

Motstand som intrapsykisk og interpersonlig fenomen

Marit Berge Jensen og Erik Stänicke

Motstand som intrapsykisk og interpersonlig fenomen

Motstand er et tvetydig begrep. Forståelse av fenomenets funksjon for den enkelte og i den terapeutiske relasjonen er en viktig del av endringsprosessen.

At pasienter søker hjelp samtidig som de motsetter seg endring, er et fenomen som er beskrevet alt før samtaleterapi ble utviklet (Leahy, 2001). Sigmund Freud fremmet at mentale lidelser er forårsaket av indre konflikter i pasientens psyke, ofte ubevisste for pasienten selv. Som en følge av dette mente Freud at motstand til terapeutisk endring i liten grad var viljestyrt. Han mente at fenomenet motstand, med sin konfliktfylte natur, uttrykte *kjernen* i pasientens lidelser (Leahy, 2001). Det var selve oppdagelsen av motstandsfenomenet, spesielt i overføringen, som ledet til Freuds første dynamiske reformulering av sitt synspunkt, til utviklingen av teorier om psykisk forsvar, og til den strukturelle modellen.

Motstandsfenomenet antas å spille en sentral rolle i terapiprosessen, og flere empiriske studier har understøttet dette (se f.eks. Callahan, 2000; Graff & Luborsky, 1977; Hara, Westra, Constantino & Antony, 2016; Patton, Kivlighan, & Multon, 1997). Vi ser også at de fleste terapeutiske retninger beskriver klienter som hindrer egen behandlingsfremgang, selv om begrepsbruken varierer (Leahy, 2001). Innenfor psykoterapiretninger inspirert av psykoanalytisk teori er motstandsbegrepet drøftet som sentralt for å få til varig endring, for eksempel i ISTDP (Abbass, 2015), men også diskutert som bedre forstått som en relasjonell utprøving, som i kontroll-mestringsteori (Rappoport, 2002). Noen enighet om hvordan man skal forstå, konseptualisere eller håndtere fenomenet på tvers av terapeutiske retninger, finner vi imidlertid ikke: «Resistance to change is a central concept in psychotherapy, but its nature and role in the change process are not well understood. Given this, our ability to work with resistance in psychotherapy is limited» (Engle & Arkowitz, 2008, s. 390).

Motstand i overføringen blir således ikke noe som må bekjempes, tvert imot gir motstand terapeuten et innblikk i det indre liv til den enkelte.

Det er liten tvil om at fenomenet er sentralt i det daglige terapeutiske arbeidet, og at forståelsen og håndteringen av motstand er i kjernen av den psykoterapeutiske prosessen. Det er imidlertid en vanskelig oppgave å beskrive, definere og illustrere motstand; en oppgave som krever at man vurderer og går gjennom hele den terapeutiske praksis (Blatt & Erlich, 1982).

I dette bidraget trekker vi frem noen sentrale utdrag av diskusjonen og tvetydighetene som foreligger i forståelsen av motstandsbegrepet i dag, både i psykoanalytisk litteratur og i terapiretninger utenfor den psykoanalytiske og dynamiske tradisjon. Særlig vektlegges det vi oppfatter som en

gjennomgående og mer overordnet problemstilling: om motstand forstås som et interpersonlig eller intrapsykisk fenomen. Etter en innledende innføring i Freuds motstandsbegrep vil vi kort redegjøre for hvordan motstandsbegrepet forstås utenfor den psykoanalytiske og dynamiske litteraturen. Deretter introduserer vi noen hovedmomenter ved den relasjonelle vendingen i psykodynamisk tenkning, med vekt på utviklingen fra et driftsperspektiv til objekt-relasjonsperspektiv. Samlet danner dette bakgrunn for den videre diskusjonen omkring motstand som et intrapsykisk eller interpersonlig fenomen.

Freuds motstandsbegrep

Den psykoanalytiske tradisjonen ble tidlig opptatt av fenomener som fungerte som distraksjoner i behandlingsprosessen (Wachtel, 1982). Sigmund Freud introduserte begrepet *motstand*, og fenomenet begrepet henviste til, fikk en avgjørende rolle i grunnleggelsen av psykoanalysen (Laplanche & Pontalis, 1988). Freud mente det var nødvendig å gjøre det ubevisste tilgjengelig for pasienten hvis terapien skulle være til hjelp. Denne antagelsen skilte psykoanalysen fra datidens hypnoseterapier (Mitchell & Black, 1995). Argumentet var at den hypnotiske transen omgikk forsvaret på en forsert måte, og selv om det bakenforliggende materialet ble tilgjengelig for analytikeren, fikk ikke nødvendigvis pasienten tilgang til det selv. Freud hevdet at det å bli informert av analytikeren i etterkant av hypnosen ville gi pasienten en intellektuell, men ikke en følelsesmessig bearbeiding av erindringene:

Besides all this I have another reproach to make against this method (hypnosis), namely, that it conceals from us all insight into the play of mental forces; it does not permit us, for example, to recognize the *resistance* with which the patient clings to his disease and thus even fights against his own recovery; yet it is the phenomenon of resistance which alone makes it possible to understand his behavior in daily life (Freud 1905, s. 261).

