

Relasjonsrettet dynamisk psykoterapi

Marit Råbu og Karsten Hytten

Ingen interessekonflikter oppgitt

Relasjonsrettet dynamisk psykoterapi

Med kasuset Nadine viser Marit Råbu og Karsten Hytten at endring kan oppstå når pasienten gjør nye relasjonelle erfaringer både utenfor og i selve terapirommet.

Teori og menneskesyn

Det psykodynamiske perspektivet har sitt opphav i psykoanalysen. Sentrale antakelser i et psykodynamisk perspektiv er at menneskers motivasjon kan være ubevisst, og at mennesker har en tendens til å repetere mønstre av måter å være på i møte med andre. Kjentegn ved psykodynamisk terapi er at man arbeider med bevisstgjøring av ubevisste mønstre, utforskning av forholdet mellom fortid og nåtid, og mellom fantasi og virkelighet (Gullestad & Killingmo, 2005; Lemma, 2016; Mitchell, 1993). Psykoanalytisk terapiteori har beveget seg i flere ulike retninger gjennom mer enn hundre år siden Freud utviklet «the talking cure». Generelt har utviklingen gått i retning av å legge større vekt på menneskers relasjoner, inkludert relasjoner i nåtid (Mitchell & Black, 1995).

Mennesker kan sies å ha grunnleggende motivasjon for å etablere kontakt og opprettholde relasjoner (Bowlby, 1988; Wallin, 2007). Den relasjonelle psykoanalytikeren Stephen Mitchell beskrev mennesker som «... shaped by and inevitably embedded within a matrix of relationships with other people, struggling both to maintain our ties to others and to differentiate ourselves from them» (Mitchell, 1988, s. 3).

Forestillinger og følelser knyttet til andre mennesker lever i oss, også når vi er alene. Når vi møter andre, bringer vi med oss forventninger basert på tidligere relasjonserfaringer. Gamle forståelsesmåter er med, og nye erfaringer blir fortolket i lys av de gamle. Dette er en måte å beskrive overførings-begrepet i psykoanalysen. Mellommenneskelige relasjoner har betydning både som utgangspunkt for det som skaper psykisk smerte, og som mulighet for at noe bedre kan få utvikle seg. Psykodynamisk psykoterapi handler ikke bare om å fjerne symptomer. Det retter seg vel så mye mot personlig utvikling, å få til mer adaptiv psykologisk fungering og dermed bedre relasjoner til andre.

Freud siteres hyppig på at god helse handler om å være i stand til å arbeide og elske (Elms, 2001). Winnicott (1971) fremhevet i tillegg det å være i stand til å leke, som innebærer å kunne kombinere virkelighet og fantasi på måter som gjør det mulig å skape noe nytt, overskride hindringer og fortsette å utvikle seg. Ulike varianter av psykodynamisk terapi kan ha noe ulike mål, for eksempel å få større innsikt i ubevisste prosesser eller å få et mer integrert og sammenhengende selv (Hytten

& Råbu, 2012). Det fins en rekke ulike modeller for korttids dynamisk psykoterapi. Felles for disse modellene er en terapeut som deltar aktivt i samtale, og som holder på et tydelig og avgrenset terapifokus (Binder & Betan, 2013; Levenson, 2010; Lemma et al., 2011; Nielsen & Binder, 2014; Råbu, 2021; Safran & Muran, 2000; Strupp & Binder, 1984).

Utløser og opprettholdere

Psykisk lidelse kan skapes og opprettholdes i relasjoner. Både adaptive og maladaptive relasjonsmønstre etableres tidlig i livet (Beebe & Lachmann, 2005; Stern, 1985). Lengsel etter kontakt og frykt for å miste kontakt med de som er viktige for oss, er en grunnleggende menneskelig motivasjon. Hva skal til for å opprettholde relasjoner til betydningsfulle andre? Dannelsen av interpersonlige mønstre, det vil si erfaringer av hvordan det er å være sammen med andre, som igjen virker inn på hvordan man opplever seg selv, starter lenge før det verbale språket. Hva enn de spesifikke mønstrene innebærer, danner de «filtre» eller «skjemaer» som blir generalisert, og som påvirker selvfølelsen, og hvordan vi forholder oss til andre (Lemma et al., 2011; Stern, 1985). Siden mennesker er kontinuerlig kontaktsøkende, kan nye erfaringer bidra til å justere, utfordre og endre gamle forståelsesmåter og etablerte mønstre. Relasjonen til terapeuten kan i seg selv være en viktig korrigerende emosjonell erfaring (Constantino & Angus, 2016). Det kan skje ved at pasienten får mulighet til å teste ut negative antakelser i møte med terapeuten (Gazzillo et al., 2019), og at terapeuten aktivt forsøker å oppdage, forstå og reparere brudd i den terapeutiske alliansen (Safran & Kraus, 2014; Safran & Muran, 2000). I denne terapiformen kan man også integrere opplevelsesorienterte teknikker, eller for eksempel prinsippet om eksponering ved angst og tilbaketrekning (Wachtel, 2014).

