

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSY KOL OGI

Vol. 55 nr. 6 2018

---

**TEMA:**  
**PSYKOANALYSEN**  
**I DAG**  
- Fortid i nåtid

---

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-06



RETURUKE 28 150 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 6** 2018

**Sjefredaktør** Bjørnar Olsen, [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no), tlf. 474 01 165

**Fagredaktører** Kjersti Solhaug Gulliksen, [kjersti@psykologtidsskriftet.no](mailto:kjersti@psykologtidsskriftet.no),  
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg (debattansvarlig),  
[perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,  
[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,  
[nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515

**Redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debatt** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no) og [debatt@psykologtidsskriftet.no](mailto:debatt@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskoordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
[e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt  
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

**Omslagsfoto** Sverre Strandberg

**Omslagsillustrasjon** Åge Peterson

**Form** Bøk Oslo AS

**Trykk** 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

# Psykologfagene

**PSYKOLOGIEN HAR IKKE** frembrakt teorier som binder faget sammen. Slik konkluderte Sigmund Koch etter å ha ledet den amerikanske psykologforeningens arbeid på 1950–60 tallet med å vurdere psykologien som empirisk vitenskap. I tiårene etter har det skjedd en ytterligere oppsplitting av faget, skrev Per Saugstad i *Psykologiens historie* (1998/ 2010).

**Men selv om det** ikke finnes en felles overordnet ramme som samler faget, mente Saugstad at det var en slags enighet om hvilke fenomener og begivenheter psykologer studerte. Som hvordan vi sanser omverdenen, lærer og husker, utvikler oss, påvirker hverandre, oppfører oss og mer til. Enkelt sagt: Hvordan vi forklarer menneskers tenkning og handlinger.

**Psykologiens fellesskap** er altså ikke i teorien man har utviklet, men fenomenene man studerer. Noe tilsvarende er nok også gjeldende for praksis: Det er mange måter å utøve praksis på, mens fenomenene psykologene møter gjerne er de samme. Gitt dette, bør både forskere og praktiskere være nysgjerrige på hvordan andre tradisjoner utforsker fenomenene.

**Likevel finnes det** nok av krefter som sørger for spesialisering, endog sekterisme. Samtidig som kunnskapsfeltene splittes opp, blir de også mer omfattende. Det gjør det krevende nok for psykologer å holde seg oppdatert på sitt eget avgrensede fagområde. Forskere kan dessuten ha mer å hente ved å inngå i internasjonale forskerfellesskap med likesinnede, enn ved å være del av et mer allment psykologfellesskap. Alt mens klinikere følger utdanningsløp der de fordypet seg i spesifikke metoder og teoriretninger.

**Vi trenger** spesialister. Men norske psykologer har også en tradisjon for å være generalister. Da er det nødvendig at ulike tradisjoner tar seg tid til å formidle sin kunnskap og praksis, slik at også de uten fordypning i feltet får et troverdig innblikk i det. Både i denne utgaven og i et kommende temanummer til høsten vier *Psykologtidsskriftet* stor plass til en av fagets store tradisjoner – psykoanalysen. Mange mener noe om psykoanalysen, men hvor står den i dag? Uavhengig av eget faglig ståsted, gir disse utgavene et godt grunnlag for å ta stilling til dette. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Vi trenger spesialister.  
Men norske psykologer har også en tradisjon for å være generalister

# Tema: Psykoanalysen i dag - Fortid i nåtid

## 416



FOTO: LASZLO MOHOLYNAGY, THE METJCC

### SOLID BYGGVERK

Psykodynamisk terapi innfrir de strengeste krav til evidens. Vi trenger imidlertid mer kunnskap om hvordan fellesfaktorer og terapispesifikke intervensjoner samvirker i psykoterapi.

*Vitenskapelig artikkel  
ved Helene Amundsen Nissen-Lie*

## 446



FOTO: SEVERIN WORM-PETERSEN (GAUSTAD SYKEHUS)

### SÆREGEN HISTORIE

Psykoanalysens særegne historie i Norge gjør at klinisk psykologi og psykiatri har en mer markert psykodynamisk profil her til lands enn i de andre nordiske landene.

*Vitenskapelig artikkel  
ved Per Anthi & Erik Stänicke*

# Innhold

- 401 **Psykologfagene**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 404 **Hvorfor psykoanalyse i dag?**  
Fra gjesteredaktørene | Anders Landmark, Line Indrevoll Stänicke & Erik Stänicke
- 406 **Framoverlent og intens**  
NÅ: Jonas Sharma-Bakkevig | Per Olav Solberg
- 408 **1,8 kilo diagnosemanual**  
Aktuelt | Adriane Lilleskare Lunde
- 414 **Arven etter Freud**  
Enquête | Øystein Helmikstøl
- 416 **Effekten av psykodynamisk psykoterapi – Status i kunnskapsfeltet og ubesvarte spørsmål**  
Vitenskapelig artikkel | Helene Amundsen Nissen-Lie
- 428 **Korttids fokusert gruppeanalytisk psykoterapi – Et eksempel på «anvendt psykoanalyse»**  
Evidensbasert praksis | Steinar Lorentzen
- 438 **Tre linjer i psykoanalysens utvikling**  
Fagessay | Jon Sletvold
- 446 **Psykoanalysens inntog i norsk psykologi og psykiatri – En historisk beretning**  
Vitenskapelig artikkel | Per Anthi & Erik Stänicke
- 459 **Talende taushet**  
Vitenskapelig artikkel | Siri Erika Gullestad
- 469 **Karakteren – Selvets relasjonelt tilgjengelig og erfaringsnære utside**  
Vitenskapelig artikkel | Kenneth Fosse Jørgensen
- 479 **Masochismens gåte**  
Fagessay | Sølvi Kristiansen
- 485 **Er, ikke bør**  
Fri assosiasjon | Roar Olsen
- 487 **Motstand som intrapsykisk og interpersonlig fenomen**  
Vitenskapelig artikkel | Marit Berge Jensen & Erik Stänicke
- 497 **Psykoanalytisk perspektiv på psykoser**  
Fagessay | Svein Haugsgjerd
- 505 **Psykoanalyse på gata**  
Fra praksis | Petter Lohne & Nicolay Nørbech
- 514 **Fra fantasier om bærekraft til bærekraftige fantasier – En lacansk diskursanalyse av grønn ideologi**  
Vitenskapelig artikkel | Eskil A. Wold Larsen & Ole Jacob Madsen
- 527 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Mellom hjerneforskning og nevrobabbel | Helge Sletvold (s. 528)  
Debatt: Vitenskapsteori (s. 534), Kronisk utmattelsessyndrom (s. 536), Elte-saken (s. 540)  
Analyse: ELTE: Kompletterende kostnader | Bjørnar Olsen (s. 538)
- 543 **INNTRYKK**  
Bokanmeldelser: Blekkflekker som metode (s. 542), Boken vi virkelig trenger (s. 545)
- 546 **Minneord: Torleiv Odland (1943-2018)**
- 547 **Minneord: Jeremy Safran (1952-2018)**
- 548 **Kurskalenderen**
- 549 **Annonser**
- 552 **Stillingsannonser**

# Hvorfor psykoanalyse i dag?



**ANDERS FLÆKØY  
LANDMARK,**

psykologspesialist og psykoanalytiker, Bup-Vest, Diakonhjemmet sykehus



**LINE INDREVOLL  
STÅNICKE,**

PhD-kandidat og psykologspesialist ved Psykologisk institutt/UiO og Nic Waals Institutt/ Lovisenberg sykehus



**ERIK STÅNICKE,**

psykologspesialist, psykoanalytiker og president i Norsk Psykoanalytisk Forening, og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, UiO.

**D**ette er det første av to temanummer om psykoanalysen i dag. Med disse to numrene ønsker vi å vise hvorfor psykoanalysen er viktig i et moderne helsevesen, i academia og i vårt samfunn. Vi ønsker å vise bredden og variasjonen i dagens psykoanalytiske perspektiv, at perspektivene kan tilby et tenkningsrom og kan anvendes på mange ulike arenaer og overfor mange ulike menneskelige uttrykk.

Psykoanalytisk teori oppsto som et forsøk på å forstå det irrasjonelle og uforståelige i mennesket, og det er i møte med slike fenomener at psykoanalytisk kunnskap er særlig nyttig (Landmark & Stånicke, 2016). Vi som arbeider med mennesker, kan møte tanker, følelser og handlinger i den andre som er vanskelig å skape eller finne mening i. Det kan være en handling som fullstendig bryter med forventningene våre, for eksempel en voldshandling som kommer ut av det blå. Eller det kan være den unge kvinnen som fremstår som åpen og fornøyd, men som viser seg å ha selvskadet lenge. Vi som arbeider med mennesker, kan erfare at den andres tanker, følelser og handlinger er svært vanskelige å forstå ut fra den kjennskap og relasjon vi har til personen, den situasjonen vi befinner oss i, eller den kunnskap vi har tilgjengelig. I slike sammenhenger kan psykoanalytisk kunnskap være til hjelp og informere videre intervensjon.

## EN MULTIFAKTORIELL TILNÆRMING

All kunnskap, teori og forskning springer ut fra et perspektiv på verden og et menneskesyn. Innenfor psykologien er det i dag en rekke ulike tilnærminger som tilbyr ulike forståelses- og behandlingsmodeller for psykisk lidelse. Psykoanalytisk teori er i dag en del av et større kunnskapsfelt om menneskets utvikling, personlighet og mentale prosesser. Det er mange grunner til at en person strever, og det er mange faktorer som spiller sammen. Vår overordnede holdning er at vi bør søke mot en helhetlig vurdering og forståelse av en tilstand, men vi trenger flere innfallsvinkler og metoder for å belyse ulike sider av et fenomen. For å få dette til bør vi beskrive eget ståsted og tilnærming, og være i dialog med andre fagdisipliner.

## PSYKOANALYSEN I DAG

Når vi anlegger et psykoanalytisk perspektiv i dag, er vi opptatt av å svare på to spørsmål: 1. Hvilken mening, bevisst eller ubevisst, har personens atferd, tanker og følelser? 2. Hva er den psykologiske drivkraften

– motivasjonen – bak personens atferd, tanker og følelser? (Gullestad & Killingmo, 2013).

Til det første spørsmålet hører antagelsen om at vi må ta utgangspunkt i den mening personen *selv* – bevisst og ubevisst – tilskriver sin indre og ytre verden. Lenge var antagelsen om en ubevisst psykologi noe av det som skilte psykoanalysen fra annen psykologi. Dagens hukommelsesforskning og nevrobiologi har for lengst konkludert med at mye kognisjon foregår ubevisst eller implisitt. I psykoanalysen hevder man imidlertid også at hvis vi tar oss tid til å forstå den andres atferd og følelser, har personens følelsesmessige reaksjoner og handlinger ofte en subjektiv mening og en indre logikk.

Det andre spørsmålet er forbundet med hva som *motiverer* menneskets atferd. I psykoanalysen tar man utgangspunkt i at mennesket grunnleggende sett er rettet mot og søker følelsesmessige meningsfulle relasjoner til andre mennesker (trygghet, selvbekreftelse og fellesskap). Drift som motivasjonell kraft er mindre sentralt i psykoanalytisk teori i dag, mens det å uttrykke grunnleggende følelser står sentralt. Tilsynelatende irrasjonelle, destruktive og meningsløse ytringer, fantasier, kroppslige opplevelser og handlinger kan i et psykoanalytisk perspektiv forstås som ubearbeidede og forvrengte uttrykk av utilfredsstilte menneskelige behov – fortiden er her og nå.

## PSYKOANALYSEN I ET MODERNE HELSEVESEN

Innenfor offentlig psykisk helsevern og i en tradisjonell sykdomsmodell har vi ofte et utenifraperspektiv på psykisk lidelse, med fokus på symptomer og diagnoser. Dette perspektivet er viktig i forskning, for å samle kunnskap om en diagnosegruppe, kommunisere på tvers av faggrupper eller for å anbefale behandling. I et psykoanalytisk perspektiv er ikke en diagnose alene et tilstrekkelig utgangspunkt for valg av behandling. Diagnoser dreier seg om de manifeste og observerbare atferdstrekkene, og favner ikke de underliggende prosessene og strukturene – det såkalte latente – som antas å produsere og vedlikeholde barnets eller den voksnes vansker. For å forstå en persons lidelse og strev må vi derfor også ta utgangspunkt i personens egen subjektive virkelighetsoppfattelse og relasjonshistorie, et såkalt innenifraperspektiv (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2018). Da er det ikke diagnosen, eller hva som er objektivt sant, som er viktigst, men hva som oppleves som subjektivt sant for den enkelte – personens *psykiske realitet*.

Vi har i dag en rekke psykologiske metoder i møtet med pasienter som strever, men metoden må bæres og forvaltes av en person. Psykoanalysen har i sin mer enn 100 års historie hele veien vektlagt betydningen av terapeutvariabelen. Terapeuten som person blir i denne tradisjonen sett på med det samme perspektivet som pasienten: Vi alle har vårt å stri med, og som kan lindres og endres om det emosjonelt uttrykkes og deles, forstås og forklares. Emosjonell toleranse for og innsikt i psykologiske vansker kan gi åpning for nye måter å relatere, kommunisere og leve med seg selv og andre på.

Ved å gå inn i det som har mening og betydning for den enkelte i kontekst og relasjon, kan vi forstå og lære noe om faktorer som bidrar til å utløse og opprettholde strev og lidelse, og på den måten gi en mer individuelt tilpasset hjelp (Yakeley, 2018). Med dette fremhever psykoanalysen at det å bidra til psykologisk endring ikke primært uttrykkes gjennom å teste, diagnostisere og følge terapimanualer, men er et inter-

subjektivt møte og kommunikasjon av det som for pasienten oppleves som personlig relevant og sant (Allison & Fonagy, 2016). Det forutsetter at behandler er ettertenksom og lydhør, og alltid lytter som om det er *flere stemmer* som venter på å bli hørt (Killingmo, 2009). Noen ganger kan det å være i kontakt med vårt eget indre og de følelser som vekkes i oss som behandlere, også være viktig å tenke over, for å se om egne følelsesmessige reaksjoner kan gi *informasjon* om den andres opplevelse. For å fremme en åpenhet må vi selv være sensitive og lytte inn i oss selv. En bekreftende holdning kan stadfeste og berettiggende den andres subjektive følelsetilstand, samtidig som det formidles at den spesielle opplevelseskvaliteten kan deles.

I første temanummer om psykoanalyse foreligger artikler som spenner vidt i tema. Vi presenterer artikler og essay om forsknings-evidensen for psykoanalyse som behandling, psykoanalysens historie, teoretiske begreper og klinikk samt politisk analyse. I dette nummeret har vi ønsket å presentere bidrag som alle viser viktige elementer ved psykoanalysen som en tradisjon med troverdighet. ✖

## REFERANSER

- Allison, E. & Fonagy, P. (2016). When is Truth Relevant? *Psychoanalytic Quarterly*, 85(2), 275–303.
- Bion, W.R. (1967a). Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum*, 2, 271–280.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 475–485.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Killingmo, B. (2009). Klinikk i akademia, I S.E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (red.), *Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år* (s. 133–145), Oslo: Universitetsforlaget.
- Landmark, A. F. & Stänicke, L. I. (2016). Det uforståelige barnet – om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden. Stavanger: Hertervig akademiske.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboka – Sinn, Kropp og Samfunn*. 2. utgave: under trykking. Oslo: Gyldendal.
- Yakeley, J. (2018). Psychoanalysis in modern mental health practice. *Lancet Psychiatry*, 5, 443–50



**JONAS SHARMA-BAKKEVIG** tror en fallgrube ved langvarig terapi er at pasient og terapeut kan utvikle uheldige ubevisste allianser som hindrer endring eller bedring.

## FRAMOVERLENT OG INTENS

ISTDP er – ved første øyekast – psykoanalysens rake motsetning. Men skinnet kan bedra.

### TEKST

Per Olav Solberg

### FOTO

Lars P. Storaker

#### – Hva er intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP)?

– Det er en emosjonsfokustert terapiform, utviklet av dr. Habib Davanloo i Canada på 1960-tallet, og som fortsatt er i utvikling. Ved å mobilisere pasientens følelser omkring vanskelige temaer, kan vi undersøke om disse følelsene er «frie», eller om de utløser angst og forsvar. Hvis kroppslige angstsymptomer (f.eks. uro og nervøsitet) og pasientens forsvar (f.eks. tankekjør og selvtvil) kan forklare pasientens symptomer, vil vi gjennom høy terapeutaktivitet og effektive terapiforløp hjelpe pasientene å tåle følelsene og avlære forsvarene. Da kan de etter hvert eksponeres for sine naturlige følelser. Angsten og behovet for forsvar vil da reduseres, og symptomene likeså.

#### – Hvor sterkt står ISTDP i Norge?

– Vi er fem psykologer som driver Norsk Institutt for ISTDP, og som trener opp andre. Rundt

80 psykologer og psykiatere har tatt den treårige videreutdanningen og om lag 70 er under utdanning nå. Hvert år må vi øke antall grupper vi setter opp, så det tolker jeg som at interessen er stadig økende.

#### – Hva tror du er årsaken til den økte interessen?

– Det er nok flere og sammensatte årsaker. Her vil jeg spesielt nevne Thorsbergprosjektet. Thorsberg er en døgnavdeling ved Drammen DPS, der vi tok inn pasienter som var definert som behandlingsresistente. De fikk åtte ukers behandling med ISTDP som hovedmetodikk, og resultatene var svært gode. Det var oppsiktsvekkende at pasienter som tidligere ikke hadde respondert på minst tre tidligere behandlingsforsøk, fikk relativt rask effekt av denne tilnærmingen. Nasjonal og internasjonal forskning på effekten av ISTDP, samt implementering i det offentlige helsevesenet, har nok også



bidratt til at vi har blitt godkjent som spesialitet i psykoterapi. ISTDP bygger på psykoanalytisk gjenkjennelig tankegods, og inneholder i tillegg mange gjenkjennelige elementer fra for eksempel kognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi. Derfor kan metoden relativt enkelt integreres med terapiformer som psykologer allerede benytter.

**– ISTDP kan vel metodisk sett betraktes som psykoanalysens rake motsetning, med fokus på kort behandlingstid?**

– Nei, de er langt likere enn de er forskjellige. Det viktige er å forstå rasjonale for forskjellene. ISTDP kan være en langvarig psykoterapi. Jo mer sårbar en pasient er, eller jo mer rigide destruktive forsvar de har, jo lenger arbeid kreves. Målet er likevel at det skal gå så raskt som mulig, ikke minst for å få mest terapi ut av hver helsekrone.

**– I en vitenskapelig artikkel i denne temautgaven skriver Siri Gullestad om hvordan taushet fra terapeuten kan forløse ny innsikt hos pasienten. Kan den svært aktive ISTDP-terapeuten gi pasienten for lite rom til egen oppdagelse og refleksjon?**

– Jeg er enig med Gullestad i at taushet kan ha en terapeutisk funksjon, og jeg tenker på to eksempler: Når pasienten er passiv, vil tausheten være et press eller en invitasjon til å bli mer aktiv. Når pasienten har et følelsesgjennombrudd, kommer ofte dype innsikter samtidig, og da trer terapeuten mer tilbake for å gi dette plass. Men taushet kan også være en intervensjon som gir pasientens angst og forsvar fritt spillerom, hvis pasienten for eksempel har høy angst, intellektualiserer eller er avkoblet. Da blir tausheten som å helle mer bensin på angst- eller intellektualiseringsbålet.

**– Hva vet man om effektene av ISTDP over tid?**

– ISTDP har stort sett ganske like effektstørrelser som andre evidensbaserte terapier kan vise til, og effektene viser seg ofte å vare og typisk å øke noe etter endt behandling. Noen pasienter responderer ikke på ISTDP, og vi vet ikke hvorfor. Pasienter med alvorlig rusproblematikk eller aktiv psykoseproblematikk er ikke primært kandidater for ISTDP. Det er i slike tilfeller en risiko for utagering eller forsterking av symptomer.

## Hvorfor NÅ?

- Jonas Sharma-Bakkevig er psykologspesialist og veileder i ISTDP og sitter i styret til Norsk Institutt for ISTDP.
- ISTDP er en korttidsdynamisk psykoterapi, kjennetegnet av høy terapeutaktivitet. Målet er å bryte gjennom pasientens automatiserte forsvarsmekanismer til de underliggende følelsene.

**– Er psykoanalytikere skeptiske til ISTDP?**

– De fleste jeg har snakket med, er nysgjerrige på ISTDP som teknikk og tankegods. Vi tenker mye likt, der vi arbeider med ubevisste følelser, angst og forsvar. Begge retninger jobber i tillegg mye i overføringen og med motoverføringer. Men noen forskjeller er verdt å merke seg: I ISTDP er hovedfokuset pasientens følelser, og i psykoanalysen er det pasientens frie assosiasjoner. I ISTDP sitter vi alltid rett overfor pasienten; vi ser dem inn i øynene. Vi ønsker å etablere en emosjonelt nær tilkynningsrelasjon som mobiliserer tilkynningsfølelser, og vi ser for eksempel på plutselige brudd av blikkontakt som et avverge mot dette. Dette er vanskelig å oppnå i en psykoanalytisk setting, der pasienten ligger og ikke har kontinuerlig blikkontakt med terapeuten. I ISTDP har vi som mål å hjelpe pasienten raskest mulig, mens i psykoanalysen vil man ofte sjekke ut om pasienten er motivert for å jobbe over flere år. I en ISTDP-terapi ville dette blitt sett på som en måte å danne en ubevisst allianse med motstanden, som igjen fasiliterer utsettelse og passivitet. ISTDP og psykoanalysen har samme mål, men litt ulike veier.

**– De som forfekter en bestemt terapiretning, har en tendens til å overvurdere hvor godt ens egen metode virker, til forskjell fra andres, selv om de fleste metoder har relativt lik behandlingseffekt på lettere psykiske lidelser. Overdriver du ikke virkningen av ISTDP?**

– Objektivt sett har ISTDP styrker og svakheter, som alle andre terapimetoder, og oppnår tilnærmet like resultater. Når jeg blir spurt om hvorfor jeg valgte ISTDP, pleier jeg å sammenligne det med forskjeller i musikksmak. Jeg er svært glad i alternativ rock og synthpop, som Seigmen, Depeche Mode og The Cure, og kan ha vanskeligheter med å forstå at ikke alle liker denne musikken. Ikke særlig logisk, men sånn er det. På samme måte er jeg neppe 100 prosent rasjonell i preferanse for terapiform. Heldigvis finnes det mange veier til bedring for ulike pasienter, og det gir oss muligheten til å velge blant mange metoder. Terapeuter står i likhet med andre i fare for å idealisere det man selv holder på med, og devaluere andre terapiretninger. Dette er noe av det aller første vi tar opp i ISTDP-videreutdanningen. ✘

# 1,8 KILO DIAGNOSEMANUAL

En alternativ måte å diagnostisere på begynner å få innpass hos norske psykologer.

## TEKST

Adriane Lilleskare Lunde

## ILLUSTRASJON

Åge Peterson

**DA JEG VAR** i praksis ved en lokal DPS for noen år siden, utgjorde diagnostisk utredning en stor del av hverdagen. Sammen med veilederen min satt jeg i time etter time og gjennomgikk spørreskjemaer og utredningsinstrumenter med det som skulle bli min første pasient. Da vi etter fire uker til slutt skulle sette diagnosen, var det likevel med et visst ubehag. Livet som var blitt så grundig skissert for oss i løpet av den siste tiden, fikk ikke plass. Traumene var borte, personligheten forsvant, barndommens betydning ble for vag. Diagnosen kjentes rett og slett for trang. Den hadde ikke plass nok til å romme hele det mennesket som hadde sittet i stolen overfor oss og gitt oss inngående beskrivelser av alle sine opplevelser og vansker. Veilederen min forstod ubehaget mitt. Han forklarte at diagnoser alltid er en utfordring, og at det derfor er viktig å vite hva de er ment å være. I motsetning til mange medisinske diagnoser sier ikke psykiske diagnoser noe om årsaker eller sammenhengene mellom disse. Diagnoser kan ikke si noe om hva som er risiko- eller beskyttelsesfaktorer, ei heller hva som opprettholder problemene hos en pasient.

Som vordende kliniker er det mange spørsmål som ikke har sluppet taket siden den gangen i praksis. For hvis diagnosen er så mager og så lite klinisk nyttig, hvor skal jeg da hente all den nødvendige kunnskapen som gjør meg i stand til å gå i gang med en behandling? Hvordan vet jeg hva akkurat denne pasienten har behov for? Riktignok kan forskning om metoder til ulike diagnoser gi meg et utgangspunkt, men også her har det unike lett for å forsvinne i standardiserte prosedyrer.

## EN NY DIAGNOSEMANUAL

Den 20. februar i år publiserte *Katarsis*, studenttidsskriftet ved Psykologisk fakultet i Bergen, en artikkel som kretset rundt disse problemstillingene. Saken omhandlet en ny diagnosemanual, «som søker mennesket under symptomene».



Et raskt søk på nettet viser at manualen også har vært omtalt i Psykologtidsskriftet. Det skjedde i oktoberutgaven fra 2007, der Nancy McWilliams ble intervjuet. Den gang var hun president for psykoanalytisk divisjon i den amerikanske psykologforeningen (APA). McWilliams hadde akkurat lansert den Psykodynamiske diagnosemanualen (PDM), som var blitt til i samarbeid med kollegaer.

På spørsmålet om bakgrunnen for å lage en slik manual var svaret kontant: «Frustrasjon.» Både McWilliams og medforfatterne var lei av et ensporet fokus på symptomer og atferd. De ønsket et alternativt rammeverk som kunne romme hele mennesket, både overflate og dybde.

Likevel finner jeg ikke mange artikler om manualen i årene etter lanseringen, heller ikke har jeg hørt snakk om den blant medstudenter, professorer eller andre psykologer.

### HVEM NOEN ER, IKKE HVA NOEN HAR

Etter litt innsats får jeg tak i PDM-2, den nylig utgitte andreutgaven av manualen. I introduksjonen skriver redaktørene at hele 90 prosent av bokens innhold har blitt endret siden sist. Sammen med Vittorio Lingiardi, professor ved La Sapienza universitet i Roma, poengterer McWilliams at intensjonen og formålet fremdeles er det samme: å bygge bro mellom kompleksiteten man opplever i klinikken, og det samtidige behovet for empirisk og metodisk validitet.

I forsøk på å komme mer under huden på manualen tar jeg kontakt med Line Brotnow.

Hun er i dag ansatt ved BUP Follo, og er dessuten forskningsrådgiver ved Yale University. Brotnow deltok i utviklingen av PDM-2, og var med på å skrive kapittelet som omhandler personlighet i ungdomsalderen.

Også hun understreker at den kliniske nytteverdien til DSM og ICD er liten.

– Disse manualene er utviklet for å gjøre beskrivelsen av ulike diagnostiske kategorier uniform. Når vi kaller noe generalisert angstlidelse, betyr dette at minst x symptomer er til stede over y tid med z funksjonsfall.

Brotnow forklarer at dette er særlig relevant i helsebyråkrati og forskning. Utover dette kommer manualene til kort.

– ICD-10 og DSM-5 har ikke språk for å vurdere det ved pasienten som ikke er diagnostisk relevant, så som subkliniske eller utviklingstypiske trekk. »

Ifølge Brotnow vil det være opp til hver behandler å utforske og beskrive denne underliggende kompleksiteten, og på bakgrunn av en slik (ofte) implisitt formulering fatte beslutninger om videre behandlingsforløp.

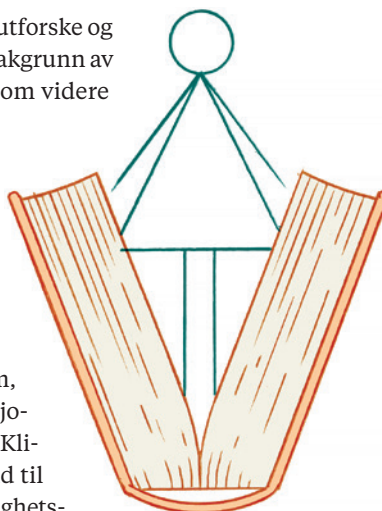
– PDM-2 foreslår ganske enkelt en metode for å systematisere denne prosessen. Målet er å ende opp med en beskrivelse av hvem noen er, fremfor hva noen har.

### MULTIDIMENSJONAL TILNÆRMING

Jeg leser at forfatterne, for å få til dette, har valgt å dele manualen inn i hovedsakelig fire større deler: barndom, ungdom, voksen og eldre. Innenfor hver av disse seksjonene anlegger PDM-2 en multidimensjonal tilnærming. Klinikeren får anledning til å vurdere pasienten i henhold til personlighet, uavhengig av om det foreligger en personlighets-



**BIDRAGSYTER** Psykolog Line Brotnow deltok i utviklingen av PDM-2, og var med på å skrive kapittelet som omhandler personlighet i ungdomsalderen. Foto: Privat.



– Målet er å ende opp med en beskrivelse av hvem noen *er*, fremfor hva noen *har*

*Line Brotnow, forskningsrådgiver ved Yale University og psykolog ved BUP Follo*

forstyrrelse eller ikke. Dette kalles P-aksen. Videre kan man vurdere det som kalles profil av kognitiv fungering, for eksempel evne til mentalisering, læring, relasjonsbygging eller regulering. Dette er M-aksen. Til slutt følger S-aksen, som i stor grad er organisert rundt eksisterende diagnosekategorier hentet fra DSM-5 og ICD-10. Forskjellen er at PDM-2 i tillegg beskriver hvordan det ofte kjennes for pasienten å ha denne lidelsen, enten det er snakk om den affektive, kognitive, somatiske eller relasjonelle opplevelsen ved det. Dessuten redegjøres det for typiske motoverføringer, altså terapeutens følelser og reaksjoner i møte med pasienter som har disse ulike vanskene.

All denne ekstra kunnskapen er forankret i det redaktørene beskriver som en kombinasjon av det generelle og det unike. Manualen søker altså å forene det lovmessige med det fortolkende, slik at man ender opp med et verktøy som gir både generaliserbar kunnskap og erfaringsbasert innsikt, generert fra vår tids mest profilerte klinikere, blant andre Otto Kernberg, Anthony Bateman og Peter Fonagy.

### OVER TUSEN SIDER

Høres det omfattende ut? Med sin ambisjon om å fange menneskets fulle kompleksitet er PDM-2 i alle fall blitt både tykk og tung. Manualens innhold spenner over mer enn 1000 sider og veier ifølge kjøkkenvekten 1,8 kilo. Oppslagsverkets omfang skyldes i stor grad gjengivelsen av et vell av forskning på psykiske lidelser.

På spørsmål om det noe overveldende innholdet står i fare for å gå på bekostning av manualens utbredelse og popularitet, svarer Nancy McWilliams på e-post fra Shanghai at PDM-2 tvert imot har vært en suksess i mange land. Forlaget er i ferd med å oversette manualen til kinesisk, koreansk, polsk, russisk, italiensk og tyrkisk, og er i pågående forhandlinger om det samme med Nederland, Frankrike, Japan, Spania og Sverige. Det er også snakk om å få til en norsk oversettelse, bare ett år etter publisering. Ifølge McWilliams er dette et klart tegn på en vellykket mottakelse.

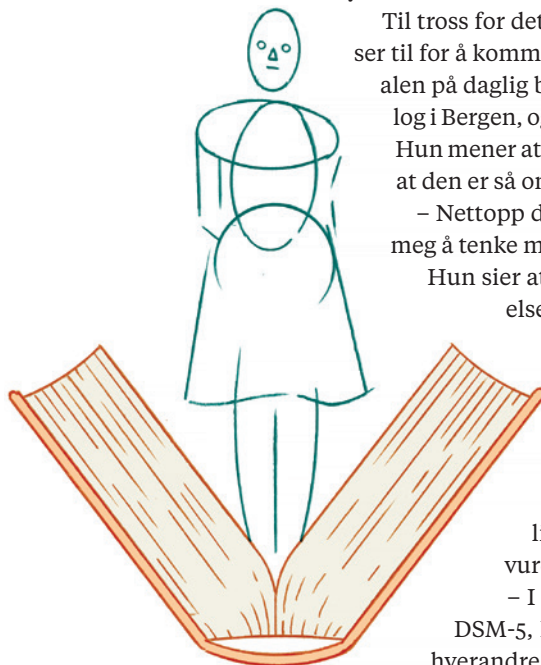
Til tross for dette måtte det en del e-post- og telefonhenvendelser til for å komme i kontakt med noen som benytter seg av manualen på daglig basis. Lene Utkilen er privatpraktiserende psykolog i Bergen, og har brukt PDM siden første utgave ble publisert. Hun mener at det både er manualens fremste fordel og ulempe at den er så omfattende.