Freud mente altså det var nødvendig med en bevisstgjøring hos pasienten, en innsikt i egen psyke, for å få bukt med symptomene. Videre så han for seg to deler av sinnet i strid med hverandre, og symptomet som en maskert konsekvens av denne underliggende kampen. Denne striden kalte

han *konflikt*; når motstridende indre krav står i opposisjon til hverandre i subjektet (Laplanche & Pontalis, 1988). Innenfor psykoanalysen anses konflikt som en konstituerende del ved mennesket, enten konflikten er mellom ønsker eller begjær og forsvar, mellom ulike systemer i psyken, mellom driftene, eller er knyttet til ødipalkonflikten – der ønskene ikke bare er i strid med hverandre, men der det også er en konfrontasjon mellom ønskene og forbudene rettet mot disse ønskene. Konflikten kan være manifest eller latent, og sistnevnte kan medføre at konflikten kommer til uttrykk på en forstyrret måte, enten det er i form av utvikling av symptomer, atferdsvansker eller karakterforstyrrelser (Laplanche & Pontalis, 1988).

I denne sammenheng kan opposisjonen være et vitalt og tillitsfullt tegn fra pasientens side

I et forsøk på å kartlegge hva denne konflikten i sinnet bestod av, utviklet Freud først den topografiske modellen, som henviste til en konflikt mellom *ubevisste impulser* og *bevisste og førbevisste restriksjoner*. Modellen virket imidlertid utilstrekkelig når det kom til å kartlegge konflikt og personlighet. Det gjorde at Freud utviklet den strukturelle modellen. I denne modellen blir impulser fortrenget fra pasientens bevissthet av ego og super-ego, som begge har sine egne ubevisste motivasjoner. I den strukturelle modellen finner vi altså en konflikt mellom impulser og forsvar der *begge befinner seg på et ubevisst nivå* (Mitchell & Black, 1995).

Freuds motstandsbegrep er altså nær forbundet med hans teorier om psykisk konflikt, men hans modell er ikke helt enkel å forstå. Ifølge Laplanche og Pontalis (1988) foreslår han en hypotese om at motstand er et uttrykk for den kraften som ego retter mot ubehagelige ideer, samtidig som han anser den ultimate kilden til motstand som en kraft avledet av det fortrenget selv. Motstand får slik en slags dobbeltkarakter i Freuds originale formulering. Den består, slik vi forstår det, på samme tid av kraften fra en uønsket drift eller impuls og forsvar mot denne impulsen. Bredt definerte han motstand som at «alt som forstyrrer utviklingen i det analytiske arbeidet, er motstand» (Freud, 1900, s. 517, vår oversettelse), men han påpekte i en fotnote at det også finnes unntak, og at ikke alt kan tilskrives pasientens ubevisste intensjoner.

Freud anså konflikt som det sentrale kliniske problemet bak all psykopatologi, og underliggende for utvikling av personlighet. Dette betyr at motstand, eller elementer ved motstand, også er allestedsnærværende i behandlingen:

The resistance accompanies the treatment step by step. Every single association, every act of the person under treatment must reckon with resistance and represents a compromise between the forces that are striving towards recovery and the opposing ones which I have described (Freud, 1912, s. 103).

Motstandsbegrepet etter Freud

Motstandsbegrepet etter Freud har blitt påvirket av utviklingen i de psykoanalytiske teoriene for øvrig, og endringene i forståelsen av begrepet er for omfattende til at vi kan gi en dekkende beskrivelse av dem i denne artikkelen. Men i hovedsak synes kritikken av motstandsbegrepet fra den psykoanalytiske og dynamiske tradisjonen å omhandle en ensidig vektlegging av fenomenets negative sider, mens fenomenets mer ressursrike sider nedtones (se f.eks. Schafer, 1973, Kohut, Goldberg, & Stepansky 1984). En annen kritikk er vektleggingen av motstand som et utelukkende intrapsykisk, og ikke et interpersonlig fenomen (se f.eks. Langs 1981), hvilket er hovedfokus for denne artikkelen. Det interpersonlige aspektet ved motstand antydes, men utvikles ikke av Freud når han skriver, som i det tidligere gjengitte sitatet, at «it is the phenomenon of resistance which alone makes it possible to understand his behavior in daily life» (Freud 1905, s. 261). Det er gjennom motstand at vi som terapeuter får innblikk i væremåten til pasienten, slik den utspiller seg også utenfor terapirrommet.

Ser vi på litteraturen innenfor andre psykoterapeutiske retninger, kjenner vi igjen fenomener motstandsbegrepet viser til, men ser også at det råder store variasjoner i hvordan det forstås, benyttes eller avvises.

