

Et påtrengende fravær av følelser - mentalisering og kombinasjonsbehandling

Eivind Normann-Eide
psykologspesialist

Tone Normann-Eide
psykologspesialist, Nydalen DPS

Kombinert individual- og gruppeterapi står sentralt i nyere behandlingsmodeller for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Men hva er det ved kombinasjonsbehandlingen som gir terapeutisk effekt?

Av nyere behandlingsmodeller for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (PF) utmerker dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi seg med dokumentert behandlingseffekt (Bohus, 2004; Bateman & Fonagy, 1999, 2001). I begge behandlingsformene er kombinert individual- og gruppeterapi sentralt (Gunderson, 2007). Men hva er det ved en slik kombinasjonsbehandling som gir terapeutisk effekt? Ved å følge en kvinnes terapi, i lys av mentaliseringsbasert teori, får vi noen mulige svar.

Lone var i begynnelsen av 20-årene da hun første gang ble henvist til en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Søvnproblemer, tristhet, redsel og periodevis panikk når hun var alene, ble den gang beskrevet som hennes hovedproblemer. Hun var også nylig falt ut av arbeidslivet. Siden sen ungdomstid hadde hun levd i flere forhold preget av både psykiske, fysiske og seksuelle overgrep. Hennes nåværende samboer utsatt henne ikke for overgrep. Hun var imidlertid svært uttrykk på hvorvidt han var til å stole på, og det hun fortalte, vitnet om at hun kunne være svært dominerende og kontrollerende i samboerskapet. I perioder hadde hun slitt med spiseproblemer, og hun beskrev seg som engstelig og til dels redd nye mennesker. Hun hadde flere avbrutte terapiforsøk bak seg og var ustabil i sitt oppmøte. Til tross for sine uteblivelser fra timene uttrykte hun også redsel for å bli skrevet ut.

Lone viste et ambivalent mønster i forhold til å skulle forplikte seg i en behandlingsallianse, noe som kan forstås som en pendel som svinger mellom motsetningsfylte behov for nærhet (tilknytning) og behov for avstand (avgrensning). Relasjonelt har hun en sterk redsel for å være alene eller bli forlatt, noe som kommer til uttrykk gjennom hennes forsøk på å kontrollere at andre er der for henne. Men samtidig som Lone i sitt møte med andre signaliserer et behov for kontakt og oppmerksomhet, har hun også en frykt for eller en motstand mot å bli avhengig. Vi ser en sterk indre konflikt, der hun både har en svært lav toleranse for å være alene, og en redsel for nære relasjoner.

Det er mange forhold, både i og utenfor terapirommet, som kan bidra til at en overvinnet ambivalens til terapi. Et mulig bidrag fra vår side var at vi umiddelbart tematiserte denne ambivalensen med Lone. Vi etablerte forutsigbare rammer for behandlingen, med ukentlige timer til faste tidspunkter og med klare avtaler om hvordan vi forholdt oss ved eventuelle uteblivelser. Lone hadde selv et ansvar for å ta kontakt når hun uteble fra en time, noe som bidro til mestring når hun i økende grad forpliktet seg til våre avtaler. Én uteblivelse førte imidlertid ikke til at hun ble overlatt til seg selv, da vi kontaktet henne per telefon eller brev hvis hun uteble uten at vi hørte noe fra henne.

Underveis i terapien oppfordret individualterapeuten Lone til selv å undersøke egne følelser og tanker relatert til uteblivelser, hva som fikk henne til å ta kontakt på nytt, og hvorvidt hun selv opplevde seg som ambivalent. Sentralt i dette var at vi, uavhengig av de symptomer og diagnostiske antakelser som lå til grunn for henvisningen, fokuserte på terapirelasjonen, og at vi etablerte en klar første målsetting for terapien - stabilt og regelmessig oppmøte. Lone (og terapeuten) oppnådde som følge av dette økt forståelse for den frykt og ambivalens som gjorde det så vanskelig for henne å etablere nære relasjoner. Hun begynte etter dette å møte stabilt til timene sine.