– Nettopp det at den er så utfyllende og informativ hjelper meg å tenke mer romslig rundt pasienten.

Hun sier at tilnærmingen i manualen utviser større forståelse for mennesket, og dermed gjør vedkommende til mer enn bare et symptomnivå.

Kjetil André Børhaug jobber som psykologspesialist ved Folgefonn DPS og erkjenner også at det krevde tid og innsats før han fikk satt seg ordentlig inn i manualen. Siden den gang har han imidlertid brukt den mye, særlig som supplement når han foretar diagnostiske vurderinger.

– I dag har jeg alltid tre bøker liggende på pulten, DSM-5, ICD-10 og PDM-2. De bruker jeg hyppig og om hverandre.



Børhaug mener alle diagnostiske vurderinger bør være dimensjonale og inneholde tanker om blant annet personlighet, symptomer, mental fungering og relasjonelle evner.

– I DIPS er det jo ICD-diagnosene som skal inn, men de fungerer ofte mer som en slags grovsortering. I de fleste tilfeller blir de for mangelfulle. Da synes jeg PDM-2 kan være nyttig for å utbrodere og tenke dypere.

Også Utkilen veksler mellom manualene. Hun forklarer at hun alltid bruker ICD-10 i møte med pasienter.

– Hvis jeg skal snakke med en pasient og forklare hva en depresjon er, bruker jeg ICD-10. Den er tydelig og presis, men uten å være for omfattende.

PDM-2 anser hun først og fremst som en verdifull hjelp for seg selv.

– Den er mer utfyllende og informativ. For eksempel kan jeg lese om typiske følelser, utviklingsmessige forhold eller mellommenneskelig fungering. Kasusvignettene til de enkelte diagnosene er også veldig nyttige.

### STØRRE ROM FOR PERSONLIGHET

Børhaug sier at han særlig verdsetter at personlighet har fått stor plass i manualen. Han synes temaet er noe DSM og ICD sier for lite om.

– Hvis noen skal kunne si noe om personlighet, så er det oss psykologer.

Han mener PDM-2 gir et mye bedre grunnlag for å foreta en full personlighetsvurdering, uavhengig av om det foreligger en personlighetsforstyrrelse eller ikke.

– Det er viktig å vite hvem det er vi har framfor oss, ellers jobber vi lett i blinde. En robust potteplante trenger andre vekstbetingelser enn en skjør prydbusk.

Børhaug veileder selv nye psykologer, og har inntrykk av at personlighet er noe mange trenger å vite mer om. Han mener PDM-2 tilbyr en god inngang til forståelse av personlighet, noe som igjen er sentralt for å kunne si noe om hva ulike mennesker trenger i en relasjon.

– Det gir mulighet til å sette oss inn i pasientens verden og være mer empatisk.

Utkilen viser til hvordan manualens forståelse av personlighet kan ha implikasjoner for videre behandling.

– Hvis jeg jobber med en person med en avhengig personlighet, beskriver manualen hva som vil være typiske følelser, patogene antakelser eller former for forsvar. Den foreslår relevante temaer for terapi og potensielle utfordringer for alliansen. Tåler han konfrontasjon? Tåler han å snakke om følelser?

### NYTTIG PÅ TVERS AV TERAPIFORM

Det er en kjent sak at debatten om diagnoser sjelden forblir lavmælt. Hvilke reaksjoner vekker det at en psykodynamisk manual lanseres som et «alternativ» til ICD-10 og DSM-5?

Børge Mathiassen er psykologspesialist og avdelingsleder for Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Mathiassen er en av dem som har uttrykt skepsis, blant annet i diskusjonstråder på Facebook. Han mener manualen er skrevet utelukkende for og av det psykodynamiske fagmiljøet.

– Jeg har vansker med å se manualens nytte for andre enn de som arbeider ut fra dette ståstedet.

## Diagnosemanualen PDM-2

- PDM-2 er fundert i psykodynamiske kliniske modeller og teorier, og er orientert mot kasusformulering og behandlingsplanlegging.
- Manualen tar sikte på å være en taksonomi av mennesker, ikke sykdommer eller funksjonsforstyrrelser.
- Den nye versjonen av den psykodynamiske diagnosemanualen PDM-2 kom 15. mai 2017.
- Første utgave kom i 2006, siden den gang har mer enn 90 prosent av bokens innhold blitt forandret.
- Redaktørene av manualen er Nancy McWilliams og Vittorio Lingiardi. Andre profilerte navn som har bidratt er Otto Kernberg, Anthony Bateman, Peter Fogany og Allan Abbass.
- Den norske psykologen Line Brotnow har bidratt i kapittelet om personlighet i ungdomsalderen.



**SKEPTISK** Psykologspesialist Børge Mathiassen er skeptisk til diagnosemanualen PDM-2. Han mener manualen er skrevet utelukkende for og av det psykodynamiske fagmiljøet. Foto: Privat.

Brotnow, som selv har deltatt i diskusjonene om PDM-2 på Facebook, argumenterer på sin side med at manualen er forankret i en robust og bredspektret psykodynamisk tradisjon.

Ifølge henne presenterer manualen det empiriske belegget for elementene i denne forståelsesrammen, i tillegg til at den demonstrerer hvordan diagnostikk kan systematiseres og standardiseres.

– Det har vært redaktørens eksplisitte intensjon å gjøre manualen så allment tilgjengelig som mulig ved å begrense bruk av fagspesifikk sjargong. Manualen er for øvrig skrevet av klinikere og forskere som selv identifiserer seg med ulike tradisjoner innenfor den psykodynamiske fagkretsen.

En studie av Robert Gordon fra 2009 undersøkte nettopp nytteverdien av manualen på tvers av retninger. Nesten 200 psykologer, jevnt fordelt blant annet mellom et kognitivt, humanistisk, eklektisk og psykodynamisk ståsted, deltok. På spørsmål om de vurderte manualen som hjelpsom i det kliniske arbeidet, vurderte 90 prosent av deltakerne manualen som gunstig eller veldig gunstig.

Mathiassen mener imidlertid studien har store metodiske svakheter, og at den reelle nytteverdien til PDM-2 først og fremst må undersøkes ved å fokusere på om pasientene får bedre effekt av behandlingen ved at klinikere bruker manualen.

#### LITE UTBREDT

Utkilen kjenner bare til noen få psykologer som bruker PDM-2, men tror at atskillig flere kunne hatt nytte av den.

– Jeg tror måten den er skrevet på, kan appellere til mange uavhengig av hvilket teoretisk ståsted man har.

Børhaug er enig, og mener det er viktig å være åpen for hva manualen kan tilføre.

– For eksempel kan man gå inn i matrisen og finne den aktuelle ICD-diagnosen, gå videre inn i PDM-diagnosen, og så få utvidet sitt syn på pasienten gjennom flere hypoteser og mer kjøtt på beina.

Han tenker dessuten at manualen er særlig nyttig for dem som ikke har kjennskap til psykodynamisk tankegods fra før. Ifølge ham er det en fin introduksjon. Det samme påpekes av Utkilen:

– Manualen systematiserer det psykodynamiske tankegodset på en svært god måte. Dette er noe som for mange kan bli svevende ellers. I PDM-2 blir det mer konkret og satt i rammer.

På samme måte som åpenhet er nødvendig for å se hva PDM-2 kan bidra med, legger Børhaug til at man også må være åpen for manualens utilstrekkelighet. Den gir ikke alle svar, og er som andre manualer unyansert og mangelfull.

– Jeg tenker at alle våre modeller i psykologien i dag er ufullstendige, PDM-2 er ufullstendig den også, men tilbyr trolig noe av det bedre vi har å støtte oss til ved diagnostisk arbeid i dag.



#### ANERKJENNER

##### MINORITETSSTRESS

Flere fra det norske fagmiljøet har vært med i debatten om PDM-2. En av dem er Malin Fors, psykologspesialist ved Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Hammerfest, Finnmarkssykehuset. Hun deltok

som paneldeltaker i diskusjonen om minoritetsstress ved lanseringen av PDM-2 i New York i fjor.

Over telefon påpeker Fors hvor sterkt influert DSM-5 og ICD-10 er av kulturelle normer fra den vestlige verden og hvordan undertrykte grupper gjennom historien har blitt patologisert. Som eksempel nevner hun homofili, som ble fjernet fra ICD i 1990, eller transvestittisme, som forsvant som norsk diagnose først i 2010. I så henseende representerer PDM-2 et progressivt forsøk på å validere undertrykte gruppers erfaringer av minoritetsstress og kumulative mikrotraumer, men uten å sykeliggjøre dem. Fors mener forfatterne fortjener ros.

– Dette er den første diagnosemanualen som erkjenner at minoritetsstress er noe man kan trenge hjelp med, uten at det er nødvendig å patologisere det. Det er helt unikt. De er også først ut med å validere transseksualisme («gender incongruence/gender dysforia») som ikke-patologisk.

Samtidig tydeliggjør Fors at manualen ikke når helt frem. Hennes innsigelse er at man burde gått enda lenger.

– De er virkelig progressive, og i en diagnosekontekst, veldig mye mer progressive enn ICD og DSM. Likevel antar PDM-2 hele tiden at det er psykologen som tilhører majoriteten og normen. Hva hvis begge tilhører en minoritet? Eller en pasient tilhører normen og terapeuten en minoritet?

Fors savner en fyldigere diskusjon om overføring og motoverføring i slike tilfeller. Hun påpeker for eksempel at to homofile, to samer eller to muslimer, aldri vil være på samme måte, og ikke automatisk skjønner hverandre, bare fordi de tilhører samme gruppe. Det kan for eksempel oppstå skuffelse, sjalusi eller sorg hvis man tror man er lik, og skal bli forstått, men ikke blir det.

Fors stiller seg derimot undrende til den kritikken som handler om manualens nytteverdi på tvers av retninger, og mener man heller bør ha et mer pragmatisk syn på hva PDM-2 er.

– Jeg vil oppfordre psykologer til å betrakte manualen dels som et komplement til ICD-10 og DSM-5, men også som et oppslagsverk, et slags forskningstungt leksikon man kan gå til når man står fast eller ikke kommer videre med en pasient. Da er den full av både konsise oppsummeringer og mer dyptgående eksempler.

Og hvis manualen likevel ikke oppleves som nyttig, er den ifølge Børhaug veldig fin å presse blomster med. ✘

– Jeg har vansker med å se manualens nytte for andre enn de som arbeider ut fra dette ståstedet

*Børge Mathiassen, psykologspesialist  
og avdelingsleder for BUPA ved Universitetssykehuset Nord-Norge*

## REFERANSER

Gordon, R.M. (2009). Reactions to the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) by psychodynamic, CBT and other non-psychodynamic psychologists. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 55–62.





Ø Skolebarn bør lære om Ødipus så fort de lærer bokstaven Ø, mener pensjonert lektor Anne K. Lund (88). Her med en bok om Australia som hun rappet (skal levere den tilbake!) fra togstasjonens bokutlån i Bergen.

# Arven etter Freud

**A**nalfiksering, det ubevisste, ødipuskomplekset, penismisunnelse, superego. Vi tuslet til Oslo S og Ullevål sykehus i hovedstaden for å høre om historiske psykoanalytiske begreper betyr noe som helst for folk. Å få folk til å si noe på sparket om for eksempel analfiksering utenfor sykehuset, viste seg å være vrient, forståelig nok. Uansett, folk virket lite villig til å uttale seg om begrepsarven fra fader Freud.

– Folk er kunnskapsløse, de kjenner ikke til Freud, mente pensjonert lektor Anne K. Lund (88), en av dem vi møtte på Oslo S. Men hun vedgikk at når hun møter sine venner på samme alder som henne selv, snakkes det lite om penismisunnelse.

– De hadde fått latterkrampe, mente pensjonisten, som foreslo at skolebarn, når de lærer bokstaven «Ø», bør bli litt bedre kjent med historien om Ødipus.

– Det er fenomener som alltid har eksistert.

Vel. Når folk ikke vil svare, kan det jo være spørsmålene det er noe galt med. Vi endret dem derfor til: *Kan drømmer fortelle oss noe? Betyr barndommen noe når vi er voksne? Hvorfor er seksualitet så viktig for oss?*

Hva folk svarte, kan leses i dette oppslaget, og på side 437 (barndommens betydning) og side 467 (seksualitet). >



## Kan drømmer fortelle oss noe?

Jeg vet at psykoanalytikere er opptatt av drømmer, jeg har da studert. De sier en masse vrøvl. Når jeg hører selvfølgeligheter som at drømmer er viktig, sier jeg som Jørgen Tesman: «Tenk det, Hedda.»

Anne K. Lund (88), pensjonert lektor, Bergen

Jeg drømmer ikke noe som jeg drar med meg. Jeg kan drømme noe merkelig som ikke har rot i noe som helst. Det er ikke viktig for meg.

Siv Soldal (42), barnehagelærer, Ski

Jeg drømte nylig at mannen min og jeg var turister på sykkelstur et sted i Afrika. Vi kom hjem igjen, med mye bagasje. Så våknet jeg. Rett etterpå ble mannen min alvorlig syk. I dag har jeg besøkt ham på sykehuset. Jeg er sikker på at han kommer hjem igjen. Det ville Gud si meg gjennom drømmen jeg hadde. Jeg drømmer ofte om barn. Jeg er derfor sikker på at jeg kommer til å få barn.

Mabel Holten (44), helsefagarbeider, Oslo

Jeg har en venn som drømmer noe om natten, og etter en måned eller et år så skjer det i virkeligheten. Han er som en slags profet. Med meg er det motsatt. Hvis jeg drømmer at jeg mister penger, kommer jeg til å få penger.

Ndambara Rugombossa (42), student, Fredrikstad

Jeg er redd for at noe skal skje med barna mine, det dukker opp i drømmene. Og jeg drømmer om det jeg håper skal skje meg og familien min om ti år. Jeg drømmer mer om framtiden enn om fortiden. Mer om det jeg håper, enn om det jeg frykter.

Arun Sreekanth (32), ingeniør, Amsterdam

Jeg drømmer i farger, og alltid gode drømmer. I natt kommer jeg kanskje til å drømme om deg, du kommer gående med hodet ditt på en annen manns kropp. Det er morsomt.

Veslemøy Ruud (60), helsesøster, Oslo

Flere spørsmål og svar på side 437. ➤

### Notis

## Kunstfoto i Psykologtidsskriftet

Bildene på forsiden og til fire fagtekster i denne utgaven er fra serien *Planter & Dyr* av fotograf og billedkunstner Sverre Strandberg (f. 1977). Strandberg er utdannet ved Statens kunstakademi og Kunstakademiet i Bergen. Sverres fotografier tematiserer det tette båndet mellom opplevelse og fotografering i vår tid. *Planter & Dyr* er en serie tatt i botanisk- og zoologisk hage i Berlin, der alle bildene er dobbelteksponert på analog film og vist slik de framstår etter fremkalling.



FOTO: PRIVAT



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 416–427 FAGFELLEVDERT

HELENE AMUNDSEN NISSEN-LIE, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

# EFFEKTEN AV PSYKODYNAMISK PSYKOTERAPI

– Status i kunnskapsfeltet  
og ubesvarte spørsmål

Psykodynamisk terapi innfrir de strengeste krav til evidens, men det er på tide å stille nye spørsmål. Vi trenger mer kunnskap om hvordan fellesfaktorer og terapispesifikke intervensjoner samvirker i psykoterapi.

En oppfatning om at psykodynamisk terapi (PDT) mangler evidens, har over lengre tid fått fotfeste hos helsemyndigheter, akademikere og legfolk. Denne feilaktige oppfatningen har til dels fått store konsekvenser, som når den svenske Socialstyrelsen (tilsvarende det norske Helsedirektoratet) nylig gikk inn for retningslinjer i behandlingen av depresjon der PDT nevnes som en behandling med mindre eller manglende evidens. I Norge (og Danmark, Finland og Tyskland) er helsemyndighetene mer oppdatert og sidestiller ulike «struktureerte psykologiske» terapiformer, som kognitiv atferdsterapi (KAT), PDT og interpersonlig terapi i behandlingen av depresjon (se *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*, Helsedirektoratet, 2009).

Det er nok flere grunner til at PDT har fått et rykte om at den ikke er evidensbasert. En årsak kan være at det tok tid før forskere studerte effekten av PDT ved bruk av kontrollerte studier og standardiserte utfallsmål, noe som er påkrevd for å vise evidens. Dette kan bunne i at psykodynamisk orienterte forskere var skeptiske til denne forskningstradisjonen, da begrepene innenfor PDT kan være vanskelige å operasjonalisere eller måle. Selv om denne skepsisen kan synes relevant og forståelig også i dag, »

## ABSTRACT

## *The evidence of psychodynamic psychotherapy*

This article presents and discusses the evidence base of psychodynamic therapy (PDT) for an adult client population. In a number of authoritative recent meta-analyses and reviews, applying updated criteria for establishing evidence, PDT demonstrates good effects in the treatment of a range of common mental health disorders such as depression, anxiety, addiction, and personality disorders. This is in line with the latest Cochrane report that explicitly describes PDT as effective. The effect of PDT is stable or increasing at follow-up. It seems particularly effective when treating complex mental health problems such as personality disorders and multiple comorbidity. It is time to leave the myth that PDT lacks evidence. These findings, however, give rise to a number of discussions that are presented, such as the application of the RCT design, the problem of statistical power, the usefulness of establishing evidence of a treatment vis-à-vis specific disorders, and the extent to which treatment outcomes can actually be traced back to the type of therapy or treatment model used.

*Keywords: psychodynamic psychotherapy; PDT; evidence; treatment outcome*



Den psykodynamiske forståelsesmåten er utviklet over ett hundreår, og anvendes både som en terapeutisk metode og til å forstå ulike samfunnsfenomener, kunst- og kulturuttrykk

kan holdningen ha slått tilbake på fagfeltet, ved at man ikke gjorde en nødvendig jobb for å dokumentere effekten av psykodynamisk praksis før PDT ble ansett som en behandlingsform «uten evidens».

Fagpersoner innenfor kognitiv atferdsterapi (KAT) tok derimot tidlig betydningen av å dokumentere behandlingseffekt på alvor, og kunne vise til en rekke studier som dokumenterte at KAT hadde god effekt på en rekke mentale helseproblemer (for en oversikt, se Hollon & Beck, 2013). Derfor er det per dags dato et større volum av studier som viser KATs evidens. I mange år fantes det få studier der man undersøkte effekten av PDT. I dag har bildet forandret seg. I løpet av det siste tiåret er det publisert en rekke autoritative studier som undersøker effekten av PDT gjennom å sammenlikne PDT med ventelistekontroller, en placebobetingelse eller andre behandlinger og terapiformer. Resultatene viser at PDT fungerer for et bredt spekter av psykiske lidelser, og like godt som andre evidensbaserte behandlinger.

#### HVA ER EVIDENSBASERT BEHANDLING?

Evidensbevegelsen, med opprinnelse i USA, har spesifisert visse krav til hvordan en kan påvise at en behandling er såkalt evidensbasert (EBT = Evidence Based Treatment; se Chambless & Hollon, 1998; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). For at en behandling skal bli vurdert til å ha evidens, må den ha vist bedre effekt enn en placebobetingelse eller en ikke-evidensbasert, alternativ behandling, ofte såkalt treatment as usual (TAU), eller være ekvivalent med en allerede etablert EBT. Forskningstilnærmingen er fortrinnsvis kontrollerte kliniske studier eller RCT-studier. Dette evidensbegrepet er imidlertid ikke ukontroversielt (se f.eks. Ekeland, 2001; Gullestad, 2001). En viktig distinksjon er trukket mellom begrepet *evidensbasert behandling* (om en behandlingsmetode) og det videre begrepet *evidensbasert psykologisk praksis* (se Rønnestad, 2008). Det siste er mer overordnet og reflekterer en integrering av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise der man tar hensyn til pasientens egenskaper, kultur og preferanser (Norsk psykologforening, 2007). Dette er en definisjon som både den amerikanske og den norske psykologforeningen har sluttet seg til.

Begrepet *beste tilgjengelige forskning* utvider det som vurderes som legitime kunnskapskilder. Begrepet omfatter for eksempel prosessutfallsforskning, systematiske kasusstudier, kvalitative studier og metaanalyser, i tillegg til RCT-studier. I denne artikkelen anvendes den smalere definisjonen av evidens som inngår i begrepet *evidensbasert behandling*, for å se om PDT kan tilfredsstillende denne. Vi må være klar over at dette evidensbegrepet i stor grad, men ikke utelukkende, hviler på en bestemt forskningsmessig tilnærming (RCT-studier), og at disse premisene kan diskuteres. Like fullt, gitt nettopp disse rammene, er målet med artikkelen å diskutere evidensgrunnlaget til psykodynamisk terapi (PDT) slik det er undersøkt i nyere psykoterapiforskning (f.eks. Abbass & Driesen, 2010; Cuijpers et al., 2013; Keefe, McCarthy, Dinger, Zilcha-Mano Barber, 2014; Leichsenring, Abbass, Luyten, Hilsenroth, Rabung, 2013; Leichsenring, Luyten, Abbass, Barber, Keefe, Leweke, Rabung & Steinert, 2015; Leichsenring & Rabung, 2011; Leichsenring & Schauenburg, 2014).

#### DODO-FUGL-TESEN

Før vi går inn på det spesifikke evidensgrunnlaget for PDT, er det hensiktsmessig å se nærmere på hvor psykoterapiforskningen står i dag. Effekt-

forskningen har frembrakt kunnskap som gjør at vi med nokså stor sikkerhet kan konkludere med at alle såkalte *bona fide*-psykoterapiformer<sup>1</sup> har like god effekt, i alle fall for reduksjon av psykisk lidelse eller symptomer (Cuijpers et al., 2013; Wampold & Imel, 2015). En *bona fide*-terapiform er en psykoterapeutisk behandling som er fundert i psykologisk teori, den er presentert i litteraturen, for eksempel i form av en manual eller andre beskrivelser, og er utført av en terapeut med adekvat opplæring (se Wampold et al., 1997). Like fullt vil det fortsatt finnes dem som hevder at en bestemt metode egentlig er overlegen andre, og at «Dodo-fugl-funnet» – nemlig at alle metoder er likeverdige (Rosenzweig, 1936; Wampold et al., 1997) – er feil. Ifølge Saul Rosenzweig, som først lanserte Dodo-fugl-tesen, er alle etablerte psykoterapier like virksomme fordi de deler sentrale fellesfaktorer som ligger innebygd i de enkelte modellene. Disse fellesfaktorene antas å være avgjørende for endringen som finner sted i psykoterapi (Rosenzweig, 1936). Dodo-fugl-tesen har fått støtte gjennom mange undersøkelser der man har sammenliknet ulike behandlinger og for ulike type lidelser (f.eks. Baardseth et al., 2013, Benish et al., 2008).

I februar 2017 publiserte Pim Cuijpers en oversiktsartikkel der han gjennomgår forskning fra fire tiår og ca. 500 randomiserte kontrollerte studier på behandling av depresjon hos voksne. Han konkluderer med at ulike behandlinger, som kognitiv atferdsterapi (KAT), interpersonlig terapi, problemløsningsterapi og korttids psykodynamisk psykoterapi, alle har effekt på bedring av depresjon, og at det ikke er noen forskjell mellom dem. Det skal sies at fellesfaktorenes betydning er én av mange mulige forklaringer på dodo-funnet. En annen er at de spesifikke faktorene eller teknikkene fra forskjellige modeller fungerer like godt, i gjennomsnitt, og kan lede til like gode resultater. I så tilfelle er det ikke nødvendigvis det de har til felles, som forklarer den manglende forskjellen i effekt mellom dem. Med andre ord – det finnes flere veier til Rom, som er likeverdige om enn forskjellige. Selv om denne forklaringen (at ulike komponenter har like god effekt) har mindre empirisk belegg per i dag, er den fortsatt en plausibel forklaring.

I det følgende ønsker jeg å redegjøre for studier som kan si noe om evidensen til PDT, men

uten å miste Dodo-fugl-tesen av syne. Jeg vil vise til en rekke metaanalyser og systematiske litteraturgjennomganger som anvender kriterier hentet fra et strikt medisinsk forskningsparadigme (f.eks. Leichsenring et al., 2015), og som viser at PDT har god effekt ved de fleste vanlige psykiske lidelser, så som depresjon, angst, rusmiddelavhengighet, somatoforme forstyrrelser, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. Jeg vil drøfte metodologiske muligheter og begrensninger ved denne forskningen. Som bakgrunn for gjennomgangen og drøftingen vil jeg presentere aktuelle definisjoner av psykodynamisk terapi samt peke på de viktigste kjennetegnene ved klinisk kontrollerte studier (RCT-design) og evidenskriterier som anvendes i denne forskningstradisjonen.

### HVA ER PSYKODYNAMISK TERAPI?

PDT inngår i et større kunnskapsunivers av teorier om menneskets utvikling, personlighet og mentale prosesser. Den psykodynamiske forståelsesmåten er utviklet over ett hundreår, og anvendes både som en terapeutisk metode og til å forstå ulike samfunnsfenomener, kunst- og kulturuttrykk. Anvendt som behandlingsmodell kan den beskrives i følgende ni punkter (fra Killingmo, Varvin og Strømme, 2014): 1. Menneskets personlighet fungerer som en helhet og formes av vår søken etter behovstilfredsstillelse og meningsdannelse; 2. Disse prosessene utgjør drivkrefter i individets subjektive erfaring og atferd; 3. For å forstå individets psykiske fungering må vi også ta i betraktning atferd, motiver og mentale mekanismer som *ikke er bevisste* for individet selv; 4. I en klinisk situasjon kan en ikke fullt ut forstå pasienten uten en erkjennelse av hvordan tidligere smertefulle eller konfliktfylte erfaringer påvirker nåværende fungering; 5. I et terapeutisk forløp vil pasienten oppfatte og reagere på den terapeutiske situasjonen og terapeuten ut fra følelser og forventninger fra tidligere relasjonelle erfaringer; 6. Den terapeutiske prosessen blir påvirket, til og med drevet, av pasientens tilbakeholdte følelser, ønsker, smerte og fantasier; 7. Terapeutisk endring skjer gjennom og ved hjelp av relasjonen og det følelsesmessige båndet som utvikles gjennom pasient og terapeut; 8. Psykopatologi forstås ut fra individets kontekst, der en differensiert beskrivelse av individets personlighetsstruktur og dynamikk, heller enn diagnostisk klassifikasjon, anses som best egnet som grunnlag for en behandlingsplan; 9. Behandlingen har ikke som sitt primære mål å ta bort spesifikke symptomer, men å modifisere affekter, særlig i individets relasjon til seg selv og til andre mennesker (Killingmo mfl., 2014, s. 1–2, min oversettelse / lettere omskrevet). Dette siste punktet er omdiskutert, fordi mange med en psykodynamisk orientering også vurderer symptomlette som et viktig mål for behandlingen.

Selv om det mangler en enhetlig definisjon av PDT, vil mange psykodynamikere kunne enes om at ovennevnte prinsipper kjennetegner den psykodynamiske terapitradisjon. Ifølge empiriske studier gjennomført av Blagys og Hilsenroth (2000) anses følgende fem faktorer som prinsipper i psykodynamisk behandling: 1. Fokus på affekt og affektuttrykk, 2. Utforskning av (pasientens) forsøk på å unngå ubehagelige tanker og følelser, 3. Vekt på utviklingsperspektivet og utforskning av tidligere hendelsers påvirkning på nåtiden<sup>2</sup>, 4. Fokus på interpersonlige

1. Bona fide, fra latin: (i) god tro.

2. Det er viktig å slå fast at fortiden ikke er viktig i seg selv, men med tanke på hvordan «den lever videre» i nåtiden hos pasienten. »

relasjoner, inklusive den terapeutiske relasjon og hvordan relasjonelle forventninger har en tendens til å overføres til den terapeutiske relasjon, noe som kan utforskes med pasienten. 5. I tillegg vil et unikt trekk ved PDT være utforskningen av ubevisste ønsker og fantasier, gjerne ved fri assosiasjon, som ofte (men slettes ikke alltid) innebærer at terapeuten i mindre grad styrer den terapeutiske agenda. Like viktig som å redusere symptomer (eller bli kvitt symptomer) er å stimulere til utvikling av personlig vekst og en mer moden og adaptiv psykologisk fungering (se Shedler, 2010, s. 10–11).

For å studere effekten av enhver behandling må en som sagt vite at terapeuten gir pasienten den behandlingen man ønsker å studere. Dette må en enes om ut fra en operasjonalisering av de ovennevnte prinsipper til noen tekniske intervensjoner og behandlingsmål som er i tråd med disse prinsippene. I tillegg må en sikre at en terapeut anvender de tekniske intervensjonene, og ikke (i alle fall ikke i for stor grad) intervensjoner som hører inn under en annen eller andre terapiformer, for eksempel KAT eller løsningsfokuserert terapi. Dette betyr ikke at det å integrere intervensjoner fra ulike retninger ikke er gunstig for pasienten i en klinisk setting, men når en skal undersøke effekten av en terapimodell, er det nødvendig å studere metoden anvendt i en mer «ren» form. Med andre ord, vi trenger å etablere «terapeutisk integritet», altså at behandlingen gis i tråd med intensjonene, og at en bruker metodespesifikke intervensjoner i tilstrekkelig grad og unngår intervensjoner som ikke tilhører den spesifikke modellen man undersøker (Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007). Vanligvis vil dette sikres gjennom forholdsvis detaljerte intervensjonsbeskrivelser eller manualer som faktisk blir fulgt eller etterlevd.

#### RCT-DESIGNET

Evidens for en behandlingsmodell etableres som regel gjennom anvendelse av et forskningsdesign hentet fra medisinsk eller farmakologisk forskning, nemlig RCT-designet (fra *Randomized Controlled Trials*). Uten RCT-studier av PDT hadde vi ikke kunnet hevde med sikkerhet at PDT har «evidens», ut fra hva som ligger i dette begrepet. Et RCT-studie innebærer en sammenlikning av en gruppe med en

annen (tradisjonelt en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe), der deltakerne i begge grupper skal være så like som mulig med hensyn til relevante variabler (f.eks. utdanningsnivå, diagnose), med unntak av den eksperimentelle betingelsen, altså i vårt tilfelle det å få behandling eller ikke, eller det å få en type behandling versus en annen behandling. Mer presist er hensikten med randomisering å gjøre behandlingsvariabelen (det å få PDT) uavhengig av alle andre variabler enn den avhengige variabelen (effekten). Om det kan påvises en korrelasjon mellom den uavhengige og den avhengige variabelen, skal ikke andre variabler kunne forklare det.

Studier der en aktiv behandling sammenliknes med en ventelistekontroll med samme tidshorisont, kontrollerer for tidens gang, altså den spontane bedring (eller forverring). Når den aktive behandlingen sammenliknes med såkalt treatment as usual (TAU), eller en annen psykoterapi som ennå ikke er evidensbasert, kontrollerer vi for fellesfaktorer (de er like i de to gruppene). Når sammenlikningsgruppen er en annen evidensbasert terapiform, for eksempel KAT, kontrollerer vi både for fellesfaktorer og spesifikke faktorer (Leichsenring et al., 2015). Finner vi en gjennomsnittlig forskjell i behandlingsresultat, kan den tilskrives det terapiene *ikke* har til felles, nemlig de spesifikke intervensjonene som bygger på et unikt rasjonale og modell for psykopatologi og endring.

En RCT-studie krever stor grad av kontroll og påfører behandlingssituasjonen mange restriksjoner, men har den fordel at en kan anta at den effekten A (behandlingen) synes å ha på B (endringen), er kausal, det vil si en har høy indre validitet. Ytre validitet eller overførings-/generaliseringsverdi til virkelighetens praksis er lavere på grunn av alle restriksjonene. Der har naturalistiske studier en fordel. Det er også en mengde statistiske krav involvert i RCT-studier som skal undersøke forskjellene mellom to (behandlings)betingelser, såkalt komparative studier. Disse må en vie litt oppmerksomhet.

