

# På sporet av den tapte diagnose

Gunhild Kulbotten

tillitsvalgte ved Sykehuset Innlandet

Gunhild.Rindal.Kulbotten@sykehuset-innlandet.no

**Hvor ble hysteriet av? Nyere psykodynamisk teori om symptomer som kommunikasjon gir den avlagte diagnosen fornyet aktualitet.**

Hva er vel mer på sin plass i et temanummer om diagnoser enn et essay om hysteri, lidelsen som har vært kjent siden antikken, og som dannet grunnlaget for psykoanalysen, men som siden er forsvunnet fra diagnosemanualene? Selv om det ikke lenger er en offisiell diagnose, er mange klinikerne enige om at fenomenet finnes. En kasuistikk illustrerer at diagnosen fortsatt har relevans som forståelsesramme og kommunikasjonsform i en terapeutisk relasjon, her sett i lys av nyere psykodynamisk teori.

## Fra Freud til Fride

På attenhundretallet var hysteri en utbredt lidelse. Det var disse pasientene som inspirerte Freuds teorier om patogenese og behandling. Breuer og Freud søkte i «Studien über Hysterie» (1895) å finne en *psykologisk* forklaring på hysteri. Freud fant at hysteri besto av en ødipal konflikt som fortrennes, men som kommer til syne igjen som konversjonssymptomer. Den indre konflikten viser seg som et fysisk symptom, for eksempel et hosteanfall, som i neste omgang kanskje er det pasienten søker hjelp for. Fra femtitallet forsvant diagnosen gradvis. Den var så omtrentlig definert og ble så tilfeldig brukt at den ble meningsløs (Easser & Lesser, 1965). Diagnosen ble fjernet fra DSM i 1980.

Hundreårsjubileet for «Studien über Hysterie» har imidlertid foranlediget mange bøker og artikler som oppsummerer hysteriets historie, og som igjen aktualiserer diagnosen i en tid da mange terapeuter opplever at symptomdiagnosene kommer til kort. Ifølge Bollas (2000) gjenkjenner vi ikke lenger hysteripasienter, men feildiagnostiserer dem med lidelser som emosjonelt ustabil, multippel eller narsissistisk personlighetsforstyrrelse, anoreksi, rusmisbruk, schizofreni eller som utsatt for seksuelle overgrep. Andre mener å gjenfinne hysteri i posttraumatisk stressforstyrrelse (Yovell, 2000) eller psykosomatiske lidelser (Mitchell, 2000). Kanskje er det igjen på tide å søke symptomenes psykologiske forklaring?

### *Kanskje er det igjen på tide å søke symptomenes psykologiske forklaring?*

Fride har fått mange av de ovennevnte diagnosene. Ingen av dem hjalp meg å forstå den indre konflikten som etter hvert har stått frem som essensen i hennes lidelse. Da Fride ble henvist DPS, kom hun først til en psykiater og fikk diagnosen bipolar lidelse. Hun hadde tilsynelatende god effekt av stemningsstabiliserende medikasjon og skulle avslutte behandlingen. Fride begynte da å skade seg, og diagnosen ble endret til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. På grunn av selvmordsfare ble hun innlagt ved min arbeidsplass og traff meg idet jeg var i ferd med å avslutte en traumeutdanning. Uten antydning til dette i tidligere anamnese fortalte Fride plutselig om en svært traumatisk barndom. Senere i behandlingsforløpet fikk hun en fastlege med mange anorektiske pasienter, og nå ser hun langt på vei ut til å ha utviklet en spiseforstyrrelse.

I dag finnes neppe én allment akseptert definisjon på hysteri. Hysteri varierer med tid og sted og samsvarer med forventningene til det sosiale miljøet eller terapeuten (Halberstadt-Freud, 1996). For

eksempel er lammelsene, som var vanlige på Freuds tid, i dag erstattet av symptomer som uforklarlig tretthet, kvalme og lignende. Dette gjør hysteridiagnosen lite egnet for diagnosemanualer hvor man teller spesifikke symptomer. Lidelsen kan heller ikke defineres ut fra etiologi. Freuds forførelsesteori er for lengst forkastet – av ham selv – og en rekke andre forklaringer er lansert. Mange mener imidlertid at kjernen i hysteribegrepet er knyttet til konflikter omkring seksualitet og kjønnsidentitet (Yarom, 1997).

