringsprosessen.

Det følgende er hentet fra en lengre samtale hvor hovedmålet, i tillegg til å kartleg- ge klientens opplevelser, også var å utforske metodens effektivitet.

Fra samtalen:

T: La oss se på tegningene dine. Denne tegningen her, det er? K: Det er den med prøvespillsituasjonen der man ikke får det til så veldig bra (kli- enten har tegnet med blyant og med svake fargestifter). T: Den er ganske illustrerende. Kan du fortelle hva de ulike elementene i tegningen kan illustrere? K: Grunnen til at det er kull, er fordi det er fortrengt, at det er …jo, det er slitsomt når man kommer inn der… og blir hemmet. Jeg blir hemmet. Grunnen til at jeg har det grønne der, er at jeg har det litt manisk glade før man skal inn, hvor man prøver å peppe seg opp til at det er moro. T: Akkurat, så det lille grønne er en slags positiv greie? K: Ja, det er sånn, min egen pep, som jeg sier til meg selv. «Nå skal det være moro», og så kommer jeg inn, og så er det ikke sikkert at det blir moro. T: Den formen på den trekanten, kan den illustrere noe? K: Ikke annet enn at det er skarpt. Det blir for kantete. Klangen blir feil. Jeg greier ikke å slappe av nok, greier ikke å spille det jeg evner på spilletimen, liksom. T: Denne gule linjen her? K: Det er hvordan prøvespillsituasjonen skulle ha vært. T: Disse ulike fargene på strekene? K: Det er klang, og det er intonasjon og frasering og teknikk, og at jeg er trygg på alt dette. T: Så samles det som i et toppunkt der borte, hva betyr det? K: Hvorfor gjorde jeg det der? Det er liksom det at … jo, det er konsentrasjonen. T: Betyr dette at når alt flyter sammen, så er du konsentrert? K: Ja. T: Er det det punktet du på en måte streber etter? K: Det er vel egentlig hele følelsen, men jeg streber også etter det, men når jeg er litt for konsentrert på å være fokusert, blir det ofte det motsatte. T: Disse linjene med litt ulike farger og retninger, hva er det? K: Det der er egentlig veldig greit, for det ene er fløyte, og det andre er pikkolofløyte. T: Akkurat, hva illustrerer det? K: Det betyr at. Det har litt med at noen ganger er jeg i form og spiller bra, men aldri helt supert, men så er det perioder hvor jeg er dårlig, skikkelig dårlig. Det er veldig sånn berg og-dal-bane, en ganske kantete berg-og-dal-bane. T: Be- tyr det at begge to (linjene) går i samme retning, og at det er en slags jevn bevegelse i det? K: Ja, og jeg får progresjon, den progresjonen jeg vil ha. T: Mens på det andre bildet er fløyta stagnert? K: Ja. Det er ganske jevnt

opp og ned. Det ser ut som om det har retning, men det har egentlig ikke så mye retning. T: Men dette her, da? K: Det er pikkolo. Det går mye mer oppover. Mens dette som er fløyta er på stedet hvil. T: Hva ligger i den duse bakgrunnen? K: At det er enkelt, men at det har dybde, kanskje. Og det er … liksom så rart. Jeg trenger ikke legge ned så mye tid og arbeid med pikkolo-spillet. Det går liksom av seg selv. Det er så ufortjent … ja, men. Ikke sant … det man streber og streber etter, så går det ikke … Ak- kurat det samme med musikk. T: Ja vel. Denne siste her, hva har skjedd her? K: Grunnen til at jeg satt pikkolo over fløyta, klienten peker på de ulike linjene,… siden jeg har fått så mye positiv feedback på det, så er det jeg det egentlig vil bli, tror jeg … fordi det føler jeg meg så trygg på. Det kan jeg, men så skal jeg liksom dra fløyta opp til samme nivå. Samtalen fortsetter, men jeg stopper her.

Klientens tegning var uhyre enkel og bestod kun av noen streker og noen felter i grått og svart og noen få farger. Klientens kommentarer illustrerer en overraskende tett- het mellom de enkle strekene som klienten hadde tegnet, og klientens følelsesrelaterte kommentarer. Man får her langt flere informasjoner om klientens opplevelse av sin situasjon enn man kunne fått gjennom en kartleggende samtale. Klienten gir med ut- gangspunkt i tegningen en rekke tilleggsinformasjoner som kan anvendes terapeutisk.

#### Metodens fortrinn

Følelsestegning er en effektiv metode for å kartlegge følelser og følelsesmessige endringer. Man får et fysisk uttrykk for klientens følelser. Arkiverte følelsestegnin- ger med utgangspunkt i samme problem kan sammenliknes. Følelsestegninger vil, sammen med klientens kommentarer til tegningene, gi et godt bilde av schizofreni og de psykiske endringene som følger av behandlingen.

De færreste tegner følelser daglig, noe som gjør at mediet er ukjent. Klientene man- gler konvensjoner for hvordan følelsestegninger skal se ut. På den ene siden kan dette skape usikkerhet. På den andre siden vil det klienten tegner, i større grad, være en følge av ubevisste prosesser enn bevisste valg basert på individets kriterier for kvalitet. Jeg reduserer her betydningen av sosiale konvensjoner, som ellers kan prege klientens språk. Tegningene utløser ofte assosiasjoner slik at klientens opplevelser blir mer le- vende og nyansert formidlet.

Følelsestegninger kan få uventede positive følger. En gruppe studenter fikk i oppga- ve å tegne seg selv som en suksess. Tegningene ble deretter arkivert. Et år senere kom en student og ba om å få tegningen tilbake. Fra å være et uttrykk for en bestemt følelse, en følelse av suksess, i en bestemt situasjon hadde tegningen blitt et symbolsk uttrykk for den samme følelsen. Han opplevde at det å tenke på tegningen i ettertid utløste den gode følelsen han ønsket å oppleve i sitt arbeid med musikk og som konsertmusiker.

#### Utfordringer:

Metoden krever mer organisering enn en vanlig endringssamtale. Ark og farger må skaffes, instruksjoner gis, tid avsettes, og tegningene arkiveres. Følelsestegning kan derfor bli en noe større del av arbeidet enn opprinnelig tenkt, men dette vil kunne kompenseres med det ofte fascinerende innblikket i klientens psyke som tegningene gir.

Kapittel 40 Skalering som kartleg- gings- og endringsmetode

Klientenes evne til å skalere sine plager og oppnådde psykiske endringer brukes for å kartlegge og gradere intensiteten av den psykiske tilstanden og endringene. Denne metoden ble utviklet av Steve DeShazer (1985, 1988, 1994) og er en sentral del av løsningsorientert terapi. Metodene er blitt tilpasset for bruk i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Målet med metoden er å kartlegge graden av psykisk ubehag i spesifikke situ- asjoner som klientene ønsker å forbedre, samt å registrere endringer i den psykiske tilstanden både innenfor en konsultasjon og mellom konsultasjoner. Skalering brukes også aktivt som en metode for å fremme endring.

Skalering innebærer å kartlegge klientens opplevelse av schizofreni ved å be kli- enten om å skalere sine følelser før og etter en intervensjon eller en lengre endrings- prosess. Metoden kan også anvendes for å skalere eksterne forhold, som påvirker den psykiske smerten.

Gjennom å tallfeste det psykiske ubehaget og de mentale elementene / de biopsy- kiske elementene som påvirker klientens følelser, gir klientens skalering innsikt i fø- lelsesmessige tilstander og reaksjonsmønstre. Denne kombinasjonen av tallfesting og beskrivelse av situasjonen belyser de endringene klienten har opplevd gjennom be- handlingsforløpet.

#### Objektet for metoden

Metodens fokus er graden av følelsesmessig ubehag og velvære, men den kan også brukes til å skalere mestring, graden av sosial kontakt og følelsen av ensomhet. Den anvendes for å få et helhetlig bilde av følelsesmessige reaksjoner i tidligere situasjoner, samt klientens forhold til en ønsket fremtid. Videre kan metoden brukes til å vurdere

hva i behandlingen som fungerer, hva klienten trenger mer av for å forbedre sin situa- sjon, og hva som krever ytterligere arbeid.

#### Skalaens omfang

I lingvistisk hjerneterapi (LBT) brukes en skala fra 0 til 10 for å måle følelsesmessig ubehag eller velvære, der 0 representerer den verst tenkelige tilstanden i forhold til si- tuasjonen eller problemet, og 10 den best tenkelige tilstanden. Bruken av kun positive tall begrunnes med ønsket om å unngå at klienten kan ende opp med å føle seg som om de har en psykisk tilstand på ”minus 6 eller 7”, noe som ville vært uheldig.

Tallene er subjektive og kan ikke sammenlignes direkte fra én klient til en annen. To klienter kan vurdere sin psykiske smerte til samme tallverdi, men opplevelsen av denne smerten vil variere på grunn av individuelle forskjeller i toleranse for psykisk smerte. Det som føles som en ”tre” for en person, kan oppleves som en ”fem” for en annen.

Forskjeller mellom ulike klienter når det gjelder å gradere bestemte følelser og opp- levelser påvirker ikke metodens interne validitet eller dens egnethet som et mål på kli- entenes opplevelser. Eventuelle endringer i klientens skår gjennom endringsprosessen gir verdifull innsikt i de følelsesmessige endringene som klienten har opplevd.

#### Fortolkninger

Tallene kan sammenlignes, men de rommer ingen annen betydning enn å fungere som en gradering av klientens følelsesmessige opplevelser. Klientens skalering gir sammen med klientens kommentarer, nok informasjon om klientens symptomer på schizofreni til å formulere nye spørsmål og initiere nye intervensjoner. Klientens skår kan også tjene som et fundament for å utforske det psykiske materialet, det vil si de mentale elementene som er grunnlaget for klientens skår. Dette gjør det mulig å identifisere hvilke elementer som bør endres, dempes, eller fjernes for å forbedre klientens følel- sesmessige tilstand.

#### Anvendelse av metoden

Skaleringsmetoden brukes i kombinasjon med andre metoder for å utforske hva som hindrer klienten i å oppnå en høyere score på skalaen, og årsakene til at vedkommende befinner seg på et lavt nivå, som en ener, toer, eller treer. Behandlingsaspektet aktiveres når terapeuten utforsker hvilke egenskaper, følelser, og reaksjoner klienten må utvikle eller styrke for å klatre høyere på skalaen, både følelsesmessig og mestringsmessig.

For at klienten skal kunne engasjere seg i og dra nytte av terapeutens intervensjo- ner, er det viktig å ta små, gradvise skritt oppover skalaen. For store sprang, for eksem- pel et hopp fra 4 til 8, kan være demotiverende ved at klienten ikke klarer å se for seg at

de foreslåtte endringene er oppnåelige. Dette understreker viktigheten av en realistisk målsetting og trinnvis progresjon i behandlingsforløpet.

Eksempel på anvendelse av metoden

Formålet med følgende eksempel var å kartlegge klientens opplevelse psykisk plage og de utfordringene som klienten stod overfor. Eksempelet er hentet fra arbeidet med en musiker med prestasjonsangst og sosial problematikk. Klienten ble først orientert om hensikten med metoden. Eksempelet illustrerer den kommunikasjonsformen som anvendes i LBTS der man hele tiden veksler mellom kartlegging, endring, endrings- kartlegging og ny endring. Det følgende er et utdrag fra en endringsprosess.

T: Den følelsen som du har når du er en ener på fløyte, kan du beskrive den litt nærmere? K: Ja, det er ikke noe særlig, da? T: Hva vil det si for deg? K: Det er … da tenker jeg at jeg er skikkelig dårlig … (stemmen blir langsommere med pauser mellom ordene. De dras ut og poengteres).

T: Er det tanker du har mens du spiller? K: Det kan være det. Av og til. Mens jeg spiller, prøver jeg å peppe meg opp til en falsk femmer, hvis du skjønner. Og så kommer jeg ut fra prøvespillsituasjonen. Og hvis jeg ikke går videre til andre runde, så detter jeg ned. T: Hvor ligger du på skalaen, da? K: Minus, tror jeg. Og så, etter at det har gått en halvtime, er jeg på eneren.

T: Har du noen følelser i andre deler av kroppen når du er en ener? K: Det kan sitte litt som svette i fingrene … det er leppene, det er ambisen, liksom, at jeg ikke har like god kontakt. Jeg blir på en måte fokusert på det mens jeg spiller. T: Betyr det at du også har litt usikkerhet i forhold til selve stykket? K: Ja, veldig.

T: Kan du si noe om den usikkerheten du har i forhold til selve stykket når du er en ener? K: Eh, det er, det er virkelig, veldig vanskelig, altså, veldig … (klienten ler skjevt). T: Den følelsen som du har når du tenker på Mozart og det stykket, når du er en ener, hvordan kjennes det? K: (Stillheten uttrykker klientens ubehag). T: Hvor sitter den? K: Den sitter vel der og i leppene og også i fingrene. T: Hva kjenner du i fingrene?K: De blir stokkete og fungerer ikke sånn som jeg vil helt.

T: Langs en skala fra 0 til 10 igjen, hvilken følelse har du til det Mo- zart-stykket, da? (Klienten ler litt igjen). K: Ah, det er dårlig, det. En halv, altså. Ja, for jeg synes jeg spiller det så kjedelig. Jeg greier ikke å spille det. Det har noe med at jeg har sterke estetiske krav. Det jeg gjør, er at jeg spiller det utrolig kjipt.

Jeg stopper her. Dette er et utdrag fra en lengre sekvens.

Klientens skaleringer og kommentarer ga innsikt i klientens utfordringer og grad av ubehag og var et fint utgangspunkt for en videre kartlegging av det psykiske materialet, de mentale elementene som forankret klientens følelsesmessige reaksjoner. Klienten

hadde tidligere søkt prøvespill uten å lykkes. Noe senere, etter at behandlingen var avsluttet vant klienten et prøvespill.

#### Konsistens

Klientenes skaleringer er konsistente i den forstand at en følelsesmessig opplevelse på en firer alltid uttrykker en bedre følelse enn en treer, og at null er den mest ubehagelige følelsen som klienten kan forestille seg i øyeblikket, og ti den beste. Klienten kan like- vel føle seg fri til, på et senere tidspunkt, å endre skalaen eller å gå utenfor skalaenes rammer. For eksempel vil noen føle at de har nådd maksimalt av hva som er mulig når de har nådd en sjuer, selv om de tok utgangspunkt i en skala der maks var ti. Mens andre oppdager at de må utvide skalaen for eksempel fra ti til tretten fordi de gjennom behandlingen opplever et velvære og en mestringsevne som tidligere har vært utenfor deres forestillingsevne.

#### Skaleringene er ikke lineære

De skalaene som klientene anvender, er ikke lineære i den forstand at de følelsesmessi- ge sprangene på skalaen er like store for alle trinn. Enkelte sprang innebærer en større utfordring enn andre. Overgangen fra åtte til ni på skalaen innebærer et større følel- sesmessig og mer utfordrende sprang enn fra en til to, fordi at klienten på et høyt nivå på skalaen nærmer seg sitt maksimale nivå.

Variasjonene i klientenes skalering er en følge av at skåringen reflekterer klientens øyeblikkelige opplevelse av schizofreni og smerte. En opplevelse av å være uten psykisk smerte kan være så overraskende og komme så plutselig at den bringer klienten opp på et psykisk velværenivå på elleve på konsultasjonen. Klienten kan likevel skalere seg til seks eller sju neste uke, da nye opplevelser kan vise at det fortsatt gjenstår ubearbeidete problemer.

#### Skaleringene er ferskvare

Økt psykisk velvære som følge av behandlingen, kan føre til at det som før var en femmer på skalaen, senere blir definert som en firer, det vil si på et lavere nivå. En årsak kan være at klienten er blitt vant med sin nye trivsel og mestringsevne og derfor tåler sitt eget ubehag mindre enn før. I tillegg kan klienten ha glemt hvor ille det var tidligere.

Tallene har som ethvert annet mål på den psykiske plagen, inkludert diagnose, be- grenset holdbarhet. Den begrensete holdbarheten har ingen betydning da klientens skaleringer i hvert enkelt øyeblikk, uansett nivå, danner grunnlag for terapeutens in- tervensjoner. Variasjoner i klientenes skalering er et tegn på evne til endring, og at den psykiske tilstanden varierer fra øyeblikk til øyeblikk.

#### Utfordringer i forbindelse med skalering

Den viktigste utfordringen er spørsmålet om gyldighet. Gyldigheten i klientens skår svekkes om klienten ikke liker terapeuten eller forskeren, føler seg overkjørt, eller av en annen grunn ikke er fortrolig med å skalere seg. Terapeuten må derfor forberede klienten på metoden og undersøke om noe hindrer klienten i å gi ærlige svar.

Terapeuten må heller ikke påvirke klientens skår. Man kan tenke seg at terapeuten, etter en lengre endringsprosess, ville foretrekke en skår nærmere null i starten av be- handlingen og en høy positiv skår ved behandlingens slutt.

Skalering som kartleggings- og endringsmetode anvendes ofte i LBT. Den er enkel å anvende, og effektiv når det gjelder å kartlegge opplevelsen psykisk plage, klientens ønsker for behandlingen og de endringene som er oppnådd. Mange klienter liker å skalere sin psykiske plage og de psykiske endringene som oppnås.

Kapittel 41 Fantastiske fantasier

Metoden «Fantastiske Fantasier» innebærer at terapeuten tar klienten med på en fan- tasireise som gir kontakt med nye mentale ressurser i situasjoner som er forbundet med psykisk ubehag. Et eksempel: Et voldsoffer kan gis kontakt med forestillingen om å ha svart belte i karate, være 215 centimeter høy og at han er Supermann, i vold- sepisoden. Denne forestillingen endrer klientens mentale opplevelse av den tidligere hendelsen radikalt og fører til et nytt mentalt positivt følelsesmessig forløp. Resultatet er større mental mestringsevne, selvtillit og trygghet i den tidligere voldssituasjonen som nå oppleves på nytt. Metoden kan utvikles og anvendes i forbindelse med dra- matiske eller mindre dramatiske situasjoner som klienten har opplevd. Metoden fører til en nye mentale opplevelser av en tidligere posttraumatisk situasjon som følge av at positivt ladete og mestringsrelaterte nye biopsykiske elementer er blitt knyttet til den tidligere opplevelsen.

Man kan også kalle metoden for den usynlige metoden fordi endringselementet, for klienten, synes å forsvinne i en positiv opplevelsesstrøm. Metoden egner seg for klienter som har en godt utviklet fantasi. Metoden oppleves ofte som like berikende for terapeuten som for klienten.

Metoden er en videreutvikling av teorien om språkets betydning for følelser og psykisk endring (Dammen 2024a). I mange behandlinger testet jeg ut om positive fantasier kunne anvendes for å endre den psykiske plagen. Resultatet var positivt. I dag anven- der jeg varianter av metoden i nesten alle behandlingene. Både virkelighetsnære fanta- sier og fantasier som ikke kunne realiseres i virkeligheten, førte til psykiske endringer. Disse erfaringene førte til at jeg av og til erstattet den systematiske behandlingsprose- dyren med mer ledighet og spontane innfall.

#### Hvorfor fungerer metoden?

Begrunnelsen er at det ikke finnes noen mental-biologisk forskjell mellom den menta- le oppbygningen av klientens traume etter en alvorlig eller en mindre alvorlig hendelse og de fantastiske fantasiene som utvikles gjennom behandlingen. Klientens traumer er over som fysisk hendelse. Det klienten sitter igjen med, er minner og mentale proses- ser basert på disse minnene. Disse minnene og de mentale prosessene er bygget opp av biopsykiske elementer som omfatter følelser. De ressurspregede og mestringsrelaterte fantasiene som utvikles i behandlingen, er også bygget opp av mentale elementer. Der- med har vi to mentale historier som konkurrerer om klientens forståelse og følelser: en

traumatisk og en positiv fantasi. Men nåtiden har ofte forrang over fortiden ved kon- flikter. I tillegg kan den nåtidige mentale fantasien, som fører til positive opplevelser og mestring, bygges ut og forsterkes mentalt til den har større kraft og påvirkning på klienten enn traumet. Dette vil redusere de følelsene som er forbundet med de opp- rinnelige traumerelaterte minnene. Resultatet er at klienten får dannet en ny og bedre mental virkelighet i den situasjonen som utløste det opprinnelige traumet.

#### Forutsetninger

Det er ikke fantasienes innhold som er avgjørende for om metoden virker, men om klienten kan leve seg inn i dem. Fantasiene må utformes med utgangspunkt i klientens evne til å forestille seg og oppleve en ny virkelighet, og de må være i samsvar med kli- entens verdier, ønsker og språklige kultur.

#### Metoden

Metoden Fantastiske Fantasier kan ha større effekt på schizofreni enn realistiske posi- tive fantasier, forutsatt at individet er i stand til å leve seg inn dem. Fantastiske fanta- sier kan anvendes på de fleste klienter og er en av de mest effektive og mest anvendte metodene i LBT. Fantasiene følger ikke logiske lover. Alt er mulig i de fantastiske fanta- siene. Alt kan kombineres, fordreies, økes, styrkes og mangfoldiggjøres. Alle klientens ønsker om psykiske tilstander og reaksjoner kan realiseres gjennom fantastiske fanta- sier. Alt som skjer mentalt, er likevel i samsvar med den hjernepsykologiske forståel- se av symptomer på schizofreni og psykisk endring (Dammen 2024a). Klienten kan gjerne utfylle fantasiene og gjøre dem enda bedre og enda sprøere om de ønsker det.

#### Arbeidet

Metoden innebærer påkobling av positivt og nedtoning, redefinering og forminskning av psykisk ubehagelig materiale. Klienten får gjennom metoden kontakt med sine mentale ressurser og et håp om et liv uten psykisk plage, ofte kombinert med en hu- moristisk og sprø positiv fantasi. Fantasireisen følger de samme prinsipper for psy- kisk endring som i de øvrige metodene. Terapeuten har kontroll i situasjonen uten at klienten legger merke til dette. Terapeuten gjennomfører en samtale med klienten om hvordan han eller hun hadde opplevd situasjonen hvis fantasien hadde skjedd slik klienten kunne ønske seg det, og i en situasjon der alt var mulig og det ikke fantes noe som kunne hindre klienten i å lykkes. Denne guidete og frie, men for terapeuten styrte samtalen aktiverer klientens drømmer om en ny virkelighet samtidig som man skaper den virkeligheten mentalt, som klienten ønsker å oppleve. Metoden er ofte av tran- ceinduserende og hypnotisk karakter. Klienten har til en viss grad kontroll på innhol- det og historiens utvikling. Terapeuten kan gi innspill, men klienten påvirker hvilken

vei fantasien skal ta gjennom sine reaksjoner på terapeutens utsagn. Klienten har en tendens til å velge løsninger som er mer realistiske etter hvert som han eller hun opple- ver positive endringer, men dette skjer først etter at klientens psykiske blokkeringer og barrierer mot psykisk endring er redusert eller fjernet. Valget av urealistiske løsninger, rent mentalt, er ofte et uttrykk for at de reelle løsningene er innen rekkevidde som følge av den psykiske bearbeidingen, som skjer gjennom fantasiene. Men dette skjer først etter at man har redusert eller fjernet klientens barrierer mot endring. Metoden er spesielt egnet til å omgå eller redusere motstand mot endring. Freud uttalte en gang at schizofreni er hukommelse. Han kunne tilføyet at opplevelsen av psykiske plager og psykisk endring er fantasi.

Fantasireisene kan vare fra noen få minutter til et kvarter. Det som for klienten oppleves som mestringsrelatert underholdning, er for terapeuten en gjennomtenkt mental prosess. Enkelte resultater Metoden Fantastiske Fantasier kan ha omfattende endringseffekt og stor underholdningsverdi. Flere av de mest underholdende opple- velsene og de mest meningsfulle samtalene med klientene har jeg hatt når jeg har brukt metoden Fantastiske Fantasier. Mest av alt minner de om drømmer der alt kan skje. Til forskjell fra vanlige drømmer er drømmene i de fantastiske fantasiene kontrollert av terapeut og styrt mot positive mestringsopplevelser der klienten tar i bruk ressurser som kan ligge godt utenfor rekkevidde i det daglige liv.

Eksempler på fantastiske fantasier

Eksemplene er hentet fra ulike endringsprosesser. Om å grave ned problemet eller sende det på museum Vi gjør om problemet til noe konkret, pakker ned klientens pro- blem eller angst, sender pakken til Antarktis og graver den dypt ned i isen slik at den aldri kan komme tilbake. Resultat: klienten føler seg lettet. Andre ganger henger vi opp problemet slik at det kan tas ned og destrueres om nødvendig. Noe ganger må vi bolte problemet fast fordi at tidligere omfattende problemer har en tendens til å komme tilbake etter en stund. Klientens forestilling om at problemet boltes fast fungerer som et effektivt hinder mot at det kommer tilbake.

Når problemet er som et fjell

En klient formidler at problemene er som et fjell han aldri klarer å bestige eller over- vinne. Da sjekker jeg ut med klienten om det hadde vært ok med et helikopter for å gjøre det litt enklere. Klienten støtter dette med et skjevt smil og blir med opp. Høyt over fjellet formidler klienten spontant at han nå har fått oversikt over situasjonen, og at problemet er blitt mindre (naturlig nok, siden det er flere hundre meter ned). Og han formidler at han har det mye bedre nå.

##### Mestring av prestasjonsangst

Utgangspunktet var en musikkstudent med alvorlig prestasjonsangst. Vi fikk redusert angsten, men noe gjenstod knyttet til at klienten skulle spille på klassetime for de an- dre studentene, og derved bli vurdert av kritiske likesinnede. Å spille på klassetime er

en av de mest angstskapende situasjonene for en musikkstudent ved Norges Musikk- høgskole. Denne situasjonen ble utgangspunkt for følgende: Jeg laget en fantasi om at klienten hadde fått et oppdrag i USA, men at han på flyplassen må gjennom ikke bare én skanner som sjekker om de reisende har våpen, men også en følelsesskanner som registrerer klienten psykiske tilstand. Bakgrunnen for dette er at man i USA ikke vil ha inn folk med psykiske problemer. Og nå lyste det rødt. Studenten tas inn i et spesialdesignet rom med en følelsesmagnet som trekker ut alle klientens ubehagelige følelser. Deretter sendes klienten til et følelsespåfyllingsrom der klienten får nok av de følelser han trenger for å ha det godt. Noen studenter trenger for eksempel to hundre liter med trygghet, hvilket de får, andre to kilo med ro, mens atter andre trenger en liten Sareptas krukke som alltid kan gi glede, sikkerhet og mestringsevne. Og nå lyser skanneren grønt. Klienten drar til USA, og på kontoret er klienten såre fornøyd, mens han smiler. I USA er han solist på store konserter i de største byene. Anmeldelsene er nær overstrømmende. Etter noen uker med store suksesser kommer han tilbake til Norge med anmeldelsene i kofferten. Og da er spørsmålet, hvordan opplever du å spil- le på klassetime nå, foran de andre studentene, etter at du har lyktes i USA. Studenten smiler. Svaret kommer raskt: Lett match. No problem. Senere forteller klientene at de har anvendt liknende fantasier på seg selv, og at det har fungert. Noen forteller at det ikke var så lett å gjøre det alene.

#### Muligheter

Mulighetene for psykisk endring gjennom fantastiske fantasier er nær ubegrenset. Forutsetningen er at fantasien utvikles på en slik måte at klienten kan si «ja» til fanta- sien, og at han eller hun er i stand til å oppleve den mentalt, hvilket sjelden har vært et problem. De fleste endringsprosessene vil kunne være krevende for klienten og kunne føre til motstand mot endring eller psykisk ubehag. En forutsetning er derfor at tera- peuten guider klienten utenfor problemer som kan dukke opp underveis i fantasien, eller at han utvikler en fantasi om at klienten mestrer de utfordringene som oppstår underveis.

I metoden fantastiske fantasier tar man i bruk de samme egenskapene som kliente- ne anvender til daglig. Psykiske problemer er ofte en følge av fantasier, selv om de opp- rinnelig var en følge av fysiske hendelser. De fleste klientene har en velutviklet fantasi og forestillingsevne, men den anvendes på en slik måte at den fører til schizofreni. Her anvendes disse egenskapene bare motsatt vei. I tillegg tar terapeut kontroll over fanta- siene slik at de fører til nye fortellinger og nye positive opplevelser, og derigjennom til reduksjon av den psykiske plagen.

Kapittel 42 Behandling uten in- formasjon

Hensikten med å beskrive denne metoden er å vise at og hvordan det er mulig å be- handle symptomer på schizofreni med minimal informasjon. Et trekk ved metoden er at terapeuten iverksetter intervensjoner med utgangspunkt i klientens ja-svar og nei- svar på terapeutens spørsmål. Metoden ble utviklet med utgangspunkt i den samme forståelsen av psykisk endring som er beskrevet i det foregående. Muligheten for å be- handle symptomer (biopsykiske elementer som rommer følelser) på schizofreni med minimal kunnskap om klientens psykiske plage, gir noen nye muligheter. Metoden bekrefter det som tidligere er hevdet, at man kan arbeide med den psykiske struktur og med det mentalbiologiske materialet som forankrer schizofreni, med et minimalt fokus på informasjon om de opplevelsene som har ført til symptomer. Terapeut vil likevel kunne befinne seg innenfor klientens mentale livsverden. Metoden kan anven- des dersom klienten har opplevelser og informasjoner om andre personer som de ikke ønsker å formidle til terapeut.

Den videre beskrivelse er detaljert. Hensikten er å gi leser en utfyllende beskrivelse av metoden fra begynnelse til slutt. Det som skrives, er likevel et utdrag fra en lengre prosess

Selv om terapeuten ikke vet noe om klientens opplevelse av schizofreni, vet klienten alt som er viktig å vite i forbindelse med behandlingen, fordi han vet hva han føler og ønsker, og når han har en god eller en ubehagelig følelse. En begrunnelse for å anven- de metoden er at den gjør det enklere å behandle og forske på klientenes plager med utgangspunkt i egenskaper som er felles for alle klientene. Den beste måten å beskrive metoden på er å beskrive den gjennom en endringsprosess. Det blir gjort i det følgen- de.

#### Bakgrunnen for kontakt

Kvinnen tok kontakt på grunn av incestopplevelser i tidlig barndom. Overgriperen var en nær slektning, og overgrepene ble først offentlig kjent da kvinnen var i tenårene, etter et akutt sammenbrudd på en fest. Deretter fulgte samtaler med leger, psykolo- ger, helsepersonell og politi, som alle ønsket informasjon for å hjelpe klienten. Hun fikk behandling, men den hjalp lite, og hun opplevde prosessen som en omfattende tilleggsbelastning. Gjentatte ganger ble hun oppfordret til å fortelle fremmede men- nesker om intime seksuelle detaljer. Spørsmålene ble trolig stilt av ekte interesse og omsorg for kvinnen ut fra den antagelsen at det er viktig å snakke om det man har opplevd. Kvinnen opplevde dette mer og mer som sosialpornografi, i den forstand at enkelte utspørrere ble spesielt opptatt av de seksuelle detaljene. Hun orket ikke denne

gjentakende utleveringen av private opplevelser og følte at samtalene forverret hennes følelsesmessige tilstand. Som følge av dette brøt hun kontakten med hjelpeapparatet. På vår første konsultasjon fortalte hun at hun hadde det vondt, at hun ikke klarte å studere, at hun ikke klarte å ha et forhold til menn, og at hun ønsket seg en kjæreste, men at hun ikke orket å snakke om det. Jeg beroliget klienten med at hun ikke trengte å fortelle meg noe om det, som hadde skjedd. Behandlingen ble derfor gjennomført uten informasjoner om det hun hadde opplevd. Kvinnen ble kvitt den posttraumatiske pla- gen. Hun oppdaget at hun lenge hadde vært glad i en venn, giftet seg etter kort tid og ble gravid umiddelbart etterpå. Noen år senere skrev hun i et vakkert brev at hun had- de fått et nytt liv gjennom behandlingen, og at hun hadde fått tilbake sin egen kropp.

De umiddelbare endringene som klienten opplevde, og endringenes varighet, viste at det er mulig å få resultater i behandling uten at man vet noe om klientens opple- velser og om klientens psykiske plage.. Det følgende er et utdrag fra en lengre prosess. Den virkelige prosessen inneholder gjentakelser av de metodene som anvendes her, men også metoder og delprosesser som ikke er tatt med.

#### Informasjon om prosessen

T: Du kan vurdere hvilke informasjoner du ønsker å gi om deg selv. Om det er noe du ikke ønsker å fortelle, blir dette respektert. Jeg kan likevel arbeide med din

situasjon. Dersom du ønsker å snakke om noe av det du har opplevd, og som du får kontakt med gjennom behandlingen, har du anledning til dette. Du trenger ikke å fortelle meg noe av det du tenker på eller opplever, men jeg trenger noen tegn, enten i form av et «ja» eller «nei» eller et nikk slik at du kan formidle hvor du befinner deg følelsesmessig underveis, og slik at jeg får vite hvordan arbeidet går (klienten nikker.)

T: Fint, da begynner vi der. Men kan jeg få vite hva det handler om? K: Incest.

Klienten får umiddelbart kontakt med et sterkt psykisk ubehag og uro. Jeg avleder raskt klientens fokus for å redusere kontakten med psykisk smerte før jeg begynner arbeidet.

T: Før jeg begynner, kommer jeg til å stille deg enkelte spørsmål. De kan oppleves som litt uvanlige, men de har en mening. Av og til stilles spørs- målene for å få deg ut av dine egne tanker og for å rette din oppmerk- somhet mot meg. Andre ganger stilles spørsmålene for å gi deg kontakt med trygghet eller med egenskaper som du har hatt kontakt med en eller annen gang, men som du kanskje ikke føler at du har kontakt med i dag. Hvis det er noe du lurer på underveis, bare spør.

Her forbereder terapeuten klienten på det som skal skje, slik at det som skjer, oppleves som naturlig. David Ausubel, en kognitivt orientert pedagog, bruker begrepet «advan- ced organizers» på denne form for introduserende og forberedende samtale (Imsen, 2005).

#### Nøytralisering, etablering av kontakt med mentale ressurser, og et feedbacksystem

Klienten har angst. Det er viktig å redusere denne uroen og å gi klienten kontakt med en rolig og nøytral følelse.

T: En eller annen gang har du hatt en ganske nøytral følelse. Er det noe du er likegyldig til, bare et eller annet, hva som helst, som gress eller stein. K: Jeg er ganske likegyldig til fotball. Terapeuten (som selv er ganske inter- essert i fotball): Flott, kjenn på den litt likegyldige fotballfølelsen. K: Ok. T: Flott, pust godt. Har du hatt det hyggelig noen gang? (Klienten ser litt rart på terapeuten. Dumt spørsmål?) K: Ja. T: Siste gang du opplevde noe hyggelig og var rolig, legg merke til hvilken situasjon som dukker opp da. (Her kobler jeg klienten til noe godt). T: Du trenger ikke fortelle meg hvilken situasjon du får kontakt med, men du kan gi meg et lite tegn, for eksempel et lite nikk, når du har kontakt med denne situasjonen. K: Jeg har kontakt med situasjonen allerede.

Her etablerer jeg et ja-signal og et feedbacksystem. Klientens stemmeleie, kropps- språk, øyebevegelser og valg av ord vil også gi signaler om hvor klienten befinner seg følelsesmessig.

T: Fint. Når du ser det du ser i denne situasjonen, og du har det hyggelig, legg merke til hvilke farger du ser (klienten nikker). T: Og når du ser det stedet der du er og fargene, og opplever det du opplever og hører det hyg- gelige du hører, hvis det er noen lyder der, hvordan har du det da? K: Det kjennes godt.

Her bygger jeg ut en god opplevelse og befester den i flere sansekanaler. I tillegg an- vender jeg verb i nåtid, noe som ofte forsterker følelser. Klienten opplever nå den hyg- gelige situasjonen innenfra, som om hun er der, det vil si med en viss følelsesmessig intensitet. I tillegg undersøker jeg i hvilken grad klienten klarer å gjennomføre de in- struksjonene jeg gir når klienten ikke er preget av psykisk ubehag. Hvis dette ikke fungerer i en lite belastet situasjon, vil det være vanskeligere å kontrollere klientens følelsesmessige ubehag i endringsprosessen.

#### Beskytte klienten mot sin egen uro

Noe psykisk positivt kobles på for å sikre klienten mentalt i tilfelle hun skulle få kon- takt med intenst ubehag. T: Legg høyre hånd på høyre bein, og ta den vekk når den gode følelsen begynner å avta. Klienten legger høyre hånd på høyre bein og tar den vekk etter en stund. Her opprettes et sikkerhetsanker, et kroppslig minne som kan anvendes for å reetablere en god følelse dersom klienten på nytt får kontakt med de opprinnelige traumatiske opplevelsene. Oftest tester jeg om ankeret fungerer. Metoden er hentet fra NLP og kalles «ankring» (O’Connor & Seymour 1993). Behandlingen ble gjennomført i en periode der jeg eksperimenterte med metoder fra nevrolingvistisk programmering.

#### Kartlegging av klientens målsetting med behandling

Terapeuten kartlegger her klientens målsetting med å gå i behandling.

