

# Psykoanalyse på gata

Petter Lohne

psykolog i privatpraksis, Oslo, Norsk Karakteranalytisk Institutt

Nicolay Nørbech

psykolog, BUP Vest Diakonhjemmet Sykehus, Oslo

Psykoanalytisk tenkning tilfører håp der håpløshet rår, og gir forståelse der mening ikke finnes.

*Proximity* opens up a new space of trustworthiness amid chaos. *Immediacy* creates a living temporality in contact with urgency. *Expectancy* constructs a welcome to the return from hell. *Simplicity* emphasizes the obligation to speak without jargon. (Davoine & Gaudilliere, 2004, s. 116).

Innledningssitatet sammenfatter virksomme prinsipper i behandlingen av dypt traumatiserte soldater ved frontlinjen under første verdenskrig. De ble først formulert av Thomas W. Salmon i 1917<sup>1</sup>, og senere bearbeidet av de franske psykoanalytikerne Davoine og Gaudilliere. En annen frontlinje der disse prinsippene har høy relevans, er i det terapeutiske arbeidet som gjøres med personer med psykoselidelse og rusavhengighet på gateplan. I likhet med soldatene i skyttergravene lever våre pasienter i en stadig traumatiserende virkelighet. Til forskjell fra mange av soldatene bærer de ofte med seg en historie med vanskjøtsel og overgrep fra barndom og oppvekst. I det videre skal vi se hvordan psykoanalysen gir en inngang til å hjelpe disse menneskene.

## Psykoanalyse der språket mangler

Når vi møter mennesker med psykose og alvorlig rusavhengighet, har vi lett for å ty til enkle, instrumentelle løsninger. Det er dypt smertefullt for oss hjelpere å møte mennesker som både er psykotiske og i en forkommen tilstand ellers. Da kan for eksempel medikamentell behandling tilby både behandler og pasient en måte å unngå en opplevelse av smerte på. Men ofte vil dette skje på bekostning av menneskelig kontakt og virkelig mulighet for heling. Vanlige tilnærminger til pasientgruppen bidrar gjerne til at pasientene føler seg enda mer avmektige enn tidligere. I vårt ROP-team (mer om dette senere) måtte vi finne nye veier i samarbeid og dialog med psykisk helsevern, for øvrig i en ofte svært opphetet og konfliktfylt situasjon mellom pasient og behandlere.

Den medisinske forståelsen av psykose og rusavhengighet preges av genetiske og biologiske forklaringer og behandlingstilnærminger. Da ser man lett bort fra naturlige psykologiske og kommunikative prosesser, som at symptomutformingen kan være et forsøk på kommunikasjon; være et ønske om å nå frem til den andre. For oss har psykoanalytisk tenkning og behandlingsfilosofi representert et viktig alternativ i møtet med denne pasientgruppen. Vi opplever at denne tenkningen tilfører håp der håpløshet rår, og gir forståelse der mening ikke finnes.

---

1. Salmons rapport *The Care and Treatment of Mental Disorders and war neuroses (Shell Shock) in the British Army (1917)* kan lastes ned fra <https://archive.org/details/caretreatmentofm00salmrich>

ROP-teamet er et tverrfaglig team som arbeider med pasienter som har samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet. Teamet ved Tøyen DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus, var alt fra starten av forankret i psykoanalytisk forståelse. Vi hadde trolig ikke gitt oss i kast med behandling av denne pasientgruppen uten en slik forankring, og i etterkant tenker vi at de psykoanalytiske perspektivene var avgjørende for terapeutisk relasjonsdannelse.

Pasienter med samtidig rusmisbruk og alvorlig psykisk lidelse har ofte tilknytnings- og relasjonsskader, samtidig som deres aktuelle livssituasjon bidrar til å opprettholde og endog forverre slike skader. Det er derfor nødvendig med en teori som bidrar til å opprettholde relasjonen, og som setter ord på prosessene mellom terapeut og pasient. Moderne psykoanalyse utgjør nettopp en slik tilnærming, der pasientens relasjon til terapeuten blir nøkkelen i behandlingen.

Psykoanalysens kanskje viktigste bidrag er å forstå de ubevisste prosessene som finner sted både i pasienten og mellom behandler og pasient. Vi erfarer at kun deler av pasientens kommunikasjon foregår ved eksplisitt verbal utveksling (ord-dialog), og at vesentlig emosjonelt og relasjonelt innhold er å finne i selve kommunikasjonsformen (ansiktsuttrykk, gester osv.), og i den non-verbale, ubevisste kommunikasjonen mellom pasient og behandler (eksempler på slike fenomener er splitting, projeksjon og projektiv identifikasjon). Uten et åpent blikk for disse sidene av pasientens kommunikasjon, og uten kjennskap til psykoanalysens beskrivelser av slike fenomener, mister man lett viktige deler av pasientens livsverden av syne. Med utgangspunkt i eget arbeid vil vi vise hvordan psykoanalysen åpner for nye innganger til arbeidet med pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse.