#### KRITERIER FOR Å ETABLERE EVIDENS

Først og fremst må en foreta en styrkeberegning i planleggingen av en RCT-studie slik at man kan vise en «sann effekt» hvis den virkelig er der. Teststyrke eller power defineres som

sannsynligheten for å forkaste nullhypotesen (f.eks. det at det ikke er forskjell mellom to behandlingsformer) når den faktisk er feil. Den ønsker vi skal være høy. Det vanligst brukte nivået er en teststyrke på 0.80–0.90 (80–90 %) Tilsvarende er signifikansnivået sannsynligheten for å forkaste nullhypotesen når den er sann. Den ønsker vi skal være lav, og et konvensjonelt nivå er 0.01 eller 0.05, altså ønsker vi at denne ikke skal være større enn fem prosent. I tillegg har vi gjerne med i beregningen om en forskjell kan anses for klinisk relevant, ikke bare statistisk signifikant. Hvor stort utvalg og hvor mange pasienter bør være i de ulike betingelsene for å innfri dette? Basert på retningslinjer fra Chambless og Hollon (1998) regnet Leichsenring og medarbeidere (2015) ut at en RCT-studie hadde tilstrekkelig styrke til å vise ekvivalens (se under) i gjennomsnitt mellom en form for PDT og en annen etablert terapiform dersom dataanalysene var basert på 70 pasienter i hver betingelse. De la til grunn en moderat effektstørrelse (oftest målt i standardavvik, som det standardiserte effektstørrelsesmålet Cohen's *d*) i gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene som ekvivalensmargin, og et konvensjonelt signifikansnivå som tester nullhypotesen (alfa = 0.05). Det viste seg at veldig få studier innfrir disse kriteriene.

Teststyrke er altså viktig i evidensforskningen. I det hele tatt har medisinsk forskning begynt å operere med strengere kriterier for at en ny behandling har evidens, blant annet gjennom kriteriet *ekvivalens*. Ekvivalensstudier viser at en ny behandling ikke *er bedre eller dårligere enn en allerede etablert behandling*, og definerer et spekter av verdier (endringsskårer) som er nære nok, det vil si innenfor *ekvivalensmarginen*. Mer konkret betyr dette at effektene av to forskjellige behandlinger er ekvivalente hvis konfidensintervallet av forskjellen dem imellom (i gjennomsnitt) ligger innenfor en *a priori* definert ekvivalensmargin.

Det er dette siste vurderingskriteriet som Leichsenring mfl. benyttet for å vurdere evidensen av PDT i en grundig systematisk litteraturgjennomgang publisert i *Lancet Psychiatry* i 2015 (Leichsenring et al., 2015). Forfatterne hadde følgende søkekriterier: Studiene skulle anvende et RCT-design, PDT måtte være definert av forfatterne, og behandlingsintegritet måtte sikres gjennom bruk av behandlingsmanualer eller «manual-liknende retningslinjer» (som presise beskrivelser av teoretisk modell, kasusformulering, tekniske anbefalinger/intervensjoner i tråd med PDT, og detaljerte kasusbeskrivelser som kunne vise dette), de skulle involvere voksne klienter, være publisert mellom 1970 og mars 2015, og anvende reliable og valide diagnosemanualer (f.eks. DSM; SCID I, II) og måleinstrumenter (endringsmål/utfallsmål). 64 RCT-studier innfridde kriteriene, men bare seks av dem hadde nok styrke til å påvise ekvivalens. Nedenfor følger en kortfattet og summarisk fremstilling av funnene i denne studien, supplert av funn fra andre viktige metaanalyser og reanalyser i feltet.

## EVIDENS AV PDT VED SPESIFIKKE LIDELSER

### Depresjon

Når det gjelder depresjon, viser flere RCT-studier at PDT gir bedre resultater på behandling av depresjon enn ventelistekontroller eller alternative behandlinger (f.eks. Maina, Forner, & Bogetto, 2005; Knekt mfl., 2008). Sammenliknet med etablerte behandlinger som KAT og psyko-farmaka viser studier av PDT som hadde tilstrekkelig styrke til å teste ekvivalens, at det ikke er signifikante forskjeller i utfall for pasienter

med depresjon avhengig av type behandling (Driessen et al., 2013; de Jonghe et al., 2004). Andre metaanalyser viser også klar effekt av PDT på depresjon sammenliknet med etablerte behandlinger (Abbas & Driessen, 2010; Cuijpers et al., 2008).

### Angstlidelser

Ved behandling av angstlidelser viser flere RCT-studier evidens av PDT. For panikkangst viste PDT seg bedre enn avspenningsteknikker (Milrod mfl., 2007). I en annen studie viste PDT og KAT seg å være like effektive med tanke på tilbakefall, men studien hadde for lav styrke til å vise ekvivalens (Beutel mfl., 2013). For sosial angst var PDT like effektiv som KAT, ifølge en undersøkelse som hadde nok statistisk styrke til å vise ekvivalens (Leichsenring et al., 2013). En annen undersøkelse av sosial angst viste at PDT var like effektiv som KAT på alle utfallsmål, og signifikant bedre enn de som stod på venteliste for behandling (Bögels et al., 2014). For generalisert angst viste resultater at KAT og PDT fikk like gode resultater på det primære utfallsmålet (Hamilton), men studien (Leichsenring mfl., 2009) hadde ikke nok styrke til å vise ekvivalens. I et stort multisenter RCT fant man noen små forskjeller i favør av KAT i forhold til PDT med tanke på tilbakefall, selvrapportert sosial angst, og interpersonlige vansker, men disse var under terskelnivå for det som på forhånd var definert som klinisk meningsfulle forskjeller. Videre var det ikke lenger noen forskjell mellom gruppene i utfall ved follow-up. Det gjaldt både ved 6, 12, og 24 måneder etter behandlingsslutt (Leichsenring et al., 2013).

### Spiseforstyrrelser

Leichsenring og medarbeidere fant i sitt søk to RCT-studier som viser evidens for PDT i behandlingen av anoreksi. En av studiene (Zipfel mfl., 2013) fant ingen forskjell mellom PDT, KAT og «optimal TAU» (treatment as usual) på anorektiske symptomer, alle gav signifikant bedring. Ved 12 måneders follow-up viste imidlertid PDT en større bedring enn «optimal TAU», mens KAT ikke gjorde det. Denne studien (Zipfel et al., 2013) hadde nok styrke til å påvise ekvivalens. I en studie av overspising («binge-eating») viste PDT seg bedre enn ventelistekontroll og like bra som KAT (Tasca mfl., 2006).



Ved enkelte tilstander (og blandingstilstander) og type pasienter synes PDT å være særlig egnet

Resultater fra to tidlige studier viste at det ikke var forskjell mellom PDT og KAT på primære utfallsmål i behandlingen av bulimi, men studiene manglet styrke til å påvise ekvivalens (Fairburn et al., 1986). En nyere dansk studie viste at KAT gav bedre resultater på bulimisyntomer (overspising og renselse) enn PDT i form av en ikke-strukturert, psykoanalytisk psykoterapi (Poulsen et al., 2014), og at endringen i KAT skjedde raskere. Begge grupper hadde markant bedring av spiseforstyrrelsespatologi og generell psykopatologi. Studien er kontroversiell fordi PDT ikke var symptomfokuset, noe som trolig er nødvendig for denne type symptomer.

#### Somatoforme lidelser og tvangslidelse

Mange studier viser klar evidens for PDT for ulike somatoforme lidelser, ved at PDT enten er bedre enn TAU eller bedre enn støttesamtaler (f.eks. Monsen & Monsen, 2000). Når det gjelder behandling av tvangslidelse (OCD), er det få studier med PDT. En RCT viste at PDT i kombinasjon med medikamentell behandling mot OCD (og komorbid depresjon) ikke gav bedre effekt enn medikamentell behandling alene (Maina et al., 2010). PDT ved OCD har ennå ikke etablert evidens. Vi kan likevel ikke påstå at PDT ikke har evidens. Som kjent må en ikke forveksle «fravær av evidens» med «evidens for fravær av effekt».<sup>3</sup>

#### Rusavhengighet

RCT-studier som undersøker effekten av PDT ved rusavhengighet, har påvist evidens for PDT på ulike utfallsmål (arbeidslivsfungering, bruk av rusmidler, depresjon, generelle psykiatriske symptomer) (f.eks. Woody mfl., 1983; 1995). En studie viste blant annet at både PDT og KAT oppnådde bedre resultater enn «standard rusomsorg» (type støttesamtaler, ikke psykoterapi) (Woody et al., 1983).

#### Personlighetsforstyrrelser

Når det gjelder personlighetsforstyrrelser (PF), er evidens for PDT rapportert i to RCT-studier for Cluster C-forstyrrelser (Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). Disse fant ingen forskjell i utfall sammenliknet med KAT. Dessverre hadde ingen av dem nok styrke til å påvise ekvivalens. Det foreligger flere større studier (med nok styrke til å vise ekvivalens) fra miljøet rundt Peter Fonagy og Anthony Bateman i England som viser evidens av PDT ved bruk av en variant av PDT, nemlig mentaliseringsbasert terapi (MBT) i behandlingen av Cluster B-personlighetsforstyrrelser, fortrinnsvis emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller borderline PF (f.eks. Bateman & Fonagy, 2009). I tillegg har Clarkin og medarbeidere (2007) vist effekt av ulike typer PDT (bl.a. overføringsfokuset og støttende PDT) overfor Cluster B-forstyrrelser. Sammenliknet med dialektisk atferdsterapi (DBT) fant de ingen forskjell i effekt, men overføringsfokuset terapi gav mer bedring i reflekterende funksjon (RF) og tilknytning enn DBT. Clarkins studie hadde imidlertid ikke nok styrke til å vise ekvivalens.

I flere metaanalyser viser langtids-PDT (definert som minst 50 terapitimer) seg mer effektiv enn kortere eller mindre intensive behandlinger med psykoterapi for pasienter med sammensatte lidelser, som mer kro-

.....

3. Jf.: «absence of evidence is not evidence of absence».



niske psykiske vansker, personlighetsforstyrrelser, eller multippel komorbiditet (der man innfrir kriteriene til mange diagnoser). Dette gjelder på ulike mål, både generelle psykiatriske symptomer, personlighetsfungering og sosial fungering (Leichsenring & Rabung, 2008; 2011; Leichsenring et al., 2013b). Det betyr ikke nødvendigvis at langtidsterapien må være PDT, selv om det er mer typisk at langtidsterapier er psykodynamisk orientert, eller har innslag av psykodynamisk forståelse. I forlengelsen av disse funnene kan en tenke seg at for en del pasienter er et avgrenset, symptomfokuseret behandlingstilbud utilstrekkelig. De trenger mer tid til å bli trygge i en terapeutisk relasjon for så å kunne arbeide med underliggende og gjentakende patologiske mønstre (og eventuelt sin relasjons- eller tilknytningshistorie) for å oppnå et godt terapieresultat.

Konklusjonen til Leichsenring og medarbeidere (2015) er at det er klar evidens for effekten av PDT for depresjon, angstlidelser, somatoforme lidelser, spiseforstyrrelser, rusmisbruk/avhengighet og personlighetsforstyrrelser (s. 655). Dette støttes av en rekke metaanalyser og reanalyser av tidligere studier, som ser på behandling av blant annet angstlidelser (Keefe et al., 2014), angst og depresjon (Baardseth et al., 2013; Cuijpers, 2017) samt ulike personlighetsforstyrrelser (Budge, Moore, Del Re, Wampold, Baardseth, & Nienhuis, 2013). Dette igjen er i overensstemmelse med den siste Cochrane-rapporten, som eksplisitt beskriver PDT som effektiv i behandlingen av et bredt spekter av mentale lidelser. Effekten av PDT er stabil eller økende ved follow-up (Leichsenring & Rabung, 2008). I flere metaanalyser viser også langtids-PDT seg mer effektiv enn kortere eller mindre intensive behandlinger med psykoterapi for pasienter med komorbide og sammensatte lidelser, for eksempel personlighetsforstyrrelser (Leichsenring & Rabung, 2008; 2011; Leichsenring et al., 2013).

Vi skal merke oss at i oversikten til Leichsenring og medarbeidere (2015) var det kun 6 av 64 studier som hadde tilstrekkelig statistisk styrke til å vise ekvivalens. I disse studiene viste PDT seg ekvivalent med andre etablerte behandlinger. Ikke overraskende mener forfatterne at feltet derfor trenger flere studier som har tilstrekkelig statistisk styrke til å demonstrere evidens med større grad av sikkerhet overfor flere typer lidelser. Det samme problemet gjelder for studier som undersøker effekten av KAT. Kun to av 26 studier som sammenlikner KAT med en etablert behandling for angst og depresjon, hadde 70 pasienter i hver behandlingsbetingelse (se Cuijpers mfl., 2013).

I det følgende vil jeg drøfte flere problemstillinger ved denne type forskning og dens implikasjoner, blant annet om RCT-designet er egnet for studier av psykoterapi.

### KRITIKK AV RCT-DESIGNET

Det er mange som har tatt til orde for at RCT-designet ikke er egnet for å studere psykologisk behandling, eller medisinsk behandling i visse tilfelle (McCulloch, Taylor, Sasako, Lovett, & Griffin, 2002). Flere vil hevde at designet er særlig uegnet til å studere PDT (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004), fordi de psykodynamiske begrepene er vanskelige å operasjonalisere på en tilfredsstillende måte. Dette gjelder ikke minst for ubevisste fenomener.

I en drøfting av Carey og Stiles (2015) listes det opp ulike problemer med antagelsene i en RCT når designet blir anvendt til å studere psykologisk behandling. Til tross for den fordelen at RCT kan påvise

kausaltitet, kan ikke psykologiske behandlinger, til forskjell fra medisinske behandlinger, nødvendigvis innfri de strenge kriteriene som er forbundet med en RCT. Jeg vil nevne noen av problemene forfatterne drøfter i sin artikkel. Det første gjelder randomiseringsprosedyren: Det å tilfeldig fordele pasienter til to ulike betingelser kan være problematisk når det er et krav at pasientene skal være like på alle relevante variabler som kan påvirke behandlingsresponsen. Ofte forsøker man å få til det ved å matche pasienter etter for eksempel alder, kjønn, utdanningsnivå, diagnose eller grad av symptomtrykk. Imidlertid kan det være at det som er relevant med tanke på endring, er helt andre egenskaper som sjelden blir rapportert eller gjenstand for matching, slik som psykologisk mindedness, motivasjon, åpenhet, toleranse for usikkerhet og intelligens (Carey & Stiles, 2015). At noen vil være mer mottakelig for, motivert for eller egnet for en bestemt terapiform, for eksempel PDT, gjør randomiseringen enda mer problematisk. Det er også problematisk at pasientens bedring i RCT-studier tilskrives behandlingen, slik at pasienten ses på som en passiv mottaker av en behandling som «enten virker eller ikke virker». I virkeligheten er pasienter aktive aktører i sin egen endringsprosess. Endring er med andre ord en aktiv handling. Et annet problem er kravet til *terapeutisk integritet* (som krever en form for standardisering av terapeutiske intervensjoner), noe som kan stå i veien for et optimalt terapieresultat da psykoterapi hele veien må tilpasses klienten. I tillegg krever RCT-designet at det er et klart skille mellom den uavhengige variabel, i dette tilfellet behandlingen, og den avhengige, i dette tilfellet bedringen. I psykoterapi er ikke disse så adskilt som de gjerne er i farmakologien.

I psykoterapi bør nettopp selve endringen (eller mangel på endring) informere terapeuten og påvirke behandlingstiltaket. Det er når det skjer, at psykoterapi fungerer optimalt, ifølge eksponenter for Feedback Informed Treatment (FIT). Behandlingen påvirkes med andre ord av hvordan pasienten responderer. Det er dette som ligger i prinsippet om terapeutens responsivitet (se Stiles, 2009). Å måle utfall i psykoterapi ved hjelp av standardiserte skjemaer er enda en problemstilling. En pasients skårer på depressive symptomer sier lite om hvordan han eller hun faktisk har det eller fungerer. Noen »

lever godt med et større lidelsestrykk, mens andre har lav fungering med det samme trykket. Med andre ord tar utfallsmålene som brukes, som oftest ikke hensyn til symptomenes *mening* eller implikasjoner for den enkelte.

Med bakgrunn i disse problemene og flere mener Carey og Stiles at det er misvisende å kalle RCT «gullstandarden» i psykoterapiforskningen, selv om designet i teorien er best egnet til å etablere evidens og en kausal sammenheng mellom behandling og bedring. Dessuten er ikke RCT-designet egnet til å besvare de viktigste spørsmålene når det gjelder psykoterapi: Hvorfor eller hvordan virker egentlig behandlingen? I det følgende vil jeg presentere et sett av ubesvarte spørsmål som diskuteres i behandlingsforskningen i dag.

### «RENE» DIAGNOSER VERSUS KOMORBIDITET OG GENERELL SÅRBARHET

Som jeg har forsøkt å gjøre rede for, er det påvist at PDT har evidens innenfor det strikte forskningsparadigmet som kontrollerte kliniske studier tilhører, og at terapeuter som anvender PDT, oppnår like gode resultater som terapeuter som anvender andre etablerte behandlingsmetoder. Når en skal vurdere nytteverdien av denne forskningen, dukker imidlertid nye spørsmål opp. Det å påvise evidens når det gjelder enkelt diagnoser eller spesifikke lidelser, slik som den ovennevnte forskningen gjør, hvor hensiktsmessig er egentlig det? Denne type forskning krever som kjent at pasienter har de spesifikke lidelsene i sin «rene» form, og utelukker ofte pasienter som innfrir kriteriene til flere diagnoser, såkalt komorbiditet. Problemet er at komorbiditet er regelen og ikke unntaket. En større studie i USA med 5690 deltakere viste at nær 75 % i et pasientutvalg faktisk hadde komorbide tilstander, en fjerdedel hadde kun én diagnose (Gadernann mfl. 2012). Det er derfor problematisk å uten videre overføre resultatene fra evidensforskningen til psykisk helsevern, som stort sett står overfor komorbide og mer sammensatte tilstander. Et eksempel på en uheldig anvendelse av denne forskningen kan være regjeringens satsning på pakkeforløp i psykisk helsevern. Man lager altså en «behandlingspakke» ut fra én spesifikk psykisk diagnose hos pasienten, når det å kun ha en enkelt diagnose er usannsynlig, særlig i den pasientpopulasjonen som spesialisthelsetjenesten skal hjelpe.

I stedet for diagnosetenkningen har en del forskere tatt til orde for en såkalt *p*-faktor (*p* for *psykopatologi*) (Caspi et al., 2014), der en tenker seg psykopatologi som grad av sårbarhet heller enn klinisk distinkte forstyrrelser. Høyere skåre på en slik generell psykopatologiskåre (sårbarhets-skåre) er forbundet med tidligere skade, større grad av funksjonsnedsettelse, dårligere livskvalitet og dårligere prognose (se Nissen-Lie, Goldberg, Hoyt, Nielsen, & Wampold, 2016). Antagelsen om en underliggende sårbarhetsfaktor rimer også med nyere genetisk forskning (Hyman, 2010). Dette er kunnskap en bør ta i betraktning når en designer et system for å behandle mennesker med psykiske lidelser. Altså kan vi si at det å få informasjon om en pasients sårbarhet, relasjonstraumer, personlighetsutvikling, mestringsmåter og grad av sosial støtte sannsynligvis er mer relevant for å legge opp en egnet behandling enn å kjenne en persons ICD-10-diagnose. Disse forholdene sammenfattes i ulike terapimodeller i en såkalt individuell kasusformulering (med innbyrdes særtrekk), som retter seg mot behandling i større grad enn en diagnose gjør. Det betyr ikke at

diagnostisering ikke kan være nyttig, men for å designe et godt behandlingsalternativ trengs noe mer eller noe annet.

### MATCH MELLOM PASIENT (OG TERAPEUT) OG TERAPIMETODE?

Når det gjelder spørsmålet «hva virker for hvem?» (Roth & Fonagy, 2005), kan det nevnes at selv om PDT har like god evidens som andre terapimetoder, har PDT en egenart som gjør at den trolig vil passe bedre for noen pasienter enn andre, avhengig av hvilken type livsmål, personlighet og grunnleggende verdier de har. I tillegg er det relevant hva slags behandling pasienten er motivert for og har tro på. For pasienten kan endringen som skjer som følge av terapi, også oppleves kvalitativt forskjellig, avhengig av hvilken type terapi han eller hun har gått i. Dette kom til uttrykk i en spennende studie av Nilsson mfl. (2007). Der ble pasienter som hadde gått i korttids psykodynamisk terapi eller i kognitiv atferdsterapi, intervjuet om sin endring. Pasienter i begge typer behandling opplevde bedring, og det var like mange i hver gruppe som rapporterte at de var fornøyd eller misfornøyd med behandlingen. Forandringene de erfarte, var imidlertid kvalitativt forskjellige i de to gruppene, og disse forskjellene ville blitt tilslørt i den vanlige effektforskningen. For eksempel oppgav KAT-pasienter at de hadde fått hjelp med spesifikke problemer og hadde lært seg konkrete mestringsmåter, mens PDT-pasienter følte de hadde oppnådd mer selvforståelse, var mindre redd for egen sårbarhet og hadde utviklet en mer sammenhengende livshistorie. De så også på terapeutens rolle på vidt forskjellige måter.

Relatert til forskjeller mellom pasienter med tanke på hvor godt en terapeutisk metode passer med hans eller hennes livsanskuelse og -mål, kan en også tenke seg, og det er en del empirisk belegg for å hevde (se Heinonen & Orlinsky, 2014), at det finnes en match mellom *terapeut* og terapimetode. Altså at terapimodellens innebygde menneskesyn passer mer eller mindre godt med terapeutens egne grunnantagelser og livsverdier. Dette er foreløpig et utforsket område i terapiforskningen. Vi vet at terapeuteffekten er flere ganger større enn effekten en gitt behandling har på pasientens bedring i psykoterapi (se Wampold & Imel, 2015, s. 258). Men som Castonguay mfl.

(2016) hevder: En bør ikke sette terapeuten *opp* mot terapien som om de var separate enheter, der terapeuten forklarer mye av terapiutfallet, men behandlingen ikke gjør det. Som Paul Wachtel sier: «Terapien er terapeuten, og terapeuten er terapien. Det innebærer at det som teller, ikke er «merkevaren», men den terapeutiske tilnærmingen slik den praktiseres av en gitt terapeut, enten det er en psykodynamisk terapeut eller en kognitiv atferdsterapeut (eller en annen), på en helt [unik] måte (se Castonguay mfl., 2016, s. 11, min oversettelse / lettere omskrevet).

#### FORHOLDET MELLOM FELLESFAKTORER OG SPESIFIKKE FAKTORER I PSYKOTERAPI

En redegjørelse for evidensen til en gitt terapeutisk metode bør også inkludere diskusjonen om betydningen av fellesfaktorene versus de spesifikke faktorene (og forholdet mellom dem) i psykoterapi. Til nå har evidensforskningen nærmest utelukkende fokusert på de spesifikke faktorene i terapi, og gjerne på «behandlingspakkenivå», der en har undersøkt evidensen av KAT, PDT og andre terapiformer. Som nevnt over er det ikke nødvendigvis her en finner forklaringen på psykoterapiens effekt. Det meste av forskjellene i terapieresultatet kan tilskrives forskjeller mellom pasienter, dernest terapeuter og andre fellesfaktorer, så som kvaliteten på den terapeutiske relasjon, arbeidsalliansen, tro, håp og forventninger om endring, samt generelle endringsprinsipper (f.eks. selvobservasjon, ressursaktivering, korrigerende erfaringer).

Det er nettopp fellesfaktorene som ifølge empirien forklarer størsteparten av endringen som kan tilskrives psykoterapi, ikke de spesifikke teknikkene eller selve behandlingsmodellen. Samtidig er det en feilslutning at dette betyr at de spesifikke ingrediensene i terapi ikke er viktige. Fellesfaktorene og de spesifikke faktorene opererer ikke adskilt fra hverandre. «At effekten av psykoterapi best demonstreres på fellesfaktornivået innebærer [...] *ikke* en avvisning av spesifikke prosedyrer og teknikker. Uten spesifikke ingredienser har vi ingen behandling, men de spesifikke ingrediensene kan heller ikke administreres uavhengig av fellesfaktorene» (Nissen-Lie, Oddli & Wampold, 2013, s. 4–5). Bruce Wampold sier allerede i 2001: «Naturligvis er teknikker som gis i tråd med en teoretisk forklaring av en psykisk for-

styrrelse, problem eller helseplage, nødvendig [...]. En terapeut kan ikke forme en terapeutisk relasjon uten å ha en godt definert prosedyre for terapeutisk handling» (s. 217, min oversettelse). Vi kan med andre ord ikke snakke om en behandling uten spesifikke terapeutiske ingredienser, men de står i et avhengighetsforhold til fellesfaktorene.

Som terapeuter administrerer vi ikke en behandlingspakke eller en spesifikk teknikk som et slags medikament som har effekt uavhengig av tillitsforholdet som har oppstått med klienten, eller uavhengig av hvordan teknikken er tilpasset klientens behov og mottakelighet der og da. Når en teknisk intervensjon virker forløsende på en pasients problematikk, er det ikke på grunn av teknikken isolert sett, men på grunn av hvordan den treffer, kjennes relevant, og gir mening for pasienten, samt i den grad som den ikke kjennes for konfronterende eller utfordrende. *Hvordan* en intervensjon gis, er kanskje viktigere enn hvilken intervensjon som gis (Nissen-Lie, 2013). Teknikker og fellesfaktorer er derfor ikke adskilte enheter, men tett sammenvevd både konseptuelt og empirisk (Nissen-Lie mfl., 2013).

#### KONKLUSJON

Psykodynamisk terapi (PDT) er en paraplybetegnelse for terapiformer som legger psykodynamiske prinsipper til grunn for forståelsen av menneskets utvikling og patologi, samt prosessene som foregår i en behandling. PDT har i flere undersøkelser vist evidens ut fra de strengeste kriterier som må innfris for å hevde dette. Ved enkelte tilstander (og blandingstilstander) og type pasienter synes PDT å være særlig egnet. Viktigere nå er å finne ut hvordan PDT og psykoterapi virker, og hva vi bør etterstrebe i vår terapeututvikling og i opplæring av nye terapeuter. Vi trenger mer kunnskap om hvordan fellesfaktorer og terapispesifikke intervensjoner interagerer i psykoterapi (se Høglend og medarbeidere, 2011), og «hva som virker best for hvem». Dette innebærer å gi rom til det komplekse samspillet mellom pasientens egenskaper, egenskaper ved den terapeutiske metoden og terapeuten kompetanse, holdninger og væremåte – ved bruk av ulike vitenskapelige tilnærminger. Det er på tide å ta forskningen på behandlingen av psykiske problemer og lidelser videre. ✕

»

## REFERANSER

- Abbass, A., & Driessen, E. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *121*, 398–99.
- Baardseth, T.B., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan III, M.D., Laska, K.M., Del Re, A.C., Minami, T., & Wampold, B.E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, *33*, 395–405.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 1355–64.
- Benish, Wampold, B.E., Imel, (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychological Review*, *28*, 746–758.
- Butel, M.E., Scheurich, V., Knebel, A., et al. (2013). Implementing panic-focused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*, 326–34.
- Blagys, M.D., Hilsenroth, M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 167–88.
- Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.B., & Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, *33*, 1057–1066
- Bögels, S.M., Wijts, P., Oort, F.J, Sallaerts, S.J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, *31*, 363–73.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N, Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 922–28.
- Carey, T.A., & Stiles, W.B. (2016). Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *23*(1), 87–95. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1942>
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., . . . Moffitt, T.E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, *2*(2), 119–137. doi:10.1177/2167702613497473
- Castonguay, L.C., Eubanks, C.F., Goldfried, M.R., Muran, J.C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, *25*(3), 365–382. DOI:10.1080/10503307.2015.1014010
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S.L., Andersson, G., Beekman, A.T, Reynolds, C.F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, *12*, 137–48.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K.S. (2013b). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(7), 376–385.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, *58* (1), 7–19.
- Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P.J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavioral Research and Therapy*, *24*, 629–43.
- Gademann, A.M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2012). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, *29*(9), 797–806. doi:10.1002/da.21924
- Gullestad, S.E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *38*, 942–951.
- Gullestad, S.E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heinonen, E., & Orlinsky, D.E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, *23*(6), 718–731.
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten>).
- Hollon, S.D., & Beck, A.T. (2013). Cognitive and cognitive behavior therapies. I M.J. Lambert (red.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.). New York: Wiley.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*, 155–179.
- Høglend, P, Hersoug A.G, Bøgwald, K.P, Amlø, S., Marble A., Sørbye, Ø. Røssberg, J.I., Ulberg, R., Gabbard, G., & Crits-Christoph, P. (2011). Short and long-term effects of transference interpretation in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79* (5), 697–706.
- Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, *34*, 309–23.
- Killingmo, B., Varvin, S., & Strømme, H. (2014). What can we expect from trainee therapists? A study of acquisition of competence in dynamic psychotherapy. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, *37* (1), 24–35. DOI:10.1080/01062301.2014.90302
- Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., and the Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, *38*, 689–703.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M.J. Lambert (red.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.). New York: Wiley.

- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551–65.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361–84.
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 15–22.
- Leichsenring, F., & Schauenburg H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression—towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 28–43.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 648–660.
- Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74, 43–50.
- Maina, G., Rosso, G., Rigardetto, S., Chiado Piat, S., Bogetto, F. (2010). No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 295–302.
- McCulloch, P., Taylor, I., Sasako, M., Lovett, B., & Griffin, D. (2002). Randomised trials in surgery: problems and possible solutions. *British Medical Journal*, 324, 7351–1448.
- Monsen, K., & Monsen, J.T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy*, 37, 257–269.
- Muran, J.C., Safran, J.D., Samstag, L.W., & Winston A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy*, 42, 532–45.
- 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*, 17, 553–566. Doi:10.1080/10503300601139988
- Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W., & Wampold, B.E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50 (5), 486–502
- Nissen-Lie, H.A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhensiktsmessig dikotomi? I E.J. Hartmann, E. Axelsen, & K. Benum, *God psykoterapi? Et integrativt perspektiv* (s. 320–342). Oslo: PAX forlag.
- Nissen-Lie, H.A., Goldberg, S.B., Hoyt, W.T., Falkenström, F.; Holmqvist, R, Nielsen, S.L. & Wampold, B.E. (2016). Are therapists uniformly effective across patient outcome domains? A study on therapist effectiveness in two different treatment contexts. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 367–378, doi: 10.1037/cou0000151
- Perepletchikova, F., Treat, T.A., Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75, 829–41.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S.I, Folke, S., Mathiesen, B.B., Katznelson, H., & Fairburn, C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109–16.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–5.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444–454
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109. doi: http://dx.doi.org/10.1037/a0018378
- Stiles, W.B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 86–91. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x
- Svartberg, M., Stiles, T.C, Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810–17.
- Tasca, G.A, Ritchie, K., Conrad, G., et al. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16, 106–21.
- Wampold, B.E, Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «All must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122, 203–15.
- Wampold, B., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapwork* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N., Frost, N., Pace, B., ... Hilsenroth, M. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 14–32. Doi:10.1080/10503307.2016.1249433
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–63.
- Woody, G.E, Luborsky, L., McLellan, A.T, et al. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639–45.
- Woody, G.E., McLellan, A.T, Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1302–08.
- Zipfel, S., Wild, B., Gros, G., and the ANTOP study group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet*, 383, 127–37.

”

Terapeuten trer tilbake  
når gruppen arbeider  
godt, men er den som  
har ansvaret for å  
bistå alle pasienter og  
gruppen i utforskningen  
av latent mening.

**EVIDENSBASERT PRAKSIS**

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 428-436 FAGFELLEVDERT

STEINAR LORENTZEN, professor emeritus, dr.med., Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

KONTAKT steinar.lorentzen@medisin.uio.no

# KORTTIDS FOKUSERT GRUPPEANALYTISK PSYKOTERAPI

- Et eksempel på «anvendt psykoanalyse»

I gruppeterapien aktiveres uhensiktsmessige interpersonlige relasjonsmønstre. Arbeid med disse i «her og nå-modus» gjør endring mulig.

