

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

Filip Myhre og Roger Sandvik Hansen

Forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen. Begge
forfatterne er deleiere og jobber i Norsk Institutt for ISTDP

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy

Filip Myhre og Roger Hansen beskriver hvordan synlige kroppslige markører hos pasienten gir terapeuten sentral informasjon i terapeutisk prosess og valg av intervensjoner.

Teori og menneskesyn

Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) er en transdiagnostisk terapimetode forankret i den psykodynamiske tradisjonen. ISTDP skiller seg i liten grad fra tradisjonell psykodynamisk teori når det gjelder antakelsene om hva som utløser og opprettholder psykiske vansker. En grunnleggende antakelse er at mange av våre følelser, tanker, ønsker og indre konflikter er utilgjengelig for bevisstheten. Hva som er utilgjengelig for den enkelte, antas å henge sammen med personens tidlige livserfaringer. Erfaringer som har vekket reaksjoner som har vært for komplekse og konfliktfylte for personen å forholde seg til på en meningsfull måte, har i stedet blitt skjøvet ut av bevisstheten. Faktorer som påvirker personens kapasitet til å forholde seg til reaksjoner på vanskelige opplevelser i oppveksten, antas å være både genetikk, kvaliteten på tilknytningen til omsorgsgivere, tilgang på annen støtte, personlighet, evnenivå og sosioøkonomiske forhold (Abbass, 2015)

Den kanadiske psykiateren og psykoanalytikerens Habib Davanloo begynte å utvikle ISTDP på 1960-tallet (Davanloo, 1990, 2000, 2005). Han var motivert av at behandling på den tiden ofte ikke var tilgjengelig eller tok for lang tid. Det opprinnelige standardformatet av ISTDP ble utviklet ved at han studerte videoopptak av terapitimene sine og systematiserte virksomme faktorer, som han deretter tok med seg i sine påfølgende terapiforløp. På 1990-tallet videreutviklet han et format som var spesifikt rettet mot traumer: det graderte formatet av ISTDP (Davanloo, 1990, 2000, 2005). ISTDP har i dag relativt få eksklusjonskriterier for behandling (aktiv psykose/mani, aktivt alvorlig rusmisbruk, alvorlige somatiske tilstander og akutt selvmordsrisiko) (Abbass, 2015).

Utløser og opprettholdere

En grunnleggende antakelse i ISTDP er at ubevisste konfliktfylte følelser er drivkraften bak ulike symptomer og problemer (Abbass, 2015). Barn er avhengige av sine tilknytningspersoner, og følelser som truer båndet til tilknytningspersonene risikerer å bli skjøvet ut av bevisstheten. For barnet kan det oppleves spesielt krevende når det er tilknytningspersonen som utsetter det for smertefulle

forstyrrelser, eller at det skjer et brudd i båndet. I slike tilfeller antas barnet å reagere med et sett av sammensatte følelser. Bruddet vil kunne mobilisere kjærlighet og avhengighet, men samtidig vekke sterke negative følelser overfor tilknytningspersonen som vil stå i sterk konflikt til kjærligheten og avhengigheten. For eksempel vil følelsen sinne/raseri ha tilhørende impulser om å såre eller skade, noe som er svært konfliktfylt for barnet å forholde seg til i bevisstheten. Et voldsomt sinne vil kunne vekke mye skyldfølelse nettopp fordi barnet også er knyttet til og avhengig av den voksne. Det vil være svært konfliktfylt for barnet å bevisst forholde seg til disse sammensatte følelsene. Hvis barnet har god nok ytre støtte og en indre kapasitet til bevisst å forholde seg til disse komplekse tilknytningsfølelsene på en gang, antas dette å bidra til at barnet også kan forholde seg til et komplekst bilde av seg selv og andre. Hvis ikke kan spesielt de negative følelsene overfor tilknytningspersonen bli for smertefulle og skyves ut av bevisstheten. Et barn som ikke har kapasitet til å romme en sammensatt indre konflikt, kan for eksempel «løse den» ved å tenke at «tilknytningspersonen gjorde alt rett, alt er min skyld, og jeg fortjente det siden jeg er så vanskelig». Altså positive tanker om den andre, og negative tanker om en selv. Både barnet selv og den nære andre blir opplevd svart-hvitt, som god eller dårlig. Slik svart-hvitt-tenkning kan forstyrre nære bånd i fremtiden. Hvordan ubevisste indre konflikter antas å kunne utløse og opprettholde ulike symptomer og problemer, illustreres i ISTDP ofte ved hjelp av *konflikttrekanten* og *persontrekanten* (Malan, 1979; Menninger, 1958).

Merknad. Forholdet mellom følelser, angst og forsvar på tvers av ulike situasjoner. Figur er basert Malan (1979) og Menninger (1958).



Konflikttrekanten illustrerer dynamikken der et ubevisst materiale med tilhørende konfliktfylte tilknytningsfølelser holdes utenfor bevisstheten. Disse utløser i stedet ubevisst angst og ulike ubevisste forsvarsmekanismer. For eksempel vil et brudd i et bånd til en nærstående nåtidig person kunne vekke smerte og sorg (følelser/impulser). Kan personen erfare smerten og sorgen på

en adaptiv måte, er bearbeiding mulig, slik at personen senere kan knytte et nytt bånd til et nytt menneske. Det vil være vanskeligere å åpne opp for smerte og sorg hvis bruddet i en nåværende relasjon samtidig mobiliserer et sett av ubevisste og negative følelser fra tidligere relasjoner. I tillegg til smerte og sorg kan et sett av ubevisste negative følelser som irritasjon og sinne fra det gamle båndet bli mobilisert og overført til det nye båndet. Disse følelsene vil være motstridende og konfliktfylte, og de holdes ubevisste ved å utløse ulike former for kroppslig ubehag (angst) og forsvar (for eksempel å trekke seg unna den andre og å tenke negativt om seg selv). Det er den ubevisste angsten og de mange formene for unngåelse som antas å opprettholde de psykiske plagene (for eksempel tilbaketrekning og depressive plager). Persontrekanten illustrerer hvordan gammelt, ubevisst konfliktfylt materiale (tidligere relasjoner) kan mobiliseres eller aktiveres i en nåværende relasjon inkludert i relasjonen til terapeuten (overføringen).

