

# Om å bevare psykoterapiens rom for fri intersubjektiv utforskning

Per-Einar Binder

professor og visedekan for utdanning, spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, UiB.

Helge Holgersen

Kontakt: helge.holgersen@uni.no

karina.utvag@gmail.com

Geir Høstmark Nielsen

Institutt for klinisk psykologi, UiB

Fra en relasjonsorientert psykoanalytisk synsvinkel blir det å sammen utforske og skape intersubjektiv erfaring ansett som et vesentlig behandlingsmål. Samtidig vil det oftest være komplekse barrierer i både pasient og terapeut som må gjøres til gjenstand for undersøkelse og bearbeides for å nå målet.

Vi har gjennom diskusjonen med Asle Hoffart, her i Tidsskriftet, fått anledning til å utdype og nyansere vårt syn på faren for overdreven instrumentalisering av psykoterapien. Slik vi ser det, vil faren øke dersom psykoterapi primært skal måtte legitimere seg i form av spesifikke teknikker rettet mot spesifikke diagnostiske tilstandsbilder. Hoffart synes å ha lest våre innlegg som et angrep på kognitiv terapi som sådan, noe som ikke har vært vår intensjon. Vår oppfatning er at både kognitiv terapi og de relasjonsorienterte psykodynamiske terapiformer, som vi selv står for, nettopp i kraft av sin forskjellighet har hver sine legitime plasser innenfor det kliniske arbeidsfeltet. Fordi Hoffart også i sitt siste innlegg (Hoffart, 2004) unnlater å forholde seg til det intersubjektivitetsperspektiv og den psykopatologiforståelse som de relasjonsorienterte psykodynamiske terapiformer representerer, finner vi det nødvendig å presisere og utdype hva vi fortsatt tenker forskjellig om, og hva vi nok er enige om.

## Intersubjektivitetsdimensjonen i psykoterapi

I sine kommentarer til vårt svar i Tidsskriftets mainummer fortsetter Hoffart å poengtere intersubjektivitetsdimensjonen som sentral i kognitiv terapi, så vel som i all annen psykoterapi. Hoffart gjentar her den oppfatning som han så tydelig oppsummerte i sin første artikkel: «Jo mer intersubjektivt orientert terapiformen er, det vil si jo mer den fremmer prosesser for dannelse av intersubjektiv forståelse og enighet, jo mer vil instrumentalisme og strategisk handling motvirkes» (Hoffart, 2003, s. 481). Dette er en påstand vi ikke har problemer med å slutte oss til, kanskje med den nyansering at vi tenker at en genuin intersubjektiv forståelse faktisk er *tilstrekkelig* for å unngå instrumentalisme. En uenighet mellom pasient og terapeut kan i seg selv være fruktbar. Det forutsetter at uenigheten kan utforskes og snakkes om, heller enn å resultere i hva Jessica Benjamin (1995, 2004) har beskrevet som en «komplementær» relasjon, dvs. at den ene part må underkaste seg den andre.

Betydningen av å *utvide* området for intersubjektiv erfaring og forståelse er en rød tråd i de relasjonsorienterte delene av psykoanalytisk psykoterapi, som er utgangspunkt for hele debatten. I Sullivans (1954) tidlige bidrag til den interpersonlige psykoanalysen blir det å sammen utvikle et rom for felles meningsutforskning, benevnt som «konsensuell validering». Senere er begrepet blitt videreutviklet til også å omfatte det kreative møtet mellom følelse og tanke i den terapeutiske

relasjonen (se for eksempel Bromberg, 1998). Fra en relasjonsorientert psykoanalytisk synsvinkel blir det å utforske og sammen skape intersubjektiv erfaring ansett som et vesentlig behandlingsmål. Samtidig vil det oftest være komplekse barrierer i både pasient og terapeut som må gjøres til gjenstand for undersøkelse og bearbeides for å nå målet, slik blant annet Mitchell (2000), Aron (1996), Benjamin (1995, 2004), Stolorow og Atwood (1992) og Stern (1985, 2004), med noe ulike innfallsvinkler og ulik begrepsbruk, beskriver.