En psykoanalytisk behandling er ofte både langvarig og intensiv, det vil si at den foregår med to eller flere timer pr. uke. Psykoanalysen har imidlertid også gitt opphav til andre terapiformater av kortere varighet (bl.a. for gruppe, familie, miljø og individer). Dette gjør det mulig for langt flere pasienter å dra nytte av Freuds oppdagelser, slik som ubevisst motivasjon, symptomers mening, betydningen av overføring-motoverføringsreaksjoner, eksistens av forsvarsmekanismer og motstand mot endring. Her vil jeg beskrive en *korttids gruppeanalytisk psykoterapi (KGAP)*, en modifisert versjon av gruppeanalytisk psykoterapi (GAP) eller gruppeanalyse (GA), som er utviklet via klinisk erfaring og systematisk forskning. Gruppeanalysen »

**ABSTRACT**

*Short-term Focused Group-Analytic Psychotherapy: An example of “applied psychoanalysis”*

Psychoanalytic theory has contributed to the structure, rationale, and content of several therapy formats used in mental health services. Group-Analytic Psychotherapy (Group Analysis; GA), which is probably the most commonly used psychodynamic group therapy in Europe, is one of these. It is mainly based on clinical experience and the research evidence is scarce but increasing. The author has done systematic research on different aspects of GA and has among other studies compared the outcome of Short- (20 sessions; 6 months) and long-term (80 sessions; 2 years) group-analytic therapy, based on randomization and use of treatment manuals. This paper describes Short-Term Focused Group-Analytic Psychotherapy (SGAP) with emphasis on evidence from research and clinical practice: patient selection and preparation, treatment phases, choice of treatment focus, and development of a treatment culture. Clinical vignettes are provided.

*Keywords: short-term group-analytic psychotherapy, group analysis, time-limited therapy, psychodynamic*

er tuftet på psykoanalytiske og sosialpsykologiske teorier og ble utviklet i England på slutten av 1930-tallet av S.H. Foulkes, en tysk emigrant, psykiater og psykoanalytiker (se faktaboks).

Mitt møte med gruppeanalysen skjedde på slutten av min psykoanalytiske utdanning da jeg skulle etablere meg som privatpraktiserende psykiater. For å imøtekomme det store antall pasienter som søkte hjelp, fant jeg det hensiktsmessig også å kunne tilby psykoterapi i grupper. Psykoterapi hadde vært min hovedinteresse siden jeg begynte i faget 15 år tidligere, og i tillegg til psykoanalyse hadde jeg erfaring med korttids individuell psykodynamisk terapi gjennom praksis og seminarer (bl.a. med D. Malan og P. Sifneos). Jeg hadde også positiv erfaring med grupper fra flere års arbeid i et terapeutisk samfunn og hadde sett at pasienter ofte trengte høyst varierende tid i terapi, uten at dette alltid var forutsigbart ut ifra plager eller patologi. Med denne bakgrunnen meldte jeg meg på en utdanning i gruppeanalyse som ble igangsatt i norsk psykiatri i 1984 med lærere fra London.

Opprettelse av grupper i egen praksis gjorde det mulig å ta imot flere pasienter og ga anledning til å realisere en annen ambisjon, nemlig å drive mer systematisk forskning på psykoterapi. Jeg begynte derfor på slutten av 80-tallet å samle data fra egne gruppepasienter, noe som førte til flere publikasjoner, og vi fant at gruppeanalyse var en effektiv behandling for polikliniske pasienter med blandede diagnoser (angst- og depressive lidelser, samt lette til moderate personlighetsforstyrrelser) (Lorentzen, Bøgwald, & Høglend, 2002; Lorentzen & Høglend, 2004; Lorentzen, Sexton, & Høglend, 2004). I en senere studie randomiserte vi tilsvarende pasienter til henholdsvis kort- og langtids gruppeanalytisk terapi (varighet 20 eller 80 ukentlige sesjoner) og fant at pasienter, på gruppenivå, hadde like god effekt i begge behandlinger etter 3 år, det vil si 2,5 år etter avslutning av korttidsterapien. Et annet viktig funn var at pasienter med mindre personlighetspatologi ofte fikk god hjelp gjennom korttidsformatet, mens de med mer personlighetspatologi gjorde det bedre i langtids gruppeterapi (Lorentzen,

## S.H. Foulkes - gruppeanalysens grunnlegger

S.H. Foulkes (1898-1976) var tysk jøde som, grepet av Freuds skrifter, rett etter eksamen begynte på spesialisering i nevrologi. Valg av spesialisering var et ledd i en plan om å bli psykiater. Han arbeidet en tid under Kurt Goldstein, en ruvende skikkelse innenfor neurologi og gestaltpsykologi, før han oppholdt seg to år i Wien og gjennomførte psykoanalytisk utdanning med læreanalyse hos Helene Deutsch. Veien gikk så til Frankfurt der han ble leder ved poliklinikken ved det psykoanalytiske instituttet, som var samlokalisert med Universitetets sosiologiske institutt, ledet av Karl Mannheim og Institutt for sosialforskning, ledet av Max Horkheimer, det senere arnestedet for den såkalte Frankfurterskolen i tysk sosiologi og filosofi. Det ble arrangert fellesseminarer og flere av sosiologene gikk selv i analyse.

Frankfurtersosiologien ble sammen med gestaltpsykologien og psykoanalysen de tre største inspirasjonskildene for Foulkes og kom til å prege de gruppeanalytiske teoriene han senere utviklet. Han så tidlig farene ved nazi-regimet og flyttet i 1933 med sin familie til London etter invitasjon fra Ernest Jones, for å etablere seg der og ble i 1938 britisk statsborger. Som aktivt medlem av den Britiske psykoanalytiske foreningen var han en av Anna Freuds støttespillere (i striden mellom M. Klein, A. Freud og «de uavhengige»).

Ved krigsutbruddet i 1939 flyttet Foulkes til Exeter, vest i England, hvor han etablerte en praksis og debuterte som gruppeterapeut, i en alder av 42 år. Pasientene, til sammen omkring 50 i løpet av 2-3 år, var dels nyrekrutterte, dels var det pasienter han hadde hatt i analyse eller individuell psykoterapi (Foulkes & Lewis, 1944). I 1943 ble han innkalt til forsvaret og stasjonert ved Northfield Military Neurotic Centre, som behandlet soldater og hjemvendte krigsfanger med posttraumatiske lidelser. Mange av tidens fremste britiske psykiatere arbeidet på dette sykehuset som ble en smeltedigel for nye gruppebaserte behandlingsformer, aktivitetsgrupper, storgrupper og nettverksgrupper og avfødte navnet «det terapeutiske samfunn» (Main, 1946). Aktivitetene ga en ny forståelse for drift av psykiatrisk sykehusbehandling og bidro til utvikling av Foulkes egen gruppeterapeutiske metode, gruppeanalyse.



Ruud, Fjeldstad, & Høglend, 2013; Lorentzen, Fjeldstad, Ruud, & Høglend, 2015; Lorentzen et al., 2015; Fjeldstad, Høglend, & Lorentzen, 2016).

KGAP er en behandling jeg utformet manual for til bruk i forskning (Lorentzen, 2004; upublisert), og som jeg nå er i gang med å revidere, blant annet som funksjon av denne forskningen. Manualen ble senere oversatt til engelsk med støtte fra Institutt for Gruppeanalyse, London, og Group Analytic Society-International (Lorentzen, 2014). Støtten skyldtes ikke minst at gruppeanalyse i vesentlig grad har vært teoretisk, klinisk begrunnet, og hadde utviklet lite evidens basert på systematisk forskning (Lorentzen, 2006; Blackmore, Tantam, Parry, & Chambers, 2011). Dette truer gruppeanalysens posisjon innenfor National Health Service i England, hvor kognitiv atferdsterapi, som så mange andre steder, er gitt en bredere plass i psykisk helsevern. Ved utforming av manualene støttet jeg meg til gruppeanalytisk teori (Foulkes, 1986; Foulkes & Anthony, 1987), klinisk og forskningsbasert kunnskap fra annen tidsbegrenset gruppeterapi (MacKenzie, 1997; Piper, McCallum, Joyce, Rosie, & Ogradniczuk, 2001; Blay et al., 2002; Tasca et al., 2006; Sandahl et al., 2011) og ikke minst erfaringer fra egne utdannelser i psykoterapi samt fra egen praksis og forskning.

#### KORTTIDS FOKUSERT GRUPPEANALYTISK PSYKOTERAPI

##### Kort definisjon

KGAP er en tidsbegrenset, psykodynamisk gruppebehandling som vil lindre mental lidelse ved å arbeide mot å avdekke og løse indre, individuelle konflikter og/eller andre dysfunksjonell atferd. Behandlingen er fokusert på avgrensede problemer, for eksempel uhensiktsmessige interpersonlige relasjonsmønstre, som ofte vil manifestere seg i samhandlingen mellom gruppens deltagere og gjøre arbeid i en «her-og-nå» modus mulig. Gruppen har 7–8 pasienter og 1–2 terapeuter og består av tyve 90-minutters ukentlige sesjoner. At terapien har en bestemt varighet, kan i seg selv virke befordrende på pasientenes endringshastighet. Det er mindre tid til rådighet, og man kan ikke vente for lenge med å eksponere det man ønsker hjelp med. Alle pasientene begynner og slutter samtidig og følger hverandre gjennom hele gruppeprosessen.

##### Teorigrunnlag

Psykoanalytiske teorier utgjør et fundament for gruppeanalysen, men Foulkes var også sterkt påvirket av sosialpsykologi og sosiologi gjennom samarbeid med representanter for Frankfurterskolen og ikke minst vennskapet med sosiologen Norbert Elias. Behandlingen er sentrert om både individ og «gruppen-som-et-hele». Mens Foulkes selv var egopsykologisk (klassisk) utdannet, har senere forfattere lagt mer vekt på selv-psykologi, objektrelasjonsteori og interpersonlig teori (post-klassisk). Disse teoriene understreker i større grad individets utvikling, behovet for relasjonen, for å bli bekreftet og beskyttet, og supplerer det klassiske synet, hvor intrapsykiske konflikter og forsvarsmekanismer er godt beskrevet.

Selv om flere psykoanalytiske teorier er representert innenfor KGAP, får objektrelasjonsteori muligens en bredere plass. Den forklarer hvordan et individ utvikles i relasjon til tidlige omsorgspersoner og gradvis bygger opp en indre verden, som senere preger selvoppfattelse, relasjonsevne, kognisjon og følelsesmessig beredskap samt ytre atferd. Teorien tydeliggjør både ressurser, psykopatologi / dysfunksjonell atferd og hvordan aspekter av «den indre verden» ofte kommer til syne i overførings-/motoverføringsreaksjoner som aktiveres i intervju- eller gruppesituasjonen. »

”

Det er gunstig å teste ut pasientens evne til å se psykologiske sammenhenger ved å be om refleksjon over sammenhenger man ser i materialet

”

I engasjementsfasen, som varer 2-4 sesjoner, er det ofte en positiv følelse av «å være i samme båt», men utfordringen for den enkelte, som kan være om man vil bli akseptert eller ikke, medfører ofte en viss angst

KGAP vektlegger også en forståelse av «gruppen-som-et-hele», det vil si som en gestalt som omfatter alle medlemmer, men som også utgjør noe mer enn summen av enkeltpersoner. Foulkes var opptatt av individet som sosialt vesen, hvordan det preges av sin sosiokulturelle arv som hver enkelt bringer inn i gruppen, noe han kalte grunn-matrix. I tillegg utvikler gruppen etter hvert sin egen historie gjennom mangesidige interaksjoner og kommunikasjon mellom medlemmene som blir nedfelt som det Foulkes kalte dynamisk matrix. Hans teori hevder at all kommunikasjon og alle interaksjoner i gruppen er transpersonelle og berører hvert enkelt individ på forskjellig vis, på et bevisst eller ubevisst nivå. På samme måte vil det enkelte medlems innspill influere på gruppen. Fenomener i gruppen kan være manifeste eller mer latente, og både enkeltpersoner og «gruppen-som-et-hele» kan utøve en betydelig innvirkning via ubevisste eller mindre erkjente prosesser. Disse refererer man gjerne til som det personlige og/eller sosialt ubevisste (Aagaard & Thygesen, 2002; Hopper, 2003), drivkrefter som ofte tas som uttrykk for en psykologisk kausalitet.

For praktiske formål, det vil si som basis for klinisk kommunikasjon og forskning, har man operasjonalisert grupperelasjoner ved å vurdere strukturelle og kvalitative aspekter av disse (Johnson, Burlingame, Olsen, Davies, & Gleave, 2005). Utviklingen av disse grupperelasjonene kan evalueres ved gjentatt bruk av «Spørreskjema om gruppen» (Group Questionnaire; Krogel et al., 2013), som nylig er oversatt til norsk. Med struktur forstås i denne forbindelse de aktører som er involvert i relasjonene, det vil si terapeut, enkeltpasienter og «gruppen-som-et-hele». De kvalitative aspektene ved relasjonene defineres av i hvilken grad det mellom aktørene utspiller seg et konstruktivt terapeutisk arbeid, og om de emosjonelle båndene mellom aktørene er positivt farget eller gjenspeiler mistillit og konflikt.

#### HVEM KAN HA NYTTE AV BEHANDLINGEN?

Merete er en 39 år gammel gift lærer med to gutter på 6 og 7 år. *Henvingsgrunn:* Stadige depresjoner som begynte etter fødsel av 2. barn, og som hadde ført til flere korte sykemeldinger. Hun hadde vært mye alene med ansvar for hjem og barn siden mannen var ukependler. *Bakgrunn:* Hun kommer fra et barnerikt hjem, de hadde god plass, men dårlig økonomi. Mor var mye engstelig og deprimert, far ofte sinna, og hun var litt redd han. *Relasjoner:* Hun har et dårlig selvbilde og føler seg lett styrt, mannen er noe dominerende, hun blir lett irritert og sint, men reagerer mest med dårlig samvittighet og mismot. Hun kan ta hardt i barna, som krangler mye, men på skolen må hun bite irritasjon rettet mot kolleger og elever i seg, og hun får ofte hodepine og nakke/skuldersmerter.<sup>1</sup>

#### Evaluering

Klinisk erfaring og forskningsevidens viser at KGAP stiller krav til type problem og ressurser hos pasientene. Derfor er en grundig evaluering nødvendig, noe som ofte tar 3-5 individuelle samtaler før behandling kan avtales. Evalueringen skjer gjennom kliniske intervjuer med vekt på aktuelle plager og historien, som omfatter informasjon om personlighetsutvikling og pasientens relasjoner. I tillegg til «faktainformasjon» er man også opptatt av overførings-/motoverføringsaspekter: pasientens væremåte, kommunikasjon, holdninger, forventninger, samt terapeutens egne

.....

1. Det kliniske materialet er anonymisert og lar seg ikke spore til konkrete personer.

følelser og gjensvar på sentrale sider ved hennes kommunikasjonsform. Pasienten må også ville forandre seg (*motivasjon*) og ha *evnen* til å starte en endring i løpet av kort tid. Ved vurdering av muligheter for endring er grad av patologi selvsagt viktig. Vel så viktig er kanskje om det skjer en viss utvikling hos pasienten i løpet av evalueringen, at hun blir utforskende og bruker innspill fra terapeuten konstruktivt. Evne til endring krever en viss grad av *personlighetsintegrasjon* (kvalitet på objektreasjoner), en moderat evne til *mentalisering*, en viss *impulskontroll* samt evne til å tolerere de relativt strukturerte føringene som terapien krever: tidsbegrensning, tidlig deling av skambelagte opplevelser, tilbakemelding til og fra andre, arbeid i «her-og-nå» modus samt å fokusere på avtalte problemer. Man kan også bruke strukturerte intervju eller standardiserte spørreskjema for symptom- eller personlighetsdiagnoser, tilknytningsmønster, symptomer og interpersonlige problemer. Det kan være viktig å etablere en god kontakt med pasienten før skjema introduseres, men pasienter er forskjellige, og noen kan finne det mer beroligende å starte med en mer strukturert prosedyre, for eksempel utfylling av et måleinstrument. En viss fleksibilitet med hensyn til progresjon i evalueringen kan derfor være viktig.

Av måleskjema har vi i evalueringen brukt circumflex-profilen med de åtte underskalaene på Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990), hvor pasienten skårer sine interpersonlige problemer (ting som er vanskelig for dem å gjøre, eller som de gjør i for stor grad) innenfor områdene dominans, påtrengenhets, selvoppofrelse, utnyttbarhet, underkastelse, sosial unnvikelse, avstengthet og selvsentrertthet.

#### Avtale om fokus

IIP-profilen er basert på pasientens bevisste oppfatning av seg selv og gjenspeiler ikke pasientens indre relasjonelle verden fullt ut, siden denne også består av fortrengete eller avspaltete aspekter pasienten naturlig nok ikke har full kontakt med. Styrken ved evaluering via det personen selv presenterer, er at hun beskriver områder hvor hun mener seg å avvike fra andre, det vil si atferd som også ofte kan være uønsket (ego-dyston), og derfor er noe hun ønsker å forandre. Profilen kan være preget av ønsketenkning, men uttrykker som regel egenskaper også andre gjenkjenner. Samlet og sammen-

holdt med informasjon fra intervjuene kan profilen peke videre mot hypoteser om hvordan mer ubevisste selv- og objektrepresentasjoner er organisert og emosjonelt farget.

Etter evaluering får Merete diagnosen «tilbakevendende depressiv lidelse». Hun har også en del somatoforme plager og personlighetspatologi, men ikke en personlighetsforstyrrelse. I sin profil over interpersonelle problemer (IIP-profil) beskriver hun seg som mer unnvikende, fjern, underkastende, utnyttbar og selvopppofrende enn andre.

Pasientens problemer må kunne defineres innenfor et *fokus* man skal ha i terapien, og som pasient og terapeut er enige om. Det kan være et dysfunksjonelt interpersonlig mønster som utgjør eller er relatert til pasientens hovedproblemer, men det kan også være en indre konflikt eller et bestemt symptomområde (f.eks. autonomi/avhengighet, spiseforstyrrelse, patologisk sorg). Det er viktig å understreke at pasienter med mild til moderat personlighetspatologi og tendens til utagering også ofte kan behandles i tidsbegrensede grupper. Patologiske personlighetstrekk og impulsiv atferd bør da ha vært identifisert og diskutert på forhånd, som en potensiell trussel for terapien, eventuelt bli gjort til selve fokus for arbeidet i gruppen. Mange har også vist seg å ha god hjelp av tidsbegrenset gruppebehandling til tross for et betydelig symptompress (Lorentzen et al., 2013), men her er mer forskning ønskelig.

Det er gunstig å teste ut pasientens evne til å se psykologiske sammenhenger ved å be om refleksjon over sammenhenger man ser i materialet. Terapeuten har informasjon fra tre kilder: IIP-profilen, informasjon om relasjoner gjennom intervjuer samt erfaringer og inntrykk i egne møter med pasienten. Samlet gir denne informasjonen et godt grunnlag for diskusjon av et fokus for terapien. Om ønskelig kan man også formulere en psykodynamisk hypotese, med ideer om etiologi, intrapsykisk konflikt, tidlige identifiseringer, eventuelt internaliserte objektreasjoner.

I Meretes tilfelle gir informasjonen om spesielle særtrekk hos omsorgspersoner og hennes egen relasjonelle kompetanse næring til hypoteser om en indre verden hvor selv- og objektrepresentasjoner er preget av mangel på tidlig positiv bekreftelse, engstelighet og uforutsigbar aggressivitet, noe som igjen avspeiles i hennes selvoppfatning og farger hennes oppfatning av andre. Den indre beredskapen kan manifestere

»

seg i form av spesielle objektvalg eller av karaktertrekk eller atferd som «beskytter henne mot» en forventet negativ respons fra andre (f.eks. ved unnvikende atferd). Denne er ofte irrasjonell, fordi den styres mer av hennes indre verden enn av hvem den andre faktisk er. Hun og terapeuten kom etter diskusjon av plager, bakgrunn, relasjonelle historie og IIP-profil fram til at fokus i hennes terapi skulle være å problematisere og gjenkjenne egen fjernhet og tilbaketrekning, slik at hun i større grad kunne forstå den funksjonen disse sidene hadde i å beskytte aspekter av hennes indre verden, men også hvordan de opprettholdt dysfunksjonelle forhold til andre. Hun skulle også ha som fokus å formidle egne ønsker, følelser og grenser til andre.

Før behandlingen begynner, er det viktig med informasjon om resultatene fra evalueringen, hva behandlingen består av, og hvorfor den anbefales. Det er også viktig med utveksling av *gjensidige forventninger*, som fra pasientens side består av hva hun/han vil oppnå med behandling, samt alle negative forventninger og ambivalens til terapien. Når disse punktene er belyst, gjør man en avtale (kontrakt) som omfatter møtetid og sted samt økonomiske forhold. Den kan også omfatte viktige regler, som det å gi beskjed ved fravær og å ivareta taushetsplikt utenfor gruppen.

### Gruppeprosessen

Flere klinikere og forskere har observert og beskrevet en tilnærmet lik faseutvikling i lukkede grupper (Brabrender & Fallon, 2009). I denne terapien framheves fire faser – engasjement, differensiering, interpersonlig arbeid og avslutning – som alle har sine særpreg og byr på spesifikke utfordringer for terapeuten, pasientene og «gruppen-som-et-hele». Disse må løses for at gruppen og pasientene skal få optimale utviklingsforhold (MacKenzie, 1997; Lorentzen, 2014). I engasjementsfasen, som varer 2–4 sesjoner, er det ofte en positiv følelse av «å være i samme båt», men utfordringen for den enkelte, som kan være om man vil bli akseptert eller ikke, medfører ofte en viss angst. I første møte ønskes pasientene velkommen og blir invitert til å presentere seg for hverandre og til å informere om hovedproblemer og det fokus de har avtalt med terapeuten å arbeide med i gruppen. Terapeuten stiller klargjørende spørsmål, knytter sammen like tema fra deltagerne, inviterer til kommentarer, understreker gruppens spesielle

muligheter og forskjeller mellom den og andre sosiale situasjoner (bygger grenser), og fasiliteter på den måten samhandling. I differensieringsfasen (2–4 sesjoner) begynner pasientene ofte å posisjonere seg: «Hvem er viktige / ikke så viktige, hvem bestemmer, hvor står jeg, vil jeg klare å hevde meg?» Av og til kan det oppstå litt friksjon når ett eller flere medlemmer viser sin egenart ved å opponere mot noe terapeuten har presentert. Utviklingen av relasjoner til de andre i gruppen har pågått siden start, noe som krever at pasientene åpner seg og lytter og kommenterer andre når *de* gjør det. Strategier for å gi tilbakemelding, for å posisjonere og eksponere seg, uten at interaksjonen blir destruktiv, må utvikles. Grenser skal gradvis etableres mellom individer og mellom gruppen og samfunnet utenfor. Her er terapeuten sentral som moderator og ikke minst modell for de andre og vil bruke fasene som et bakteppe til både å forstå gruppens dynamikk og for å intervensere konstruktivt. Fasen med interpersonlig arbeid er den lengste (8–12 sesjoner). Selv om det er åpning for å bringe narrativer fra livet utenfor inn i gruppen, vil det meste av behandlingsarbeidet finne sted i den interaksjonelle «her-og-nå» situasjonen mellom gruppens medlemmer, hvor den enkeltes dysfunksjonelle interpersonlige mønstre ofte vil manifestere seg.

Det var tidlig i denne fasen at noen påpekte at Merete syntes å distansere seg og stenge av for kontakt med de andre i gruppen. Hva skjedde forut for det? Hun svarer ganske irritert, etter en del taushet, at Stig, en ung mann som ofte kan være for pågående og lite lydhør, og blant annet hadde som fokus å utvikle en mer avventende, lyttende og innlevende side, hadde avbrutt henne midt i en setning. Hun hadde fortalt om mannen, som lot henne i stikken ved å overlate alt stell av hus og barn til henne. Som respons til å ha avbrutt farer Stig opp og skal ha seg frabedt påstander om at han har vært uhøflig. Henrik, som har et problematisk forhold til sinne og aggresjon og derfor fort blir utnyttbar, underkastende og/eller unnvikende i konfliktsituasjoner, begynner straks å forklare at Stig egentlig ikke avbrøt, men at han hadde vært ivrig etter å fortelle om noe positivt som hadde skjedd på jobben.

Eksemplet er en typisk sekvens fra en gruppe hvor tre pasienter etter hverandre gjennom det Foulkes kalte en fritt-flytende gruppediskusjon har «kommentert hverandre» og

samtidig eksponert noe av det atferdsmønstret (personlighetsaspekter) de har avtalt å arbeide med i gruppen.

Terapeuten, som taust har observert prosessen i gruppen en stund, har registrert hvordan Stig feier Merete til side når hun snakker om å bli sviktet av sin mann. Terapeuten undrer seg også over hvordan hennes litt aggressive respons skremmer Henrik ut på banen for å dekke over konflikt, og det slår ham at Stig selv ble sviktet av far som barn, far fant en annen og flyttet fra hjembyen da Stig var 5 år, og at han har benektet problemer med å vokse opp uten en far. Hadde Meretes beretning skapt ubalanse i hans indre relasjonelle verden, hvor smertefulle følelser knyttet til selv- og objektrepresentasjoner som knyttet far og han sammen, tidlig ble fortrent?

Terapeuten velger nå å stoppe opp ved denne sekvensen. Han vet at det ikke er selvsagt at de involverte er klar over at alles fokus blir berørt, men finner at nok trygghet er til stede til å arbeide med dette, og er klar til å gi individuell støtte underveis. Intervensjonen kan være enkel: «La oss stoppe opp litt – her tror jeg det skjer noe viktig!» De øvrige gruppelemmene inviteres inn til å utforske en sekvens hvor alle har vært berørt (husk det transpersonelle perspektivet). Man har nå en situasjon hvor man går fra det manifeste og til å utforske det underliggende som er relatert til flere medlemmers fokus og relasjonelle historie. Sekvensen i gruppen kan rekapituleres og gir potensielt store muligheter for «korrektive emosjonelle erfaringer» (Alexander, & French, 1946; Palvarini, 2010; jf. korrektiv relasjonell erfaring: Buchele & Rutan, 2017). Ved å ta utgangspunkt i det som skjedde her og nå, ved å tone ned de negative aspektene ved konflikter og definere dem som kommunikasjonsforsøk, kan det i beste fall skapes en atmosfære av undring, refleksjon og utforskning. Og dersom mer eller mindre stereotype, dysfunksjonelle utspill fra den enkelte blir møtt med interesse og forståelse fra de andre, øker også mulighetene for gjensidig læring, i stedet for en automatisk avvisning eller annen negativ respons som eskalerer en konflikt og fører til en «retraumatisering» for den enkelte.

I avslutningsfasen (2–3 sesjoner) må terapeuten ofte minne gruppen om at slutten nærmer seg. Angsten for ikke å klare seg uten gruppen aktiveres, og man evaluerer, rekapitulerer viktige øyeblikk, oppsummerer hva man har

lært, og trekker fram de ressursene den enkelte har, samt gamle eller potensielt nye relasjoner, ferdigheter og aktiviteter som vil være meningsfulle når behandlingen er over.

Hvordan gikk det så med Merete? Flere av hennes uhensiktsmessige interpersonlige strategier ble aktivert og utforsket i gruppen, og nye måter å relatere seg på ble prøvd ut. Etter terapien skårer hun seg som mindre unnvikende, mindre utnyttbar og mer selvrepresenterende (mindre underkastende), og hun kan sette grenser for barna på en mer konstruktiv måte. Hun er ytterligere bedret ved oppfølging 2,5 år senere, har mindre plager med hode/nakke/skuldre og har ikke hatt flere depresjoner.

### Terapeuten(e)

Terapeutene bør være aktive, men tilpasse seg pasientenes aktivitetsnivå. De skal stimulere utviklingen av relasjonene mellom gruppens aktører og være modeller for ønskete interasjonelle ferdigheter. En av de viktigste oppgavene er å lede oppmerksomheten fra et manifest mot et mer latent nivå i forståelse av gruppeprosesser og individuell atferd. Den enkeltes respons er ofte knyttet til egne defensive holdninger, og klargjøring av dette kan gi ny læring og økt innsikt. Det samme gjelder utforskning av førbevisste holdninger formidlet på subgruppe- eller gruppenivå. Terapeuten trer tilbake når gruppen arbeider godt, men er den som har ansvaret for å bistå *alle* pasienter og gruppen i utforskningen av latent mening. Han skal holde pasienter på sporet av fokus og demonstrere hvordan underliggende holdninger og atferd ofte gir seg uttrykk i form av grenseoverskridelser (f.eks. uteblivelse, utagering i møtet og kontakt utenfor gruppen).

### KONKLUSJON

KGAP er en tidsbegrenset, strukturert terapi, problemområdet er avgrenset og fokusert, kulturen er interasjonell med intervensjoner i «her-og-nå» modus. Fasetenkning gir et viktig bakteppe for forståelse og utvikling av prosessen, og en viss gjennomarbeiding av avslutningen anses som viktig. Det må understrekes at det er lite forskningsevidens for å behandle pasienter med psykotiske lidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, avhengighet/misbruk eller organisk funderte lidelser i tidsbegrensede grupper hvor målsettingen er strukturell endring. ✘ »

## REFERANSER

- Alexander, F.G., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles, and Applications*. New York: Ronald Press.
- Alden, L.E., Wiggins, J.S., & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumflex scales from the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521–536. Doi:10.1080/00223891.1990.9674088
- Blackmore, C., Tantam, D., Parry, G., & Chambers, E. (2011). Report on Systematic Review of the efficacy and clinical effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy. *Group Analysis*, 45, 46–69. Doi:10.1177/0533316411424356
- Blay, S.I., Vel Fucks, J.S., Barruzi, M., Di Pietro, M.C., Gastal, F.L., Neto, A.M., De Souza, M.P., Glausiuz, L.R., & Dewey, M. (2002). Effectiveness of time-limited psychotherapy for minor psychiatric disorders: randomized controlled trial evaluating immediate v. long-term effects. *British Journal Psychiatry*, 180, 416–522. Doi:10.1192/bjp.180.5.416
- Fjeldstad, A., Høglend, P., & Lorentzen, S. (2016). Presence of personality disorder moderates the long-term effects of short-term and long-term psychodynamic group therapy: A 7-year follow-up of a randomized clinical trial. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*. Doi:10.1037/gdn0000055
- Foulkes, S.H. (1986). *Group analytic psychotherapy. Method and principles*. London: Maresfield Library.
- Hopper, E. (2003). *The Social unconscious. Selected papers*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Krogel, J., Burlingame, G., Chapman, C., Renshaw, T., Beecher, M., & MacNair-Semands, R. (2013). The Group Questionnaire: A clinical and empirically derived measure of group relationship. *Psychotherapy Research*, 23(3), 344–354. Doi:10.1080/105003307.2012.729868
- Lorentzen, S., Bøgwald, K.-P., & Høglend, P. (2002). Change during and after long-term analytic group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 52(3), 419–429. Doi:10.1521/ijgp.52.3.419.45511
- Lorentzen, S., & Høglend, P. (2004). Predictors of change during long-term analytic group psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 321–322. Doi:10.1159/000074437
- Lorentzen, S., Sexton, H., & Høglend, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A study. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(1), 33–40. Doi:10.1080/08039480310000770
- Lorentzen, S. (2004). Treatment guidelines for short- and long-term group analytic psychotherapy. Institute of Clinical medicine, Medical Faculty, University of Oslo, Upublisert.
- Lorentzen, S. (2006). Contemporary challenges for research in Group Analysis. *Group Analysis* 39(3), 321–340. Doi:10.1177/0533316406066591
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Høglend, P. (2013). Comparison of short- and long-term dynamic group psychotherapy: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 201, 280–287. Doi:10.1192/bjp.bp.112.113688
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety, and personality disorders*. London and New York: Routledge.
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., & Høglend, P. (2015). Comparing short- and long-term group therapy: Seven-year follow-up of a randomised clinical trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84, 320–321. Doi:10.1159/000381751
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., Marble, A., Klungsøyr, O., Ulberg, R., & Høglend, P. (2015). The effectiveness of short- and long-term psychodynamic group psychotherapy on self-concept: Three years follow-up of a randomized clinical trial. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(3), 363–385. Doi:10.1521/ijgp.2015.65.3.362
- Lorentzen, S., Ruud, T., Fjeldstad, A., & Høglend, P. (2015). Personality disorder moderates outcome in short- and long-term group analytic psychotherapy: A randomized clinical trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 129–146. Doi:10.1111/bjc.12065
- MacKenzie, K.R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Main, T.F. (1957). The hospital as a therapeutic institution. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 66–70.
- Palvarini, P. (2010). Is the concept of corrective emotional experience still topical? *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 171–194.
- Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Rosie, J.S., & Ogrodniczuk, J.S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525–552. Doi:10.1521/ijgp.51.4.525.51307
- Sandahl, C., Lundberg, U., Lindgren, A., Rylander, G., Herlofson, J., Nygren, Å., & Åsberg, M. (2011). Two forms of group therapy and individual treatment of work-related depression: A one-year follow-up. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(4), 539–555. Doi:10.1521/ijgp.2011.61.4.538
- Tasca, G.A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for Binge-Eating Disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16, 106–121. Doi: 10.1080/10503300500090928
- Thygesen, B., & Aagaard, S. (2002). Om det sosialt og kollektive ubevisste i gruppeanalytisk perspektiv. *Matrix*, 3, 263–294.