Kan en forståelse av samspillet mellom konflikt, forsvar og symptomer slik dette utspiller seg i overføringen, være mer nyttig i forsøket på å hjelpe og forstå pasienter som Fride, enn ensidig vektlegging av symptomer?

## Konflikt: Overføring preget av fusjonsbegjær

Hysteri karakteriseres av typiske overførings- og motoverføringsreaksjoner (Chasseguet-Smirgel i Laplanche, 1974; Bollas, 2000; Britton, 1999). Ofte ses et ønske om å forbli i behandling bestandig, som om terapien i seg selv er målet. Bollas (2000) kaller disse pasientene «transference addicts». Fride er også stadig redd for at ledelsen skal pålegge meg å avslutte behandlingen hennes. Hysteri er en egen lidelse, som skiller seg fra emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, nettopp med hensyn til disse overføringsog motoverføringsmekanismene, hevder Bollas. Pasientene søker terapeutens sympati og ønsker å smelte sammen med denne. Slik oppnår de vedvarende støttesamtaler, mens det ville vært mer fruktbart å analysere de grunnleggende hysteriske mekanismene. Allerede Freud (Breuer & Freud, 1895; Freud, 1905) påpekte nødvendigheten av å analysere overføringen for å lykkes i terapi med disse pasientene.

Flere (Bollas, 2000; Britton, 1999; Green, 1997; Lionelles, 1986) fremhever disse pasientenes sjarmer og ønske om å vinne terapeutens kjærlighet og bifall, samt terapeutens ønske om å hjelpe dem. Dette skjer gjerne ved pasientens forførende væremåte, som får terapeuten til å kjenne seg spesielt betydningsfull, noe som igjen kan medføre en ubevisst, gjensidig beundring. Terapi kan synes gratifiserende fordi det innebærer en intim relasjon, men uten sex. Fortrengte konflikter knyttet til kjønn og seksualitet gjør at pasienten lett føler seg brukt i forbindelse med moden seksuell aktivitet i et parforhold (Laplanche, 1974). Frides lege nevnte problemer i forhold til ektemannen i henvisningen, men dette unngår hun behendig å snakke om. Derimot hentyder hun stadig til sin bifile fortid og anstrenger seg iherdig for å få meg til å føle meg spesielt viktig.

Jeg får ofte en følelse av at Frides ønske med terapien er å oppnå en slags fusjon mellom oss. Bollas (2000) ser ønsket om å få omsorg og bli som et barn og ett med mor igjen som sentralt i hysteri. Han mener pasientene er opptatt av å bevare sin uskyld, ser seksualitet som ødeleggende, misliker modning og frykter suksess i voksenlivet fordi det skiller dem fra mor. Anorektiske symptomer, som Fride fikk etter å ha jobbet med forholdet til mor, blir det mest radikale uttrykket for å ville reversere modningsprosessen. Fride er resurssterk og kreativ, men har aldri fullført noen utdanning. Å skulle utfolde seg sosialt eller på jobb over tid synes å virke truende. I stedet føler hun at hun må legge bånd på seg og være slik hun tror ektemannen vil hun skal være.

## Forsvar: Terapien – og livet – blir et spill

Et annet særtrekk er den falske «pretend mode» med dramatiserende utagering og iscenesettelser. Pasienten kan dikte opp spennende fortellinger i håp om å få oppmerksomhet, kjærlighet og beundring. Bollas mener pasientene har et spesielt talent for å identifisere seg med og etterligne

ulike lidelser de oppdager at terapeuten er interessert i. Frides lidelser skiftet også ettersom hun fikk nye behandlere. Lacan hevder at «hysterikere skaper seg til en figur de tror vil vekke den andres oppmerksomhet, interesse, fasinasjon, tilknytning eller kjærlighet, og at de annekterer den andres ønske ved å identifisere seg med det» (i Guttman, 2006). I terapien med Fride kunne jeg ofte føle meg hensatt til «Tusen og én natt» når jeg stadig fikk servert nye historier og symptomer som tok fokus vekk fra den underliggende konflikten og gjorde avslutning av terapien umulig.