Det kan være nyttig å tenke om psykisk lidelse i tråd med modellen til Levenson (2010): «People are stuck, not sick». Det man er fastlåst i, er uhensiktsmessige samhandlingsmønstre. For eksempel kan frykten for å miste tilknytning til viktige andre begrense vitalitet og livsutfoldelse. I praksis må vi behandlere ofte forholde oss til systemer og organisasjoner som krever at vi bruker deskriptive diagnoser basert på symptomene til pasienten. Både ICD og DSM er deskriptive diagnosesystemer. Det å kategorisere og gradere psykisk lidelse kan være både nødvendig og nyttig. Men de deskriptive diagnosene og dikotomien syk–frisk hjelper oss i liten grad med å tenke omkring og forsøke å forstå hva den enkelte strever med. Diagnosene er også til liten nytte når det gjelder å

finne ut hvordan vi kan hjelpe noen med å få til forandring og utvikling. Dersom man er fastlåst i et destruktivt mønster, er det nødvendig å få til bevegelse, slik at utvikling kan bli mulig.

Selv om dysfunksjonelle mønstre oppstår tidlig i livet, må de bekreftes på nytt og på nytt for å opprettholdes (Levenson, 2010; Wachtel, 2014). Dette er et viktig poeng: *Tidlig etablerte mønstre som er i tråd med hvordan vi opplever oss selv, vedvarer fordi de opprettholdes i nåværende relasjoner*. Vonde erfaringer i fortiden lever dermed videre, ikke bare som minner, men ved at fortidens mønstre stadig blir aktualisert på nytt i nåtid. Et slikt mønster kan bestå av tanker, følelser, handlinger og ønsker, forventninger og fantasier om andres reaksjoner, fortolkninger av andres handlinger rettet mot en selv, og hvordan man forholder seg til seg selv. Interpersonlige mønstre kan opprettholdes og vedvare utenfor bevisst oppmerksomhet, og det kan gjøre det vanskelig å oppdage dem. Det som for eksempel startet som en strategi for å bevare tilknytning eller unngå avvisning eller ydmykelse, kan bli til måter å være på som gjør at vi får bekreftet antakelser og viderefører mønstre. Det skjer ved at vi ubevisst fortsetter å invitere andre inn i de maladaptive mønstrene. For noen vil for eksempel frykten for å bli forlatt være større enn frykten for å bli dårlig behandlet. Når andre reagerer i tråd med forventningene, bekrefter det mønsteret, og det kan til og med kjennes trygt, selv om det er et destruktivt mønster.

Sentrale prosesser og intervensjoner

Det psykodynamiske perspektivet på terapi er som nevnt først og fremst et utviklingsperspektiv. Utviklingsteorier og observasjoner av tidlig samspill har blitt brukt for å tydeliggjøre fenomener som også forekommer mellom voksne mennesker, ikke minst i psykoterapirelasjoner (Beebe & Lachmann, 2002). I terapi vil det være nyttig å arbeide med å utforske hvordan pasienten opplever sine egne og viktige andres måter å være på, og hvordan ytre handlinger kan forstås som noe som er basert på indre tilstander som følelser, tanker og behov (Sharp & Bevington, 2022). Denne prosessen kalles mentalisering, og enkelt uttrykt handler det om å forsøke å se seg selv utenfra og andre innenfra (Fonagy et al., 2002).

Tilknytningserfaringer og tilknytningsbehov kommer gjerne til uttrykk når vi er sårbare, som i en situasjon hvor man søker terapi (Beebe & Lachmann, 2002; Wallin, 2007). I tillegg til håp om å få hjelp vil pasienten kunne kjenne frykt både for å forholde seg til vonde erfaringer og intense følelser, og for å gjøre seg sårbar overfor et annet menneske (Kleiven et al., 2020; Mitchell, 1993; Råbu &

Moltu, 2021). Å være terapeut innebærer blant annet å hjelpe folk til å få tilbake håp om og tro på at verden (igjen) kan bli et godt sted å være (Allen, 2022; Miller, 2004; 2005). Det å forholde seg til emosjoner er viktig for vitalitet og for å forstå seg selv og andre (Maroda, 2010; Monsen & Monsen, 1999; Pascual-Leone & Greenberg, 2007). Det vil være relevant å være oppmerksom på felles menneskelige livsbetingelser, som ambivalens, avhengighet, sårbarhet, dødelighet og eksistensiell ensomhet, og å ta utgangspunkt i den enkelte pasients velferd og verdier (Binder, 2020; Schneider & Krug, 2010).