Sentrale prosesser og intervensjoner

En ISTDP-terapeut vil forsøke å hjelpe pasienter med å observere mønstre av både angst og forsvar. Deretter vil terapeuten hjelpe dem å ta aktivt stilling til hvordan de ønsker å forholde seg til disse mønstrene i terapien og videre i livet. Som del av dette arbeidet er en innenfor ISTDP særlig opptatt av å løse konflikter og dilemmaer som kan oppstå når pasienter mister tak i sin egen aktive vilje, engasjement og kompetanse, og i stedet opplever resignasjon, passivitet og oppgitthet. Sistnevnte hindrer endringsprosessen og bidrar til å opprettholde problemene de søker hjelp for. I ISTDP brukes samlebetegnelsen ubevisst motstand om måter man ubevisst forholder seg til seg selv, terapeuten og problemene på, og som står i veien for endring.

Ved at pasienten aktivt lar være å benytte seg av forsvarsmekanismer, kan ubevisst materiale bli tilgjengelig og eksponeres i bevisstheden. Da kan pasienten erfare og bearbeide det, og det vil gi ny innsikt og mening (Abbass, 2015). Når tidligere ubevisst materiale blir erfart og bearbeidet, vil selve drivkraften bak symptomer og problemer avta. Ubevisste følelser og konflikter vil ikke lenger drive ubevisst angst, forsvar og symptomer. Det overordnede målet er derfor å gjøre ubevisst materiale bevisst. Selv om ISTDP i all hovedsak har overlappende teoretisk forankring og endringsforståelse med andre psykodynamiske retninger, er det to teoretiske begreper som er spesifikt operasjonalisert innen ISTDP: ubevisst angst og ubevisst terapeutisk allianse. Forståelsen av ubevisst angst og

ubevisst terapeutisk allianse er sentral for hvordan en ISTDP-terapeut velger å intervensere. Vi vil derfor utdype disse to begrepene før vi sier noe om konkrete intervensjoner.

Ubevisst angst

Davanloo var tidlig ute med å studere videoopptak av egne terapier. Han observerte at det var en sammenheng mellom hvordan angst ble kanalisert i kroppen, og ulike typer av vansker pasienter hadde i møte med ubevisst materiale. På bakgrunn av disse observasjonene klassifiserte han ulike typer av ubevisst angst ut ifra hvilke kroppslige utslag de gav. Davanloo kalte dette for ulike angstutladningsmønstre (Davanloo 1990, 2000; Abbass, 2005, 2015). Han skilte mellom tre ulike typer av utladningsmønstre: angst kanalisert i tverrstripet muskulatur, i glatt muskulatur eller angst kanalisert som kognitive eller perseptuelle forstyrrelser». Denne operasjonaliseringen av ubevisst angst er sentral i ISTDP. Antakelsen er at hvert utladningsmønster gir informasjon om hva pasienten strever med, og dermed en indikasjon for valg av ulike behandlingsplaner og ulike typer intervensjoner. En terapeut innenfor denne tilnærmingen vil derfor kontinuerlig overvåke hvilket av de tre utladningsmønstrene pasienten fremviser (Abbas, 2015).

Tverrstripet muskulatur

Når det gjelder pasienter som kanalisere ubevisst angst gjennom å bli anspent i viljestyrt (tverrstripet) muskulatur, vil typiske markører som terapeuten kan observere, være å sukke dypt, flytte eller vri seg i stolen, eller gni seg kraftig i hendene (Abbas, 2015). Når pasienter blir anspent i muskulaturen på denne måten, kan de ofte identifisere følelsene sine kognitivt. Den fysiske opplevelsen av følelsene holdes derimot borte fra bevisstheten og erstattes av opplevd stress og indre uro (angst) og ulike tanker/rasjonaliseringer (forsvar) (Abbas, 2015). Pasienter der angsten kanaliseres i tverrstripet muskulatur har som oftest tilgang på en rekke effektive strategier (motstandssystem) for å holde både følelser og terapeuten på avstand. Pasienten kan for eksempel tenke klart og fortelle godt om følelsene i ulike affektivt ladede situasjoner, men har ingen kontakt med den fysiske delen av følelsene i kroppen sin utover at de kjenner seg urolig og anspent. Motstandssystemet som antas å høre sammen med ansentheth, kalles derfor for isolering av affekt i kognisjon.

Glatt muskulatur

Hos gruppen av pasienter der ubevisst angst kanaliseres gjennom ikke-viljestyrt eller glatt muskulatur, kan terapeuten observere fravær av de typiske markørene for aktivering av tverrstripet muskulatur (Abbas, 2015). Fraværet av den typiske ansenthethen i muskulaturen gjør ISTDP-terapeuten oppmerksom på om det i stedet er aktivering i andre kroppslige utladningsmønstre. I møte med

følelser kanalisere denne gruppen angst direkte til den glatte muskulaturen i stedet for tverrstripet muskulatur (Abbass, 2015; Davanloo, 2000). Den glatte muskulaturen finnes typisk i mage, tarm, blodårer og bronkier. Sammentrekning i denne muskulaturen kan gi en rekke somatiske symptomer som kvalme, løs mage, trøtthet eller slitenhet (Abbass, 2015). Når pasienter kanalisere angst i glatt muskulatur, er de ofte ikke i stand til å identifisere følelsene sine kognitivt, samtidig som de ikke nødvendigvis har en opplevelse av å være engstelige. I stedet for å kunne tenke klart omkring følelsene sine i ulike affektivt ladede situasjoner kan pasienten derfor se rolig ut og i stedet rapportere økte somatiske symptomer fra glatt muskulatur. Motstandssystemet som antas å høre sammen med glattmuskulær aktivering omtales derfor som umiddelbar fortrenning av følelser før de når bevisstheten (Abbass, 2015).