T: Det problemet du kommer for å få det bedre med, legg merke til om det er noe du ønsker å bli kvitt, eller om det er noe du ønsker å få til bedre. K: Begge deler. Det er både noe jeg ønsker å bli kvitt, og det er noe jeg ønsker å få til bedre.

Her arbeider jeg med hovedstrukturen i klientens problemer. Jeg kartlegger hva kli- enten ønsker, om hun ønsker å koble noe av eller på den psykiske tilstanden, uten at jeg vet hva klienten ønsker å koble av eller på. Det jeg likevel vet, er at klienten vil få kontakt med et psykisk materiale, det vil si mentalbiologiske elementer som rommer psykisk ubehag og angst (Dammen 2023a). Ved sterkt ubehag må dette reduseres før behandlingen begynner.

#### Forberede endringsprosessen

T: Sett at du nå skiller det du ønsker å bli kvitt, fra det du ønsker å få til bedre. Når du gjør det, hva skjer da? Ta deg litt tid. K: etter litt tid: Det er litt vanskelig. Alt er liksom vevet så tett sammen.

Her skjer to ting: Jeg tilpasser meg klienten ved å formidle at hun kan ta den tiden hun trenger. Jeg unngår derved at klienten får en følelse av press. Psykiske problemer er ofte kjennetegnet ved mangel på sortering og ved at gode følelser blandes med ubeha- gelige følelser. Utvikling av evnen til å skille og å sortere mellom forskjellige følelser er en viktig del av endringsprosessen. For terapeuten kan utsagnet «noe jeg ønsker å bli kvitt» romme hva som helst, enten det er en kinestetisk, visuell eller auditivt forankret følelse. For klienten er dette noe følt og nært.

#### Kartlegge klientens følelsesmessige opplevelse

Her kartlegges hvordan klienten opplever sine følelser: Terapeut: Betyr dette at du ser et bilde av situasjonen? K: Ja, jeg ser situasjonen.

Her undersøker jeg hvordan klienten opplever situasjonen submodalt, men tar en sjanse og antar at klienten opplever den visuelt, ut fra at klienten anvender et ord som

«vevet», som antyder en kontakt med visuelle biopsykiske elementer. «Vevet» kan imidlertid romme en kinestetisk representasjon, jamfør følelsen av fingre som veves eller flettes sammen. Selv om klientene kan ha en kinestetisk eller auditiv preferanse når de skal uttrykke følelser, har nesten alle kontakt med visuelle elementer eller visu- elle biopsykiske elementer (Bandler og Grinder 1985).

#### Sorteringer

Her gir jeg informasjoner som gjør det enklere for klienten å forestille seg at det er to bilder som er atskilt.

T: Fint. Sett nå at du forestiller deg at du ser to bilder som skilles fra hver- andre. Det ene er bildet av det du ønsker å bli kvitt. Det andre er et bilde av det du ønsker å få til i situasjonen. (Dette bildet er en konstruksjon og en fantasi). T: Forestill deg nå, i fantasien, at det ene bildet inneholder den ubehagelige delen, mens det andre bildet inneholder den gode fø- lelsen. Ta deg litt tid. (Dette formidles for å unngå å aktivere klientens prestasjonsangst). Hva skjer med de to bildene nå, når du får det til på denne måten? Utsagnet «når du får det til» er en presupposisjon med hypnotisk effekt og en metode hentet fra NLP (Bandler & Grinder 1985). Her sorterer jeg ytterligere samtidig som jeg bygger ut handlingsalter- nativet mentalt, som er evne til å sortere. K: Det blir to atskilte bilder. T: Fint. Tenk deg nå at bildet med den gode følelsen kommer nærmere og blir klarere, hva skje nå? K: Fargene og detaljene kommer tydeligere frem. T: Når dette skjer, hvordan får du det da? K: Det kjennes bedre ut.

Her anvender jeg en submodal teknikk for å justere hvordan klienten opplever de bil- dene som er knyttet til det psykiske ubehaget (Bandler 1988). Når man flytter et indre visuelt bilde nærmere, som er forbundet med en positiv følelse, forsterkes ofte den gode følelsen. Klientens uttalelser bekrefter også at hun er med i prosessen, og at hun følger de alminnelige reaksjonsmønstrene.

T: Fint. Når du nå ser det andre bildet atskilt fra det første, og det andre ubehagelige bildet flyttes bakover slik at det blir litt mindre, hva skjer da? K: Det blir mer utydelig, det er allerede langt unna, nesten bare en prikk.

Ut fra en gestaltpsykologisk forståelse kan jeg si at det ubehagelige bildet som før var forgrunn, nå i større grad er bakgrunn og derved mindre følelsesbelagt. Her opprett- holder jeg avstanden mellom bildene og gjør det lettere for klienten å forholde seg kun til bildet fra den situasjonen som er forbundet med en god følelse og med mestring. Enkelte klienter reagerer digitalt. Ordene «langt unna» fører til et sprang fra nært til fjernt for enkelte klienter, mens det for andre fører til en gradvis forflytning, det vil si til en analog bevegelse.

#### Endringskartlegging og endringsiverksettende ut- sagn

”Her kartlegges om og hvilke endringer som har oppstått. Klientens svar danner ut- gangspunktet for nye endringsiverksettende utsagn:

T: Hvordan har du det nå? K: Det kjennes bedre ut, ubehaget er mindre. T: Tenk på det bildet du nå har nærme. Der er det noe du får til, kan du se hva du får til eller ønsker å få til? K: Ja, jeg ser det. T: Sett nå at du får til det du ønsker, hva skjer da, hva gjør du mer av som du kanskje har gjort

før i andre situasjoner (terapeuten gir her klienten kontakt med tidligere ressurser). Og hva gjør du mindre av når det går som du ønsker? Ta deg tid, hold litt avstand til det indre bildet slik at du beholder oversikten (hensikten er også å redusere den eventuelt ubehagelige følelsen). Legg merke til hva som forandrer seg når du får det til på denne måten.

Her formidler jeg en instruksjon, som, hvis klienten utfører den, vil gi klienten større mestringsevne. Fortsatt vet jeg ingenting om klientens situasjon. I tillegg anvender jeg to presupposisjoner: utsagnet «legg merke til hva som forandrer seg» innebærer at noe forandrer seg, mens utsagnet «når du får det til» legger opp til at klienten får det til. Presupposisjoner fungerer som selvoppfyllende profetier som ofte fører til den atferden eller reaksjonen som allerede ligger som en forutsigelse i utsagnet, uten at det ligger noe krav om å få det til. Men man må legge merke til om klienten formidler selv små nei-signaler.

T: Når du får det til, legg merke til det som er positivt nå, hva skjer da? Men ikke for- tell hva som skjer til meg. Her formidler jeg en presupposisjon om at det vil skje en positiv endring, samtidig som jeg inviterer klienten til å legge merke til den endringen som skjer. Jeg leder derved klientens fokus over på det positive og tar kontrollen over klientens mentale prosess uten at dette skjer via et direktiv. Samtidig oppmuntres kli- enten til å beholde sin opplevelse for seg selv, noe som innebærer at klienten unngår ytterligere uro.

#### Ny endringskartlegging og ankring.

Her formidles enkelte endringskartleggende og ankringsrelaterte utsagn.

T: Hvordan har du det når du får det til på denne måten? K: Det kjennes liksom lettere. T: Fint, forestill deg at du legger det mentale bildet av den fine situasjonen på et sted, du gjerne vil ha det.

Dette innebærer at jeg skaper et mentalt anker eller en betinget stimulus for en god følelsesmessig reaksjon. Bilde (det visuelle ankeret) plasseres mentalt der hvor det i virkeligheten er synlig for klienten, for eksempel på veggen og i lommeboka. Det å se eller tenke på bildet (ankeret) kan utløse assosiasjonen til, eller tanken på den ønskede handlingsstrategien.

Klient: Jeg vil ha det hjemme i stua. T: Fint, da ”henger” vi det der. Ser det bra ut?

Her tester jeg ut om det er noe som fortsatt skal justeres mentalt. Klien- tens stemmeleie og ord og utsagn vil avsløre om klienten fortsatt opplever ubehag.

Det hender at jeg ber klientene «plassere» flotte og selvtillitspregede mentale bilder av seg selv i lommeboka, på badet, i stua, i taket og på utgangsdøra som en følelsesmessig reminder. Bakgrunnen er erfaringer fra at dersom klientene plasserer et positivt og mestringspreget mentalt bilde av seg selv i stua, på kjøkkenet eller på utgangsdøra vil de få kontakt med positive følelser ved å se på de stedene bildene er «hengt opp». Dette har ofte et humoristisk tilsnitt, og det fungerer.

#### Nye utfordringer og endringsiverksettende utsagn

T: Ser det bra ut? K: Ja, men det er noe som er ubehagelig der fortsatt. Kli- entens utsagn innebærer at hun fortsatt har kontakt med et indre bilde av den traumatiske hendelsen, selv om ubehaget ved situasjonen er redusert. T: Det er normalt, og et tegn på at det er noe som gjenstår. Men nå kan du gjøre hva du vil med det negative bildet, i fantasien. Du kan forandre hva du vil på bildet slik at det blir enda bedre å se på. Hva vil du forandre ved dette bildet, dersom det er noe du vil forandre?

Her gis klienten en følelse av kontroll og en opplevelse av frihet. En opplevelse av frihet åpner ofte opp for positive løsninger. Fortsatt vet jeg ingenting om klientens følelses- messige opplevelser, selv om klienten hele tiden har kontakt med sitt eget problem.

K: Det er fargene. Jeg vil ha litt mer farger, kanskje litt mer grønt, klarere blått og kanskje litt rødt. Her bygger klienten ut sitt positive mentale vi- suelle alternativ. Dette er farger som rommer de følelsene som klienten ønsker å oppleve situasjonen gjennom.

#### Ny endringskartlegging

T: Når du har gjort de justeringene som du ønsker, hva skjer da? K: Da blir det klarere og litt varmere. T: Ser det i første omgang bra ut nå? K: Ja. T: Når du kjenner det du kjenner ved å se på bildet, hvordan får du det når du får det sånn? K: Da har jeg det fint. T: Flott. Pust godt. Kom helt tilbake til meg og til dette rommet mens du har med den gode stemnin- gen i bildet.

Vi opprettholder her klientens kontakt med den gode situasjonen, samtidig som jeg gir klienten pause fra det krevende mentale arbeidet som klienten gjennomfører. I tillegg vil jeg ytterligere skille de mentale prosessene fra hverandre for å unngå at de ubehage- lige følelsene som jeg har jobbet med, smitter over til positive situasjoner. Det mentale arbeidet som klienten utfører, er ofte psykisk slitsomt. T: Ser du deg på det bildet nå? K: Ja. T: Hvordan har du det nå? K: Jeg har det fint (her tester jeg igjen).

#### Tilgangsgivende, følelseskartleggende, endringsi- verksettende og endringskartleggende utsagn

T: Da skal vi se litt på det andre bildet, bildet fra den ubehagelige situa- sjonen. Men hold fin avstand (tilgangsgivende utsagn). Legg høyre hånd på høyre bein (her gir jeg klienten kontakt det ressursankeret som er for- bundet med følelse av ro.) T: Ikke ta bildet for nært. Muligens er det noe ubehagelig der. K: Ja, det er vondt.

Klientens svar gjør det nødvendig å redusere klientens angst.

T: Øk avstanden til bildet slik at det blir litt mindre og gråere. Flytt det indre bildet litt lenger vekk. Når du gjør det, skjer det noe da? Er det noe som endrer seg? K: Det blir mindre ubehagelig, men det er vondt fortsatt. T: Betyr det at du ser situasjonen på avstand. K: Ja.

Her forsøker jeg å redusere det psykiske ubehaget som er knyttet til den ubehagelige opplevelsen, ved å holde det ubehagelige bildet av situasjonen på avstand, rent mentalt. Jeg anvender her en submodal teknikk. Jeg jobber nå direkte med overgrepssituasjo- nen, men uten at jeg vet hva som skjer mentalt med klienten.

Klientens svar tyder på at klienten ser seg selv på avstand i overgrepssituasjonen. Det å se seg selv på avstand i en traumatisk situasjon reduserer ofte de mest intense følelsene, men innebærer samtidig at klienten får visuell kontakt med det psykiske materialet (de visuelle minnene) som forankrer traumet. Samtidig antar jeg at klienten har noe kon- takt med den positive opplevelsen som ble etablert tidligere i konsultasjonen, og som innebar at klienten fikk kontakt med positive følelser og noe større ro.

T: Da skal jeg gjøre et lite eksperiment. Klienter synes ofte at det er interessant å gjen- nomføre eksperimenter. I eksperimenter er på en måte alt tillatt, og det er ingen krav om et vellykket resultat, noe som kan redusere klientens prestasjonsangst og motstand mot endring.

#### Endringsiverksettende, endringskartleggende og en- dringsbekreftende utsagn

T: Forestill deg at det ubehagelige bildet av situasjonen blir enda mindre og nesten forsvinner ut i horisonten. Men først, forestill deg at du ser si- tuasjonen på lang avstand mens du har fin kontakt med høyre hånd og at du sitter sammen med meg.

Dette innebærer at jeg også dreier klientens oppmerksomhet mot her og nå-situasjo- nen, som er forbundet med trygghet. Det å minne klienten på at hun sitter sammen med meg på kontoret, gjør det lettere for klienten å opprettholde avstand til den trau- matiske situasjonen, noe som bidrar til at klienten ikke forsvinner inn i traumet og opplever det på nytt innenfra, som om hun er der. Det er alltid en mulighet for at kli- entene, ved sterkt angstpregede opplevelser kan gjenoppleve traumet på nytt som om hun er der, og derigjennom få kontakt med den opprinnelige intense angsten. Denne gangen lyktes det.

T: Hvordan ser det ut nå? K: Det ser ut som før, bortsett fra at jeg ser meg selv der borte, og så er det ikke så ubehagelig å se på lenger. T: Fint. Hold fin kontakt med høyre hånd (det vil si med følelse av trygghet). Tenk at du sitter her og ser bildet der borte (hensikten er å koble klientens fokus til noe mer nøytralt). K: Det er bedre nå.

Traumet er nå redusert, men klienten har fortsatt kontakt med psykisk ubehag, selv om det å se overgrepssituasjonen på avstand har redusert traumet. Dissosieringen øker avstanden til situasjonen, samtidig som klienten skifter posisjon fra å være der (se det

innenfra) til å se seg selv der borte. Dissosieringen innebærer at det skjer en mental endring som fører til reduksjon i den følelsesmessige intensiteten i situasjonen. Fort- satt arbeider jeg med strukturen i opplevelsen og ikke med innholdet.

T: Forestill deg at du ser deg selv utenfra i den situasjonen som var ubeha- gelig (gjentakelse av opprettholdelse av avstand). Der er det noe som du ikke ønsker skal skje. Se det på avstand. K: Jeg er redd, og ønsker å løpe.

Klientens svar er et tegn på at klienten har kontakt med angst, men også at hun mestrer situasjonen, på kontoret.

#### Situasjonskartlegging og sikring av klienten

T: Betyr det at det er noen som gjør noe med deg som du ønsker at de ikke gjorde? K: Ja, men det er bare én. T: Pust godt, og hold fin kontakt med høyre hånd og min stemme mens du ser deg selv der borte på av- stand i forbindelse med noe som har hendt tidligere, men som er over nå.

Her kobles klientens oppmerksomhet til en tryggere følelse og til kontakten med sin høyre hånd (det positive ankeret) og min stemme som er forbundet med trygghet. Jeg skaper ytterligere trygghet ved å formidle at overgrepssituasjonen er over, og at den derfor ikke kan skade klienten mer. Dette innebærer at jeg gir klienten kontakt med psykisk positivt ladete mentale elementer og positive følelser.

#### Målsettingsrelaterte og endringsiverksettende ut- sagn og utsagn som antyder nye utfordringer

T: Legg merke til hva du trenger der borte. Hvis du hadde hatt de egen- skapene den gangen og de ressursene som du hadde trengt da, ville det ha skjedd noe annet enn det som skjedde. K: Jeg klarer ikke å se det.

Klientens svar antyder at situasjonen oppleves som så intenst ubehagelig at hun fort- satt føler seg handlingslammet. Jeg prøver igjen: T: Men sett at du i dag, som voksen, har noen egenskaper som du kunne trengt den gangen, hva kunne det være?

Bakgrunnen for mitt utsagn er at jo mer klienten er fanget i den tidligere opplevelsen, desto mindre vil hun kunne oppdage de ressursene hun hadde trengt den gangen. Set- ningen som begynner med ”sett at” er en åpnende setning. Koblingen til klienten som voksen kvinne innebærer en nyinnramming av situasjonen og en mulighet for kontakt med de ressursene og egenskapene hun har som voksen. Nyinnramminger er metoder man kan finne både hos NLP, MRI-tradisjonen og i kognitiv terapi. Terapeutens anta- gelse er at dersom klienten hadde hatt kontakt med voksne egenskaper og ressurser i de tidligere overgrepssituasjonene, ville situasjonen ha forløpt annerledes.

K: Jeg ville vært mye høyere, sterk og bestemt. T: Flott. Forestill deg at du er to meter høy, og at du har de voksne egenskapene som du har i dag; det vil si at du er sterk og bestemt. K: Jeg forstår, men jeg har liksom ikke helt opplevelsen av det.

Her prøver jeg å gi klienten som barn kontakt med noen voksne mentale ressurser, men lykkes ikke helt. Angsten fra incestopplevelsen er fortsatt for intens til at hun klarer å forestille seg at hun kan oppleve situasjonen på nytt, men nå med voksne egen- skaper. Jeg endrer innfallsvinkel.

#### Ressurskartleggende utsagn

T: Har du noen gang vært så bestemt at andre har gjort det du har sagt de skal gjøre? Her kobler jeg klienten på en situasjon som hun med stor sannsynlighet har opplevd i sitt voksne liv. Muligheten for å få et ja-sig- nal, er ganske stor. Klienten smiler. K: Klart, mange ganger. T: Fint. Tenk på siste gang du var bestemt. Hva gjorde du da, og hvordan kjentes det ut å være deg når du var så bestemt? Tenk at du har kontakt med den følelsen i dag (her bygger jeg ut den ressursfølelsen som klienten kunne ha trengt).

K: Da er stemmen min klar, og jeg vet hva jeg vil og hvorfor. T: Fint. Sett nå at du er to meter høy og bestemt, og at du undersøker hva som skjer der borte (opprettholder avstanden til incestopplevelsen) når du forestil- ler deg at du er to meter (bevisst repetisjon) og bestemt i den situasjonen den gangen, der borte, som er over nå. Hensikten med de verbale gjenta- kelsene er å kontrollere klientens fokus og å redusere den psykiske smer- ten som hun opplevde som barn. T: Hva ville vært annerledes?

Repetisjoner kan hjelpe klienten til å fokusere og til å utføre de nødvendige mentale operasjonene. Hensikten med setningen ”Det som skjedde, som er over nå” er også å hjelpe klienten til å ikke gå inn i situasjonen på nytt, som barn.

T: Hva ville du si eller gjøre annerledes den gangen der borte dersom du hadde hatt kontakt med bestemthet? K: Da er jeg større og har en mer bestemt stemme. Jeg avviser ham.

Her skjer følgende: Jeg kobler klienten til egenskapen bestemthet og til det å være høy og stor og derved sterk slik at hun kan forsvare seg. Deretter bygger jeg ut den indre opplevelsen av hva det innebærer å reagere med voksne egenskaper i den situasjonen hun ble utsatt for som barn. Jeg oppretter her en ny historie, jamfør narrativ terapi (Lundby 1998; White & Epston 1995) som er mindre preget av psykisk smerte. Nyere mentale opplevelser har ofte forrang overfor de tidligere om de stammer fra samme situasjon, dersom de forandres fysisk og fører til andre følelsesmessige reaksjoner.

T: Flott, sett nå at du der borte som barn, er like klok som i dag, og at du har den innsikten som du har i dag, hva sier du der borte nå, når du har en klar og bestemt stemme?

Her gir jeg klienten kontakt med nye mentale ressurser. Samtidig setter jeg klienten i en situasjon der hun verbalt kan formidle noen sannhetens ord til vedkommende, ord som hun kanskje skulle ønsket å ha sagt mange ganger. Dette kan betraktes som en ressursatferd og en atferd som gjør det lettere å bli kvitt det eksisterende ubehaget. Samtidig styrker det klientens selvbilde å kunne være så klok og sterk i en vanskelig

situasjon. Jeg utvikler samtidig en ny mental historie. Michael White ville kalt dette for ”eksternalisering” og nydanning av historier (Lundby 1998). NLP ville kalle det for ”Change History” (Bandler og Grinder 1985). MRI tradisjonen ville kalt det for ”nyinnramming” (Watzlawick mfl. 1980), mens Steve deshazer, grunnleggeren av den løsningsorientert terapi, ville kalt det en ”løsningsorientert tilnærming”. Jeg har her re- dusert intensiteten i det traumatiske psykiske materialet som ble etablert i overgrepssi- tuasjonen og gitt klienten kontakt med et positivt ladet psykisk materiale.

K: Da stopper jeg det han prøver på, før det er kommet for langt, og for- teller ham hvordan han ikke må oppføre seg overfor barn. T: Hva skjer når du gjør dette? K: Han stopper opp og trekker seg. Det blir liksom ikke noe mer. T: Hvordan har du det når han trekker seg fordi du har vært sterk og bestemt? K: Da har jeg det fint. Jeg føler at det er jeg som har kontrollen. T: Hvordan kjennes det når du vet at du har kontrollen på denne måten (forsterkende utsagn). K: Da har jeg det fint.

Her bygger vi ut den alternative atferden både som handling og som mental opple- velse. Dette øker sjansen for at endringen skal vare. Samtidig er dette en test. Dersom traumet ikke er redusert i tilstrekkelig grad, vil hun igjen få angst når hun forestiller seg at hun er tilbake i overgrepssituasjonen, men jeg antar at traumet allerede er sterkt redusert.

T: Hvordan har du det her nå? K: Fint. T: Da tar vi en liten pause. En pause gjør det mulig å la kroppen tilpasse seg de psykiske endringene som har skjedd. Formålet med dette er også å nullstille situasjonen, skape et mentalt brudd og et psykisk skifte for å forberede de neste intervensjonene.

#### Påkobling av psykiske ressurser

T: Siste gang du hadde det hyggelig, når var det? K: Det er den situasjonen jeg har i hånden (det ankeret vi har lagt inn tidligere) ( klienten smiler.

) T: Forestill deg nå at du er i den situasjonen der du har det hyggelig. Hvordan har du det da? Er det noen stemmer der? K: Ja, jeg er sammen med noen venner. T: Er det noe humor der borte? Klienten smiler igjen. K: Ja. T: Fint legg høyre hånd igjen på høyre bein.

Her gir jeg klienten kontakt med trygghetsankeret og med en situasjon som er forbun- det med humor. Her tar jeg en sjanse. Det er vanskelig å være redd når man har det morsomt. Humor er en endringsressurs. Det fungerte.

#### Endringskartleggende og endringsforsterkende ut- sagn

T: Jeg ønsker å undersøke én gang til hva som skjer i den tidligere ubeha- gelige situasjonen når du er så bestemt der borte som du er nå. Her befes- ter jeg ressursatferden, samtidig som jeg anvender en nøytral språkbruk: T: Kan du se deg der borte i situasjonen, litt før den begynner, det vil si før den ubehagelige situasjonen oppstår? K: Det går fint. T: Se hva som skjer når du ser deg selv der borte den gangen, mens du holder deg på høyre bein. Se hva som skjer i situasjonen fra begynnelse til slutt, men se deg selv og situasjonen utenfra. Utsagnet øker avstanden til situasjonen.

Utsagnet ”Mens du holder deg på høyre ben” opprettholder klientens kontakt med den positive følelsen som er knyttet til ankeret.

T: Se situasjonen på avstand og i det tempoet du ønsker, og tenk deg at du ser det på en film som gradvis fortsetter, slik at du ikke stopper opp. Terapeuten sørger her for fremdrift og at klienten ikke fortaper seg i et fortsatt ubehag. Klienten gjennomfører prosessen mentalt på nytt mens hun ser seg selv og hva som skjer utenfra.

T: Hva skjer der borte nå? Du trenger ikke å fortelle meg det du ser. Te- rapeuten opprettholder den innholdsløse behandlingen. T: Se hva du ser der borte, og hva du gjør, og hva som skjer til situasjonen er over (her forsterkes klientens dissosierte posisjon.

Klienten forestiller seg nå hva som skjer)

T: Når du er ferdig, kan du se på meg (kobler klientens fokus fra over- grepssituasjonen til terapeuten ). Pust jevnt og godt. K: Jeg ser det. Det går fint. Jeg er stor og forteller ganske klart hva jeg mener, og han trekker seg. Etterpå er jeg litt stolt over meg selv. T: Kjenn på den stoltheten du har når du har fått til noe som er verdifullt for deg (her forsterkes den positive tolkning). Hvor sitter den stolte følelsen hos deg? K: I hodet og magen. T: Fint.

Her tester jeg situasjonen, noe som forsterker den nye mentale historien og det nye hendelsesforløpet. Målsettingsrelaterte, endringsiverksettende og ressurskartleggende utsagn

T: Skulle du ønske å undersøke hvordan det hadde vært å reagere slik du gjorde nå, den gangen?

Her ønsker jeg å teste ut opplevelsen i assosiert posisjon, det vil si ved å la klienten gjenoppleve situasjonen på nytt, som om hun er der.

K: Ja. T: Tenk på den hyggelige situasjonen igjen ( klienten smiler). T: Forestill deg nå at du er i situasjonen som barn. Da ser du ikke deg selv, men alt rundt deg. Forestill deg nå hvordan du har det, og hva som skjer nå når du får det til slik du ønsker (opprettholder klientens avstand). Hold fin kontakt med høyre hånd. Pause. Klienten jobber mentalt.

T: Hvordan er det for deg nå? Hva skjer? K: Jeg er bestemt, men føler meg ikke så stor lenger. Han trekker seg, men jeg er litt spent likevel, i begyn- nelsen, før han trekker seg.

Klienten får her kontakt med gjenstående ubehag som følge av at hun opplever at hun gjenopplever overgrepssituasjonene som barn. Det er fortsatt noe som skal justeres.

T: Hva trenger du mer av som ville føre til at du har det bedre?

Her formidler jeg den antagelsen at det viktigste er gjort, og at det klienten nå trenger, er kontakt med enda flere ressurser for å mestre situasjonen slik hun ønsker.

K: Jeg trenger større trygghet og følelse av kontroll. T: Fint. Siste gang du hadde ro, når var det? K: Jeg har ofte ro når jeg er sammen med venner. T: Fint. Kjenn den gode følelsen du har da. K: Det er lett. T: Trenger du noen andre egenskaper for å mestre situasjonen enda bedre? K: Kontroll. T: Fint. Når du opplever du at har kontroll, det skjer sikkert ofte? K: Nei, det er ikke så ofte jeg har følelsen av å ha kontroll (her tar terapeuten en snarvei, men lykkes ikke og får et nei-signal).

#### Endringsrelaterte utsagn, påkobling av nye ressurser

Det er vanlig at klientene mangler kontroll. Opplevelsen av kontroll er en endringsres- surs, som kan utvikles i behandlingssituasjonen.

. Jeg tar utgangspunkt i en situasjon som med stor sikkerhet, ut fra tidligere erfaringer, vil kunne gi klienten kontakt med opplevelse av kontroll.

T: Når du skrur på kokeplata for å sette over vannet, opplever du at du har kontroll i den forstand at du vet hva som kommer til å skje? K: Selvføl- gelig, vannet blir varmt (klienten smiler). T: Er du helt sikker på at plata blir varm? Klienten smiler igjen. Ja. T: Fint. Kjenn på den følelsen, av å ha kontroll når du setter over vannet K: Det går.

Når man undersøker hvilke ressurser klientene besitter, tenker de ofte på egenskaper de gjerne skulle hatt i krevende situasjoner, men hvor de ikke har vært tilgjengelige. Jeg plasserer derfor klienten i en situasjon hvor ressursfølelsen, opplevelsen av kontroll, er meget enkel å få kontakt med. Den sterke opplevelsen av kontroll i en alminnelig situ- asjon minner ofte om den følelsen av kontroll som man ønsker å ha i en utfordrende

situasjon. Det er lettere å gi klienten kontakt med egenskaper, ved å hente de opp fra situasjoner hvor de alltid er tilgjengelige.

T: Nå kan du låne deg følelsen av ro og kontroll som du nå har kontakt med, til deg selv der borte, den gangen. Forestill deg hvordan du har det der borte, den gangen, når du er stor, har en fast stemme, en voksen for- ståelse, med følelse av kontroll og med en følelse av ro.

Det er nå en viss sannsynlighet for at klienten får til det hun ønsker i situasjonen med disse ressursene samlet.

K: Da er det jeg som bestemmer. Da er det ikke noe farlig lenger. T: Du er flink, fint. Tenk deg nå at du er i situasjonen, og kjenn hvordan du har det når du er rolig, har kontroll med fast stemme og er like høy som du er i dag. K: Da trenger jeg ikke å være så høy lenger. T: Akkurat. Det var flott. Juster høyden til den er akkurat passe. K: Jeg er litt høyere enn jeg var den gangen, men jeg er rolig. Jeg er bestemt, og det skjer ingen ting. T: Hvordan har du det etterpå? K: Det er helt alminnelig, vanlig. Jeg leker. T: Pust godt ut. Hvordan har du det nå? K: Fint, greit. Det gjør meg ikke så mye lenger. Men jeg er sliten.

Klienten formidler her at hun ikke trenger å være så høy lenger. Det skjer ofte at de ”unaturlige justeringene” jeg gjør i en fase, for eksempel å øke et barns høyde til to meter for å få kontakt med en bestemt ressurs, atferd eller egenskap, ikke lenger er nødvendige når traumet er endret. Når klienten reagerer med de ønskede egenskape- ne, kan jeg derfor normalisere situasjonen. Klienten vil fortsatt ha de egenskapene som var nødvendige for å mestre det som skjedde for mange år siden, men nå uten ubehag. I denne situasjonen var egenskapene kontroll, ro, bestemthet og evne til å formidle hva hun mente, sentralt for evnen til å stoppe et overgrep. Jeg gir her klienten kontakt med mentale reaksjoner og en atferd som er den hun trenger for å mestre situasjonen. Disse kvalitetene er i LBTS forstått som de biopsykiske elementene (Dammen 2023a).

#### Oppsummering av arbeidet

Nå er det verste traumet redusert. Hittil har jeg jobbet med den psykiske strukturen, det vil si at jeg ikke har fått informasjon om innholdet i klientens opplevelser. Jeg er klar over at det kan gjenstå mer arbeid, selv om det mest alvorlige traumet er redusert. Intervensjonene har tatt utgangspunkt i ja- og nei-signaler, tegn som forteller hvor- dan klienten har reagert underveis i behandlingen. Klientens kroppslige signaler, som øyebevegelser, endret stemmeleie, snakketempo og pusterytme, er signaler som også bekrefter eller avkrefter at det har skjedd psykiske endringer. Klientens klare signaler reduserte mulighetene for å tolke feil, noe som forenklet arbeidet. Klienten har hele tiden arbeidet med sine egne opplevelser og med aktive minner fra det tidligere trau-

met. Jeg har kun gitt instruksjoner som handler om hvordan hun kunne forholde seg til situasjonen, slik at hun kunne bli kvitt traumet, og leve et mer normalt liv.

Dette er et utdrag fra en endringsprosess som gikk over fem konsultasjoner. Under- veis var jeg innom klientens reaksjoner på hvordan familien reagerte da overgrepet ble kjent, som taushet, mistro til klientens utsagn og at far og mor forsvarte overgriperen. Klienten hadde reagert med skyldfølelse overfor, og med aggresjon både mot familie og overgriper. Vi arbeidet også med klientens forhold til menn og til en bestemt mann som hun underveis i behandlingen, oppdaget at hun hadde vært glad i lenge uten å være klar over det.

#### Vurderinger av metoden

Terapi uten informasjon har den samme strukturelle oppbyggingen som de øvrige be- handlingene. Det er også de samme teoriene som ligger til grunn for behandlingen som ved de øvrige endringsprosessene. Metoden gir ikke et fyllestgjørende svar på spørsmålet om klientens opplevelser, men den gir et utmerket innblikk i trekk ved arbeidet. Metoden indikerer at psykiske lidelser av og til kan behandles kun ved å forholde seg til den mentale strukturen, uavhengig av de opplevelsene som førte til traumene. Det teoretiske grunnlaget for metoden er teorien om de biopsykiske en- hetene, koblingsteorien for den psykiske plage, koblingsteorien for den psykiske end- ring og teorien om de fysiske og mentale strategiene for utvikling av psykiske plager (Dammen 2023a). Et interessant aspekt ved behandling uten informasjon er at man kan redusere behandlingens omfang og varighet. Behandlingen vil inneholde færre utsagn av mindre betydning for endring av den psykiske plage. I sum kan man få en mer effektiv behandling.

#### Holder seg til det vesentlige

Metoden ”behandling uten informasjon” er effektiv. Man arbeider lettere med det som er vesentlig, og man får færre muligheter til å henge seg opp i uvesentligheter. Det er ikke sikkert at klienten snakker seg ut av sitt problem og over i en positiv psykisk tilstand dersom klienten begynner behandlingen med å fortelle sin ganske omfatten- de historie. Det å fortelle utførlig om sine problemer kan like gjerne aktualisere og forsterke klientens psykiske smerte som å redusere det psykiske ubehaget. Terapi uten informasjon kan anvendes for å bryte dette mønsteret, samtidig som man bringer kli- entens fokus over på det som har betydning for å bedre klientens situasjon. En gevinst ved behandling uten informasjon er at terapeuten blir mindre sliten når hun eller han slipper å ta inn over seg all den smerte som kan rommes i klientens livshistorie og psykiske problemer. Deprimerte klienter som stadig forteller sin historie, kan føre til slitasje for den empatiske terapeut uten at denne empatien fører til at klienten kommer ut av sin psykiske plage. Jeg har av og til hørt om situasjoner der klientene forlater tera- pien lettere til sinns, mens terapeuten noe senere forlater kontoret noe tyngre til mote,

noe som kan være forårsaket av at man ikke vet med sikkerhet om ens behandlinger har ført til de ønskede resultater.

#### Når er metoden egnet

Terapi uten informasjon kan være nødvendig for å hjelpe klienter som synes at det er vanskelig å utlevere private informasjoner om seg selv eller om andre. Den kan også anvendes med klientene som snakker seg innover i og forsterker sin psykiske smerte når de forteller om den. Metoden er også egnet for terapeuter som mister sitt over- skudd, som følge av kontinuerlig å måtte lytte til andres ubehagelige og vanskelige liv. Metoden kan forenkle forskning på behandling ved at det blir enklere å kategorisere de enkelte intervensjonene. Enkelte klienter kommer til behandling for å utvikle sin selvinnsikt og forståelse. For denne type klienter vil metoden bli opplevd som util- strekkelig. Men de fleste kommer for å få det bedre med noe, og helst så raskt som mulig.

#### Terapi uten informasjon, et etisk aspekt

Terapi innebærer utlevering av private opplevelser. Mange klienter kan oppleve at opp- lysninger som de ønsker å holde privat, blir gjenstand for interesse av en offentlig eller privat instans. Dette kan være opplysninger om handlinger og opplevelser som klienten skammer seg eller er flau over. Eller det kan være temaer som klienten ønsker å unndra fra endringsprosessen, fordi hun søker hjelp for et annet problem. I tillegg kommer at klienten kan ha et behov for å beskytte personer som står han eller hun nær, selv om de har påført vedkommende psykisk smerte. De fleste føler seg uvel med å utlevere sin familie eller sine venner, selv om man har vært offer for ubehagelige reaksjoner eller overgrep.

Det etiske aspektet ved terapi uten informasjon er knyttet til muligheten for å be- handle klienter som ikke ønsker å utlevere private informasjoner og erfaringer, og som på grunn av metoden terapi uten informasjon slipper å skjule seg for terapeuten. Slik sett vil man med denne metoden kunne behandle i tråd med de etiske føringene som ligger i Helsinkierklæringen (2000).

#### Metoden og de øvrige terapeutiske tradisjonene

Metoden skiller seg fra metoder i andre behandlingstradisjoner. De øvrige terapeu- tiske tradisjonene fokuserer på innholdet i klientens opplevelser. I behandling uten informasjon er innholdet fraværende. De øvrige behandlingstradisjonene kan bruke lang tid på utredning. I behandlingen uten informasjon er det ingen utredning. Me- toden har ført til kunnskap om psykisk endring som går ut over den eksisterende for- ståelse for behandling ved at den tar utgangspunkt i strukturen i den psykiske plage

og psykisk endring. Og ved at man arbeider direkte med den psykiske natur. Og ved at man arbeider direkte med den psykiske natur. Metoden er et utmerket eksempel på en behandlingsprosess der man kun forholder seg til hjernens psykologi, til det psykiske materialet som forårsaker klientens opplevelse av schizofreni og til de mentale proses- sene i hjernen, uten at man trekker inn sosiale, relasjonelle, og økonomiske faktorer.