Motstandsbegrepet utenfor den psykoanalytiske og dynamiske tradisjon

I den kognitive atferdsterapeutiske litteraturen omtales også fenomenet motstand, men på andre måter enn det vi finner i psykoanalysen. Motstand blir i denne tradisjonen forstått som manglende etterlevelse («noncompliance») eller manglende samarbeid («noncollaboration») med en her-og-nå problemløsningsrolle (Beck & Freeman, 1990). Begrepet «noncompliance» har ifølge Haugaard og Sandberg (2008) sitt opphav i et biomedisinsk paradigme, da det refererer til pasientens motvilje mot å følge anvisningene til legen. Her ser vi altså at det som avverges, er noe utenfor pasienten selv, at pasienten avverger behandlingen og ikke primært en innsikt i noe smertefullt inni pasienten. Pasientens motivasjon for behandling er ikke eksplisitt uttalt i modellen, men implisitt

– og i tråd med et biomedisinsk paradigme – tenkt å være symptomlette. For oss virker det som at en sentral innvending fra den kognitive atferdsterapeutiske tradisjonen mot det psykoanalytiske motstandsbegrepet handler om ubevisst motivasjon: «Unconscious motivation is an idea that cognitive theory would prefer to leave out» (Haugaard & Sandberg, 2008, s. 26, se også Wilson, 1984).

En annen gjennomgående innvending mot motstandsbegrepet fra tradisjoner utenfor den psykodynamiske er at formuleringen kan oppfattes som at det utelukkende er pasienten som ansvarliggjøres for manglende behandlingseffekt, mens terapeutens tilkortkommenhet forsvinner av syne (se f.eks. Lazarus & Fay, 1982; Lewis & Evans, 1986). Wachtel (1982) mener denne misforståelsen er ironisk fordi det tidligere var nettopp atferdsterapeuter som ansvarliggjorde pasienten for samarbeidsvansker. Denne uenigheten er for oss et godt eksempel på hvordan motstandsfenomenet ikke kan appliseres direkte inn i et annet paradigme, da motstand ikke bare *forstås* ulikt, men faktisk fortoner seg ulikt i ulike terapiformer som følge av forskjeller i klinisk praksis – for eksempel som respons på ulik grad av terapeutstyring (se f.eks. Haugaard og Sandberg (2008) om maktrelasjonens betydning). Vi kan si at premissene for, og rammene ved, den terapeutiske situasjon er av betydning for forståelsen av motstandsfenomenet.

Utenfor det kliniske psykologifeltet har motstandsbegrepet hatt mest gjenklang i sosialpsykologien, da under termen «reaktans» (Norcross, 2011). Reaktans – også kalt «endringsvegring» (Olsen & Nystuen 2017) – defineres som en motivasjonstilstand forårsaket av en trussel mot individets atferdsfrihet (Brehm, 1966), der toleranse for frihetsbegrensninger foreslås å være avhengig av trekkliknende sensitiviteter ved individet kombinert med tilstandsliknende aspekter ved omgivelsene (Norcross, 2011). Denne modellen antyder altså at motstand må forstås ut fra en helhetlig forståelse av situasjonen den oppstår i, i tråd med Haugaard og Sandbergs (2008) undersøkelser. Moderne kognitive teoretikere (se f.eks. Berge, Repål, Ryum & Samoilow, 2008) viser også til reaktansbegrepet, og fremholder forskning som viser at psykoterapi virker best hvis terapeuten kan unngå motstand. Dette skiller seg, som de selv påpeker, fra det dynamiske synet på at motstand ikke skal unngås i terapi, men bearbeides.

Selv om det finnes likheter i definisjonen av reaktans og motstand, er det også viktige ulikheter, og reaktans synes å være et spesifikt uttrykk for motstand som oppstår i form av opprør, og som er situasjonelt induisert, ifølge Norcross (2011). Wachtel (1982) hevder fra et integrativt ståsted at det psykoterapeutiske fagfeltet er mer samstemt når det gjelder synet på motstandsfenomenet

i praksis enn det som fremkommer i litteraturen. Han tilskriver uoverensstemmelsene mer terminologiske forskjeller enn den bakenforliggende forståelse av fenomenet. Deler av debatten rundt motstandsbegrepet ser dermed ut til å dreie seg vel så mye om dets konnotasjon som om dets denotative innhold (se f.eks. Arkowitz, 2002; Engle & Arkowitz, 2008), altså om de assosiasjoner en har til begrepet heller enn fenomenet det forsøker å representere.