**ENQUÊTE**

Arven etter Freud

## Betyr barndommen noe når vi er voksne?

Barndommen er grunnmuren i ditt liv. Jo eldre du blir, jo mer går tankene tilbake. Men jeg dveler ikke ved barndommen.

Anne K. Lund (88), pensjonert lektor, Bergen

Jeg flytta 20 ganger før jeg var 18 år. Det har gjort meg tilpasningsdyktig. Jeg tåler det meste, og jeg aksepterer det meste. Sånn preger barndommen meg i dag.

Per Dybwad (82), Oslo

Barndommen betyr lite for den jeg har utviklet meg til å bli slik jeg er i dag. Forresten, det jeg opplevde under krigen, har betydning i dag. Jeg lærte om nøysomhet og om å være forsiktig.

Odd Berntsen (78), Lillehammer

Jeg ble oppdratt på en kristen måte i Kongo, et land med mye krig. Jeg har sett folk bli drept. Folk jeg kjente. Venner og familiemedlemmer. Jeg flyktet fra det, men det grusomme følger etter meg. Kjærlighet og omsorg er verdier foreldrene ga meg, og som er med meg i dag. Og å dele. Jeg behandler andre som de er.

Ndambara Rugombossa (42), student, Fredrikstad

Tryggheten i barndommen min betyr noe for meg slik jeg er i dag. Jeg er vokst opp på en gård på landet. Det gikk på det jevne. Jeg er blitt en trygg person, etter hvert.

Inger Berntsen (79), Lillehammer

Jeg var veldig streng mot barnet mitt da det hadde lagt seg om kvelden, det fikk ikke komme opp igjen fra senga. Det fungerte dårlig. Etter mange samtaler med partneren min fant jeg ut at det handlet om mamma. Min mamma var streng på samme måte mot meg. Slik mamma gjorde det, fungerer ikke nødvendigvis for meg i dag. Dette skulle jeg ønske å snakke med mamma om i dag, men hun gikk bort for en del år siden.

Frida Hörnfeldt (29), student, Oslo

Jeg fikk frihet under ansvar. Det syns jeg det er viktig at ungene mine får prøve seg på. Og jeg er vokst opp med hage og masse frukt og bær. Jeg har passet på at ungene mine har hatt tilgang til frukt, grønnsaker og bær hos besteforeldrene, og at vi selv nå har plantet i hagen. Sånn fører jeg min egen barndom videre.

Siv Soldal (42), barnehagelærer, Ski

Jeg er utadvendt, rolig og trygg nå. Det er fordi jeg hadde en trygg barndom.

Veslemøy Ruud (60), helsesøster, Oslo

Mine foreldres verdier preger meg i dag. De lærte meg å ha kjærlighet og lojalitet til folk rundt meg. Og å være ekte og ærlig. Slik bærer jeg min egen barndom med meg i mitt eget familieliv som voksen ektefelle og far.

Arun Srekanth (32), ingeniør, Amsterdam

Jeg er en rolig mann. Det er fordi jeg hadde en trygg oppvekst, også med trygge besteforeldre rundt meg.

Roar Bakken (57), Brumunddal

Flere spørsmål og svar på side 467. ➤





# Tre linjer i psykoanalysens utvikling

Tre spørsmål har vært viktige i psykoanalysens historie: Hva skaper psykiske lidelser? Hva er psykiske lidelser? Og hva kurerer psykiske lidelser?

**B**lant mengden av problemstillinger og kontroverser som har preget psykoanalysens utvikling, velger jeg i denne artikkelen å se nærmere på tre spørsmål: 1. Hva skaper psykiske lidelser? 2. Hva forstår vi med psykiske lidelser? og 3. Hva kurerer psykiske lidelser? Jeg har valgt disse spørsmålene av flere grunner. For det første er disse temaene etter min vurdering blant de som i størst grad har dominert psykoanalytisk diskusjon. For det andre er dette spørsmål som angår alle som er opptatt av klinisk psykologi og mental helse, de er med andre ord ikke teoretiske spørsmål kun av psykoanalytisk interesse. For det tredje tenker jeg at det handler om en påvirkningskjede: Hva vi tenker om årsaken til psykiske lidelser, psykiske lidelsers karakter og hva som er best egnet til å råde bot på psykiske lidelser, henger rimeligvis sammen.

Disse tre spørsmålene har blitt drøftet langs følgende akser: 1. Er det primært medfødt sår-

barhet eller primært emosjonelle traumer som skaper psykiske lidelser? 2. Er psykiske lidelser primært å forstå som symptomlidelser eller karakterforstyrrelser? 3. Er det primært ny innsikt eller er det primært ny emosjonell erfaring som kurerer psykiske lidelser? Jeg velger derfor å belyse hovedtrekk i psykoanalysens utvikling med utgangspunkt i disse tre dimensjonene. Fra et norsk perspektiv er det i denne sammenheng verdt å nevne at som følge av karakteranalytisk innflytelse fra Wilhelm Reich (1933) og Harald Schjelderup (1941) kom psykoanalysen i Norge tidlig til å vektlegge traumer, karakter og emosjonell erfaring i større grad enn hovedstrømmen internasjonalt.

## FRA DOGME TIL VITENSKAP

Før jeg går nærmere inn på disse tre problemstillingene, vil jeg kort redegjøre for hva jeg forstår med psykoanalyse. Psykoanalyse brukes i dag som samlebetegnelse på all psykologi

## TEKST

Jon Sletvold,  
psykologspesialist i  
privatpraksis, veileder  
og læreanalytiker  
ved Norsk  
Karakteranalytisk  
Institutt

## KONTAKT

j-sle@online.no

## FOTO

Sverre Strandberg

som regner Freud som fagets viktigste grunnlegger. Det er i dag vanlig å omtale den retningen som spesielt vektlegger Freuds egne teorier, som freudiansk psykoanalyse eller *contemporary Freudian*. Andre retninger omfatter jungiansk, kleiniansk, lacaniansk, interpersonlig, selv-psykologisk og relasjonell psykoanalyse. Jeg ser den norske Reich-inspirerte karakteranalytiske tradisjonen, som jeg selv tilhører, som en del av psykoanalysen i denne brede betydning.

Særegent for psykoanalysen er at selv om den er en vitenskapelig disiplin, så har den i liten grad vært forankret i universiteter. Den har i stedet hatt sin hovedforankring i psykoterapeutisk privatpraksis. Norge og Universitetet i Oslo er her blant sjeldne unntak som følge av at Norges første professor i psykologi, Harald Schjelderup, var psykoanalytiker.

Hva er det så som karakteriserer psykoanalysen? Etter mitt syn kjennetegnes den psykoanalytiske psykologien framfor alt av forsøkene på å fange og beskrive menneskets psykologi som en helhet. Som et uttrykk for dette retter psykoanalytikere vedvarende og konsentrert oppmerksomhet mot eget og andres sinn. Den ikke-psykoanalytiske, universitetsbaserte psykologien har i kontrast til dette vært preget av avgrensede, gjerne eksperimentelle studier, og har klinisk utviklet terapeutiske retninger og intervensjoner rettet mot spesielle problemområder i pasientenes liv.

Et viktig trekk ved psykoanalysens utvikling er at den er blitt stadig mindre preget av dogmatikk (udiskutable sannheter) og dermed mer preget av en vitenskapelig holdning. Freud hadde, etter det jeg kan se, bare ett dogme, men det insisterte han desto sterkere på, nemlig at kjernen i alle nevroses er av seksuell art. «Med mindre barndommens seksuelle traumer ble tatt i betraktning var det umulig å forklare symptomene ... Teorien kulminerte i denne tese: om *vita sexualis* er normale, kan det ikke være noen nevrose» (1906[1905]), s. 273–274). Jung (1985) beskrev hvordan Freuds holdning til seksualiteten skilte seg fra holdningen til andre spørsmål. «Det er ingen tvil om at Freud var emosjonelt engasjert i sin seksualteori på en ekstraordinær måte. Når vi snakket om den ble hans tone tvingende, nesten engstelig, og alle tegn til hans normalt kritiske og skeptiske holdning

forsvant» (s. 144). Etter Adler og Jung var det få av Freuds elever som kritiserte seksualteorien åpent. Harald Schjelderup (1941) utgjorde et markant unntak med sin fremheving av at traumer av ikke-seksuell art også forårsaker nevroses. I stedet for åpen kritikk ble teorien gjort til gjenstand for det jeg har beskrevet som *utvanning* (Sletvold, 2016a); enten til en teori om seksualitet og aggresjon, en teori om drifter eller en teori om indre konflikt. Senere ble andre forhold gjort til dogmer. Dette gjaldt særlig såkalte ytre kriterier, som antall timer i uka og posisjonene i analyserommet; pasienten liggende og analytikeren sittende bak. Freud selv hadde sitt foretrukne arrangement, men insisterte aldri på at andre analytikere måtte følge hans praksis.

#### HVA SKAPER PSYKISKE LIDELSER?

Etter mitt syn er det liten tvil om at den mest gjennomgripende og vedvarende kontroversen i psykoanalysens historie har vært spørsmålet om hva det er som skaper nevroses eller psykiske lidelser. Er det intrapsykiske eller interpersonlige konflikter? Formulert i mer tradisjonelt psykoanalytisk språk: Er det libido-/driftsbaserte fantasier eller emosjonelle traumer som i bunn og grunn skaper psykopatologi? Det er viktig å understreke at denne kontroversen i psykoanalysen aldri har tatt form av et enten-eller. Begge sider har i varierende grad anerkjent både «natur og kultur», både konstitusjon og miljø.

Freud (1893–95) argumenterte først for at emosjonelle traumer, og ikke som alminnelig antatt et svakt nervesystem, forårsaker hysteri eller nevroses. Han endret imidlertid dette synet raskt idet han ble overbevist om at bare seksuelle traumer kan forårsake psykiske lidelser (Freud, 1896). Kort tid etter endret han igjen oppfatning. Han fastholdt at bare seksuelle forhold kan være årsak til hysteri eller nevroses, men konkluderte nå med at det ikke er seksuelle traumer, men seksuelle drifter (seksuell konstitusjon) som har avgjørende betydning (Freud, 1905). Som grunnlag for sitt nye standpunkt vektla Freud at det var urimelig å anta at omfanget av seksuelle overgrep mot barn, særlig innad i familien, kunne være så omfattende at det forklarte alle nervøse lidelser. Jeg har omtalt disse tre distinkt forskjellige synspunktene som Freuds tre nevroseteorier (Sletvold, 2016a). Senere inntok Freud

standpunkter som vektla at både konstitusjonelt betingede drifter og ytre hendelser eller traumer kunne føre til psykiske problemer (Freud, 1917; 1926).

Boka *Object Relations in Psychoanalytic Theory* av Greenberg og Mitchell (1983) har blitt stående som en markør for overgangen fra klassisk psykoanalyse, som bygger på Freuds tredje teori, til dagens psykoanalyse. I denne boka blir Freuds driftsteorier – seksualdrifter/libido mot jeg-drifter, og senere livsdrift/eros mot dødsdrift – omtalt som *drift-/strukturmodellen*. Alternative perspektiver på utviklingen av psykisk lidelse hadde vokst fram dels innenfor britisk objektrelasjonsteori (Fairbairn, Winnicott, Balint) og dels innenfor amerikansk interpersonlig psykoanalyse (Sullivan, From, Horney). Disse perspektivene, som tok utgangspunkt i at psykiske lidelser har sitt utspring i indre objekt-relasjoner og/eller ytre, interpersonlige relasjoner, valgte Greenberg og Mitchell å kalle *relasjon-/strukturmodellen*.

Den mest fremtredende spenning i den psykoanalytiske idéhistorien har vært dialektikken mellom Freuds originale modell, som tar utgangspunkt i instinktive drifter, og en annen alternativ modell som ble innledet med arbeidene til Fairbairn og Sullivan, som utleder personlighetsstruktur utelukkende fra individets relasjoner til andre mennesker. Følgelig betegner vi den originale modellen *drift-/strukturmodellen* og det alternative perspektivet *relasjon-/strukturmodellen* (Greenberg & Mitchell, 1983, s. 20, min oversettelse).

Noen år senere valgte Mitchell (1988) å bruke betegnelsene drift-/konfliktmodellen og relasjon-/konfliktmodellen for å tydeliggjøre at begge modellene ser psykisk struktur som et resultat av konflikt. Forskjellen går på om det er indre driftsbasert konflikt eller konflikt med omverden og internaliserte relasjonserfaringer som anses som mest grunnleggende for psykisk utvikling.

Av nyere dato har Morris Eagle (2011), med bakgrunn i klassisk psykoanalyse, gjort én, etter min mening, meget god og kritisk drøfting av forholdet mellom klassisk freudiansk og dagens psykoanalyse i boka *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*. Han sammenfatter forskjellen på følgende måte:

Om vi kan si at essensen i Freuds oppfatning av sinnet ligger i ideen om at det mentale apparats funksjon er utslipp av driftsenergi, kan vi med like stor rett si at essensen i dagens psykoanalytiske teorier om sinnet ligger i ideen om at sinnets hovedfunksjon er å etablere, opprettholde og bevare bånd til andre (Eagle, 2011, s. 107, min oversettelse).

Diskusjonen om den relative vektlegging av indre konflikt/fantasier i forhold til ytre konflikt/traumer har foregått kontinuerlig gjennom hele psykoanalysens historie. Det kan likevel være rimelig å si at den dominerende psykoanalytiske selvforståelsen mellom cirka 1900 og 1980 var at psykoanalysen er en psykologi som først og fremst vektlegger det intrapsyke, særlig ubevisst fantasiliv, og at den terapeutiske analysens mål var å restrukturere fantasilivet, uten veldig mye sideblikk til ytre livshendelser, verken tidligere eller nåværende. Blant viktige unntak fra dette synet finner vi på 30-tallet Ferenczi (1932), som – igjen – vektla seksuelle overgrep, og som allerede nevnt Schjelderup (1941), som, i likhet med Freuds første teori, vektla traumer generelt, og dessuten Reich (1933), som særlig vektla samfunnsmessig, seksuell og politisk undertrykking. »



Etter mitt syn kjennetegnes den psykoanalytiske psykologien framfor alt av forsøkene på å fange og beskrive menneskets psykologi som en helhet

Det hører også med til historien at Freud i 1926 langt på vei vendte tilbake til sin opprinnelige traumeteori etter at han forlot teorien om at angst skyldes fortrenget libido: «Angst er den opprinnelige reaksjon på hjelpeløsheten under traumet og blir reproduisert senere i faresituasjonen som et signal om hjelp» (1926 [1925] / 1959 s. 165–166).

Begge verdenskrigene førte til stor psykoanalytisk interesse for og arbeid med traumatiske krigsnevroses (Simmel, 1921; 1944). Teoretisk fastholdt imidlertid de fleste analytikere at bare soldater med et uløst kastrasjonskompleks (Freud, 1926) eller uløst ødipuskompleks (Simmel, 1944) ble rammet av krigsnevroses.

Cohen (1980, 1981) var så vidt jeg vet den første som omtalte skiftet fra indre driftsbaserte konflikter til ytre traumer som et paradigmeskifte og en «vitenskapelig revolusjon» i psykoanalysen. For min egen del ser jeg det ikke som et nytt paradigme, men som en tilbakevending til Freuds opprinnelige teori (Sletvold, 2016a). I 1988 argumenterte Ulman og Brothers (1988) for å legge Freuds første traumeteorier til grunn for den psykoanalytisk nevroseforståelsen: «... vi oppfordrer psykoanalysen til å vende tilbake til traumeparadigmet» (s. 2).

Parallelt med disse diskusjonene har det imidlertid lenge eksistert en annen oppfatning av traumer, nemlig at de forårsaker noen, men ikke de fleste psykiske lidelser (nevroses). Dette synet sto sterkt i psykoanalysen i tiårene etter at Freud hadde forlatt sine første traumbaserte teorier, og kom til uttrykk i teorien om traumatiske nevroses og krigsnevroses, som ble ansett som noe annet enn de vanlige libido-/fantasibaserte nevrosene (Ulman & Brothers, 1988). Etter at DSM-III i 1980 etablerte diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse, har PTSD blitt den vanlige betegnelsen for at noen, men ikke de fleste, psykiske lidelser skyldes traumer. Dette synet har etter hvert ført til at det har vokst fram et eget fagfelt, i hovedsak utenfor psykoanalysen, som gjerne betegnes som traumefeltet. Tilsvarende har traumbehandling blitt etablert som noe atskilt fra annen psykoterapi.

Det er slående likheter mellom de tidlige psykoanalytiske teoriene om traumatiske nevroses og dagens PTSD-baserte traumeforståelse. Utover at begge ser på traumelidelser som en undergruppe av psykiske lidelser som trenger en egen form for psykoterapi, har begge

også hatt en tendens til å fokusere symptomer heller enn karakternevrose (personlighetsforstyrrelse), og å prioritere korte behandlinger med fokus på symptomreduksjon.

Det er én prinsipiell og avgjørende forskjell på psykoanalytisk traumeforståelse (Breuer & Freud, 1893/95; Brothers, 2008; Sletvold, 2016a) på den ene side og PTSD-forståelsen på den andre. Denne forskjellen dreier seg om hvorvidt traumer direkte forårsaker psykiske lidelser, eller om lidelsene er et resultat av traume og individets forsvars- og reparasjonstiltak. Både Freuds (1893/95) opprinnelige teori og dagens psykoanalytiske traumeforståelse (Brothers, 2008) vektlegger at psykiske traumer automatisk utløser sterke forsvars- og reparasjonstiltak. Ifølge Freud var de traumatiske hendelsene alle av en forstyrrende art, «egnet til å framkalle affekter som skam, selvbebreidelse og psykisk smerte, og følelsen av å bli skadet; de var alle av et slag man ville foretrukket å ikke ha opplevd, noe man heller ville glemme. Ut av alt dette oppsto så å si automatisk tanken om *forsvar*» (1895, s. 269, original kursiv, min oversettelse).

Noen ganger er forsvars- og reparasjonstiltakene så effektive at det ikke utvikler seg noen psykiske lidelse. Alle undersøkelser av populasjoner som har vært utsatt for de antatt alvorligste traumer, finner at en viss prosent ikke viser tegn på symptomer eller psykisk lidelse. Etter mitt syn kan det meste av både symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser i dagens offisielle diagnosesystemer best forstås som resultat av delvis mislykkete tiltak for å reparere selvfølelsestruende traumatiske opplevelser.

Når jeg i likhet med hovedtendensen i dagens psykoanalyse ser emosjonelle traumer generelt som årsak til psykiske lidelser, betyr ikke dette at jeg ikke anerkjenner betydningen av konstitusjonelle eller genetiske forhold. I likhet med at vi har ulik sårbarhet for somatisk sykdom, er det all grunn til å anta, og vel også godt dokumentert, at vi har ulik sårbarhet for psykisk lidelse. I de tilfeller hvor livshendelser eller traumer antas å ha hatt liten eller ingen betydning, tenker jeg imidlertid at det er rimeligere å snakke om nevrologiske eller nevropsykologiske lidelser enn psykiske lidelser.

#### HVA FORSTÅR VI MED PSYKISKE LIDELSER?

Jeg vil nå se på den andre hovedproblemstillingen. Er psykiske lidelser primært å forstå som symptomlidelser eller karakterforstyrrelser? Utviklingen fra symptomanalyse til karakteranalyse har ikke så mye vært en konfliktlinje, som noe det har vært bred enighet om. Wallerstein (2006) uttrykker dette slik:

Det store skiftet i psykoanalytisk klinisk og terapeutisk fokus fra symptomnevrosene som var de prototypiske sykdommene på Freuds tid, til dagens oppfatning av ulike karakterer, karakterproblemer og karakternevroses ble innledet i moderne form med Wilhelm Reichs skjellsettende bok *Character Analysis* (1933) (s. 397, min oversettelse).

Reich ble opptatt av at psykiske lidelser ikke bare kommer til uttrykk ved symptomer, men også i hele personens væremåte. Lidelsen manifesterte seg i kommunikasjonens *form*; «i måten pasienten snakker på, ser på og hilser på analytikeren, ligger på benken, stemmens preg, graden av konvensjonell høflighet» (1933, s. 49). Ved siden av Reich var Harald

Schjelderup (1941) en forgrunnsskikkelse i utviklingen fra symptomanalyse til karakteranalyse, noe som også kommer til uttrykk i tittelen på hans bok *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Han skriver at «det nye Reich søker å vise er at disse tingene – atferden og meddelelsenes form – på en ganske bestemt og relativt fullstendig måte åpner tilgang for oss til analyse av den nevrotiske karakter som helhet» (s. 71).

Selv om det i praksis er bred enighet om at psykoanalysen for lengst har utviklet seg fra symptomanalyse til karakteranalyse, så er begrepene karakter og karakteranalyse lite i bruk i dagens psykoanalyse. Faktisk er det slik at det er mest i Norge betegnelsen karakteranalyse blir brukt (Gullestad & Killingmo, 2013; Killingmo, 2007; Sletvold, 2014). På midten av forrige århundre mistet ordet karakter popularitet i forhold til andre nærbeslektede ord og begreper som ego, selv og personlighet. Freuds «ich» ble oversatt til «ego» på engelsk, og etter andre verdenskrig ble «ego-psykologi» den dominerende psykoanalytiske retningen, særlig i Nord-Amerika. Kohut (1971) lanserte «selv» og «selvpsykologi» som et mer opplevelsesnært alternativ til egopsykologien. Freud for sin del skilte aldri mellom et abstrakt ego og et opplevelsesnært selv: «Vanligvis er det ikke noe vi er sikrere på enn følelsen av oss selv, vårt eget jeg» (1930, s. 65, min oversettelse). I dag er selvbegrepet nærmest enerådende innenfor psykoanalysen og da helst brukt slik Freud brukte det i dette sitatet.

I 1980 byttet DSM-III ut «karakter» med «personlighet», karakternevroser ble til personlighetsforstyrrelser. Siden er det også i psykoanalysen blitt mer vanlig å bruke ordet personlighet i stedet for karakter. Felles for ordene jeg/selv og karakter/personlighet er at de blir brukt for å vise til en persons psyke som en helhet. Disse begrepenes sentrale stilling i alle varianter av psykoanalyse ser jeg som et naturlig uttrykk for at psykoanalysen, slik jeg allerede har vært inne på, nettopp er den psykologien som forsøker å gripe helheten i vår psykologi. Den ikke-psykoanalytiske akademiske psykologi har på den andre side prioritert å studere delaspekter, som persepsjon, læring, hukommelse, kognisjon osv. Den ikke-psykoanalytiske kliniske psykologien og psykiatrien har på sin side fortsatt å fokusere på symptomer som angst og depresjon.

Når jeg hevder at psykoanalysen har utviklet seg fra symptomanalyse til karakteranalyse, så er altså ikke dette en forståelse som forutsetter bruk av karakterbegrepet. Med min bakgrunn i den norske karakteranalytiske tradisjon ser jeg imidlertid gode grunner til å fastholde begrepet. Baudry (1984) artikkel «Character: A Concept in Search of an Identity» er et eksempel på en systematisk og god drøfting av karakterbegrepet i psykoanalytisk teori. Han hevder at det er vanskelig å forestille seg et begrep som har større daglig psykoanalytisk relevans enn karakterbegrepet. «Det er essensielt for å formulere en karakterdiagnose og opptar stordelen av vår tid, særlig i den prosessen som blir kalt «gjennomarbeiding»» (s. 455). Baudrys forslag, som jeg er enig i, er at karakter er et nødvendig begrep som viser til jegets synlige utside. «Sett fra innsiden er ikke atferden lenger karakter, men en refleksjon av selv-bildet eller selv-representasjonen. Karakteren blir da selv-representasjonenes atferdsmessige aspekter» (s. 470). Baudry viser også til Reichs definisjon av karakter som summen av de reaksjonsmåtene som er spesifikke for den enkelte personlighet, og som uttrykker seg i karakteristiske måter å gå på, ansiktsuttrykk, kroppsholdning og måte å snakke på. «Denne jegets karakter er formet av elementer fra den ytre verden, fra forbud, driftsmessige hemninger og de mest varierte former for identifiseringer (Reich, 1933, s. 171). Etter mitt syn trenger psykoanalysen i dag en revitalisering av karakterbegrepet nettopp for å bringe i fokus de «atferdsmessige aspekter», kroppens synlige uttrykk til forskjell fra de mer usynlige selvtilstander.

#### HVA KURERER PSYKISKE LIDELSER?

I og med at psykoanalysen prioriterer karakter- og strukturendring heller enn symptomreduksjon, blir det sentrale terapeutiske spørsmålet hva det er som skaper strukturell forandring eller karakterendring. Diskusjonen har dreid seg om hvorvidt det er verbal tolkning med sikte på ny innsikt eller om det er ny emosjonell erfaring i den analytiske relasjonen som er mest avgjørende.

I 1906 skrev Freud til Jung: «I bunn og grunn kan vi si at kuren er et resultat av kjærlighet» (McGuire, 1974). Likevel kan det ikke være tvil om at Freud i sine publiserte arbeider argumenterte for at ny innsikt er viktigst for varig

»



I 1980 byttet DSM-III ut «karakter» med «personlighet», karakternevroser ble til personlighetsforstyrrelser

bedring. Hans kritikk av hypnose og suggesjon var at virkningen oftest viste seg å være kortvarig. For Freud var økt innsikt det som både ville gjøre psykoanalysen vitenskapelig, og en metode som kunne føre til varig helbredelse. Dette skulle sikres ved at analytikerens avsto fra all suggestiv (emosjonell) påvirkning av pasienten. Fra en mest mulig nøytral og objektiv posisjon burde analytikerens konsentrere seg om å fremme innsikt ved hjelp av tolkninger. Freud oppdaget imidlertid raskt at heller ikke innsikt (akseptering av antatt riktige tolkninger) alltid førte til varig endring. Likevel endret han ikke terapeutisk strategi, men innførte det han kalte gjennomarbeiding: Tolkninger måtte gjentas over, tid helst med varierte vinklinger og formuleringer. James Strachey (1934), oversetteren av Freuds samlede verker, stilte tidlig spørsmål ved om innsikt var tilstrekkelig. Han registrerte at tolkninger av fortrenge seksuelle og aggressive impulser og fantasier nok kunne bli akseptert av jeget, men ikke av overjeget (Freud, 1923). Selv om jeget aksepterte at nevrosen kunne ha sin rot i et fortrent ønske om å overta fars seksuelle rolle i forholdet til mor, så fortsatte overjeget (samvittigheten) å være like fordømmende.

Strachey fant svaret på denne utfordringen i den etablerte metoden. Han mente at endringen kom gradvis som følge av den vedvarende opplevelsen av analytikerens holdning. Når analytikerens for eksempel med en overføringstolkning forteller at de følelsene og holdningene pasienten tillegger analytikerens, egentlig handler om de følelsene og holdningene hun i sin tid hadde overfor foreldrene, så formidles ikke bare et eksplisitt kognitivt budskap, men også et implisitt emosjonelt budskap: «Jeg er en annen person enn dine foreldre, jeg føler ikke overfor deg det du opplevde at de gjorde.» Strachey så det slik at analytikerens ikke trengte å gjøre noe spesielt for at dette skulle skje, annet enn å tolke ut fra en velvillig nøytral posisjon. Dette har vel også stort sett vært den terapeutiske posisjonen til de analytikere som har holdt seg til Freuds anbefalinger.

Schjelderup (1956) gikk lenger enn Strachey i å legge avgjørende vekt på den emosjonelle erfaringen i den analytiske situasjon. Han beskrev karakterendring som en gradvis oppløsning av det nevrotiske forsvar. «Og sannsynligvis er den mest avgjørende faktoren i denne

kompliserte prosessen, i alle former for analytisk behandling, den som Alexander ... har vektlagt ... nemlig, *den korrigerende emosjonelle erfaring*» (1956, s. 51). I forhold til hovedstrømningen i psykoanalysen var Schjelderup forut for sin tid. Det store omslaget kom først med publiseringen av *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: The «something more» than interpretation* (Stern et al., 1998) og introduksjonen av begrepet *moments of meeting*. Ifølge Psychoanalytic Electronic Publishing er denne artikkelen nå den mest leste og refererte psykoanalytiske artikkel fra de siste tiårene.

Erkjennelsen av at det som skjer emosjonelt mellom analytiker og pasient, har langt større betydning enn hva analytikerens sier til pasienten, har utviklet seg over lang tid. Denne utviklingen kommer også til uttrykk ved at begreper som 'den relasjonelle vending', 'intersubjektivitet' og 'to-person psykologi' er blitt vanlige i dagens psykoanalyse.