Kapittel 43 Den logiske og den motsatte metode

Lingvistisk hjerneterapi, LBT, er en logisk tilnærming til behandling. Det logiske og motsatte prinsipp kommer til uttrykk på flere måter. Når noe er ubehagelig, ligger løs- ningen i å redusere ubehaget. Når noe er for stort, er løsningen å gjøre det mindre. Når det er for kaldt, gjøres det varmere. Når noe er for nært, flyttes det lenger vekk. Når noe er trist, ligger løsningen i å få kontakt med mer glede og å redusere det triste. Når det er noe man er redd for, ligger løsningen i å redusere følelsen av redsel og å utvikle trygghet. Og hvis noe er ok, kan det sikkert bli bedre. Om noe er bra i en situasjon, kan denne følelsen overføres til flere situasjoner. Om det er et menneske man liker, kan evnen til å like anvendes og overføres til andre mennesker.

Det motsatte og logiske prinsippet ligger ofte til grunn for de intervensjonene som anvendes i lingvistisk hjerneterapi. Begrunnelsen for det motsatte prinsippet er at symptomer på schizofreni nær alltid er uttrykk for at klientene opplever at de har for mye eller for lite av noe. Målet med metoden er å gi klienten mer kontakt med det (de biopsykiske elementene) som gjør at han eller hun har det bra og fungerer bedre, og å redusere klientens kontakt med det han opplever at han har for mye av og som er vanskelig. Samtidig innebærer dette at man erkjenner at klienten av og til har kontakt med noe som er verdifullt, i stedet for at man har den oppfatningen at klienten enten mangler noe eller blir ødelagt av noe annet. Det å formidle at man har for mye av noe ubehagelig, eller for lite av noe positivt, innebærer samtidig å gi klienten en følelse av at hans eller hennes reaksjoner i bunn og grunn er normale reaksjoner på for klienten unormale opplevelser, og at det først og fremst handler om å justere noe mentalt og ikke behandle en sykdom. Denne forståelsen gjør det også mulig å undersøke hva klienten trenger mer eller mindre av, noe som gjør det mulig å målrette behandlingen. Enkelte eksempler: mange klienter er overfølsomme for bestemte situasjoner, men- nesker og utsagn. Da blir spørsmålet om hvordan man kan redusere klientens overføl- somhet. Andre klienter har for lite av noe, det være seg engasjement eller kontakt med andre. Her blir spørsmålet hvordan øke klientens engasjement eller kontakt med det han ønsker mer kontakt med. Her kan man arbeide presist og konkret, samtidig som behandlingen blir forenklet. Fra å skulle behandle noe diffust, blir bestillingen enkel og avgrenset. Og når man har løst ett problem, går man løs på neste, også det gjennom

en konkret tilnærming.

Kapittel 44 Metoder for avgrense- de utfordringer

Det hender at man får klienter der det metoderepertoaret man har, ikke føles tilstrek- kelig. Man må improvisere. Her vil jeg presentere enkelte glimt fra denne typen erfa- ringer.

#### Når klienten ikke er intellektuelt tilgjengelig

Jeg ble kontaktet av familien til en nesten psykotisk klient. De var redde for at klienten ville ta sitt liv på grunn av psykotiske sammenbrudd hjemme. Årsaken var et ekte- skapsbrudd uten forvarsel (se tidligere) etter 20 år samliv.

Kvinnen brøt ut i voldsom gråt og var ikke tilgjengelig for samtale. Jeg ble rådvill, men fikk en innskytelse. Kvinnen virket trygg kroppslig. Hun satt i en liten sofa med sofaryggen vendt utover i rommet. Jeg gikk bak sofaen og begynte å massere skuldrene hennes. Først i takt med kvinnens hurtige pusterytme, deretter langsommere. Pusten hennes fulgte deretter mine bevegelser, som ble stadig langsommere. Etter en stund fikk hun en roligere og til slutt normal pust. Gråten stoppet. Samtalen kunne begynne, og deretter behandlingen. Jeg opplevde kvinnens problemer som mer omfattende enn jeg kunne mestre, og anbefalte henne å ta kontakt med en psykolog eller med hennes lokale distriktspsykiatriske poliklinikk, men hun valgte å bli værende. Det gikk bra. Etter åtte behandlinger hadde hun bygget opp et nytt liv med nye venner, fått fordelt barna og begynt med nye hobbyer. Hun hadde til og med organisert og tatt ansvar i begravelsen til den tidligere ektemannens far. Jeg ble imponert over ressursene hennes. Dersom klienten er intellektuelt utilgjengelig på grunn av angst, sorgreaksjoner, forvirring, rusmidler eller medisiner, anbefaler jeg klienten å ta kontakt med psykia- trisk legevakt eller psykolog, slik at klienten kan få kontakt med et mer omfattende og beskyttende terapeutisk miljø enn jeg kan tilby. Jeg forteller også hvordan jeg jobber og hva jeg kan bidra med, hva som fokuseres i behandlingen, og hva som fokuseres i min- dre grad, slik at klienten kan velge den type behandling som passer best. Jeg formidler at vi kan fortsette våre samtaler om klienten skulle ønske dette. Det har også hendt at

jeg har fulgt en klient til psykiatrisk legevakt.

Antallet klienter, der dette har vært aktuelt, er ytterst få. Ingen har valgt å ta kontakt med en annen psykolog eller distriktspsykiatrisk poliklinikk. Det er flere grunner til dette, som enkelte dårlige erfaringer med psykiatrien, angst for stigmatisering og van- skeligheter med å få kontakt med psykolog.

#### Jording

Enkelte klienter har en så intens angst at de ikke er i stand til å snakke om sin situa- sjon. Da kan jording og fullstendig endring av fokus være en innfallsvinkel. Ved jor- ding tar terapeuten kontroll over klientens fokus ved å koble klienten til den fysiske her-og-nå-situasjonen. Et eksempel:

T: Tenk på noe nøytralt som du har opplevd … Eller på noe som du er likegyldig til. K: Hm (dette lykkes ikke alltid, men det er en begynnelse.) T: Kjenn deretter at du sitter i den stolen du sitter i, kjenn hvor du har beina dine, armene dine, tærne dine og fingrene dine.

Det å rette klientens fokus mot sin egen kropp og mot noe han eller hun tar i eller ser på, og gjenta dette i et minutt eller to, gjør det vanskelig for klienten å opprettholde sitt fokus på angsten med samme konsentrasjon som tidligere.

T: Hensikten med dette er at du flytter din oppmerksomhet mot noe konkret og kroppslig eller til noe du ser rundt deg. Kjenn også at pusten blir dypere, og at du et eller annet sted i kroppen kjenner en viss ro. Forestill deg deretter at den roen som du har et eller annet sted, brer seg utover i kroppen din, og at du får kontakt med en følelse av velvære.

Jording kan føre til at selv sterkt angstpregede klienter kommer i en mer nøytral tilstand. Men det kan ta tid, og av og til er det ikke nok. Det har hendt at jeg har tatt kontroll over klientens tankeprosess ved å be klienten tenke på noe helt ufarlig, som småstein, gress, en blomst og et blad. Resultatet er at klienten gradvis får en følelse av å få kontakt med alminnelige følelser. Man kan også gradvis dreie klientens fokus over på små humoristiske opplevelser, men først etter at angsten er borte. Først når klienten er kommet i et mer alminnelig psykisk leie, begynner behandlingen.

#### Autogen trening

En annen metode er autogen trening, der man senker klienten ned i et avspent leie mens man leder klienten til situasjoner forbundet med positive opplevelser eller til si- tuasjoner som ikke er forbundet med angst eller tvil på behandlingen. Her tar terapeu- ten kontroll over klientens pust, tankeprosess og følelsesmessige forløp. Jeg har blant annet anvendt metoden i forbindelse med en sterkt kristen musiker som tvilte på at det hun oppnådde på konsultasjonen, skulle være mulig, fordi vi arbeidet med temaer som bare Gud kunne eller skulle ha kontroll på. Denne opplevelsen hindret effektivt psykiske endringer i å oppstå. Jeg forsøkte derfor autogen trening der jeg gradvis tok kontroll over klientens mentale tilstand, mentale prosess og motstand. Motstanden ble eliminert. Uten motstand klarte hun å forestille seg at mine instruksjoner fungerte, helt uten tvil og nei-signaler. Hun ble bra.

#### Mønsterbrudd, redefinering og dyktighet

Jeg formidler ofte til klientene at de er dyktige. Når dette skjer, ser de på meg litt un- drende og ikke uten skepsis. Et kjennetegn på klienter som har problemer, er at de ikke ser seg selv som dyktige. Terapeutens utsagn er derfor et lite mønsterbrudd.

Terapeuten kan for eksempel si: Du tenker kanskje ikke på at ditt psykiske ubehag har noe å gjøre med dyktighet, men du er egentlig ganske flink til å være deprimert. Terapeuten tilføyer at han sier dette på fullt alvor og uten ironi. T: Du er faktisk dyktig. Dyktig til å bli deprimert. Du er blitt dyktig til å oppdage det ved livet og ved ditt ar- beide med musikk og ved det i din situasjon som ikke fungerer, som er forbundet med tap, som er uheldig og vanskelig, og som kan kritiseres.

Og han eller hun kan fortsette: T: Hver gang du tenker en tanke som rommer ube- hag, fyller du mer av tiden din med ubehag. I tillegg husker du ubehaget bedre fordi det gjentas. Alt du tenker på lagres i hukommelsen. I tillegg blir du flinkere og flin- kere til å tenke negativt gjennom trening. Med andre ord er du blitt ganske skarp til å oppdage det som kan gi deg en dårlig følelse, men denne formen for dyktighet kan anvendes på en annen måte, helt omvendt. Hva hadde skjedd dersom du hadde vært like dyktig og hadde brukt like mye tid til å registrere og tenke på glimt av mening, suksess, vennlighet, seire eller glede som du er til å tenke negativt, hva hadde skjedd med deg da?

For sterkt deprimerte klienter kan det være vanskelig å oppleve dette som sant, men det er en begynnelse, et psykisk skift. I det øyeblikket en klient som kun har definert seg som depressiv, må innrømme at han eller hun er dyktige til å være depressiv, skjer det noe. Det å få en følelse av å være flink fører til en annen følelse enn om man bare er depressiv. Og den gir et bedre utgangspunkt for behandlingen.

En av løsningene på klientenes situasjon er at de skal beholde sin dyktighet, men snu denne egenskapen slik at de blir like flinke til å tenke hyggelige og positive ting om seg selv, som de tidligere har vært flinke til å tenke kritisk og negativt. En bieffekt av dette er at schizofreni beveger seg fra noe nær skjebnebestemt og uforanderlig til noe de har gjort som de kan forandre. For enkelte er dette et viktig sprang i forståelse. Ut fra kognitiv terapi kan dette forstås som en form for redefinering. Ut fra LBTS dannes det her nye mentalbiologiske elementer som rommer positive følelser, som konkurre- rer med det dominerende negative psykiske materialet. Alle endringer i forståelse er som tidligere nevnt, en følge av endringer i kontakten med bestemte verbale og moda- le elementer som rommer følelser. En forutsetning for at metoden skal fungere, er at terapeuten mener det han eller hun sier og opplever det som sant.

#### Skape intellektuell tilgjengelighet ved kaotiske til- stander

Om klienten ikke er tilgjengelig for en fornuftspreget samtale, er klienten likevel følelsesmessig tilgjengelig for seg selv. Dette gjelder for eksempel ved forvirring, ved

selvforstyrrelser, og ved indre kaos. Alle klientens ord og utsagn vil være et uttrykk for en følelsesmessig tilstand, selv om klienten ikke er tilgjengelig for en alminnelig samtale, og selv om han eller hun blir oppfattet som fjern eller gal, ulogisk og dominert av vrangforestillinger. Alle tilsynelatende ufornuftige og ulogiske utsagn er forankret i, og er et uttrykk for klientens følelsesmessige tilstand og opplevelse. All usammen- hengende tale er en kilde til klientens indre liv og derfor endringsinteressant. Dersom man bekrefter klientens usammenhengende eller ulogiske språk ved å bruke klientens begreper, kan man få opprettet en form for kommunikasjon. Gradvis kan klienten bli mentalt tilgjengelig. Andre ganger må man avvente situasjonen og eventuelt innse sin begrensning. Da kan man henvise til psykiatrien, dersom klienten ikke allerede er under behandling, der klienten kan få medisiner med det formål å bli intellektuelt tilgjengelig for samtale og deretter for psykisk endring.

#### Utvikling av en mer rettferdig egenvurdering

De fleste klienter har lite trening i å oppdage, anerkjenne og dvele ved sine gode egenskaper og ved det de får til. Jeg forteller dem derfor at de meget sannsynlig har vært urettferdige og altfor negative og kritiske overfor seg selv i lang tid, og at det nå er på tide å overdrive den andre veien for å rette opp en ubalanse. Klientene ser ofte uten store vanskeligheter at de har behandlet seg selv urettferdig, selv om de fortsatt føler seg plaget. Nå får de i oppgave å gi seg enda mer støtte, ros og anerkjennelse enn de fortjener, fordi de må rette opp en ubalanse i psyken og i kroppen. De fleste godtar denne måten å forstå sin situasjon på.

Klientene får også høre at hvert sekund eller minutt som de tenker en positiv tanke eller får kontakt med noe de synes er flott, viktig og riktig, får de et minutt mer med psykisk velvære eller overskudd. Og om klienten sier, noe som også er ganske vanlig,

«men da tenker jeg noe som ikke er sant», er mitt svar at nå er det på tide at de lyver på seg noe positivt, i stort og med stil. Så kan de heller fylle på med mer ubehag senere om de synes det er verdt det, og om det hjelper dem. Jeg har enda ikke møtt en klient som ønsker å fylle på noe mer negativt etter at de har fått det bedre. Noen klienter ber om en øvelse for å få til dette. Da får de et forslag:

Sett at du hver dag, hver morgen og hver kveld skrev ned fem ting om deg som er litt flott og ok og fint, da vil du gradvis påvirke deg selv i positiv retning som følge av at du ofte behandler deg selv med mer respekt, aksept og håp. Du er en verdifull person. De som mener eller formidler noe annet, tar feil. Så derfor, om du vil trene litt, gjør dette. Dette fokuset på å øve for å endre et tankemønster er inspirert av kognitiv terapi.

Resultatet er etablering eller forsterking av mentalbiologiske elementer (ord, utsagn og sanseforestillinger) og mentale mønstre som rommer ønskede følelser og en mer adekvat forståelse.

Endring av psykisk ubehag gjennom modale endringer I LBTS undersøker man hvor den ubehagelige følelsen (den kinestetiske opplevelsen) sitter i kroppen, om den har

en form eller farge og eventuelt hvilken farge den har. Klientene formidler ofte at fø- lelsen er mørk.

T: Tenk deg følgende. Først bleker vi det mørke slik at det blir lysere, hvor- dan kjennes det? K: Det blir litt bedre og lettere. T: Fint. Er det noen farger du liker eller som gjør deg trygg?

De fleste klienter formidler at de liker noen farger, og at enkelte farger gjør dem mer trygge.

T: Sett at du nå forestiller deg at den bleke fargen blir erstattet av én eller flere av de fargene som du liker, eller som du blir trygg av, hva skjer da? K: Da får jeg det bedre. Det er ikke så farlig eller vanskelig lenger.

Nær alle klientene formidler at de får en bedre følelse når de bytter ut den mørke far- gen som er knyttet til en bestemt opplevelse eller situasjon, med én eller flere farger som de liker. Og hver gang får jeg bekreftet at endringer i klientens sanseopplevelser, i dette tilfellet endringer av den fargen (den visuelle modaliteten) som er assosiert med den ubehagelige opplevelse, fører til en bedre følelse.

Noen ganger er ubehaget først og fremst knyttet til en indre stemme og en ubehage- lig lyd eller til en følelse, en klump, et trykk eller et press et eller annet sted på kroppen. Den psykiske smerten sitter vanligvis i hodet, nakken, skuldrene, brystet, hjerteregio- nen, solar plexus eller i magen. Hos musikere, dansere og idrettsutøvere kan angsten eller ubehaget være knyttet til bestemte kroppsdeler eller bevegelser.

#### Utvikling av en ny positiv virkelighet

Hver gang klienten tenker en positiv tanke eller lager en positiv forestilling som er relatert til en ubehagelig situasjon, skapes det en ny mental virkelighet i tillegg til den eksisterende. Grunnen er at det å oppleve en positiv versjon av en tidligere ubehagelig opplevelse innebærer læring og lagring av nye minner. Resultatet er at klienten får to historier og to sett med mentalbiologiske minner fra samme situasjon. Mens den ene historien kun vil være forbundet med ubehag, vil den andre være forbundet med en god følelse. Disse historiene vil konkurrere om klientens ubevisste og bevisste mentale fokus og om klientens følelsesmessige reaksjoner.

For at den tidligere ubehagelige situasjonen ikke lenger skal oppfattes som ubeha- gelig, er det nødvendig og mulig å svekke den historien som rommer psykisk ubehag, og forsterke den som er forbundet med positive følelser og mestring. Dette gjøres ved å endre de biopsykiske elementene (de ord, utsagn og sanseforestillinger) som lagrer eller forankrer klientens ubehag.

#### Ethvert utsagn fra terapeut er en mikrometode

Ethvert utsagn fra terapeut kan betraktes som en mikrometode. Under følger utsagn som forbereder eller fører til psykisk endring. Disse utsagnene inviterer til løsninger som tidligere har vært vanskelige å forestille seg. Utsagn som rommer fantasier er en av de sterkeste virkemidlene for å skape psykisk endring, blant annet fordi man kan omgå eller eliminere motstand (se metoden fantastiske fantasier). Felles for utsagnene under er at de fører til kontakt med et psykisk materiale, mentalbiologiske elementer som rommer større velvære og mestringsevne.

* Utsagnet «Tenk i fantasien at det skjer noe magisk» hemmer nei-signaler og motstand, så fremt klienten ikke har motstand mot selve det å tenke magisk. Ordet «magisk» åpner opp muligheter som tidligere ikke har vært tilgjenge- lige.
* Utsagnet «De fine følelsene bare strømmer inn i deg» formidler at klienten ikke trenger å jobbe eller anstrenge seg for å få det til, det bare skjer.
* Utsagnet «Hva skjer når det skjer noe positivt der» holder klientens fokus konsentrert på det positive og begrenser samtidig kontakt med negativt mate- riale og nei-signaler.
* Utsagnet «Se deg på avstand» i den situasjonen som er forbundet med ubehag, reduserer ofte klientens angst og setter klienten i en situasjon der det er lettere å forestille seg at endring er mulig.
* Utsagnet «Når det ikke er noe som hindrer deg» hemmer og opprett holder fravær av nei-signaler.
* Utsagnet «Hva skjer når det er noe som skjer som er positivt» driver historien fremover samtidig som klienten blir guidet til å opprettholde sitt fokus på det positive.
* Utsagnet «Minnene dine er jo der» er et budskap til klienten om a han eller hun allerede har kontakt med de egenskapene som trengs i dag, noe som gjør det lettere å forestille seg at det kan skje en endring.

En forutsetning for at suggestive utsagn eller fantasier skal fungere, er at de er innenfor klientens mulige fantasi- og forestillingsverden.

#### Snarveier når den psykiske plagen er komplekse

##### Legge problemene i en sekk eller en haug

De psykiske plagene kan være så komplekse og omfattende at det vil ta tid om man skulle arbeide med ett problem av gangen. Da kan man prøve en snarvei:

T: Siden situasjonen din er ganske kompleks, kan vi prøve noe annet. Kan du se deg selv utenfra, det vil være en fin begynnelse (klienten nikker). T: Er ubehaget ditt noe du kan se? (Ikke alle klienter kan se ubehaget sitt som noe visuelt. Denne klienten nikker.) Terapeuten: Ok. Tenk nå at

ubehaget og alt som er forbundet med det som er ubehagelig, tas ut av kroppen din, samles sammen og legges i en haug et stykke bortenfor deg. (Deretter kan man be klienten beskrive hvordan haugen med problemer ser ut på avstand.) T: Er den stor eller liten, har den farge, eller er den i svart-hvitt, beveger den seg, eller står den stille, er den avgrenset eller ikke, er den tung eller lett, er det noe du vil beholde der borte, eller vil du kvitte deg med alt?

Her anvender vi klientens evne til å fantasere utover det som er realistisk. Dette er en egenskap som mange klienter anvender når de forestiller seg ubehagelige situasjoner som kan oppstå i fremtiden. De er i stand til å se eller forestille seg hendelser som for andre er urealistiske. Man anvender her kun en egenskap som enkelte klienter anven- der i sitt eget liv.

En av årsakene til at terapeuten stiller flere spørsmål, er at klienten skal få tid til å tenke og kunne velge ut det alternativet som er mest i tråd med klientens ønsker. Hensikten med spørsmålene er å få et utgangspunkt for nye intervensjoner. Dersom haugen er stor, kan den reduseres. Er den i farger, kan man endre den til svart-hvitt eller gi den en farge som føles bedre. Beveger den seg, kan man la den stå stille. Om den er tung, kan man gjøre den lettere.

Klientene vet ofte umiddelbart hva de vil gjøre. Noen vil brenne haugen. Andre vil krympe den og legge problemene i en liten glasskrukke slik at de får oversikt over dem, eller bli kvitt dem på en annen måte. Enkelte vil bare kaste den. Noen vil ha med hjelpere, mens andre vil legge problemet i arkivet inntil videre. Klientene får oppfylt sine ønsker. Noen vil brenne opp problemene.

Terapeuten foreslår det klienten ønsker:

T: Da brenner vi dem. K: Hm. T: Men først, legg litt merke til om det er noe der borte som du ønsker å beholde, noe som kan ha beskyttet deg og gitt deg mer innsikt. (Mange svarer nei. De formidler at det ikke er noe av verdi der. Andre kan si: Det er noe der, det er noe jeg er fornøyd med som jeg vil beholde.) T: Tenk at du tar ut det du vil beholde. Hvordan får du det når du lykkes med dette? K: Da kan vi brenne resten. T: Ok, nå kan du brenne den. Tenk at du også brenner asken, for sikkerhets skyld, slik at du er sikker på at alt er borte. T: Hvordan har du det etterpå? Klienten, etter noen sekunder: Mye bedre, lettere. Det kjennes bedre ut.

Av og til må man gjenta denne prosessen flere ganger. Metoden er forbausende ef- fektiv. Den kan tilpasses klientens forestillingsverden. Enkelte smiler henrykt når jeg spør om de skulle hatt en flammekaster eller et team med brannmenn som kan utføre jobben. Noen liker ikke brann og vil helst blåse bort haugen eller skylle den vekk. Et- terpå er de lettet og føler mindre ubehag. Men behandlingen er ikke over. Nå er tiden moden for å undersøke hvordan de skulle ønske å reagere uten det psykiske ubehaget som har plaget dem tidligere.

#### Redefineringer

Redefineringer er hentet fra andre terapeutiske tradisjoner. De er nevnt fordi de an- vendes kontinuerlig i LBTS og har omfattende anvendelsesmuligheter. Redefineringer slik de anvendes i LBTS, er inspirert av MRI-tradisjonen (Mental Research Institute i Palo Alto i USA). Redefineringer innebærer å forandre klientens forståelse av en situa- sjon eller hendelse slik at den fremstår i et mer positivt og mestringsbart lys, med den følge at individet får en bedre følelse. Redefineringer blir også anvendt i nevrolingvis- tisk programmering, løsningsorientert, kognitiv og narrativ terapi.

Redefineringer er som transformasjoner. Se metoden transformasjon. De inngår i de daglige mentale prosessene. Alle redefinerer eller refortolker noe kontinuerlig. Klien- ter med symptomer på schizofreni redefinerer ofte hendelser, personer, situasjoner og oppgaver slik at de ender opp med mindre overskudd, motivasjon og glede, og med mer motstand, angst og ubehag. Psykisk velfungerende og energiske fortolker i større grad de samme situasjonene på en slik måte at de får mer energi.

Redefineringer i LBTS kan innebære at klienten blir oppmerksom på det behage- lige i en ellers ubehagelig situasjon, på en positiv tanke i en ellers negativ tankerekke, eller på noe som fungerer i en situasjon som tidligere ikke har fungert. Ordtaket «aldri så galt at det ikke er godt for noe» betyr at uansett om det er noe klienten ikke får til eller som ikke fungerer, så er det likevel noe som han eller hun faktisk får til. I det øy- eblikket klienten fokuserer på noe som han eller hun er litt fornøyd med, er klienten i ferd med å endre følelser. Og i dette øyeblikket har man redefinert situasjonen.

Vi har en redefinering når slem blir definert som «et forsøk på omsorg», når snill- het blir definert som «svakhet», når sinne defineres som «kontakt med egne følelser» eller som «tegn på forverring». Og når eksamen blir definert som «trening i å mestre press» fremfor en mulighet for et «avgjørende nederlag». Her får vi en følelsesmessig endring som følge av at én forståelse erstattes av en annen i samme situasjon.

Vi har også redefineringer knyttet til verbets tid. For eksempel når utsagnet «er deprimert» erstattes av «var deprimert». Og når et verb med en bestemt betydning erstattes av et annet med motsatt betydning, for eksempel når utsagnet «beveger seg» erstattes med «står stille», og når adjektivet «nær», brukt for å beskrive et problem, erstattes med «fjernt» for å beskrive det samme problemet.

Det har ingen betydning for den følelsesmessige reaksjonen at utsagnet er sant, i den forstand at det henviser til en reell endring i den ytre verden. Det er tilstrekkelig at individet opplever den nye forståelsen som en realitet. Forutsetningen for at rede- fineringer skal fungere, er at individet har evnen til å skifte fokus og å innta et annet standpunkt enn tidligere. Ut fra LBTS virker redefineringer på grunn av individets evne til å danne nye positive mentale elementer som erstatter eller konkurrerer med de som utløser klientens psykiske ubehag.

Evne til å redefinere noe negativt til noe godt er en endringsressurs og fordrer et visst overskudd. Enkelte klienter er usedvanlig dyktige til å redefinere positive opp-

levelser slik at de ender opp som negative. I LBTS anvender man klientens evne til å redefinere negativt, motsatt vei.

Eksempler på redefinerende utsagn fra terapeut

* **T:** Legg merke til om det var et eller annet du fikk til i den situasjonen som du bare har opplevd som et nederlag. Hva oppdager du eller legger merke til da?
* **T:** Om du har gjort noe dumt som du ikke blir kvitt, legg merke til om det også

skjedde noe der som ikke var så dumt. Hva kunne det være, om det var noe lite eller stort som du faktisk fikk til?

* **T:** Om du ikke synes du er noe ok, legg litt merke til hva ved deg som faktisk

er ok, eller som har vært ok en gang for lenge siden eller nært i tid. Hva får du kontakt med nå, når du oppdager et eller annet som er fint ved deg?

Her skjer redefineringene ved å endre klientens fokus og gjennom dette klientens for- ståelse av situasjonen eller seg selv.

#### Avslutning

Kapittel 15 til 24 beskriver de behandlingsmetodene som er utviklet med utgangs- punkt i den naturvitenskapelige og hjernepsykologiske forståelsen for psykiske plager inkludert symptomer på schizofreni. Metodene som er beskrevet, er dybdekartlegging, den direkte utsagnsmetoden, intervensjonskartlegging, metoden transformasjon, me- toden følelsestegning, skaleringsmetoden, metoden fantastiske fantasier, behandling uten informasjon, den logiske og den motsatte metoden. I tillegg beskrives metoder som anvendes ved spesielle utfordringer som mønsterbrudd, redefinering, utvikling av dyktighet og å skape intellektuell tilgjengelighet ved kaotiske tilstander. Jeg har også fokusert på utvikling av en mer rettferdig egenvurdering, utvikling av ny positiv virke- lighetsopplevelse, suggestive utsagn og fantasiutsagn for å forberede og gjennomføre psykisk endring. Jeg har også nevnt snarveier når de psykiske plagene er komplekse.

De mest anvendte metodene er dybdekartlegging og den direkte utsagnsmetoden. De anvendes kontinuerlig i endringsprosessen. Metodene er vevet tett sammen, de overlapper hverandre, og de må tilpasses klientenes behov og språklige kultur.

## Del 6

## VURDERINGER AV META- FORSKNINGEN, FOREN- KLINGER, SAMMENDRAG OG SPØRSMÅL

Del 3 beskriver mulighetene for å forenkle forståelsen av schizofreni og behandling basert på hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Forenklingene berører temaer som hvordan de psykiske plagene er bygget opp mentalt, forskjeller og likheter mellom schizofreni og den alminnelige psykiske tilstand, og hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring i behandling. Del 3 gir svar på spørsmål som kan oppstå som følge av at denne boken presenterer en ny forståelse for schizofreni, be- handling og psykisk endring.

Kapittel 45 Vurderinger av meta- forskningen

Hensikten med dette kapittelet er å vurdere metaforskningens resultater og beskrive i hvilken grad LBTS er i overensstemmelse med disse resultatene. Metaforskning er forskning på forskning som har undersøkt hva som virker i behandling. Resultatene fra metaforskningen beskriver kvaliteter og egenskaper som dyktige terapeuter har felles, selv om de anvender ulike metoder og kommer fra ulike behandlingstradisjoner. LBTS er inspirert av metaforskningens resultater, men inspirasjonen har to sider.

På den ene siden har metaforskningen ført til kunnskap om hva som virker i behand- ling, noe som har inspirert utviklingen av LBT. På den andre siden har LBTS en annen forklaring på hva som virker i behandling enn den som formidles gjennom metafors- kningens resultater (Ulvestad 2007).

I det videre vil jeg fokusere på metaforskningens resultater. I tillegg vil jeg i dette kapittelet formidle vurderinger av hva som virker i behandling ut fra en hjernepsyko- logisk forståelse, og hva som avviker fra disse resultatene. Det som skrives, er i hoved- sak hentet fra et doktorgradsarbeid med tittelen «En undersøkelse av psykiske plager og psykisk endring. Et bidrag i utviklingen av en vitenskapelig tilnærming til endring av psykiske plager» (Dammen 2013).

Metaforskningen gir svar på spørsmålet om hva som virker i terapi, og hva som fører til psykisk endring. Blant de mest kjente metaforskerne er Saul Rosenzweig fra tidlig i forrige århundre (Duncan mfl. 2009). Et av de mest kjente resultatene fra me- taforskningen er «The Dodo Bird Verdict», som oppsummeres i påstanden om at «All have won, and all must have prizes» (ibid.). Utsagnet er hentet fra «Alice in Wonder- land» og rommer den konklusjonen at alle datidens terapeutiske tradisjoner virker, og at ingen har forrang fremfor noen når det gjelder effekt.

#### Fellesfaktorenes betydning

Resultater fra metaforskningen viser at fellesfaktorene, «The Common Factors», har større betydning for de resultatene klientene kan oppnå i behandling enn metodene og teknikkene som terapeutene anvender (Duncan mfl. 2009). Fellesfaktorene er faktorer som er felles mellom dyktige terapeuter fra ulike terapeutiske retninger, og som anses

som teoriuavhengige. Dette inkluderer relasjonen mellom terapeut og klient, placebo (troen på at behandling virker), klientenes ressurser og sosiale omgivelser.

En følge av fellesfaktorenes antatte betydning for hva som virker i behandling, er at terapeutiske metoder og teknikker hevdes å ha mindre betydning enn tidligere antatt for de resultatene man kan oppnå. Metaforskningen hevder også at man kan fastslå den prosentvise andelen av hvilke faktorer som fører til et godt endringsresultat (Duncan og Lambert, 2000). Det hevdes at den terapeutiske tilnærming og metode står for 15 prosent av oppnådde resultater, relasjonen mellom terapeut og klient for 30 prosent, klientrelaterte faktorer for 40 prosent, mens 15 prosent er en følge av forventninger og placebo. Disse tallene refereres til i en mengde rapporter og blir av mange betraktet som valide uttrykk for hva som virker i behandling.

#### Kommentarer til de angitte prosentene

Jeg betviler riktigheten av forskningsresultater som i prosent antyder hvilken betyd- ning de ulike fellesfaktorene har for at det skal oppstå resultater i behandling. «Pro- senttallene er stipulerte», var Lamberts egne ord i en samtale på et forskningsseminar i Denver i Colorado i USA i 1996. De oppgitte prosentene er som antydet, ikke et presist vitenskapelig mål på hva som skaper endring. Metaforskningens resultater er verken kontrollerbare eller dokumenterbare vitenskapelig. De er et resultat av fortolkninger. Det er ikke mulig å skille eksakt mellom klientens relasjon til terapeuten, klientens forventninger og tro på et godt resultat, eller å skille metodenes betydning for psykisk endring fra klientenes evne til å anvende sine mentale ressurser terapeutisk, uten et omfattende forskningsdesign.

Fellesfaktorene må virke sammen for at man skal få resultater. En god relasjon mel- lom klient og terapeut har betydning. Terapeutens tilnærming og metode har betyd- ning. I tillegg har klientens evne til å nyttiggjøre seg behandlingen og anvende sine mentale ressurser for å redusere de psykiske plagene betydning. Det er summen av disse faktorene som fører til psykiske endringer. Det er ikke mulig å forske på disse faktorene uavhengig av de øvrige, eller å måle betydningen av en metode, hvis man ikke presist vet hvordan de psykiske plagene er bygget opp mentalt, fordi disse fakto- rene påvirker hverandre gjensidig. Dette gjelder selv om det er mulig å måle de resul- tatene som oppnås.

Det er først mulig å måle effekten av behandling når man kan kartlegge opplevelsen av schizofreni, iverksette endring og kartlegge de psykiske endringer som er oppnådd innenfor samme konsultasjon, det vil si uten at utenforliggende faktorer kan påvir- ke resultatet. Den eksisterende behandlingsforskningen og metaforskningen har ikke vært i stand til dette.

De angitte prosentene er derfor kun fortolkninger, selv om de kan angi enkelte tenden- ser. Noen av forskningsresultatene og de terapeutiske erfaringene som ligger til grunn for utviklingen av LBT, tyder på at man må avklare når metaforskningens konklusjoner gjelder, og når de ikke er tilstrekkelig gyldige uttrykk for hva som virker i behandling.

#### Metodenes betydning for de resultatene man kan oppnå

Metaforskningen formidler at rundt 15 prosent av de resultatene man kan oppnå i behandling, er en følge av metode. Dette er et alvorlig funn for de behandlingstradisjo- nene som baserer seg på metode, og derfor også for LBT, dersom resultatet er holdbart. Temaet blir derfor viet ekstra oppmerksomhet.

Det råder imidlertid ulike oppfatninger om hvor bokstavelig man skal forstå på- standen om at metode ikke lenger er et betydningsfullt endringsvirkemiddel. Flere forskere, som John Norcross (Norcross 1995) og Michael Helge Rønnestad (Rønne- stad 2000), anerkjenner fortsatt metodenes betydning for de oppnådde terapeutiske resultatene.

LBTS hevder det motsatte av metaforskningens resultater: at metode er avgjøren- de for de resultatene som kan oppnås i behandling, og for hvor raskt de kan oppnås. Metode har langt større betydning enn de 15 prosent som antydes, dersom man vet presist hvordan de psykiske plagene er bygget opp mentalt, og hvordan man kan en- dre plagene. Bakgrunnen for disse vurderingene er, foruten et omfattende antall ti- mer med behandling, forskningsresultater som viser at det er en nær sammenheng mellom de endringsiverksettende utsagnene fra terapeut og de endringsbekreftende utsagnene fra klientene (Dammen 2013). Metode vil ha en avgjørende betydning for behandlingsresultatene dersom man vet hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt, hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring i behandling, og hvilke intervensjoner som fører til hvilke psykiske endringer hos klientene. Disse temaene er ikke fokusert i bøker som omhandler metaforskningens resultater (Duncan 2009; Ulvestad 2007).

#### Begrepet metode må problematiseres

Det neste argumentet gjelder hvordan man skal forstå begrepet metode. I ulike tera- peutiske tradisjoner synes metode å være forstått som de tradisjonsforankrede tera- peutiske teknikkene, mens det å skape en god relasjon betraktes som en ulært eller ubevisst menneskelig kvalitet.

Ut fra LBTS er metode ikke begrenset til en endringsteknikk. Alt det en terapeut gjør i behandlingssituasjonen, og som påvirker klientens tilstand, må defineres som metode. Den felles terapeutiske stilen til terapeuter som oppnår gode resultater er, ut fra en hjernepsykologisk forståelse, en følge av metode, selv om denne stilen ikke blir betraktet som metode i litteraturen. (Psykologisk institutt ved UIO har de senere årene i større grad fokusert på utvikling av en god relasjon i utdanningen i klinisk psykologi). Forskning viser også at spesifikke behandlingsmetoder kan ha betydning for be- handlingen av bestemte psykiske utfordringer (Rønnestad 2000; Norcross 1995). Man henviser her blant annet til studier av resultater i forbindelse med kognitiv behandling

av aggresjon.

### Kapittel 46: Forenklinger

Kapittelet viser hvordan det er mulig å forenkle behandlingen av schizofreni i for- bindelse med utredning, utvikling av relasjonen mellom terapeut og klient, psykisk endring og kartlegging av de psykiske endringene som oppstår i behandlingen. For- enklingene beskriver også trekk ved den psykiske naturen og egenskaper som er av betydning for å utvikle vitenskapelig kunnskap om behandling av schizofreni.