Hoffart kritiserer oss for å ikke eksplisitt argumentere mot de gyldighetskrav for terapeutisk kommunikasjon som han fremsetter med bakgrunn i Habermas. Grunnen til at vi ikke har gått inn i noen diskusjon rundt disse kravene er at vi, generelt sett, er enig med Hoffarts postulat. Vår enighet bygger på den kjensgjerning at «teknikk», positivt oppfattet, er uløselig knyttet til praktikerens forståelses- og erkjenneshorizont, og derfor må inn- og underordnes terapien som intersubjektiv praksis (Binder, 2000). Vi finner det likevel hensiktsmessig å fortsatt kunne tale om mer eller mindre teknisk orienterte terapier, i den betydning at terapiformer kan ha større eller mindre grad av spesifisitet i forhold til de prosedyrer som anbefales i behandlingen av en spesifikk lidelse. Dette er i tråd med vanlig språkbruk, enten vi taler om psykoterapi som klinisk praksis eller som forskningsfelt. Hoffarts påstander om at den form for psykodynamisk tenkning som vi arbeider ut fra har en mindre «detaljert skjemastruktur» enn kognitiv terapi framstår som underlige: Den relasjonsorienterte psykoanalytiske teori og arbeidsform vil ha begreper og rammer for forståelse som er «detaljerte» ut fra hva som her er fokus, nemlig ønsker, behov, følelse, tenkning og fantasier, slik de dannes og får mening innenfor rammen av menneskelig samhandling og samvær. Vi vil på denne bakgrunn ikke si at det å bygge opp «pasientens evne til å gjøre seg selv til *objekt*» (Hoffart, 2004, s. 5, vår uthevelse) er et sentralt helbredende element, men at det avgjørende heller er å ta i bruk psykoterapiens intersubjektive fellesskap til å vinne ny refleksjon om seg selv og sine muligheter som *medsubjekt*. Kognitiv terapi og relasjonsorientert dynamisk tenkning har etter vårt syn først og fremst *forskjellig* «skjemastruktur», og praktisert på sitt beste har begge terapiformer tilstrekkelig *fleksible* «skjemastrukturer» til at de lar seg utfordre i møtet med det særskilte ved den smerte og de livsmuligheter som fremstår innenfor den enkelte pasients erfaringshorizont.

### *Kan eller bør*

Det punkt hvor nok Hoffart og vi fortsatt har ulike oppfatninger, gjelder skillet mellom henholdsvis *er/kan* og *bør*. For eksempel hevder Hoffart (2004) kategorisk at psykoterapi aldri kan bli «teknikk», forstått som løsevne handlinger i form av kalkyler eller anvisninger for hvordan et mål skal nås: «En kan ikke angi forskrifter for terapeutisk virksomhet» (s. 400). Hadde Hoffart her byttet ut «kan» med «bør», ville ikke bare intersubjektiv forståelse, men også intersubjektiv enighet mellom oss ha vært oppnådd. Forskjellen på «kan» og «bør» er i dette tilfellet mer enn filologisk. Vi tenker nemlig at det finnes en reell fare for at terapi *kan* bli «teknisk» i en negativ betydning. Det gjelder der terapien blir forstått som hovedsakelig definert ut fra standardpreskripsjoner og prosedurale grep. Fordelen ved å si at psykoterapiteknikk *bør* være fundert i en merforståelse, og at anvendelsen av teknikker fortrinnsvis *bør* finne sted innenfor en relasjon hvor det hele tiden også foregår utforskning av intersubjektiv fellesforståelse og forskjellighet, er at det gir oss mulighet til å forholde oss kritisk til utviklingstrekk innenfor psykoterapifeltet. Det går da an å gjøre et skille mellom det å ha en detaljert skjemastruktur og det å bli «teknisk» eller «instrumentell» på en måte som blir til hinder for utforskning og utvikling av det dialogiske og det intersubjektive forståelsesrom. Og for å unngå uheldig instrumentalisering av psykoterapien, tenker vi at vi behøver nettopp den type presiseringer som både Hoffart (2002, 2004)

og Safran (1998) foretar innenfor kognitiv terapi, og som for eksempel Mitchell (1997) og Orange, Atwood og Stolorow (1997) på tilsvarende vis har gjort innenfor moderne psykoanalyse.