#### EN KONKLUSJON

Etter mitt syn kan psykoanalysens utvikling de siste hundre år i stor grad ses som korrigeringer av ensidigheter som fulgte med det jeg har kalt Freuds tredje teori (Sletvold, 2016a). Denne teorien la hovedvekten på fortrenge seksuelle driftsønsker og fantasier som årsak til nevroser og psykiske lidelser (Freud, 1900; 1905). Med dette utgangspunktet ble det naturlig å fokusere på innsikt i indre psykiske konflikter som middel til å løse symptomnevrosen. Med økt vekt på interpersonlige konflikter, traumer og tilknytningsvansker kom hele personens fungering, karakteren, mer i fokus. Det er i dag bred enighet blant psykoanalytiske retninger om at psykoanalytisk terapi primært behandler personer heller enn avgrensede forstyrrelser (PDM-2, 2017). Dette har samtidig brakt analytikerens person i fokus for behandlingen (Sletvold, 2016b). Med utgangspunkt i Freuds oppdagelse av overføring og motoverføring har selve relasjonen mellom analytiker og pasient blitt den sentrale faktor i analysen. Dermed ser vi at disse tre spørsmålene henger sammen: Hva skaper psykiske lidelser? Hva er psykiske lidelser? Hva kurerer psykiske lidelser? I sum innebærer denne utviklingen også en forskyvning mot større vektlegging av kroppsbasert opplevelse i forhold til verbale begreper (Sletvold, 2014; 2016c). ❌

## REFERANSER

- Alexander, F. & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Baudry, F. (1984). Character. A Concept in Search of an Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 455–477.
- Bromberg, P.M. (2011). *The Shadow of the Tsunami and the Growth of the Relational Mind*. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Brothers, D. (2008). *Toward a Psychology of Uncertainty: Trauma-Centered Psychoanalysis*. New York: Analytic Press.
- Cohen, J. (1980). Structural consequences of psychic trauma: A new look at «Beyond the Pleasure Principle.» *International Journal of Psycho-Analysis*, 61, 421–432.
- Eagle, M.N. (2011). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis. A Critique and Integration*. New York and London: Routledge Taylor & Francis Group.
- Ferenczi, S. (1932/1949). The confusion of tongues between adults and children: The language of tenderness and passion. *International Journal of Psycho-Analysis*, 30(4), 437–469.
- Freud, S. (& Breuer, J.) (1893/95). *Studies on Hysteria*. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 2, s. 1–251). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1896/1962). The aetiology of hysteria. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 3, s. 189–221). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1900/1966). *The interpretation of dreams*. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 4 og 5, s. 1–715). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1905/1953). Three essays on the theory of sexuality. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 7, s. 123–245). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1906[1905]/1953). My views on the part played by sexuality in the aetiology of the neuroses. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 7, s. 269–279). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1917[1916–17]/1963). Introductory lectures on psycho-analysis. Part III. General theory of the neurosis. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 12, s. 109–120). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 19, s. 1–66). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1926[1925]/1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. I J. Strachey (red. og overs.) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 20, s. 75–175). London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1930/1961). Civilization and its discontents. I J. Strachey (red. og overs.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (vol. 21, s. 59–145). London: The Hogarth Press.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.
- Gullestad, S. & Killingmo, B. (2013). *Under teksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jung, C.G. (1962/1985). *Mitt liv. Minnen, drømmer, tanker*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Killingmo, B. (2007). Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(2), 125–131.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press, Inc.
- McGuire, W. (1974). *The Freud/Jung Letters: The Correspondence between Sigmund Freud and C.G. Jung*. NJ, USA: Princeton University Press.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- The Psychodynamic Diagnostic Manual – 2<sup>nd</sup> edition (PDM-2) (2017). New York and London: The Guilford Press.
- Reich, W. (1933/1949/1972). *Character analysis*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Schjelderup, H. (1941/1988). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schjelderup, H. (1956). Personality-changing processes of psychoanalytic treatment. *Acta Psychologica*, 12, 47–64.
- Simmel, E. (1921). Comments from the symposium on war neuroses, Fifth International Psycho-Analytical Congress, Budapest 1918. I S. Ferenczi, K. Abraham, E. Simmel, & E. Jones (red.), *Psycho-Analysis and the War Neuroses*. London: International Psycho-Analytical Press, s. 30–43.
- Simmel, E. (1944). War neuroses. I S. Lorand (red.), *Psychoanalysis Today*. New York: International Universities Press, s. 227–248.
- Sletvold, J. (2013). The Ego and the Id revisited. Freud and Damasio on the body ego/self. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94, 1019–1032.
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst. From Freud and Reich to relationality*. New York and London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Sletvold, J. (2016a). Freud's three theories of neurosis: Towards a contemporary theory of trauma and defence. *Psychoanalytic Dialogues*, 26(4), 460–475.
- Sletvold, J. (2016b). The analyst's body: A relational perspective from the body. *Psychoanalytic Perspectives*, 13, 186–200.
- Sletvold, J. (2016c) Kroppens rolle i psykisk helse. I A.K. Bergem (red.), *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, D.B. (2010). *Partners in Thought. Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York and London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Stern, D.B. (2013). Relational freedom and therapeutic action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 81, 53–81.
- Stern, D.N. et al. (1998). Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy: The «something more» than interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 903–22.
- Strachey, J. (1934/1976). The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. I M. Bergman & F. Hartman (red.), *The evolution of psychoanalytic technique* (s. 331–360). New York: Basic Books.
- Ulman, R.B. & Brothers, D. (1988). *The Shattered Self – A Psychoanalytic Study of Trauma*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Wallerstein, R. (2006). Psychoanalytically based nosology: Historic origins. I PDM Task Force, *Psychodynamic Diagnostic Manual* (s. 385–402). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 446–457 FAGFELLEVDERT

PER ANTHI, privatpraktiserende og læreanalytiker ved NorskPsykoanalytisk Forening

ERIK STÅNICKE, PhD, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet

i Oslo, president i NorskPsykoanalytisk Forening

KONTAKT: anthi@online.no

# PSYKOANALYSENS INNTOG I NORSK PSYKOLOGI OG PSYKIATRI

– En historisk beretning

Den særegne historien psykoanalysen har i Norge, gjør at klinisk psykologi og psykiatri har en mer markert psykodynamisk profil her til lands enn i de andre nordiske landene. Psykoanalysens tidvis dramatiske historiske inntog har på ulikt vis bidratt til å befeste norske psykologers anseelse.

Vi skal i denne artikkelen beskrive hvordan psykoanalysen ble introdusert i Norge, og hvorledes Dansk-Norsk Psykoanalytisk Forening (senere kalt Norsk Psykoanalytisk Forening, og heretter omtalt som dette) ble etablert i 1934. Vi vil også gjøre rede for hvordan psykoanalysen har påvirket norsk psykologi og psykiatri siden den ble introdusert her i landet tidlig på 1900-tallet og frem til i dag. Vår vitenskapelige tilnærming er basert på ulike former for historiske data, ettersom vi har anvendt, tolket og kritisk vurdert ulike typer historisk materiale. Selvbiografier, biografiske studier, vitenskapelige artikler, arkiverte data og samtaler med sentrale personer innenfor det psykoanalytiske miljøet har vært hovedkilden til vår beretning.

Flesteparten av foreningens norske medlemmer var utdannet i Berlin før 1933, og var påvirket av venstreorienterte analytikere som hadde undervist og arbeidet ved Berlin-instituttet. Da Hitler kom til makten i 1933 og krevde at alle foreninger og organisasjoner skulle være *judenfrei*, »

## ABSTRACT

## *The establishment of psychoanalysis in Norway*

The authors give an account of how psychoanalysis was introduced in Norway, and how the Norwegian Psychoanalytic Society was established in 1934. The importance of its pioneers is outlined. The Norwegian analysts trained in Berlin before 1933, were drawn into a struggle against Nazism. The society's close relations to Wilhelm Reich and Otto Fenichel are elucidated. This paper describes how the Norwegian society retrieved its status as a component society of the International Psychoanalytic Association (IPA) after having been excluded in 1945. It is documented that Willy Brandt, being in exile in Norway in the years 1933–1940, had a close relationship to Wilhelm Reich. The historical lines that are presented also shed light on the unique position psychoanalysis still have within the Norwegian society, which is quite different from our neighbouring countries.

*Key words: psychoanalysis, history, Norwegian, nazism, Berlin, Reich, Fenichel, Schjelderup, Hansen*



Schjelderups  
nybrottsarbeid og  
psykoanalytiske  
skolering medførte  
at psykologer i  
Norge, i motsetning  
til andre land, tidlig  
ble anerkjent som  
profesjonelle  
klinikere med høy  
status

flyktet flere framtrepende analytikere fra Berlin til Norge. Som vi skal se, ble den norske foreningens faglige profil påvirket av Wilhelm Reichs og Otto Fenichels teorier. De var begge inspirert av marxistisk ideologi og sterkt engasjert i kampen mot fascismen. Foreningens nære forhold til Reich og Fenichel, og deres bestrebelser på å forene et marxistisk tenkesett med psykoanalytisk teori, bidro til at foreningen ble ekskludert av IPA (International Psychoanalytic Association) etter krigen. Vi vil beskrive og diskutere det møysommelige arbeidet med å få foreningen rehabilitert etter krigen, og presentere nytt materiale som viser at psykoanalytikeren Finn Hansen, som allerede var medlem i den Tyske Psykoanalytiske Foreningen, spilte en avgjørende rolle da den norske foreningen igjen ble formelt opptatt som medlem av IPA i 1975. I tillegg vil vi anskueliggjøre hvorledes nye kull av analytikere, som forståelig nok var preget av sine krigserfaringer, bidro til foreningens videreutvikling etter krigen.

#### PSYKOANALYSEN INTRODUSERES I NORGE

I artikkelen *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung* (1914) skriver Freud at den første lærebok i psykiatri som utførlig henviser til psykoanalysen, var forfattet av nordmannen Ragnar Vogt (1870–1943). Hans lærebok *Psykiatriens Grundtræk* ble publisert allerede i 1905. Den inneholdt flere kasesbeskrivelser fra hans kliniske arbeid ved Gaustad Asyl, der han beskrev hvorledes han benyttet seg av en psykoanalytisk tankegang for å forstå pasientenes symptombilde. I 1915 ble Vogt Norges første professor i psykiatri.

Også den norske forskeren John Mourly Vold (1850–1907) fikk en plass i psykoanalysens historie, ettersom Freud allerede i sin banebrytende bok *Drømmetydning* flere ganger henviser til Volds eksperimentelle studier om hva som kan bidra til å danne drømmens innhold. For eksempel studerte han hvordan innholdet i drømmer ble påvirket av ytre stimuli, men han var også opptatt av seksuelle motiver for drømmer (Nilsen, 2009).

Johan Irgens Strømme (1876–1961) var den første i Norge som anvendte psykoanalytisk teknikk og terapirasjonale i sin kliniske praksis. Fra november 1913 til mai 1914 hadde han hospitert ved Burghölzli, et mentalsykehus og klinikk tilknyttet Universitetet i Zürich. Der hadde han gått i læreanalyse hos presten Oscar Pfister, en nær og respektert kollega av Freud. Senere, i årene 1935–1940, ble Strømme skarpt kritisert av Harald Schjelderup og Ragnar Vogt for sine ukonvensjonelle arbeidsmetoder, ettersom de vurderte Strømmes terapiform som uforenlig med essensielle psykoanalytiske behandlingsprinsipper (Alnæs, 1980, 1993).

Selv om Strømmes praksis var omdiskutert, hadde han mange kunstnere i behandling. Da Hamsun i 1926 ble plaget av depresjon og ettervirkningene av traumatiske barndomsopplevelser, søkte han Strømme for hjelp. De psykiske plagene hadde da innskrenket hans arbeidskapasitet i den grad at han ikke lenger var i stand til å skrive (Anthi, 1993). Han var da 67 år, og den analytiske behandlingen ble vellykket. I et brev til sin kone Marie, datert 13. juni 1926, skriver han: «Jeg synes absolutt jeg er blitt fastere innvendig og mener jeg kan skrive litt igjen.» Han fikk etter hvert tilbake sin arbeidsevne og kreativitet og gjennomførte August-trilogien *Landstrykere* (1927), *August* (1930) og *Men livet lever* (1933).

Den som har bidratt mest når det gjelder psykoanalysens framvekst i norsk psykiatri og psykologi, er uten tvil Harald Krabbe Schjelderup (1895–1974). Han begynte sin akademiske karriere som forskningsassistent ved Fysisk institutt i Oslo. I 1917 fikk han et universitetsstipend i filosofi og

begynte å fordype seg i eksperimental-psykologiske problemstillinger. Schjelderup mente at datidens akademiske psykologi, preget av teoriene til Pavlov og Watson, ikke var tilstrekkelig til å forstå menneskelig atferd. Ved nærmest en tilfeldighet kom han til å lese de fem forelesningene som Freud hadde holdt i 1909 ved Clark University i USA. For å gjøre egne erfaringer om hva en psykoanalyse innebar, reiste han til Wien i 1925 og begynte i læreanalyse hos Eduard Hitschmann (1871–1957), lederen av det psykoanalytiske instituttet i Wien. Han hospiterte ved universitetsklinikken i Wien og fikk der en innføring i ulike psykiatriske problemstillinger av professor Wagner von Jauregg, mens han fikk opplæring i hypnose av professor Paul Schilder. Etterpå reiste han til Zürich for å skolere seg videre gjennom en læreanalyse hos Oscar Pfister. Hans interesse for psykologi førte til at han i 1928 fikk omgjort sitt professorat i filosofi til et professorat i psykologi. 31. mars 1928 ble han opptatt som medlem av den psykoanalytiske foreningen i Sveits. Den gangen var analysene kortvarige, og det var ikke uvanlig å gå i flere behandlinger. Derfor begynte Schjelderup noen år seinere i analyse hos Harald Alfred Schultz-Hencke i Berlin, en by som i begynnelsen av 1930-årene var et sentrum for psykoanalytisk utdanning.

I slutten av 1920-årene og i løpet av 1930-årene ble psykoanalytiske synspunkter livlig diskutert av leg og lærd innenfor psykologi, litteratur og kunst. I 1929 ble Freuds *Innføring i Psykoanalysen* oversatt av teologen Kristian Schjelderup (1894–1980). Han var Haralds bror og hadde selv gått i læreanalyse hos Oskar Pfister i Zürich. Han ble opptatt som medlem av den sveitsiske foreningen samme dag som sin bror.

Harald Schjelderups omfangsrike forfatterkap i bøker og artikler bidro sterkt til psykoanalysens anseelse og framvekst i Norge. I boka *Psykologi*, som ble publisert i 1927, diskuterte han hvorledes psykoanalytiske prinsipper og teoretiske synspunkter kunne bli integrert og samordnet med akademisk psykologi. Boken var den første i verden med en slik ambisjon, og den ble oversatt til tysk og anmeldt i *International Journal of Psychoanalysis* i 1932 av E.J. (sannsynligvis Ernest Jones, Freuds fortrolige kollega i London). I sin anmeldelse skrev E.J. følgende: «The author is professor of Psychology at the University of Oslo. As psychoanalysis has not penetrated far in the northern coun-

tries, it is interesting to see that it nevertheless receives considerable attention in this book» (E.J., s. 233–234). Som leder av Psykologisk institutt reformerte Schjelderup instituttet slik at det ble et akademisk læresete for utdanning av psykologer som ikke bare skulle tilegne seg forskningskompetanse, men også skulle bli kvalifisert for klinisk arbeid, både diagnostisk og terapeutisk. Han spilte også en ledende rolle da Norsk Psykologforening ble stiftet den 10. april 1934. I juli samme år ble Norsk Psykoanalytisk Forening konstituert og formelt innlemmet i IPA. Schjelderup ble valgt til formann for begge de norske foreningene, slik at det i etableringsfasen for begge foreningene var et nært samvirke mellom dem.

Schjelderup (1941) var av den oppfatning at Freuds nevrose-teori hadde sine begrensninger. Han mente også at Reichs teorier om seksualitet og orgastisk potens hadde sine mangler. Schjelderup nedtonte betydningen av driftsimpulser. Konflikter som var enda mer grunnleggende enn konflikter avledet av psykoseksuelle forhold, kunne bli avdekket ved en mer dyptgående analyse. Schjelderup kalte slike konflikter for *banalkonflikter*, da de involverte impulser som for så vidt kunne være banale ifølge Schjelderup, men som ble stoppet av foreldrene og dermed hemmet (Bjerke, 2000). Lengsler og behov uten driftskvaliteter, relasjonelle ønsker om tilknytning og nærhet sidestilles med driftene som motiverende drivkrefter. En kan si at Schjelderup med sine reviderte betraktninger om psykoanalytisk teori foregrep den relasjonelle vendingen i psykoanalysen, og mer spesifikt det vi i dag kaller «objektrelasjonsteori». Han utvidet Reichs karakteranalytiske rasjonale, ettersom han påviste hvordan bestemte karaktertrekk kunne gjenspeile forsvarsholdninger som hadde sin opprinnelse i relasjonelle konflikter.

Schjelderups nybrottsarbeid og psykoanalytiske skolering medførte at psykologer i Norge, i motsetning til i andre land, tidlig ble anerkjent som profesjonelle klinikere med høy status. Den refusjonsordningen som for mange år siden ble etablert for psykologisk behandling/psykoterapi, ville neppe ha blitt til uten Schjelderups banebrytende arbeid. Han underviste ikke bare psykologistudenter, men også medisinstudenter som søkte kunnskap om psykoanalytisk teori og behandlingsrasjonale. Karl Evang ble allerede som medisinstudent i slutten av 1920-årene inspirert av Schjelderups under-

»

visning. Da Evang senere ble en innflytelsesrik direktør i Helsedirektoratet, hadde han med seg en klar forståelse av psykoanalytisk terapi som en effektiv metode, som kunne fremme psykisk helse og forhindre at pasienter ble invalidisert av psykiske forstyrrelser. Slike omstendigheter bidro til å legge grunnlaget for den refusjonsordning som senere ble implementert for psykologisk diagnostikk og behandling.

Psykoanalysen kom etter hvert til å påvirke mange psykologer og psykiatere i Norge. Av psykologer og psykiatere med innflytelse på samfunnsutviklingen kan følgende nevnes: Trygve Braatøy (1904–1953), Astri Brun (1898–1992), Odd Havrevold (1900–1991), Nic Hoel (Waal; 1905–1960), Johannes Landmark (1897–1940), Ola Raknes (1887–1975) og Hjørdis Simonsen (1899–1980). Kulturradikale forfattere som Sigurd Hoel, Arnulf Øverland, Axel Sandemose, Helge Krog og Rolf Stenersen ble likeledes inspirert av Freuds og Reichs teorier, idet de brukte symbolikk og tankegods fra deres teorier i sine bøker. På denne måten bidro disse norske forfatterne til at et psykoanalytisk tenkesett ble introdusert i samfunnsdebatten.

#### OTTO FENICHEL, WILHELM REICH OG DEN NORSKE FORENINGEN

Forbindelsen det norske miljøet hadde til utlandet, ble også viktig da Harald Schjelderup i påsken 1934 inviterte en gruppe tyske og østerrikske analytikere til et møte i Oslo. Møtet fant sted på Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. De tilstedeværende, som blant andre besto av Wilhelm og Annie (Pink) Reich, Otto Fenichel, Stefi Pedersen, Edith Jacobson, Ola Raknes, Nic Hoel (Waal) og Sigurd Hoel, utformet en resolusjon mot fascisme og antisemitisme som skulle bli presentert på den kommende internasjonale kongressen i Luzern i juli 1934. På denne kongressen skulle hovedstyret i IPA ta stilling til en norsk søknad om å bli opptatt som fullverdig medlem av IPA. Det var alminnelig kjent i det psykoanalytiske miljøet at norske analytikere ønsket å sette seg nærmere inn i Reichs karakteranalytiske arbeider, og at de derfor ville tilby Reich medlemskap i den norske foreningen. Hovedstyret i IPA bekjentgjorde at den norske søknaden bare ville bli akseptert dersom den norske kontingenten unnlot å tilby Reich medlemskap (Anthi, 1986; Sletvold, 2010). Allerede på dette tidspunktet var Reich kontroversiell (se Nilsen, 2013, 2016).

I 1933 hadde han utgitt boka *Massenpsychologie des Faschismus*, der han brukte en psykoanalytisk tenkemåte for å belyse hvorfor så mange tyskere lot seg forføre av nazismens ideologi. Også hans bok *Charakteranalyse* (1933b) hadde blitt kritisert, fordi en mente at Reichs behandlingsteknikk representerte noe annet enn standard psykoanalytisk teknikk. I tillegg ble han kritisert for å ville forene en marxistisk tenkemåte med en psykoanalytisk. Anna Freud og hennes tilhengere i IPA var sterkt imot en slik tilnærming og ville absolutt ikke blande politiske synspunkter med psykoanalytiske begreper. Etter en livlig debatt ble Norsk Psykoanalytisk Forening akseptert som en selvstendig forening innenfor IPA. Harald Schjelderup ble innsatt som foreningens leder, mens Otto Fenichel, en av psykoanalysens fremste teoretikere, ble valgt til sekretær.

Flere av de norske deltakerne på kongressen i Luzern hadde tidligere deltatt i det såkalte «Kinderseminar», der både Fenichel og Reich hadde vært lærere. Dette seminaret hadde trukket til seg vordende analytikere som ikke var helt fornøyd med den mer formalistiske ideologien som var rådende ved instituttet i Berlin. Reichs og Fenichels modernisering og revidering av psykoanalytisk teori virket tiltrekkende på enkelte norske og utenlandske analytikere. Mange betraktet det mangfoldige fagmiljøet som etter hvert vokste fram i Oslo, som et ledende internasjonalt senter for psykoanalytisk utviklingsarbeid (Lorenz, 1989; Merseburger, 2013; Waal, 1991). I Oslo begynte Fenichel å skrive sine rundskriv, *Rundbriefe* – som selv om de var hemmelige – hadde innflytelse på enkelte venstreorienterte analytikere. Han ønsket å gi psykoanalysen en sosialpolitisk profil. Bakgrunnen for hans *Rundbriefe* var å motarbeide den nazifisering som hadde skjedd ved instituttet i Berlin i 1933, der medlemmene måtte bekjenne seg til Hitlers *Mein Kampf* (Alnæs, 1980, 1993, 1994; Anthi, 1986; Anthi & Haugsgjerd, 2013; Nilsen, 2016; Reichmayr & Mühlleitner, 1998; Sletvold, 2010).

Høsten 1934 hadde Reich kommet til Oslo. Selv om han ikke ble medlem av foreningen ex officio, hadde han flere medlemmer i lærebehandling, blant andre Ola Raknes, Odd Havrevold, Nic Waal og Sigurd Hoel. I tillegg holdt han jevnlig foredrag og seminarer relatert til karakteranalytisk teori. For å imøtekomme IPA hadde den norske foreningen av taktiske grun-

ner latt være å gi Reich et formelt medlemskap. Hans radikalisering av det psykoanalytiske behandlingsrasjonalet i retning av en såkalt *vegetativ karakteranalyse* resulterte i at foreningen etter hvert ble splittet i to fraksjoner; én som relaterte seg til Fenichel, og én annen som støttet Reich. I motsetning til den logisk reflekterende Fenichel innehadde Reich en nimbus og en retorisk argumentasjon som virket overbevisende på Raknes, Waal og Havrevold samt de yngre medlemmene av foreningen. Schjelderup, Braatøy og Simonsen forholdt seg derimot kritisk til Reichs vegetoterapeutiske teorier. Den stigende spenningen mellom Fenichel og Reich førte til at Fenichel forlot landet i oktober 1935 og etablerte seg i Praha. I 1936 ble det også opprettet et eget institutt for seksualøkonomi i Sigurd Hoels romslige villa Petersborg på Kampen i Oslo, der han bodde med sin daværende kone Nic Hoel (Waal). Reich var instituttets leder, mens Hoel, Raknes, Nic Hoel og Havrevold eide instituttet. Finansmannen og forfatteren Rolf Stenersen var hovedsponsor, som sto for innkjøp av vitenskapelig utstyr.

Den tyske politikeren Willy Brandt kom til Norge som flyktning i 1933. Han var på den tiden samboer med Reichs sekretær, Gertrud Gaasland. Brandt forteller at han hadde et nært og intensivt forhold til Reich, og at han også deltok i den vegetoterapeutiske forsøksvirksomheten ved instituttet (Brandt, 2012; Merseburger, 2013; Miard-Delacroix, 2016; Sharaf, 1983). Også Schjelderup hadde kontakt med Brandt, og hadde foreslått at Brandt skulle begynne å studere psykologi og psykoanalyse ved Universitetet i Oslo for å gjøre oppholdet i Norge lovlig. Schjelderup erklærte seg villig til å være hans *privatpreceptor*, altså Brandts personlige veileder. Søknaden ble sendt Justisdepartementet, men ble avslått (Lorenz, 1989). I de første årene Brandt var i Norge, fant han i Reich en interessant og fantasifull samtalepartner, «ein anregender und phantasievoller Gesprächspartner» (Brandt, 2012). Men etter som årene gikk, fikk han det inntrykk av at Reich hadde forvillet seg inn i en vitenskapelig blindgate.

Reichs biologiske forklaringsmodeller og eksperimentelle virksomhet samt hans revisjon av psykoanalytiske teorier provoserte mange (Strick, 2015). I 1937 ble det holdt flere møter i Norsk Psykiatrisk Forening der psykoanalyse som profesjon ble diskutert. Professor i psykiatri Ragnar Vogt hevdet at Reich feiltolket Freuds seksualteori (Alnæs, 1994; Sharaf, 1983). Overlege Johan Scharffenberg, som tidligere hadde støttet Reichs kamp mot fascismen, ble etter hvert hans bitreste motstander (Anthi, 2012). Han kunne ikke akseptere Reichs teorier om seksualitet og at såkalt *orgastisk potens* var selve kjennemerket på psykisk sunnhet. Debatten omkring hvem som var kvalifisert til å utøve psykoanalyse, samt stridighetene omkring Reichs vegetoterapeutiske virksomhet og forskning, førte til at psykoanalytisk praksis ble regulert her til lands. Som det eneste land i verden ble det utarbeidet en autorisasjonslov av 1938. Dersom psykologer og psykiatere skulle etablere en psykoanalytisk praksis, var det en forutsetning at de hadde en formalisert utdanning i en slik virksomhet. Kun personer som var autorisert av Sosialdepartementet, fikk høve til å utøve psykoanalyse. Denne autorisasjonsloven ble opphevet i 1958 fordi klinisk psykologi ble innført som et eget spesialområde i psykologistudiet (Holm, 2006).

## KRIGSÅRENE

Den 19. august 1939 måtte Reich forlate Norge, ettersom hans søknad om fortsatt oppholdstillatelse ble avvist. Han dro til New York etter å ha mottatt en invitasjon om å bli gjesteprofessor ved New York School of

Social Research. Den tyske okkupasjonen av Norge under krigen førte til at all vanlig virksomhet i den norske psykoanalytiske foreningen ble avbrutt. I begynnelsen av krigen deltok både Braatøy og Landmark som militærleger. 1. mai 1940 ble Landmark drept i kamp utenfor Narvik. I slutten av november ankom den tyske «Reichspsykiater» professor Mattias Heinrich Göring, en fetter av Hermann Göring, til Oslo for å besiktige og få oversikt over norsk psykiatri og psykoanalyse. I likhet med alle andre foreninger skulle psykoanalytisk forening bli registrert og kontrollert av en kommisær utpekt av nazistene (Alnæs, 1980, 1993, 1996; Cocks, 1997). Harald Schjelderup, som var leder i psykoanalytisk forening, ville ikke at nazistiske instanser skulle ha tilsyn med foreningens gjøremål. Styret i foreningen bestemte derfor at foreningen skulle bli midlertidig oppløst, men at en ikke skulle melde seg ut av IPA. Deler av arkivet ble gjemt bort, og all sensitiv informasjon ble tilintetgjort. Mange av foreningens medlemmer ble engasjert i motstandsarbeid. I 1943 ble Schjelderup arrestert av Gestapo, fengslet og sendt til en konsentrasjonsleir for organiseringen av motstandsarbeidet. Også broren Kristian ble samme år arrestert og sendt til konsentrasjonsleir. Paul Bernstein ble i november 1942 sendt til Auschwitz og døde der. I november 1942 organiserte Nic Waal (Hoel) og Nina Hasvoll (Hackel) en flukt til Sverige for 15 jødiske barn fra et barnehjem i Oslo. Lotte Bernstein og Stefi Pedersen, assosierte medlemmer av norsk psykoanalytisk forening, kom seg også trygt over til Sverige i samme fluktoperasjon. Senere ble Lotte Bernstein professor i psykologi ved Stockholms universitet, mens Stefi Pedersen slo seg ned i Sverige og ble en anerkjent psykoanalytiker der. Odd Havrevold, Sigurd Hoel og Nic Waal måtte alle tre i slutfasen av krigen rømme til Sverige fordi de var ettersøkt av Gestapo for sitt motstandsarbeid (Alnæs, 1980, 1993; Anthi & Haugsgjerd, 2013; Nilsen, 2013, 2016).

Under krigen ble mange motstandsfolk og jøder lagt inn på sykehus med falsk identitet og fingerte diagnoser for så å bli transportert til Sverige på et seinere tidspunkt. En av dem var Erika Stekel, som seinere ble et sentralt medlem av den norske foreningen. Sjeffpsykiater ved Ullevål sykehus Haakon Sæthre samarbeidet nært med norske psykoanalytikere før og under krigen, ettersom han henviste mange av sine pasienter til psykoanalytisk behand-

ling. Han var også involvert i motstandsarbeid. Dette samarbeidet tok brått slutt da han 8. februar 1945 ble arrestert av Gestapo og skutt fordi han hadde skjult jødiske flyktninger og motstandsfolk på sin avdeling.

### REHABILITERING ETTER KRIGEN

Etter krigen var ledelsen i IPA skeptisk til den norske gruppen av analytikere på grunn av dens tidligere tilknytning til marxistiske og sosialdemokratiske organisasjoner. I tillegg mente ledelsen at Reichs karakteranalytiske behandlingsrasjonale, vegetoterapi samt hans sammenblanding av marxistisk og psykoanalytisk teori hadde påvirket den norske foreningen i for stor grad. Slike omstendigheter gjorde at den norske foreningen ble «ekskludert» av IPA etter krigen. Offisielt ble det hevdet at den norske foreningen hadde mistet sitt medlemskap i IPA fordi den ikke hadde betalt medlemskontingent i årene 1940–1945 (Alnæs, 1980, 1996; Anthi & Haugsgjerd, 2013). Det foreligger ingen offisielle dokumenter som viser dette, slik at vi aldri vil få vite hva som egentlig var tilfellet. Tvisten med IPA førte til at Raknes, Havrevold og flere andre medlemmer og kandidater trakk seg ut av den norske foreningen. Nic Waal gjorde det samme og etablerte en ny barnepsykiatrisk institusjon som ble kalt Barnepsykiatrisk (Nic Waals) institutt. I 1953 forsøkte den norske foreningen å bli gjenopptatt som medlem av IPA under den 18. IPA-kongressen i London, men søknaden ble avvist. Heinz Hartmann, presidenten i IPA, var av den oppfatning at enkelte framstående medlemmer av den norske foreningen ikke praktiserte analyse, men en ny teknikk (Hartmann, 1954, s. 278). Braatøy gikk sterkt imot Hartmanns oppfatning og ga en oversikt over foreningens historie og strategiske oppløsning under den tyske okkupasjonen. Han beskrev hvor vanskelig det var å bryte med enkelte medlemmer av vitenskapelige grunner i fredstid, ettersom en hadde samarbeidet med dem under svært dramatiske omstendigheter under krigen (Braatøy, 1954a, s. 258). Hjørdis Simonsen fikk under IPA-kongressen i Paris i 1957 vite av Heinz Hartmann, daværende president av IPA, at den norske gruppen aldri ville bli tatt opp *en bloc* i IPA (Hansen, 1993).

I 1960 kontaktet Harald Schjelderup, Hjørdis Simonsen og Finn Hansen IPA, der de anmodet om bistand for å etablere en norsk læreanstalt med tilknytning til IPA. Ansøkingen ble godt mottatt, ettersom både Schjelderup og Simonsen var anerkjente læreanalytikere gjennom sine respektive medlemskap i den tyske og sveitsiske foreningen. Finn Hansen, som var medlem av den tyske foreningen, bidro også til at søknaden ble tatt velvillig imot. Dette resulterte i at den norske foreningen i 1960 fikk status som en studiegruppe innenfor IPA. I denne forbindelse ble det opprettet en komité som skulle evaluere den norske gruppens kompetanse og opplæringssystem. Professor Thorkil Vangaard fra København kom derfor til Oslo for å sette seg nærmere inn i hvorledes den norske utdanningen var organisert. Han intervjuet gruppens medlemmer og hadde deretter et møte med samtlige til stede. Ifølge Finn Hansen<sup>1</sup> ble det en heftig diskusjon mellom Vangaard og de norske analytikerne om hvor mange timer i uka kandidatene måtte gå i læreanalyse. Schjelderup hadde flere kandidater i læreanalyse som kun gikk til behandling to timer ukentlig, og framholdt at han oppnådde like gode resultater med to timer som med fire timer i uka. Denne uenigheten om timeantall ble rapportert til IPA av

Vangaard, og førte til at sentralkomiteen i IPA annullerte godkjenningen av den norske foreningen qua studiegruppe. For å kunne imøtekomme IPAs krav endret den norske foreningen sitt undervisningsopplegg og innførte et krav på minimum 300 timers læreanalyse med en timefrekvens på fire timer ukentlig. Utenlandske analytikere kom til Norge og holdt seminarer og foredrag. Særlig professor Joseph Sandler fra London, professor Frederick Wyatt fra universitetet i Michigan og Alberta Szalita fra New York bidro til å gi den norske foreningen et bedre renommé internasjonalt. Wyatt var i 1966/1967 gjesteprofessor ved Universitetet i Oslo. Men mange var frustrerte over IPAs mangel på fleksibilitet. Flere kandidater avsluttet sin psykoanalytiske utdanning og etablerte et nytt institutt i 1962, der psykologene Einar Dannevig og Per Mentzen sammen med psykiater Endre Ugelstad – med sterk støtte av Harald Schjelderup – spilte en framtrædende rolle. Således ble Institutt for Psykoterapi grunnlagt.