Når vi lytter til noen, gir vi signaler om at vi følger med, og vi kan bidra til å bekrefte og anerkjenne andres erfaringer. Et nyttig begrep fra tilknytningsforskningen som kan beskrive terapeutisk holdning, er begrepet markert speiling (Fonagy et al., 2002; Røed-Hansen, 2012; Sharp & Bevington, 2022). Det innebærer at vi responderer på det den andre uttrykker, med en tilføyelse av støtte og/eller en ny forståelse. Det følgende eksempelet kan illustrere både hvordan adaptive og maladaptive relasjonsmønstre kan oppstå og opprettholdes i samspill mellom mennesker, og det illustrerer begrepet markert speiling. Tenk deg at du har en ettåring som skal få en vaksine. Det går ikke å forklare hva vaksineringsen innebærer, og når hun får sprøyten, kjenner hun smerte og redsel, og begynner å gråte. Dersom mor eller far selv blir overveldet av følelser, vil det kunne forsterke barnets skrekk, og bidra til at situasjonen oppleves overveldende og uhåndterlig. En annen foreldrereaksjon vi kan tenke oss, er avvisning av smerten og angsten: «Det er ikke farlig og ingenting å gråte for!» Den tredje måten, som innebærer markert speiling, går ut på å anerkjenne smerten og angsten ved å trøste med en holdning som formidler både omsorg, at situasjonen ikke er farlig, og at den kan håndteres. Opplevelsen av at smerte og redsel er noe barnet kan dele, og at det blir forstått, tatt hånd om og snakket om, vil kunne gjøre det til en integrert erfaring som gir mestring og trygg selvfølelse. I tillegg erfarer hun at hun er del av et menneskelig fellesskap hvor vi kan søke trøst og støtte når noe er vondt og/eller uforståelig. Dersom vi derimot stadig har opplevd å bli enten overveldet eller avvist av omsorgspersoner, kan det å forholde seg til egne og andres følelser kjennes nesten umulig, og vi kan begynne å tvile på vår egen opplevelse og erfaring. Markert speiling, validering og bekreftelse i terapi kan sies å være beslektede begreper. Poenget er å bekrefte at pasientens opplevelse er forståelig, og at den kan deles og tåles (Killingmo, 1995).

Et klinisk eksempel på en markert speiling kan være en pasient som gråter og blir overveldet av angst når han forteller om en vond traumatisk erfaring. Terapeuten kan speile pasientens opplevelse ved å bekrefte den med ord, og snakke åpent og rolig om den vonde erfaringen.

Terapeuten kan også bli så berørt at han får tårer i øynene, pasienten kan se det, og terapeuten kan bekrefte med ord at han ble berørt av pasientens erfaring. Den markerte speilingen består i at terapeuten ikke blir overveldet. Den vonde følelsen kan merkes av begge, og terapeuten formidler at den kan tåles og snakkes om.

Forståelsen av hvordan maladaptive mønstre gjenskapes og opprettholdes i nåtid, har store implikasjoner for psykoterapi. Går det an å finne måter å tolke seg selv, andre mennesker og situasjoner som oppstår, annerledes, slik at en kan finne nye måter å være sammen på? Vi kan arbeide både med betydningsfulle relasjoner i fortid (barndom og oppvekst), viktige relasjoner i nåtid og relasjonen mellom pasient og terapeut. Relasjonelle forventninger basert på tidligere erfaringer som overføres på terapeuten, kan tolkes og forstås på nye måter.

Arbeidet med fortid og barndomserfaringer kan være nødvendig for å forstå og forandre fastlåste og smertefulle mønstre i nåtid. Det å skape rom for å artikulere en historie som nesten var umulig å fortelle, var noe av det som ble fremhevet som viktig i en undersøkelse av erfaringene til pasienter og terapeuter i gode psykoterapiprosesser (Råbu & Moltu, 2021).

Noen dynamiske korttidsterapier legger størst vekt på arbeidet i terapirelasjonen her og nå. Terapeuten blir en del av pasientens «enactments», det vil si at hun eller han blir en del av relasjonsmønstre som pasienten ubevisst inviterer terapeuten inn i (Frank, 2002; Safran & Kraus, 2014). Sammen kan de to forsøke å forstå det som skjer mellom dem, slik at den nye innsikten og relasjonserfaringen kan generaliseres og brukes i andre relasjoner (Safran, 2002; Safran & Muran, 2000). Andre legger større vekt på betydningen av å arbeide med pasientens relasjoner til for eksempel familie, venner og kolleger (Wachtel, 2014). Hva man velger å legge mest vekt på, kan tilpasses den enkelte pasient og prosess (Binder & Råbu, 2013). Det er ingenting i veien for å arbeide etter disse prinsippene også i terapier som varer lenger.

Å oppdage, utforske og utfordre maladaptive interpersonlige mønstre krever stor omtanke fra terapeutens side. Det å skulle erkjenne at vi selv bidrar til å opprettholde destruktive mønstre gjennom måter vi inviterer andre inn i samspill, kan være utfordrende. Det kan kjennes som om man får skyld og ansvar for situasjoner hvor vi også, i hvert fall på noen tidspunkter, kan ha vært offer for andre. Alle er vi i noen sammenhenger offer for andres handlinger, mens det i andre tilfeller er våre handlinger som kan påvirke andre negativt (Benjamin, 2018). For svært mange vil både det å ha vært eller være offer, og det å ha bidratt eller bidra til egen og andres lidelse være komplisert og smertefullt å erkjenne og akseptere.