### *Utforskning av samhandling*

Vi ser ikke noe betenkelig i det kasuseksempellet som Hoffart gir fra kognitiv terapi ved panikkangst. Vi er enig med ham i at de beskrevne spørreteknikker kan være både hensiktsmessige og betimelige, forutsatt at det mellom terapeut og pasient foreligger tilstrekkelig fellesforståelse og enighet om arbeidsformen – og at pasientens videre opplevelse av denne måten å gå frem på også blir utforsket. Det er det sistnevnte som etter vårt syn er forskjellen på en relasjonell tilnærming og den Judith Beck (1995) foreskriver.

Vi er av den formening at en kontinuerlig utspørring om pasientens opplevelse og vurdering av for eksempel angstintensitet ( gjerne skalert fra 1--10), pasientens opplevelse av impulsen til å handle dysfunksjonelt eller tendensen til å utvise ikke-logiske slutninger eller feiltolkninger, må ledsages av en utforskning av hvordan pasienten *opplever å bli spurt om disse forhold*. Eller med andre ord: hva pasienten tenker om terapeuten som spør og om sitt forhold til han eller henne. I klinisk praksis, og i veiledning av studenter, har vi observert at nettopp pasientens opplevelse av og forhold til terapeuten kan være av en art som medfører at pasienten ikke makter å nyttiggjøre seg intervensjoner basert på et rasjonale av den type som for eksempel Judith Beck forfekter.

Vi kan fortsatt ikke se at Judith Beck, som Hoffart tar så sterkt i forsvar, gjør noe forsøk på å presisere denne helt essensielle intersubjektive dimensjonen i psykoterapi, og vi kan heller ikke se at hun har noe større begrepsapparat og teoretisk referanseramme for utforskning av samhandlingsprosesser. Dette oppfatter vi som en klar svakhet ved Becks bidrag. Det begrunner vi med at når de enkelte prosedyrene blir beskrevet så vidt isolert som hos Beck (1995), er faren så absolutt til stede for at leseren vil kunne fristes til å benytte hennes manual som en «kokebok» for prosedyrer. Vi tror at Beck ville kunne ha stor nytte av å inkorporere det teoretiske refleksjonsapparat som Hoffart (2003, 2004) utarbeider for kognitiv terapi.

### **Verdien av fortsatt pluralisme innenfor psykoterapifeltet**

Vi tenker at faglig og teoretisk pluralisme er en positiv verdi innenfor psykoterapiområdet. Likesom innenfor filosofi, litteratur og idéhistorie, bør det for psykoterapiens vedkommende være rom for et mangfold av måter å forstå menneskelivet og dets smerte og muligheter på, så lenge det føres en saklig og åpen argumentasjon rundt disse spørsmålene. Stadig tydeligere synes vi imidlertid å se en tendens til at deler av kognitiv terapi forsøker å fremheve seg som overlegen andre terapiformer ved nettopp å ville legitimere seg gjennom sine prosedyrer og teknikker, heller enn som en måte å forstå og samhandle på. Det er dette Wampold (2001), som i likhet med oss på ingen måte avviser kognitiv terapi som sådan, beskriver som en utpreget «medisinsk» modell for psykoterapi. En slik måte å legitimere psykoterapi på vil uunngåelig øke risikoen for at den enkelte pasient-terapeutdyaden blir pådyttet krav fra forsikringselskap eller helsemyndigheter om å følge bestemte – gjerne manualiserte – prosedyrer eller teknikker som ved sin påtvungethet nettopp ikke springer ut av en terapeutisk merforståelse og intersubjektiv fellesforståelse. Med den overgang til «new public management», målstyring og økt produktivitetstenkning, som vi ser stadig flere eksempler på i dagens helse-Norge, ligger det en betydelig fare for at helseledere og byråkrater kan komme til å bli de sentrale premissleverandørene for terapeutisk praksis. Som Wampold (2001) påpeker, finnes allerede overbevisende dokumentasjon for at forskjellen mellom ulike psykoterapiretningers effektivitet blir visket ut når undersøkelsene forankres i «naturlige» kliniske praksissammenhenger, dvs. utenfor