I dag har Institutt for psykoterapi over 400 medlemmer og innpå hundre kandidater, og har gjennom årene opprettet filialer flere steder i Norge, der psykologer og psykiatere kan få utdanning i psykodynamisk og psykoanalytisk psykoterapi. I tillegg har Norsk karakteranalytisk institutt, som ble etablert i 1999, utviklet et mindre, men faglig beslektet fagmiljø som også har hatt innflytelse på norsk klinisk psykologi og psykiatri. De tre fagmiljøene har sammen bidratt til at psykoanalytisk teori og metode har hatt stor innflytelse på psykologer og psykiatere i Norge. Psykoanalytikere og psykoterapeuter fra de to andre instituttene har samarbeidet i lang tid for å sikre gode økonomiske støtteordninger for utdanningskandidater. I tillegg har den obligatoriske psykoterapiveiledningen for leger under spesialisering i psykiatri forutsatt at veiledere har en etterutdanning i psykoterapi. Lenge var de eneste etterutdanningene som godkjente psykiatere til å bedrive psykoterapiveiledning, nettopp utdanning ved Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt.

I 1967 søkte den norske psykoanalytiske foreningen Institutt for samfunnsforskning om å opprette et eget psykoanalytisk institutt. Tanken om et eget utdanningsinstitutt var ikke ny. Elleve år tidligere hadde Harald Schjelderup, Arvid Ås og Per Mentzen, som alle var lærere ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, i samarbeid med overlege Jon Odegård

1. Psykolog Finn Hansens etterlatte papirer.

ved psykiatrisk avdeling på Lovisenberg sykehus og den privatpraktiserende psykoanalytiker Hjørdis Simonsen, søkt om økonomisk støtte fra Institutt for samfunnsforskning med tanke på å drive forskning og utdanning av psykoanalytikere. Søknaden i 1967 ble avvist, men den nye ansøkingen ble anbefalt av Erik Rinde, styreformann ved Institutt for samfunnsforskning, noe som resulterte i at det i 1967 ble opprettet et slikt institutt med Peder A. Holter som daglig leder. I 1969 tok Hansen, leder av instituttets fagutvalg, kontakt med van der Leeuw, avtroppende president i IPA. I sitt notat skriver Hansen: «Jeg hadde en lang og konstruktiv samtale med ham hvor jeg fortalte om forholdene i Norge, og hvilke framskritt vi hadde gjort, og hvor viktig det var for oss og få våre internasjonale kontakter i orden» (Hansen, 1993). Hansen fikk også god kontakt med Leo Rangell, den nye IPA-presidenten, som ga uttrykk for at han ville normalisere forholdet til den norske foreningen. Under IPA-kongressen i Wien i 1971 ble den norske foreningen på nytt gitt status som studiegruppe. I rapporten fra denne kongressen kan en lese: «We congratulate Mr. Hansen of the Norwegian Group who signed the application, and Miss Freud of the Hampstead Group who signed the application (Applause)» (Gitelson, 1972, s. 85). For Hansen og sikkert også for Anna Freud representerte denne signeringen noe spesielt. Anna Freud hadde vært en av dem innenfor IPA som klarest hadde tatt avstand fra den norske foreningens tette bånd til Wilhelm Reich. Hun hadde også vært kritisk til Nic Waals sosialpolitiske engasjement. Ifølge Anna Freud måtte en ha et klart skille mellom psykoanalyse og politikk for å bevare psykoanalysen som en upartisk og objektiv vitenskap. Hansen, derimot, hadde i mange år arbeidet systematisk for å tone ned den norske foreningens negative omdømme overfor sentrale medlemmer av IPA, samtidig som han forsøkte å ta vare på foreningens karakteranalytiske tradisjon, som Reich, Waal og Schjelderup hadde implementert (A. Nilsen, 2016, personlig kommunikasjon).

En sponsorkomiteé som skulle evaluere den norske foreningens prosedyrer for utdanning, ble etablert i etterkant av kongressen i Wien. Det norske bindeleddet til denne komitéen var Peder A. Holter, den norske foreningens president, og Finn Hansen, leder av fagutvalget. Både Holter og Hansen fikk nå mange nye tidkrevende arbeidsoppgaver da foreningens

lover og regler måtte være i pakt med de krav og statuer som var gjeldende innenfor IPA. Endelig i 1975, under IPA-kongressen i London, kunne Fiffi Piene, daværende president i den norske foreningen, undertegne protokollen som viste at den norske foreningen var gjenopptatt som fullverdig medlem av IPA.

#### PSYKOANALYSENS INNTOG I NORSK OFFENTLIG PSYKISK HELSEVERN

I årene etter krigen hadde Harald Schjelderup, Nic Waal, Astri Brun, Hjørdis Simonsen og Trygve Braatøy mange psykologer og psykiatere i egenbehandling og veiledning. Psykologer og psykiatere i utdanningsstillinger ble av framtrepende sykehus- og klinikksejere oppmuntret til å skolere seg videre i psykoanalytisk behandlingsrasjonale. Inspirert av psykoanalytisk teori innførte de en psykoanalytisk tenkemåte på sine respektive arbeidsplasser. Også psykiatrisk helsepersonell fikk undervisning og opplæring i en psykodynamisk behandlingsfilosofi. Således fikk norsk psykiatri og barnpsykiatri en psykodynamisk basis i motsetning til andre nordiske land, der psykiatrien var mer dominert av en biologisk fundert tankegang.

Etter hvert ble psykoanalytikere involvert i utviklingen av forskjellige disipliner som psykosebehandling, gruppeterapi, psykosomatisk medisin, samfunnspsykiatri og akademisk psykologi. Medlemmer og kandidater av forening bidro også med viktige forskningsbidrag og doktoravhandlinger (Schjelderup, 1955; Ås, 1958). Psykoanalytisk utviklingspsykologi og teori representerte en viktig og berikende kunnskapsbase som gjorde at mange som arbeidet innenfor psykisk helsevern, fikk en bedre diagnostisk forståelse. Psykoanalytisk forskning og terapirasjonale gjorde det mulig å implementere differensierte behandlingstilbud overfor ulike kliniske problemstillinger. Studier innenfor spedbarnsforskning, utviklingspsykologi og behandlingsforskning bidro til å videreutvikle objektreasjonsperspektivet i psykoanalytisk teori og praksis, og genererte nye perspektiver på hva som førte til psykiske endringsprosesser i ulike terapiforløp (Kernberg, 1975, 1999; Fonagy, 1995, 1999; Killingmo, 1989, 2007; Stern, 2004). Etter hvert kom også studier som dokumenterte empirisk at psykoanalyse var en virksom behandlingsmetode (de Maat et al., 2013). Til forskjell fra tidligere antatt, viste flere studier at modifiserte former for psy-



Da Evang senere ble en innflytelsesrik direktør i Helse-direktoratet hadde han med seg en klar forståelse av psykoanalytisk terapi som en effektiv metode





Mange betraktet det mangfoldige fagmiljøet som etter hvert vokste fram i Oslo som et ledende internasjonalt senter for psykoanalytisk utviklingsarbeid

koanalytiske terapier har en gunstig behandlingseffekt på borderline-tilstander og personlighetsforstyrrelser (Abend, Porder & Willick, 1983; Kernberg, 2003; Koenigsberg et al., 2000).

Opplevelsen av okkupasjonen hadde gjort et sterkt inntrykk på den generasjon av etterkrigsanalytikere som var studenter under krigen. Mange hadde deltatt i motstandsarbeid. De hadde selv følt og erfart hvorledes traumatiske hendelser hadde brent seg inn i sinnet og påvirket deres mentale helse, og framholdt at psykoterapi var en effektiv tilnærming som kunne hjelpe mennesker med belastende erfaringer. Denne generasjonen av analytikere bidro på mange måter til å gi norsk psykiatri et psykodynamisk preg. Vi skal kort nevne noen konkrete eksempler på dette.

Arvid Søhr (1916–1992) flyktet som ung psykologistudent til Skottland og ble en framtreddende jagerflyger i den norske avdelingen av Royal Air Force. Han var aktiv som Spitfire-pilot og opererte som skvadronleder i årene 1943–1945. Under IPA-kongressen i Hamburg i 1985 fortalte han førsteforfatter hvorledes reisen til Hamburg hadde reaktivert erindringer fra krigsårene, ettersom han hadde vært i harde kamper med tyske fly og militære stridskrefter rett utenfor Hamburg sentrum. Han fortalte også at det var de traumatiske opplevelsene under krigen som var hovedgrunnen til at han søkte psykoanalytisk utdanning (A. Søhr, 1985, personlig kommunikasjon). I mange år var han en skattet leder av Norsk Psykoanalytisk Institutt, og hans gode samarbeid med Helsedirektoratet gjorde at foreningen og instituttet fikk økt anerkjennelse og økonomisk støtte av helsemyndighetene.

For Jarl Jørstad (1923–2006), som i en årrekke var overlege ved Dikemark og Ullevål sykehus, ble gjensynet med Hamburg og Tyskland også en spesiell opplevelse. Han var helt eksplisitt på at hans interesse for psykiatri og psykoanalyse var påvirket av fangeoppholdet i Tyskland under krigen. Først satt han tre måneder i varetekt på enecelle på Møllergata 19 i Oslo, og seinere 18 måneder i konsentrasjonsleirene Pölitiz, Buchenwald og Neuengamme. Han beskrev hvor traumatisk det var å bli sendt med tog i lukkede godsvogner til konsentrasjonsleiren Neuengamme ved Hamburg. Transporten, som tok flere dager, var svært farefull på grunn av stadige bombeangrep. Han sa at det var hans opplevelser i krigsårene som hadde motivert ham til å utdanne seg til psykoanalytiker. Jørstad innførte og integrerte et psykoanalytisk rasjonale på de psykiatriske avdelinger han ledet, og understreket betydningen av et dynamisk terapeutisk miljø. Han oppmuntret psykiatere og psykologer til å supplere sin kliniske utdanning med en psykoanalytisk skolering. Han gjorde det mulig for dem som ønsket en slik videreutdanning, å gå i læreanalyse under arbeidstiden. Etter hvert ble dette vanlig praksis også ved andre psykiatriske klinikker og sykehus. Således ble det utviklet en psykoanalytisk/psykodynamisk tenkemåte ved en rekke psykiatriske institusjoner. Den diagnostiske vurderingen ble mer nyansert og individspesifikk, der også pasientens ressurser ble bedre kartlagt og brukt i terapeutisk øyemed.

Johan Fredrik Thaulow (1921–2005), sjefslege ved Lovisenberg sykehus, hadde i flere tiår arbeidet som psykiater og psykoterapeut ved en rekke psykiatriske avdelinger, og var likeledes preget av sine opplevelser under krigen. Arne Skouen, journalist og filmregissør, uttalte i et intervju at Thaulows krigsopplevelser kunne ha blitt en spennende spillefilm, og refererer blant annet til en hendelse fra det virkelige liv der motstandsmannen Thaulow «løper oppover Uranienborgveien en høstdag i 1943. Blodet flommer nedover ansiktet og klærne fra en flenge i hodet. Han løper inn i en oppgang hvor en familie ser ham og gjemmer ham i sin leilighet. I en annen leilighet len-



ger ned i gaten ligger en død Gestapo-mann med øyene stukket ut» (Skouen, 1998). Foranledningen til det som skjedde den gangen, var at Thaulow ble arrestert og kom i slåsskamp med en gestapist som grep sin pistol og trakk av – men den klikket. «Det var enten meg eller han», sa Thaulow seinere (H. Stockmann, 2016, personlig kommunikasjon). I februar 1945, mens han befant seg som flyktning i Sverige, fikk han beskjed om at hans stefar, overlege Haakon Sæthre, var henrettet av nazistene. Traumatiske opplevelser under krigen bidro sterkt til at han etter krigen valgte å spesialisere seg innenfor fagområdet psykiatri og å utdanne seg til psykoanalytiker.

### FORSKNING

I 1955 publiserte Schjelderup artikkelen «Lasting effects of psychoanalytic treatment» i det prestisjetunge tidsskriftet *Psychiatry*. Undersøkelsen vakte oppsikt internasjonalt fordi den representerte noe helt nytt innenfor psykoanalytisk forskningsmetodikk. Nic Waal, som var interessert i å utforske hvorledes kroppslige foreteelser var relatert til psykologiske prosesser, iverksatte også flere forskningsprosjekter der siktemålet var å belyse forholdet mellom muskelspenninger og forsvarsmekanismer. Under sitt opphold ved Harvard University i årene 1949–51 deltok Arvid Ås ved Psykologisk institutt, UiO, i et forskningsprosjekt der en på empirisk grunnlag ville finne en sammenheng mellom bestemte personlighetstrekk og bestemte ubevisste fantasier. Ås var også interessert i forskning omkring hypnose og regresive prosesser og spilte en sentral rolle da en norsk forening for hypnose ble stiftet i 1966. Denne foreningen ble opprettet som et resultat av et samarbeid mellom Psykologisk institutt, UiO, og Psykiatrisk institutt, Vinderen. Harald Schjelderup ble valgt til leder, mens Randolph Alnæs ble foreningens sekretær.

Braatøy (1954b) skrev flere bøker og artikler, og i boka *Fundamentals of Psychoanalytic Technique* forsøkte han å utvide og fornye psykoanalytisk behandlingsrasjonale. Men hans synspunkter ble sterkt kritisert internasjonalt på grunn av hans uortodokse tankegang (Knudsen, 2015). Reichs og Fenichels teorier om samspillet mellom kropp og psyke ble videreført av Braatøy, og han utviklet i samarbeid med fysioterapeuten Aadel Bülow Hansen en egen form for fysikalsk behandling som ble kalt psykomotorisk fysioterapi.

I 1971 publiserte Auestad og Killingmo sammen med kolleger studien *Når barn må på sykehus*. Studien førte til at innleggelsespraksisen for barn ved norske sykehus ble radikalt endret. Bowlbys forskning (1969) omkring tilknytning og separasjon mellom mor og barn hadde vist med all tydelighet hvor skadelig det var med den rådende sykehuspraksisen. Med et dybdeblick på barns atferd, som tilsynelatende kunne se veltilpass ut da de oppførte seg stille og rolige, fremkom det motsatte: Barna var rolige på grunn av resignasjon og depresjon. Auestad og Killingmos bidrag, som var basert på slike dybdestudier, gjorde at det ble slutt på denne praksisen i Norge. Således ble barns opphold på sykehus gjort tryggere og mindre traumatisk.

Endre Ugelstad (1920–1996) igangsatte flere psykoanalytisk inspirerte forskningsprosjekter relatert til behandling av schizofrene, og ble internasjonalt anerkjent for slike prosjekter. Han og Svein Haugsgjerd bidro sterkt til at et forskningssenter for psykoterapi og rehabilitering av psykoser, SEPREP, ble opprettet. Randolph Alnæs, Per Vaglum, Svein Friis, Sverre Varvin, Steinar Lorentzen, Lars Weiseth, Bjørn Killingmo, Siri Gullestad og Anders Zachrisson har gjennom årene kommet med vektige bidrag til psykoanalytisk/psykiatrisk forskning. De har samtidig som professorer i psykiatri og klinisk psykologi undervist studenter og kolleger i ulike psykoanalytiske emner i flere tiår.

I boka *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* (2013) gir Gullestad og Killingmo en systematisk og grundig framstilling av moderne synsmåter innenfor psykoanalytisk teori og behandlingsrasjonale. Steinar Lorentzen er internasjonalt anerkjent for sin forskning omkring psykologiske prosesser i terapigrupper og hvilke variabler som fører til psykisk endring. I boka *Group analytic therapy* (2013) oppsummerer han sine funn og teoretiske antakelser. Sverre Varvin (2003, 2005, 2016) er internasjonalt anerkjent for sin forskning om hvordan psykoanalytisk terapi kan være en virkningsfull behandlingsform for flyktninger som har vært utsatt for omfattende traumatiserende opplevelser.

Norsk psykoanalyse har en særpreget faglig profil der klassiske, karakteranalytiske og objektrelasjonsteoretiske perspektiver er integrert. Det er blitt en norsk tradisjon å analysere hvordan psykologiske foreteelser gjenspeiles i

»

personlighetstrekk, væremåte og atferd, samt i relasjonen til andre (Anthi, 2007; Gullestad & Killingmo, 2013; Sletvold, 2014).

I de siste tiår har norske psykoanalytikere vært prosjektledere for en rekke kvalitative og kvantitative studier som er publisert i anerkjente psykoanalytiske, psykologiske og psykiatriske tidsskrifter og bøker. Det psykoanalytiske fagmiljøet utfordres stadig av nye forskningsfunn og faglige trender. Psykoanalysen har vist seg levedyktig og robust i møtet med slike utfordringer, antageligvis fordi psykoanalytisk teori og behandlingsrasjonale har vært i en kontinuerlig utvikling. Psykoanalysen er ikke lenger synonymt med Freud. I dag har objektrelasjonsteori, selvpsykologi, intersubjektivitetsteori, nyere strukturteori og fransk psykoanalyse inspirert analytikere til å videreutvikle psykoanalytisk teori og behandlingsmetodikk, som igjen har generert ny forståelse av kliniske fenomener som kan analyseres og behandles. Psykoanalysens historie er fortsatt ikke nedskrevet en gang for alle, sannsynligvis heller ikke den norske.

## KONKLUSJON

Vi har fremstilt hvordan psykoanalysen ble introdusert i Norge, og argumentert for at flere psykoanalytikers krigserfaringer bidro til faglig videreutvikling etter krigen. I tillegg har vi forsøkt å vise hvordan pione-

rer innenfor psykoanalyse har påvirket utviklingen i psykisk helsevern. Vi har også gitt en kortfattet beskrivelse av enkelte utvalgte forskningsarbeider fra 50-tallet og framover, og hvordan et bærekraftig klinisk psykoanalytisk miljø er blitt etablert flere steder i Norge. Psykoanalysen har en grunnfestet posisjon innenfor akademia, ettersom mange psykoanalytikere innehar sentrale forsknings- og undervisningsstillinger på universiteter og høyskoler. Selv om det psykoanalytiske fagmiljøet er forholdsvis lite når det gjelder antall medlemmer, har det allikevel hatt stor innflytelse på utformingen av norsk psykisk helsepolitikk. Den særegne historien psykoanalysen har i Norge, har gjort at klinisk psykologi og psykiatri i Norge har en mer markert psykodynamisk profil sammenliknet med det som er tilfellet i Danmark og Sverige. Psykoanalysens dramatiske historiske inntog i Norge har på ulike vis bidratt til å befeste psykologers anseelse i Norge. ✕

## REFERANSER

- Abend, S., Porder, M. & Willick, M. (1983) *Borderline Patients. Psychoanalytic Perspectives*. New York: International Universtiy Press.
- Alnæs, R. (1980). The development of psychoanalysis in Norway. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 3, 55–103.
- Alnæs, R. (1993). Psykoanalysens historie i Norge. I P. Anthi & S. Varvin (red.). *Psykoanalysen i Norge* (s. 13–41). Oslo. Universitetsforlaget.
- Alnæs, R. (1994). Psychoanalysis in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, 6–102.
- Anthi, P. (1986). Wilhelm Reich. Hans bidrag til psykoanalytisk tenkning og praksis. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 4, 35–46.
- Anthi, P. (1993). Hamsun-apokalyptiske visjoner og nazisme. I P. Anthi & S. Varvin (red.). *Psykoanalysen i Norge* (s. 81–103). Oslo. Universitetsforlaget.
- Anthi, P. (2007, 1. oktober). Commentary on P. Fonagy and M. Target: The rooting of the mind in the body. Letter to the editor. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, online edition.
- Anthi, P. (2012). Johan Scharffenberg og Wilhelm Reich – forbundsfeller som ble bitre fiender. I S. Gilbert, E. Stånicke & F. Engelstad (red.). *Psyke, kultur og samfunn*. Oslo. Abstrakt forlag.
- Anthi, P. & Haugsgjerd, S. (2013). A note on the history of the Norwegian Psychoanalytic Society from 1933–1945. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 715–724.
- Auestad, A-M., Killingmo, B., Nyquist, H., & Pande, H. (1971). *Når barn må på sykehus. Mentalhygieniske aspekter*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Bjerke, E. (2000). Sigmund Freud og Harald Schjelderup – synspunkter på telepati og parapsykologi. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 120, 3775–3778.
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and Loss. Vol. I. 2<sup>nd</sup> Ed.* New York: Basic Books.
- Braatøy, T. (1954a). Report on the 18<sup>th</sup> International Psychoanalytical Congress business meeting. *Bulletin International Psychoanalytical Association*, 35, 278.
- Braatøy, T. (1954b). *Fundamentals of psychoanalytic technique*. New York: Wiley.
- Brandt, W. (2012). *Links und frei. Mein weg 1930–1950*. Hamburg. Hoffmann und Campe.
- Cocks, G. (1997). *Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute*. New Brunswick & London: Transactions Publishers.
- De Maat S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Barber, J., Van, R. & Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 107–137.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality. The development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 39–44.
- Fonagy, P. (1999). Memory and Therapeutic Action. *International Journal of Psychoanalysis*, 80(2):215–223.
- Freud, S. (1914). *Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung*. Gesammelte Werke, 10.
- Gitelson, (1972). Report on the 27<sup>th</sup> International Psychoanalytical Congress business meeting. *Bulletin International Psychoanalytical Association*, 53, 83–140.

- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk teori i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, F. (1993). *Etterlatte papirer*.
- Hartmann, H. (1954). Report on the 18<sup>th</sup> International Psychoanalytical Congress business meeting. *Bulletin International Psychoanalytical Association*, 35, 278.
- Holm, K. (2006). Psykoanalytisk behandling ved Freuds 150-årsdag. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 24, 126, 3278–80.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (2003). The management of affect storms in the psychoanalytic psychotherapy in borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 517–544
- Koenigsberg, H.W., Kernberg, O., Stone, M.H., Appelbaum, A.H., Yeomans, F.E., Diamond, D. (2000). *Borderline Patients: Extending the Limits of Treatability*. New York: Basic Books.
- Knudsen, T. (2015). Trygve Braatøy. Fundamentals of psychoanalytic technique. *Matrix*, 6
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.
- Killingmo, B. (2007). Relational-oriented character analysis: A position in contemporary psychoanalysis. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 30, 76–83.
- Lorenz, E. (1989). *Willy Brandt i Norge*. Oslo: Tiden.
- Merseburger, P. (2013). *Willy Brandt. 1913–1992. Visionär und Realist*. Stuttgart/München: Pantheon.
- Miard-Delacroix, H. (2016). *Willy Brandt. Life of a Statesman*. London & New York: I.B. Tauris.
- Nilsen, H.F. (2009). Norsk biografisk leksikon.
- Nilsen, H.F. (2013). Resitance in therapy and war: Psychoanalysis before and during the nazi occupation of Norway 1933–45. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 725–746.
- Nilsen, H. F. (2016). *Resistance in therapy and war: Psychoanalysis in Norway 1920–1945*. Dissertation for the degree Dr.Philos. Department of Archaeology, Conservation and History, Faculty of Humanities, University of Oslo.
- Reich, W. (1933a) *Massenpsychologie des Faschismus*. Kopenhagen, Prag: Verlag für Sexualpolitik
- Reich, W. (1933b). *Characteranalysis*. New York: The Noonday Press.
- Reichmar, J. & Mühlleitner, E. (red.) (1998). *Otto Fenichel 119 Rundbriefe (1934–1945)*. Frankfurt a/M. Stroemfeld.
- Schjelderup, H. (1941). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Oslo. Gyldendal.
- Schjelderup, H. (1955). Lasting effects of psychoanalytic treatment. *Psychiatry*, 18, 47–64.
- Sharaf, M. (1983). *Fury on earth. A biography of Wilhelm Reich*. New York. St. Martin's Press.
- Skouen, A. (1998). *Dagbladet* 18.10.1998.
- Sletvold, J. (2010). Harald Schjelderup og den karakteranalytiske tradisjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47, 16–22.
- Sletvold J. (2014). *The embodied analyst*. London & New York. Routledge.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment-in psychotherapy and everyday life*. New York. Norton.
- Stänicke, Erik & Stänicke, Line Indrevoll (2014). Psykoanalytisk terapi, I: Leif Edward Ottesen Kennair & Roger Hagen (red.), *Psykoterapi – Tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strick, J.E. (2015) *Wilhelm Reich. Biologist*. London. Harvard University Press.
- Varvin, S. (2003). Extreme traumatization: Strategies for mental survival. *International Forum for Psychoanalysis*, 12, 5–16.
- Varvin, S. (2005). Humiliation and the victim identity in conditions of political and violent conflict. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 28, 40–49.
- Varvin, S. (2016). Psychoanalysis with the traumatized patient: Helping to survive extreme experiences and complicated loss. *International Forum of Psychoanalysis*. 25 (2), 73-80.
- Vogt, R. (1905/1909). *Psykiatriens grundtræk. Første & anden del*. Kristiania. Steenske boktrykkeri og forlag.
- Waal, H. (1991). *Nic Waal. Det urolige hjerte*. Oslo: Pax.
- Ås, A. (1958). *Mutilation phantasies and autonomic response. An experimental contribution to psychoanalytic theory*. Oslo: Universitetsforlaget.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 458-466 FAGFELLEVDERT

SIRI ERIKA GULLESTAD, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT s.e.gullestad@psykologi.uio.no

# TALLENDE TAUSHET

Når pasientens yndlingsfortelling ikke bekreftes av terapeuten, får en annen historie mulighet til å vokse frem.

Jeg skal i denne artikkelen diskutere hvordan en psykoanalytisk orientert terapeut kan lytte og intervensere med henblikk på å skape en åpnende samtale som gjør det mulig å få tak i sentrale behov, følelser og fantasier. I psykoanalytisk terapi er det terapeutiske forståelses- og tolkningsperspektivet rettet mot ubevisste konflikter, holdninger og relasjonsmønstre, og den affektive kvaliteten i relasjonen mellom terapeut og pasient utgjør en avgjørende terapeutisk faktor. Det dreier seg ikke om å administrere psykologiske teknikker, men om å kommentere pasientens materiale, blant annet ut fra en forståelse av det komplekse emosjonelle samspillet i den terapeutiske situasjonen. Terapeuten gir ikke hjelp i form av instruksjoner eller råd – og spørsmål besvares ikke uten videre på «face value». I dette perspektivet representerer psykoanalytisk terapi en ukonvensjonell dialog. Hensikten er at pasienten blir bevisst hva hun faktisk føler, og vinner økt frihet i eget liv.

I det følgende skal jeg diskutere hvordan en uventet terapeutisk respons bidrar til å åpne materialet og bringe pasienten i kontakt med underliggende affekt. Jeg søker å beskrive hvordan psykoanalytisk metode kan bidra til å bevisstgjøre underteksten i terapialogen. En tanke om forskjellige nivåer av relasjon formuleres gjennom begrepet *relasjonens topografi*. Avslutningsvis diskuterer jeg terapeutenes relasjonelle kompetanse.

## FRAVÆRET AV FORVENTET GJENSVAR

En psykoanalyse kan beskrives fra ulike ståsteder – fra terapeutenes posisjon, fra pasientens synsvinkel eller fra forskerens observatørperspektiv. En forfatters beretning om egen analyse er en berikende fenomenologisk innfallspurt til erfaringen av metoden (f.eks. Cardinal, 1975). Forfatterens »

## ABSTRACT

### *Silence that speaks*

Using a clinical vignette as a basis, the article discusses the psychoanalytic way of listening to the patient's material. Given that psychoanalytic therapy aims to transcend established, repetitive psychological patterns, the therapist's ability to comment on material from a "free" position is crucial. The author argues that the psychoanalytic concept of "relation" comprises different levels ("topography of relations"). In all forms of therapy, the quality of the therapeutic relationship (empathy, alliance etc.) is of great importance for success. The article argues that in psychoanalytic therapy, the therapist also needs further relational competence. In principle, the therapist should be guided by the unconscious level of communication, in his listening as well as in his way of commenting the material.

*Keywords: psychoanalytic therapy, silence, topography of relations, therapeutic relationships*



I psykoanalysen vil en fellesfaktor som terapeutens «relasjonelle kompetanse» være knyttet til den spesifikke betydningen av «relasjon» som er utviklet i denne tradisjonen

fortrolighet med ord og subtile nyanser kan, mer presist enn en kasuistikk, løfte frem opplevelsen av å være pasient på divanen. Gjennom Vigdis Hjorths fortelling om egen psykoanalyse (Hjorth, 2014) blir vi ført rett inn i situasjonen. Vi er i første time av behandlingen:

«Min første setning på divanen var: Vi var fire søsken, jeg var yndlingsbarnet», beretter forfatteren Vigdis Hjorth om sitt møte med psykoanalysen. «Idet jeg hadde sagt den, i den pinlige stillheten som fulgte – for jeg fikk ingen reaksjon og klarte ikke fortsette – lynte det gjennom kroppen fra isse til fot. Ordene som jeg så ofte hadde begynt fortellingen om meg selv med, avslørte seg eller meg i all sin løgnaktighet. Det var ikke sant, det var omvendt!» (Hjorth, 2014, s. 219–220).

Hva er det vi ser her? Terapeuten er taus – han<sup>1</sup> kommenterer ikke umiddelbart pasientens beretning om seg selv. Tausheten her er imidlertid ikke det samme som mangel på svar. Snarere viser eksemplet at fraværet av respons har stor psykologisk effekt. Kan det bety at tausheten er en form for kommunikasjon eller «svar»? Kanskje er det nettopp et slikt svar pasienten trenger? Det kliniske eksemplet reiser spørsmålet om hva det betyr å svare pasienten.

På divanen starter pasienten «fortellingen om seg selv» – med de ordene hun har brukt så ofte før. Terapeuten reagerer ikke som forventet. Mangelen på gjensvar gjør det umulig for pasienten å fortsette. Ordene blir hengende i luften. Ordene får figur. Vi fornermer hvordan den ferdiglagde karakteristikken «yndlingsbarnet» med ett føles fremmed og falsk. «Den psykoanalytiske divanen innebærer at man blir konfrontert med sitt eget språk», sier Hjorth (ibid., s. 220). For første gang hører hun hva hun egentlig sier. Alt er løgn! En sjokkartet visshet. Tidligere mening går i oppløsning – et ras. «Hvordan kunne det ha seg at jeg hadde gått omkring og innbilt meg noe sånt? Var resten av historien min like forløyet?» (ibid., s. 220). Møtet med falskheten i egne ord gjør at historien må skrives på nytt.

Hva er det som virker så sjokkartet på pasienten? Det er nærliggende å fremheve at stillheten er overraskende. Terapeuten opptre mot alle odds – væremåten er et brudd på forventningene. Reaksjonen er uventet. Vanlig samtale mennesker imellom karakteriseres ved implisitt antakelse om «din tur og min tur» – et umerkelig sosialt spill der deltakerne er innforstått med reglene, og der man innfrir hverandres forventninger. En rytme av gjensidighet sikrer kontakten mellom partene. I denne rytmen fungerer ord som holdepunkter; smålyder som «hm» og «mm» uttrykker at «jeg følger deg».

Hva betyr taushet? Taushet i terapirommet har hovedsakelig vært analysert som en utfordring for terapeuten: Hvordan forstå og håndtere at pasienten er taus? Mens taushet i klassisk psykoanalyse ble sett som motstand mot å assosiere (Freud, 1912a), har utviklingsteori utvidet perspektivet og vist at taushet ikke er et enhetlig fenomen. Tausheten kan romme lengsel etter å bli forstått uten ord, eller tvert om være uttrykk for begynnende autonomi – man bestemmer selv hva man vil fortelle, og hva man vil holde for seg selv. En samlende synsvinkel er å se taushet som *kommunikasjon* (Leira, 1995; Hillestad Hoff, 2007).

1. Eksemplet omhandler en mannlig terapeut og en kvinnelig pasient. Av hensyn til språklig enkelhet bruker jeg i denne artikkelen konsekvent «han» om terapeuten og «hun» om pasienten.