Samtidig som vi mener at psykoanalysen tilfører noe unikt, hviler vår tilnærming på allmenne, humanistiske tanker som man vil kjenne igjen i mange terapeutiske tilnærminger. Vi har tidligere (Lohne & Buseth, 2006, s. 564) formulert disse prinsippene i noen korte punkter:

- tenk muligheter heller enn hindringer
- vektlegg heller ressurser enn sykkelighet
- styrk håp og motvirk håpløshet
- vis hverandre respekt og unngå vold eller trusler om vold
- arbeid for en tilværelse hvor det er mulig å mestre livets vanskeligheter uten å måtte frykte at man kan bli stående alene

Terapeutene kan heller ikke stå alene. Det var derfor obligatorisk og selvsagt at vi både hadde felles teamveiledning og individuell veiledning, der vi spesielt siktet oss inn mot å gripe pasientens og terapeutens ubevisste prosesser, enten de var selvstendige eller felles.

## Skammen, volden og håpet

Våre pasienter ferdes i et miljø som ofte er preget av vold. For mange av dem er denne volden en aktiv gjentakelse av den volden de har med seg fra eget oppvekstmiljø, enten det er som offer eller voldsutøver. Hverdagen innebærer dermed stadige, gjentatte traumatiseringer.

Pasientene vi møtte, formidlet til tider en redsel for å «skremme bort» behandlerne hvis de fortalte om volden i sitt liv. Derfor måtte terapeutene være seg bevisst at de måtte åpne det terapeutiske rommet slik at voldserfaringer i pasientens aktuelle liv fikk sin naturlige plass i rommet. Ikke minst er dette viktig fordi det å ikke forholde seg til denne volden innebærer at terapeuten ser bort fra pasientens konkrete virkelighet og opplevelser.

Vi mener også at det er viktig å ta opp voldstematikken fordi det kan beskytte psykoterapirelasjonen mot pasientens tilbøyelighet til å reagere voldelig når noe oppleves som truende. For eksempel kan en ubetenksom kommentar fra terapeuten utløse en voldelig reaksjon hos en pasient med en historie av tidligere krenkelser. Dette illustrerer også behandlingsteamets arbeid med å skape en trygg arena som oppleves som et åpent og gjestfritt rom med klare grenser og tydelige avtaler.

### *Psykoanalysen åpner for nye innganger til arbeidet med pasienter med samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse*

Å etablere kontakt med pasienten i det miljøet pasienten faktisk ferdes og lever i, konfronterer terapeuten med pasientens lidelse på en måte som ofte er overveldende. Åpner terapeuten døren til pasientens rom på hybelhuset, blir han kanskje møtt av søppel, blodige sprøyter og brukerutstyr. For oss er dette en konkret, fysisk manifestasjon av pasientens psykiske smerte, der rommet speiler pasientens lidelse. I tillegg, som Lohne og Buseth (2006) skriver, står også opplevelsen av skam sentralt hos mange av disse pasientene; en skamfølelse som har sammenheng med den utstøtelse de opplever i sin hverdag, og ikke sjelden bunner i en dyp erfaring av ikke å være elsket eller verdsatt.

Møtet med pasientene i deres hverdagsomgivelser kan også skape følelser av svakhet og hjelpeløshet hos behandlerne. Terapeuten kan oppleve skam for ikke å kunne hjelpe, men pasientens skamfølelse kan også «flytte seg over på» terapeuten gjennom en empatisk reaksjon eller ved at terapeuten vemmes over pasientens tilværelse. Når man føler seg hjelpeløs eller skamfull, er det fristende å fremstå som en handlekraftig terapeut. Det kan igjen medføre at man setter i verk lite overveide endringer av behandlingsrammene, som tvangstiltak, eller man skaper avstand ved å gjøre terapeuten til ekspert og pasienten til en gjenstand. Å diagnostisere og medisinerer, eller andre regelstyrte tiltak (f.eks. knyttet til suicidalitet), kan da snarere fremstå som forsvar mot vonde erfaringer hos behandleren enn forsøk på å hjelpe den andre. En annen strategi for terapeuten for å unngå den smerten møtet med pasientens verden kan skape, er å gi omsorg og skape en delt fantasi om at pasienten likevel ikke er alene (Winnicott, 1971).