#### Fra schizofreni til biopsykiske elementer

Man kan redusere dannelse, utvikling, forsterking, reduksjon og eliminering av schi- zofreni til dannelse, utvikling, forsterking og eliminering av kontakten med sanse- forestillinger, ord og utsagn som rommer følelser, og som forårsaker den psykiske smerten. Denne forståelsen er operasjonaliserbar ved at det er mulig å kartlegge hvil- ke biopsykiske elementer som forankrer og utløser klientens reaksjoner. Man endrer her forståelsen av schizofreni fra å fremstå som et upresist og uoversiktlig mentalt fenomen til et presist mentalt fenomen som er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som utløser og forårsaker schizofreni, hvilket gjør det mulig å behandle schizofreni gjennom verbal terapi, selv om klientene går på psykofarmaka.

#### Fra klienten til den alminnelige psykiske tilstand

Det er mulig å utvide fokus fra det syke eller avvikende ved schizofreni til å inkludere det som er felles med den alminnelige psykiske tilstanden. Denne muligheten oppstod som en følge av at jeg i min første tid som terapeut anvendte samme metoder for å behandle ulike psykiske plager. Forenklingen har også sin bakgrunn i forskning på de mentale elementene som er felles for opplevelsen av schizofreni og den psykiske normaltilstanden. Resultatene viste at disse tilstandene var bygget opp på samme måte

mentalt, og at det som var felles i disse tilstandene var viktigere for å forstå symptome- ne enn forskjellene mellom disse tilstandene.

Det som er felles for schizofreni og alminnelige psykiske tilstander, er at de oppstår, ut- vikles og endres gjennom de samme mentale prosessene, det vil si gjennom utvikling, endring og eliminering av biopsykiske elementer som rommer følelser. De biopsykiske elementene (ord og utsagn) som forankrer den alminnelige tilstand, besitter de samme egenskapene som utløser schizofreni. Dette er egenskaper ved de biopsykiske elemen- tene som dokumenterbarhet, avgrensbarhet, tilgjengelighet og at de rommer følelser. De biopsykiske elementene kan også være stabile, endringsbare og transformerbare. En følge av denne situasjonen er at det er enklere å undersøke hvordan ulike tilstander av schizofreni er bygget opp mentalt ved å fokusere på de biopsykiske elementene som forankrer klientens opplevelse, enn ved å forstå schizofreni på bakgrunn av observa- sjoner utenfra og gjennom informasjon innhentet gjennom samtaler med klientene, helsearbeidere og pårørende.

#### Fra sykdom til normalitet

Schizofreni er ikke primært en somatisk sykdom i den forstand at den må behandles via medikamenter, selv om medikamenter i psykotiske faser kan redusere symptome- ne og bidra til at klientene blir mentalt tilgjengelige. Psykisk ubehagelige opplevelser oppstår, utvikles, endres og elimineres i prinsippet på samme måte som den psykiske normaltilstanden. Ulike tilstander av schizofreni kan derfor betraktes som variasjoner av den alminnelige psykiske tilstanden. Det terapeutisk interessante blir derfor ikke det ved den psykiske plage som gjør at den fremstår som noe sykt, eller prinsipielt forskjellig fra den normalpsykiske tilstanden, men det at begge disse tilstandene er forårsaket av biopsykiske elementer som er grunnlaget for individets følelser og re- aksjoner, enten de er alminnelige og nøytrale eller preget av angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Mønsteret for av- og påkobling av biopsykiske elementer som rommer følelser, vil også være det samme for de schizofrene og alminnelig fungerende i den forstand at enhver følelsestilstand er en følge av at noen biopsykiske elementer blir koblet av den psykiske tilstand og noen andre koblet på. Innholdet i og graden av følelsesmessig ubehag og mangelen på kontroll som oppleves i forbindelse med schi- zofreni, er likevel forskjellig mellom de schizofrene og alminnelig fungerende.

#### Fra det særegne til det som er felles ved psykiske lidelser

Psykiatrien er fokusert på det særegne ved symptomer på schizofreni. Dette kommer til uttrykk ved at det som skiller de psykiske plagene fra hverandre, er grunnlaget for utforming av diagnoser i de internasjonale diagnostiske systemene ICD-11 og DSM-V. Man fokuserer på forskjellene mellom schizofreni, angst, depresjon, sorg, aggresjon, personlighetsforstyrrelser, borderline og tvangslidelser. En følge av dette fokuset er at

schizofreni utenfra fremtrer som mer forskjellig fra andre psykiske plager enn de er om man undersøker dem innenfra.

Med utgangspunkt i at enhver tilstand av schizofreni er bygget opp på samme måte, fokuserer man på de egenskapene og de mentale prosessene som er felles for ulike psykiske plager, for eksempel på det psykiske materialet og de mentale prosessene som er felles for klienter med angst og depresjon. Begrunnelsen for dette er at det som skiller schizofreni fra en annen psykisk plage har mindre betydning for utviklingen og opplevelsen av schizofreni enn det som er felles mellom schizofreni og andre psykiske plager.

Det å fokusere på det som er felles ved alle psykiske plager og ved alle former for schizofreni fører ikke til en defokusering av det som er unikt ved klientens opplevel- se av sin psykiske tilstand. Det som er forskjellig, er de ubehagelige hendelsene som klienten har opplevd, antallet hendelser, den følelsesmessige intensiteten i opplevelse- ne og den betydningen som klienten har tillagt dem og de refleksjonene som er blitt iverksatt. Det som også er forskjellig, er det spesielle mentale mønsteret som fører til symptomene for den enkelte klient, hvilke situasjoner som fører til symptomer, hvor i kroppen den psykiske smerten oppleves, og hvor lenge den varer. Det som er forskjel- lig, er av betydning for å forstå det særegne ved den psykiske lidelsen, men det som er forskjellig er ikke avgjørende for å forstå hvordan schizofreni er bygget opp mentalt. Det som er forskjellig, er heller ikke av betydning for å forstå hvilke mentale prosesser som ligger til grunn for schizofreni, eller for å forstå hvordan schizofreni kan endres. Den særegne opplevelsen er imidlertid det viktigste for klienten. For å forstå den psy- kiske plagen på klientens premisser må man derfor få tilgang til klientens indre men- tale opplevelser. I fokuset på det individuelle er det avgjørende at man ikke fortaper seg i innholdet i klientens fortellinger, men bevarer sitt fokus på den enkle psykiske struk- turen og på de biopsykiske elementene som rommer og utløser klientens reaksjoner.

#### Oppsummering

I det foregående har jeg skissert forenklinger i forståelsen av schizofreni og behand- ling. Målet med disse forenklingene er så raskt som mulig å endre den psykiske plage samtidig som man arbeider i samsvar med klientens opplevelse av og forståelse for sin psykiske plage.

### Kapittel 47 Forskjeller mellom psykiatrien og hjernepsyko- logien

Det følgende er en oppsummering av resultater, funn og påstander formidlet tidligere i manuset. De er basert på min forskning på psykiske plager og behandling, og stammer også fra erfaringer med tungpsykiatri, ungdomspsykiatri og behandlingen av egne kli- enter (Dammen, 2013).

Kapittelet beskriver forskjeller mellom hjernepsykologien, lingvistisk terapi og psy- kiatrien og andre terapeutiske tradisjoner, slik disse forskjellene forstås ut fra kunn- skap om hjernens psykologi. Hensikten med kapittelet er å gjøre det enklere å sette seg inn i de forskjellene som eksisterer. Påstandene i det videre kan dokumenteres, men de vil ikke gjelde for alle psykologiske og terapeutiske tradisjoner. Momentene må derfor forstås som tendenser som preger deler av psykologien.

#### Manglende resultater

Psykiatrien mangler vitenskapelig kunnskap om årsaker til manglende resultater i ver- bal behandling av schizofreni. Hjernepsykologien og LBTS kan forklare hva som hin- drer gode resultater i verbal behandling.

Psykologiens og psykiatriens manglende vitenskapelige kunnskapsgrunnlag har hovedansvaret når man ikke får resultater i behandling. Dette kunnskapsgrunnlaget er utviklet gjennom hjernens psykologi og LBTS.

#### Antallet behandlingsmetoder

Det finnes flere hundre tilnærminger til behandling av psykiske plager. Hjernepsyko- logien hevder at ulike psykisk forankrede plager, inkludert schizofreni, kan behandles i prinsippet med samme metode.

#### Antallet psykiske plager

De diagnostiske systemene formidler at det finnes rundt 400 psykiske plager (ICD-10, DSM-IV). Hjernepsykologien hevder at det er mer hensiktsmessig å operere kun med én psykisk forankret plage med like mange variasjoner som det finnes klienter, om målet kun er å endre den psykiske plage.

#### Behandlingens enkelhet

Psykiatrien inneholder oppfatninger om at behandling av psykiske plager kan være vanskelig. Denne boken hevder at det i prinsippet er enkelt å behandle schizofreni, selv om behandlingen kan være kompleks og omfattende.

#### Behandlingens forutsigbarhet

Psykiatrien kan ikke forutsi hvordan man kan endre det psykiske materialet som for- ankrer schizofreni. Man kan forutsi hvordan man kan endre schizofrene tilstander i lingvistisk terapi.

#### Behandlingstempo

Psykiatrien formidler at behandling av schizofrene er en langvarig prosess. LBTS hev- der at man kan endre mentalt forårsaket schizofreni raskere enn det som er vanlig.

#### Det ubevisste

Psykiatrien har formidlet at de ubevisste årsakene til den psykiske plagen er vanskelig tilgjengelig for forskning og behandling. Hjernepsykologien hevder at de ubevisste årsakene til psykiske plager er tilgjengelige i hvert enkelt øyeblikk dersom man vet hva man skal lete etter, og at de ubevisste årsakene til den psykiske plagen kommer til uttrykk gjennom klientenes ord og utsagn.

#### Diagnosenes endringsbarhet

Diagnoser fra psykiatrien er lite endringsbare i den forstand at det kan skje endringer med den psykiske plagen uten at dette fører til endringer i diagnosen. Diagnoser må være like endringsbare som den psykiske plagen og kunne justeres i tråd med endringer i klientenes opplevelse av psykisk plage.

#### Diagnosenes mål

Hensikten med å diagnostisere i psykiatrien og psykologien synes å være å utvikle kunnskap om den psykiske plagen i seg selv, og dernest å utvikle kunnskap som kan anvendes for å behandle og endre den psykiske plagen. Hensikten med å diagnostisere i LBTS er først og fremst å få et utgangspunkt for å behandle klientene og endre den psykiske plage, og dernest for å utvikle kunnskap om fenomenet psykiske plager.

#### Diagnoser

Ingen diagnoser fra de diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV inneholder til- strekkelig vitenskapelig kunnskap om det psykiske materialet som utgjør den psykiske plagen. Ingen diagnoser fra disse systemene er vitenskapelig holdbare. Det er mulig å utvikle vitenskapelig holdbare diagnoser som er operasjonaliserbare, anvendbare og kontrollerbare. Ingen diagnoser fra ICD-10 og DSM-IV fokuserer på det indre psykis- ke materialet som forankrer og utløser den psykiske plagen. Diagnosene må fokusere på det psykiske materialet som forankrer og utløser psykiske plager.

#### Egenskaper som kan hindre endring

Psykiatrien er lite oppmerksom på egenskaper ved klientene som kan hindre endring. LBTS fokuserer på egenskaper og det psykiske materialet som kan hindre endring.

#### Empati

Psykologien er opptatt av terapeutens empati og innlevelse for å utvikle en god rela- sjon til klienten. Hjernepsykologien er i større grad opptatt av i hvilken grad klienten føler seg forstått, og hevder at dette er avgjørende for at det skal oppstå en god relasjon. Endring

Psykiatrien vet ikke hva som skjer rent mentalt når det skjer en psykisk endring i be- handling. I LBTS vet man hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring i be- handling. Dersom man ikke vet hva som skjer mentalt med klientene når det oppstår en psykisk endring i behandling, kan man ikke utvikle en tilstrekkelig vitenskapelig tilnærming til behandling.

#### Endringsevne

Psykiatrien er i liten grad fokusert på forskjeller på klientenes evne til psykisk endring. LBTS er fokusert på og hevder at det er store forskjeller på klientenes evne til psykisk endring, selv om klientene har de nødvendige mentale ressursene for å kunne endre seg.

#### Endringstempo

Hjernepsykologien hevder at psykiske endringer kan skje i løpet av sekunder og mi- nutter, og at psykiske endringer bør skje raskt for at endringene skal være i samsvar med den psykiske og mentalbiologiske naturen.

#### Fantasi

Psykiatrien og psykologien mangler forståelse av fantasiens potensielt endrende kraft. Hjernepsykologien hevder at klientens fantasi og forestillingsevne er viktig for å få re- sultater i behandling og er blant de mest endringspotente egenskapene ved mennesket.

#### Fokus

Psykiatrien er fokusert på atferd, tanker, reaksjoner og informasjoner for å kartlegge psykiske plager, men ingen observasjoner av psykisk plage beskriver hva som skjer mentalt når klientene opplever psykisk smerte. Ingen ytre observasjon gir derfor et tilstrekkelig vitenskapelig grunnlag for å endre det psykiske materialet som utløser psykisk plage. Hjernepsykologien er fokusert på de av klientens ord og utsagn som henviser til det psykiske materialet som forårsaker og utløser psykiske plager og klien- tens følelser og følelsesmessige reaksjoner. Kunnskap om dette psykiske materialet er tilstrekkelig som et utgangspunkt for å behandle den psykiske plagen.

Endringsressurser

Psykologien og psykiatrien er mindre fokusert på de mentale ressursene som klientene besitter og som kan anvendes for å skape endring. Hjernepsykologien er fokusert på de av klientens mentale ressurser som fører til psykiske plager og de som kan anvendes for å redusere den psykiske plage og utvikle velvære og mestringsevne.

#### Forbindelsen mellom ord, utsagn og følelser

Psykiatrien mangler forståelse av forbindelsen mellom ord og følelser. Hjernepsyko- logien vet hvilken forbindelse det er mellom ord, utsagn og følelser. Hjernepsykolo- gien hevder at kunnskaper om og forståelse av forbindelsen mellom ord og følelser er avgjørende for å utvikle vitenskapelig kunnskap om mentale fenomener og psykiske plager.

#### Formler for psykiske plager

Psykiatrien er ikke i stand til å beskrive formler for psykisk plage. Hjernepsykologien hevder at psykiske tilstander og plager kan settes på formler og undersøkes med ut- gangspunkt i disse formlene. Formlene for den psykiske plagen er x = ∑b = ∑ (bp + bn).

#### Forskjellen på psykisk og somatisk forårsaket psy- kiske plager

Psykiatrien vet ikke presist forskjellen på psykisk forårsaket og somatisk forårsaket psykiske plager. Hjernepsykologien kan beskrive hva som er forskjellen på psykisk forårsakede og somatisk forårsaket psykiske plager og anvende denne innsikten i be- handling.

#### Forskjeller mellom psykiske plager og normalpsykis- ke tilstander

Psykiatrien er lite opptatt av de mentale forskjellene på og likhetene mellom psykiske plager og normalpsykiske tilstander. Hjernepsykologien er fokusert på det psykiske materialet som er felles mellom psykiske plager og den normalpsykiske tilstanden. Hjernepsykologien hevder at likhetene mellom den alminnelige psykiske tilstand og den psykiske plage er viktigere for å utvikle vitenskapelig kunnskap om psykiske pla- ger enn forskjellene mellom disse tilstandene.

Forskjeller mellom psykiske plager

Psykiatrien er opptatt av forskjellen på ulike psykiske plager, men observasjoner av forskjellene på psykiske lidelser vil ikke føre til kunnskap om det psykiske materialet som forankrer og utløser de psykiske plagene, hvis man ikke fokuserer direkte på dette materialet når man undersøker psykiske plager. Hjernepsykologien er opptatt av lik- hetene mellom ulike psykiske plager. Analyser av likhetene mellom psykiske plager er en forutsetning for å utvikle vitenskapelig kunnskap om det psykiske materialet som forankrer og utløser psykisk plage.

#### Forståelse av klientens utsagn

Psykiatrien mangler forståelse av i hvilken grad klientens utsagn er et direkte uttrykk for det psykiske materialet som forårsaker psykisk plage. Hjernepsykologien hevder at klientens utsagn er de mest objektive uttrykk for klientens opplevelse av den psykiske plagen.

#### Fra innhold til indre opplevelser

Psykologien og psykiatrien er fokusert på innholdet i individets tidligere og nåværen- de opplevelser. Man er opptatt av informasjoner. Hjernepsykologien fokuserer på den mentale strukturen og de mentale elementene som rommer og forankrer de følelsene som stammer fra ulike opplevelser. Mens innholdet i klientens opplevelser er skjøvet i bakgrunnen, er individets ord og utsagn og modale opplevelser blitt forgrunn.

#### Frittflytende følelser

Psykiatrien og psykologien anvender av og til begrepet ”frittflytende følelser.” Hjer- nepsykologien hevder at begrepet frittflytende følelser er tegn på en misforståelse, da alle følelser er forårsaket av kontakt med et modalt og/eller språklig materiale som kan undersøkes. Psykiatrien mangler en vitenskapelig forståelse av årsakene til følelser. Hjernepsykologien har vitenskapelig forankret kunnskap om årsakene til følelser. Den hevder at følelser ikke er sin egen kilde, men en følge av kontakt med språklige og mo- dale elementer som rommer følelser.

#### Hallusinasjoner

Psykiatrien hevder at hallusinasjoner er tegn på alvorlig sykdom. Hjernepsykologien formidler at hallusinasjoner er uttrykk for et mentalt talent og at dette talentet kan anvendes i behandling.

#### Immunitet mot psykisk plage

Psykiatrien er lite fokusert på å utvikle klientenes immunitet mot psykisk plage. Hjer- nepsykologien formidler at man kan utvikle immunitet mot psykiske plager gjennom behandling.

#### Ja-signaler og behandling

Psykiatrien og psykologien er lite oppmerksom på betydningen av klientens villighet til å si ja til behandlingen for at man skal få resultater i behandling. Hjernepsykologien hevder at klientens ja-signal til terapeuten og til behandlingen er en forutsetning for at det skal oppstå psykiske endringer.

#### Kartlegging av endring

Psykiatri og psykologi vet ikke hvordan man presist kan kartlegge psykiske endringer, og hva som skjer mentalt når det skjer en endring. Naturvitenskapelig terapi vet hvor- dan man skal kartlegge når det skjer en psykisk endring, og hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring i behandling.

#### Kartlegging av gjenstående ubehag

Psykiatrien vet ikke hvordan man kan undersøke hva som gjenstår av psykisk ubehag etter en behandling. Hjernepsykologien hevder at man i stor grad kan undersøke hva som gjenstår av psykisk plage etter en behandlingsprosess.

#### Kartlegging av mentale prosesser

Psykiatrien vet ikke hvordan man kan kartlegge de mentale prosessene som fører til psykiske plager. Hjernepsykologien vet hvordan man kan kartlegge de mentale proses- sene som fører til psykiske plager.

#### Kunnskapens omfang

Psykiatrien har omfattende kunnskap, men kunnskap som ikke alltid er av betydning for å endre den psykiske plagen. Psykiatrien har mer kunnskap om psykiske plager enn de kan anvende i behandling. Hjernepsykologien har mindre kunnskap enn psy- kologien og psykiatrien, men den kunnskapen som er nødvendig for å endre og be- handle psykiske plager med vitenskapelig sikkerhet.

#### Logikk og psyke

Psykiatrien vet ikke hvordan man kan utvikle vitenskapelig kunnskap om hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt gjennom logiske analyser. Hjernepsykologien kan beskrive hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt kun gjennom en logisk analyse.

#### Lover for psykiske fenomener og plager

Psykiatrien har avvist at det finnes psykiske lover eller lover for mentale fenomener. Hjernepsykologien hevder at det finnes lover for utvikling av psykiske tilstander og plager og har beskrevet enkelte av disse lovene.

#### Magi og placebo

Psykiatrien vet ikke hva magi er som et mentalt fenomen. Hjernepsykologien kan beskrive hvordan magi er bygget opp mentalt. Den hevder at magiske fenomener er bygget opp på mentalt samme måte som alminnelige psykiske tilstander og psykiske plager.

#### Avvik

Psykiatrien hevder at psykiske plager er et resultat av avvik, mangler eller mentale skader. Hjernepsykologien hevder at psykiske plager er en følge av en forsterking eller svekking av normalpsykiske prosesser. Hjernepsykologien hevder at psykiske plager også er en følge av mentale ressurser anvendt på en slik måte at de fører til psykisk plage.

#### Metaforskningen på hva som virker i behandling

Psykologien og psykiatrien reduserer metodens betydning for de resultatene man kan oppnå i behandling. Hjernepsykologien hevder at resultater i behandling i hovedsak er en følge av metode, men at psykologiens og psykiatriens metodebegrep må utvides fra bevisste teknikker til alt det en terapeut gjør i løpet av en konsultasjon.

#### Hjerneforskningen

Nevropsykologien mangler en presis og kontrollerbar forståelse for forbindelsen mel- lom sine funn fra hjerneforskning og psykiske plager fordi de mangler en vitenskapelig forståelse av fenomenet psyke, psykiske plager og psykisk endring. Hjernepsykolo- gien hevder at det er mulig å forklare forbindelsen mellom funn fra nevrobiologisk forskning på psykiske plager og psykiske plager.

#### Normalpsykiske tilstander

Psykiatrien formidler underforstått at det er organiske og biologiske forskjeller på oppbygningen av ulike psykiske plager gjennom de diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV. Hjernepsykologien hevder at det ikke er avgjørende mentalbiologiske for- skjeller på oppbygningen av ulike psykisk forankrede plager.

#### Psykens kompleksitet

Psykiatrien hevder at psyken er kompleks. Hjernepsykologien hevder at hjernen er kompleks, mens psykiske plager er enkle fenomener.

#### Psykiske hovedtilstander

Hjernepsykologien hevder at det kun finnes tolv psykiske hovedtilstander som alle psykiske tilstander, plager og reaksjoner må befinne seg innenfor. Den reduserer den psykiske smerten som er forbundet med de seks negativt ladete tilstandene og forster- ker og aktiverer de seks positivt ladete tilstandene.

#### Psykiske plager og alminnelige tilstander

Psykiatri og psykologi er forankret i oppfatninger om at det er avgjørende forskjeller mellom psykiske plager og alminnelige psykiske tilstander. Det finnes unntak. Hjerne- psykologien hevder at det er grunnleggende mentalbiologiske likheter mellom almin- nelige psykiske tilstander og psykiske plager når det kommer til hvordan de er bygget opp mentalt.

#### Psykiske skift og psykisk endring

Psykiatrien mangler forståelse av forskjellen på psykiske skift og psykisk endring. Hjernepsykologien hevder at kunnskap om forskjellen på psykiske skift og psykisk endring er en av flere forutsetninger for å utvikle vitenskapelig kunnskap om psykiske endringer.

#### Relasjon og resultater

Metaforskningen om hva som virker i behandling hevder at gode resultater i behand- ling forutsetter en god relasjon mellom terapeut og klient. Hjernepsykologien hevder at en god relasjon er en viktig forutsetning for å oppnå resultater i behandling, men at metode er den viktigste faktoren for å oppnå psykiske endringer når det er etablert en god relasjon.

#### Resultater

Psykiatrien kan ikke forklare hva som skjer mentalt når de ikke får resultater med en klient, selv om de får gode resultater med andre klienter med samme metode. Hjerne- psykologien vet hva som skjer når man ikke får resultater, og kan justere behandlingen slik at klienten opplever resultater likevel.

#### Reversering av resultater

Psykiatrien kan ikke reversere uheldige følger av behandling. Hjernepsykologien kan reversere de behandlingsresultatene som er oppnådd.

#### Schizofreni

Psykiatrien har formidlet at schizofreni i hovedsak er en somatisk forankret psykisk lidelse som er vanskelig å endre. Hjernepsykologien hevder at schizofreni i hovedsak er en mentalt forankret og endringsbar plage som ikke skiller seg grunnleggende men- talbiologisk fra andre psykisk forankrede plager. Enkelte psykiatere og psykologer har i den senere tid hevdet at schizofreni består av flere psykiske plager. Hjernepsykologien hevder at schizofreni ikke er én psykisk plage, men flere psykiske plager som kan be- handles hver for seg.

#### Syk eller frisk

Psykiatrien betrakter klienten som syk, også i perioder der han eller hun føler seg frisk, dersom klienten har fått en diagnose. Hjernepsykologien betrakter klienten som

frisk i de øyeblikk klientene ikke er psykisk plaget, selv om opplevelsen av psykisk plage vil komme igjen i neste øyeblikk. Denne vurderingen har behandlingsmessige og forskningsmessige konsekvenser.

#### Tanker eller følelser

Kognitiv psykologi er fokusert på innholdet i klientens destruktive eller dysfunksjo- nelle tanker. Hjernepsykologien er opptatt av det psykiske materialet, de ord, utsagn og tankene som er og utløser klientens følelser.

#### Tidligere hendelser

Psykiatrien er ofte fokusert på informasjon om tidligere hendelser og traumer. Hjerne- psykologien er fokusert på hvordan historiske hendelser og traumer oppleves mentalt i det terapeutiske øyeblikket.

#### Utredning

Psykiatrien og psykologien formidler at det er nødvendig å diagnostisere den psykiske plagen for å behandle. Hjernepsykologien har erfaringer med at det er mulig å behand- le psykisk forankrede plager med minimal informasjon om klienten og den psykiske plagen.

#### Utredningstid

Psykiatri og psykologi kan bruke lang tid på å utrede en klient. Hjernepsykologien forsker på at det er tilstrekkelig med noen få minutter med kartlegging for å starte behandlingen. Naturvitenskapelig hevder at omfattende kartlegging kan føre til for- virring fordi det er vanskelig å skille mellom det som er viktig og uviktig for psykisk endring når man besitter omfattende informasjon.

#### Utsagn og endring

Psykiatrien og psykologien har liten forståelse av de potensialene for psykisk endring som rommes i klientenes utsagn. Hjernepsykologien har kunnskap om de potensiale- ne for psykisk endring som rommes i klientenes utsagn. Man skiller mellom utsagn med lite eller stort endringspotensial.

##### Utsagnstyper i behandling

Psykiatrien er lite opptatt av de utsagnstypene som formidles i behandlingssituasjo- nen, og derved i liten grad opptatt av endringsiverksettende og endringsbekreftende utsagn. Hjernepsykologien er fokusert på de ulike utsagnene og utsagnstypene som formidles i behandlingssituasjonen, og den er spesielt opptatt av endringsiverksetten- de utsagn fra terapeuten og endringsbekreftende utsagn fra klienten. Hjernepsykolo- gien hevder at det er de utsagnstypene som anvendes i behandlingen, som avgjør om man oppnår psykisk endring.

#### Virkningen av intervensjoner

Psykiatrien og psykologien mangler presis innsikt i hvorfor en intervensjon av og til virker og andre ganger ikke virker. Hjernepsykologien har kunnskap om hvorfor sam- me intervensjon av og til virker og andre ganger ikke virker.

#### Vitenskapelighet

Psykologien og psykiatrien får ofte gode resultater i behandling, selv om disse fagene ikke er vitenskapelig tilstrekkelig forankret. Hjernepsykologien hevder at man kan få resultater i behandling selv om behandlingen ikke er tilstrekkelig vitenskapelig for- ankret, men at vitenskapelig forankret kunnskap om psykiske plager og om hva som fører til psykiske endring i behandling er viktig.

#### Årsaker

Psykiatrien søker de nevrobiologiske, historiske og situasjonsrelaterte årsakene til psy- kiske plager. Hjernepsykologien fokuserer på de mentale elementene og på det psykis- ke materialet som forårsaker klientenes opplevelse av psykisk plage, og som må endres for at det skal skje en endring gjennom behandling.

#### Konklusjon

Det er omfattende forskjeller mellom den forståelsen man finner i psykologien og psykiatrien og den forståelsen som formidles med utgangspunkt i forståelse for hjer- nens psykologi. Årsaken til disse forskjellene er forårsaket av forskjeller i fokus. Mens kunnskapen om hjernens psykologi springer ut fra forskning på det indre psykiske materialet som forankrer den psykiske plage, er den øvrige psykologi og psykiatri fo- kusert på fortolkninger av ytre observasjoner av psykiske plager og på informasjoner om opplevelsen av psykisk plage.

Det er også forskjeller mellom det hjernepsykologisk forankrede og nevropsykologis- ke fokus. Mens det hjernepsykologisk forankrede fokuset er på det psykiske og men- tale og på mentale prosesser med ordet som innfallsvinkel, er nevropsykologien og

hjerneforskningen fokusert på det psykiske og på mentale prosesser i hjernen med apparatur som virkemiddel. Resultatene fra hjerneforskningen blir deretter gjenstand for analyser og fortolkning.

En følge av disse forskjellene er at man utvikler kunnskaper fra to ulike verdener. Hjer- neforskningens og nevropsykologiens utfordring er at man mangler en vitenskapelig holdbar teori om psykiske fenomener og psykiske plager, med det følge at fortolknin- ger av de omfattende mengder med data om hjernen som er samlet inn, fortsatt ikke har ført til sikker og forutsigbar kunnskap om psykiske plager og psykisk endring.

Det finnes også likheter mellom den forståelsen for psykiske plager som gis med ut- gangspunkt i kunnskap om hjernens psykologi og oppfatninger i den øvrige psykologi og psykiatri, for eksempel når det gjelder verdier og når det gjelder den betydningen som ytre opplevelser og samfunnsmessige og kontekstuelle forhold har for den psykis- ke plage. Men disse likhetene er ikke fokus i dette manuset.

### Kapittel 48: Spørsmål og svar

Det følgende inneholder svar på spørsmål som mange vil kunne stille på grunn av at den hjernepsykologiske forståelsen av schizofreni rommer ny kunnskap. Svarene er oppsummeringer av det foregående.

##### Hvordan er symptomene på schizofreni bygget opp mentalt?

Symptomene på schizofreni er bygget opp av biopsykiske elementer som forankrer og utløser de følelsene som oppleves i forbindelse med den psykiske plagen. De biopsy- kiske enhetene består av fire elementer: indre sanseopplevelser, ord og utsagn, følelser og det biologiske elementet som forankrer de øvrige.

##### Hva er likheten mellom schizofreni og den alminnelige psykiske tilstand?

Likhetene er at schizofreni og alminnelige psykiske tilstander er bygget opp av samme typer psykisk materiale: indre opplevde modale elementer og ord, tanker og utsagn som rommer følelser.

##### Hva er årsakene til psykisk forankrede plager?

HJP skiller mellom de ytre observerbare og de mentale årsakene til schizofreni, og fokuserer på de mentale årsakene. Grunnen til dette er at alle erfaringer som er for- bundet med schizofreni, blir lagret mentalt som sanseforestillinger, ord og utsagn, det vil si som psykisk materiale som lagres i det ubevisste. Årsakene til psykisk forankrede plager er de biopsykiske elementene som rommer psykisk ubehag og som klienten har kontakt med. Schizofreni er også en følge av mentale prosesser som skjer med utgangspunkt i de biopsykiske elementene og som fører til mer kontakt med modale elementer, ord og utsagn som utløser og er symptomene.

##### Hva skjer mentalt inne i hodet på klientene når de blir bedre av behand- ling?

De mentale endringene som fører til at klientene blir bedre, er en følge av endringer i kontakten med de biopsykiske elementene som utløser klientens følelser. Det er to veier til psykisk endring. Den ene er en følge av endringer i klientens fokus, noe som

innebærer at klienten får kontakt med nye biopsykiske elementer. Den andre formen for endring er en følge av endringer i de biopsykiske elementene som forårsaker den psykiske plagen. Disse endringene er en følge av de mentale prosessene som blir iverk- satt gjennom terapeutens endringsiverksettende utsagn. Endringer av biopsykiske ele- menter som rommer intenst psykisk ubehag, kan føre til endringer i klientens fysiske og mentale strategier og til utvikling av nye som fører til økt psykisk velvære og mest- ringsevne.

##### Er psykisk forankrede plager enkle mentale fenomener?

Symptomer er enkle mentale fenomener, selv om klientens utsagn, atferd og følel- sesmessige reaksjoner observert utenfra kan fremstå som komplekse. Årsaken er at enhver opplevelse av schizofreni er en følge av kontakt med mentale elementer som utløser klientens følelsesmessige reaksjoner. Det som er nevnt ovenfor vil gjelde lettere og tyngre psykosespekterlidelser. Det er derfor tilstrekkelig å kartlegge klientens øy- eblikkelige kontakt med biopsykiske elementer for å få nok informasjon om den psy- kiske plage til å behandle denne. Man trenger ikke gå dypere i klientens historie eller i dybdepsykologiske opplevelser for å kartlegge og endre den øyeblikkelige opplevel- sen av schizofreni. Det vil være mulig å kartlegge de mentale prosessene som fører til schizofreni kun ved å undersøke de biopsykiske elementene som forankrer og utløser klientens følelsesmessige reaksjoner og atferd. Selv om grunnmodellen for schizofreni er enkel, vil psykiske plager likevel bli opplevd som komplekse av klient og terapeut. Enkelhet og kompleksitet er i denne sammenhengen egenskaper som kan eksistere samtidig. For utfyllende informasjon henvises til de hjernepsykologiske grunnlagste- oriene.

##### Hva skjer mentalt inne i hodet på klientene når de ikke blir bedre av be- handling?

Manglende psykisk endring er forårsaket av at de biopsykiske elementene som forår- saker og utløser klientenes psykiske plage, ikke er endret, og at behandlingen ikke har ført til kontakt med nye positivt ladete mentale elementer som fører til økt psykisk velvære og mestringsevne.

##### Når oppstår det psykiske endringer i lingvistisk hjerneterapi, LBT?

Psykiske endringer oppstår umiddelbart i den enkelte konsultasjon når den første av- grensede utredningen er avsluttet og underveis i konsultasjonen. Psykiske endringer i LBTS er en følge av de mentale prosessene som settes i verk med utgangspunkt i te- rapeutens endringsiverksettende utsagn. Hver gang klienten avgir et endringsbekref- tende svar på terapeutens endringsiverksettende utsagn, har det oppstått en psykisk endring eller et psykisk skift.

##### Hvor mange endringsbekreftende utsagn fra klientene har man i en kon- sultasjon fra 60 til 90 minutter i LBT?

I den gjennomsnittlige konsultasjonen i lingvistisk hjerneterapi, LBT, har man fra 60 til 90 endringsbekreftende utsagn fra klientene per konsultasjon. Hvert endringsbe- kreftende utsagn er tegn på at det har skjedd en psykisk endring eller et psykisk skift. Mer omfattende psykiske endringer er oftest en følge av en rekke mindre psykiske endringer.

##### Hvor mange konsultasjoner er nødvendig for å behandle schizofreni?

De fleste mildere psykiske plager kan behandles på tre til åtte konsultasjoner. Tyngre psykiske plager vil trolig kreve flere konsultasjoner. Man kan ikke utelukke at enkelte former for schizofreni ikke kan behandles til et nivå der klientene er fullt funksjons- dyktige. Alle klientene vil oppnå psykiske endringer i den enkelte konsultasjon, så fremt klienten er intellektuelt tilgjengelig og ønsker endring.

##### Kan man bevise at det oppstår psykiske endringer gjennom lingvistisk hjerneterapi, LBT?

Man kan bevise at det oppstår psykiske endringer gjennom lingvistisk hjerneterapi ved å kartlegge klientens følelser og de biopsykiske elementene som forårsaker klien- tens følelser, før og etter en intervensjon eller en serie med intervensjoner. Forskjellen på klientens følelser og de biopsykiske elementene som lagrer disse følelsene før og et- ter en eller flere intervensjoner, vil dokumentere at det har oppstått psykiske endringer i behandlingen og hvilke endringer som har oppstått.

##### Hva er de klientrelaterte årsakene til at klienten ikke oppnår psykiske endringer i behandling?

Det kan være flere årsaker. Årsakene kan være alt fra manglende ja-signaler fra klien- tene på at de er mottagelige for eller ønsker endring, til metoder som ikke gir klientene kontakt med det psykiske materialet, og omfanget av og intensiteten i de biopsykiske elementene som forårsaker symptomene og som må endres for at det skal skje en end- ring gjennom behandling. Andre årsaker til manglende resultater kan være metoder som ikke fører til endring av de biopsykiske elementene som forårsaker den psykiske plagen, skepsis til terapeuten, tvil på om behandlingen vil fungere, og om klienten har opplevelser og mentale prosesser mellom konsultasjonene som opprettholder og for- sterker klientens symptomer.