eksperimentelle forskningsoppsett (jfr randomiserte kontrollerte forsøk). Da blir også en strategi som søker å legitimere terapi primært som spesifikke prosedyrer rettet mot spesifikke tilstandsbilder problematisk. Kognitiv terapi og psykoanalytiske og humanistiske terapiformer bør etter vår mening derfor heller danne en felles front *for* den autonome kliniske tenkning og virksomhet og *for* relevansen av det humanvitenskapelige og psykososiale perspektivet innenfor et psykisk helsevern som blir stadig mer medikalisert. En vedvarende kamp om hvem som har den beste psykoterapeutiske «merkevaren» er noe alle parter i lengden kan tape på.

*Kognitiv terapi og psykoanalytiske og humanistiske terapiformer bør etter vår mening derfor heller danne en felles front for den autonome kliniske tenkning og virksomhet*

## Nåtidig relasjonsorientert psykodynamisk tenkning

Som del av sin argumentasjon gir Hoffart et eksempel som vi forstår dit hen at han tenker seg at både en psykoanalytisk og en kognitiv teoriforankret organisering av materialet fra en pasient med panikkangst er «mulig». Men han levner oss liten tvil om hvilken måte å organisere og fortolke dette materialet på som er «best». Ved å ta utgangspunkt i en tekst som Freud (1909) skrev i begynnelsen av forrige århundre og så sammenlikne denne med en tekst av kognitivisten Clark fra 1986, skaper Hoffart et inntrykk av en linearitet i psykoterapiens utvikling, eller mer konkret: at det nå har skjedd et fremskritt *fra* psykoanalyse *til* kognitiv terapi. Dette er en form for retorikk som vi ofte ser i fremstillinger av kognitiv terapi. Det er bemerkelsesverdig at Hoffart henvender seg til *Freuds* snart hundre år gamle syn på panikkangst når han ønsker å demonstrere forskjellen mellom tenkemåten innenfor de to aktuelle terapiretningene.

Freuds (1909) fremstilling av historien om Lille Hans er etter vårt syn en særdeles leseverdige og viktig klassiker. Men det er vanskelig å forstå hvordan Hoffart skulle kunne tenke seg at akkurat denne klassikeren er et godt eksempel på de relasjonsorienterte retninger innenfor psykoanalysen – som jo var vårt utgangspunkt for hele den pågående debatten – og som er hva vi primært ønsket å si noe om i vår opprinnelige artikkel «Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens» (Binder, Holgersen & Nielsen, 2001).

Vi ser frem til at kognitiv terapi en dag vil kunne stå på egne ben, i den forstand at man ikke trenger å bruke den tidligste psykoanalysen som stråmann. Det er fullt mulig å argumentere for at kognitiv terapi er bra uten å måtte si at psykoanalyse er mystifiserende, gammeldags og til hinder for åpen kommunikasjon ved kun å fokusere på skam- eller skyldbelagte og fryktede ønsker og impulser. At terapirommet skal være et sted hvor pasienten *også* skal kjenne seg fri til å samtale om sider ved seg selv som han eller hun føler for mye skam og skyld til å snakke om i andre relasjoner, anser vi naturligvis som fundamentalt og viktig. Men at den tilnærming til psykoanalytisk terapi som vår ovenfor nevnte artikkel omhandler, skulle innebære en forståelsesramme som *hindrer* utforskning av pasientens katastrofetanker ved panikkangstanfall kjenner vi oss overhodet ikke igjen i.