I den første delen av behandlingen gikk Lone bare i ukentlig individualterapi. Her fortalte hun åpent om sin overgrepshistorie, og sin redsel for at nåværende samboer skulle forlate henne. Hun gav levende beskrivelser av ulike konfliktfylte og forvirrende relasjoner hun sto i, blant annet til sine egne foreldre. Hun fortalte også om hvordan hennes kontrollbehov medførte at hun hadde et overdrevent fokus på å ha orden inntil det perfekte rundt seg, noe som bidro til både mental og fysisk utmattelse. Lone beskrev at hun hadde sterke følelsesmessige reaksjoner på hendelser rundt seg. Når hun ble trist eller fortvilet, reagerte hun som regel med å trekke seg tilbake til «hulen sin», og hun var da også tilbøyelig til å skade seg selv. Var hun ute med samboeren, og denne snakket lenge med en venninne, kunne hun bli sjalu og reagere med å forlate stedet og oppsøke andre menn for å hevne seg. Hun kunne også reagere med et kraftig sinne i situasjoner hvor hun følte seg krenket, oversett eller urimelig behandlet, for eksempel når hun fikk kritikk for ikke å holde avtaler. Det terapeutiske fokus i terapien var å utforske og bekrefte Lones fungering og mestring i hverdagen, men også å få tydeliggjort hennes relasjonelle sårbarhet og på hvilken måte hun hadde oppmerksomhet på og toleranse for egen følelsesmessig aktivering. Det viste seg at Lone ofte skammet seg i ettertid over å miste kontrollen over sine egne følelser, men at hun der og da ble så overmannet av «en indre sprutende vulkan» som hun ikke klarte å finne et passende uttrykk for.

Et påtrengende fravær av følelser

Lone gav mange eksempler på hvordan hun i ulike situasjoner ble drevet av sine følelser, uten å klare å regulere disse på en hensiktsmessig måte. Hun søkte for eksempel ikke trøst når hun ble fortvilet, for slik å motvirke ensomhet, hjelpeløshet og tendens til selvskading. Irritasjon/sinne håndterte hun enten ved utagering eller tilbaketrekning, begge med påfølgende fortvilelse. Disse handlings- og følelsesmessige mønstrene forsøkte vi å jobbe med innledningsvis i terapien. Men til tross for at Lone virket trygg nok til at hun møtte regelmessig til timene, og dessuten beskrev sterke hendelser på en detaljert og til tider rystende måte, var det som om hun snakket om noe *utenfor seg selv*. Det kunne virke som om hun beskrev en bekjent, eller trykket på en båndspiller og lot båndet snakke for seg. Til tross for at Lone snakket om sterke følelsesmessige opplevelser, ble terapeuten stadig mer oppmerksom på at det lå et påtrengende fravær av følelser bak hennes forførende evne til verbalisering.

Et mentaliserende veivalg

Mentaliseringsbasert teori tilbyr etter vår oppfatning både presise beskrivelser av grunnleggende temaer hos mennesker med emosjonelt ustabil PF, og en terapimodell som gir mulighet for å håndtere de utfordringene pasienter som Lone har med affektregulering. Vi skal ikke gi noen full gjennomgang

av teorien, men heller gripe fatt i noen sentrale begreper som er aktuelle for våre kliniske erfaringer med Lone.

Affektregulering er vår evne til å differensiere mellom ulike følelser, å forstå meningsinnholdet i de ulike følelsesuttrykkene og å tilpasse disse til situasjoner og mellommenneskelige forhold. Adekvat affektregulering er derfor en grunnleggende sosial egenskap, hvor vi forholder oss til følelsesmessig belastning uten at vi impulsivt drives til risikoatferd, selvskading eller annen utagering, men heller ikke avsondrer oss fra følelsene gjennom en form for affektiv dissosiasjon.

Mentalisering er en egenskap som refererer til vår evne til å tenke om mentale tilstander og intensjoner i oss selv og andre (Bateman & Fonagy, 2004). Dette innebærer en evne til å oppleve oss selv og andre som indre styrte subjekter, der vi er sensitive for egne og andres følelser. Sagt litt annerledes handler det om en evne til å forstå andre innenfra og oss selv utenfra, i den forstand at vi prøver å forstå hvordan andre forstår oss (Skårderud & Karterud, 2007). Mentalisering betraktes som en utviklingspsykologisk og relasjonelt sett helt grunnleggende evne til å forstå og tolke menneskelig atferd (inkludert sin egen) som både subjektiv, intensjonell og meningsbærende. Under trygge tilknytningsbetingelser vil evnen til mentalisering normalt sett utvikles gradvis i barnets 2.-3. leveår (Fonagy et al., 2002). Ved mangelfullt utviklet evne til mentalisering vil barnet i større grad bli værende i, eller veksle mellom, to psykologisk kontrære tilstander, psykisk ekvivalens og forestillingsmodus (pretend mode) (ibid).