Kognitive perseptuelle forstyrrelser

Hos en tredje gruppe pasienter blir den ubevisste angsten kanalisert som kognitive eller perseptuelle forstyrrelser. Denne type angstkanalisering forbindes med det vi gjerne forstår som overveldelse. Her vil de typiske markørene for angst kanalisert i tverrstripet og glatt muskulatur være fraværende. I denne gruppen vil pasientene i stedet bekrefte at de har vansker med å fokusere og tenke klart, eller at de opplever seg mer kognitivt forvirret. De kan bekrefte nedsatt syn (tåkesyn eller nedsatt sidesyn) og hørsel (piping eller susing i ørene) (Abbass, 2015). Typisk for dette motstandssystemet er at hjernen forsøker å unngå å bli overveldet av angst fra konfliktfylte følelser gjennom å forenkle kompleksiteten i følelsesbildet. Istedenfor å kjenne på sammensatte, motstridende eller komplekse følelser i møte med andre, blir menneskene forenklet til enten å være gode eller onde (splitting), eller følelsene på innsiden av pasienten blir tillagt å være på innsiden av den andre personen (projeksjon) (Abbass, 2015). I terapi kan dette for eksempel gi seg utslag i frykt for terapeuten allerede før man har møtt behandleren. Blandede følelser utløst av å skulle åpne seg for og stole på terapeuten splittes opp. Motviljen mot å åpne seg for noen beholdes som en indre opplevelse av situasjonen, samtidig som ønsket om å komme til bunns i det vanskelige projiseres over på terapeuten. Dette motstandssystemet som hører sammen med angst kanalisert som kognitive og perseptuelle utfall, blir beskrevet som splitting og projeksjon (Abbass, 2015).

Ubevisst terapeutisk allianse

Ifølge Davanloo (1990) kan motstand, det vil si pasientens ubevisste handlinger som kommer i veien for pasientens egne mål for terapien, best overvinnes gjennom systematisk aktivering av det man i ISTDP benevner som ubevisst terapeutisk allianse. Ubevisst terapeutisk allianse, eller

UTA, er det motsatte av ubevisst motstand. UTA er altså de handlingene pasienten ubevisst gjør som *fremmer* arbeidet med å belyse fortrenget materiale. Ubevisst terapeutisk allianse antas å bli sterkere når pasienten får mer kontakt med følelser som er fortrenget. En pasient som opplever en ubevisst terapeutisk allianse, antas å kunne kommunisere denne til terapeuten på en måte som en trent ISTDP-terapeut vil lytte etter. Et eksempel er når UTA viser seg i form av små «hvisk fra det ubevisste». En pasient som i starten av timen ikke ser sammenhengen mellom gjentatte opplevelser av å bli utnyttet og måten hen selv håndterer utfordringer i livet sitt på, kan spontant uttrykke: «... *jeg bare ser en annen vei når noen sårer meg. Jeg undertrykker følelsene det vekker i meg.*» Slike «hvisk» gjenkjennes som klare og presise oppsummeringer av sentrale deler av de psykodynamiske konfliktene. UTA kan også uttrykkes gjennom negasjoner. Den samme pasienten vil på et slikt tidspunkt (da de fortrenget følelsene fortsatt ikke kan kjennes fysisk i kroppen eller eksistere som bevisste kognisjoner) kunne uttrykke: «*Han forstår ikke hvor mye han sårer meg når han er utro mot meg, så jeg har ingen behov for å sære han tilbake ...*». På et senere tidspunkt, når de fortrenget komplekse følelsene erfares fysisk og ikke lenger blir holdt tilbake av angst eller motstand, kan den ubevisste alliansen operere friere gjennom å hente frem relevante minner og sammenhenger mellom nåværende og tidligere relasjonelle erfaringer. For eksempel gjennom utsagn som: «*Jeg kjenner at jeg vil sære og ydmyke han, men det er samtidig vondt å se øynene hans for meg etter at jeg har gjort det. Jeg kjenner så altfor godt igjen hvordan det oppleves å føle seg så maktesløs. Det er det som er impulsen, at han andre skal kjenne på det jeg ble utsatt for så mye da jeg var barn. Jeg tror det er derfor jeg bare har sett en annen vei når jeg har skjønt at han har vært utro.*» En slik tilstand der det er liten eller ingen ubevisst motstand, og minner og følelser kan erfares og forstås på en psykodynamisk relevant måte, blir i ISTDP beskrevet som en opplåsning av det ubevisste (Abbass, 2015; Davanloo, 1990, 2000).

I ISTDP er det et overordnet mål å hjelpe pasientene med å bli bevisst på ubevisst materiale som følelser, tanker, impulser og behov. Dermed kan pasienten bearbeide, integrere og gi det ny mening (Abbass, 2015). Hvordan man går frem for å oppnå dette, vil variere ut ifra terapeutens observasjoner av måten pasienten kanalisere ubevisst angst på. For gruppen av pasienter der den kroppslige angsten utelukkende kanaliseres som anspenning i muskulaturen, benyttes et såkalt standardformat av ISTDP (Davanloo, 1990, 2000, 2005). Dette er et sett med kliniske prinsipper der responsivitet står sentralt. Systematisert klinisk erfaring viser at disse pasientene har evne til å tenke klart samtidig som fortrenget ubevisste følelser aktiveres. Terapeuten vil her ha som mål å hjelpe

pasienten til å observere og deretter la være å bruke etablerte motstandssystemer. Dette skjer ved å gjøre pasienten oppmerksom på atferd som kommer i veien for å løse terapeutiske oppgaver. Slik atferd kan for eksempel bestå av å være vag i problembeskrivelsene, angripe seg selv, innta en passiv holdning til terapien og lignende. Pasienter med denne type angstkanalisering vil kunne erfare og bearbeide ubevisste, komplekse tilknytningsfølelser når de får hjelp til å oppdage angsten som knytter seg til disse, og hvordan de har forsvart seg overfor denne.