Vår tilnærming konkretiserer håpet som må ligge i enhver behandlingsrelasjon. I tråd med moderne interpersonlig psykoanalytisk forståelse (Benjamin, 2004) bygger terapirelasjonen på at pasient og terapeut sammen skaper noe tredje. Det dannes noe nytt – en ny felles forståelse – som ingen av dem hadde på forhånd, og som tar opp i seg det som er forskjellig, og som i utgangspunktet utgjorde en tilstivnet komplementaritet mellom de to. Dette blir særlig tydelig når det gjelder den psykotiske og maktesløse pasienten, som kanskje aldri, og særlig ikke i sine mange møter med ofte rigide behandlingssystemer, har opplevd at hans eller hennes egen stemme har blitt hørt. Det fastlåste forholdet mellom den som har makt til å definere den andre, og den som blir definert, vil da bare vedvare.

Våre samarbeidspartnere i andre deler av psykisk helsevern verdsatte vanligvis at vi holdt kontakt med pasientene over lang tid, og at vi tok ansvar i kriser og fulgte opp under innleggelser. De opplevde at vi bidro til at pasientenes uttrykk ble mer forståelige for dem. Samtidig var vi til dels kraftig uenige om diagnoser, medisinerer og tvangstiltak, men i det store og hele lot disse uenighetene seg løse.

Ovenfor har vi gitt et riss av rammene for ROP-teamets arbeid. I det videre skal vi møte to pasienter som tydeliggjør hvordan vi med utgangspunktet i en psykoanalytisk tilnærming arbeider «i felten» med pasienter som samtidig har tunge rusproblemer, alvorlig psykisk lidelse og livsvilkår som i seg selv er utfordrende nok.

## Psykoanalyse på gata

For å illustrere vårt arbeid tar vi utgangspunkt i to anonymiserte pasienter. Begge har samtykket til at våre beskrivelser fra deres liv og behandlingsforløp publiseres i anonymisert form. Fortellingene er omskrevet så godt det har latt seg gjøre uten at poengene i fremstillingen har vært skadelidende. Begge hadde schizofrenidiagnose, men samtidig fremviste de svært ulike kliniske bilder. Julia håndterte sine relasjoner ved sterke følelsesuttrykk og et aktivt og vedstått ønske om kontakt. Paul, på sin side, var seg bevisst at han ikke ønsket kontakt. Ved avspaltning og kontroll omgjorde han sine følelser til psykotiske forestillinger og fantasier.

Paul og Julia bodde på hvert sitt lavterskel botiltak da vår kontakt startet opp. Begge var rundt 40 år, og begge brukte heroin og amfetamin daglig. Da kontakten med ROP-teamet ble etablert, var ingen av dem i stand til å opprettholde et stabilt boforhold, og de hadde begge et høyt antall innleggelses i psykisk helsevern og rusomsorgen bak seg. Ord som «behandlingsresistent» gikk igjen i omtalen av de to, og de hadde ingen kontakt med egen familie. Da vi ble kjent med Paul og Julia, var deres liv også preget av omfattende og stabile psykosesyntomer, inkludert ulike former for hallusinasjoner og vrangforestillinger. Etter utredning fikk begge schizofrenidiagnose.

Behandlingen vi gjennom mange år tilbød Paul og Julia, var preget av alvorlige kriser og store dilemmaer vi som team måtte ta stilling til. Like fullt, etter fire år med tett oppfølging gjorde både Paul og Julia betydelige framskritt: Psykosesyntomene avtok markant, begge reduserte sin rusbruk betraktelig, gjenopptok kontakten med familie, samarbeidet med ROP og DPS om medisiner, etablerte et stabilt boforhold og ble begge ansett som ressurser i sine respektive bofellesskap. Ved avslutning av behandlingen uttrykte begge tilfredshet både med kontakten de hadde hatt med ROP-teamet, og den psykoterapien vi hadde tilbudt.

Med utgangspunkt i Salmons prinsipper og egne erfaringer i felten har vi formulert fem tema som vi vil illustrere med eksempler fra behandlingen av Paul og Julia.

### Første prinsipp: Balansert nærhet og avstand

Med dette prinsippet ønsker vi å skape et rom der pasienten står fritt til å uttrykke egne ønsker, tanker og følelser. Paul og Julia hadde svært ulike måter å forholde seg til nærhet og avstand på. Paul trakk seg tilbake i tilsynelatende passivitet og affektmatthet. Julia, derimot, overvældet terapeuten med krav om affektiv nærhet og betingelsesløs tilstedeværelse.