Vi vil heller si at den relasjonsorienterte psykoanalysen åpner opp for å utforske en opplevd trussel om kroppslig, psykisk eller sosialt sammenbrudd på måter som avgjort gir mulighet for utvidelse av det intersubjektive rom for fellesforståelse. Ut fra en psykoanalytisk og psykodynamisk forståelseshorisont, vil et symptom som panikkangst alltid også bli forstått i en videre kontekst – dvs. en kontekst som blant annet innbefatter pasientens forhold til seg selv og andre. Vi vil lytte til og, sammen med pasienten, utforske de av hans eller hennes antakelser som inngår enten i vedkommendes bevisste oppmerksomhet, eller hans eller hennes «prerefleksivt ubevisste» (Stolorow

et al., 1992) – i tillegg til et «dynamisk ubevisste». Det å tolke en følelse eller en ubehagelig kroppslig fornemmelse som en trussel om død, fysisk tilintetgjørelse eller psykisk sammenbrudd, er en ytterst smertefull situasjon å ha kommet i. Dette er noe som trenger å empatisk utforskes i seg selv, uten at terapeuten signaliserer mistenksomhet om skjulte motiver. Som psykoanalytiker Joseph Lichtenberg (1996) anbefaler: Først av alt må du skape en atmosfære av trygghet, og din *generelle* holdning bør være at «the message contains the message» (s. 94). I tillegg vil de relasjonsorienterte psykodynamiske perspektivene gi mulighet til å utforske hvordan symptomet inngår i konteksten av å leve et liv sammen med andre, og på denne måte både gjøre symptomet mer forståelig og arbeide med de vansker som har ledet frem til at det oppsto. Dette arbeidet kan forankres i flere ulike perspektiver og i referanserammer innenfor nåtidig psykoanalyse og psykodynamisk tenkning.

### *En kontekstuell forståelse*

Fra en nåtidig psykodynamisk synsvinkel vil et enkeltsymptom alltid bli forstått kontekstuellt. Et symptom som for eksempel panikkangst vil bli oppfattet i lys av den enkeltes forhold til andre, seg selv og karakteristiske måter å fortolke og forholde seg til sine ønsker, følelser og behov på. Det er disse kontekstuelle forholdene det psykodynamiske begrepsapparat primært retter seg mot. Både ut fra den teoretiske referanserammen som mentaliseringsteori (Fonagy et al., 2002) og Winnicotts (1963, 1971) objektrelasjonsteori gir oss, vil en kunne se på hvordan et symptom som panikkangst hos enkelte pasienter kan henge sammen med en utrygg tilknytning. Dette vil kunne gi svikt i hva vi kan kalle evne til «mentalisering» eller «potensielt rom», dvs. vansker med å kunne regulere egne følelser og på en fri, lekende og ubunden måte kunne tenke og reflektere rundt både egne og andres følelser og intensjoner. En pasient med panikkangst vil kunne ha en forståelseshorisont hvor mye i livet kjennes utrygt, og hvor andre oppleves å i liten grad fremstå som emosjonelt nærværende og tilgjengelige. I et slikt tilfelle vil den relasjonelle dimensjonen ved symptomet kunne bli svært tydelig i terapiens intersubjektive fellesskap, for eksempel som en overføringsforventning om at terapeuten vil være fjern og ute av posisjon til angstregulerende samhandling. Gitt et slikt scenario, vil terapeuten først empatisk utforske den opplevelse og de fantasier som pasienten tilkjenner i forbindelse med anfallene, og slik hjelpe han eller henne til å gjenvinne en mentaliserende «*som om*»-kvalitet ved disse fantasiene. Mer spesifikt opprettes for eksempel et skille mellom fantasi om hjerteattakk og et virkelig hjerteattakk. I neste omgang vil det være naturlig å utforske den intersubjektive dimensjonen forbundet med anfallet, en dimensjon som nettopp *kan* handle om en dyp følelse av emosjonell isolasjon, en forventning om sviktende «holding» – det Winnicott (1962) beskriver som gruoppvekkende og «utenkelig» angst om så vel kroppslig som eksistensielt sammenbrudd. Endelig vil vi kunne utforske om angsten for disse kroppslige fornemmelser henger sammen med en angst for visse andre følelser, idet jo alle emosjoner, fenomenologisk sett, har en kroppslig forankring.