For pasienter der angsten kanaliseres i glatt muskulatur eller som kognitive/perseptuelle forstyrrelser, er det utviklet et gradert format av ISTDP (Abbass & Bechard, 2007; Davanloo, 2000). Dette formatet legger opp til intervensjoner der målet er at pasientene skal observere angsten sin som et fysisk fenomen i kroppen, og så utforske og forstå hva som driver denne angsten. Pasientene trenger hjelp til å kunne observere seg selv og reflektere omkring egne følelser. Når de klarer dette, kan de øve på å være i kontakt med hvordan det ubevisste materiale kjennes fysisk i kroppen. Det å gradvis bli i stand til å både observere seg selv og være i kontakt med fysiske fornemmelser av de tidligere fortrenkte følelsene, anses som å bygge kapasitet til å forholde seg til ubevisst materiale uten å bli overveldet.

Empirisk grunnlag

Det foreligger mer enn 300 randomiserte kontrollerte studier som har dokumentert effekten av psykodynamisk psykoterapi (Lilliengren, 2023). En Cochrane systematisk litteraturstudie fra 2014 dokumenterte at dynamiske korttidsterapier er effektive i behandlingen av en rekke ulike psykiske lidelser (Abbass et al., 2014). Av psykodynamiske korttidsterapier er ISTDP blant de mest studerte og har vist seg å ha god effekt på symptomer på psykiske lidelser og på interpersonlige problemer. Dette gjelder pasienter med bred problematikk, som angst- og stemningslidelser, personlighetsforstyrrelser og uforklarlige medisinske tilstander (Abbass et al., 2012). Studier har også dokumentert god effekt på pasienter som tidligere ikke har respondert på annen behandling (Abbass, 2016; Town et al., 2020), inkludert studier fra Norge (Solbakken & Abbass, 2014, 2015, 2016). Dokumentert effekt av ISTDP (gjennom ulike studier), også sett i sammenheng med den mer generelle evidensen for dynamiske korttidsterapeutiske metoder (Abbass et al., 2014), tilsier at ISTDP har et empirisk grunnlag. Samtidig er det behov for flere prosess-studier som undersøker sentrale antakelser om hvordan endring skjer i ISTDP (Town et al., 2017).

Status i Norge

Den første videreutdanningen for leger og psykologer i ISTDP kom i gang i 2009. I starten foregikk det med internasjonale lærekrefter og fra 2012 med hovedsakelig norske lærere og veiledere. I 2016 godkjente Norsk psykologforening et tre og et halvt års spesialistprogram i ISTDP som del av spesialiteten i psykoterapi. Flere norske universiteter tilbyr psykologstudenter ulike introduksjonskurs til modellen. ISTDP har inngått og inngår i dag som aktiv behandlingsmodell i flere døgnbaserte psykoterapiprogram, inkludert i såkalte medikamentfrie program (Solbakken & Abbass, 2014, 2015, 2016). En rekke psykologer og leger anvender metoden i sitt arbeid i poliklinikker i psykisk helsevern, og i det private er det flere klinikker der hovedvekten av terapeutene har en slik kompetanse.

Kasus Nadine

Predisponerende faktorer

I ISTDP vil man, som i annen psykodynamiskbasert terapi, forsøke å bistå pasienten med å gjøre ubevisst fortrent materiale bevisst og integrere dette på en meningsfull måte i bevisstheten. Predisponerende faktorer for Nadines psykiske uhelse vil i så måte være konfliktfylte aspekter av Nadines opplevelser tidligere i livet som er blitt fortrent til det ubevisste. Det vil si at nye relasjonelle erfaringer vil kunne aktivere det gamle fortrente materialet. Uten hjelp til å oppleve og danne en ny bevisst forståelse av dette materialet vil vanskene bare fortsette å gjøre seg gjeldende.

Mål for terapien

Langsiktige mål i behandlingen av Nadine vil være at hun kan oppleve følelser, tanker, impulser og behov hun har fortrent, og å integrere dette på en meningsfull måte i bevisstheten. Hvis slike endringer skjer, vil hun ikke lenger ha behov for å benytte seg av forsvarsmekanismer som opprettholder de psykiske plagene og de mellommenneskelige vanskene hennes.

I starten av terapien vil terapeuten derfor hjelpe Nadine med å fokusere på situasjoner som skaper utfordringer. Hun inviteres til å være så konkret som mulig i beskrivelsen av situasjoner og

relasjoner som hun opplever henger sammen med plagene hennes. Målet i startfasen vil være å få en oversikt over hvilke opplevelser i disse situasjonene som Nadine har et bevisst forhold til, og hvilke opplevelser hun har fortrenget. Første delmål blir da å finne ut hvilke situasjoner som aktiverer fortrenget materiale.