Når vi skal utforske mønstre, starter vi med å legge merke til pasientens måte å henvende seg til terapeuten på, og hvordan hun eller han forteller om seg selv og andre. Detaljert utforskning av relasjonserfaringer vil også handle om hvordan pasienten selv kan ha bidratt til å repetere uhensiktsmessige erfaringer. Typiske måter å forholde seg til andre på kan også komme til uttrykk i relasjonen til terapeuten. Mønstre som trer fram, kan settes ord på og utforskes. Terapeuten bør så langt som mulig kjenne seg selv og sine egne væremåter, og forsøke å forstå hva som er egne bidrag i relasjon til pasienten. Terapeutens egne følelser, tanker og væremåter i terapirommet kan være med i forståelsen av pasientens relasjonsverden. Sentrale intervensjoner vil være klargjørende spørsmål, påpekninger og forslag til mulige sammenhenger. I tillegg til å avdekke mønstre vil det være nyttig å lete etter nyanser, unntak og muligheter.

I en tidsavgrenset terapi vil målet først og fremst være å hjelpe pasienten i riktig retning. Det å bli klar over et eller noen få sentrale relasjonelle mønstre og prøve ut noe nytt kan være det som får til bevegelse i en bedre retning. Med ny forståelse og ny erfaring våger kanskje pasienten å gjøre små endringer som gir nye erfaringer. Disse kan etter hvert skape nye og mer funksjonelle mønstre. Å snu slike mønstre vil kunne hjelpe pasienten til å utvikle bedre relasjoner også etter at terapien er slutt. Når pasienten får mer tak i egen subjektive opplevelse og egne følelser, styrker det selvfølelsen. Justeringer av hvordan vi forstår oss selv og andre, og det å forholde seg mer konstruktivt, vil gjøre relasjoner mer givende. Slike endringer vil kunne styrke selvfølelsen ytterligere, gi mer vitalitet, økt følelse av frihet og mening og større evne til å tåle belastninger.

I korttidsterapi, som i all psykoterapi, blir vi konfrontert med begrensninger. Det kan være vanskelig å få oversikt over de endelige resultatene av en terapiprosess ved avslutningen. Det kan likevel være viktig å artikulere hva vi faktisk har fått til (Råbu & Haavind, 2017; 2018).

Empirisk grunnlag

Psykodynamiske perspektiver består av komplekse teorier om komplekse fenomener, og disse er vanskelig å operasjonalisere. RCT-studier kan dermed sies å være lite egnet til å studere menneskelig utvikling i psykodynamisk psykoterapi. Samtidig har det vært viktig å finne måter å sammenligne terapiformer på. Flere forskere har gjennomgått det empiriske grunnlaget for at psykodynamisk psykoterapi kan være virksom behandling ved en rekke ulike psykiske lidelser (Driessen et al., 2010; Leichsenring et al., 2015; Levenson, 2010; Nissen-Lie, 2018; Shedler, 2010; Steinert et al.,

2017). Metastudier og oppsummeringer av RCT-studier viser at psykodynamisk psykoterapi kan være virksom i behandling av psykiske lidelser generelt (Leichsenring et al., 2015; Nissen-Lie, 2018; Steinert et al., 2017) og for spesifikke lidelser som depresjon, angstlidelser, spiseforstyrrelser, somatoforme lidelser, tvangslidelser, rusavhengighet og personlighetsforstyrrelser (Nissen-Lie, 2018).

Om vi forutsetter at behandling er en uavhengig variabel som enten virker eller ikke virker på pasientens symptomer, blir pasienten en passiv mottaker av intervensjoner. I virkeligheten er pasienten et menneske med tanker, følelser, intensjoner, erfaringer, motiver og så videre, og en aktiv deltaker i å skape sin egen terapiprosess. I likhet med kasuset Nadine, som vi snart skal se på, har de fleste pasienter ikke «rene» symptomlidelser. Hva bedring består i, er ikke entydig, og resultatene av en terapiprosess kan være noe mer og noe annet enn det å ha blitt kvitt symptomer (Råbu & Haavind, 2017; 2018; Shedler, 2010). Ulike terapiformer kan gi ulike former for resultat. I en kvalitativ studie sammenlignet man utbyttet til fornøyde pasienter som hadde gått i henholdsvis kognitiv terapi og psykodynamisk terapi. Her kom det fram at de som hadde gått i kognitiv terapi, for eksempel var fornøyd med hvordan de kunne bruke bestemte teknikker for å mestre spesifikke problemer. Pasientene som hadde gått i psykodynamisk terapi, vektla for eksempel at de hadde blitt mer selv-reflekterte, og de oppga flere personlighetsrelaterte endringer (Nilsson et al., 2007). Shedler (2010) fremhever at pasienter som har gått i psykodynamisk psykoterapi, fortsetter å utvikle seg etter at behandlingen er avsluttet.