##### Hva ved terapeutene kan hindre at klientene blir bedre av behandling?

En årsak kan være at terapeuten mangler kunnskap om hvordan de psykiske plagene er bygget opp mentalt, med den følge at han eller hun ikke forstår hva som er klientens problem. En annen er manglende metoder og kunnskap om hvordan man kan endre den psykiske plagen, samt manglende kreativitet når behandlingen stopper opp. I til- legg kan manglende endring være en følge av at terapeuten fortolker informasjoner om klientens tilstand og utsagn i stedet for å undersøke det psykiske materialet som

utløser klientens følelsesmessige reaksjoner. Andre faktorer kan være at terapeuten ikke tar klientens utsagn på alvor, at han eller hun intervenerer mot klientens vilje og manglende interesse for klienten, uvennlighet, at terapeuten ikke lytter og ikke er oppmerksom på når klienten er mottagelig for psykisk endring. Manglende oppmerk- somhet på hva som skjer med klienten i behandlingen kan også føre til at terapeuten blir mindre i stand til å endre sin terapeutiske stil om behandlingen ikke fungerer. Den vanligste årsaken er trolig at den teorien og de kunnskapene som terapeuten besitter ikke er tilstrekkelig effektive for å endre klientens symptomer.

##### Hvilken betydning har språket i behandling?

Språket er det redskapet som gjør det mulig for klientene å formidle sin opplevelse av psykisk ubehag til terapeuten. Det er også det mest effektive redskapet som terapeuten kan anvende for å endre den psykiske plagen og for å kartlegge de psykiske endringene som er en følge av behandlingen. Hvordan terapeuten bruker språk i behandlingssi- tuasjonen, er avgjørende for de resultatene som kan oppnås. Terapeutens språk kan fremme, men også hindre, endring. Man må derfor være oppmerksom på hvordan det språket man anvender som terapeut påvirker klienten, og om det fører til psykisk endring.

##### Hvor omfattende er klientenes endringskapasitet?

Klientenes endringskapasitet er omfattende og langt større enn de selv og psykologien er klar over. Den er knyttet til evnen til å føle og observere egne mentale reaksjoner, og å fortelle hvilket psykisk materiale de har kontakt med og hvilke ønsker de har for behandlingen. Andre ressurser av betydning for endring er klientens tidligere positive opplevelser og egenskaper, evne til å forestille seg en situasjon som er bedre enn den de opplever, og evne til å gjennomføre mentale prosesser med utgangspunkt i tera- peutens intervensjoner. Hjernens nevroplastisitet eller tilpasnings- og endringsevne er formidabel. Utvikling av symptomer forteller noe om klientenes nevroplastisitet og tilpasningsevne og mentale ressurser for endring. Klientene har de mentale ressursene de trenger for å redusere den psykiske plagen, så fremt klientens hjerne ikke er skadet.

##### Når skjer den psykiske endringen i konsultasjonen?

Hver gang klienten gir et endringsbekreftende signal på terapeutens intervensjoner, og det er samsvar mellom klientens utsagn og følelser, er det et tegn på at klienten har gjennomført en mental prosess som har ført til en psykisk endring eller et psykisk skift.

##### Hva er forutsetningen for å behandle schizofreni forutsigbart og kontrol- lerbart?

Forutsetningene for at man skal kunne behandle klientens symptomer forutsigbart, er at man har kunnskap om de biopsykiske elementenes betydning for den psykiske plagen. I tillegg trenger man kunnskap om og innsikt i koblingsteorien for psykisk endring, teorien om øyeblikkets betydning for den psykiske plage og teorien om språ- kets betydning for følelser, schizofreni og psykisk endring. Man trenger også metoder

som kan endre de mentale elementene som forårsaker den psykiske plagen (Dammen, 2023b).

##### Hvor mange psykisk forankrede plager finnes det?

Det er mer hensiktsmessig å operere med én psykisk forankret plage med like man- ge variasjoner som det finnes klienter, fremfor flere hundre psykiske plager, slik det formidles i de diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV. Grunnen til denne vur- deringen er at alle psykiske plager er en følge av en bevisst eller ubevisst kontakt med biopsykiske elementer som rommer følelser og som utløser psykisk plage. Disse vur- deringene innebærer også at alle former for schizofreni er bygget opp av det samme mentalbiologiske materialet og at de kan endres på samme måte.

##### Hvordan kan man forske på schizofreni slik den oppleves innenfra?

Den eneste vitenskapelig holdbare tilnærmingen til forskning på det psykiske mate- rialet som forankrer og forårsaker schizofreni, går gjennom en undersøkelse av de sanseforestillingene, ordene og utsagnene som rommer følelser og som forårsaker symptomene. Forutsetningen er at man anvender forskningsmetoder som gir kli- entene kontakt med dette psykiske materialet slik at de kan beskrive presist hva de opplever. Man kan også anvende nevrobiologisk forskning for å undersøke schizofre- ni, men dette forutsetter en teori som kan forklare hvilken forbindelse det er mellom hjerneforskningens resultater og det psykiske materialet som forårsaker schizofreni. Hjerneforskerens fortolkninger av sine resultater vil være beheftet med feil om denne teorien mangler. Nevropsykologisk og nevrobiologisk forskning bør være oppmerk- som på om man går over bekken etter vann for å få svar på de forskningsspørsmålene som er reist. Det vil si om det vil være lettere å utvikle vitenskapelige svar på enkelte av nevropsykologiens forskningsspørsmål gjennom en psykologisk tilnærming enn gjennom nevrovitenskapelige undersøkelser.

##### Hvilken forbindelse er det mellom hjernen og det subjektive?

Den subjektive opplevelsen er til enhver tid en følge av det psykiske materialet som klienten har kontakt med, hvilket er summen av de følelsene som rommes i de mentale elementene som klientene bevisst eller ubevisst har kontakt med i et bestemt øyeblikk. Man kan ikke skille det subjektive fra de objektive nevrobiologiske prosessene som foregår i hjernen, i den forstand at enhver subjektiv opplevelse reflekterer en tilsva- rende nevrobiologisk tilstand. Den subjektive opplevelsen og den øyeblikkelige hjer- netilstanden er ett i den forstand at både ord og følelser er biologi. Enhver subjektiv opplevelse er således uttrykk for en mentalbiologisk tilstand i hjernen. Den psykiske plagedes ord og utsagn om sine opplevelser er således den viktigste kilde til objektiv informasjon om klientenes opplevelser.

##### Hva er forutsetningen for at det skal oppstå psykisk endring gjennom behandling?

Forutsetningen for at det skal skje en psykisk endring gjennom behandling, er at kli- enten ønsker endring. Uten et følelsesmessig ja fra klientene til terapeutens interven- sjoner vil klienten ikke kunne gjennomføre de mentale prosessene som er nødvendige. En annen forutsetning er at terapeuten behersker metoder som kan gi klienten kontakt med, endre og erstatte de biopsykiske elementene som forårsaker den psykiske plage, med psykisk materiale som rommer psykisk velvære og mestringsevne. En tredje for- utsetning er at klientene befinner seg i en psykisk tilstand der de er i stand til å gjen- nomføre de mentale prosessene som er nødvendige.

## Kapittel 48 Begreper som illus- trerer den hjernepsykolo- giske forståelse

Hensikten med begrepsoversikten er å gjøre det enklere å finne frem til og sette seg inn i begreper som anvendes i forbindelse med forskning på og anvendelse av hjer- nens psykologi (HJPS) og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Begrepsoversikten viser også hvordan begreper fra andre psykologiske og terapeutiske tradisjoner blir forstått i hjer- nens psykologi. Hensikten er å illustrere at ulike symptomer er bygget opp mentalt på samme måte. De er et resultat av egenskaper som vi også finner hos den normalfunge- rende, om enn i ulik grad og følelsesmessig intensitet.

Antagelsen som ligger til grunn for begrepsoversikten er at dersom det er mulig å beskrive ulike psykiske plager og symptomer med omtrent samme ordlyd, vil dette støtte funn fra tidligere forskning. I denne forskningen konkluderer jeg med at alle psykisk forankrede plager, inkludert psykosespekterlidelser, er bygget opp av samme typer psykisk materiale. Begrepsoversikten vil derfor være preget av gjentakelser. Den kan også leses som en oppsummering av det som er skrevet tidligere, selv om enkelte momenter vil være nye. Begrepsoversikten er kronologisk. Hvert enkelt begrep kan utfylles og drøftes, men det vil ikke bli gjort her. Hensikten i denne omgang er kun å presentere begrepene slik de forstås i HJPS og lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Aggresjon

Aggresjon er en tilstand som er en følge av kontakt med biopsykiske elementer av verbal og modal karakter. Disse rommer de følelsene klienten opplever som forbun- det med aggresjon eller sinne. Tilstanden er kombinert med et øyeblikkelig fravær av kontakt med biopsykiske elementer som rommer andre følelser enn aggresjon. Aggre- sjon kan endres ved å modifisere de biopsykiske elementene som forårsaker aggresjon, samt de mentale prosessene som fører til aggresjon. Man kan også forsterke eksis- terende biopsykiske elementer og utvikle kontakt med nye elementer. Dette kan føre til adekvate reaksjoner i situasjoner som tidligere har vært forbundet med aggresjon.

##### Angst

Angst er en følge av kontakt med mentale/biopsykiske elementer som forankrer og utløser de følelsene og reaksjonene som er forbundet med angst. Dette er kombinert med et øyeblikkelig fravær av kontakt med biopsykiske elementer som fremmer trygg- het, ro og velvære.

##### Antallet psykiske plager

Psykiatrien hevder at det finnes fra 300 til 400 psykiske plager (ICD 11 og DSM V). Antallet er et resultat av forskning på forskjellene mellom ulike psykiske plager, som har ført til at likhetene mellom dem er blitt oversett. Hjernepsykologien hevder at det er mer hensiktsmessig i behandling å anta at det kun finnes én psykisk forankret plage, med like mange variasjoner som det finnes schizofrene. Begrunnelsen for dette er at alle psykisk forankrede plager er en følge av kontakten med ord og utsagn, modale elementer, følelser og nevrobiologiske elementer som rommer følelser. Psykiske plager som angst, depresjon, tvangstanker, aggresjon og schizofreni er derfor bygget opp av det samme psykiske materialet og er en følge av samme typer mentale prosesser. Det finnes ingen psykisk plage som ikke er forankret i dette materialet. Somatisk sykdom med en psykisk komponent er ikke tatt med her.

##### Apati

Apati er en følelsesmessig tilstand og en følge av kontakt med biopsykiske elementer. Disse elementene forankrer og utløser de følelsesmessige reaksjonene og det hand- lingsmønsteret som klienten opplever som apati. Tilstanden er kombinert med fravær av kontakt med biopsykiske elementer som fremmer energi, motivasjon og handle- kraft. Apati inngår i den gruppen av kriterier som er grunnlaget for diagnosen schi- zofreni, selv om apatien også er utbredt i andre psykiske plager som depresjon. Apati kan være en følge av symptomer, men også oppstå som følge av andre livsbelastninger.

##### Assosiering

Assosiering er en metode fra nevrolingvistisk programmering (NLP). Metoden inne- bærer at man mentalt plasserer klienten i en situasjon der han eller hun opplever den innenfra, som om han eller hun er i situasjonen. I assosiert posisjon kan man se sine hender, men ikke sine øyne. Metoden anvendes for å kartlegge hvordan klienten opp- lever en situasjon, om behandlingen har ført til endring, og om det gjenstår psykisk ubehagelig materiale som fortsatt skal endres etter en endringsprosess. Metoden an- vendes ikke ved intenst ubehag, da den gir klienten tett kontakt med psykisk ubehag. Man må være oppmerksom på om utredning fører til økt kontakt med ubehag som følge av at klienten på nytt gjenopplever sine traumer innenfra, det vil si i en assosiert posisjon, uten at dette har en funksjon i endringsarbeidet.

##### Atferd

Atferd er fysiske eller verbale handlinger (tanker) som blir utløst av kontakt med bio- psykiske elementer. Disse består av et følelsesmessig, et modalt og et språklig element. Endring av atferd, ut fra den hjernepsykologiske forståelsen, forutsetter en endring i de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med, eller en endring i kontakten med disse elementene.

##### Atferdsterapi

Atferdsterapi er en terapeutisk tilnærming hvor man søker å endre den psykiske pla- gen gjennom eksponering og desensitiviseringsteknikker. Desensitiveringsteknikker kan fungere, men de fungerer ikke alltid. En årsak kan være at angsten som utløses gjennom eksponering, er sterkere enn tryggheten som eksponeringssituasjonen er preget av. Dette gjelder selv om eksponeringssituasjonen er preget av kontakt med en vennlig og støttende terapeut, eksponeringssituasjonens reelle ufarlighet og trygghets- skapende informasjon som er gitt i forbindelse med atferdsterapien. Resultatet kan være en reaktualisering av angsten.

Bergensmodellen, med sin nær døgnkontinuerlige oppfølging av klientene, har oppnådd lovende resultater i løpet av få dager. I LBT er den fysiske desensitiviseringen erstattet av en mental form for desensitivisering som fører til en reduksjon av inten- siteten i de biopsykiske elementene som forankrer og utløser den psykiske smerten og den uønskede atferden. De mentale desensitiviseringsteknikkene gjør det mulig å beskytte klienten mot det psykiske ubehaget som kan aktiveres ved fysiske desensiti- viseringsteknikker.

##### Auditive elementer

Auditive elementer er sanseelementer som innebærer opplevelse av lyd, enten den kommer utenfra eller innenfra, og enten den stammer fra en reell situasjon eller er indre konstruert. Enkelte klienter er overfølsomme for lyd og stemningen i stemmer, enten i form av hørselshallusinasjoner eller stemmer som kommer utenfra. Auditive elementer som rommer ubehagelige følelser kan kartlegges og endres gjennom ling- vistisk hjerneterapi.

##### Den gjensidige avhengigheten mellom de biopsykiske elementene

De biopsykiske elementene som forårsaker klientens følelser og psykiske reaksjoner, er forbundet med og gjensidig avhengige av hverandre. Den gjensidige avhengighe- ten mellom de biopsykiske elementene som forankrer symptomene, innebærer at endringer i ett av disse elementene fører til endringer i de andre mentale elementene som inngår i den samme biopsykiske enheten og til endringer i klientens følelser.

##### Behandling i lingvistisk hjerneterapi

Behandling i lingvistisk hjerneterapi innebærer at en terapeut endrer det psykiske ma- terialet, det vil si de biopsykiske elementene som forankrer og utløser klientens opp- levelse av schizofreni. Behandling kan også innebære å erstatte biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte, med andre elementer som utløser psykisk velvære og mestringsevne. I tillegg kan det være nødvendig å aktivere tidligere positive opple- velser i form av minner, samt skape eller produsere nye biopsykiske elementer som rommer de følelsene og reaksjonene klienten ønsker å reagere med og oppleve.

##### Behandling uten informasjon

Terapeutiske erfaringer har vist at det er mulig å behandle psykiske plager uten å vite noe om klienten eller om klientens opplevelse av den psykiske plagen. Dette forutset- ter at terapeuten vet hvordan den psykiske plagen er bygget opp mentalt, hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring som følge av behandling, og har metoder som kan endre de biopsykiske elementene som forankrer klientens opplevelse av psykisk smerte.

Metoden «behandling uten informasjon» kan anvendes med mange klienter fordi klientene vet hvordan de opplever sin situasjon og hva de ønsker å oppnå i behandlin- gen. Det er derfor tilstrekkelig å opprette et rapporteringssystem hvor klientene kan formidle ja- eller nei-signaler som reaksjon på terapeutens intervensjoner. Gjennom dette rapporteringssystemet kan klientene guide terapeuten mot det som er vesentlig for å få det bedre, bort fra det som er uvesentlig, og bekrefte når de opplever psykiske endringer. Dette gjør det mulig for terapeuten å tilpasse sin tilnærming og terapeutiske strategi til klientens behov, språk, situasjon og endringskapasitet.

##### Behandlingens muligheter

Hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi åpner for omfattende terapeutiske mu- ligheter. Det er mulig å utvikle en forutsigbar og kontrollerbar behandling av schizo- freni dersom man arbeider med utgangspunkt i de biopsykiske elementene. Det er også mulig å behandle schizofreni uten å vite noe om de situasjonene eller de mentale prosessene som har ført til den psykiske plagen og som utløser klientens symptomer.

I de fleste tilfeller er det enklere å behandle schizofreni enn psykiatrien ofte antar. Forutsetningen er at man har kunnskap om, arbeider med, og endrer de mentale ele- mentene (biopsykiske elementene) som utløser symptomene. Psykiske endringer som er en følge av behandling kan skje like raskt som i det daglige. I hverdagen kan psykis- ke endringer oppstå i løpet av sekunder på grunn av en plutselig hendelse, en situa- sjon, en observasjon, en tanke eller et utsagn. På samme måte kan psykiske endringer i behandling skje i tilsvarende tempo.

Klientens endringstempo er knyttet til terapeutens fokus, relasjonen mellom klient og terapeut, klientens grad av psykisk smerte og intellektuell tilgjengelighet, de tera- peutiske strategiene og metodene som terapeuten anvender.

De fleste psykiske plager kan behandles raskere gjennom lingvistisk hjerneterapi enn det som er vanlig. Flere klienter kan få redusert eller bli kvitt sine psykiske plager med mindre utgifter og færre følelsesmessige belastninger via lingvistisk hjerneterapi (LBT). Den tiden det tar å behandle en psykisk forankret plage, er i større grad av- hengig av terapeutens tilnærming og metode enn av den psykiske plagen i seg selv. Noen terapeuter vil kunne redusere en psykisk forankret plage raskt, mens andre kan forlenge eller forsterke den.

##### Behandlingsmetode

Behandlingsmetode i lingvistisk hjerneterapi innebærer verbale og fysiske handlinger med intensjon om å påvirke eller endre de biopsykiske elementene som forankrer og utløser opplevelsen av schizofreni. Metoden er ikke begrenset til en bestemt terapeu- tisk teknikk. Alt som en terapeut gjør for å påvirke klientens psykiske tilstand, kan betraktes som metode. Ofte anvender terapeuter former for påvirkning som de ikke nødvendigvis er bevisst. Et eksempel på dette er å oppnå en god relasjon til klienten, som er en følge av metode, selv om terapeuten ikke er bevisst på hva de konkret gjør for å oppnå denne gode relasjonen.

##### Bekreftende utsagn

Bekreftende utsagn fra terapeut er en naturlig del av LBT. De gir klienten en følelse av aksept, støtte og av å bli lyttet til. Hensikten med bekreftende utsagn er å utvikle en god relasjon til klienten, gi klienten trygghet på at man er på riktig spor i behandlingen, og å signalisere at terapeuten er fokusert på klienten. Bekreftende og støttende utsagn fra terapeut inngår i de endringsforberedende utsagnene (Dammen, 2023b).

##### Bestillinger

I lingvistisk hjerneterapi er man opptatt av bestillinger, slik at man kan behandle med utgangspunkt i klientens behov. Klientens ønske om behandling oppfattes som en bestilling til terapeuten om å bedre klientens situasjon. Klientens utsagn om psykisk ubehag vil også bli oppfattet som en bestilling om bedring, selv om klienten ikke har uttrykt sine ønsker eksplisitt. Terapeuten sjekker likevel ut hva klienten ønsker med behandlingen, hva klienten ønsker å oppnå, og om klientens ønsker endrer seg under- veis i konsultasjonen.

##### Biopsykiske enheter og elementer

Det finnes et mentalt fenomen som forankrer følelser og opplevelsen av schizofreni, som er involvert i alle mentale prosesser, og som må endres for at det skal oppstå en psykisk endring gjennom behandling. Dette fenomenet har fått betegnelsen biopsy- kiske elementer, fordi de både består av psyke og biologi. De biopsykiske enhetene be- står av tre, potensielt fire, elementer: følelser, et modalt element, et potensielt språklig element, og et biologisk element som forankrer de øvrige. De biopsykiske enhetene er psykens byggesteiner og fundamentet i HJPS. De danner grunnlaget for oppbygning og dekonstruksjon av enhver psykisk tilstand og utgjør grunnlaget for utvikling av hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi.

Oppdelingsevne er en egenskap ved de biopsykiske elementene. De biopsykiske elementene som forankrer og utløser schizofreni, kan splittes opp i mindre elementer. For eksempel kan klaustrofobi undersøkes for å finne de ulike biopsykiske elementene som utløser de ulike følelsene som er forbundet med klaustrofobi, og deretter endres disse.

##### Brannslukking

Enkelte klienter anvender terapeuten som brannslukker og rådgiver. De kommer når det er krise, og slutter når krisen er over, men før de er helt kvitt den psykiske plagen. Så kommer de igjen senere når krisen melder seg på nytt. Her kan behandlingen ta lang tid, selv om antallet konsultasjoner er få.

##### Bringback

Bringback er en metode fra nevrolingvistisk programmering (NLP), som innebærer at man henter frem positive opplevelser som er glemt, oversett eller ikke tilgjengelige, for å aktivere disse i behandlingen og endre klientens opplevelse av psykisk smerte.

##### Den direkte utsagnsmetoden

Den direkte utsagnsmetoden er den mest anvendte metoden i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Metoden innebærer at ethvert utsagn fra klienten danner grunnlag for en in- tervensjon fra terapeut. Man skiller mellom kartleggingsrelaterte, endringsrelaterte og andre utsagn fra terapeut og klient. Alle utsagn fra klient og terapeut er kategorisert. Vi har 53 ulike utsagnstyper (Dammen, 2013). Metoden anvendes for å gi klienten kontakt med, kartlegge og endre den psykiske plagen. Den anvendes også for å kart- legge de psykiske endringene som er oppnådd, og hva som gjenstår av schizofreni etter endringsarbeidet.

##### Den logiske behandlingsmetoden

Den logiske behandlingsmetoden innebærer at terapeutens intervensjoner styres av det som kjennes logisk riktig for klienten, selv om det utenfra betraktes som ufornuftig eller feil. Hensikten er å forsterke de mentale elementene som utløser klientens velvæ- re og mestringsevne og å redusere mentale elementer som hindrer psykisk velvære og mestringsevne. Den logiske metoden har sin parallell i den motsatte metoden.

##### Den motsatte metoden

Den motsatte metoden anvendes for å endre den psykiske plagen ved å gi klienten kontakt med mentale elementer som rommer motsatte følelser av de som er forbundet med den psykiske plagen. Hvis klienten opplever noe som vanskelig, aktiverer vi en følelse av letthet. Hvis han eller hun er urolig, henter vi opp en følelse av trygghet. Hvis klienten tenker seg ned følelsesmessig, gir vi kontakt med tanker som innebærer at han tenker seg opp.

##### Depersonalisering

Depersonalisering handler om opplevelsen av å føle seg uvirkelig eller fremmed, eller å kjenne seg som en robot med automatisk fungering, eller at man opplever at man er i en drømmetilstand. Depersonalisering er en opplevelse av at selvet er frakoblet den

ytre verden eller indre virkelighet. Depersonalisering ut fra hjernens psykologi er tegn på at klientene har kontakt med biopsykiske elementer som utløser opplevelsen av depersonalisering.

##### Depresjon

Depresjon er et symptom som følge av kontakt med biopsykiske elementer som rom- mer og utløser de følelsene som klienten opplever som depressive. Depresjon vil i psy- kologien oftest bli forstått som en følge av tap. Depresjon er en tendens til over tid å være opptatt av at ingenting fungerer, at man ikke får til noe, at man ikke er noe verdt, at man aldri klarer noe, og at man er mislykket. Depresjonen kan føre til handlings- lammelse, apati, manglende energi, isolasjon og angst som følge av kontakt med bio- psykiske elementer som forankrer de følelsene som den depressive opplever.

##### Derealisering og identitetsforvirring

Derealisering er en opplevelse av at verden er uvirkelig, og at man er koblet fra verden og tidligere minner. Det å ikke vite hvem man er, og å oppleve sterk konflikt ved selv enkle valg, eller konflikt mellom flere deler eller krefter i en selv er identitetsforvirring i mer alvorlig form. All identitetsforvirring er ikke et tegn på derealisering. Derealise- ring er ut fra hjernens psykologi tegn på at klientene har kontakt med biopsykiske ele- menter som fører til følelsesmessige reaksjoner og utsagn og atferd som blir beskrevet som derealisering.

##### Det bevisste og ubevisste

Det bevisste er tanker, mentale opplevelser og prosesser som vi er oppmerksomme på, eller som vi enkelt kan bli oppmerksomme på dersom vi fokuserer på dem. Det å være bevisst er også forbundet med det å vite hvem man er, at man er, hvor man er, hvor man skal, hvor man kommer fra, hva som fungerer, og hva som ikke fungerer. Bevissthet kan også handle om at man er klar over hvilke følelser man har, hva man gjør, og hvorfor man gjør det.

Det vi beskriver og setter ord på, blir til vår bevissthet, mens det vi ikke legger merke til, forblir i det ubevisste, selv om det kan bli tilgjengelig. Bevissthet er nært knyttet til fortolkninger. Det vi fortolker, inngår i vår bevisste oppfatning. Der vi ikke fortolker, forblir større deler av virkeligheten av ubevisst karakter. Selv om man er be- visst, er man ikke oppmerksom på det psykiske materialet som ligger til grunn for ens bevissthet. I lingvistisk hjerneterapi gjør man klienten oppmerksom på at de besitter terapeutiske ressurser, at de har fått til ting og får til ting, at de er verdifulle, og at de kan få det bedre, mens klientene ofte har utviklet en omfattende bevissthet om egne svakheter og om det som ikke fungerer.

Det ubevisste er psykisk materiale og livserfaringer man ikke har kontakt med. Psy- kologien er preget av oppfatninger om at det ubevisste ikke er tilgjengelig for klientens bevissthet. Dette er forestillinger som ikke kan bekreftes vitenskapelig. Det ubevisste er potensielt kontinuerlig til stede og tilgjengelig gjennom den bevisste flaten, dvs.

gjennom klientens språk. Alle ord fra klienten er uttrykk for en indirekte eller direkte kontakt med det ubevisste. Alt som klienten sier, vil stamme fra en indre virkelighet som ikke formidles eksplisitt. Dette gjør det mulig å undersøke det ubevisste ved å undersøke det psykiske materialet som ligger til grunn for klientens utsagn.

Bevisst og ubevisst psykisk materiale er av samme mentalbiologiske natur. Mens det bevisste består av sanseforestillinger, ord og utsagn som lagrer følelser og som klienten har bevisst kontakt med, består det ubevisste av sanseforestillinger, ord og utsagn som i øyeblikket er lagret som mental biologi. Dette kan igjen bli til bevissthet. Det ubevisste kan alltid bli til bevissthet, og den bevisste eksistensformen må alltid gå tilbake til en ubevisst tilstand, det vil si til en tilstand av ikke-bevisst mental biologi. Vekslingen mellom en bevisst og en ubevisst tilstand skjer kontinuerlig. Det man foku- serer på, blir til bevissthet, mens det man ikke fokuserer på, blir lagret i det ubevisste som mental biologi. Der forblir det i det ubevisste til det igjen blir til en bevisst opple- velse. Dette betyr at ytre symptomer på schizofreni er bygget opp og utløst av kontakt med et bevisst og ubevisst psykisk materiale.

##### Det psykiske materialet

Det psykiske materialet er grunnlaget for enhver psykisk forankret plage. Det psykiske materialet har to eksistensformer: én bevisst og én ubevisst. Det psykiske materia- let består av biopsykiske elementer av visuell, auditiv og kinestetisk karakter, samt av smak og lukt. Det består også av ord og utsagn (auditive elementer) og av et biologisk og nevrobiologisk element som forankrer de øvrige.

#### Diagnostiske systemer

De to mest anvendte diagnostiske systemene er ICD-11, som anvendes i Europa, og DSM-5, som anvendes i USA. De har mange fellestrekk. ICD-11 er utgitt av Verdens helseorganisasjon (WHO), mens DSM-5 er utgitt av American Psychiatric Association (APA). ICD-11 dekker alle medisinske diagnoser, inkludert psykiske lidelser, mens DSM-5 fokuserer spesifikt på psykiatriske diagnoser. ICD-11 er mer universelt brukt globalt og er standard for internasjonal rapportering av helsestatistikk. DSM-5 er mer brukt i USA og har stor innflytelse på forskning, men dens bruk er mer begrenset utenfor USA. ICD-11 har mer generelle og fleksible kriterier, noe som gjør den mer til- pasningsdyktig til ulike kulturelle og sosiale sammenhenger, mens DSM-5 har mer de- taljerte og spesifikke kriterier, noe som kan føre til mer konsistens i diagnoser innenfor USA. Begge systemene er viktige for å standardisere diagnoser og behandling innenfor medisin og psykiatri, men de har ulike styrker og anvendelsesområder. Det finnes også andre diagnostiske systemer. I Kina anvendes et annet diagnostisk system som er mer i tråd med kinesisk kultur.

##### Diagnoser

Diagnoser er en følge av grundige observasjoner av og informasjoner om klientene. Diagnosene i ICD-11 og DSM-5 har alvorlige vitenskapelige mangler, fordi de ikke beskriver presist det psykiske materialet som ligger til grunn for symptomene. De er forankret i observasjoner av og informasjoner om klienten som deretter har ført til en diagnose, det vil si et navn på den psykiske plagen. En svakhet ved diagnosene er at de ikke kan bevises, og at man ikke kan dokumentere presist det psykiske materialet som ligger til grunn for de ulike diagnosene.

##### Dissosiering

Dissosiering er en metode fra nevrolingvistisk programmering (NLP). Dissosiering innebærer at klienten ser seg selv utenfra i situasjoner som er forbundet med ube- hag. Dette øker den følelsesmessige avstanden til situasjonen, noe som oftest reduse- rer intensiteten i den psykiske smerten og gjør det lettere for klienten å gjennomføre de mentale endringene som er nødvendige. Teorien bak metoden er at dersom man mentalt øker avstanden til et problem og endrer posisjon i forhold til problemet, vil dette redusere de ubehagelige følelsene som er knyttet til problemet. Dissosiering kan føre til psykisk ubehag dersom den dissosierte posisjonen vedvarer over tid. Klienten må derfor settes i en assosiert posisjon, et naturlig psykisk leie, før konsultasjonen avsluttes for å unngå psykisk ubehag som følge av en vedvarende dissosiert opplevelse.

##### Dokumentasjon av schizofreni og psykisk endring

For å dokumentere klientens opplevelse av schizofreni og endring som har oppstått gjennom behandlingen, kan man kartlegge og deretter endre de biopsykiske elemen- tene som klienten har kontakt med. Deretter kan man kartlegge de følelsesmessige endringene som klienten har opplevd. Forskjellen på den psykiske smerten og de bio- psykiske elementene som klienten har kontakt med før og etter en endringsprosess, dokumenterer forbindelsen mellom den psykiske smerten og de biopsykiske elemen- tene.

##### Dokumenterbarhet

Dokumenterbarhet er et vitenskapelig krav om at de biopsykiske elementene som for- ankrer den psykiske plagen, skal kunne observeres og dokumenteres. De skal kun- ne danne grunnlag for forskning. Man skal også kunne dokumentere de psykiske endringene som oppstår i behandling, hva som hindrer endring, og hva som gjenstår av schizofreni etter en behandling ved å kartlegge de biopsykiske elementene som kli- enten har kontakt med underveis i behandlingen og etterpå. Disse formene for doku- menterbarhet kan realiseres gjennom hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi.

##### Dropouts

Av og til avslutter klientene behandlingen før den er helt ferdig, på grunn av de psy- kiske endringene og det psykiske velværet som klientene har oppnådd etter bare et par konsultasjoner. Enkelte klienter kommer tilbake når krisen oppstår på nytt. Klienter som avslutter behandlingen før de er helt igjennom, kan måtte leve med den psykiske plagen i lengre tid.

##### Dybdekartlegging

Dybdekartlegging er en metode i lingvistisk hjerneterapi (LBT) for å kartlegge kli- entens opplevelse av den psykiske tilstanden og plagen, de psykiske endringene som oppstår gjennom lingvistisk hjerneterapi, og hva som gjenstår av symptomer etter én eller flere intervensjoner. Dybdekartlegging er en av de mest anvendte metodene i LBT. Metoden anvendes oftest for å gi klienten kontakt med de psykiske elementene som forankrer den psykiske plagen for å få et utgangspunkt for behandlingen.

##### Dybdepsykologi

Dybdepsykologi refererer til en gren innen psykologien som fokuserer på de dypere, ofte ubevisste aspektene ved psykiske plager. Denne retningen ble primært utviklet av Sigmund Freud og Carl Jung. Dybdepsykologien utforsker de underliggende motiva- sjonene, følelsene og opplevelsene som påvirker en persons atferd og tankeprosesser. Den fokuserer ofte på studiet av drømmer, arketyper og personlige fortellinger for å forstå det indre og ubevisste. Dybdepsykologi har hatt en betydelig innflytelse på ulike terapeutiske praksiser og har bidratt til en dypere forståelse av menneskelig psykologi. Vurderingen i HJPS er at man ikke kommer dypere i det psykiske materialet og i det indre enn til de biopsykiske elementene som forankrer individenes, og derved også klientenes, følelser og psykiske plage. Psykoanalysen og kvalitativ forskning er opptatt av dybde og dybdepsykologi og av utvikling av dyp, rik og mangfoldig kunnskap om schizofreni. Dybdepsykologien hevder at man må undersøke de dypereliggende, ofte historiske, årsakene til klientens psykiske plage for å behandle. Den hevder også at det er utilstrekkelig å fokusere på de manifeste symptomene, det vil si på atferd og andre observerbare trekk ved klienten, og at man må gå bak disse fenomenene for å forstå de

egentlige årsakene til den psykiske plagen.

Ifølge psykoanalytikerne arbeider symptomfokuserte og korttidsterapeutiske tradi- sjoner i overflaten og ikke med de egentlige problemene, mens de selv arbeider med de virkelige årsakene. Hjernens psykologi har en annen forståelse av fenomenet psykisk dybde. Vitenskapelige funn viser at man ikke kommer dypere i det psykiske enn til de biopsykiske elementene, det vil si til de mentale elementene som forankrer klientens følelser og psykiske plage. Og man kommer ikke nærmere de egentlige årsakene til schizofreni enn til det psykiske materialet, det vil si til de biopsykiske og mentalbio- logiske elementene som er, forankrer og utløser den. Man kommer dermed ikke nær- mere de mentale årsakene til klientens symptomer enn til det psykiske materialet som

forankrer dem, enten dette materialet er bevisst tilgjengelig eller lagret som ubevisst psykisk materiale.

Historiske og dypereliggende årsaker til schizofreni består kun av det psykiske ma- terialet som klientene har en direkte eller indirekte tilgang til, dersom dette materialet har betydning for klientens psykiske tilstand i dag. Dybdepsykologiske forestillinger er feiltolkninger som følge av at man mangler en presis og vitenskapelig forståelse av den psykiske natur.

##### Dyktighet og psykisk velvære

Dyktighet er en kompleks tilstand og en følge av kontakt med holdningsrelaterte, egenskapsrelaterte, mestringsrelaterte og følelsesrelaterte biopsykiske elementer som forankrer og utløser de følelsene, mentale reaksjonene og den atferden som klienten opplever som forbundet med dyktighet. Dyktighet kan utvikles ved å kartlegge forbe- dringsområder, og deretter, ved å anvende de samme metodene som når man reduse- rer den psykiske plagen, utvikle ferdigheter, egenskaper og væremåter av betydning for utvikling av økt dyktighet.

##### Dysfunksjonelle tanker

Begrepet «dysfunksjonelle tanker» er hentet fra kognitiv psykologi. Dysfunksjonelle tanker er ut fra den hjernepsykologiske forståelsen en følge av kontakt med biopsykis- ke elementer (ord, utsagn og indre sanseelementer/opplevelser) som utløser tanker og atferd som er uhensiktsmessige, hindrende eller destruktive for klienten. Slike tanker kan kartlegges ved å kartlegge de ord og utsagn som klienten anvender for å beskrive sin situasjon og de modale elementene som oppleves i forbindelse med ordene. Det finnes ingen dysfunksjonelle tanker i den forstand at de kun er uttrykk for et negativt psykisk materiale. I HJPS anvender man derfor ikke begrepet dysfunksjonelle tanker. Alle tanker har en logisk, meningsbærende og mentalbiologisk forankring, selv om de er ubehagelige eller preget av forvirring. Man erstatter derfor begrepet dysfunksjonelle tanker med «tanker som oppleves som ubehagelige» eller «tanker som er forbundet med ubehag». Enhver tanke er, uavhengig av innhold, et uttrykk for at klienten har kontakt med mentale ressurser.

##### Egenbehandling

Det er mulig, til en viss grad, å lære klientene å behandle sine psykiske plager. Forut- setningen er at de er intellektuelt tilgjengelige, motiverte, og at de behersker enkelte av de metodene som kan endre de biopsykiske elementene som forårsaker symptomene. En annen forutsetning er at klientene lærer forsiktighetsregler for å hindre at de utset- ter seg selv for intenst psykisk ubehag (se kapittelet om etikk, Dammen, 2023b).

##### Egenskaper

Egenskaper er en stabil tenke- eller væremåte som følge av en stabil kontakt med men- tale/biopsykiske elementer som utløser de følelsene, væremåtene og ferdighetene som inngår i eller er aktive i forbindelse med en bestemt egenskap. Egenskaper kan under- søkes ved å kartlegge hvilke mentale elementer som utløser og opprettholder dem. De kan endres ved å endre disse biopsykiske elementene. Egenskaper er forskningsbare ved at de biopsykiske elementene som ligger til grunn for dem, kan undersøkes og endres.