Dette siste momentet vil også kunne utforskes ut fra en affektteoretisk og motivasjonsteoretisk synsvinkel (Lichtenberg, 1996; Orange, Stolorow & Atwood, 1997; Stolorow & Atwood, 1992). Har pasienten for eksempel vokst opp i en intersubjektiv kontekst hvor visse affekter innebar trussel om empatiske brudd og avvisning? Kanskje viser det seg at panikkangsten nettopp dukker opp i situasjoner hvor pasienten er frustrert over en annen, men samtidig føler at hun eller han ikke burde være det. Kanskje har pasienten en selvoppfatning som da kjennes truet: «Jeg er da ikke en slik person som blir sint, for da ville jo ingen kunne tåle meg»? Panikk kan være knyttet til trusselen om fragmentert selvopplevelse og brudd i intersubjektiv relatering knyttet til det å ha og kjenne på visse følelser. Dette kan av enkelte pasienter også bli tolket som en indre konflikt mellom for eksempel et ønske om å gi utløp for sin frustrasjon og en samvittighetsangst knyttet til fantasien om å skade den

andre. Konseptualisert på denne måten, vil senere utgaver av Freuds (1926) konfliktnevrosemodell være aktuell i tillegg til nåtidige korttidsdynamiske modeller som søker å integrere et tradisjonelt konfliktperspektiv med et mer utpreget relasjonsperspektiv (McCullough, 1997).

### *Symptomets mening*

Fra et interpersonlig psykoanalytisk perspektiv vil nettopp denne opplevde trusselen om en ondartet relasjonell dynamikk bli detaljert utforsket. Gjennom det Sullivan (1954) gjerne omtalte som en «detailed inquiry», vil en ved hjelp av en oppriktig undrende og spørrende holdning gå inn på det konkrete nivået i pasientens opplevelse og erfaring. I terapien som «interpersonlig felt» vil en gradvis også kunne nærme seg pasientens implisitte antakelser om seg selv og andre, også dem som han eller hun vanligvis filtrerer vekk gjennom «selektiv uoppmerksomhet». Kanskje vil en finne at pasienten bærer en implisitt antakelse om at angsten er uregulerbar og en forestilling om at andre mennesker, terapeuten inkludert, vil bli fylt med angst dersom et angstanfall inntreffer? Når en slik antakelse blir tematisert, vil det også åpne seg muligheter for nye erfaringer; og ikke minst kan de prøves ut innenfor terapirommets relativt trygge rammer. Nettopp en slik vektlegging av hvordan pasientens vansker manifesterer seg og fortolkes innenfor den «relasjonelle matrisen» – hvor både pasient og terapeuts tanker og følelser inngår – er et hovedpoeng hos moderne relasjonsorienterte psykodynamiske terapeuter (Mitchell, 2000). I tillegg til den konkrete interpersonlige dynamikken, vil det falle naturlig å legge vekt på hvordan pasientens ofte prerefleksive eller ubevisste opplevelse av å ha en indre virkelighet av «stemmer» og «blikk» rettet mot seg vil prege både selvoppfatningen og oppfatningen av andre. Som Mitchell (1997) treffende har påpekt: «Meningsfull analytisk endring ... skjer ikke ved at en går forbi gamle objektrelasjoner, men at en utvider dem fra innsiden og utover» (s. 52, vår oversettelse). Og vi kan ikke på forhånd vite hvilken mening et symptom som panikkangst har innenfor rammen av pasientens fortidige og nåtidige relasjoner.

Behovet for en fri og utforskende relasjonell tilnærming til pasientens vansker vil således, slik vi ser det, være et kjernepunkt enten vi arbeider med relasjonsorientert psykodynamisk psykoterapi, eller ut fra en skjemafokusert kognitiv arbeidsform.

Per-Einar Binder  
Institutt for klinisk psykologi  
Universitetet i Bergen  
Tlf 55 58 90 90  
E-post per.binder@rbup.uib.no