Terapirommet er utvilsomt blitt en viktig scene hvor Fride overdriver og spiller ut sine følelser for at jeg skal forstå at de er viktige, samtidig som hun selv tar avstand fra dem. Ofte smiler hun og virker likegyldig til de alvorlige tingene hun tar opp, men hvis jeg påpeker dette, blir hun overrasket og spør «Å, gjør jeg det?». Denne likegyldigheten, «belle indifference», og evnen til å snu på flekken etter en dramatisk scene, som om ingenting er hendt, er karakteristisk for disse pasientene. En frykt for katastrofe skaper både utagering og en fullstendig benektelse av problemer. Denne frykten gjør at mange fremstår som tilsynelatende likegyldige.

Det er imidlertid ikke bare det som stilles til skue, «mise en scène» (Laplanche, 1974), som har noe forestilt ved seg. Bromberg (1996) beskriver «hysterikeren som en som går gjennom livet og prøver å være den han virkelig er», men uten å føle at han lykkes med det. Ifølge Bromberg skaper andres mistro med hensyn til hvor de til enhver tid har ham, angst, og han vil ofte insistere på at følelsene hans er virkelige og genuine. Andre klager gjerne på at han ikke virker ekte og oppriktig, noe som får ham til å dramatisere følelsene sine enda mer. Mange av Frides interpersonlige problemer synes å ha sin rot i dette mønsteret.

Flere hevder at disse pasientene utvikler et falskt selv ved å tilegne seg en annens virkelighet som om den var deres egen (Guttman, 2006), og at de lever vikarierende gjennom andre mens det ekte selvet får minimal betydning (Brenman, 1985). Lionells (1986) mener pasientens indre selv er relativt uformet og uintegret, og at selv og andre forblir diffuse figurer i vedvarende interaksjon, men ikke i genuin relasjon. Bollas (2000) hevder at den fortrenkte konflikten stammer fra morens manglende aksept av barnets gryende seksualitet. Dette tvinger barnet til å benekte denne og bli det mor ønsker. Slik erstatter identifikasjoner og et falskt selv autentisk seksualitet. Fride forteller hvordan hun opplevde dette som veldig vanskelig i tenårene og etter hvert løste det med å bli guttejente uten kjærester og senere bifil.

Fride har etter hvert sluttet å utagere med selvskadning. Men å lide ser fortsatt ut til å være hennes lidenskap og noe hun utførlig forteller meg at hun gjør på mange måter. Å lide blir ifølge Bollas (2000) en måte å gripe og holde fast i terapeuten på. Å bli forstått føles som å miste dette grepet på terapeuten. Timene med Fride kunne ofte kjennes som en maktkamp hvor hun prøvde å kontrollere meg og fikk meg til å føle meg hjelpeløs. Ettersom ageringsrommet har blitt mindre, klager hun over at det er vanskeligere å gå i terapi. Ikke minst når jeg i større grad konfronterer henne og prøver å få henne til å reflektere over seg selv fremfor å spille sine ulike roller. Hun er seg nå bevisst at hun gjør dette, men ikke hvorfor. Det er som om hun mangler selvintegrering, er et individ uten et fast selv, men med mange «som-om» personlighetstrekk.

## I fantasiens verden

Mange fremhever «make-believe»-atmosfæren slike pasienter skaper i terapi og i livet ellers (Yarom, 1997). Virkeligheten erstattes av fantasier, særlig når det gjelder seksualitet og forholdet mellom kjønnene. Fantasien beskytter ego, tilfredsstillende seksuelle impulser og behov gjennom ønskeoppfyllelse og får pasienten til å føle seg mindre hjelpeløs (Green i Laplanche, 1974). Ifølge Brenman (1985) er hysteri basert på ønsketenkning, benekting av både den indre og den ytre verdens realitet og

identifikasjon med et fantasiobjekt. En av Frides yndlingsfantasier er at vi skal være venner, drikke kaffe sammen, og at jeg skal komme på besøk og se hvor fint hun har det hjemme. Guttman (2006) mener at uakseptable fantasier byttes ut med konversjonssymptomer som kan tolereres, men som er forvrengte, overdrevne, skadelige og ineffektive. Fantasien har dermed en dobbelt funksjon: ønskeoppfyllelse og å romme vanskelige følelser.