Psykisk ekvivalens refererer til en tilstand der den indre verden oppleves som helt lik den ytre. Dette kan oppleves som emosjonelt overveldende eller kaotisk, og gi en følelse av å miste seg selv. I denne tilstanden er det vanskelig å skille meg (subjekt) fra verden (objekt), og en vil ha problemer med å se andres intensjoner, reaksjoner og handlinger fra flere ulike perspektiver. Psykisk ekvivalens innebærer at en mister opplevelsen av at man betrakter verden fra en subjektiv synsvinkel, men forholder seg til ytre hendelser og andres atferd som uttrykk for objektive sannheter. Lones følelsesmessige drevethet av sjalusi, der det for henne fremstod som både sant og sikkert at kjæresten nå ville svikte henne, er et eksempel på dette.

Forestillingsmodus viser til en psykisk tilstand som er frakoblet både den ytre fysiske realitet og den indre psykiske realitet. Personen vil føle seg nummen, fjern eller på siden av seg selv. I klinisk sammenheng kan dette forstås som en adaptiv respons på u håndterbare og uforutsigbare tilknytningsrelasjoner, eller som en reaksjon på alvorlige krenkelsener som vold og overgrep. I denne tilstanden er personen ikke lenger «koblet til» verden. Denne modusen er derfor gjerne forbundet med ensomhet, tomhet, fremmedgjøring og manglende tilhørighet. I ytterste konsekvens kan den vise seg som dissosiative forstyrrelser og en avspaltning mellom kognisjon og følelser. Både ved psykisk ekvivalens og forestillingsmodus er altså evnen til å mentalisere sterkt redusert, og evnen til å forholde seg til seg selv og andre er forstyrret.

Lones måte å forholde seg på til følelser i individualterapien kan forstås som et uttrykk for forestillingsmodus. Hun er verbalt sterk, og snakker uanfektet om sterke hendelser. Terapeuten ble derfor umiddelbart forført av det som lignet et godt vokabular og refleksjonsnivå. Men her oppstår også problemet: *Hyppig forekomst av forestillingsmodus i terapi vil kunne forhindre endring.* Som Bateman og Fonagy formulerer det:

«Therapy» can go on for weeks, months, sometimes even years, in pretend mode of psychic reality, where internal states are discussed at length, sometimes with excessive detail and complexity yet no progress is made, and no real understanding is experienced (Bateman & Fonagy, 2004, s. 70).

Det er her kombinasjonsmodellen kan hjelpe oss. Gjennom å kombinere individualterapi og gruppeterapi kan det aktivt jobbes med en større integrering av de to psykiske tilstandene. Når

pasienten utsettes for sterke, men nødvendige følelsesmessige erfaringer i gruppen, vil han/hun kunne jobbe med erfaringene i individualterapien. Slik kan pasienten få et eieforhold til, og en økt toleranse for, egne, subjektive opplevelser.

Hvorfor kombinasjonsbehandling?

Kombinasjonen av individuell og gruppebasert behandling regnes som særlig egnet når i) pasienten ikke kommer opp med relevant materiale i individualterapien, ii) interpersonlige problemer anses som kjerneproblematikken hos pasienten, men vanskelig lar seg aktivere eller jobbes med i individualterapien, iii) individualterapien viderefører og integrerer de prosessene som er igangsatt i gruppen, og vice versa, og iv) når pasientens dynamikk vekker opp vanskelige motoverføringer i terapeuten (Rutan & Alonso, 1982).

Det finnes samtidig innvendinger mot å jobbe slik: i) Pasienten kan devaluere gruppen ved å ta opp de viktige temaene i individualterapien, slik at pasienten i gruppeterapien forteller at «dette jobber jeg med i individualterapien». Det omvendte kan også skje, slik at individualterapeuten blir avvist med at «dette jobber jeg med i gruppen». Slik kan den ene arena bli en gjenstand for ensidig idealisering, mens den andre blir devaluert. ii) Noen gruppepasienter går i kombinasjonsbehandling, mens andre ikke gjør det, noe som kan skape problemer i form av sjalusi som resultat av forskjellsbehandling. iii) Gruppeterapeutene får mindre kjennskap til pasienten når de ikke snakker med pasienten individuelt, slik at enkelte temaer forblir «taus kunnskap» forbeholdt individualterapien.