Motstand i den psykoanalytiske tradisjon

Freud anså at den sentrale nevrotiske konflikten omhandlet hemmeligheter og selvbedrag, med sin kjerne i ødipalkonflikten; hos Freud strever mennesket med basale ønsker, og frykter for gjengjeldelse og skyld. Melanie Klein mente derimot at vi strever med en dyp frykt for å bli forlatt og utslattet (Klein, 1946). Kleins modell vektlegger andre opplevelseskvaliteter enn Freud: at mennesket, ifølge Klein, strever mer med å holde på avstand opplevelsen av litenhet, sårbarhet og fragmentering enn selvbedrag. Siden opplevelsen av sårbarhet er noe som hele tiden kan tenkes å være aktivert i relasjoner mellom oss mennesker, som redselen for avvising og angrep, tegnet hun også et bilde av menneskets indre som mer kaotisk og flytende. For Freud var ego en sammenhengende og integrert struktur, som håndterte impulsene som oppstod. Klein antydte derimot et skiftende ego, som vekslet mellom en elskende orientering mot et godt objekt og hatefull orientering mot et opplevd frustrerende og ondt objekt. Kleins forståelse av sinnet forskjøv fokus fra impulser til relasjoner – en relasjonell dreining (Mitchell & Black, 1995). Vi ser dette relasjonelle fokuset også spesifikt i at Klein omtaler drifter mindre som *eros* og *thanatos*, men mer som relasjonelle følelsesuttrykk som *kjærlighet* og *hat*. Bidragene fra Klein, og senere Bion (1962), gir en kompleks og mangefasettert forståelse av motstand. Fra at man tidligere fokuserte på rekonstruksjon av barndomsminner, bidro deres teorier til en klinisk håndtering av motstand som involverer et mer innviklet samspill mellom pasient og analytiker (Mitchell & Black, 1995). Vi kan kanskje si at motstand ikke lenger bare forstås som forsvar uttrykt i overføringen (Gill, 1982), men at hele pasientens indre verden med konflikt og utviklingsmangler blir uttrykt i overføringen (se Jensen, 2015). Motstand i overføringen blir således ikke noe som må bekjempes, tvert imot gir motstand terapeuten et innblikk i det indre liv til den enkelte. Som vi påpekte, var Freud inne på et slikt perspektiv på motstand og overføring, men med den relasjonelle dreiningen ble en slik forståelse tydeliggjort, og dette har preget det videre analytiske arbeidet.

Andre bidragsytere – som Winnicott og Fairbairn – i objekt-relasjonsskolen utviklet egne teorier om relasjonenes rolle i psykens utvikling, og brøt med Kleins premiss om konstitusjonell

aggresjon. De foreslo heller at spedbarnet er innstilt på harmoniske interaksjoner og ikke-traumatisk utvikling, og beskrev hvordan utviklingen eventuelt blir forstyrret av empatisvikt, traumer og neglekt (Mitchell & Black, 1995). Dette endret igjen den underliggende tanken om de psykiske kreftenes mål og retning. Donald W. Winnicott (1965) var opptatt av kvaliteten på den subjektive erfaring, og mente at pasienten selv innehadde selvhelende krefter. Han ville innrette den analytiske situasjonen slik at den kunne møte de savn pasienten har etter adekvat og rettmessig omsorg, og mente innhold og tolkinger var mindre relevant; det som var avgjørende, var opplevelsen av seg selv i relasjon til andre. William R.D. Fairbairn (1952) stilte spørsmål ved Freuds premiss om at den fundamentale motivasjonen i livet er lyst, og foreslo isteden at libido ikke er lyst-søkende, men objekt-søkende. Dette innebærer at barnet søker det objektet som er tilgjengelig, med den kontaktformen som tilbys, og Fairbairn foreslo at disse formene for interaksjon ble til livslange mønster av tilknytning og forbindelse med andre. Slik foregriper han Bowlbys senere teori om tilknytning. Fairbairn tenkte seg at internaliserte samspillsmønstre senere blir projisert inn i nye relasjoner, og at det således foregår en syklisk projeksjon av gamle mønstre. Når nye relasjonelle samspill, som er preget av projeksjoner, på ny blir reinternalisert, så forklarer det hvorfor psykiske vansker er vanskelige å endre. Disse omformuleringene av menneskets drivkraft (fra drift til relasjon) har nødvendigvis implikasjoner for motstandsbegrepet, noe vi vil redegjøre for videre i artikkelen.

Motstand er også et sentralt tema innenfor den senere tids psykodynamiske retninger, deriblant ISTDP (se f.eks. Davanloo, 1980; Abbass, 2015), som i stor grad beskjeftiger seg med en teori om motstand og forsvar. Med de nyere retningene følger nye problemstillinger, deriblant forholdet mellom motstand og allianse, som det er gjort flere empiriske studier på i senere tid, og som i stor grad viser til et motsetningsforhold mellom motstand og allianse (se f.eks. Callahan, 2000; Luborsky & Barrett, 2006). Dette reaktualiserer spørsmålet om motstand som interpersonlig og intrapsykisk fenomen. Vår videre undersøkelse vil belyse hvorfor motstandsfenomenet ikke nødvendigvis forstås som en motsats til allianse innenfor den psykoanalytiske tradisjon.

Motstand som interpersonlig eller intrapsykisk

Motstand ble opprinnelig konseptualisert ut fra en teori om drifter og forsvarsmekanismer, og derav forstått som et intrapsykisk fenomen. Det har senere skjedd en utvidelse av psykoanalytisk teori som har inkludert et fokus på relasjoners betydning i psykologisk utvikling. Den analytiske prosessen

forstås ikke bare som en samarbeidsrelasjon mellom terapeut og pasient med felles arbeidsoppgave, men i økende grad som en selvstendig veksterfaring, der pasientens relasjon til analytikeren gir muligheter for å bearbeide tidlige utviklingsmessige erfaringer (Mitchell & Black, 1995). Vår gjennomgang av ulike teoretikers oppfatning av motstand forteller at det relasjonelle fokuset på psykens utvikling og fungering gjør spørsmålet om hvilket «nivå» en skal forstå motstandsfenomenet på, svært aktuelt. Dette gjelder både innad i den analytiske og dynamiske tradisjonen og mellom de terapeutiske retningene. Hvorvidt en anser motstand som et *intrapsykisk* eller *interpersonlig* fenomen, peker seg ut som en gjennomgående problemstilling, som later til å kunne være avgjørende for den kliniske forståelsen og håndteringen av motstand.