**I våre første møter med Paul** var han ute av stand til å uttrykke seg sammenhengende. Han kunne ikke gjøre avtaler. Han sa «nei» hvis noen ringte og spurte om han kunne ta imot besøk. Et bank på døra var annerledes, da åpnet han som oftest, og satte litt motvillig over kaffe til sin gjest.

Terapeuten følte tidlig at Paul ikke selv klarte å regulere avstanden mellom de to. Paul sa at «alt egentlig er en sketsj som noen har satt opp med meg i hovedrollen». Utsagnet ga terapeuten en opplevelse av å være plassert i en tilskuerposisjon, der han kunne komme til å gjøre narr av Paul. I veiledning fortalte terapeuten at «det var som en fremmed impuls i meg at jeg skulle til å 'håne og le' av Paul» (prosjektiv identifikasjon). Veiledningen bidro til at han klarte å skille sin opplevelse (motoverføring) fra Pauls forventninger (overføringer). Teamet forsto dette som uttrykk for at noe ble for nært i kontakten mellom de to. Dermed kunne terapeuten forholde seg med den varsomheten og optimale nærheten, eller avstanden, som pasienten trengte for å bli trygg i relasjonen.

Terapeuten tok Pauls opplevelsesverden på alvor. Det som med andre ord (og innen mer medisinsk psykiatrisk forståelse) beskrives som symptomer på psykose eller fravær av mening, ble for oss av vesentlig betydning for å forstå Paul. Pauls ekstreme tilbaketrekning, som i diagnostisk

sammenheng kan klassifiseres som et negativt symptom ved schizofreni, ble forstått som en beskyttelse mot det Paul fryktet mest av alt: reell nærhet. Nærhet hadde for Paul blitt forbundet med fare. Gjennom kontakten med terapeuten, og det at terapeuten ikke handlet på sin motoverføring, ble det mulig for Paul å uttrykke seg selv og langsomt tåle mer nærhet. Mot slutten av behandlingen kunne han selv fortelle at han i sin oppvekst, ja, egentlig gjennom store deler av livet, faktisk var blitt latterliggjort av både familien og personer i psykisk helsevern.

Paul malte også bilder og var i likhet med terapeuten interessert i kunst. Den psykologiske fragmenteringen var hos Paul av en slik karakter at han hadde betydelige vansker med å skille seg selv fra andre. Men i kunsten kunne han projisere sine skremmende fantasier og psykotiske forestillinger på ett ytre objekt. Dermed kunne terapeuten gå fri for projeksjonene, og det ble mulig for Paul å forholde seg til terapeuten som medmenneske. Ved å se bilder sammen opplevde terapeuten at rommet mellom dem åpnet seg, og det ble plass til å dele ønsker og følelser.

For Paul var menneskelig kontakt farlig. Hans psykotiske verden holdt ham borte fra menneskene, men han åpnet døra forsiktig når man banket på, kanskje av høflighet, kanskje av håp. Og bildene ble en bro for ham, og samtidig en mulighet for terapeuten til å få tilgang på Pauls opplevelsesverden. Paul fikk bekreftet at han var i live, at hans opplevelser og uttrykk hadde gyldighet. Samtidig ser vi dette som en måte å komme nær på uten at det blir for overveldende. Møtet med Julia krevde derimot andre tilnærminger for å regulere avstand og nærhet.

**Julia og terapeuten** gikk ved siden av hverandre på gaten fra et møte. Plutselig sa hun: «Du suger meg tom.» Terapeuten saktet farten og gikk tre skritt bak. På Julias rom regulerte hun avstanden ved å sette heroinsprøyter i terapeutenes nærvær. Når terapeuten kommenterte at han helst ville at hun lot være, kunne hun si: «Du tåler ikke å se hvem jeg er!» Terapeuten strevde med å holde ut følelsen av at noe kom til å bli ødelagt mellom dem eller i dem begge, og lot Julia trekke seg tilbake samtidig som han også trakk seg selv tilbake når denne følelsen ble for sterk.

Julias måter å verge seg mot utålelig nærhet på kan ses som et uttrykk for intens redsel for oppløsning eller ødeleggelse av selvet, både kroppslig og psykologisk. I hennes psykologiske verden synes vi å se dyp frykt for, eller kanskje hat mot, det gode som terapeuten («mor») ønsker å gi, samtidig som Julia sterkt mangler dette gode. Hun viser seg frem med sprøyten i armen, kanskje ubevisst for å kvitte seg med det som truer med å bli et ondt objekt. Terapeutenes reaksjon, å gi Julia psykisk og fysisk rom, var umiddelbar og kroppslig, uten en forutgående tanke. Det viser hvordan en psykoterapeutisk holdning er forankret i kroppen, og hvordan terapeuten må holde ut sin kroppslige vemmelse og smerte i pasientens nærvær (Igra, 2001; Sletvold, 2014). En forutsetning for dette var at terapeuten i det stille kunne erfare og sette ord på disse opplevelsene for seg selv. Vi tror at Julias nære andre ikke hadde vist en slik evne til å holde ut hennes vanskelige følelser i hennes oppvekst og senere dramatiske liv. Men når terapeuten kom tilbake – igjen og igjen – etter de smertefulle møtene, erfarte Julia at det var mulig for andre å holde ut både hennes vanskelige følelser og henne som menneske.