Parallelt vil terapeuten sammen med Nadine kartlegge og styrke kapasiteten hennes til å tåle bevisst eksponering for det fortrenget materialet gjennom å bygge kognitiv struktur. Dette er nødvendig de gangene Nadine opplever symptomer som kvalme, slitenhet, forvirring, tåkesyn, piping i ørene eller andre tegn på høy angst i møte med fortrenget materiale. I praksis vil dette foregå gjennom å hjelpe Nadine med to ting: å observere angst fysisk i kroppen og å forstå hvorfor denne angsten blir utløst akkurat nå. For eksempel kan terapeuten si: *«Jeg ser du blunker raskt nå, er synet ditt tåkete? Ok, så når du forsøker å kjenne etter hvilke følelser som vekkes i deg i møte med det mannen din gjorde, så blir synet ditt tåkete? Du virker å få høy angst i form av tåkesyn i stedet for å få kjent hvilke følelser som aktiveres i kroppen din av det han gjorde?»*

Når Nadine ikke lenger får kognitive, perseptuelle eller somatiske plager når hun nærmer seg det fortrenget materialet, vil de kunne begynne å arbeide med neste delmål. Dette er eksponering og integrering av ubevisst materiale i bevisstheten. Nadine vil nå kunne tenke klart og merke følelsene i kroppen når hun betrakter de situasjonene som tidligere gav henne fysiske symptomer. Når hun kjenner disse tidligere fortrengete, komplekse følelsene fysisk i kroppen, vil hun selv kunne oppleve sammenhenger på tvers av tid og situasjoner i sitt eget liv som gjorde at disse opplevelsene tidligere ble fortrenget.

Siste delmål vil være å konsolidere innsikter som hun har opplevd i terapien. Dette skjer ved at Nadine og terapeuten henter frem opplevelser og forståelsen av disse som Nadine har arbeidet med i terapien. Det vil være korte sekvenser av dette etter hver ny innsikt som kommer frem i terapitimene, og ofte noe lengre sekvenser av slike refleksjoner mot slutten av hver time. En større andel av hver terapitime vil vies slikt konsolideringsarbeid mot slutten av terapiforløpet.

Sentrale intervensjoner

For å illustrere sentrale intervensjoner i ISTDP har vi konstruert et utdrag fra en tenkt time med Nadine. I første del av vignetten ser vi intervensjonene terapeuten benytter for å hjelpe Nadine med å finne frem til hva hun ønsker hjelp med, og hvordan dette best kan utforskes. Samtidig vil terapeuten være særlig opptatt av hvordan Nadine reagerer når hun får spørsmål som kan aktivere det følelsesmessige materialet som er blitt fortrenget. Avhengig av om hun klarer å kanalisere angst

i tverrstripet muskulatur og tenke klart, eller om hun viser tegn til angst kanalisert i kognitivt/perseptuelt system eller som kvalme/slitenhet, vil terapeuten tilpasse intervensjonene og velge standardformat eller gradert format av ISTDP.

Utforsking av problemet

Vi starter med den første terapitimen etter at Nadine har gitt oss de opplysningene som kommer frem i kasusbeskrivelsen.

Terapeut: «Så du beskriver ulike situasjoner der du ender opp med å få det vanskelig. Du har fortalt om episoder med foreldrene dine da du var liten og ble sendt på rommet, du har snakket om utfordringene du møter på når det er konflikter med mannen din, og du nevner at det er vanskelig å komme hit til meg og be om hjelp. Er det noen av disse situasjonene eller andre situasjoner du ønsker at vi skal se nærmere på for å forstå mer av hva som gjør at du får det vanskelig?»

Nadine: (sukker) «Jeg vet ikke. Jeg synes det er vanskelig å forstå og se noen sammenheng i dette. Jeg opplever hele situasjonen som ganske håpløs, egentlig.»

Terapeut: «Skjønner. En krevende situasjon, dette. Er det noe du ønsker å se nærmere på sammen med meg for å forstå mer av dette?»

Nadine: (sukker) «Det med mannen min, kanskje?»

Terapeut: «OK. Det med mannen din. Hvordan kunne vi nærme oss det?»

Nadine: (sukker) Tydelig mer anspent nå. «Nei, jeg vet ikke. Jeg ender jo bare opp med å ødelegge alle rundt meg uansett.»

Terapeut: «Vi kan jo bare starte der du måtte ønske, vi?»

Nadine: (sukker) «Jeg synes kanskje det aller vanskeligste er de gangene Bjørn presser meg. Altså, jeg skjønner at det er vanskelig for han når jeg trekker meg unna og blir unnvikende, men det låser seg helt for meg når han ikke gir seg med å stille spørsmål om hva jeg mener, eller hva jeg vil.»

Terapeut: «OK, skjønner. Er det noe du ønsker å gå nærmere inn i? Det som skjer på innsiden av deg når Bjørn presser deg?»

Nadine: (sukker) «Ja, for da kommer alt på en gang. Det er samme opplevelsen som da jeg ble presset til å si unnskyld som liten, og i og for seg det samme jeg kjenner på når jeg skal be om hjelp med depresjon her sammen med deg. Alt låser seg.»

I denne første delen av samtalen utforskes problemområdene til Nadine gjennom at terapeuten inviterer henne til å være spesifikk og aktiv med å finne ut av de terapeutiske oppgavene. Nadine viser tegn på ansenhet gjennom respiratoriske sukk og har i så måte angst kanalisert i tverrstripet muskulatur hele veien. Denne utforskningsfasen fortsetter inntil spesifikke problemområder er klarlagt og Nadine viser evne til å aktivt bidra i møte med de terapeutiske oppgavene som skal løses, og er aktiv med å finne konkrete eksempler der vanskene blir aktualisert.