Denne problemstillingen berører sentrale debatter innenfor terapiforskningen; eksempelvis om terapeutens posisjon (som ekspert eller ikke-ekspert, nøytralitetsprinsippet og aktiv deltakelse), om forholdet mellom motstand og allianse (se f.eks. Callahan, 2000; Horvath & Luborsky, 1993; Nuetzel, Larsen, & Prizmic, 2007; Luborsky & Barrett, 2006) og motstand og terapiutfall (e.g. Callahan, 2000; Graff & Luborsky, 1977; Patton, Kivlighan, & Multon, 1997).

Dersom motstand handler om frykt for det symboliserte eller virkeliggjorte, er det nærliggende at motstand også handler om frykt for å skape

I litteraturen ser vi, som tidligere beskrevet, at en innenfor atferdsterapeutiske, kognitive og integrative perspektiver er opptatt av at terapeuten må undersøke motstand ikke bare som en pasientvariabel, men også som en funksjon av terapeutens tilnærming og som et biprodukt av kontekstuelle faktorer (se f.eks. Arkowitz, 2002; Engle & Arkowitz, 2006; Goldfried, 1982; Newman, 1994) eller som et produkt av selve interaksjonen mellom pasient og terapeut (e.g. Engle & Arkowitz, 2008; Moyers & Rollnick, 2002). Kirmayer (1990) hevder at terapeuter som kaller klientens atferd for motstand, attribuerer hensikt til klienten, mens det er mulig at klienten heller kan ha opplevd maktesløshet eller tap av kontroll. Skillet mellom «kan ikke endre meg» og «vil ikke endre seg» er problematisk i denne sammenheng, mener Kirmayer (1990), da det formidler et moralsk skille mellom handlinger som folk holdes ansvarlige for, og de handlinger eller hendelser som bare hender dem. Her peker hun på det vi, som tidligere nevnt, oppfatter som en hovedkritikk av motstandsbegrepet: at terapeuten tillegger pasienten en bevisst eller ubevisst motivasjon, som heller kan ha vært en adekvat respons på terapeuten, eller omstendighetene. Kirmayer (1990) poengterer imidlertid at klientresponsen faktisk gir informasjon om klienten, selv om den kan være fremkalt av terapeutens

intervensjon. Dette omtaler hun som en epistemologisk sirkularitet som er uunngåelig i menneskelig interaksjon, og som kan dempes, men ikke elimineres ved å innta en ikke-styrende lytteholdning.

Heller ikke i den tradisjonelle psykoanalysen ble motstand forstått totalt adskilt fra den terapeutiske relasjonen. Freud (1912) beskrev motstand som nær knyttet til libido og overføringen, altså hvor investert pasienten blir følelsesmessig i relasjonen til terapeuten. Utviklingen av den strukturelle modellen gir dessuten ytterligere figur til det interpersonlige utover hva den topografiske modellen gjør, da det er en modell som vektlegger at ego og superego innebærer internalisering og identifikasjon med objekter (Laplanche & Pontalis, 1988). Den videre historiske utviklingen av psykoanalysen betoner etter hvert de relasjonelle aspektene ved endringsprosessen sterkere enn det Freud impliserer med begrepene «internalisering» og «identifikasjon». Enkelte innenfor den analytiske/dynamiske tradisjonen etter den relasjonelle vendingen mener at motstand ikke lenger kan ses som å oppstå i pasienten alene (intrapsykisk), noe som er i tråd med kritikken fra andre terapiretninger. I stedet foreslås det at motstand må defineres i objekt-relasjonelle termer – som noe som oppstår innenfor den terapeutiske dyade, der bevisst og ubevisst motvilje, nøling, frykt, manglende evne eller uvillighet til å vurdere visse problemer både kan bli og ikke bli en motstand avhengig av terapeutens respons, pasientens kapasitet og den generelle konteksten og alliansen (se Blatt & Erlich, 1982). Samtidig som dette mer relasjonelle perspektivet har vokst frem, later en rekke analytikere til å fortsatt omtale motstand som et intrapsykisk fenomen. En kan derved undre seg over hvorvidt en inkludering av det relasjonelle aspektet ved psykens utvikling nødvendigvis står i opposisjon til motstand som intrapsykisk fundert.