## Andre prinsipp: Åpenhet for det umiddelbare

Terapeuten må gjøre seg tilgjengelig for det umiddelbare i pasientens kommunikasjon, og samtidig fremvise empati og positiv åpenhet for det som kan ligge implisitt eller gjemt i pasientens måte å kommunisere på. Åpenhet for psykologisk mening i det psykotiske og fragmenterte er avgjørende. En slik åpenhet forutsetter at terapeuten er fortrolig med og kan tolerere en opplevelse av mangel på mening i eget liv, og er åpen for at også deler av eget selv kan være fragmentert. Psykologisk og kroppslig bearbeiding av tidligere og pågående traumatisk erfaring vil vise seg i overføring og

motoverføring. Dette utfordrer terapeutens intuitive, autentiske oppmerksomhet på egne kroppslige, følelsesmessige og tankemessige reaksjoner.

Enkelt sagt må terapeuten arbeide med å være til stede her og nå, og samtidig leve i relasjonen med uklare grenser mellom fortid, nåtid og fremtid.

**I innledende fase** av behandlingen uttrykte Paul at han måtte «sove på gulvet fordi flammekastende reptiler fyller opp sengen og kommer ut av nesa». Om oppveksten fortalte han i bruddstykker om hvordan moren hadde stappet såpestykker opp i endetarmen hans da han var barn. Han sa gjentatte ganger at «noen tar livet sitt dersom jeg får kontakt med familien». Terapeuten tenkte at dette hadde å gjøre med at Paul som 17-åring hadde opplevd at stefaren satte fyr på huset og tok livet av seg.

Teamet opplevde at Paul var preget av dyp og intens skam, så dyp at han ikke kunne leve om han erfarte skammen. Den måtte benektes, fortrenkes eller overføres på andre. Teamets erfaring var at skamproblematikk først ble tilgjengelig i behandlingen ved at terapeutene intuitivt merket skammen i egen kropp og psyke, som når Pauls terapeut kjente på en fremmed impuls til å håne og le av Paul når han satt i tilskuerposisjonen (se beskrivelse foran). Pauls tidligere erfaringer ble altså aktualisert i terapirommet mellom de to ved at terapeuten var tilgjengelig for dem på et intuitivt plan, og det ble mulig for Paul å uttrykke sine vonde følelser stilt overfor hån fra andre mennesker.

### *Når man føler seg hjelpeløs eller skamfull, er det fristende å fremstå som en handlekraftig terapeut*

Pauls uttrykk var nesten blottet for affekt, der han verken viste sinne, sorg eller tristhet. I kontrast til dette opplevde terapeuten en intens fysisk og psykisk smerte i sine møter med ham. Pasientens avspaltede affekt traff terapeuten kraftig, og reaksjonene ble bearbeidet i team-veiledningen. Vi antok at Paul trolig identifiserte seg med stefarens påtenning av huset de bodde i, samtidig med at han levde med intens skyldfølelse for gjerningen. Denne skyldfølelsen kom også til uttrykk i terapeutens motoverføring. Det var som om det språkløse lille barnet i Paul både kroppslig og psykologisk inkorporerte hele familiens smerte. Ved å stille seg til rådighet for denne smerten bidro terapeuten til Pauls vei ut av ensomhet.

Det var som om Pauls sterke opplevelse av at noen vil dø, eller ta sitt eget liv hvis han kommer i kontakt med familien, handlet om en straff fra et projisert overjeg, uttrykt ved utsagnet om at «noen kommer til å ta sitt liv». Pauls malerier var mørke og konturløse. De uklare bildene og vage talemåtene kan ses som «skygge», kanskje til og med pågående ødeleggelse av hans indre verden. Etter hvert som terapeutens mottakerevne ble mobilisert og Paul opplevde nåde, skåning eller rett og slett å tåles av en annen, ble innflytelsen fra dette straffende overjeget mindre. Da kunne han uttrykke seg klarere både som kunstner og samtalepartner.