Psykodiagnostikk og drivere

Terapien går så over i neste fase, som benevnes som psykodiagnostikk. Det vil si å observere og klarlegge de spesifikke mentale og kroppslige prosessene som er mekanismer i Nadines lidelse. Terapeuten vil i denne fasen invitere Nadine til å være bevisst på følelsesmessige reaksjoner i møte med de situasjonene hun beskriver som problematiske. Deretter vil terapeuten gjøre en systematisk kartlegging av hvilke følelser som kan føles bevisst, og hvilke følelser som blir avskåret fra å føles bevisst gjennom ubevisst angst og ubevisste forsvar. Denne informasjonen deles kontinuerlig med Nadine gjennom intervensjoner som: «OK, så du sier at du kan kjenne sorg, men når du forsøker å koble deg på hvilke følelser som vekkes når du opplevde at du ble urettferdig behandlet, så blir du kvalm i stedet for å kjenne noen følelser i kroppen. Det virker som om disse andre følelsene utløst av å bli urettferdig behandlet forsvinner inn i kroppen din og blir til kvalme? At du blir kvalm i stedet for å kjenne på følelsene dine knyttet til det urettferdige?» Tanken er at hun da lettere kan bruke denne informasjonen til å hindre sin egen motstand og heller komme i kontakt med det fortrenkte materialet som driver den.

Terapeut: «OK, så disse situasjonene kan ha noen likhetstrekk med tanke på hva de aktiverer på innsiden av deg. Vi kan jo ta for oss situasjonen med Bjørn og se mer nøyaktig på hva som skjer på innsiden? Så det du tenker på, er en situasjon der du forsøker å trekke deg unna, men der han allikevel presser på for å få et svar av deg?»

Nadine: (sukker) «Ja, senest nå før helgen hadde vi en sånn situasjon. Den hang igjen i flere dager i kroppen for min del. Vi var bedt på fest til noen venner av Bjørn, og

jeg kjente at jeg egentlig ikke hadde lyst til å dra. Men jeg hadde ikke klart å si det til Bjørn fordi jeg unner han opplevelsen av at vi kan dra på fest sammen uten at jeg skal gjøre alt så vanskelig. Derfor utsatte jeg å svare, men på torsdag presset han på for å få meg til å bestemme meg.»

Terapeut: «Hva sa han, helt spesifikt?»

Nadine: (sukker) «Han sa: ‘Slutt å trekke deg unna! Alt jeg krever, er et svar. Jeg tåler at du sier nei, men jeg trenger at du svarer meg’.»

Terapeut: «OK. Og hvilke følelser kjenner du det aktiverer inni deg?»

Nadine: (sukker) «Jeg tenker at han har all rett til å kreve en avklaring.»

Terapeut: «OK, skjønner. Du har forståelse for Bjørn. Og hvilke følelser aktiveres i kroppen din her og nå når du snakker om de tingene han sa til deg?»

Nadine: (sukker) «Jeg føler meg som en dritt som har fundamentale mangler, og som en håpløs partner.»

Terapeut: «OK, du får noen tanker om deg selv der, ja. Og mer i retning Bjørn?

Hvilke følelser kjenner du i kroppen din nå som aktiveres når vi ser på at Bjørn ba deg om en avklaring?»

Nadine: Synker sammen. «Jeg kjenner meg bare ... kvalm. Sliten og kvalm, egentlig.»

Terapeut: «OK, så når vi ser på det Bjørn gjorde her sammen, så får du en del negative tanker om deg selv. Når vi forsøker å finne ut av hvilke følelser som vekkes når vi snakker om det, så kjenner du deg sliten og kvalm i stedet for å få kjent på hvilke følelser du har?»

Nadine: «Ja, jeg merker håpløsheten og fortvilelsen presse seg på. Det kjennes litt som de gangene jeg står og vipper på kanten av depresjonen. På kanten av en mørk brønn, liksom. Og så blir jeg ganske fysisk uvel også. Jeg kan bli veldig sliten og få ganske kraftige mage-problemer. Det hadde jeg gjennom hele helgen etter at jeg og Bjørn hadde den krangelen på torsdag.»

Terapeut: «OK, så når du blir satt i krevende situasjoner som den på torsdag, så kan kroppen din bli ganske stresset? Du kan miste krefter og oppleve kvalme og uvelhet? Har du noen tanker om hva som utløser det stresset? Hvilke følelser tror du skrus på

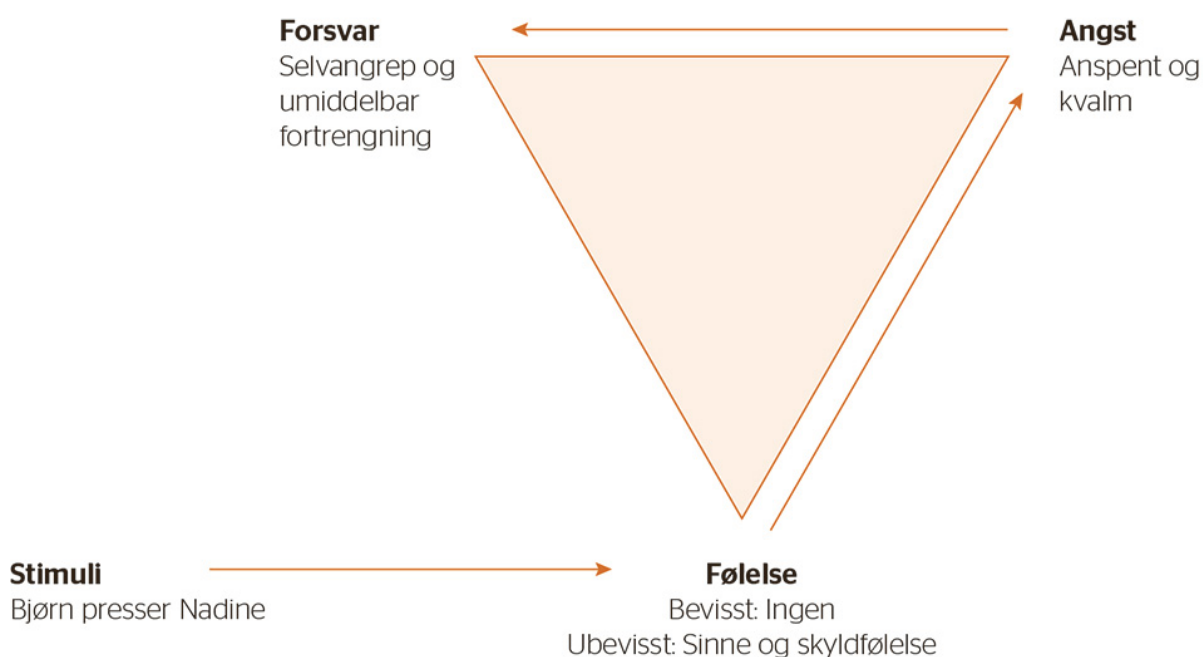
av det Bjørn sier, som du ikke får kjent som følelser? Men som heller blir til stress, slitenhet, uvelhet og kvalme?»