I objektrelasjonsmodellen er det en fundamental antakelse at selvet står i relasjon til internaliserte objekter (Zachrisson, 2013). De indre konfliktene eller vanskene dreier seg derfor nettopp om relasjonelle forhold, ikke (utelukkende) om drifter. En vanlig analytisk forståelse er å tenke på motstand som noe som uttrykkes i overføringen – at pasienten eksternaliserer en ubevisst konflikt inn i relasjonen med terapeuten. Det vil si at motstand kan uttrykkes i relasjon til terapeuten, og likevel være primært intrapsykisk fundert. På samme måte kan en hevde at terapeuten uunngåelig innblandes i og bidrar til den intrapsykiske motstanden eller konflikten til pasienten, i kraft av å være del av relasjonen. Slik forstått kan motstand sies å være både interpersonlig/ekstern og intrapsykisk/intern på samme tid. For eksempel kan en uteblivelse anses som en protest mot noe terapeuten sa, og samtidig være et uttrykk for en indre kamp hos pasienten som primært verken handler om terapeuten

eller terapien. Kort sagt, motstanden både handler om og handler ikke om terapeuten og terapien. Denne dobbeltheten ved motstandens natur kan bidra til forvirring om fenomenet.

En slik dobbelthet i motstandsbegrepet – at det både refererer til en intrapsykisk dynamikk hos pasienten og samtidig er et interpersonlig anliggende – krever altså en underliggende teori om overføring/motoverføring for å gi mening. Vi vil hevde at denne dobbeltheten er en terapeutisk ressurs, da den både impliserer en ansvarliggjøring av terapeuten og ivaretar begrepets *elastisitet*: Ifølge Sandler (1983) er det få eksakte definisjoner av psykoanalytiske begreper med utvetydige betydninger, så for å forstå dem må man være kjent med deres bruk i praksis. Såkalte elastiske begreper innebærer at teoretiske konsepter er tilstrekkelig «flytende» eller «løse» til at deres meningsspenn kan påvirkes og utvikles i møte med praksis; altså med terapeuten kliniske erfaring. Fra et forskningsperspektiv vil begrepers tvetydighet og elastisitet være problematisk fordi det motsetter seg å bli avklart definert og operasjonalisert, men til klinikerer tilbyr de tankemodeller som gjør oss i stand til å tenke åpent om det vi observerer ved pasienten, og interaksjonen med vedkommende. Det er slike tvetydige og elastiske begreper som gir terapeuter et lytteperspektiv som muliggjør å se det helt individuelt unike – og dermed partikulære – hos den enkelte pasient, samtidig som vi kan begrepsfeste dette unike innenfor en teori om noe allment og universelt.

La oss vende tilbake til den epistemologiske sirkularitet beskrevet av Kirmayer (1990). For oss later ikke denne innvendingen til å være i strid med en psykoanalytisk holdning til den terapeutiske relasjonen, der begge parter uunngåelig bidrar, men den ene part – pasienten – er i fokus for et endringsarbeid, vekst og selvinnsett. Den selvreflekterende holdningen til terapeuten virker avgjørende for å sortere om pasientens opposisjon i øyeblikket skal forstås som en tilbakemelding på noe terapeuten kan endre på, eller som et uttrykk for motstand. Ofte vil det trolig være elementer av begge deler, og en må intervensere ut fra en totalforståelse av situasjonen (se f.eks. Joseph, 1985). For eksempel vil terapeuten kunne ha intervensert på «feil nivå», eksempelvis tolket der timingen heller tilsa en rommende og bekreftende (containende) intervensjon, og pasienten kan motsette seg tolkningen som et forsøk på å kommunisere til terapeuten at dette blir «feil», at det går for fort frem, eller liknende. I denne sammenheng kan opposisjonen være et vitalt og tillitsfullt tegn fra pasientens side. Å skille mellom slike kvaliteter og nyanser i relasjonen til enhver tid er, slik vi oppfatter det, et hovedfokus i den analytiske og dynamiske tradisjon, og hviler på en underliggende teori om overføring/motoverføring.

Det potensielle og motstand – en mulig forståelsesramme

Engle og Holiman (2002) mener motstand er rettet enten mot bevissthet (innsikt) eller mot kontakt (relasjon), hvilket samsvarer med et syn der motstand enten ses som et intrapsykisk eller et interpersonlig fenomen. En annen mulighet er å tenke seg at motstand kan handle om begge deler: «To develop a self-analytic function, the patient first needs a containing one. As human beings, we are not able to reflect and seek self-understanding without first having a feeling of safety, meaningfulness, and connection to an object» (Stänicke, 2011, s. 244). En kan derved tenke seg at mennesket har iboende behov for utvikling og selvstendighet («knowing» og «meaningfulness»), men også for trygghet og nærhet («safety» og «sameness») (Stänicke, 2011; Stänicke & Killingmo, 2013), som er svært personlig utformet ut fra erfaring og disposisjoner, og som medfører eller ikke medfører ulike former for motstand i ulike situasjoner. Et slikt perspektiv på mennesket, som en som søker ulike behov samtidig, kan romme en forståelse av pasienten som å ønske en bedring uten å ville endre seg, og setter således ikke motstand i opposisjon til terapiprosessen eller alliansen.

Ut fra de overnevnte refleksjoner og undersøkelser vil vi argumentere for at motstandsfenomenet kan bli ytterligere avklart om vi forstår det i lys av Winnicotts (1971) teori om det potensielle rommet («potential space»). Altså at motstanden befinner seg i møtet mellom illusjon og virkelighet, eller kanskje heller i subjektets forhold til objektet. Hvorvidt objektet til enhver tid er et indre objekt, et ytre objekt eller den faktiske personen for subjektet, kan tenkes å variere (Zachrisson, 2013), og derved i hvilken grad motstanden kan sies å være forankret internt og intrapsykisk eller eksternt og interpersonlig. Ofte vil den trolig, som tidligere nevnt, ha en dobbel karakter av begge deler, eventuelt skifte hyppig. En gjennomarbeidet motstand kan ut fra dette rammeverket beskrives som at pasienten forholder seg til det som faktisk *er*.