Status i Norge

Det er lang tradisjon i Norge for å behandle psykisk lidelse med utgangspunkt i psykodynamiske perspektiver. De første psykoterapeutene, som for eksempel Norges første psykologiprofessor Harald Schjelderup (1940), var psykoanalytikere. På Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har det siden Schjelderups tid vært undervist i psykodynamiske perspektiver (Killingmo, 2009). Videreutdanning i psykoanalytisk psykoterapi skjer i dag ved tre institutter: Institutt for psykoterapi, Norsk psykoanalytisk institutt og Karakteranalytisk institutt. Ingen av disse instituttene tilbyr utdanning spesifikt i korttids dynamisk terapi, men alle har integrert relasjonsdreiningen i psykoanalytisk forståelse og terapi. I tillegg til disse tre instituttene for videreutdanning fins det et mangfold av psykoterapiutdanninger som er mer eller mindre inspirert av psykodynamisk og relasjonell teori. Det er dermed svært mange psykoterapeuter i Norge som er mer eller mindre

influert av psykodynamiske og relasjonelle perspektiver. Mange som arbeider med et utgangspunkt i en psykodynamisk forståelse, innlemmer elementer fra andre terapiretninger, og alle tilpasser formodentlig behandlingen til den enkelte pasient. Alle som arbeider etter psykodynamiske prinsipper, har nok også praktisk erfaring med korte terapiforløp, ikke minst på grunn av begrensede ressurser innenfor de institusjonelle rammene.

Kasus Nadine

Predisponerende faktorer

Nadine var sjenert og forsiktig som barn, og det var lav toleranse både for å uttrykke følelser, som å vise at hun var lei seg, og for å være uenige med noen i den familien hun vokste opp i. Foreldrene trakk seg unna om hun ble lei seg for noe, og hun ble sendt på rommet om hun motsa mor. I tillegg måtte hun be om unnskyldning og innrømme at hun hadde oppført seg galt for å få komme tilbake i fellesskapet igjen. Hun opplevde dette som urettferdig, og hadde dermed kontakt med en del av seg selv som protesterte mot foreldrenes regime. Denne protesten ble det umulig for henne å uttrykke. At normale følelser og selvstendige meninger ikke kunne artikuleres og ble avvist og motarbeidet i så sterk grad, har nok bidratt til at hun skammer seg og trekker seg vekk når noe blir vanskelig i relasjoner. Hun kan ha blitt redd både for å kjenne på egne følelser, og for å være for mye for andre, som hun har erfart at ikke tåler å være sammen med henne om hun kjenner sterke (triste) følelser eller uttrykker uenighet. Det å ikke ha noen mulighet for å uttrykke seg i relasjon til andre, å ikke finne et «relasjonelt hjem» for det som er vondt (Stolorow, 2007), kan ha bidratt til at hun har forsøkt å håndtere sterk psykisk smerte på destruktive måter, som selvskading og alkoholbruk.

Opprettholdende faktorer

Et mønster som trer fram som kan opprettholde vanskene, er at Nadine reagerer med tilbaketrekning dersom hun opplever uenighet i viktige relasjoner. Dette gjelder særlig dersom hun og Bjørn, som er hennes nærmeste, er uenige om noe. Hun har erfart at hvis hun er uenig og gir uttrykk for dette overfor de hun er glad i, risikerer hun å bli avvist og forlatt. Erfaringene fører trolig til at hun både kan streve med å få tak i og å vedkjenne seg egne følelser, behov og ønsker. Da blir det heller ikke

lett å uttrykke ønsker og behov tydelig overfor andre. I tillegg til at hun går glipp av muligheter for kontakt, trøst og støtte, blir måten som hun kommuniserer med Bjørn (og andre) på, utydelig og bidrar til misforståelser. Bjørn blir kanskje frustrert og irritert, og irritasjonen hans gjør at Nadine trekker seg enda mer tilbake og føler seg avvist. Bjørn blir kanskje ytterligere frustrert, slik at han faktisk avviser henne også. Han skal ha gitt uttrykk for at han er utmattet av de depressive episodene hennes og vurderer om det er bedre at de skiller lag. Det som skjedde tidligere, skjer på nytt, og Bjørn har blitt en aktiv deltaker i mønsteret. Nadine får dermed bekreftet sine antakelser, som er basert på tidligere smertefulle erfaringer. Ved å være tilbaketrukket, passiv og utydelig er Nadine med på å invitere til og opprettholde et destruktivt relasjonelt mønster. Det vil være viktig å utforske dette mønsteret sammen med Nadine, og å hjelpe henne til å se hvordan mønsteret som er etablert i fortid, gjentas i nåtid (innsikt). Utforskningen kan komme til å vekke både skam og angst hos Nadine. Det vil være viktig at terapeuten viser forståelse og omsorg for at det kan være særlig vondt og komplisert for henne å forholde seg til det som er hennes egne bidrag. Ved å utforske ulike sentrale scener i livet før og nå kan Nadine identifisere følelser, ønsker og behov, samt i større grad våge å uttrykke dem (affektbevissthet, styrket selvfølelse). Etter hvert vil hun kunne erfare at det går an å være uenig, og kanskje til og med ha en konflikt med noen hun er glad i, uten at det ødelegger relasjonen, eller at hun blir avvist og forlatt (korrigerende relasjonell og emosjonell erfaring). Det at Nadine beskriver seg selv som et for følsomt og krevende barn, mens foreldrene var gode, er nok med på å opprettholde vanskene hennes. Disse oppfatningene vil være viktige å nyansere og korrigere, slik at hun kan se på seg selv med større vennlighet og forståelse.