**Julia kom aldri til** timeavtaler i ROPs lokaler. Å komme inn på Julias rom på hospiset var å komme til et sted fylt av smerte og skrekk. Hun fortalte ofte i detalj om pågående tortur og mishandling i kjelleren. Hun fortalte om groteske drapsfantasier. Plutselig kunne hun i raseri rope ut: «Ikke uten min datter!» Ansatte på hospiset og i psykisk helsevern hadde avskrevet dette som meningsløst psykotisk materiale.

Først og fremst måtte terapeuten overleve det å være vitne til hennes brutale indre verden. Han følte en lammende utmattelse etter timene. Ved Julias opprørte spontane besøk i ROPs lokaler kunne vi slås av hennes latente raseri og angst, så vel for at vi var der, som at vi ikke var der for henne, og vi kjente en fryktelig tomhet når hun løp ut. Aggresjonen hennes var utålelig for omgivelsene. Ubevisst

skjøv hun andre bort og unngikk dermed nærhet, som hun mest av alt fryktet. Ved at terapeuten evnet å holde ut og romme hennes aggressive uttrykk, kunne hun endelig begynne arbeidet med livserfaringene som lå bak. Uttrykkene fikk mening. Det viste seg at hun hadde vært til stede etter at en venn hadde drept et menneske, partert liket, pakket det ned og fraktet det bort. Hun fortalte også om egen erfaring som torpedo. Mot slutten av psykoterapien opprettet hun kontakt med en datter hun ikke hadde hatt kontakt med på mange tiår. Det viste seg at hun hadde en virkelig smerte knyttet til tapet av datteren, en smerte som endelig ble sett og anerkjent av et medmenneske.

En kan spørre seg om Julias verden var psykotisk eller «bare» et smertehelvete. Terapeuten beveget seg i overføringsfeltet fra å være en trussel hun bare med sterk ambivalens kunne ha noe med å gjøre, til å bli en farsfigur hun frivillig kunne åpne seg for både omkring det umiddelbare og om tidligere erfaringer. Fra at de begge kunne føle seg redde, overveldet og alene, kunne Julia og terapeuten begge puste ut og kjenne seg tryggere og ivaretagende overfor hverandre.

### **Tredje prinsipp: Terapeuten ivaretar forventningen om tilstedeværelse**

Flere av pasientene vi møtte i ROP-teamet, hadde mer eller mindre gitt opp forventningen om at det finnes noen annen der for dem. De fleste har alt fra ung alder erfart at tillit er forbundet med svik, og at nærhet er knyttet til fare. Det gir terapeuten ansvar for å etablere og opprettholde relasjonen. Terapeutens forventning om å nå frem til et «du» – den andres selv – gjør at pasienten slik gis en anledning til å hele et selv som ellers trues av oppløsning. Dette dreier seg om tillit, om å tilby forutsigbare rammer som etter hvert kan internaliseres hos pasienten. Og i dette arbeidet er det viktig å ikke avvise pasienten, selv om man møtes med mistenksomhet og forventning om ytterligere skade.

**Både for Julia og Paul** var det terapeuten som tok ansvaret for å etablere relasjonen. Paul bekreftet eksplisitt at han nesten «måtte påtvinges» kontakt. Begge uttrykte tydelig at de i den tilstanden de var i ved første kontakt – en tilstand preget av mistillit og paranoide og fiendtlige holdninger etablert over mange år – var de ikke engang i stand til å be om eller ta imot hjelp for selv den minste konkrete ting i hverdagen. Under etableringen av den terapeutiske relasjonen avviste Paul og Julia innledningsvis alle tilbud om kontakt. Likevel kom terapeutene tilbake igjen og igjen der hvor de oppholdt seg. Teamet drøftet inngående de dilemmaene som oppstod når de grep inn i deres hverdag på dette viset. Psykologen og vi valgte å bryte markert med deres autonomi. Men ved at vi var der igjen og igjen, tross deres forventninger om det motsatte, klarte de etter hvert å ta oss i bruk.

### **Fjerde prinsipp: Unngå fagsjargong, vær nær på livet**

I møtet med denne pasientgruppen er det kanskje enda mer påkrevd enn i andre terapirelasjoner at man møter pasienten i et dagligdags, enkelt språk, rensket for faglig sjargong. Ikke bare søker vi å speile pasientens språklige vendinger, men også det emosjonelle og kroppslige uttrykket som vises. En slik speiling har gjerne vært en mangel i pasientens tidlige liv, og vi ser speilingen som en nødvendig forutsetning for virkelig følelsesmessig kontakt. Og der pasientens basis-selv er fragmentert, vil speiling i kontakt kunne tjene til meningsdannelse og integrering og dermed et helere selv. Dagens psykoanalytiske terapier avstår fra utvendig kategorisering av pasientens lidelse. En slik tilnærming var dessverre ny for Paul og Julia.