Et eksempel på dette er det Dewald (1982) omtaler som strategisk motstand; en uvillighet til å gi opp forsøk på å gjenoppleve fortiden og å oppleve tidligere gledelige eller uoppfylte tilfredsstillelser og/eller relasjoner. Dette innebærer en motvilje mot å akseptere i nåtiden hva som er aldersadekvate og realistiske muligheter. Denne formen for forsakelse aktiverer sorg og en gjenkjennelse av at det er «for sent», hvilket igjen involverer ubehagelige følelser og vedvarende psykologisk arbeid. Psykisk smerte oppstår ut fra denne teorien fordi mennesker holder fast i det som kunne ha vært, eller kan bli, på bekostning av det som faktisk er; altså ved manglende evne til å realisere, teste ut og forholde seg til livets muligheter og begrensninger. Paradoksalt nok blir det

som holdes fast ved, også det som skaper smerte. Det å forbli i det potensielle kan forhindre genuin væren i verden og fremme en opplevelse av for eksempel isolasjon, meningsløshet og distanse. En illustrasjon av dette kan være pasienten som lever med et fantasirikt indre liv, men som ikke inviterer til reelle relasjoner med andre. Tvert imot kan et rikt fantasiliv, som vi vanligvis forbinder med kreativitet og liv, også innebære en fortapelse som står i veien for reelle livsvalg og nærhet.

Dersom motstand handler om frykt for det symboliserte/virkeliggjorte, er det nærliggende at motstand også handler om frykt for å *skape*. Med skape mener vi alt som settes ut i livet og kommuniserer. Den uferdige skaper, fordi den uferdige søker og skaper seg selv, hevdet Winnicott (1971). Skapelse er slik sett motivert av potensialet for egen utvikling/tilblivelse og kanskje selverkjennelse, og forhindret av fastholdelsen av dette potensialet. Fastholdelsen kan være motivert av frykten for virkeliggjørelsen, kanskje tilknyttet følelser av tilkortkommenhet og hjelpeløshet i møte med det ukjente. Frustrasjonen og vreden som kan komme til uttrykk ved motstand, kan derfor være knyttet til helt eksistensielle spørsmål: Finnes jeg? Hvem er i så fall jeg? Er jeg konstant? Hva gjør jeg her / er min oppgave? Er jeg alene? Kan jeg opphøre? Spørsmål som knytter seg til ufravikelige grunnvilkår ved den menneskelige eksistens (Vetlesen & Stänicke, 1999), og som Yalom (2011) beskriver som fundamental angst i møte med tilværelsens uløselige spørsmål. Å arbeide med motstand er kanskje derfor et arbeid med å akseptere paradoksene: det uløselige, det uvisse og ubesvarte, hvilket fordrer en evne til «*negative capability*» (Keats & Rollins, 1958): evnen til å tåle det uavklarte, mystiske, forvirrende, en evne til å tåle å ikke vite, som igjen er beslektet med «*maternal reverie*» og «*containment*» (Bion, 1962) i psykoanalysen (Zachrisson, 2014).

Konklusjon

Vi har i denne artikkelen funnet at det ligger en tvetydighet i selve definisjonen av motstandsbegrepet, som har vedvart siden Freuds opprinnelige formulering. Dette, sammen med den relasjonelle vendingens uavklarte påvirkning på begrepet, tror vi kan ligge til grunn for enkelte av uenighetene om motstandsfenomenet både innad og på tvers av terapeutiske retninger i dag. Vårt forslag er å fatte interesse for denne tvetydigheten, da den kan tenkes å være nødvendig for å bevare det paradoksale ved fenomenet, og for at begrepet skal kunne være elastisk nok til bruk i det kliniske arbeidet. Samtidig vil vi argumentere for at vår gjennomgang har vist at motstandsbegrepet må forstås ut fra et underliggende teoretisk rasjonale, og er et godt eksempel på hvordan teorier og konseptualiseringer

ikke direkte lar seg overføre mellom ulike psykoterapeutiske retninger. Vi mener å ha belyst hvordan motstandsbegrepet hviler på en teori om overføring/motoverføring, som vi anser som nødvendig for forståelsen – og i siste instans anvendelsen – av begrepet. Således vil vi hevde at en del av kritikken rettet mot motstandsbegrepet utenfor den psykodynamiske tradisjonen er legitim og bør tas til følge, i den forstand at begrepet i mange tilfeller vil være ufullstendig og misvisende innenfor andre teoretiske rammer og paradigmer. En tendens vi har sett utenfor den dynamiske teorien, til dels utledet av nyere forskning, er å anse motstand som et hinder for selve terapiprosessen og derav noe som bør unngås. Vi vil imidlertid fastholde en forståelse av motstand som et hinder for *endring*, og derav en helt sentral del av det terapeutiske arbeidet, da en endring av pasientens motstand vil kunne lede til psykologisk utvikling. Motstandsbegrepet er, etter vår oppfatning, verdt å undersøke nærmere, ikke bare som en motsats til allianse og terapiutfall, men som et helt sentralt element ved den psykoterapeutiske behandlingen.