##### Eksternalisering

Eksternalisering er en behandlingsmetode som anvendes i narrativ terapi. Metoden innebærer at klienten settes i en situasjon der han eller hun ser problemet som noe utenfor seg selv. Problemet blir ofte definert som en fiende som klienten og familien skal bekjempe sammen. Derved er det ikke klienten som er problemet, men noe uten- for klienten som gjør noe ubehagelig med klienten.

##### Empati

I psykologien er empati ofte forstått som evnen til å leve seg inn i og forstå klientens situasjon og følelser på klientens premisser samtidig som man støtter klienten. Empa- ti er en viktig kvalitet ved behandlingen. Denne formen for empati kan likevel være uheldig om terapeuten «blir» klientens følelser, eller om man opprettholder et fokus på klientens følelser etter at man har fått nok informasjon til å iverksette en intervensjon for å redusere den psykiske plagen.

##### Endringer i det daglige liv og i behandling

Det er ingen forskjell på de mentale prosessene som fører til endring i det daglige liv, og den psykiske endringen som skjer i behandling, ut over at de endringene som skjer i behandling, vil være en følge av bruk av språk, mens psykiske endringer i det daglige liv også vil være en følge av modale reaksjoner på situasjoner og hendelser.

##### Endringsbarhet

Endringsbarhet er en egenskap ved de biopsykiske elementene. Endringsbarhet inne- bærer at de biopsykiske elementene som utløser psykisk smerte, kan endres gjennom behandling med den følge at man kan endre den psykiske plagen. De biopsykiske ele- mentenes endringsbarhet er en forutsetning for at de skal kunne anvendes i behand- ling.

##### Endringsevne

Det er store forskjeller på klienters evne til å endre seg psykisk. Disse forskjellene er en følge av klientenes ulike mentale kapasiteter, evne til å endre eller å utvikle nye mentale forestillinger, evne til å si ja til behandlingen, mentalt tempo, graden av mental slitasje,

intensiteten og kompleksiteten i den psykiske plagen og bivirkninger av medisiner eller rus.

##### Endringsevne

Det er store forskjeller på klienters evne til å endre seg psykisk. Disse forskjellene er en følge av klientenes ulike mentale kapasiteter, evne til å endre eller å utvikle nye mentale forestillinger, evne til å si ja til behandlingen, mentalt tempo, graden av mental slitasje, intensiteten og kompleksiteten i den psykiske plagen, og bivirkninger av medisiner eller rus. Også graden av belastninger og press som klienten står overfor i sitt daglige miljø mellom konsultasjonene, virker inn. Kompleksiteten i den psykiske smerten har større betydning for klientens endringsevne enn intensiteten i ubehaget. Komplekse psykiske lidelser fordrer derfor en lengre behandlingstid enn avgrensede, men intense psykiske plager. Enkelte hardt belastede klienter kan ha en større psykisk endringsevne enn godt fungerende.

##### Endringskapasitet

Endringskapasitet er klientens evne til å endre seg psykisk gjennom det daglige liv og gjennom behandling. Enkelte klienter har en omfattende endringskapasitet, av og til større enn alminnelig fungerende individer. Klientens endringskapasitet er en viktig terapeutisk ressurs. Endringsevnen er forbundet med klientens hukommelse, tidligere positive opplevelser, fantasi og forestillingsevne, i tillegg til at den henger sammen med klientens grad av overskudd og trygghet i behandlingssituasjonen.

##### Endringsiverksettende utsagn

Endringsiverksettende utsagn er utsagn fra terapeut for å forberede og iverksette psy- kisk endring. Endringsiverksettende utsagn søker å endre de modale og språklige ele- mentene som forankrer klientens psykiske smerte. Endringsiverksettende utsagn blir også anvendt for å forsterke en allerede god følelse og for å aktivere positive egenska- per. Uten endringsiverksettende utsagn vil de øvrige utsagnene i behandlingssituasjo- nen ha liten endringseffekt ut over at de kan føre til psykisk velvære. Endringsiverkset- tende utsagn er den viktigste utsagnstypen i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Endringskartleggende utsagn

Dette er utsagn som kartlegger de psykiske endringene. Kartleggingen skjer underveis i og ved slutten av den enkelte konsultasjon og ved avslutning av behandlingen. Målet er å undersøke om terapeuten er på rett spor, hva som er oppnådd, og hva som fortsatt gjenstår av psykisk ubehag. Endringskartleggende utsagn kan ha en endringsforster- kende effekt ved at de øker klientens fokus på de psykiske endringene som er opp- nådd. Endringskartleggende utsagn kan fungere negativt dersom klientene ikke har oppnådd psykisk endring, fordi de kan øke klientens fokus på det som ikke fungerer. De må derfor anvendes med en viss forsiktighet når behandlingsresultatet er negativt.

##### Endringspsykologi

Endringspsykologi er et annet navn på de mentale prosessene som skjer i forbindelse med psykisk endring. Betegnelsen henviser til at man for å behandle schizofreni, foru- ten å ha kunnskap om den psykiske natur, trenger kunnskaper om fenomenet psykisk endring. Endringspsykologien springer ut fra forskning på de mentale prosessene som klienten har gjennomgått i forbindelse med behandling.

##### Endringstempo

Endringstempo beskriver hvor raskt man kan endre en følelse, en psykisk tilstand eller en mer kompleks psykisk plage. Psykiske endringer som er en følge av behandling, kan skje like raskt som psykiske endringer som er en følge av levd liv, og av og til raskere. Klientens endringstempo vil være knyttet til terapeutens fokus, de terapeutiske stra- tegiene og de metodene som terapeuten anvender. Klientens endringstempo er også forbundet med klientens endringskapasitet, slitasje og klientens holdninger. Klientens endringstempo kan, men ikke alltid, påvirkes av alvorlighetsgraden av den psykiske plage. Forutsetningene for at det raskt skal oppstå psykiske endringer i behandling, er at klienten er intellektuelt tilgjengelig, ikke er for sliten, ønsker endring og har et godt forhold til terapeut og til behandlingssituasjonen.

##### Energi

Energi er en følelse av kraft, styrke, motivasjon og vilje som følge av kontakt med bio- psykiske elementer som forankrer og utløser energi, kombinert med fravær av kontakt med biopsykiske elementer som hindrer følelsen av energi.

##### Etikk

Etikk i lingvistisk hjerneterapi (LBT) er holdninger og regler for å beskytte klienten mot ubehag i behandlingssituasjonen. Klientene kommer til behandling fordi de har det vondt. I denne situasjonen ligger det et etisk påbud om å lindre og fjerne den psykiske smerten allerede ved konsultasjonens begynnelse. De etiske holdningene i lingvistisk hjerneterapi er humanistisk, terapeutisk og vitenskapelig begrunnet. Den humanistiske begrunnelsen er at klientene skal ha det godt rett og slett fordi de er mennesker. Den vitenskapelige og terapeutiske begrunnelsen for den gode etikk er at respekt for, anerkjennelse av klienten, og fravær av psykisk ubehag i behandlingssitua- sjonen er forutsetninger for at det skal skje endringer gjennom behandlingen.

##### Evidens og best practice

God forskning skal være evidensbasert. Resultatene skal kunne bevises. Psykologiske og psykiatriske teorier kan imidlertid ikke bevises på samme måte. Derfor har evi- densbegrepet blitt erstattet av begrepet «best practice». ”Best practice” er et viktig be- grep som indikerer kvaliteten på forskningen og behandlingen, og at man søker å opp- nå best mulig kvalitet i behandlingen. Det er likevel et ufullstendig begrep hvis målet er å utvikle vitenskapelig holdbar kunnskap om schizofreni.

Lingvistisk hjerneterapi (LBT) er basert på evidens i ordets opprinnelige forstand. Hypoteser og teorier basert på hjernens psykologi kan bevises fordi vi har vitenska- pelig kunnskap om hvordan schizofreni er bygget opp, og hvordan den kan endres og behandles.

##### Fobier

Fobier er en intens, ofte avgrenset angst for bestemte situasjoner, vanligvis forårsaket av kontakt med situasjoner som minner om tidligere traumatiske opplevelser. Fobier er ofte et resultat av betinging. De kan også oppstå gjennom sosial smitte, for eksempel ved å være sammen med noen som reagerer fobisk eller med intens angst i en situasjon som i utgangspunktet ikke var forbundet med angst for en selv. Senere kan man selv reagere med lignende fokus i samme type situasjon.

##### Fokus

«Fokus» er et nøkkelbegrep i hjernens psykologi og i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Å fokusere er å føle i den forstand at man reagerer med de følelsene som er knyttet til det man fokuserer på. Angst er således en følge av fokus på noe som er forbundet med angst, mens glede er en følge av fokus på noe som er forbundet med glede, samtidig som det ubehagelige er fraværende.

Klientens fokus kan være bevisst eller ubevisst. Endringer i det bevisste eller ube- visste fokus fører til følelsesmessige endringer. I lingvistisk hjerneterapi er man fo- kusert på de mentale elementene som i øyeblikket utløser og opprettholder klientens problem. Man betrakter klientens fokus på, og dermed kontakt med, de biopsykiske elementene som rommer følelser, som den øyeblikkelige årsaken til de psykiske pla- gene. Man avviser likevel ikke at den psykiske plagen kan ha en historisk forankring, fordi de biopsykiske elementene som utløser den psykiske plagen i dag, kan være skapt i fortiden. Hvis dette er tilfellet, kartlegger man de mentale elementene som ble dannet i fortiden og som fortsatt utløser klientens ubehag i dag.

Fokus er et nøkkelbegrep i hjernens psykologi og i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Å fokusere er å føle i den forstand at man reagerer med de følelsene som er knyttet til det man fokuserer på. Angst er en følge av fokus på noe som er forbundet med angst. Glede er en følge av fokus på noe som er forbundet med glede, samtidig som det ube- hagelige er fraværende.

Klientens fokus kan være bevisst eller ubevisst. Endringer i det bevisste eller ube- visste fokus fører til følelsesmessige endringer. I lingvistisk hjerneterapi er man fo- kusert på de mentale elementene som i øyeblikket utløser og opprettholder klientens problem. Man betrakter klientens fokus på, og dermed kontakt med, de biopsykiske elementene som rommer følelser som den øyeblikkelige årsaken til de psykiske pla- gene. Man avviser likevel ikke at den psykiske plagen kan ha en historisk forankring. De biopsykiske elementene som utløser den psykiske plagen i dag, kan være skapt i fortiden. Hvis dette er tilfellet, kartlegger man de mentale elementene som ble dannet i fortiden, og som fortsatt utløser klientens ubehag i dag.

##### Formlene for schizofreni

Den psykiske plagen og fenomenet psykisk endring kan settes på formler. Formlene for schizofreni og psykisk endring beskriver hvordan det er mulig å analysere hvordan den psykiske plagen utvikles, oppleves og kan endres. Formlene for schizofreni og endring kan anvendes som et redskap for å utvikle vitenskapelig kunnskap om psy- kologi og psykisk endring. Formelen for den psykiske plagen (x) er: (x) = ∑b og (x) =

∑(bp + bn).

Formlene for schizofreni og psykisk endring illustrerer at den øyeblikkelige psykiske smerten og opplevelsen av schizofreni er en følge av summen av de positivt og negativt ladete biopsykiske elementene som klientene har kontakt med i et bestemt øyeblikk. Formlene er mer omfattende enn vist her. For detaljert informasjon, se kapittel 17.

##### Fornøydhet

Fornøydhet er en psykisk tilstand forbundet med glede, psykisk velvære og en følel- se av mestring og god sosial kontakt som følge av kontakt med mentale/biopsykiske elementer som forankrer og utløser disse følelsene. Øyeblikk med fornøydhet er også preget av et fravær av kontakt med biopsykiske elementer som forankrer og utløser ubehag.

##### Forskjellene mellom schizofreni og den alminnelige psykiske tilstand

Selv om opplevelsen av schizofreni og alminnelige psykiske tilstander er bygget opp på samme måte, av sanseforestillinger og av ord og utsagn som rommer følelser, er de likevel forskjellige. Mens den alminnelige psykiske tilstand vil være preget av alminne- lige eller positive følelser, vil opplevelsen av schizofreni være preget av psykisk smerte. Forskjellen ligger også i innholdet i de opplevelsene som har ført til disse tilstandene. Psykisk velvære vil være en følge av tidligere kontakt med positivt ladete biopsykiske elementer. Den psykiske plagen vil derimot være en følge av kontakten med et psy- kisk eller mentalbiologisk materiale som rommer psykisk ubehag. Forskjellene vil også være knyttet til klientenes bakgrunn, grad av sårbarhet, genetiske disposisjoner, tan- keinnhold, den psykiske plagens varighet og modale og språklige forankring. I tillegg vil de ytre sett kunne fremstå som forskjellige på grunn av forskjeller i følelsesmessige reaksjoner, hvordan man snakker om disse tilstandene, og i atferd.

De observerbare forskjellene mellom psykisk velvære og schizofreni kan være drama- tiske, men disse forskjellene er ikke avgjørende for hvordan man kan kartlegge disse tilstandene. Konklusjonen er at likhetene mellom klientens alminnelige psykiske til- stand har større betydning for å forstå og behandle psykiske plager enn forskjellene mellom dem.

##### Fortolkninger

Fortolkninger unngås i den grad det er mulig i lingvistisk hjerneterapi (LBT). En år- sak til dette er at ingen fortolkning vil kunne fange inn den psykiske plagen og det psykiske materialet som forankrer og utløser klientens følelser. Enhver fortolkning

vil innebære en omskriving av klientens indre opplevelser, slik at de blir menings- fulle for terapeuten. En annen årsak til at fortolkninger unngås er at enhver for- tolkning av klientens psykiske plage er en følge av en samskapt virkelighet. Her møtes klientens opplevelser av schizofre- ni og terapeutens forståelse, men ingen opplevelse av schizofreni er et samskapt produkt mellom terapeut og forsker. Te- rapeutens eller forskerens førforståelse vil ofte være bestemt av terapeutens kunn- skap, teorier og verdier. Disse vil ofte få forrang fremfor klientens fortelling om sine egne opplevelser. Som følge av dette må man forholde seg ufortolkende til de ordene som klienten bruker for å beskrive hvordan han eller hun opplever den psy- kiske plagen, dersom man ønsker å kart- legge og jobbe med klientens opplevelse av schizofreni.

##### Fortrengning

Fortrengt materiale er biopsykiske ele- menter som rommer ubehagelige følelser som ikke er tilgjengelig for bevisstheten. Fortrengt psykisk materiale forstås som vanskelig tilgjengelig på grunn av klien- tenes motstand mot å få kontakt med det psykiske ubehaget. Denne forståelsen har preget psykologien og psykiatrien siden psykoanalysens begynnelse rundt 1899. Nyere forskning har modifisert denne forestillingen. Forestillingene om at ube- visst psykisk materiale blir fortrengt er både riktige og feilaktige. Deler av det ubehagelige psykiske materialet (de bio- psykiske elementene) som klienten har en ubevisst kontakt med, har en tendens til å forsvinne fra klientens bevisste fo- kus. Dette betyr ikke at det ikke lenger er tilgjengelig. Man kan ved hjelp av enkle intervensjoner gi klienten kontakt med

dette psykiske materialet, selv om klien- ten tidligere har vegret seg for å få kontakt med det. Den første forutsetningen er at man gir klienten en følelse av trygghet og en opplevelse av at han eller hun blir re- spektert og likt. Deretter gir man klienten kontakt med det ubevisste materialet ved å stille spørsmål med utgangspunkt i kli- entens utsagn. Samtidig må man beskytte klienten mot den psykiske smerten som er lagret i det psykiske materialet, som han eller hun kan få kontakt med.

For å få kontakt med det ubevisste, med de ubevisst lagrede biopsykiske ele- mentene, kan man spørre hva klientens ubehagelige følelser og reaksjoner er for- bundet med, hvordan klienten opplever de ubehagelige følelsene, hvor i kroppen de ubehagelige følelsene sitter, og om kli- entens følelser er noe han eller hun ser, hører eller kjenner. I dette arbeidet må man beskytte klienten mot ubehag når han eller hun får kontakt med fortrengt materiale som forankrer den psykiske smerten. En annen forutsetning er at man, før behandlingen begynner, gir kli- enten en opplevelse av trygghet. Utrygg- het vil kunne blokkere for kontakt med fortrengt psykisk materiale, slik at det ikke lenger er tilgjengelig. En tredje for- utsetning er at terapeuten har kunnskap om forbindelsen mellom klientens ord og utsagn, modale elementer, følelser og fortrengt psykisk materiale, det vil si de biopsykiske elementene.

##### Fortvilelse

Fortvilelse er en psykisk tilstand av sorg, oppgitthet, håpløshet og tristhet som føl- ge av kontakt med mentale/biopsykiske elementer som utløser de følelsene som klienten opplever som forbundet med fortvilelse. Dette kombineres med fravæ-

ret av kontakt med biopsykiske elementer som forankrer en følelse av fornøydhet og velvære.

##### Forutsigbarhet

Forutsigbarhet er et kriterium for vi- tenskapelighet og en viktig forutsetning for at man skal kunne forutsi hvordan schizofreni er bygget opp mentalt, hvor- dan den kan behandles, hvilke utfordrin- ger man vil kunne stå overfor i behand- lingen, og hvordan man kan møte disse utfordringene. En forutsetning for for- utsigbarhet i forskning og behandling av schizofreni er at de biopsykiske elemen- tene som forårsaker den psykiske plagen, kan være stabile. Se stabilitet.

##### Forvirring

Forvirring er en psykisk tilstand preget av uvisshet, motstridende tanker og vanske- ligheter med å ta avgjørelser. Forvirring er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som forankrer og utløser de fø- lelsene som oppleves som forvirring.

##### Frittflytende følelser

I psykologien brukes av og til begrepet

«frittflytende følelser» som en beskri- velse av følelser som ikke har noen klar kilde, eller som ikke kan knyttes til noe bestemt. Frittflytende følelser er tilsyne- latende ikke tilgjengelige gjennom ob- servasjon, og de kan være vanskelige å lokalisere. De inngår sjelden som objekt i kartlegging og endring av schizofreni, da de er mindre anvendbare i behandling. Begrepet kan være inspirert av klienter som formidler at en følelse er overalt, at de ikke vet hva problemet handler om, og at følelsene bare er der. Fokuserte følelser er motsatsen til frittflytende følelser. Fo-

kuserte følelser er for eksempel frykt for noe konkret, som lukkede rom, bestem- te situasjoner og mennesker. Klientens fokus kan også være rettet mot følelser i en bestemt kroppsdel, som vondt i magen eller vondt i hodet.

Forestillingen om at det finnes frittfly- tende følelser, er ikke helt korrekt. Utsagn fra klientene om at følelsene er overalt, at de ikke har en spesifikk kilde, at man ikke vet hvor følelsene stammer fra, eller hva de består av, betyr ikke at de er frittflyten- de i den forstand at de ikke er tilgjengeli- ge. Følelser er ikke sin egen kilde, men en følge av kontakt med språklige og modale elementer som rommer følelser. Enhver følelse kan derfor undersøkes med hen- syn på hvilke biopsykiske elementer de er knyttet til, og som forankrer og utløser de følelsene klienten opplever. I det øyeblik- ket en frittflytende følelse blir beskrevet gjennom et modalt element som rommer den samme følelsen, blir følelsen tilgjen- gelig for introspeksjon gjennom klien- tens utsagn. Da kan man kartlegge hvor i kroppen følelsen oppleves, og hvordan den oppleves modalt.

##### Følelser

Følelser er et element i den biopsykiske enheten. Følelser er psykisk forankret smerte eller velvære som blir utløst, for- årsaket og opprettholdt av kontakten med modale og språklige elementer. Følelser er integrert i ethvert ord og utsagn, i enhver indre opplevelse, atferd, reaksjon, hold- ning og ferdighet. De er ikke selvstendige og uavhengige fenomener, men en følge av kontakt med modale og språklige ele- menter som rommer følelser. Følelser er et signal på om noe fungerer eller ikke fungerer mentalt. De er dokumenterbare ved å dokumentere de verbale og modale

elementene som forankrer dem. Følelser er endringsbare og kan endres gjennom en endring av de biopsykiske elementene som forankrer dem. For eksempel kan nye biopsykiske elementer dannes gjen- nom levd liv eller behandling. De bio- psykiske elementene som forankrer og utløser følelser, kan også endres gjennom intervensjoner fra terapeut eller gjennom mentale prosesser utført av klienten.

##### Følelseskartleggende utsagn

Følelseskartleggende utsagn er utsagn fra terapeut med hensikt å kartlegge hvordan klienten opplever sine følelser modalt. I HJPS vil terapeuten kontinuerlig være oppmerksom på og registrere klientens følelser, selv om dette ikke alltid skjer gjennom følelseskartleggende utsagn.

##### Følelsestegning

Følelsestegning er en metode i LBTS som innebærer å la klienten tegne sine følelser. Tegningene anvendes for å kartlegge hva de ulike elementene i tegningene betyr for klienten. Klientens kommentarer til tegningene danner grunnlag for nye in- tervensjoner.

##### Fantasiens endringspotensial

Fantastiske fantasier kan ha like stor en- dringseffekt på den psykiske tilstanden og på psykisk endring som realistiske mentale forestillinger (konstruksjoner). Det er ikke forestillingenes grad av rea- lisme som er avgjørende for om de fører til psykisk endring, men om klienten kan leve seg inn i og tro på fantasiene. Fan- tastiske fantasier er blant de mest virk- somme metodene man kan anvende for å endre den psykiske plagen.

##### Gjenstående schizofreni

Det er mulig å kartlegge hva som gjenstår av symptomer på schizofreni etter en en- dringsprosess ved å kartlegge de biopsy- kiske elementene som klientene fortsatt har kontakt med, og som rommer psykisk ubehag etter at endringsarbeidet er over. Kartlegging av endring

Det er mulig å kartlegge hva som skjer mentalt med klientene når de oppnår re- sultater i behandling, uansett hvilken te- rapeutisk innfallsvinkel som er anvendt. Dette skjer ved at man kartlegger de bio- psykiske elementene som forårsaker kli- entens følelser før og etter en eller flere intervensjoner eller en konsultasjon. Det er mulig å avdekke når i behandlingspro- sessen det skjer en psykisk endring ved å kartlegge de endringene som skjer under- veis i konsultasjonen.

##### Generaliserbarhet

Generaliserbarhet er et kriterium ved god forskning. Kravet til generaliserbar- het innebærer at de metodene man har anvendt og fått gode resultater med i behandling, skal kunne anvendes på an- dre klienter og føre til omtrent de sam- me resultatene. Lingvistisk hjerneterapi (LBT) har høy generaliserbarhet. De en- dringsmetodene som anvendes i ling- vistisk hjerneterapi, kan anvendes for å forbedre den psykiske tilstanden for alle. Hjernens psykologi og de metodene som anvendes i lingvistisk hjerneterapi, kan også anvendes på områdene pedagogikk, ledelse, spesialpedagogikk og idrettspsy- kologi.

##### Gjensidig avhengighet

Gjensidig avhengighet er en egenskap ved de biopsykiske elementene som inngår i den biopsykiske enheten. Den gjensidige avhengigheten mellom de biopsykiske elementene innebærer at dersom man endrer ett element i den biopsykiske en- heten, vil man få endringer i de andre elementene. Dette betyr også at om man endrer det modale elementet i den bio- psykiske enheten som forårsaker klien- tens følelser, vil individet få kontakt med nye følelser og snakke om sin psykiske plage med andre ord enn tidligere.

##### Glede

Glede er en psykisk tilstand som følge av kontakt med mentale/biopsykiske ele- menter som forankrer og utløser de følel- sene som klienten opplever som forbun- det med glede.

##### Hallusinasjoner

Hallusinasjoner er evnen til å høre ting som andre ikke hører, se ting som andre ikke ser, og kjenne ting i kroppen som le- gene ikke kan bekrefte. Det å hallusinere vil for de fleste være forbundet med angst, selv om hallusinasjonene måtte være po- sitive. Hallusinasjoner blir i psykologien og psykiatrien betraktet som et tegn på schizofreni. Evnen til å hallusinere er betraktet som en viktig egenskap i ling- vistisk hjerneterapi (LBT). Den betraktes som en mental ressurs på linje med ab- solutt gehør, og den kan anvendes tera- peutisk. Evnen til å hallusinere er uttrykk for at klienten besitter en omfattende en- dringskapasitet. Grunnen til dette er at evnen til å hallusinere innebærer evnen til å forestille seg en virkelighet som ikke eksisterer. Dette er en egenskap som kan

anvendes i behandling. Klientene kan lære hvordan de kan få kontroll over sine hallusinasjoner gjennom LBT.

##### Hindringer mot endring

Det er mulig å kartlegge hva som hindrer klientene i å endre seg psykisk gjennom behandling ved å undersøke hvilke bio- psykiske elementer som blokkerer eller hindrer endring. Man kan også kartleg- ge de egenskapene som hindrer endring. Hindringene mot psykisk endring er ofte integrert i, og forteller noe om, den psy- kiske plagen. Hindringer mot endring kan også utløses av terapeutens kommu- nikasjon og arbeidsmåte.

##### Hjernens psykiske egenskaper

Hjernen har en rekke egenskaper som regulerer kroppens funksjoner. Mindre kjent er hjernens mentale egenskaper. Det finnes et omfattende antall mentale egenskaper. Alle hjernens mentale egen- skaper er knyttet til dannelse, utvikling, endring og sletting av biopsykiske ele- menter. Her fokuserer jeg på tre typer: Vi har egenskaper som kan avledes av de teoriene som ligger til grunn for utvik- ling av hjernens psykologi, og vi har be- handlingsrelaterte og forskningsrelaterte egenskaper. Egenskaper som kan avledes av grunnlagsteoriene er at de biopsykiske elementene rommer følelser, kan kobles på og av den psykiske tilstanden, kan observeres gjennom introspeksjon, kan formidles via språk, kan endres med den følge at det oppstår en følelsesmessig end- ring, og at de kan erstattes, transformeres eller byttes ut med andre egenskaper. Av hjernens forskningsrelaterte egenskaper kan nevnes at de biopsykiske elemente- ne kan være objektive og valide uttrykk

for klientens følelser, forutsigbare ved at man kan forutsi hvordan de kan endres. De er slik generaliserbare i den forstand at de kan anvendes på alle tilstander av schizofreni.

##### Hjernepsykologi

Hjernepsykologi er en lære om fenome- nene psyke, psykisk plage, psykiske egen- skaper, psykisk endring og om psykiske fenomener slik de oppleves innenfra. Den springer ut fra forskning på den psykiske naturen. Hjernepsykologi kan betraktes som en mentalbiologisk tilnærming til forskning på og utvikling av kunnskap om schizofreni. Hjernepsykologien har oppstått uavhengig av et fokus på den ytre konteksten og de omstendighetene som de psykiske plagene har utviklet seg innenfor. Den ytre sosiale konteksten er likevel integrert i det psykiske materialet, det vil si i de biopsykiske elementene som forankrer individenes psykiske tilstand, og som blir fokusert i hjernepsykologi- en og i lingvistisk hjerneterapi. Den ytre konteksten blir således fokusert indirekte gjennom et fokus på de biopsykiske ele- mentene som forankrer de følelsene som stammer fra sosiale, økonomiske, relasjo- nelle og kulturelle forhold. Alle psykiske tilstander og plager, egenskaper, verdier og holdninger kan forstås, analyseres og endres med utgangspunkt i de biopsykis- ke elementene og den hjernepsykologiske forståelsen.

##### Holdninger

Holdninger, enten de er preget av sympati eller antipati og av bestemte oppfatninger av et fenomen, er en følge av kontakt med stabile biopsykiske elementer som foran- krer de følelsene som inngår i og utløser holdninger.

##### Immunitet mot schizofreni

Immunitet mot schizofreni er evnen til å få kontakt med biopsykiske elementer som fører til nøytrale eller positive følel- ser og mestringsevne i situasjoner som for mange ville ha ført til psykisk smerte. Et annet ord for denne formen for immu- nitet er resiliens. «Resiliens», psykologisk motstandskraft, har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger (Store Norske Leksikon). Psykologi og psykiatri har vært opptatt av resiliens, men disse fagene vet ikke hvilke indre mentale pro- sesser som fører til resiliens.

Immunitet mot schizofreni er en følge av at klientene får kontakt med et psykisk materiale i form av sanseforestillinger, ord og utsagn som lagrer positive følelser, og som utløser og øker klientens mest- ringsevne i utfordrende situasjoner. Mens noen får kontakt med mentale elementer som fører til symptomer i en situasjon, vil andre få kontakt med mentale elementer som er preget av energi, overskudd og handlekraft i samme situasjon. Den siste gruppen kan i større grad betraktes som immune mot schizofreni. Utvikling av immunitet mot schizofreni er et mål for behandlingen i lingvistisk hjerneterapi.

Man kan utvikle immunitet mot schi- zofreni ved å fjerne det psykiske materia- let som forankrer den psykiske smerten, og ved å utvikle mentale og fysiske stra- tegier som fører til større mestringsevne i utfordrende situasjoner. Man kan også redusere klientenes sårbarhet overfor be- lastninger som tidligere har ført til schi- zofreni, og deres tendens til å reagere med symptomer i utfordrende situasjoner.

Veien til immunitet vil være forskjel- lig fra klient til klient, men utviklingen av immunitet mot schizofreni vil gjøre kli-

entene i stand til å beholde sin mestrings- evne og sitt psykiske velvære, selv om de skulle oppleve nye psykiske belastninger i fremtiden.

##### Indre empiri

Indre empiri er den indre opplevelsen av psykisk smerte som ikke kan observeres utenfra, men som man kan få kontakt med gjennom klientens utsagn. Den in- dre empirien består av sanseelementer, følelser, ord og utsagn, og av de biolo- giske elementene som forankrer disse opplevelsene. Kunnskap om den indre empiri kan kun utvikles gjennom et fo- kus på den måten som klienten opplever og sanser den psykiske tilstand og plage på, og gjennom klientens språk, det vil si gjennom den måten som plagen viser seg for klientens indre. Den indre empirien er det eneste objektive uttrykket for kli- entens følelser og for den måten han el- ler hun opplever den psykiske plagen på. Kunnskap om den indre empiri er derfor en forutsetning for å utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni og om psykiske endringer som kan oppstå i behandling.

##### Intellektuell tilgjengelighet

Intellektuell tilgjengelighet er en til- stand der klienten kan kommunisere og redegjøre for sin situasjon og sine følel- sesmessige reaksjoner, og er i stand til å gjennomføre og forestille seg terapeutens instruksjoner mentalt.

##### Intervensjonenes styrke og end- ring

Psykisk endring som følge av behandling forutsetter at det psykiske materialet som dannes gjennom terapeutens intervensjo-

ner, er sterkere eller mer overbevisende, intens og dominerende enn det psykiske materialet som utløser og opprettholder klientens symptomer.

##### Intervensjonskartlegging

Intervensjonskartlegging er en metode i lingvistisk hjerneterapi (LBT) som inne- bærer at man kartlegger den psykiske pla- gen ved å registrere klientens reaksjoner på de intervensjonene som blir iverksatt. Begrunnelsen for å anvende metoden er at klientens reaksjoner på terapeutens intervensjoner forteller mye om det psy- kiske materialet som utløser klientens symptomer, om den psykiske plagens påvirkning på klienten, og om klientens egenskaper og endringskapasitet. For ek- sempel i hvilken grad den psykiske pla- gen er endringsbar og hva som fører til psykisk endring. Metoden fører også til kunnskap om klientens egenskaper som kan anvendes for å redusere den psykiske plagen, og den vil avdekke hvilke menta- le utfordringer som klienten står overfor når han eller hun forsøker å endre seg gjennom behandling.

##### Ja-signaler

Ja-signaler bekrefter at klienten er motta- kelig for og i stand til å utføre de mentale operasjonene som terapeuten inviterer til. Ja-signaler fra klientene er en forut- setning for at det skal oppstå endringer i behandlingen. Ingen intervensjoner blir iverksatt i lingvistisk hjerneterapi (LBT) dersom klienten ikke har gitt et ja-signal til endringsarbeidet. Dette innebærer at man sjekker med klienten om han eller hun er fortrolig med terapeutens inter- vensjon. Ja-signaler kan være et smil, et nikk, og utsagn som «ja», «ok», «da går vi for det», «høres fint ut», «det er riktig».

De bekrefter at klienten ønsker og er villig til å gjennomføre de mentale prosessene som terapeuten inviterer til. Ja-signaler bekrefter at det har skjedd en psykisk endring, eller at klienten har kontakt med det psykiske materialet som skal endres. Ved nei-signaler endrer terapeuten inn- fallsvinkel, ordlyd og av og til metode.

Kartlegging av schizofreni

Enhver følelsesmessig reaksjon og opp- levelse av psykisk smerte kan bli tilgjen- gelig for observasjon og dokumentasjon ved å kartlegge de biopsykiske elemente- ne og de sanseforestillingene, ordene og utsagnene som utløser disse tilstandene (Dammen 2013). Det er mulig å kartleg- ge de mentale prosessene som fører til schizofreni, og hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring som følge av behandling eller levd liv. Kartleggin- gen av de mentale prosessene som fører til symptomer, kan skje ved å registrere hvilke sanseforestillinger, ord og utsagn som lagrer de følelsene som klienten har kontakt med i situasjoner der de opplever psykisk ubehag og positive følelser. Man kan også kartlegge hvordan klientens be- visste eller ubevisste kontakt med menta- le elementer som rommer positive og ne- gativt ladete følelser, endrer seg over tid.

#### Klient

En person som ønsker og mottar verbal hjelp eller støtte fra en terapeut.

##### Klientenes endringsevne

Det er store forskjeller på klientenes evne til å endre seg psykisk. Disse forskjellene er en følge av klientenes ulike mentale ka- pasitet, evne til å endre eller å utvikle nye mentale forestillinger, evne til å si ja til

behandlingen, mentalt tempo, graden av mental slitasje, kompleksiteten og omfan- get av den psykiske plagen, og bivirknin- ger av medisiner eller rus. Belastninger og press som klienten står overfor i sitt dag- lige miljø mellom konsultasjonene, virker også inn. Kompleksiteten i den psykiske smerten har større negativ betydning for klientens endringsevne enn intensiteten i ubehaget. En kompleks schizofreni for- drer derfor lengre behandlingstid enn av- grensede, men intenst opplevde psykiske plager. Enkelte hardt belastede klienter kan ha en større psykisk endringsevne enn godt fungerende.

##### Klientutsagn

Klientutsagn er et utsagn fra klienten og et tegn på at klienten har kontakt med et psykisk materiale og med biopsykiske elementer som rommer intense eller min- dre intense følelser.

Koblingsbarhet

Koblingsbarhet er en egenskap ved de biopsykiske elementene. Koblingsbarhet innebærer at de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med, og som rommer ubehagelige følelser, kan kobles av den psykiske tilstanden, og at biopsy- kiske elementer som er preget av velvære og mestring, kan kobles på den psykiske tilstanden gjennom terapeutens utsagn. De biopsykiske elementenes koblingsbar- het er en forutsetning for å gjennomføre lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Koblingsteorien for den psykiske plage og tilstand

Koblingsteorien for den psykiske plagen er en av de viktigste teoriene i HJPS og lingvistisk hjerneterapi (LBT). Teorien hevder at enhver opplevelse av schizo- freni er en følge av at noe mentalt som

rommer følelser, er koblet av eller på den psykiske tilstanden. Påkoblingen kan være bevisst eller ubevisst. Det som er koblet på eller av og som forankrer og utløser klien- tens følelser, er biopsykiske elementer, det vil si ord, utsagn og sanseforestillinger som rommer følelser.

##### Koblingsteorien for psykisk endring

Koblingsteorien for psykisk endring hevder at enhver psykisk endring som oppstår gjennom verbal behandling, innebærer at noe psykisk positivt blir koblet på den psy- kiske tilstanden i et terapeutisk øyeblikk, mens noe psykisk negativt ladet blir koblet av. Det som blir koblet på eller av, er biopsykiske elementer som rommer følelser.

##### Kognitiv terapi

Kognitiv terapi er en terapeutisk tradisjon som ble utviklet av Aron og Judith Beck på 1970-tallet. Kognitiv terapi er en videreutvikling av atferdsterapi, og den er opptatt av sammenhengen mellom tenkning, atferd og psykisk plage. Den sprang ut av forskning på depresjon, men anvendes i dag på en rekke psykiske plager. Kognitiv terapi domi- nerer i dag behandlingsfeltet. Kognitiv terapi er også den terapeutiske tradisjonen som i de senere år har vært mest utsatt for forskning. Et sentralt begrep er «dysfunksjonel- le tanker» og «skjemaer». Kognitiv terapi er den terapeutiske tradisjonen som ligger nærmest lingvistisk hjerneterapi (LBT) blant annet ved at den i mindre grad fortolker klientenes utsagn og ved at den er fokusert på innholdet i klientens tanker eller dys- funksjonelle skjemaer, men det er også forskjeller mellom kognitiv terapi og lingvis- tisk hjerneterapi. Kognitiv terapi er først og fremst opptatt av klientens tenkning og mindre fokusert på det psykiske materialet som ligger til grunn for klientenes tanker (Kilde: Depression: Causes and Treatment, Aron Beck, 1967).