Om de involverte terapeutene ikke har en felles forståelse av så vel pasientens behandlingsbehov som hverandres terapiformer, kan de ovennevnte punktene skape problemer. Det er derfor en forutsetning at terapeutene samarbeider og drøfter den enkelte pasients behov. Både gruppeterapeuter og individualterapeuter må være klar over at hver terapiform endres når pasienten kombinerer de to. *Det vil si at en individualterapeut må forholde seg annerledes i individualterapien dersom pasienten også går i gruppeterapi, noe som også gjelder gruppeterapeutene i gruppeterapi.* For eksempel kan individualterapeuten aktivt jobbe med hvordan pasientens grunnleggende temaer utspiller seg i gruppen, samt utfordre pasienten til å bringe grupperelaterte temaer tilbake til gruppen. Ellers kan pasienten fort skjule viktig erfaring og informasjon hos individualterapeuten. Tilsvarende bør man i gruppen undersøke hvordan pasienten forholder seg til sin individualterapeut. Dersom pasienten for eksempel føler seg skuffet eller sviktet, kan gruppen brukes som refleksjonsarena. Slik bidrar gruppen til at pasienten våger å ta opp vanskelige temaer med individualterapeuten, noe som igjen øker sannsynligheten for at pasienten får korrigert sine forestillinger om terapeuten, og med det unngår drop-out. Ved idealisering/devaluering bør terapeutene drøfte innholdet i dette, eventuelt møtes sammen med pasienten for der å invitere denne til å reflektere rundt opplevelsen av de ulike terapiformene. Ved denne formen for samarbeid øker sannsynligheten for at pasienten selv beholder ansvaret for å bære og håndtere problemene sine på den aktuelle behandlingsarenaen.

Lone begynte i ukentlig gruppeterapi, kombinert med individualterapi, etter omtrent ett år i behandling. Hun var vel forberedt, og møtte stabilt fra første gruppemøte. Hendelsen vi her refererer til, skjedde etter noen måneder i gruppen. Det ble klart på dette tidspunkt at enkelte av gruppens medlemmer møttes regelmessig også utenfor gruppeterapien. Samtidig begynte et annet gruppemedlem å utebli fra terapien. Etter vanlig rutine innkalte gruppelederne den dette gjaldt, til en avklarende samtale. Hun fortalte da at hun hadde fått et problematisk forhold til Lone i kjølvannet av at disse hadde kontakt utenom gruppen, en kontakt de ikke hadde tematisert i gruppeterapien. Gruppemedlemmet ble sterkt oppfordret til å møte på neste gruppemøte, for der å ta dette opp med

Lone og resten av gruppen. Noe hun også gjorde. Lones umiddelbare reaksjon var at hun følte seg «dolket i ryggen» av gruppelederne, som «tydeligvis hadde oppfordret» det andre gruppemedlemmet «til å ta» henne i gruppemøtet. Lone reiste seg og forlot gruppemøtet, med lovnad om at hun ville slutte i gruppeterapien. Etter gruppemøtet tok gruppelederne kontakt med Lones individualterapeut og informerte om hendelsen. Terapeutene ble her enige om hvordan de skulle forholde seg til det som var skjedd. Ettersom Lone skulle ha en individualtime før neste gruppemøte, ble de enige om å avvente for å se om hun møtte til denne timen. Lone møtte og virket rolig, selv om hun beskrev sinne og skuffelse over gruppelederne, som etter hennes oppfatning hadde sviktet henne. Hun beskrev hvordan hun skammet seg over å ha «mistet kontroll på følelsene i gruppen», og hun ønsket fortsatt å slutte i gruppeterapien. Individualterapeuten fokuserte både på å bekrefte Lones reaksjoner, og på å forstå disse i sammenheng med hennes generelle frykt for å bli sviktet. Gruppeterapeutenes handlinger også ble vurdert ut fra ulike perspektiver. Kunne det være andre grunner til at de hadde gjort det slik de gjorde? For kanskje de ikke var ute etter å ta noen? Kanskje de mente henne vel? Underveis betonte individualterapeuten betydningen av at Lone møtte til neste gruppemøte, og at hun der fortalte om hvordan hun hadde opplevd denne hendelsen. Til sist tok Lone et ansvar for at hun ikke hadde informert gruppen om kontakten hun hadde hatt med det andre gruppemedlemmet. Lone var fortsatt ikke overbevist om at gruppelederne ikke var ute etter henne, men møtte like fullt på neste gruppemøte, der hun fortalte om sin opplevelse av hendelsessekvensen. Dette åpnet for å se ett av Lones grunntemaer, knyttet til avvísning og problemer med å regulere følelser, i sammenheng med gruppeprosessen. Lone fikk i dette gruppemøtet en svært viktig erfaring i form av å forholde seg til en konflikt som for henne virket helt uløselig. Som følge av at hun gikk tilbake til gruppen, fikk hun også erfare at de andre i gruppen hadde tålt hennes utbrudd, og at hennes forestillinger om terapeutenes intensjoner ikke stemte. I denne hendelsessekvensen synliggjorde Lone et godt skjult, men like fullt sentralt reaksjonsmønster. Fremfor å avslutte gruppeterapien begynte hun her å jobbe med temaer som i hennes liv hadde skapt store intra- og interpersonlige problemer.