Referanser

Litteraturliste

- Abbass, A. (2015). *Reaching through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*, MD. Kansas City: Seven Leaves Press.
- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 219–227. doi: 10.1002/jclp.1145.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Berge, T., Repål, A. Ryum, T. & Samoilow, D.K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 24–60). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Tavistock.
- Blatt, S.J., & Erlich, H.S. (1982). Levels of resistance in the psychotherapeutic process. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Brehm, J.W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Callahan, P.E. (2000). Indexing resistance in Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP): Change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS). *Psychotherapy Research*, 10(1), 87–99. doi: 10.1093/ptr/10.1.87.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Wiley.

- Dewald, P.A. (1982). Psychoanalytic perspectives on resistance. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 389–412. doi: 10.1177/0022167807310917.
- Engle, D., & Holiman, M. (2002). A gestalt-experiential perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 175–183. doi: 10.1002/jclp.1141.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychological studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. *Standard Edition volume IV and V*. London: Random House.
- Freud, S. (1905). On psychotherapy. *Standard Edition volume VII*. London: Random House.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition volume XII*. London: Random House.
- Gill, M.M. (1982). *Analysis of transference* (Vol. 53–54). New York, N.Y: International Universities Press.
- Goldfried, M.R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Graff, H., & Luborsky, L. (1977). Long-Term Trends in Transference and Resistance: A Report on A Quantitative-Analytic Method Applied to four Psychoanalyses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25(2), 471–490. doi: 10.1177/000306517702500210.
- Hara, K.M., Westra, H.A., Constantion, M.J. & Antony, M.M. (2016). The impact of resistance on empathy in CBT for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 1–10.
- Haugaard, C., & Sandberg, K. (2008). Resistance in cognitive therapy: An analysis of paradigm and contemporary practice. *Nordic Psychology*, 60(1), 24–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1901-2276.60.1.24>.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. doi: 10.1037/0022-006x.61.4.561.

- Jensen, M. B. (2015). Motstand – En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44326/1/Hovedoppgave-innle...ferdig.pdf>.
- Joseph, B. (1985). Transference: The Total Situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66, 447–454.
- Keats, J., & Rollins, H.E. (1958). *The letters of John Keats 1814–1821*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirmayer, L.J. (1990). Resistance, reactance, and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(2), 83–104.
- Klein, M. (1946). *Notes on Some Schizoid Mechanisms. Envy and Gratitude and other works 1946–1963*. London: The Hogarth Press.
- Kohut, H., Goldberg, A., & Stepansky, P. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Langs, R. (1981). *Resistances and interventions: the nature of therapeutic work*. New York: Aronson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1988). *The language of psycho-analysis*. London: Karnac.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1982). Resistance or Rationalization? A Cognitive-Behavioral Perspective. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Lewis, W.A., & Evans, J.W. (1986). Resistance: A reconceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(3), 426.
- Luborsky, L., & Barrett, M.S. (2006). The history and empirical status of key psychoanalytic concepts. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 1–19.
- Mitchell, S.A., & Black, M.J. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Moyers, T.B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 185–193. doi: 10.1002/jclp.1142.
- Newman, C.F. (1994). Understanding client resistance – methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47–69. doi:10.1016/s1077-7229(05)80086-0.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.

- Nuetzel, E.J., Larsen, R.J., & Prizmic, Z. (2007). The Dynamics of Empirically Derived Factors in the Therapeutic Relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1321–1353. doi: 10.1177/000306510705500411.
- Olsen, B. & Nystuen, P. (2017). *Arbeid og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Patton, M.J., Kivlighan, D.M., & Multon, K.D. (1997). The Missouri psychoanalytic counseling research project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189–208. doi: 10.1037/0022-0167.44.2.189.
- Rappoport, A. (2002). How psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10–14.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 35–45.
- Schafer, R. (1973). The idea of resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 54(3), 259–285.
- Schlesinger, H.J. (1982). Resistance as process. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Stänicke, E. (2011). Different ways of moving ahead after analysis: Changes in experiential dimensions. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2), 229–246. doi: 10.1037/a0020639.
- Stänicke, E., & Killingmo, B. (2013). Object trust: A specific kind of analytic change. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3), 423–437. doi: 10.1037/a0032036.
- Vetlesen, A.J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse: om muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wachtel, P.L. (1982). *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Wilson, G.T. (1984). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory & Practice*, 9, 309–343.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Karnac.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge, 2005.
- Yalom, I.D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi*. Oslo: Arneberg forlag.
- Zachrisson, A. (2013). The Internal/External Issue: What Is an Outer Object? Another Person as Object and as Separate Other in Object Relations Models. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 67, 249–274.

Zachrisson, A. (2014). Hamlets personlighet: en betydelig grad av normalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(2), 106–112.