## Symptom: Å snakke med kroppen

Fride har flere somatiske symptomer. I en lang periode insisterte hun på at vi måtte ha vinduet åpent, da hun ellers fikk forferdelige hosteanfall. Jeg er også tilbøyelig til å anse selvskadingen hennes og de plutselige «psykotiske» forestillingene hun i stor grad har erstattet denne med, samt spisevegringen, som konversjonssymptomer, noe hun tyr til når jeg kommer henne for nær, eller når hun holder på å forstå seg selv. Hun plasserer symptomene mellom oss, og med sin alvorlighet avleder de begges oppmerksomhet fra det vi snakket om, eller de hindrer ny innsikt.

Til tross for at konversjonssymptomer ikke lenger har en selvskreven plass i hysteri, er det fortsatt mange som ser dem som en vesentlig del av lidelsen. Laplanche (1974) mener fokus bør være på konversjonssymptomenes relasjonelle aspekter. De kan blant annet forstås som kommunikasjon ved hjelp av kroppen. Ifølge Rupperecht-Schampera (1995) forekommer konversjonssymptomer særlig når pasienten føler mer nærhet til terapeuten. Nærhet virker truende. Det fysiske symptomet leder begges oppmerksomhet bort fra deres indre verdener over på kroppen. Samtidig gir de fysiske fornemmelsene en betryggende følelse av å være intakt når pasienten opplever angst for fragmentering.

Yarom (1997) vektlegger hvordan pasienten bruker symptomer og handlinger til å uttrykke seg, men også til å agere fremfor å huske og forstå. Fride bruker de kroppslige symptomene til å uttrykke noe hun ikke kan si med ord, som når hun får fjernhetsanfall og motoriske forstyrrelser mot slutten av en time i stedet for å si hvor mye hun føler hun trenger meg – ikke bare som terapeut. Samtidig skammer hun seg over å være den hun er og over ønsket om å bli sett og få oppmerksomhet og omsorg. Det kan virke som at symptomene gjør slike ønsker og behov mer legitime. Å tre inn i en rolle der hun blir sett og får oppmerksomhet og omsorg i en fantasirelasjon, gjør at hun slipper skammen over ikke å få det i det virkelige livet.

Oppsummert fremstår Freuds forståelse av hysteri som sammensatt av tre deler: konflikt, forsvar og symptomer, fortsatt som aktuell (Laplanche, 1974; Yarom, 1997; Riesenberg-Malcom, 1996). Kanskje er det en forutsetning at de tre delene må inkluderes for at begrepet i det hele tatt skal gi mening. En annen forutsetning synes å være en interpersonlig relasjon, en motspiller eller iallfall en mottaker. Lidelsen blir meningsløs i et sosialt vakuum. Konflikten synes å handle om et udefinert selv med hensyn til hvem man er, hva man føler, hva man har opplevd, og hvem man tror andre vil man skal være. Dette synes å skape en avhengighet av den andre som et slags hjelpejag som skal ta imot, men ikke egentlig forholde seg til, alt det man selv ikke orker å kjenne.

*Med en fornemmelse for hysteri er det enklere å fange opp at pasienten ikke nødvendigvis er ute etter endring, men selve terapirelasjonen, terapeutens sympati og oppmerksomhet*