Det er viktig å understreke at evnen til mentalisering ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse varierer som en funksjon av interpersonlig kontekst. Det er spesielt når tilknytningen oppleves som truet, at evnen til mentalisering svekkes (Fonagy & Bateman, 2006). I terapi kan dette skje ved at pasienten forestiller seg et kommende relasjonsbrudd, for eksempel aktivert ved terapeutens forsentkomning, sykdom, avlysning av avtaler, eller som i Lones tilfelle, når hun føler seg sviktet av terapeutene. Dette kan resultere i kraftige og uforutsigbare endringer i pasientens følelsesmessige og mentale tilstand, hvor evnen til mentalisering svekkes. Når pasienten har etablert følelsesmessige bånd (tilknytning) til terapeuten, bør terapeuten derfor være ekstra oppmerksom på at små (avvisende) hendelser kan bidra til at pasienten går inn i tilstander av psykisk ekvivalens eller forestillingsmodus. Begge tilstander øker sannsynligheten for at pasienten lukker for videre terapeutisk arbeid, ikke møter som avtalt, eller dropper behandlingen helt. Lones første reaksjon bærer nettopp preg av psykisk ekvivalens, der hennes subjektive forståelse av det som skjer («de er ute etter å ta meg») blir lik den objektive virkeligheten. Typisk for en slik situasjon er at hun ikke ser gruppeledernes gode intensjoner, hvorpå hennes evne til å regulere følelsene reduseres umiddelbart.

Et gryende nærvær av følelser

I mentaliseringsbasert behandling anbefales det å smi mens jernet er lunkent (Bateman & Fonagy, 2007). Det betyr å jobbe med en situasjon og opplevelse når følelsene er merkbare, men regulerbare. Som eksempelet tyder på, kan Lone i gruppeterapien, ofte uten å intendere det, agere med følelser hun

ellers ikke tillater seg å kjenne på. Dette gjør gruppeterapien til en arena hvor hun utsettes for følelser hun i individualterapi har hatt problemer med å oppleve. Det å utsettes for slike reaksjoner, uten særlig bevissthet om og kontroll over det som skjer, kan imidlertid være vanskelig å tåle etterpå. Som vi ser, var Lone også preget av mye skam etter at hun agerte med sinne i gruppeterapien. Individualterapien blir derfor en viktig arena for både bekreftelse, undersøkelse og refleksjon knyttet til slike erfaringer i gruppeterapien, og hun får her forberedt seg på å returnere til gruppen. På denne måten bidrar individualterapien til at Lone relativt trygt kan utsette seg for det gruppeterapien setter i gang av følelser. Begge arenaer gir dermed en åpning for å jobbe med regulering av følelser hun tidligere i terapien kun hadde snakket om *som om* de var til stede i rommet.

Lone går fortsatt i behandling, og livet er på ingen måte rolig og følelsesmessig stabilt. Hun har imidlertid færre episoder hvor hun isolerer seg eller utsetter seg selv for uhensiktsmessige handlinger. Hun regulerer også følelsene sine på en mer funksjonell måte, for eksempel ved å henvende seg til samboer, gruppe eller terapeut når hun er trist, med ønske om trøst og støtte fremfor at hun isolerer seg. Lone er nå også delvis yrkesaktiv, noe som er viktig for hennes videre utvikling. En kan så spørre om ikke Lone ville hatt en tilsvarende progresjon om hun kun hadde fortsatt i individualterapien. Det er selvsagt en mulighet for det. Vår erfaring er like fullt at Lone etter å ha begynt i kombinasjonsbehandling har oppnådd en økende bevissthet om egne følelser, hun mentaliserer stadig bedre ved følelsesmessig aktivering, og hun har oppnådd en langt bedre evne til affektregulering. Kombinasjonen hviler imidlertid på en tett, åpen og respektfull dialog mellom terapeutene, og selvsagt: et avklart forhold til pasienten om dette. Gitt de rette betingelsene vil kombinasjonsbehandling både utfylle og forsterke individualterapiens og gruppeterapiens potensial.

Nordre Vestfold DPS
Avdeling Tønsberg
Ørsnesalleen 14
3120 Nøtterøy
Tlf. 971 66 795
E-post eivind.normann@piv.no