**Mot slutten av behandlingen** samtalte vi om terapirelasjonen, og Paul ville vite mer om hva «schizo» betydde. Terapeuten forsøkte så godt han kunne å forklare. Gjennom enkle ord forsøkte han å beskrive fenomener som å ha tanker som føles fremmede, lite kontakt med egne følelser, tankestopp og overdreven grubling omkring hvem man egentlig er. Pauls terapeut beskrev terapien slik i etterkant:

«Jeg kom til ham hver uke. Jeg reflekterte omkring daglige tema med ham, jeg var pågående på en forsiktig måte, jeg speilet ham ved å gjenta det han uttrykte, på min måte (kanskje jeg ofte gjettet) og snakket direkte til ham om hans kaos.»

Også Julia fortalte at det var fint å møte «en terapeut som endelig snakka norsk». Det var hennes egne ord som fikk plass i behandlingen, ikke diagnoser, medikamentregimer eller psykologiske faguttrykk. Først mot slutten av behandlingen kunne hun si at hun på en måte var syk.

Psykoanalytisk tenkning om psykose innebærer innsikt i at mennesker søker egen mening i livet. Selv om schizofreni skulle være biologisk nedarvet eller betinget, så må behandlingen ta utgangspunkt i den schizofrenes egen verden. Bruk av faglig sjargong eller kategorier fra psykologisk eller psykiatrisk teori vil fra et psykoanalytisk perspektiv bare bidra til å skape distanse i relasjonen og kunne sementere pasientens ensomhet.

## Femte prinsipp: Legg til rette for dialog om den terapeutiske relasjonen

Dette prinsippet utfordrer terapeutens evne til tydelig å rette oppmerksomheten i retning av «noe tredje». Relasjonen må forankres i et «vi» som omfatter en terapeutisk kultur, et håp om endring og en erfaring av likeverd. Samtidig bør det tematiseres at psykoterapi og heling skjer i et samfunn der utstøtelsesprosesser, overflatisk diagnostisering og «enklere» løsninger kan råde grunnen.

**I starten av behandlingen** i ROP forventet Julia den sedvanlige konflikten med «psykiatrien» omkring medisiner hun mente hun trengte. Terapeuten hennes gikk ikke inn på dette, men kom på besøk som psykolog. Besøket skjedde på hennes «arena» ved å møte henne på rommet hennes på hospiset, og her stilte terapeuten seg til rådighet som medmenneske. Etter hvert fant ROP og Julia sammen frem til et mer permanent sted å bo, med mer fellesskap og ivaretagelse. Gjennom psykoterapirelasjonen oppsto det en fremtid som samtidig var forankret i hennes erfaringer i livet så langt. Den ukentlige samtalen med terapeuten og teamets bidrag til praktiske løsninger bidro til at hun samlet seg. Hun ble mindre springende og forvirrende i kontakten. Engasjert begynte hun å ta vare på andre i boligen, hun kom nærmere sin mor og fikk kontakt med datteren.

Julias utvikling viser tydelig forskjellen mellom hennes tidligere erfaringer i psykisk helsevern og behandlingen i ROP. Hun hadde mange kortvarige innleggelse bak seg, var diagnostisert med rusutløst psykose og var tvangsmedisinert. Den langvarige kontakten med ROP innebar schizofrenidiagnose og en behandling som vektla likeverd, frivillighet og gjensidighet, en kontrast til sin tidligere opplevelse av avmakt overfor autoritetene i psykisk helsevern. Samtidig opplevde vi at senere reinnleggelse av henne mens hun var hos oss, fikk en ny karakter. For også avdelingene hadde følt seg maktesløse. Nå hadde de en samarbeidspartner i oss, som hjalp dem å finne mening i pasientens symptomer.

*I møtet med denne pasientgruppen er det kanskje enda mer påkrevd enn i andre terapirelasjoner at man møter pasienten i et dagligdags, enkelt språk*

I relasjonen til Paul meldte «det tredje» seg på en påtrengende og dramatisk måte. Hans familie fikk nyss om at han var i behandling i ROP og ønsket kontakt med ham. Pauls insistering på at «noen kommer til å begå selvmord» dersom det ble opprettet kontakt, ble lenge bearbeidet og drøftet i teamet. Terapeuten utledet en hypotese om at å opprette kontakt med familien på samme vis som før, ville bety sjelig utslettelse eller død for Paul. Han hadde ikke noen verdi i familien. For Paul var det for tidlig med kontakt med familien.