##### Komorbiditet

Komorbiditet betyr samtidig tilstedeværelse av flere psykiske plager. Begrepet er ba- sert på forestillingen om at det finnes avgrensede psykiske plager som ikke har noen forbindelse til andre psykiske plager. Vurderingen i hjernepsykologien er at det ikke finnes selvstendige eller uavhengige psykiske plager som ren angst, depresjon, tvang- satferd eller anoreksi. Alle psykiske plager og former for schizofreni er komorbide. Det finnes ingen psykiske plager kun bestående av ett symptom. Det finnes heller ingen plager som ikke har en posttraumatisk og en øyeblikkelig karakter. Begrepet komor- biditet kan derfor være uheldig fordi det kan låse psykologene og terapeutene til fore- stillinger om at det finnes psykiske plager som ikke har forbindelse til symptomer man finner ved andre psykiske plager.

##### Konfronterende utsagn

Dette er utsagn fra terapeuten som konfronterer klienten. Vi skiller mellom mindre og mer alvorlige konfronterende utsagn. Felles for dem er at de kan begrense klientens endringsevne og føre til fokus på temaer som ikke er viktige for å skape endring. I til- legg kan de føre til konflikt mellom terapeut og klient. De er uttrykk for at terapeuten ikke i tilstrekkelig grad har lyttet til klientens forståelse av sin egen situasjon på klien- tens premisser. Konfronterende utsagn kan redusere de resultatene man kan oppnå i behandling (se den direkte utsagnsmetoden, Dammen 2023b).

##### Kontrollerbarhet

Kontrollerbarhet er et kriterium i LBT. Kontrollerbarhet innebærer at man skal kunne kontrollere behandlingsmetodene og behandlingsprosessen for å hindre at uønskede faktorer påvirker forskningen eller behandlingen. Denne formen for kontrollerbarhet er mulig i LBTS fordi kartlegging, endring og kartlegging av de endringene som opp- nås, skjer uten at utenforstående tredjepartsfaktorer kan påvirke situasjonen. Kontrol- lerbarhet er også et krav om at man skal kunne kontrollere de resultatene som oppnås gjennom behandlingen. Kravene til kontrollerbarhet kan tilfredsstilles i LBTS fordi man kan kartlegge de endringene som skjer med de biopsykiske elementene som følge av terapeutens intervensjoner.

##### Korttidsterapi og dybde

Korttidsterapi ble opprinnelig forstått som behandling med en varighet fra én til ti konsultasjoner. Begrepet stammer fra MRI-tradisjonen. Enkelte psykologer og psykia- tere hevder at korttidsterapi arbeider i overflaten fordi den er kort, og at langtidsterapi er en forutsetning for å gå i dybden. Denne oppfatningen kan blandes med oppfatnin- gen om at langtidsterapi faktisk går i dybden, fordi den er langvarig. Dette er teoretiske konstruksjoner. Man kommer ikke dypere i den psykiske plagen enn til de biopsykiske elementene, og til de ord, utsagn og sanseforestillinger som forankrer, lagrer og utløser klientens følelser.

##### Lingvistisk hjerneterapi

Lingvistisk hjerneterapi er en korttidsterapeutisk tradisjon i den forstand at det opp- står psykiske endringer i løpet av første konsultasjon og ofte full bedring fra 1 til 8 konsultasjoner. Tyngre psykiske lidelser kan likevel fordre flere konsultasjoner, men færre enn det som er vanlig i psykoterapi og psykiatri.

##### Kritiske utsagn

Kritiske utsagn fra klienten kritiserer terapeutens behandling og atferd. Kritiske ut- sagn fra klienten er tegn på at behandlingen ikke fungerer, og at klienten har kontakt med psykisk ubehag underveis i samtalen. Klientens tendens til å kritisere kan være et element ved den psykiske plagen. Kritiske utsagn fra klientene undersøkes for å få kontakt med det psykiske materialet som utløser dem. Kritiske utsagn kan forebygges,

betraktes som uttrykk for en terapeutisk ressurs, og anvendes i lingvistisk hjerneterapi (LBT) (Dammen 2013, 2024b).

##### Kunnskaper

Kunnskaper er bygget opp av biopsykiske elementer som består av ord og utsagn, og av modale elementer. Kunnskaper rommer følelser for de som besitter kunnskapene, selv om følelsene som er knyttet til kunnskapene, tilsynelatende er fraværende og de- fokuserte.

##### Kunnskapsnivåer

Vi kan skille mellom kunnskap på tre nivåer:

* Kunnskap om mennesket som en biologisk organisme uten bevissthet.
* Kunnskap om psykiske fenomener som meninger, følelsesmessige reaksjoner, vurderinger og holdninger etc.
* Kunnskap om mentalbiologiske/biopsykiske fenomener som rommer følelser og som samtidig både er biologi og psyke.
* Kunnskap på nivå 1 blir ikke lagt vekt på i HJPS. Kunnskap på nivå 2 er in- teressant ved at den kan føre til nye spørsmål om hvordan klientens følelser er lagret mentalt. Kunnskap på nivå 3 er det viktigste utgangspunktet for tera- peutens intervensjoner.

Forestillingen om at det finnes lover for psykiske tilstander, plager og psykisk endring, er forankret i kunnskap på nivå 3. Kunnskap om lovene for utvikling av schizofreni, psykiske fenomener og psykisk endring er forutsetninger for å utvikle en vitenskapelig kunnskap om psykiske fenomener og plager, og om hjernens psykologi.

##### Likhetene mellom ulike psykiske plager

Psykiatrien har forsket på psykiske plager i over hundre år, med den konsekvens at man i dag opererer med mellom 300 og 400 forskjellige psykiske plager. Dette formid- les gjennom de diagnostiske systemene ICD-10 og DSM-IV. I 1911 hadde man elleve psykiske plager, men tallet har økt, og det er stadig økende. Bakgrunnen for dette omfattende antallet er at man har forsket på forskjellene mellom ulike psykiske plager. Mine undersøkelser har vist at det er mer hensiktsmessig å operere med én form for psykisk plage inkludert schizofreni med like mange variasjoner som det finnes klien- ter. Grunnlaget for denne vurderingen er at jeg har forsket på likhetene mellom psy- kisk forankrede plager i stedet for på forskjellene mellom dem.

Mine funn viser at vi ikke har mer psykisk materiale enn indre sanseopplevelser, ord, utsagn og tanker som rommer følelser. Alle former for schizofreni og andre psykiske plager er dermed en følge av kontakt med modale og språklige elementer som rommer og forankrer klientens symptomer, følelser, reaksjoner og atferd. Dette innebærer at angst, depresjon og tilstander som glede, psykisk velvære og følelse av kontakt er en følge av kontakt med de samme typer mentalt materiale.

Det er således ingen avgjørende mentalbiologiske forskjeller på ulike psykiske plager, så fremt disse er forårsaket av kontakt med et mentalt materiale og av mentale pro-

sesser. De er alle en følge av kontakten med sanseforestillinger, ord og utsagn som rommer følelser, og av mentale prosesser som skjer på bakgrunn av kontakt med bio- psykiske elementer som rommer følelser.

##### Likhetene mellom schizofreni og alminnelige psykiske tilstander

Det er ingen avgjørende psykiske og mentalbiologiske forskjeller mellom den almin- nelige psykiske tilstand og opplevelsen av et mentalt forankret symptom på schizofreni med hensyn til kontakt med indre sanseopplevelser, ord og utsagn, selv om de psykis- ke plagene er forskjellige og har ulik bakgrunn. Både den alminnelige psykiske tilstand og opplevelsen av schizofreni er en følge av kontakt med bevisste eller ubevisste sanse- forestillinger, ord og utsagn som lagrer følelser. Denne påstanden kan kontrolleres ved å kartlegge klienten og den alminnelige psykiske tilstand, endre disse tilstandene med de samme metodene og deretter observere forskjellene på de mentale elementene som klienten har kontakt med før og etter endringsprosessen.

Det som er formidlet her, står ikke i motsetning til funn som viser at det kan være forskjeller i hjernen mellom alminnelig fungerende individer og klienter.

##### Lingvistisk hjerneterapi (LBT)

LBTS er en vitenskapelig tilnærming til behandling av schizofreni. Den er utviklet gjennom forskning på psykiske plager og psykisk endring, og den bygger på kunnskap om hvordan schizofreni er bygget opp mentalt, og om hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring gjennom behandling. Lingvistisk hjerneterapi (LBT) er en tilstrekkelig vitenskapelig forankret tilnærming til behandling av schizofreni i den forstand at behandlingen er forutsigbar og kontrollerbar. Behandlingsresultatene opp- står umiddelbart i konsultasjonen, og de er dokumenterbare. Alle mentalt forankrede symptomer på schizofreni kan behandles med utgangspunkt i den kunnskapen og de metodene som er utviklet i lingvistisk hjerneterapi.

##### Logikk, biologi og psyke

Teorien om logikk, biologi og psyke viser hvordan det er mulig å utvikle vitenskapelig kunnskap om hvordan symptomer på schizofreni er bygget opp mentalt, og om hva som skjer mentalt når det oppstår en psykisk endring gjennom behandling, kun gjen- nom logiske analyser, det vil si uavhengig av empirisk forskning.

##### Lover for schizofreni

Det finnes lover for hvordan psyken fungerer, for hvordan symptomene på schizofreni er bygget opp, og for hva som skjer mentalt inne i hodet på klientene når de endrer seg psykisk som følge av behandling. Den viktigste loven er at enhver opplevelse av schi- zofreni er en følge av kontakt med biopsykiske elementer, ord, utsagn og sanseforestil- linger som rommer følelser, og at enhver psykisk endring er en følge av endringer i de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med. En annen psykisk lov er at

enhver psykisk endring i behandling vil være en følge av de psykiske endringene som oppstår i bestemte øyeblikk i løpet av en konsultasjon.

##### Magi

Magi er blitt definert som uforklarlige psykiske reaksjoner eller hendelser. Det finnes ikke magi i denne forstand, selv om det finnes manglende forklaringer på fenomener som går under betegnelsen magiske. Enhver magisk opplevelse kan undersøkes med hensyn til de biopsykiske elementene som forankrer og utløser mentale reaksjoner som blir forstått som magiske.

##### Makt

Utøvelse av makt i forbindelse med behandling innebærer at behandlingen settes i verk mot klientens vilje, at den bryter med klientens opplevelse av sin situasjon og sine behov, og at den vedvarer selv om den ikke fører til resultater. Økt psykisk ubehag som følge av behandling kan også defineres som et resultat av makt, selv om terapeuten har hatt en positiv intensjon. Behandlingsmessig makt kan være bevisst og intendert eller ubevisst. Dette betyr at klienten kan føle seg utsatt for makt, selv om terapeuten ikke har dette som intensjon eller er bevisst på at behandlingen oppleves som et psykisk overgrep. Årsaken til denne formen for makt kan være at terapeutene mener at de vet bedre hva som er godt for klienten enn klienten, selv om klienten måtte være uenig med terapeuten. Makt kan unngås i lingvistisk hjerneterapi (LBT), da det er klienten som kommer med ønsker om hva behandlingen skal føre til, som sier ja eller nei til endring, som gjennomfører de mentale prosessene som fører til psykisk endring, og som vurderer om behandlingen gir resultater. Man iverksetter ingen intervensjoner før klienten har gitt et ja-signal til behandlingen. I lingvistisk hjerneterapi (LBT) er klienten likeverdig med terapeuten. Lingvistisk hjerneterapi (LBT) er en gjennomført demokratisk behandlingsform der klienten får makt og terapeuten får redusert makt.

##### Mangel på mening

Mangel på mening er en psykisk tilstand der ingenting føles viktig eller viktigere enn noe annet, og der man ikke har noen grunn til å gjøre det ene eller det andre, eller å ta valg. Mangel på mening er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som rommer de følelsene som utløser og som klienten opplever som mangel på mening. Klientens opplevelse av mangel på mening forstås på samme måte som ethvert annet psykisk problem og som en følge av kontakt med biopsykiske elementer som forårsa- ker følelsen av manglende mening. Opplevelsen av mangel på mening er en psykisk tilstand som kan endres.

##### Mental biologi eller mentalbiologi

Mentalbiologiske tilstander og psykiske tilstander er i hjernepsykologien synonyme begreper. Mentalbiologiske tilstander er psykiske tilstander og plager forårsaket av mentale prosesser. Det er denne type psykiske tilstander og plager som er fokusert i

hjernepsykologien og i LBT. Schizofreni med nevrobiologiske og genetiske årsaker er foreløpig ikke fokusert i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

Det finnes ikke noe psykisk materiale som eksisterer uavhengig av den biologiske organismen. Psykisk forankrede plager og psykisk ubehag er mentale tilstander med en biologisk og nevrobiologisk forankring. Derav begrepet mentalbiologiske tilstan- der. Opplevelsen av glede, angst, aggresjon og tristhet er forankret i et biologisk ma- teriale, selv om det biologiske elementet ikke er årsaken til opplevelsen av glede og angst. En egenskap ved de mentalbiologiske elementene er at de mentale elementene og prosessene er årsaken til den biologiske tilstanden. Dette betyr at endring av de mentale elementene både fører til en psykisk og en biologisk endring.

Man vil ikke oppnå psykiske endringer dersom den psykiske plagen er en følge av nevrobiologiske prosesser og skader. Dette gjør det mulig å skille mellom schizofreni som er mentalt forankret og psykiske plager med en genetisk biologisk forankring. Forskjellen kommer til uttrykk ved at mentalt forårsaket plage kan endres gjennom verbal terapi, mens organisk forårsaket plage i liten grad vil kunne behandles gjennom samtale.

##### Metaforskning

Metaforskning som er forskning på forskning på hva som virker i behandling, har trukket den konklusjonen at alle kjente terapeutiske tradisjoner får resultater i be- handling, at det ikke er noen forskjeller mellom ulike terapeutiske tradisjoner når det gjelder resultater, at det ikke er metodene som forårsaker gode eller dårlige resultater i behandling, og at gode resultater er en følge av klientenes ressurser og relasjonen mellom klient og terapeut (Duncan, Miller, Wampold & Hubble 2009).

##### Metode

Det er riktig at klientrelaterte faktorer og relasjonen mellom terapeut og klient har be- tydning for de resultatene man kan oppnå i behandling. Likevel er konklusjonen feil. Metode har langt større betydning for de resultatene som kan oppnås i behandlingen enn det som kommer frem gjennom metaforskningen. Begrunnelsen for dette er: Det å skape en god relasjon mellom klient og terapeut er ikke et resultat av en form for udefinerbar kjemi, men en følge av det terapeuten gjør og hvordan han forholder seg til klienten, dvs. av metode, selv om terapeuten ikke er bevisst på at han anvender en bestemt metodisk tilnærming. Terapeuter som lykkes, kan ha en felles metodisk tilnærming som ikke er beskrevet som metode i de terapeutiske tradisjonene.

Klientrelaterte faktorer har betydning for behandlingens resultat, men evnen til å anvende og aktivere klientens mentale ressurser er ikke alle terapeuter forunt. Det å avdekke og aktivere klientenes ressurser må defineres som en metodisk tilnærming, uavhengig av om terapeuten er bevisst på at han anvender en metode.

Jo mindre effektiv behandlingen er og jo lengre behandlingen varer, desto vanskeligere vil det være å fastslå at en metode har større terapeutisk effekt enn andre metoder. Jo mindre man er i stand til å måle den endringen som er en følge av en bestemt interven- sjon, desto vanskeligere blir det å måle effekten av den enkelte metoden.

Jo raskere man oppnår psykisk endring som følge av terapi, desto lettere blir det å fast- slå den enkelte intervensjons eller metodens betydning for det terapeutiske resultatet. Da resultatene kommer umiddelbart i lingvistisk hjerneterapi (LBT), er det lettere å vurdere om de psykiske endringene som oppstår, er en følge av metoden enn i terapeu- tiske tradisjoner der resultatene kommer langsommere.

Metodene er avgjørende for at man skal oppnå resultater i lingvistisk hjerneterapi (LBT). Uten metode, ingen psykisk endring. Konklusjonen er at forskning som avviser eller reduserer metodenes betydning i behandling, må undersøkes nærmere før man kan gå god for dens konklusjoner.

##### Motivasjon

Motivasjon er en tilstand preget av lyst og driv eller energi for å realisere et ønske. Mot- ivasjon er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som forankrer de følelsene som klienten opplever som motivasjon. Klientens ønske om å få det bedre er avgjøren- de for å kunne iverksette en intervensjon.

##### Motstand

Motstand mot behandling er uvilje mot behandlingen, mot terapeuten eller mot å gjennomføre terapeutens intervensjoner. Motstand er en følge av at klienten har kon- takt med biopsykiske elementer som rommer ubehagelige følelser. I hjernepsykologi- en betraktes motstand som en adekvat reaksjon for å beskytte seg mot psykisk ubehag. Motstand kan også være en følge av dårlig kommunikasjon og relasjon.

Motstand er en form for energi, bevissthet og vilje, og den betraktes som en terapeu- tisk ressurs som kan anvendes i behandlingen. Forutsetningen for at motstanden skal forsvinne, er at klienten føler seg akseptert, trygg og verdifull, og at terapeuten erstatter det psykiske materialet som forankrer klientens motstand med et positivt ladet psykisk materiale som innebærer et følelsesmessig «ja» til terapeuten og til behandlingen.

##### Måling av resultater i behandling

Man kan måle de endringene som oppnås underveis i en konsultasjon. Først kartleg- ges de biopsykiske elementene som forankrer et bestemt problem. Så endres disse bio- psykiske elementene. Deretter kartlegger man på nytt problemet og de nye biopsykiske elementene som nå er knyttet til den situasjonen man har arbeidet med. Forskjellen på de biopsykiske elementene som klientene har kontakt med før og etter endringsarbei- det, forteller hvilke endringer som klienten har oppnådd.

##### Nanopsykologisk element

Betegnelsen «nanopsykologiske elementer» er forløperen til betegnelsen «biopsykiske elementer». Ordet nano henspiller på at jeg i forskningens første fase søkte det minste psykiske element som kunne romme en følelse. Bakgrunnen var den antagelse at der- som man fant det minste psykiske element som rommet en følelse, kunne man kartleg-

ge hvordan alle psykiske plager og tilstander er bygget opp mentalt, med utgangspunkt i dette mentale elementet.

##### Naturvitenskapelig forskning på psyke

Forskningen som ligger til grunn for utviklingen av hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi, kan kalles naturvitenskapelig. Naturvitenskapelig forskning på psykiske fenomener kombinerer en reduksjonistisk og en humanistisk og kvalitativ tilnærming til forskning på schizofreni og psykisk endring.

##### Nei-signaler

Nei-signaler er verbale eller kroppslige signaler fra en klient som innebærer motstand eller motvillighet til å utføre de mentale operasjonene som terapeuten inviterer til. Typiske nei-signaler fra klientene er utsagn som: «vet ikke, kanskje, muligens, ok, sånn passe» som svar på terapeutens intervensjoner og kartleggende utsagn. Klientens nei-signaler kan være rettet mot det å gå i behandling, mot terapeuten eller mot tera- peutens intervensjoner. Klientens nei-signaler må endres til ja-signaler før man kan oppnå psykiske endringer som følge av behandlingen (se motstand).

##### Nevropsykologisk forskning og dens begrensninger

Nevropsykologisk forskning vil ikke være i stand til å forske på forbindelsen mellom psykiske og nevrobiologiske tilstander og emosjoner uten at den tar utgangspunkt i det psykiske materialet, de sanseforestillingene, ordene og utsagnene som forankrer klientenes følelser. Begrunnelsen for dette er at det er umulig å avdekke hvor langt det er mulig å påvirke nevropsykologiske tilstander som følge av verbal terapi, dersom man ikke forholder seg til de mentale elementene som forankrer den psykiske plagen. Nevropsykologien mangler denne kunnskapen. Den står derfor overfor utfordringer når den skal fortolke sine funn.

Det er mulig å utvikle et design som kan anvendes for å undersøke forbindelsen mel- lom nevropsykologiske og psykiske tilstander, som vil kunne kartlegge hvor langt hjer- neforskningen kan nå med sine ambisjoner om å forstå mentale prosesser og sympto- mer gjennom nevropsykologisk forskning.

##### Objektivitet og subjektivitet

Psykologien har trukket et skille mellom det objektive og det subjektive, hvor det ob- jektive er definert som potensielt vitenskapelig, mens det subjektive er definert som noe prinsipielt uvitenskapelig fordi det er privat og derfor mindre relevant for å diag- nostisere den psykiske plagen. Skillet mellom det subjektive og objektive i psykologisk forskning er uheldig og en av de største hindringene mot å forske på symptomer slik de oppleves innenfra, og mot å utvikle vitenskapelig kunnskap om forholdet mellom hjernen og det subjektive, og mellom prosesser i hjernen og opplevelsen av schizofreni. En følge av dette skillet er at ekspertenes kunnskap, observasjoner og forståelse av schizofreni har hatt forrang fremfor klientenes utsagn om sin psykiske plage. Min

forskning på psykiske plager og psykisk endring gir grunnlag for et motsatt stand- punkt. Klientens utsagn er det eneste objektive uttrykk for klientens opplevelse av schizofreni. Det finnes intet psykisk materiale som er et mer objektivt uttrykk for kli- entens opplevelse av schizofreni, enn de biopsykiske elementene som forankrer klien- tens opplevelser, og som kommer til uttrykk gjennom klientens utsagn. Terapeutens utsagn om den psykiske plagen kan aldri være et presist uttrykk for dette materialet. Klientens utsagn må derfor ha forrang fremfor psykologens forståelse når det gjelder å kartlegge og behandle schizofreni.

I lingvistisk hjerneterapi (LBT) er derfor klientens utsagn om sine følelser og reaksjo- ner overordnet diagnoser og fortolkninger av klientens situasjon. Dette gjelder enten de stammer fra familiemedlemmer, psykiatere, psykologer eller annet helsepersonell, så fremt klienten er mentalt tilgjengelig og ønsker behandling.

##### Observerbarhet

Observerbarhet er et krav til forskning på schizofreni. Kravet innebærer at det psy- kiske materialet som utløser og forankrer symptomene må kunne observeres. Det betyr her at de biopsykiske elementene som forankrer og forårsaker klientens følel- sesmessige reaksjoner må være observerbare for klientene gjennom introspeksjon, og for terapeuten gjennom klientens utsagn. Dette kravet er mulig å innfri i forskningen på symptomer på schizofreni og forskning på de psykiske endringene som oppstår gjennom behandling.

##### Ord og utsagn

Ord og utsagn er auditive elementer som rommer følelser. De er harde data. Ord og utsagn fra klientene om hvordan de opplever den psykiske plagen og sine følelser kan være objektive uttrykk for det psykiske materialet som forankrer og utløser plagen. Klientens ord og utsagn skal derfor ikke fortolkes i en forskningsmessig eller terapeu- tisk sammenheng, men tas på face value og betraktes som et direkte uttrykk for det biologiske og psykiske materialet som forankrer og forårsaker klientens øyeblikkelige følelser.

##### Overføringer

Overføringer er et sentralt begrep i psykodynamisk terapi og i psykoanalyse. Overfø- ringer kan innebære at klientens følelser, behov, oppfatninger og meninger tillegges andre. Dersom klienten mener at andre er aggressive, kan det være at det er klienten som er aggressiv. Dersom klienten er forelsket i terapeuten, kan han eller hun tolke dette som at terapeuten er forelsket i klienten. Dersom man har lite selvtillit, kan man tro at terapeuten ikke liker en.

Terapeutens vurderinger av at klientens utsagn er uttrykk for overføringer, er et re- sultat av fortolkninger. De kan være sanne, men også usanne. Fokus på overføringer i behandlingen kan hindre psykisk endring, fordi terapeuten behandler med utgangs- punkt i sin egen forståelse fremfor å ta utgangspunkt i klientens ord og utsagn om

sin plage. Man fokuserer ikke på overføringer i lingvistisk hjerneterapi (LBT), men undersøker hva det psykiske materialet som klienten formidler, innebærer for klien- ten, uavhengig av om det er uttrykk for overføringer eller ikke.

##### Postmoderne terapi

Postmoderne terapi er en sosialkonstruksjonistisk terapeutisk tradisjon utviklet av Harry Goolishian og Harlene Anderson. De hevder at psykisk endring oppstår gjen- nom gjensidig bekreftende, lyttende og respektfulle dialoger der både klienten og te- rapeuten må være villige til å forandre seg gjennom samtalen. Postmoderne terapi er en ikke-strategisk tilnærming til behandling, det vil si at Harry Goolishian og Harlene Anderson mener at man ikke anvender eller bør anvende en bestemt metode eller behandle ut fra en bestemt plan. Postmoderne terapi er kjent for sin ikke-vitende hold- ning, som innebærer at terapeuten ikke trenger å vite noe om klientens psykiske pla- ge fordi samtalen som utspiller seg mellom terapeut og klient, skal være tilstrekkelig. Postmoderne terapi er imot diagnoser (Harlene Anderson 1997).

Postmoderne terapi er kritisert av strategisk terapeutiske tradisjoner som MRI-tradi- sjonen, løsningsorientert og narrativ terapi, som hevder at det er umulig ikke å anven- de metoder. Postmoderne terapi har på sin side kritisert de strategiske terapeutiske tradisjonene og hevder at de kan overse klientens følelser, relasjonens betydning i be- handling, manipulere klienten og fungere autoritært.

I lingvistisk hjerneterapi (LBT) er det ingen motsetning mellom å arbeide strategisk, målrettet og metodisk bevisst samtidig som det skapes en god og gjensidig relasjon mellom terapeut og klient.

##### Produserbarhet

Produserbarhet er et krav i naturvitenskapelig psykologi som stilles til de biopsykiske elementene for at de skal kunne inngå i en vitenskapelig behandling. Forventningen om produserbarhet innebærer at de biopsykiske elementene også skal kunne produse- res gjennom terapeutens intervensjoner med den følge at klienten får kontakt med nye og positive følelser i situasjoner som tidligere har vært forbundet med psykisk ubehag.

##### Psykens fleksibilitet

Psyken er det mest fleksible og endringsbare organet vi har. Psykologien og psykia- trien forholder seg til psyken som om den er et tregt, lite foranderlig og lite fleksibelt fenomen. Forestillinger om at det er vanskelig å endre psykiske plager, sier mer om de kunnskapene som psykologien og psykiatrien besitter enn om psykens fleksibilitet og endringsevne og om de reelle mulighetene for å behandle schizofreni.

Psykisk endring

Psykisk endring innebærer en endring av det psykiske materialet, de biopsykiske ele- mentene som forankrer og utløser klientens følelsesmessige reaksjoner og psykiske plage. Psykisk endring innebærer at noe psykisk positivt eller negativt ladet kobles av

eller på den psykiske tilstanden gjennom terapeutens intervensjoner i et bestemt øye- blikk. Det som kobles på eller av, vil være relatert til fortid, nåtid eller fremtid.

Psykisk endring kan også være en følge av endringer i fokus, da endringer i fokus kan føre til kontakt med biopsykiske elementer som rommer andre følelser enn de man hadde kontakt med i utgangspunktet. Varige psykiske endringer som oppstår gjennom behandlingen, er en følge av vedvarende endringer i de mentale elementene som tidli- gere har utløst den psykiske plagen.

En av forutsetningene for at man skal oppnå psykisk endring som følge av behandling, er at klienten har tilgang til det psykiske materialet og de mentale utfordringene som søkes endret. Det er mulig å gi klienten tilgang til disse i behandlingssituasjonen. Der- som det ikke skjer en mental endring i den terapeutiske situasjonen, vil det heller ikke skje en psykisk endring senere som er en følge av behandlingen.

##### Psykisk natur

Den psykiske naturen består av de biopsykiske elementene og de mentalbiologiske prosessene som fører til dannelse, forsterking, utvikling, reduksjon og eliminering av psykiske tilstander og plager. Den psykiske naturen er grunnlaget for dannelsen av egenskaper, holdninger, verdier og kunnskaper. Den psykiske naturen, den måten som klienten utvikler og endrer følelser på, er felles for alle, uavhengig av nasjonalitet, kjønn, yrke, sosial status, alder, livserfaringer og psykisk tilstand. Vi kan skille mellom en kroppslig og en psykisk natur. Hjernepsykologien og lingvistisk hjerneterapi (LBT) er utviklet med utgangspunkt i forståelse for den psykiske naturen.

##### Schizofreni

Schizofreni er kontakt med biopsykiske elementer, ord, utsagn og sanseforestillinger som rommer psykisk smerte og som fører til klientenes symptomer. En vedvarende schizofreni er en følge av en repeterende kontakt med biopsykiske elementer som ut- løser vedvarende psykiske reaksjoner. Dette betyr at enhver opplevelse av schizofreni er dokumenterbar. I tillegg er den endringsbar gjennom behandling som en følge av at de biopsykiske elementene som forankrer den psykiske plagen, er endringsbare.

Schizofreni er først og fremst en følelsesmessig plage i den forstand at klienten ikke hadde oppsøkt psykolog og behandling om symptomene var preget av psykisk velvæ- re, om arbeidsledighet hadde ført til mer energi, og om hallusinasjoner ble forstått som uttrykk for et mentalt kreativt talent som førte til mentalt overskudd, handlekraft og psykisk velvære.

##### Psykisk ubehag

Psykisk ubehag er følelser som følge av en bevisst eller ubevisst kontakt med biopsy- kiske elementer som rommer ubehag.

Psykisk tilstand Enhver psykisk tilstand eller opplevelse er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som rommer og utløser den psykiske tilstanden. Psykiske til- stander er forankret i et psykisk materiale som både består av biologi og psyke.

##### Psykiske hovedtilstander

Det finnes tolv psykiske hovedtilstander i hvert enkelt øyeblikk, selv om de kan skifte fra øyeblikk til øyeblikk. Vi har seks positivt ladete tilstander og seks negative. De seks negativt ladete psykiske tilstandene som rommer psykisk smerte, er utgangspunkt for reduksjon av den psykiske plagen. De seks positivt ladete tilstandene kan være ut- gangspunkt for forsterkning av psykisk velvære og mestring. De seks positivt ladete tilstandene er en følge av at det er koblet noe psykisk positivt på den psykiske tilstan- den som er relatert til fortid, nåtid eller fremtid, og at det er koblet noe negativt av den psykiske tilstanden som er relatert til fortid, nåtid og fremtid. De seks negativt ladete tilstandene innebærer at det er koblet noe psykisk ubehagelig på den psykiske tilstan- den som er relatert til fortid, nåtid eller fremtid, eller at det er koblet noe positivt ladet av den psykiske tilstanden. Det som er koblet på eller av, er biopsykiske elementer som rommer følelser.

##### Psykiske lover

Psykologien og psykiatrien preges av oppfatningen om at det ikke er mulig å utvikle lover for hvordan de psykiske plagene er bygget opp mentalt, for hva som skjer når man utvikler psykisk plage, og for hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk end- ring gjennom behandling. Et underliggende argument kan være at siden man ikke har oppdaget at det finnes lover for psykiske fenomener frem til i dag, så vil det heller ikke i fremtiden være mulig å oppdage lover for psykiske fenomener.

Det finnes lover for hvordan psykiske tilstander og schizofreni er bygget opp mentalt. Disse lovene springer ut fra at psyken er et mentalt og biologisk fenomen med en be- stemt struktur som er bygget opp av biopsykiske elementer.

Med utgangspunkt i de hjernepsykologiske grunnlagsteoriene kan man formulere føl- gende lover:

* Enhver psykisk tilstand og opplevelse av psykisk smerte er en følge av en bevisst eller ubevisst kontakt med et psykisk materiale bestående av sanse- forestillinger, ord og utsagn som lagrer følelser og som utløser de følelsene som klienten opplever.
* Enhver psykisk endring forutsetter en endring i kontakt med de mentalbio- logiske elementene som utløser og utgjør klientens følelser og opplevelse av schizofreni.
* Enhver egenskap vil være en følge av kontakt med biopsykiske ele

menter, det vil si ord, utsagn og sanseforestillinger som utløse klientens egen- skaper.

* Enhver psykisk endring skjer i et bestemt øyeblikk. Dersom det ikke skjer en psykisk endring i et bestemt øyeblikk i en konsultasjon, vil det heller ikke opp- stå en psykisk endring senere som er en følge av behandling.
* Ethvert utsagn fra klienten om sin opplevelse av schizofreni reflekterer de fø- lelsene som inngår i den indre konteksten som forankrer og utløser klientens følelser, så fremt klienten er kongruent.
* Ord og utsagn i behandling kan anvendes for å produsere, forsterke, svekke og eliminere følelsesmessige ubehagelige tilstander og schizofreni.
* Psykisk ubehag vil være en følge av intensiteten i de biopsykiske elementene, dvs. i de ordene, utsagnene og de sanseforestillingene, som klientene har kon- takt med.
* Følelser lagret på en bestemt modalitet kan overføres til en annen modalitet gjennom transformasjon uten at det skjer en endring i følelsenes intensitet.

##### Psykiske skift og psykisk endring

Psykiske skift er i hjernepsykologien forstått som midlertidige endringer hvor klienten etter det psykiske skiftet vender tilbake til en tidligere psykisk tilstand. Psykiske skift er ikke uttrykk for en reell og vedvarende psykisk endring. Psykiske skift iverksettes av og til i lingvistisk hjerneterapi for å gi klienten kontakt med mentalt overskudd, noe som kan gjøre det enklere å iverksette og gjennomføre terapeutiske intervensjoner. Psy- kiske skift minner om psykiske endringer. Man må derfor undersøke om de psykiske skiftene er reelle uttrykk for psykiske endringer eller kun øyeblikkelige skift.

Mens psykiske skift kun innebærer et øyeblikkelig skifte i den psykiske tilstanden, innebærer en psykisk endring en vedvarende endring. I behandlingssituasjonen er det mulig å teste ut hvorvidt det kun har skjedd et psykisk skifte eller en psykisk endring. Dette gjøres ved å kartlegge klientens følelsesmessige reaksjoner i forhold til situasjo- ner og hendelser i fortid, nåtid og fremtid før og etter enkelte endringsprosesser.

##### Psykiskvitenskap

Begrepet psykiskvitenskap er en parallell til begrepet naturvitenskap. Psykiskvitenskap springer ut fra den hjernepsykologiske forståelsen av mentale fenomener. Psykiskvi- tenskap er preget av de samme forskningsidealene som naturvitenskap. Begrepet ut- trykker at det finnes kunnskap som kan fungere som psykologiens og psykiatriens kunnskapsgrunnlag, og som er dokumenterbar og objektiv.

##### Psykose

Psykose er en tilstand der klienten ikke kan skille mellom fantasi og virkelighet, og der tanker og indre opplevelser oppleves som sannere uttrykk for virkeligheten enn de som er en følge av fornuftsbaserte vurderinger og konvensjoner. Den psykotiske opplever ofte ikke det unormale i tanker og forestillinger som av andre oppfattes som unormale.

En psykose er, ut fra den hjernepsykologiske forståelsen, et tegn på at klienten har kontakt med biopsykiske elementer som forankrer og utløser psykoserelaterte følelser, forestillinger og atferd som bryter med alminnelige forestillinger og væremåter. Psy- kotiske reaksjoner er en viktig kilde til kunnskap om hvordan klientene opplever den psykiske plagen mentalt. Evnen til å reagere psykotisk kan betraktes som en terapeu- tisk ressurs og anvendes i behandling. Her er fokus på «galskap» tonet ned. Psykotiske reaksjoner er i stedet forstått som uttrykk for adekvate reaksjoner i en utålelig situa- sjon, selv om de kan være skadelige for klienten.

##### Reduksjonisme

Begrepet reduksjonisme stammer fra naturvitenskapelig forskning og fra positivis- men. Positivismen er en vitenskapelig tradisjon som hevder at man må forske på det som er gitt og kan observeres. Begrepet rommer et ideal om at man, om mulig, må redusere sitt fokus til det som er virkelig viktig ved det fenomenet man forsker på. Det rommer også et ideal om enkelhet. En god vitenskapelig teori er enkel, presis, doku- menterbar og falsifiserbar, det vil si at det er mulig å undersøke om den er sann eller usann.

Reduksjonisme er et utskjelt begrep i kvalitativ forskning. Begrunnelsen for dette er vurderingen om at mennesket er meget komplekst, og at man vil miste kontakt med det menneskelige om man reduserer mennesket, fenomenet psyke og psykiske plager til noen enkle prinsipper og tall. Disse vurderingene har ført til mye god kvalitativ vitenskap. Samtidig har disse paradigmatiske oppfatningene hindret utvikling av vi- tenskapelig og holdbar kunnskap om schizofreni og om pedagogiske og spesialpeda- gogiske fenomener.

En reduksjonistisk holdning er nødvendig for å utvikle presis kunnskap om schi- zofreni og for at man skal kunne beskrive schizofreni og fenomenet psykisk endring uten å ende opp i fortolkninger og gjetninger om schizofreni og den psykiske natur.

Den reduksjonistiske tilnærmingen er kun et utgangspunkt for å utvikle en dypt- gående humanistisk og kvalitativ forståelse for schizofreni og psykisk endring. Det er ingen motsetning mellom en reduksjonistisk og humanistisk forståelse av mennesket. Den reduksjonistiske tilnærmingen er en forutsetning for at den humanistiske forstå- elsen for mennesket skal være vitenskapelig holdbar.