Mål for terapien

I starten vil et viktig mål være å etablere en tillitsfull og trygg nok relasjon til Nadine, og å bidra til å øke hennes tro på og interesse for å finne ut mer om seg selv og relasjonene sine. I fellesskap kan terapeuten og Nadine se etter sammenhenger mellom den psykiske smerten som hun opplever, og de relasjonelle erfaringene hennes, både før og nå. Kanskje finner hun ut at bak depresjonen ligger det andre og mer adaptive følelser og behov? Å oppdage, akseptere og anerkjenne egne ønsker og behov, og å kommunisere disse tydeligere til andre, vil være viktige langsiktige mål for Nadine. I det ligger både selvaksept og en erkjennelse av at det ikke er mulig å bli forstått helt uten ord. Det vil også være et mål å hjelpe henne å finne ut hvordan hun rent konkret kan forholde seg til psykisk

smerte og viktige relasjoner på mer konstruktive måter enn hun gjør nå. Forhåpentligvis har Nadine også erfaringer med mer konstruktive måter å håndtere smerte på, slik at disse kan artikuleres og videreutvikles. Nadine ville ha godt av å utvikle større toleranse for forskjellighet. Dette innebærer å bli psykisk bedre avgrenset. Da vil hun kunne tåle bedre for eksempel det å ha ulike syn på noe, og at uenighet ikke trenger å bety at hun må være i konflikt, eller at hun er avvist. På lengre sikt kan det være viktig å forsone seg med det hun ikke opplevde av trygghet og bekreftelse i oppveksten.

Sentrale intervensjoner

Intervensjonene vil fremfor alt dreie seg om detaljert utforskning av relasjonserfaringer i fortid og nåtid, inkludert relasjonen til terapeuten. Det vil være sentralt å utforske Nadines opplevelser av det som skjer med henne (hva hun tenker, føler og gjør i relasjon til andre), og hvordan det henger sammen med hennes psykiske smerte. Likeledes vil det være viktig å utforske hva hun opplever at andre mennesker gjør, og å åpne opp for flere mulige tolkninger av hva andre mennesker kan tenkes å tenke og føle (mentalisering av seg selv og andre). Slik kan de sterke følelsene hun kjenner, bli forankret i det levde livet, og erfaringene kan gis flere mulige betydninger. Terapeutens oppgave blir å lytte, spørre, bekrefte og å bidra aktivt i utforskningen, for eksempel ved å foreslå andre mulige måter man kan forstå relasjoner og situasjoner på. Terapeuten kan aktivt hjelpe henne med å finne flere og bedre måter som hun kan ta vare på seg selv på. Hva er det hun liker å gjøre som hun kanskje kan gjøre mer av? Kanskje kan hun ha nytte av fysisk trening? Meditasjon? Likeledes kan terapeuten aktivt utforske og foreslå måter hun kan forholde seg til andre på, og oppmuntre henne til å prøve ut nye og bedre tilpasninger. Hva kan hun prøve å gjøre og si? For terapeuten kan det være nyttig å være oppmerksom på og aktivt spørre etter og utforske motsigelser, uklarheter og utelatelser i pasientens fortelling for å få tak i vanskelige temaer og unngåelser. Dermed kan gamle mønstre bli forstått på nye måter og få ny mening (Levenson, 1983). Motsigelser, uklarheter og utelatelser er ofte uttrykk for forsvar mot vonde ting og ny erkjennelse. Ved å henlede oppmerksomheten på motsetningsfull beskrivelse av for eksempel en kollega kan Nadine utvikle større toleranse for ambivalens. Videre kan en påpekning av uklare utsagn om for eksempel Bjørn tydeliggjøre nye og eventuelt negative følelser, og bidra til større aksept av dem. Det å løfte fram et tema som ikke er snakket om, for eksempel situasjoner hvor hun ikke har trukket seg tilbake, kan gi en mer nyansert selvopplevelse og større selvaksept. Terapeuten kan også oppmuntre henne til å forsøke nye måter å forholde seg

på i situasjoner som oppstår, for eksempel i relasjon til Bjørn eller til kolleger. Det vil være viktig for Nadine å øve seg på ikke å trekke seg vekk om hun kjenner seg trist eller uenig eller blir redd for å bli avvist. Da kan det være nyttig å tenke gjennom, sammen med terapeuten, hva hun konkret kan gjøre istedenfor å trekke seg, og hvordan hun kan tåle angsten som oppstår i henne når hun ikke trekker seg unna. I en slik sammenheng blir aktiv støtte fra terapeuten viktig. Tendensen til å trekke seg tilbake kan også oppstå i relasjon til terapeuten. Kanskje hun blir taus og stille i timene? Et aspekt ved tilbaketrekningstendensen er at Nadine bebreider seg selv for den. Hun klandrer seg selv for at hun var feig som barn. Hun tenker at hun var for følsom, og at hun burde vært tøffere og stått mer opp for seg selv. Dette kan tenkes å aktualiseres i relasjon til terapeuten når hun/han for eksempel oppfordrer Nadine til å prøve nye måter å uttrykke seg tydeligere på i relasjoner. Kanskje Nadine føler at terapeuten blir en som kritiserer henne for å være feig? I så fall er det viktig at dette oppdages, avkrefte, utforskes og gis mening (brudd og reparasjon i terapeutisk allianse).