Men gjennom det Paul kalte «et felles møte» med terapeuten følte han seg igjen som et menneske blant mennesker. Møtet handlet om at Paul og terapeut holdt sammen over lang tid, og at de utviklet et fellesskap omkring malerkunst og dagligdagse ting som å gå tur eller lage mat. Som et menneske med verdi kunne han også knytte seg til andre i ROP-teamet, og han ble også med i «et større vi» ved å lage flere bilder som han viste på utstilling. En dag godtok han at terapeuten og han sammen tok kontakt med familien. Kontakten medførte besøk og gjenbesøk som han uttrykte glede over.

Under innleggelser hadde Pauls lidelse vært forstått som en biologisk lidelse som kun skulle behandles ved medisiner. Når dette ikke nyttet, ble han ansett som behandlingsresistent. Han ble gjort til gjenstand for vurderinger og behandling som først og fremst bidro til å opprettholde hans paranoide forsvar, hans tilbaketrekning og følelse av avmakt. ROP tilbød Paul muligheten for ekte kontakt med andre mennesker. Kontakten med terapeuten hjalp ham til å få kontakt med seg selv, og etter hvert med sin egen familie.

Paul fremsto etter hvert tydeligere og mer tålmodig i sin kommunikasjon med terapeuten, og bildene han malte, fikk klarere farger og konturer. Julias projektive fungering avtok dramatisk, og hun samtykket til å begynne med medisiner. Og for første gang klarte hun å bo stabilt i et fellesskap og også gjenoppta en stabil kontakt med familien.

## Psykoanalyse hører hjemme på gata

Fortellingene om Paul og Julia viser at psykologisk og psykoanalytisk teori og forståelse hører hjemme også ute på gata, og det alt fra første kontaktforsøk med pasienten. Virkelig endring i denne pasientgruppen må innebære at man insisterer på en åpen og gjensidig kontakt. Manglende erfaringer med dette er det grunnleggende traumet hos disse pasientene, og relasjonen til terapeuten blir da nøkkelen til forandring. De psykoanalytisk baserte prinsippene vi har vist bruken av, tar overførings- og motoverføringsforhold på alvor, og bidrar til å fastholde terapeut og pasient i et felles terapeutisk prosjekt.

Vårt team kom til tider i konflikt med mer «tradisjonelle», medisinsk orienterte behandlere og institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Uenigheten dreide seg typisk om at ikke alle så at symptomene hadde en mening, samt at pasientene gjerne ble tildelt en rolle og posisjon der de passivt skulle motta behandling, da hovedsakelig medisiner. Det kunne oppstå betydelige uenigheter om diagnoser, medisiner og tvangstiltak. Likevel var det ofte mulig å inngå meningsfullt samarbeid, og det øvrige psykisk helsevernet verdsatte at vi tok ansvar i kriser og fulgte opp under innleggelser. Samarbeidspartnerne opplevde også at vi kunne gjøre pasientenes uttrykk forståelige for dem.

Vi vil også avslutningsvis betone at en slik tilnærming forutsetter at terapeuten er forankret i et team som bidrar til å opprettholde og utvikle tenkningen omkring pasientene. En mer allmenn psykoanalytisk tenkning ligger i bunnen for vår tilnærming, men behandlingsmetoden trenger også en særskilt utforming overfor pasienter med psykotisk lidelse og rusavhengighet. Vi håper å ha vist hvordan teori og praksis kan integreres i dette feltet.

Det knytter seg dype dilemma til arbeidet. Den nød og det kaos pasienten befinner seg i, kan hos terapeuten føles som tvingende nødvendig å avhjelpe. En slik agering kan medføre at pasienten føler seg utsatt for nye overgrep. Avslutningsvis vil vi derfor understreke nødvendigheten av å gi pasienten tid, midt oppe i en ellers prekær situasjon vi så lett ønsker å handle på.

## Referanser

- Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An Intesubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5–46
- Buseth, T. & Lohne, P. (2006). Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integrert behandling i oppsøkende poliklinisk team. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43, 563–573
- Davoine, F. & Gaudilliere, J.-M. (2004). *History beyond Trauma*. New York: Other Press.
- Igra, L. (2001). *Den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet*. Falun: Natur och Kultur.
- Lohne, P., Duedahl, I., Møller, P., & Nørbech, N. *Proximity and distance: persons with major psychotic disorder and drug dependency – perspectives from psychoanalysis, phenomenology and attachment theory on therapeutic relationship*. (manus under utarbeidelse).
- Sletvold, J. (2014). *The embodied analyst. From Freud and Reich to relationality*. New York: Routledge.
- Winnicott, D.W. (1971c). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.