Nadine: Sukker. «Jeg har undertrykket sinne siden jeg var liten.»

Terapeuten deler sine psykodiagnostiske vurderinger med Nadine underveis i terapien. Nadines opplevelse av å bli sliten og kvalm når hun blir sint på Bjørn og ubevisst sinne og skyldfølelse over dette aktiveres vil i ISTDP kategoriseres som umiddelbar fortrenning. Ut fra konfliktriangelet beskrevet tidligere i teksten ville psykodiagnostikken av Nadines utfordringer kunne fremstilles som følger:

Merknad. Forholdet mellom en ytre hendelse, følelser, angst og forsvar. Figur er basert på Malan (1979) og Menninger (1958).

Hva skaper problemer for Nadine?



Nadine har altså behov for gradert format, der hun får hjelp med å observere angsten sin fysisk i kroppen og med å forstå intellektuelt hva som utløser angsten hun opplever. Når dette er på plass, vil Nadine igjen vise tegn på anspenhet og være klar til å eksponere seg ytterligere for tidligere fortrenge følelser.

Terapeut: «Du har undertrykket følelser lenge, sier du? Følelser inni deg som vil opp? Som du har trykket ned?»

Nadine: (sukker) «Jeg kan kjenne at det koker i kroppen. Men Bjørn har ikke gjort noe for å fortjene det.»

Terapeut: «Så du blir stående i en vanskelig situasjon – du har en følelse i kroppen som du ikke vil ha?»

Nadine: (sukker) «Ja, jeg kan kjenne det nå også. Jeg blir varm i brystet. Det koker. Men jeg aner ikke hva jeg skal gjøre med det?»

Terapeut: «Så du har kraft og varme inni deg nå også, men ingen kanal for den følelsen? Hva passer du på at ikke skal komme ut her? Hva passer du på å beskytte meg og Bjørn fra?»

Nadine: (sukker) «Jeg vil aldri skade noen. Jeg ville heller kastet meg foran toget enn å skade noen andre.»

Terapeut: «Så en impuls om å skade noen ville være helt umulig – er det smertefullt for deg å i det hele tatt tenke tanken på å ha en følelse med en sånn energi i seg?»

Nadine: «Ja.»

Terapeut: «Hvor vondt hadde jeg fått om noen med mindre empati enn deg kom inn døren her og sendte den energien i min retning?»

Nadine: «Du hadde blitt redd og ganske slått ut.»

Terapeut: «Og hvordan kjennes det ut å se de redde øynene mine etterpå?»

Nadine: «Smertefullt, jeg kan kjenne det i brystet. Jeg får lyst til å trøste deg og si noe som gjør at du føler deg trygg.»

Terapeut: «Så når Bjørn ber om avklaring, så aktiveres sinne i deg. Men du vil ikke ha det sinnet sammen med Bjørn. Bare tanken på impulsene i sinne er smertefullt å se for seg? Du har på en måte to følelser inni deg samtidig som vil to forskjellige ting. Et sinne som vil skremme og slå ut noen, og samtidig en trang til å beskytte – en empati som vil trøste og trygge? Men tidligere i timen da vi forsøkte å se på dette, så ble du kvalm og sliten da vi forsøkte å nærme oss disse følelsene?»

Nadine: «Ja. Jeg tror det har skjedd ofte. Jeg husker det skjedde da den første kjæresten min gjorde det slutt også. Jeg tror han gjorde så godt han kunne. Han

fortalte bare at han ikke ville være kjæreste med meg mer. Det begynte å koke inni meg, og jeg ble livredd. Jeg husker at jeg løp ut av rommet, og etterpå kjentes det nesten som om det var jeg som hadde skadet han. Jeg begynte å skjære meg i armen med et barberblad. Det kjentes ut som jeg fortjente smerten på den måten.»

Terapeut: «Så en miks av følelser som ble aktivert den gangen også? I møte med avvisningen kjente du raseriet. Og etterpå var det nesten som om raseriet hadde skadet ham? Litt som du kjente deg i stad, da du bare tenkte på kraften og impulsen i sinne? Men i stedet for å få kjent empati og skyldfølelse som vil reparere, så har du fått impulser om å skade deg selv? Straffe deg selv for det du har følt, på et vis?»

Nadine er her i stand til å bevisst kjenne motstridende følelser og impulser mot Bjørn i stedet for å bli kvalm og sliten som hun ble i starten av timen. Hun kjenner fysisk en impuls som vil skade, og en som vil beskytte og trøste. Når hun får kjent og symbolisert disse gjennom å se for seg hvordan de ville kommet til uttrykk overfor terapeuten, kobler Nadine spontant opplevelsen av slike motstridende følelser til bruddet med den første kjæresten sin også. Opplevelsen av de komplekse følelsene etterfølges altså av økt tilgang til tidligere ubevisste sammenhenger – en delvis åpning av det ubevisste.