##### Relasjon

En god terapeutisk relasjon er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som rommer positive følelser rettet mot terapeuten og behandlingen. En dårlig relasjon kan endres ved å erstatte negativt ladete relasjonelle biopsykiske elementer rettet mot terapeuten og behandlingen med positivt ladete biopsykiske elementer.

Forskning understreker den gode relasjonens betydning for det terapeutiske resultatet, ofte med et fokus på det gjensidige forholdet mellom klient og terapeut og på terapeu- tens empatiske og inntonende evne (Duncan 2009).

Fokuset på gjensidigheten i relasjonen mellom klient og terapeut er noe overdrevet. Den gode relasjonen hos klient handler ikke primært om gjensidighet, men om at kli- enten opplever at han eller hun liker terapeuten og at han eller hun blir forstått, lyttet til og respektert. Det avgjørende over tid er at han eller hun blir hjulpet.

Klienten kan ha en følelse av å bli forstått, selv om terapeuten ikke har forstått et dugg. Hvorvidt terapeuten mener at han forstår og har en god relasjon til klienten har – satt litt på spissen – liten betydning for behandlingen. Det er kun klientens opplevelse av terapeuten som teller, selv om terapeutens opplevelse av å ha en god relasjon til klien- ten i seg selv vil kunne påvirke relasjonen positivt.

Med dette har jeg ikke formidlet at terapeutens evne til forståelse og til å lytte ikke er viktig, men at det er klientens opplevelse av denne evnen hos terapeuten som er

sentral, ikke hva terapeuten selv måtte mene om sin inntonende evne og relasjon. Det er kun klienten som kan fungere som sannhetsvitne for relasjonens kvalitet.

##### Ro

Ro er en følge av kontakt med et psykisk materiale i form av biopsykiske elementer som forankrer og utløser følelsen av ro og avspenthet, kombinert med fraværet av kontakt med biopsykiske elementer som utløser uro og stress.

##### Roller

I lingvistisk hjerneterapi (LBT) har klienten og terapeuten to roller. Klienten betraktes som amatør på behandling og psykisk endring, men som ekspert på egen situasjon og egne følelser. Terapeuten betraktes som ekspert på behandling, men som amatør på klientens situasjon og opplevelse av psykisk smerte. Klienten og terapeuten er derfor gjensidig avhengige av hverandre. Klienten trenger terapeuten for å kunne endre den psykiske plagen. Terapeuten trenger klienten for å få kunnskap om hvordan klienten opplever sin situasjon og om klienten ønsker å endre den psykiske plagen, for å kunne gjennomføre behandlingen.

##### En behandlingsmetode

Ulike former for schizofreni kan behandles på samme måte ved å anvende metoder som tar utgangspunkt i og endrer de biopsykiske elementene som forårsaker den psy- kiske plagen. Behandlingene vil likevel bli opplevd som meget forskjellige. En forutset- ning for behandlingen er at klientene er intellektuelt tilgjengelige, motivert for psykisk endring og at endringsarbeidet ikke hindres av somatiske sykdommer eller skader.

##### Schizofreni ut fra den hjernepsykologiske forståelsen

Schizofreni er en psykisk plage som følge av kontakt med biopsykiske elementer som forankrer og utløser klientens symptomer. og fravær av kontakt med biopsykiske ele- menter som fører til psykisk velvære, mestringsevne og funksjonsevne. Schizofreni er den mest alvorlige av psykosespekterlidelsene. Blant de mest anerkjente tegn på schi- zofreni er hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger. Hørselshallusinasjoner inne- bærer at klienten hører en eller flere stemmer som kommenterer klienten negativt eller som gir destruktive beskjeder om hvordan klienten skal reagere og handle. Vrangfore- stillinger innebærer at klienten formidler utsagn som av andre blir oppfattet som ulo- giske, forvirrede eller gale. Vi har ulike typer av vrangforestillinger, som tanketyveri, tankekringkasting, tankepåføring, forfølgelsesvanvidd og at man blir overvåket. Man kan også ha selvhenføringer som at man er Jesus eller en annen sentral person, even- tuelt at man er utvalgt og genial. Andre symptomer som kan prege schizofrene er apati, desorientering, ordsalat, kognitiv svikt, angst og depresjon i tillegg til funksjonssvikt.

I hjernepsykologien forstås schizofreni ikke som en enhetlig sykdom, men som en opphopning av flere psykisk forankrede plager. Det er ingen naturnødvendig sam- menheng mellom angst og hallusinasjoner, mellom vrangforestillinger og depresjon

osv. Disse symptomene kan henge sammen i den forstand at depresjon kan oppstå på grunn av en vedvarende opplevelse av andre symptomer, men de ulike symptomene kan også forstås som separate psykiske plager som må behandles hver for seg.

Det må også tilføyes at det er like mange veier til utvikling av psykiske plager som det finnes klienter. Det som er felles i ulike symptomer på schizofreni, er at de er for- årsaket av, forankret i og utløst av kontakten med biopsykiske elementer som rommer følelser, kombinert med enkelte egenskaper, som evnen til å hallusinere.

Schizofreni er en komorbid psykisk plage og kan behandles på samme måte som enhver annen psykisk plage, ved å endre de biopsykiske elementene som forankrer symptomene. I HJPS skiller man mellom somatisk og mentalt forankrede symptomer. Hjernepsykologien forholder seg til de mentalt forankrede tilstandene av schizofreni.

##### Skalering

Skalering er en behandlingsmetode som ble utviklet av Steve deShazer (løsningsori- entert terapi). Metoden innebærer at klienten beskriver sin situasjon gjennom tall, og hva han trenger mer eller mindre av for å komme ett trinn høyere oppover på skalaen. Metoden anvendes i lingvistisk hjerneterapi (LBT) for å kartlegge intensiteten i klien- tens opplevelse av schizofreni, hva klienten trenger for å komme et trinn høyere opp på skalaen mentalt, og til å kartlegge de psykiske endringene i form av tall på en skala fra 0 til 10, som er oppnådd.

##### Psykisk og somatisk forankret schizofreni

Forskjellen på psykiske og somatisk forankret schizofreni er at mentalt forankrede psy- kiske plager er forårsaket av mentale forhold, mens somatiske plager med en psykisk komponent er forårsaket av organiske forhold. Hovedforskjellen mellom en mentalt forårsaket og en somatisk forankret schizofreni er at en mentalt forårsaket schizofreni kan endres gjennom verbal terapi, mens en somatisk forankret schizofreni ikke kan endres gjennom verbal behandling. Alzheimer og Parkinsons sykdom er eksempler på somatiske plager med psykiske symptomer. Man kan likevel ikke utelukke at de psykiske elementene som er involvert i Alzheimers sykdom, kan påvirkes og endres gjennom lingvistisk hjerneterapi, men her gjenstår mer forskning før man kan trekke sikre konklusjoner.

##### Skjæringspunktet mellom biologi og psyke

Psykologien og psykiatrien mangler et begrep for det området i hjernen der bevisste opplevelser og følelser går over til ubevisst mental biologi, og der ubevisst mental- biologisk materiale blir til bevissthet. Det må finnes et slikt skjæringspunkt mellom biologi og psyke og mellom det bevisste og det ubevisste. Dette skjæringspunktet har betydning for å forstå psykiske tilstander, schizofreni og psykisk endring, og for å for- stå det bevisste, ubevisste og fortrengte psykiske materialet.

De modale og språklige biopsykiske elementene er skjæringspunktet mellom bio-

logi og psyke. Innsikt i skjæringspunktet mellom biologi og psyke er av betydning for å utvikle vitenskapelig kunnskap om det ubevisste og det bevisste.

Grunnen til at ord, utsagn og modale elementer er forstått som skjæringspunktet mellom biologi og psyke er at de kontinuerlig veksler mellom en bevisst og en ubevisst tilstand som følge av endringer i klientens bevisste eller ubevisste fokus.

Det å ha en forståelse av skjæringspunktet mellom biologi og psyke er vesentlig for å forstå det ubevisstes potensielle tilgjengelighet, og for å forstå hvordan man kan få kontakt med fortrengt psykisk materiale ved å fokusere på de språklige og modale elementene som forankrer klientens følelser.

Innsikt i skjæringspunktet mellom biologi og psyke innebærer at terapeuter arbei- der både med bevisst mentalt psykisk materiale og med det ubevisste når de kartlegger og behandler schizofreni, selv om de ikke er klar over det. Det å ha innsikt i skjærings- punktet mellom biologi og psyke og i hva som skjer i overgangen mellom det bevisste og det ubevisste, er avgjørende for å forstå det ubevisstes potensielle tilgjengelighet.

#### Stabilitet

Stabilitet er en egenskap ved de biopsykiske elementene. Stabilitet innebærer at de biopsykiske elementene som forankrer og utløser schizofreni, kan utløse de samme fø- lelsene over tid i de samme situasjonene. Det betyr også at de psykiske endringene som er en følge av behandling, kan være stabile på samme måte som de mentale elementene som har forårsaket den psykiske plagen, har vært stabile. De biopsykiske elementenes potensielle stabilitet er en forutsetning for at de kan anvendes i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Submodale metoder

Submodale metoder er et knippe metoder hentet fra nevrolingvistisk programmering (NLP). Metodene innebærer at man endrer de indre sanseopplevelsene, det vil si de modale opplevelsene som er forbundet med den psykiske plagen. Metoden anvendes ofte i lingvistisk hjerneterapi, men er tilpasset den hjernepsykologiske forståelsen av psykiske plager og psykisk endring.

##### Sårbarhet

Sårbarhet innebærer at klienten er disponert for eller følsom for bestemte påvirknin- ger, og at disse påvirkningene fører til bestemte symptomer. Mens noen vil reagere med hallusinasjoner under visse påvirkninger, vil andre ikke være i nærheten av denne type reaksjoner. Sårbarhet forstås her som en genetisk eller organisk disposisjon til å reagere med bestemte reaksjoner. I lingvistisk hjerneterapi (LBT) betraktes sårbarhet som uttrykk for et mentalt talent som kan anvendes i behandlingen. Sårbarhet kan dermed defineres som en potensiell terapeutisk ressurs, selv om den har bidratt til schizofreni (kapittel 14).

##### Tankeekko

Tankeekko er en tilstand som innebærer at klienten får kontakt med de samme verbale og auditive biopsykiske elementene som rommer følelser rett etter hverandre uten at det er noen ytre registrerbar lyd der.

##### Tankekringkasting

Tankekringkasting er en opplevelse som følge av kontakt med biopsykiske elementer som rommer forestillingen om at ens tanker blir formidlet til andre via tv, radio og sosiale medier. Man kan ikke utelukke at klientens opplevelse av tankekringkasting har en viss realitet, selv om andre ikke ser forbindelsen mellom klientens opplevelser av tankekringkasting og virkeligheten.

##### Tankepåføring

Tankepåføring er en opplevelse av at man blir påført tanker av andre, det vil si verbale biopsykiske elementer som rommer følelser. Man kan oppleve at tankene kan komme fra radio, tv, reklameskilt, bøker eller personer uten at man kan påvise ytre tegn på at klienten blir påført tanker. Tendensen til tankepåføring kan reduseres gjennom be- handling.

##### Tanketyveri

Opplevelsen av tanketyveri er en følge av at klienten opplever at noen har stjålet ens tanker. Opplevelsen av tanketyveri er en følge av kontakt med et sett med biopsykiske elementer som forankrer og utløser de følelsene som er aktive i forbindelse med opple- velsen av tanketyveri. Disse biopsykiske elementene er endringsbare, med den følge at det kan være mulig å endre opplevelsen av tanketyveri. Antallet endringsoperasjoner vil variere fra klient til klient.

##### Teorien om biopsykiske enheter

Teorien om biopsykiske enheter beskriver de mentalbiologiske elementene, det vil si det psykiske materialet som forankrer og utløser klientens opplevelse av schizofreni, og som må endres for at det skal oppstå en psykisk endring gjennom verbal behandling. De biopsykiske elementene er grunnlaget for ulike psykiske tilstander, symptomer og plager. De biopsykiske elementene er ett av fundamentene i den psykiske hjernen, og de er fundamentet i hjernens psykologi og lingvistisk hjerneterapi.

##### Teorien om de fysiske og mentale strategiene

Teorien om de fysiske og mentale strategiene for utvikling av schizofreni beskriver de handlingsmønstrene og mentale mønstrene som fører til schizofreni, eller til velvære og mestring. Strategier kan betraktes som vaner eller måter å handle eller tenke på som gjentas i bestemte situasjoner. Disse strategiene eller mønstrene fører til at klien- ten, uten at han er dette bevisst, utvikler eller får kontakt med positive eller negative

følelser i bestemte situasjoner. Terapeuten vil forsøke å redusere mentale strategier som fører til schizofreni og utvikle mentale og fysiske strategier som fører til psykisk mestring og velvære.

##### Teorien om de terapeutiske ressursene

Teorien om de terapeutiske ressursene hevder at klientene har omfattende mentale ressurser. Teorien beskriver de mentale ressursene som klienten besitter, og som kan aktiveres i behandlingen for å redusere den psykiske plagen. Klientene har ofte an- vendt sine mentale ressurser på en slik måte at det har ført til schizofreni. Teorien hevder at disse ressursene kan anvendes motsatt vei, til å redusere den psykiske plagen.

##### Teorien om den indre empiri

Teorien om den indre empiri beskriver nødvendigheten av å fokusere på det psykiske materialet som forankrer den indre opplevelsen av schizofreni dersom man ønsker å forske på, diagnostisere eller behandle schizofreni. Teorien begrunner hvorfor ytre observasjoner av atferd, reaksjoner, tanker og informasjoner om schizofreni ikke er til- strekkelige for å utvikle vitenskapelig holdbar kunnskap om schizofreni og om psykisk endring. Den beskriver også hvorfor man må fokusere på det indre psykiske materialet dersom man ønsker å utvikle vitenskapelig kunnskap om schizofreni og om psykisk endring.

##### Teorien om enkelhet

Teorien om enkelhet hevder at psykiske tilstander, schizofreni og psykiske endringer er enkle fenomener som kan undersøkes og endres gjennom behandling. Teorien er en syntese av de øvrige grunnlagsteoriene som ligger til grunn for hjernepsykologien.

##### Teorien om logikk, biologi og psyke

Teorien om logikk, biologi og psyke beskriver hvordan det er mulig å utvikle viten- skapelig kunnskap om hvordan schizofreni er bygget opp mentalt, og om hva som skjer mentalt når det skjer en psykisk endring, kun gjennom logiske analyser, det vil si uavhengig av empirisk forskning.

##### Teorien om språkets betydning for schizofreni og psykisk endring

Teorien beskriver forbindelsen mellom ord og utsagn, følelser og psykisk plage, og hvordan man kan endre de psykiske plagene kun ved å anvende språk. Teorien beskri- ver den betydningen som språket har for utvikling av schizofreni. Teorien hevder at ord og utsagn er biopsykiske elementer som rommer følelser. Teorien hevder at den eneste objektive kontakten med klientens følelser og psykiske plage går gjennom ord og utsagn. Vi kommer ikke nærmere det psykiske materialet som forankrer og utløser den psykiske plagen, enn gjennom de ord og utsagn som klienten anvender for å be- skrive den psykiske plagen.

##### Teorien om terapeutiske ressurser

Teorien beskriver klientenes terapeutiske ressurser, det vil si de av klientenes mentale evner og egenskaper som kan anvendes terapeutisk. Disse kan ha bidratt til utvikling av schizofreni, men de kan også anvendes for å redusere schizofrene symptomer.

##### Teorien om transformasjon

Teorien hevder at det er mulig å transformere eller overføre følelser lagret på et uspe- sifikt modalt eller verbalt element som er lite endringsbart, til et spesifikt modalt og verbalt element som er mer endringsbart, uten at intensiteten i følelsene forandres. Evnen til transformasjon er viktig dersom klienten beskriver sin psykiske plage med uspesifikke og upresise ord. Dette er ord som i mindre grad kan danne grunnlag for en intervensjon. Uspesifikke utsagn kan transformeres til spesifikke modale og verbale beskrivelser av klientens opplevelse. En evne til transformasjon innebærer at klienten overfører ytre erfaringer til et psykisk materiale som rommer følelser. Mens overføl- somme vil ende opp med for intense følelser, vil distanserte personer ende opp med færre følelser som følge av ytre påvirkninger og erfaringer. Terapeutens oppgave vil derfor i noen tilfeller innebære å redusere klientens overfølsomhet, mens den for andre klienter vil innebære å øke klientens følsomhet og derigjennom transformasjonsevne.

##### Teorien om øyeblikkets betydning for den psykiske tilstand og endring

Teorien hevder at enhver psykisk tilstand er en opplevelse i et bestemt øyeblikk, og at enhver psykisk endring må skje i bestemte øyeblikk i den terapeutiske prosessen. Teorien har betydning for å forstå individets opplevelse av schizofreni og hvordan og hvorfor det kan oppstå øyeblikkelige psykiske endringer gjennom behandling.

##### Terapeut

En terapeut er en som behandler og støtter en klient. En LBT-forankret terapeut er en terapeut som arbeider med utgangspunkt i den forståelsen for schizofreni og psykisk endring som kommer til uttrykk i hjernepsykologien, og med de metodene som an- vendes i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Tilbakefall

Små tilbakefall som kan inntreffe noen dager etter en konsultasjon, betraktes som et trekk ved den normale endringsprosessen og oppfattes som et uttrykk for at klienten fortsatt har kontakt med et psykisk materiale som rommer ubehag. Små tilbakefall er tegn på at det er mer å gjøre.

En annen årsak til tilbakefall er klientens tendens til å produsere ubehagelig psykisk materiale gjennom fortolkninger av sine opplevelser og gjennom den indre samtalen. Det er mulig å redusere klientens tendens til å produsere psykisk ubehag ved å endre eller fjerne de mentale elementene som mest intenst fører til og opprettholder den psykiske smerten.

##### Tilgangsgivende utsagn

Hensikten med de tilgangsgivende utsagn fra terapeut er å gi klienten kontakt med det psykiske materialet som skal kartlegges eller endres.

##### Tilgangsstadiet for psykisk endring

Tilgangsstadiet for psykisk endring er den mentale tilstanden der klienten er motta- gelig og åpen for terapeutens intervensjoner og for psykisk endring. Dette begrepet innebærer at det finnes følelsesmessige tilstander der klienten ikke er mottagelig for terapeutens intervensjoner.

##### Tilgjengelighet

De biopsykiske elementene som forankrer og utløser klientens psykiske ubehag og symptomer, og som skal være utgangspunkt for behandlingen, må være tilgjengelige for klienten gjennom introspeksjon og for terapeuten gjennom klientens ord og ut- sagn. I det øyeblikket man får kontakt med de biopsykiske elementene som forankrer den psykiske plagen, har man en mulighet til å få kontakt med hvordan den psykiske smerten er forankret, så fremt den psykiske smerten har en psykisk og ikke en nevro- biologisk forankring. Alle psykiske fenomener kan undersøkes og endres ved å kart- legge og endre de mentale elementene som utløser og utgjør disse fenomenene.

##### Tja, vet ikke, muligens, kanskje

«Tja, vet ikke, muligens og kanskje» er verbale uttrykk fra klient. De er oftest et tegn på usikkerhet, ubehag, motstand, og at klienten ikke har klart å gjennomføre terapeutens intervensjoner, eller at han eller hun ikke har oppnådd psykiske endringer.

##### Tvang

Tvangsbehandling innebærer at klienten blir utsatt for behandling og intervensjoner mot sin vilje. Tvangsbehandling er et tegn på at klienten ikke lenger er en ekte klient som ønsker behandling og som deltar i utforming av behandlingen, men et objekt for ekspertenes vurderinger og intensjoner. Tvang i behandling er et mentalt overgrep og hindrer klienten i å gjennomføre de mentale prosessene som er nødvendige for å opp- nå psykisk endring. Tvang kan føre til dannelse av nye biopsykiske elementer forbun- det med schizofreni og føre til økt psykisk lidelse. Tvang er unødvendig i lingvistisk hjerneterapi da ingen intervensjoner blir iverksatt uten klientens ja-signal og villighet og ønske til å endre seg mentalt.

Tvang kan i sjeldne tilfeller være den eneste muligheten for å hindre at klienten skader seg selv eller andre. Vi kan heller ikke overse at tvang faktisk kan fungere, i den for- stand at enkelte klienter har kommet seg psykisk gjennom tvang. Men kall det tvang. Fortell at det er vår vurdering, at vi bestemmer over ditt hode, at vi ikke har andre metoder som vi mener fungerer, og at vi er klar over at vi gjennom tvang påfører deg et psykisk overgrep. Fortell at vi vet at tvang kan føre til psykiske omkostninger som vi ikke helt har oversikt over, men vi mener at den er nødvendig likevel.

Tvang kan hjelpe enkelte, men det er ikke tvangen som hjelper, selv om tvang kan sette klienten i en situasjon som, i kombinasjon med god terapi, kan føre til endring. Tvang kan i de fleste tilfeller forebygges og unngås gjennom en tidlig bekreftende og støtten- de kommunikasjon og gjennom behandling som fører til psykisk endring.

##### Tvangstanker og tvangsatferd

Tvangstanker er tanker som kommer, selv om man ikke ønsker at de skal komme, og som man ikke har kontroll på. Tvangsatferd er atferd man føler seg tvunget til å utføre fordi det ikke å utføre dem fører til angst eller uro. Tvangstanker og tvangsatferd er en følge av kontakt med mentale/biopsykiske elementer. Tvangstanker og tvangshand- linger kan reduseres ved å endre de biopsykiske elementene som forankrer og utløser tvangstanker og tvangsatferd.

##### Utredning av schizofreni

Dersom målet med behandlingen er å endre den psykiske plagen, er det i lingvistisk hjerneterapi (LBT) kun nødvendig med minimal utredning. Behandlingen kan starte umiddelbart med utgangspunkt i klientens utsagn. Det er mulig å behandle schizofre- ni uten å vite noe om bakgrunnen for utvikling av den psykiske plagen. Grunnen er at klienten kontinuerlig er i kontakt med sin indre verden, selv om denne verdenen ikke er fokusert bevisst. Klientens utsagn om sin situasjon vil avdekke elementer i det psykiske materialet som utløser klientens følelsesmessige opplevelser og symptomer. Denne formen for utredning kan spare klienten for kontakt med psykisk ubehag, og den gjør det lettere å arbeide med det som oppleves som viktig for klienten. Utredning fører ofte til langt mer innsikt og kunnskap enn man kan anvende, uten at den med nødvendighet fører til presis informasjon om hvordan man skal behandle klienten.

##### Utsagns endringspotensial

Jo mer klientens utsagn reflekterer hvordan klienten modalt opplever sine følelser, des- to større endringspotensial har utsagnet. Og jo mindre de informasjonene man har om klienten, reflekterer den måten klienten modalt og språklig opplever den psykiske smerten på, desto mindre endringspotensial besitter klientens utsagn. Forutsetningen for å anvende de modale elementenes endringspotensial er at man vet hvilken betyd- ning de har for opplevelsen av den psykiske plagen. Når dette er formidlet, kan alle utsagn fra klientene danne utgangspunkt for en intervensjon, om man vet hva klienten ønsker å få det bedre med.

##### Utsagnspsykologi

Betegnelsen «utsagnspsykologi» illustrerer at hjernepsykologien har klientens utsagn som utgangspunkt for behandlingen og enhver intervensjon. Betegnelsen illustrerer også at de psykiske endringene som oppnås i behandling, er en følge av terapeutens verbale intervensjoner. Enhver psykisk endring i behandling er forårsaket av de indre verbale og modale prosessene som er en følge av terapeutens utsagn.

##### Utsagnsrelasjoner

Utsagnsrelasjoner handler om terapeutens relasjon til klientens utsagn. Man skiller mellom en positiv og en negativ utsagnsrelasjon. En positiv relasjon til klientens ut- sagn innebærer at terapeuten gir tilbakemeldinger som fører til at klienten føler seg forstått, bekreftet, anerkjent og oppmuntret. Terapeutens forhold til klientens utsagn er et mer presist uttrykk for relasjonen mellom terapeuten og klienten enn begrepet

«relasjon» slik det vanligvis anvendes i psykologien.

##### Validitet

Validitet er et krav innenfor forskning som innebærer at det man forsker på eller undersøker, skal være et presist uttrykk for det man ønsker å undersøke. Overført til hjernepsykologien innebærer dette et krav om at de biopsykiske elementene man arbeider med, skal være et gyldig uttrykk for klientens følelser. Det innebærer også at endringen av de biopsykiske elementene som oppstår gjennom behandling, skal være et gyldig uttrykk for de psykiske endringene som klientene ønsker å oppnå. Ut fra den hjernepsykologiske forståelsen får man ikke et mer presist og valid uttrykk for klien- tens opplevelse av schizofreni enn gjennom kontakt med de biopsykiske elementene som forankrer klientens følelser, og som fører til psykisk endring dersom de endres. Man kan skille mellom potensiell og faktisk validitet. De biopsykiske elementenes potensielle validitet sier noe om i hvilken grad de kan være et uttrykk for klientens følelser. Den faktiske validiteten er et uttrykk for at de biopsykiske elementene man arbeider med i behandlingen, faktisk er et gyldig uttrykk for klientens opplevelse av schizofreni.

##### Vedvarende schizofreni

Vedvarende schizofreni er en følge av en repeterende kontakt over tid med biopsykiske elementer som rommer psykisk smerte.

##### Velvære

Psykisk velvære er behagelige og positive følelser som følge av kontakt med positivt ladete biopsykiske elementer, det vil si ord, utsagn og sanseopplevelser som rommer positive følelser. Psykisk velvære kan utvikles ved å anvende de samme metodene som når man reduserer den psykiske plagen.

##### Verbale elementer og følelser

At ord og utsagn rommer og henviser til følelser, er den viktigste kvaliteten ved ord og utsagn i lingvistisk hjerneterapi (LBT). At ord også rommer informasjon om omsten- dighetene rundt den psykiske plagen, har mindre betydning i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Vet ikke

Utsagnet «vet ikke» kan være et uttrykk for at klienten ikke forstår eller er i stand til å gjennomføre terapeutens intervensjoner. «Vet ikke» kan også være et tegn på at klien- ten ikke har kontakt med det psykiske materialet som forankrer den psykiske plagen, men det kan også være et uttrykk for at han har kontakt med følelser som han ikke klarer å sette ord på. Gjennom modalt fokuserte spørsmål fra terapeuten kan klienten få kontakt med hvordan han opplever en bestemt følelse som klienten tidligere har beskrevet som «vet ikke».

##### Vrangforestillinger

Vrangforestillinger er utsagn som virker irrasjonelle, ulogiske, fysisk umulige, over- drevne og som ikke betraktes som adekvate eller passende. Vrangforestillinger i hjer- nepsykologien innebærer at klienten har kontakt med modale og verbale biopsykiske elementer som fører til tanker og utsagn som for klienten har en logisk forankring, selv om de for andre oppleves som vrange, urealistiske, syke eller uttrykk for galskap.

##### Ytre empiri

Ytre empiri er observert atferd og reaksjoner. Informasjoner gitt av klienten er også ytre empiri. Utsagn som beskriver den ytre empirien er ikke et direkte uttrykk for klientens følelser, men de kan danne grunnlag for nye spørsmål for å kartlegge hvor- dan klienten verbalt og modalt opplever sin situasjon og sine følelser. Fokuset på den ytre empirien blir tonet ned i lingvistisk hjerneterapi (LBT) og erstattet med et fokus på den indre empirien. Den ytre empirien er alene lite egnet som utgangspunkt for å forske på og diagnostisere schizofreni, dersom målet er å utvikle kunnskap om det psykiske materialet som forankrer og utløser den psykiske plagen.

##### Øyeblikket

De biopsykiske elementene som rommer klientens følelser, oppleves alltid i et bestemt øyeblikk, selv om de kan være knyttet til fortid, nåtid eller fremtid, og selv om de kan være koblet av eller på klientens bevissthet og i det ubevisste. Man er derfor alltid fo- kusert på klientens øyeblikkelige følelser i lingvistisk hjerneterapi (LBT), selv om disse følelsene er relatert til fortid, nåtid eller fremtid.

##### Øyeblikkets psykologi

«Øyeblikkets psykologi» er et annet navn på hjernepsykologien. Betegnelsen henspil- ler på at alt som skjer i lingvistisk hjerneterapi (LBT), springer ut fra et fokus på de mentale prosessene som skjer i øyeblikket og det psykiske materialet som klientene har kontakt med i ethvert øyeblikk. Forståelsen for øyeblikkets betydning i behandling springer også ut fra den forståelsen at enhver psykisk endring er en følge av det som skjer mentalt i enkelte øyeblikk i konsultasjonen. Klientens øyeblikkelige psykiske re- aksjoner er derfor sentrale i lingvistisk hjerneterapi (LBT).

##### Årsaker til schizofreni

Vi kan skille mellom historiske og de øyeblikkelige mentale årsakene til schizofreni. Lingvistisk hjerneterapi fokuserer på de øyeblikkelige mentale årsakene til den psykis- ke plagen. De øyeblikkelige mentale årsakene til schizofreni er en følge av kontakt med biopsykiske elementer som rommer psykisk ubehag, og som fører til klientens symp- tomer. Man avviser ikke at den psykiske plagen kan ha en historisk forankring, fordi de biopsykiske elementene som utløser den øyeblikkelige opplevelsen av schizofreni, kan stamme fra tidligere hendelser. Om dette er tilfelle, kartlegger man de biopsykiske elementene som klienten har kontakt med i dag, og som ble dannet i fortiden, men som er endret som følge av levd liv, selv om de fortsatt rommer aktivt psykisk negativt materiale.

### Etterord

#### Er psykiatrien preget av middelalderske trekk?

Spørsmålet er ikke stilt med odiøse eller kritiske hensikter, men ut fra et ønske om å invitere til en nøktern analyse. En grunn til at det er nødvendig å stille dette spørsmå- let, er at forskningen, i kraft av å være forskning, mener at den skiller seg klart fra mid- delaldersk tenkning. Min vurdering er at de har rett. Utviklingen av forskningsmeto- dikk og høyverdige vitenskapelige idealer har ført til at vi har utviklet forskningsbasert kunnskap om psykiske fenomener og psykisk plage som skiller seg fra middelaldersk tenkning og kunnskap. Men sett at vi likevel reiser spørsmålet om den kunnskapen som er frembrakt om psykiske fenomener, har middelalderske trekk, til tross for at den er en følge av omfattende forskning, hva blir da svaret? Da blir svaret ja. Trekk ved den kunnskapen som psykologien og psykiatrien baserer seg på, er av middelaldersk karakter.

Hvorfor er det viktig å stille dette spørsmålet? Det er viktig å stille dette spørsmå- let fordi det er viktig å avkle mytene om at kunnskap er sann fordi den er et resul- tat av forskning. Man bør derfor i større gror å utvikle psykologiens og psykiatriens vitenskapelige kunnskapsgrunnlag og for å bli kvitt deres middelalderske preg, er at man utvider den eksisterende forskningens fokus slik at den undersøker det psykiske materialet som forankrer og utløser psykisk plage. Forskningen må ta utgangspunkt i de ord og utsagn som inneholder og formidler klientenes følelser. Kunnskap med utgangspunkt i denne typen forskning kan deretter anvendes for å vurdere hva av den eksisterende kunnskapen som er vitenskapelig holdbar, hva som er feil, uheldig eller av middelaldersk karakter, og som bør erstattes av kunnskap som i mindre grad er ba- sert på fortolkninger. Dette forutsetter at man er villig til å trekke opp et klarere skille mellom bevisbar og fortolkningspreget kunnskap. Disse påstandene gjelder i like stor grad for fag som pedagogikk og spesialpedagogikk. Man må derfor stille spørsmålet:

Hva er det ved vår kunnskap som er objektivt sant, og hvilke kunnskaper er gjetninger til tross for at de er frembrakt gjennom forskning?

Hvor er forskjellene, og hva er likhetene mellom moderne forskningsbasert kunn- skap og middelaldersk kunnskap om menneskelige fenomener? Det finnes ganske kla- re svar. Middelaldersk kunnskap er ofte forankret i tro på Gud, noe overnaturlig eller mystisk, eller på skjebne. Man vet ikke sikkert, men man tror og gjetter, og gjetningene fører til handlinger mot mennesker. I psykologisk og psykiatrisk forskning er troen erstattet av fremforsket kunnskap, hvilket er en vesentlig forskjell, men det er også en vesentlig likhet. Til tross for omfattende kvantitativ og kvalitativ forskning i de siste over 100 år, mangler man en presis, dokumenterbar, objektiv og entydig kunnskap om det mentale, om det psykiske og om fenomenet psykisk endring. Resultatene er kvali- fiserte eller forskningsbaserte gjetninger – men de er fortsatt gjetninger. Et resultat av denne formen for tro er at man i for liten grad fokuserer på at psykologisk og psykia- trisk kunnskap om mentale tilstander, prosesser og psykisk plage består av ikke-falsi- fiserbare gjetninger. Mens Gud eller noe overnaturlig legitimerte den middelalderske tro, er den moderne tro legitimert gjennom forskning. Konklusjonen blir den samme. Man tror, men troen er forankret i resultater fra forskning. Uansett sitter man igjen med det faktum at man ikke vet presist.

Problemet eller utfordringen oppstår når psykologien og psykiatrien viser seg ikke kun å være sånn cirka riktig, men er på villspor, med det som resultat at ny forskning som bygger på den eksisterende, fører til ny kunnskap som også består av gjetninger på villspor. Dette medfører at psykologiens og psykiatriens manglende vitenskapelige kunnskapsgrunnlag forlenges.

For ordens skyld: Påstanden om at fagene psykologi og psykiatri på visse områ- der mangler et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, kommer ikke kun fra undertegnede, men fra psykologien og psykiatrien selv. Likevel vil noen kunne si at vi har utviklet så omfattende forskning at dette i seg selv borger for at den er tilstrekkelig sann. Overfor denne type argumentasjon må påstandene om psykologiens og psykiatriens middelal- derske trekk skjerpes.

Psykologi og psykiatri er utviklet gjennom mange års kvantitativ og kvalitativ forskning, der man har anvendt avansert metodikk. Utfordringen er likevel at man ikke har maktet å anvende disse metodene på objekter for schizofreni som er tilstrek- kelig valide eller gyldige uttrykk for de mentale prosessene som skjer i hjernen når kli- entene utvikler eller opplever psykisk plage. Av denne grunnen har man måttet fortol- ke forskningsresultatene for å utvikle og formulere vitenskapelig kunnskap om psyken og om schizofreni og lidelser. Men ingen fortolkninger av den psykiske plagen er den psykiske plagen slik den oppleves og slik den skjer inne i hodet på klienten. Resultatet er at man sitter igjen med kvalifiserte eller forskningsbaserte gjetninger om hva en psykisk plage er rent mentalt og om hva som skjer mentalt når det oppstår eller ikke oppstår endringer i behandling. I dette øyeblikk er man tilbake til en forskningsbasert, men likevel middelaldersk tenkning basert på overtro.

Psykologiens og psykiatriens manglende vitenskapelige kunnskapsbase vil vare så lenge psykologisk og psykiatrisk forskning fortsetter å forske på psykiske objekter

### Avslutning

Denne boken beskriver lingvistisk hjerneterapi. Boken er utviklet med utgangspunkt i den hjernepsykologiske forståelsen av psykiske plager og psykisk endring (Dammen 2024a). Boken om LBTS fokuserer på etikk, strategiene for psykisk endring, endrings- formene og behandlingsmetodene i LBT, samt hindringer mot psykisk endring og glimt fra vellykkede endringsprosesser.

LBTS er et resultat av forskning på vellykkede terapeutiske prosesser. Målet var å undersøke hvordan psykiske plager var bygget opp mentalt, og hva som skjedde men- talt når klientene ble bedre av behandling. Etter ni år med analyser av gjennomførte behandlinger, og et kvantitativt forskningsprosjekt, var konklusjonen at enhver psy- kisk forankret plage er en følge av kontakt med et bestemt psykisk materiale som be- står av mentale elementer som rommer følelser. Og at enhver psykisk endring er en følge av endringer i disse elementene.

Disse funnene førte til utviklingen av først en doktorgradsavhandling om psykisk forankrede plager og psykisk endring (2013), og deretter til boken om hjernens psy- kologi (2024a) og til boken om lingvistisk hjerneterapi (2024c). Da det også viste seg at ikke kun psykisk plage, men også egenskaper, holdninger, verdier og kunnskaper er en følge av kontakt med mentale elementer som rommer følelser, kunne man forklare, utvikle eller endre disse med utgangspunkt i de samme teoriene som var grunnlaget for hjernens psykologi og med metodene som er beskrevet i boken om lingvistisk hjer- neterapi.

En konklusjon på dette arbeidet er at psykologien og psykiatrien ikke kommer utenom den forståelsen for psykiske plager og psykisk endring som beskrives i denne boken, dersom man har som ambisjon å behandle psykiske plager effektivt, forutsig- bart og med vitenskapelig sikkerhet.

Dersom man ønsker å gå dypere inn i resultatene fra forskningen, henvises det til avhandlingen «En undersøkelse av psykiske plager og psykisk endring med utgangs- punkt i enkelte vellykkede terapeutiske prosesser» (Dammen 2013). Institutt for spesi- alpedagogikk, Universitetet i Oslo.