Nadine har også en tendens til å sette i gang med ulike aktiviteter for å skyve vekk følelser. Kanskje hun begynner å snakke seg vekk fra temaer som er følelsesmessig viktige for henne? Terapeuten vil kanskje merke at det oppleves som «tomt snakk»? Uansett hvilke mønstre som trer fram i relasjon til terapeuten, vil det gi mulighet for aktiv utforskning av relasjonen her og nå. Terapeuten kan forsøke å sette ord på det som skjer, og bidra til å gjøre erfaringene her og nå relevante for det som er Nadines utfordringer. Etter hvert som Nadine får styrket håp om og tro på at hun kan få hjelp med det hun strever med, erfarer hun at det hun har opplevd og opplever, kan deles og forstås, utforskes og nyanseres sammen med andre mennesker. Hun trenger ikke å være alene.

Det vil også være viktig å anerkjenne at Nadine har klart å finne noen måter å ta vare på seg selv på til tross for belastninger. Beskrivelsen av hvordan hun klatret opp i et tre med grener formet som armer, der hun krøllet seg sammen og gråt, er både trist og rørende. Foreldrene var ikke i stand til å trøste henne, men hun klarte å finne en favn i et tre, som om hun ble omfavnet og holdt av selve moder jord (Winnicott, 1960). Når Nadine forteller om hendelsen med treet, kritiserer hun seg selv for å være feig, og at hun «rømte unna». Det kan være nyttig å utforske erfaringen med treet og forsøke å forstå det hun gjorde for å trøste seg selv, som noe konstruktivt og selvbevarende. Hun hadde kapasitet til å finne støtte i naturen. Som voksen må vi ofte regulere oss selv alene, men vi kan også få hjelp, om ikke alltid av et menneske, så av et tre. Likeledes kan det være nyttig å tenke om de selvdestruktive tendensene hennes, som alkoholbruk og selvskading, som forståelige forsøk på å mestre noe av det som opplevdes umulig. Da hun etablerte en relasjon til Bjørn fikk hun mindre

behov for disse mestringsstrategiene. At pasient og terapeut i fellesskap kan komme fram til en forståelse av selvdestruktiviteten kan gjøre erfaringene mindre skamfulle.

Hvordan vurdere endring?

Det å få økt erfaring med at vonde og til dels uforståelige erfaringer og opplevelser kan deles og forstås, vil sannsynligvis gjøre Nadine mindre tilbaketrukket, selvdestruktiv og deprimert. Endring vil kunne merkes som større vitalitet og engasjement, og som en økt nysgjerrighet på seg selv og andre. Dette vil igjen kunne føre til at relasjoner oppleves mer givende og meningsfulle for Nadine, og det vil gjøre henne mindre ensom. Om Nadine får større tilgang til og kan gjøre mer konstruktivt bruk av sin egen opplevelse, vil hun kunne by mer på seg selv og bli tydeligere og mer selvhevdende i relasjon til mannen, venner, kolleger og terapeuten. Endring kan merkes i terapirelasjonen, for eksempel om begge kan oppleve kontakten som mer genuin, og at de er engasjert i et felles prosjekt hvor det er større trygghet og toleranse for uenighet og det å være forskjellige.

Avslutning

Relasjonsrettet dynamisk terapi har utvikling og pasientens relasjonserfaringer som sitt sentrale tema. Dermed er ikke terapien nødvendigvis rettet mot å fjerne symptomer, men har som mål å hjelpe pasienten til mer tilfredsstillende relasjoner i nåtid. Samtidig vil det å få en større forståelse av seg selv og andre, slik at man kan forholde seg tydeligere og mer avgrenset, bidra til å styrke selvfølelsen. Selv om tilnærmingen i liten grad er rettet direkte mot symptomene, antas det at symptomene henger sammen med de fastlåste relasjonsmønstrene, slik at det å endre disse vil kunne bidra til å lette symptomene. Bedring skjer gjennom en kombinasjon av *innsikt* i mønstre som er etablert i barndom og fortid, og hvordan disse gjentas i nåtid (overfor viktige andre og terapeuten), og nye relasjonelle *erfaringer* i og utenfor terapien.

Referanser

- Allen, J.G. (2022). *Trusting in Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Beebe, B. & Lachmann, F.M. (2002). *Infant Research and Adult Treatment. Co-constructing interactions*. Analytic Press.