Avhengig av Nadines kapasitet til å kunne kjenne på aktiverte følelser fysisk og integrere det fortrenge materialet som aktiveres i terapien, vil de neste timene inneholde eksponering og kognitiv bearbeiding av fortrenge materiale som dukker opp gjennom de erfaringene hun ønsker å utforske. Utfordringene i samlivet med Bjørn så ut til å ha en kopling til utfordringer med tidligere kjæreste, og det vil gjenstå å se om de ubevisste følelsene som kom til overflaten i forbindelse med det tidligere bruddet, har sammenheng med tidligere fortrenge følelser fra enda tidligere tilknytningssituasjoner. Arbeidet med å utforske, eksponere seg for og å integrere ubevisste følelser og erfaringer vil pågå til eksterne faktorer krever avslutning av terapien, eller til Nadine opplever å selv kunne arbeide videre på egen hånd med å forholde seg til sitt eget ubevisste på en måte som øker livskvalitet og helse. Det vil si at hun i møte med både kollegaer og Bjørn kan kjenne på hvilke gamle følelser som aktiveres, og forstå aktiveringen som nettopp det – gamle følelser – i stedet for å få somatiske symptomer eller depressive plager som følge av å fortrenge dem til det ubevisste. Hun vil altså kunne klare å ha motstridende følelser overfor en og samme person uten å måtte fortrenge disse, med de helsemessige kostnadene det har for henne.

Hvordan måle endring?

Det er en lang tradisjon for bruk av systematiske utfallsmål i ISTDP, og det vil være naturlig å følge behandlingen med selvutfyllingsmål på Nadines opplevelse av for eksempel symptomer, relasjonell fungering, selvbylde og opplevd livskvalitet. I tillegg følges ISTDP-terapien i hovedsak gjennom videoopptak, slik at utdrag av terapitimene kan studeres sammen med kollegaer eller veileder for å få innspill, dersom utfallsmål skulle vise manglende helsegevinst. Etter hvert som Nadine ikke lenger umiddelbart fortrengr følelser og blir kvalm og sliten, men heller bevisst klarer å forstå og kjenne på følelser, vil man forvente å se færre somatiske plager og depressive symptomer og bedre relasjonell fungering.

De fleste behandlingstimer i ISTDP varer fra 45 til 90 minutter. Forløp varierer fra 5 til 50 timer for pasienter som hovedsakelig har angst kanalisert i tverrstripet muskulatur, og som har intellektualisering som primære forsvarsmekanismer. For pasienter med angst hovedsakelig kanalisert i glatt muskulatur eller i kognitivt/perseptuelt system, og som i større grad har umiddelbar fortrenkning og/eller splitting og projeksjon som primære forsvarsmekanismer, er det vanlig med forløp fra 50 til 200 timer før ønsket forbedret livskvalitet er oppnådd. Med en pasient som Nadine, med relativ stor kapasitet til å integrere ubevisst følelsesmessig materiale, vil en kunne tilby korttidsterapi med omkring 12 til 14 timer og forvente god helsegevinst. Desto større vansker pasienten har med å tåle fortrenkte følelser, jo lengre behandlingsløp må forventes. Vanskene vil typisk fremstå som kognitive og perseptuelle forstyrrelser (øresus, vansker med å fokusere blikket etc.), og det å bygge toleranse for eksponering av de fortrenkte følelsene vil strekke seg over lengre tid.

Avslutning

ISTDP er en behandlingsmodell som er anvendbar i møte med mange ulike psykiske helseutfordringer, da den er transdiagnostisk og inneholder et standardformat og et tilpasset gradert format for pasienter som lett overveldes av angst og følelser. Modellen, med sin teori om patologi og endring, inneholder ikke en manual for terapi, kun prinsipper og strategier i møte med fenomener som oppstår i terapirommet. Samtidig gjør graden av responsivitet og skreddersøm til pasientens utfordringer at det blir krevende for terapeuten å tilegne seg modellen. Den fordrer stor grad av

tilstedeværelse, tilpasning og aktivitet fra terapeuten, særlig i innledende faser av terapien. Dette oppsummerer kanskje den største styrken og svakheten ved ISTDP som terapimodell.

Referanser

- Abbass, A. (2005). Somatization: Diagnosing It Sooner through Emotion-Focused Interviewing. *Journal of Family Practice*, 54(3), 231–224.
- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves.
- Abbass, A. (2016). The Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*. 44(2), 245 - 280. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.2.245>
- Abbass, A. & Bechard, D. (2007). Bringing character changes with Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy. *AD HOC Bulletin of Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 11(2), 26–40.
- Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Library*, 1(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Town, J. & Driessen, E. (2012). Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcome Research. *Harvard Review of Psychiatry*, 20(2), 97–108. <https://doi.org/10.3109/10673229.2012.677347>
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. MD. Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy*. Wiley.
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. I B.J. Sadock & V.A. Sadock (Red.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (s. 2628–2652). Lippincot Williams & Wilkins.
- Lilliengren, P. (2023). A Comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 37(2), 117–140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2197617>
- Malan, D.H. (1979). *Individual Psychotherapy and Science of Psychodynamics*. Butterworth-Heinemann.
- Menninger, K. (1958). *Theory of psychoanalytic technique*. Basic Books.
- Solbakken, O.A. & Abbass, A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. *BMC Psychiatry*, 14(12), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-12>

- Solbakken, O.A. & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, 181, 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.003>
- Solbakken, O.A. & Abbass, A. (2016). Symptom and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta Neuropsychiatrica*, 28(5), 257–271, <https://doi.org/10.1017/neu.2016.5>
- Town, J.M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D. & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*, 273, 194–202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.035>
- Town, J.M., Salvadori, A., Falkenström, F., Bradley, S. & Hardy, G. (2017). Is affect experiencing therapeutic in major depressive disorder? Examining associations between affect experiencing and changes to the alliance and outcome in intensive short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy*, 54(2), 148–158. <https://doi.org/10.1037/pst0000108>