## Den gjenfunne diagnose

Kanskje er det hysteri som egentlig plager Fride? For meg har dette i alle fall vært en mer fruktbar tilnærming enn å prøve å presse henne inn i en traumeforståelse eller å se henne som emosjonelt ustabil. For Fride ga det ingen mening å trene på stabiliseringsteknikker og søke symptomlette. Det førte bare til at hun ikke følte seg hørt og forstått. Symptomene er språket hennes og ikke noe som umiddelbart kan fjernes. Like lite fruktbart var det å undersøke hvorfor hun plutselig ble sint, trist, livredd eller suicidal, eller å prøve å regulere disse følelsene. Nyttigere var det å forstå hvorfor hun viser meg alt dette, og å spørre hva hun tror det gjør med meg. Ved å fokusere på relasjon, overføring og motoverføring kommer hun av og til emosjonelt nær viktige grunntemaer, særlig i forhold til mor. Men Fride plasserer fortsatt disse følelsene i dagens virkelighet; det er *meg* hun devaluerer og er sint på, og det er *meg* hun ønsker å smelte sammen med i et symbiotisk forhold, ikke meg som et symbolsk morsobjekt.

Burde hysteri bli en diagnose igjen? Og i så fall i hvilken form? Yarom (1997) påpeker at hvis hysteri dissekeres som i DSM, eller avseksualiseres som i egopsykologi eller objektrelasjonsteori, eller ikke brukes i det hele tatt, mister man viktig underliggende psykodynamikk og overførings- og motoverføringstemaer. Og det er kanskje i forhold til overføring og motoverføring vi har størst nytte av begrepet i dag.

En generell kritikk mot de som skriver om hysteri i våre dager, synes å være at de blir overinklusive. Når man først blir oppmerksom på fenomenet, ser man det overalt. Det er lett å bli forført. Vi skulle kanskje forbeholde det for de pasientene som utfordrer oss mest faglig og menneskelig. Kanskje dreier det seg heller ikke om en egen lidelse, men om trekk som gjenfinnes hos mange pasienter.

Med dagens fokus på effektiv behandling i form av rask symptomlindring er det lett å overse hva pasienten kommuniserer med symptomene sine. Med en fornemmelse for hysteri er det enklere å fange opp at pasienten ikke nødvendigvis er ute etter endring, men selve terapirelasjonen, terapeutens sympati og oppmerksomhet.

## Referanser

- Bollas, C. (2000). *Hysteria*. London: Routledge.
- Brenman, E. (1985). Hysteria. *International journal of psychoanalysis*, 66, 423–432.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895/1981). *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Britton, R. (1999). Getting in on the act: the hysterical solution. *International journal of psychoanalysis*, 80, 1–14.
- Bromberg, P. M. (1996). Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited. *Psychoanalytic dialogues*, 6, 55–71.
- Easser, B. R. & Lesser, S. H. (1965). Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanalytic quarterly*, 34, 390–405.
- Freud, S. (1905/2007). *Bruddstykker av en hysterianalyse*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Green, A. (1997). Chiasmus: prospective-borderlines viewed after hysteria: retrospective-hysteria viewed after borderlines. *Psychanalysis in Europe: Bulletin of the European Psychoanalytical Federation* 48, Spring 1997.
- Guttman, S. R. (2006). Hysteria as a concept: A survey of its history in the psychoanalytic literature. *Modern psychoanalysis*, 31, 182–228.

- Halberstadt-Freud, H. C. (1996). Studies on hysteria one hundred years on: a century of psychoanalysis. *International journal of psychoanalysis*, 77, 983–996.
- Laplanche, J. (1974). Panel on «Hysteria today». *International journal of psychoanalysis*, 55, 459–469.
- Lionelles, M. (1986). A reevaluation of hysterical relatedness. *Contemporary psychoanalysis*, 22, 570–597.
- Mitchell, J. (2000). *Mad men and medusas: Reclaiming hysteria*. New York: Basic books.
- Riesenberg-Malcom, R. (1996). «How can we know the dancer from the dance?»: Hyperbole in hysteria. *International journal of psychoanalysis*, 77, 679–688.
- Rupprecht-Schampera, U. (1995). The concept of «early triangulation» as a key to a unified model of hysteria. *International journal of psychoanalysis*, 76, 457–473.
- Yarom, N. (1997). A matrix of hysteria. *International journal of psychoanalysis*, 78, 1119–1134.
- Yovell, Y. (2000). From hysteria to posttraumatic stress disorder: Psychoanalysis and the neurobiology of traumatic memories. *Neuropsychoanalysis*, 2, 171–181.