- Benjamin, J. (2018). *Beyond doer and done to. Recognition theory, intersubjectivity and the third*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315437699>
- Binder, J.L. & Betan, E.J. (2013). *Core competencies in brief dynamic psychotherapy. Becoming a highly effective and competent brief dynamic psychotherapist*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203837412>
- Binder, P.E. (2020). *En kort introduksjon til eksistensiell psykologi*. Fagbokforlaget.
- Binder, P.E. & Råbu, M. (2013). Terapi som skreddersøm med utgangspunkt i relasjon og emosjon. I K. Benum, E. Axelsen & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 115–142). Pax.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Constantino, M.J. & Angus, L. (2016). Client accounts of corrective experiences in psychotherapy: Implications for clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 73*(2), 192–195. <https://doi.org/10.1002/jclp.22432>
- Driessen, E., Cuijpers, P., Maat, S.C.M., Abbass, A., de Jonghe, F. & Dekker, J.J.M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.010>
- Elms, A.C. (2001). Apocryphal Freud: Sigmund Freud's most famous «quotations» and their actual sources. *Annual of Psychoanalysis, 29*, 83–104. Analytic Press.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Frank, K.A. (2002). The «ins and outs» of enactment: A relational bridge for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 12*(3), 267. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.3.267>
- Gazzillo, F., Genova, F., Fedeli, F., Curtis, J.T., Silberschatz, G., Bush, M. & Dazzi, N. (2019). Patients' unconscious testing activity in psychotherapy: A theoretical and empirical overview. *Psychoanalytic Psychology, 36*, 173–183. <https://doi.org/10.1037/pap0000227>
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Hytten, K. & Råbu, M. (2012). Hva skal vi med psykoterapi? I R. Ulberg, A.G. Hersoug & T. Knutsen (red.), *Psykoterapi i utvikling* (s. 11–25). Akademika.

- Killingmo, B. (1995). Affirmation in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76(3), 503–518.
- Killingmo, B. (2009). Klinikk i akademia. I S.E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (red.), *Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år* (s. 133–144). Universitetsforlaget.
- Kleiven, G.S., Hjeltnes, A., Råbu, M. & Moltu, C. (2020). Opening up: Clients' inner struggles in the initial phase of therapy. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591146>
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy – an update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 129–148. <https://doi.org/10.1159/000376584>
- Lemma, A. (2016). *Introduction to the practice of psychoanalytic psychotherapy*. Wiley Blackwell.
- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy. A clinician's guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199602452.001.0001>
- Levenson, E. (1983). *The ambiguity of change*. Basic Books.
- Levenson, H. (2010). *Brief dynamic therapy*. American Psychological Association.
- Maroda, K.J. (2010). *Psychodynamic techniques: Working with emotion in the therapeutic relationship*. Guilford Press.
- Miller, R.B. (2004). *Facing human suffering: Psychology and psychotherapy as moral engagement*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10691-000>
- Miller, R.B. (2005). Suffering in psychology: The demoralization of psychotherapeutic practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(3), 299–336. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.15.3.299>
- Mitchell, S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674041158>
- Mitchell, S.A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.
- Mitchell, S.A. & Black, M.J. (1995). *Freud and beyond. A history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books.
- Monsen, J.T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness – a psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect and script theory within the framework of self psychology. I A. Goldberg (red.), *Pluralisms in self psychology. Progress in self psychology* (s. 287–307). The Analytic Press.

- Nielsen, G.H. & Binder, P.-E. (2014). Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. I L.E.O. Kannair & R. Hagen (red.), *Psykoterapi. Tilnærminger og metoder* (s. 91–109). Gyldendal Akademisk.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17, 553–566. <https://doi.org/10.1080/10503300601139988>
- Nissen-Lie, H.A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi. Status i kunnskapsfeltet og ubesvarte spørsmål. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56, 416–427. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/06/effekten-av-psykodynamisk-psykoterapi>
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why «the only way out is through.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875–887. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875>
- Røed-Hansen, B. (2012). I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi. Gyldendal Akademisk.
- Råbu, M. (2021). Relasjonsrettet korttids dynamisk psykoterapi. I P.E. Binder, L. Lorås & F. Thuen (red.), *Håndbok i individualterapi* (s. 355–366). Fagbokforlaget.
- Råbu, M. & Haavind, H. (2017). «Hvor langt kom vi?» Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 284–293. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel-bjorn-christiansens-minnepris/2017/03/hvor-langt-kom-vi>
- Råbu, M. & Haavind, H. (2018). Coming to terms: Client subjective experiences from ending psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(2), 223–242. <https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1296410>
- Råbu, M. & Moltu, C. (2021). People engaging each other: A dual-perspective study of interpersonal processes in useful therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(2), 67–75. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09469-1>
- Safran, J.D. (2002). Brief relational psychoanalytic treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12(2), 171–195. <https://doi.org/10.1080/10481881209348661>
- Safran, J.D. & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387. <https://doi.org/10.1037/a0036815>

- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. Guilford.
- Schjelderup, H. (1940). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Universitetsforlaget.
- Schneider, K.J. & Krug, O.T. (2010). *Existential-humanistic therapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12050-000>
- Sharp, C. & Bevington, D. (2022). *Mentalizing in Psychotherapy: A Guide for Practitioners*. The Guilford Press.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943–953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Basic Books.
- Stolorow, R.D. (2007). *Trauma and human existence. Autobiographical, psychoanalytic and philosophical reflections*. Routledge.
- Strupp, H.H. & Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key. A guide to time limited dynamic psychotherapy*. Basic Books.
- Wachtel, P.L. (2014). *Cyclical Psychodynamics and the contextual self. The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315794037>
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1960). The theory of the parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585–595.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.