I vårt eksempel er temaet terapeutens taushet og ikke pasientens. Fordi turtaking er det vi forventer når vi kommuniserer, er taushet et mektig sosialt signal. I psykoanalytisk terapi er taushet – selvsagt – ikke et poeng i seg selv. Om terapeuten velger å være avventende, er det for ikke umiddelbart å bekrefte det samtalesporet pasienten har lagt ut på. Hensikten er å komme i kontakt med hvordan det «egentlig» er med pasienten. Å ikke få svar skaper usikkerhet – og Vigdis Hjorth beskriver hvordan usikkerheten blir produktiv. Den ukonvensjonelle dialogen tvinger hos henne frem refleksjon og økt bevissthet om hva hun faktisk føler. Men fravær av vanlig respons kan også oppleves som en avvisning. En mannlig pasient forteller om hvordan han i en terapi hadde følt seg latt alene – nærmest overlatt. Terapeuten var i lange perioder avventende og taus. Mangelen på respons hadde gitt ham en opplevelse av å være uinteressant og kjedelig. Vel ute av terapirommet følte han seg mindre verd enn noensinne. Taushet kan aktivere internaliserte relasjonsscenarioer. I dette tilfellet vekket terapeuten minner om en mor som var emosjonelt fraværende, og som aldri ga sønnen en følelse av å bli sett.

Taushet er således ikke bare opphør av tale, men er selv tale – som når vi snakker om «talende taushet». Hva taushetens tale uttrykker, avhenger for det første av situasjonen. Taushet må alltid analyseres innenfor den spesifikke sammenheng den forekommer. Hvordan taushet oppleves, avhenger for det andre av mottakerens sinn. For én kan avventende taushet være tankestimulerende og utfordrende. For en annen kan taushet vekke skamfølelse og mindreverd. En god terapeut lytter uopphørlig til pasientens affekttilstand og er vår for om pasienten føler seg avvist, forlatt eller kritisert. Å utforske sitt eget indre i en behandling forutsetter en relasjonell «ramme»: Om pasienten opplever relasjonen til terapeuten som utrygg, er det ikke grunnlag for produktivt terapeutisk arbeid. Terapeuten må da rette oppmerksomheten mot selve relasjonen. I denne forstand kommer relasjonen «først».

I en inngående terapi er det nærmest uunngåelig at det oppstår situasjoner der pasienten føler seg kritisert eller ikke forstått. Uansett hvor søkende og ikke-autoritær terapeuten prøver å fremstå, er det ingen garanti for at pasienten opplever ham slik. En pasient som alltid opplever seg ydmyket, vil sannsynligvis kunne oppleve det slik i terapien også, selv om terapeuten er aldri så respektfull. En psykoanalytisk terapeut vil forsøke å gripe og sette ord på de objektrepresentasjoner pasienten har projisert inn i ham, og vil søke å fokusere pasientens forestillinger om terapeutens intensjoner gjennom det Steiner (1993) har kalt «terapeut-sentrerte» tolkninger. Overføring på terapeuten skaper grunnlag for å arbeide med fantasier, følelser og tanker som er sentrale i pasientens forhold til seg selv og andre. Opplevelse av terapeuten kan imidlertid ikke bare forstås som resultat av projeksjoner og overføring. Terapeutens personlighet og væremåte har også vesentlig betydning. Det er avgjørende for en produktiv terapi at terapeuten evner å innreflektere sin egen påvirkning på prosessen.

Tilbake til vårt eksempel (Hjorth, 2014). Hva innebærer det at terapeuten ikke imøtekommer pasientens underliggende forventning om svar? For det første signaliseres at terapeuten ikke uten videre er med på den historien pasienten legger opp til. Det er som om terapeuten stusser: «Er det slik?» Dette er i motsetning til hverdagens samtaler, som ikke sjelden går i kjente spor, og der neste skritt så å si er pre-programmert. Slike samtaler stagnerer ikke sjelden i det triviale. Om psykoanalysen skulle ha en kjenningsmelodi, sier psykoanalytikeren Peter Andreas Holter, måtte det være «It ain't necessarily so». Når yndlingsfortellingen ikke bekreftes, åpnes det for en annen – underliggende – fortelling.

Dernest uttrykker terapeutens holdning dette: «Jeg lytter. Jeg venter på deg.» Han lytter i påvente av noe som kan komme, men som ennå ikke er formulert. Tausheten åpner for at det usagte kan få komme frem – i et forløp der terapeuten fornemmer at noe er på vei. Det dreier seg ikke nødvendigvis om noe som er fortrenget, men om noe som ligger i et førbevisst halvmørke, som er kjent, men likevel ikke tenkt – «unthought known» (Bollas, 1989). Terapeutens «grunnende»<sup>2</sup> posisjon er en invitasjon til at noe kan eksponeres som ikke har vært eksponert før – og som dermed utvider det psykiske landskapet.

For det tredje er tausheten et svar som gir terapien en retning. Ved ikke å «svare» gir terapeuten pasienten mulighet til å erfare at dialogen skal dreie seg om noe som er betydnings-

.....

2. Jeg takker Bjørn Killingmo for denne karakteristikken av terapeutens posisjon.

fullt, men som ikke uttrykkes. Han søker å få henne til å oppleve hva hun egentlig sier. Slik driver fraværet av forventet gjensvar prosessen fremover. Det å ikke svare er ikke et prinsipp, slik mange kritikere av psykoanalysen later til å tro. Tvert om, når terapeuten ikke svarer, er det fordi han søker å svare på et dypere anliggende. Det dreier seg om taushet med en bestemt kvalitet – en «fylt» taushet. Tausheten kan være svar – og kanskje nettopp det svaret pasienten trenger for å bli kjent med seg selv. Derved svarer terapeuten på det vi kan kalle et *utviklingsbehov*. Fraværet av gjensvar er ikke mangel på dialog, men representerer snarere invitasjon til en annen form for dialog. Tausheten åpner for en ny fortelling, som gradvis får form.

### RELASJONENS TOPOGRAFI

Hjorths beretning gir grunnlag for å omtale psykoanalytisk forståelse av begrepet «relasjon». De to «fortellingene» i beretningen er en innfallsport til to forskjellige nivåer av relasjon – henholdsvis *sosial relasjonsmåte* og *indre relasjonsscenario*. Den første viser til observerbar væremåte i møte med andre mennesker. Er personen livlig og snakkesalig – eller sier hun ikke et ord? Tar hun rommet i besittelse, fører seg fritt – eller er hun forknytt og sjenert? Er hun lukket og gardert, kanskje til og med mistenksom? Trekker hun seg tilbake snarere enn å strekke seg ut? Er hun aggressiv eller truende? Den sosiale væremåten kan ofte fortettes i en «stil» eller karakterform: en «besserwisser», en kranglefant, en luring. En krevende, egosentrisk væremåte som uttrykker «meg først».

Det andre nivået av relasjon omhandler de mønstre som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre, og som har nedfelt seg som indre relasjonsscenarier. Disse fungerer som latente relasjoner bak de manifeste. Et scenario viser ikke til ytre, sosialt observerbar atferd, men til indre representasjoner, det vil si til lagrede bilder og forestillinger om forholdet mellom en selv og andre mennesker.<sup>3</sup> Å avdekke et relasjonsscenario bak den observerbare atferden krever tolkning. Det er dette fortolkede relasjonsnivået som er relevant i psykoanalytisk relasjonsteori. På denne bakgrunn kan vi snakke om en *relasjonens topografi*.

Begrepet relasjonsscenario innebærer at individet har internalisert ikke bare bilder (representasjoner) av objektene, men også bestemte samhandlingsformer mellom en selv og objektene. Disse selv-objekt-dialogene har et relativt stabilt mønster og vil sette sitt preg på individets relasjoner til andre senere i livet. De indrerepresenterte dialogscenariene kan senere også overføres til den terapeutiske situasjonen, der pasienten ubevisst søker å manøvrere terapeuten inn i velkjente samspill. Det dreier seg om dialoger bak dialogen (Gullestad & Killingmo, 2009) som settes i spill i aktuelle forhold i nåtiden. Scenarier som aktiveres i den terapeutiske situasjonen eller under et intervju, er ikke kopier av gamle dialoger, men er farget av individets subjektive forestillinger, affekter og fantasier. De er også preget av terapeutens personlighet.

.....

3. Et scenario kan defineres som «relasjonen mellom en selvrepresentasjon og en objektrepresentasjon som har et relativt stabilt mønster, og som kan identifiseres i ulike situasjoner» (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 136–137).

I psykoanalytisk terapi søker terapeuten å lytte til begge relasjonsnivåer. Ikke minst lytter han etter konflikt mellom de to nivåene. Det kan eksistere et gap mellom det sosiale selvet og en underliggende opplevelse av seg selv. I NRKs serie *Jeg mot meg*<sup>4</sup> møter vi unge mennesker som setter ord på dette gapet. Alle har det til felles at de hater sitt eget selv. *Jeg er ingenting / Jeg er aldri bra nok / Jeg kunne like gjerne vært død*. Gjennomgående er ordet «maske» – å «sminke» på seg en maske for å møte verden og de andre. Én som den energiske gladjenta som smiler og ler, en annen som den ironiske humoristen som alltid har en sarkastisk kommentar på lager. Det dreier seg om *forstilling*, om å spille en rolle – for å leve opp til det bildet andre har av en selv. Jenta som var «kåret til skolens solstråle», følte seg ensom innvendig – den utadvendte, livlige stilen dekket over indre tilbaketrekning. Resultatet av en slik splittelse er sterk indre spenning. Forstillingen kan være så omfattende at vi kan snakke om et «falskt selv» (Winnicott, 1965).

Møtet med pasientens sosiale væremåte setter umiddelbart i gang en assosiasjonsprosess som kan gi informasjon om underliggende sentrale relasjonsscenarier. Er personen naturlig til stede på en fri og åpen måte – eller er den sosiale atferden snarere preget av «faking» og sosialt spill? Dreier det seg om en som er affektivt til stede (kontaktevne), eller dreier det seg om pseudokontakt? Evner personen å lytte og å se den andre som en annen? Noen ganger fortettes terapeutens assosiasjoner om pasienten i bilder av en litterær skikkelse – her er selveste Peer Gynt, eller et eventyr – her er prinsessen som ingen kunne målbinde.

Vårt kliniske eksempel gir ingen data om den sosiale væremåten. Vi har derfor ikke tilgang til hva som er bakgrunnen når terapeuten i vårt eksempel velger å forholde seg taus. Det er imidlertid rimelig å anta at terapeuten vet hva han gjør. Det dreier seg om et valg, mer eller mindre bevisst. Valget om å være taus hviler på en antakelse om pasienten som en «alliert» i prosjektet om å utforske seg selv. Terapeuten er selvsagt innforstått med at taushet overfor en pasient han *ikke* har slik allianse med, kan

.....

4. Sendt våren 2016.



oppleves som avvisning. Eksempelet viser at tausheten «treffer». En erkjennelsesprosess settes i gang.

Hvilke holdepunkter kan terapeuten ha hatt? En mulig nøkkel ligger i formuleringen «Ordene som jeg så ofte hadde begynt fortellingen om meg selv med». Denne tyder på at fortellingen er «ferdiglagd». Den er ikke uttrykk for noe pasienten søker seg frem til her og nå; den ledsages ikke av følelser som er levende i rommet. Karakteristikken «yndlingsbarnet» rommer et fasttømret bilde av henne selv og egen betydning i familien. Hva er det som gjør at terapeuten velger å se det an? Det at selv fremstillingen kommer så raskt og så samlet, kan gi en fornemmelse av at noe er *om å gjøre*. Kanskje opplever terapeuten at pasienten har det travelt med å fortelle om sin privilegerte posisjon – og at det for henne gjelder å få aksept for at slik er det? Kanskje er det noe i hennes tonefall eller tempo som gjør at han stusser? Det skulle ikke være motsatt? Det at noe er om å gjøre, peker ikke sjelden på en motsatt historie som må holdes i sjakk.

Det er en bred erfaring, klinisk så vel som forskningsmessig (gjennom studier av tilknytning<sup>5</sup>), at vi kommer ut av barndommen med overleverte kategorier for å beskrive foreldrene våre: «Familien var sånn, mor sånn og far sånn». Slike kategorier er en del av det såkalte *semantiske* hukommelsessystemet, som rommer vår ferdigskrevne selvbiografi («Jeg hadde en fin oppvekst»). I kontrast står det *episodiske* systemet, som forvalter minner om konkrete hendelser. Affekten er knyttet til erindringer om bestemte situasjoner – hvem sa hva til hvem i hvilken situasjon. Ofte er det avvik mellom de to hukommelsessystemene. I intervjuet sier personen for eksempel om mor at hun alltid var «kjærlig». Samtidig kan hun ikke gi eksempler på dette, og det er ingen minner om kjærlige samspill. Da sier vi at det mangler «episodisk dekning» for de overleverte, semantiske kategoriseringene. I eksemplet er dette sannsynligvis uttrykk for idealisering. Personen hegner om en spesiell versjon av historien for å opp-

.....

5. *Adult Attachment Interview (AAI)* (George et al., 1985; Crittenden & Landini, 2011) kartlegger tilknytningsmønstre hos voksne gjennom systematisk diskursanalyse av individets fortelling om relasjoner til nære omsorgspersoner. Brukt som metode for evaluering av terapieresultat, viser AAI hvordan kategorier for beskrivelse av omsorgspersoner kan endres gjennom terapi (Gullestad, 2003).

rettholde en fasade, kanskje for å beskytte seg selv eller foreldrene.<sup>6</sup>

En terapi gir mulighet for å bryte fastlåste kategorier og bringer individet i kontakt med hva hun faktisk føler. I vårt eksempel skjer det gjennom terapeutens taushet. Ved at terapeuten ikke svarer konvensjonelt, får det indre scenariet en mulighet til å komme frem – «Det var ikke sant, det var omvendt». Fortellingen om yndlingsbarnet gjemmer en annen fortelling, som gradvis avdekkes ved hjelp av terapeutens kommentarer.

### EN ÅPNENDE SAMTALE

På bakgrunn av det foregående skal jeg fremheve noen trekk ved den psykoanalytiske metoden.

For det første bestreber terapeuten seg på å lytte bredt. Freud (1912b) sier at terapeuten lytter med «frittsvevende oppmerksomhet» (*gleichschwebende Aufmerksamkeit*). Det første leddet i formuleringen – «fritt» – gir assosiasjoner i retning av å være ubundet av forutfattede meninger og forestillinger. Det andre leddet – «svevende» – gir assosiasjoner i retning av å være *over* noe på en slik måte at terapeuten søker å være åpen for alle inntrykk. En annen formulering er fremsatt av Bion (1967): Terapeuten lytter «uten hukommelse og begjær». «Uten hukommelse» innebærer at terapeuten søker å se bort fra tidligere viten om pasienten og å være åpen for det ennå ikke formulerte. «Uten begjær» henspiller på at terapeuten søker å fri seg fra ytre og indre press om å yte, forstå, mestre eller helbrede (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 106-107). Begge lyttemetaforene formidler en fristilt indre holdning. Denne tilrettelegger for et «åpent rom» både i terapeuten selv og i forholdet partene imellom – et rom for ennå ikke realiserte affekter og tanker. Gjennom sin holdning søker terapeuten å skape betingelser for en åpnende samtale (Killingmo, 1999). Han søker å lytte u-forutinntatt, ikke bare etter talens innhold, men etter talens form. I dette lyttesperspektivet ligger også en tanke om at ulike «stemmer» i pasienten søker å komme til uttrykk. Disse stemmene taler gjennom pasientens tonefall, mimikk og kropps- holdning. Ikke sjelden taler de med motstri-

.....

6. *AAI*-intervjuet er spesielt egnet for å avdekke diskrepanser mellom semantisk ferdiglagde diskurser og konkrete, episodiske erindringer.



En sam-  
lende syns-  
vinkel er å  
se taushet  
som kom-  
munikasjon





Ved at terapeuten ikke svarer konvensjonelt, får det indre scenariet en mulighet til å komme frem

dende budskap. Derfor søker terapeuten å «sette seg i en modus» som gjør det mulig å registrere umerkelige, uventede detaljer i kommunikasjonen.

Terapeuten søker også å lytte «innover», til sitt eget indre, etter følelser som vekkes i ham i møte med pasienten. Tanken er at disse følelsene kan gi informasjon om hva slags samspill pasienten inviterer til. Ved at terapeuten bestreber seg på å bli bevisst hvilken «rolle» han er tildelt – for eksempel som streng kritiker, rival eller beundrende tilskuer – kan han danne hypoteser om pasientens indre relasjonsscenarier. Sandler (1976) beskriver denne prosessen gjennom begrepene rolletildeling og rollemottakelighet – terapeuten er rede til å «ta imot» rollen for så å prøve å bli den bevisst. Kanskje er vi som terapeuter manøvrert inn i en posisjon der vi skal synes synd på pasienten eller føle skyld for at vi ikke har «gitt nok»? Spørsmål av typen «Hva vil hun ha meg til å tenke om seg nå?» eller «Hvem er det hun krangler med her?» kan bringe en på sporet av sentrale indre dialogmønstre, som nå er *overført* på terapeuten. En pasient er avventende, skeptisk – holder terapeuten mål? En annen lytter tilsynelatende oppmerksomt – samtidig formidles et subtilt «men»: Terapeuten skal få føle at pasienten selv har siste ordet.

I psykoanalytisk teori har terapeuten subjektivitet således en spesiell posisjon som erkjennelsesinstrument. Såkalt *motoverføring* – definert som terapeuten sine affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten (Gabbard, 1995; Gullestad & Killingmo, 2013) – kan hjelpe terapeuten å få tak i hvordan pasienten på ulike måter, ubevisst, forsøker å «fange» ham. Dette krever refleksjon over hvilke punkter i en selv pasienten aktiverer, når man føler seg utilstrekkelig, devaluert eller avmektig – det vil si hvilke «knagger» (Gabbard, 1995) pasientens projeksjoner har festet seg på. Fra å være definert som en hindring i klassisk psykoanalyse har motoverføring derved fått status som et helt sentralt klinisk instrument. En bredere diskusjon av motoverføring ligger utenfor rammen av denne artikkelen. Men det må understrekes at bruk av egne følelser som instrument forutsetter et selvanalytisk arbeid: Terapeuten må kunne skille mellom følelser som er svar på pasientens kommunikasjon på den ene siden og reaksjoner som ikke har noe med pasienten å gjøre (terapeuten sine overføringer, se Gullestad & Killingmo, 2013, s. 155) på den andre siden.<sup>7</sup>

Et annet trekk ved metoden er instruksjonen til pasienten om *fri assosiasjon* (Freud, 1913; Killingmo, 1971)<sup>8</sup>, grunnregelen som skaper rammen om psykoanalytisk behandling. Den innebærer en oppfordring til pasienten om å være så åpen som mulig, og motstå fristelsen til å holde noe tilbake fordi det er ubehagelig eller pinlig. Formålet er å skape et rom der det uenevnelige kan nevnes. Gjennom instruksjonen henstilles pasienten om å sette seg selv i en posisjon der noe kan komme for dagen som ellers ville bli liggende i mørke: «Å gå i analyse kan sammenliknes med å lese sin egen tekst som om den var en annens etter å ha skrevet som i svime» (Hjorth, 2014, s. 220).

Den rolle den *uventede* synsvinkel spiller i psykoanalytisk teknikk (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 208), må også fremheves. Spenningen

.....

7. For en inngående diskusjon, se Gullestad og Killingmo, 2013, s. 153–160.

8. Hver terapeut har sin egen utforming av grunnregelen. Felles er gjerne fremheving av at timene står til pasientens disposisjon («timene er dine»), at hun står fritt til å uttrykke egne følelser og tanker, samt en oppfordring om å være så åpen som mulig, selv om det skulle være ubehagelig eller flaut. Dette i motsetning til terapiformer som innebærer treningsopplegg og hjemmelekser (Killingmo, 1985).

i terapirommet skaper ikke sjelden et ubehag som pasienten ønsker å unngå. En måte å slippe unna ubehaget på er å bevege dialogen inn i et nøytralt spor – for slik å styre unna temaer som er truende, og derved opprettholde en etablert psykologisk balanse. Terapeuten søker å innta en «metaposisjon» i dialogen: Samtidig som han deltar i relasjonen, observerer han den interaksjonen som finner sted mellom ham selv og pasienten. Den terapeutiske utfordringen er å kommentere pasientens materiale fra uventede synsvinkler som kan bringe dialogen ut av kjent terreng. Å vente er én måte. En annen er å løfte frem spesielle elementer i pasientens beretning, slik at pasienten selv får øye på hva hun meddeler gjennom sin språkform og væremåte. Terapeuten utfordrer pasientens sikkerhetsnett – som en «lavmælt provokatør» (Holter, 1986).

## DISKUSJON

Den kliniske lyttemåten jeg har belyst, hviler på en teori om personlighetsutvikling og psykopatologi, der begreper som ubevisst motivasjon, indre konflikt og strukturdannelse står sentralt. Forståelsen av terapiprosessen og terapeutens rolle er forankret i samme teori – de enkelte kliniske grepene er tett innvevd i en spesifikk modell for terapeutisk endring.

I dagens diskusjon om forskjeller og likheter mellom ulike terapimetoder er det en tendens til å legge vekten på likheter. Et funn fra psykoterapiforskningen er at behandlingsresultater – målt med visse kriterier – er temmelig like, på tvers av terapiformer (Wampold & Imel, 2015). På denne bakgrunn hevdes det at selv om det dreier seg om svært uensartete teoretiske tradisjoner, vil ulike terapier *i praksis* ikke virke svært forskjellig. Det er en gammel tanke at endringsprosesser kan føres tilbake til noen avgrensede faktorer som er *felles* for ulike psykoterapimetoder (Rosenzweig, 1936; Frank & Frank, 1991; Lambert, 1992; Wampold, 2009; Wampold & Imel, 2015). En rekke fellesfaktorer er foreslått, som empati, allianse, korrigerende erfaringer, terapeutens relasjonelle kompetanse.<sup>9</sup>

.....

9. Arbeidet med å avgrense elementer som er felles for alle – et terapiens minste felles multiplum – er utgangspunkt for *integrative* psykoterapeutiske tradisjoner (Wachtel, 2011; Benum, Axelsen & Hartmann, 2013). Falkum, Hytten & Olavesen (2015) hevder at man bør ta utgangspunkt i denne integrative bestrebelsen for å bryte ned skolegensene og hindre en destruktiv oppsplitting av fagfeltet.

Mitt poeng i denne sammenhengen er at i psykoanalysen vil en fellesfaktor som terapeutens «relasjonelle kompetanse» være knyttet til den spesifikke betydningen av «relasjon» som er utviklet i denne tradisjonen. Denne omhandler ikke først og fremst observerbare samspill, men snarere mønstre som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre, og som har nedfelt seg som indre relasjonsscenerier.

«Relasjon» er dagens språk. I denne situasjonen er det viktig å avklare hva vi mener med begrepet. Hvilket nivå av relasjoner som fremtrer som sentrale, vil avhenge både av målsettingen med behandlingen og av terapeutisk arbeidsmåte. Hvis terapien sikter mot å endre ubevisste repeterende, destruktive væremåter og samspill, slik det er i en psykoanalytisk terapi, vil terapeuten søke å fange inn de underliggende relasjonsscenerier og få dem «inn» i dialogen. Dette er utfordrende – ikke minst når det gjelder aktivering av scenarier preget av negative følelser som hevnjerrighet, raseri, bitterhet, misunnelse og grådighet. I dette arbeidet må terapeuten blant annet bruke egne følelser (motoverføring) som et instrument – empatisk innlevelse er ikke nok. I psykoanalytisk terapi er det derfor vanskelig å snakke om terapeutens relasjonelle kompetanse som en fellesfaktor. Dette vil kunne dekke over reelle forskjeller.

## AVSLUTNING

Å drive psykoanalytisk behandling innebærer å bringe seg selv i en bestemt mental «modus» som kan fortettes i uttrykket «å slippe taket» (Gullestad, 1997). Slippe taket i logisk tenkning for å gjøre seg mottakelig for den affektive klangbunnen i pasientens budskap. Ikke minst slippe taket i gjengs væremåte og våge å være direkte. Dette innebærer spenning – og evne til å stå i spenning. Ikke bare for pasienten, men også for terapeuten kan det føles tryggest at samtalen befinner seg på velkjent grunn. Den ukonvensjonelle psykoanalytiske dialogen er et brudd med dagliglivets omgangsform. Det er en krevende dialog – som forutsetter at terapeuten oppleves som godartet selv om han utfordrer pasienten. Én måte å utfordre på, som jeg har beskrevet i denne artikkelen, er det uventede fravær av respons. Terapeuten fornemmer at en avventende holdning er det som er nødvendig for å bringe prosessen videre. Å ikke svare fremtrer på denne bakgrunn som en kunst. ❌ »

## REFERANSER

- Benum, K., Axelsen, E. & Hartmann, E. (red.) (2013). *Hva er god psykoterapi?* Oslo: Pax forlag.
- Bion, W. (1967). Notes on memory and desire. I E.B. Spillius (red.) (1988), *Melanie Klein today. Developments in theory and practice*. Bind 2. London: Routledge.
- Bollas, C. (1989). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press.
- Cardinal, M. (1975). *Lets mots pour le dire*. Paris: Éditions Grasset & Fasquelle.
- Crittenden, P.M. & Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Falkum, E., Olavesen, B. & Hytten, K. (2015). Problemet med mangfoldet av terapeutiske skoler. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52 (4), 314–320.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1912 a). Dynamics of transference. *Standard Edition XII*. London: The Hogarth Press, 97–108.
- Freud, S. (1912 b). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *Standard Edition XII*. London: The Hogarth Press, 109–120.
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment. *Standard Edition XII*. London: The Hogarth Press, 121–144.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475–487.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *An Adult Attachment Interview: Interview Protocol*. Upublisert manuskript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gullestad, S.E. (1997). «Å slippe taket». Erfaringer fra veiledning i intensiv dynamisk psykoterapi. I S.E. Gullestad & M. Theophilakis (red.), *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget, 131–154.
- Gullestad, S.E. (2003). The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome studies. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 651–668.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2009). Dybdeintervjuet. Dialogen bak dialogen. I A.L. von der Lippe & M.H. Rønnestad (red.), *Det kliniske intervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hjorth, V. (2014). Språkets lekkasje. *Agora. Journal for metafysisk spekulasjon*, nr. 1–2, 219–224.
- Hoff, C. Hillestad (2007). *Taushet i terapierommet. En undersøkelse i lys av psykoanalytisk orientert teori*. Hovedoppgave, Oslo: Psykologisk institutt.
- Holter, P.A. (1986). Psykoterapeuten: Den lavmælte provokatør. I P. Anthi, F. Piene & P. Vaglum (red.), *Psykoanalyse i dag*. Oslo: Tano.
- Killingmo, B. (1971). *Den psykoanalytiske behandlingsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Killingmo, B. (1984). Hva er dynamisk psykoterapi? *Nordisk Psykologi*, 36 (3), 129–146.
- Killingmo, B. (1999). Den åpne samtalen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 119 (1), 56–59.
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (red.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Leira, T. (1995). Silence and communication: Non verbal dialogue and therapeutic action. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18, 41–65.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6: 412–415.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *The international Review of Psychoanalysis*, 3, 43–47.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats. Pathological organization in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.
- Wachtel, P.L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self. The innerworld, the intimate world, and the world of culture and society*. London and New York: Routledge.
- Wampold, B.E. (2009). *The great psychotherapy debate*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (2.ed.). New York: Routledge.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.

**ENQUÊTE**

Arven etter Freud

## Hvorfor er seksualitet så viktig for oss?

Du håpet sikkert at jeg skulle fortelle noe skrekkelig om å ha blitt voldtatt som femåring. Overhodet ikke. Jeg er så lei av seksualitet at jeg orker ikke å ta ordet i min munn. Jeg er fed up. Metoo meg her og der. Dette har vi holdt på med siden Adam og Eva, men nå er det som om vi akkurat har oppfunnet det.

Anne K. Lund (88), pensjonert lektor, Bergen

Seksualitet er godt, både alene og sammen med andre. Det er viktig, fordi det handler om hvordan du vil ha det med deg selv, og hvordan du vil ha det med andre.

Veslemøy Ruud (60), helsesøster, Oslo

Man skal formere seg, det er poenget. Så har det vel hendt at det var godt.

Mann (64), regnskapsfører, Fredrikstad

Det er slik mennesket er skapt, vi er menn og kvinner. Det kommer ikke utenfra, det er der allerede, alltid. Det er et naturlig instinkt, som med mat og drikke.

Arun Sreekanth (32), ingeniør, Amsterdam

Det er viktig for å skape relasjoner. Og samhold. Det skaper gode bånd. Så lenge det er en seksualitet som begge vil og er enige i.

Siv Soldal (42), barnehagelærer, Ski

Gud skapte seksualitet hos dyr og mennesker. Det er ingen som bestemmer at det skal komme, det er der automatisk. Jeg kan ha sex med en jeg elsker, det er et viktig behov hos alle voksne mennesker uansett alder.

Ndambara Rugombossa (42), student, Fredrikstad

Se også side 414. ✕

**Aktuelt**

## Gransker mulige lovbrudd ved BUP Haugesund

AV Øystein Helmikstøl

I januarutgaven av Psykologtidsskriftet fikk BUP Haugesund sterk kritikk for utredningen og behandlingen av en jente som ble henvist på grunn av mistanke om seksuelle overgrep fra sin biologiske far. Far ble i tingretten dømt til ni års fengsel. I lagmannsretten ble han frikjent av juryen på alle punkter, mens han av fagdommerne ble dømt til å betale erstatning.

Artikkelen i Psykologtidsskriftet og eksterne henvendelser var bakgrunnen for at Helse Fonna gransket seg selv.

Helse Fonnas egen vurderingsgruppe konkluderer i en rapport med at utredningen av jenta var faglig uansvarlig og ikke i tråd med anerkjent faglig praksis.

Fylkeslege Helga Arianson i Hordaland opplyser i brev til Psykologtidsskriftet at saken er så alvorlig at Fylkesmannen nå skal vurdere om klinikkledelsen og ansvarlig helsepersonell har brutt helselovgivningen. Begge

parter er derfor bedt om å uttale seg om hvilke vurderinger som er gjort i saken, og bakgrunnen for disse, hvilke retningslinjer som fantes for denne typen behandling, og hvordan ansvarsforholdene ved klinikken var.

Klinikkdirektør i psykisk helsevern i Helse Fonna, Kenneth Eikeset, kommenterer internrapporten slik:

- Konklusjonen i rapporten peker på at jenta som var pasient ved BUP, har fått behandling som har gitt en positiv utvikling for henne. Rapporten påpeker også at barnet ikke har fått god nok utredning i Helse Fonna. Det beklager vi.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 468-477 FAGFELLEVDERT

KENNETH FOSSE JØRGENSEN, Norsk Karakteranalytisk Institutt, Privatpraksis, Kristiansand

KONTAKT kenneth@fossejorgensen.no

# KARAKTEREN

## - Selvets relasjonelt tilgjengelige og erfaringsnære utside

Karakteren utgjør en bro som overskrider skillet mellom før og nå, indre og ytre, kropp og sinn. I klinisk praksis kan karakterbegrepet utgjøre et nyttig supplement til selv-begrepet

Pasienters kroppsspråk og væremåte kan være vel så talende som deres verbale ytringer. Denne erfaringen lå til grunn for at Wilhelm Reich (1933/1972) utviklet karakteranalysen. Ved siden av å lytte til det pasientene sa, ble *karakteren* i form av væremåte, vaner, gester, mimikk, holdning og talemåter vektlagt som en viktig kilde til å forstå den andre. Via ubevisste handlinger og holdninger hevdet Reich at karakteren håndterer konflikter mellom indre behov og de ytre omgivelsenes frustrasjon av behovene (Reich, 1933/1972). Personen demper sine iboende driftsimpulser og former sin interpersonlige sfære slik at vedkommende beskytter seg mot avvisning fra omgivelsene. Pasientenes karakteristiske væremåter avspeiler slik deres livserfaringer og gir verdifull informasjon om deres utfordringer. Med karakteranalysen var Reich banebrytende med tanke på å fremheve strukturaliserte og nonverbale aspekter ved pasientenes personlighet.

I nyere tid har den «relasjonelle vendingen» innenfor psykoanalyse (eks. Aron, 1996; Mitchell, 1988, 1993; Mitchell & Aron, 1999; Stern, 2016) utvidet vår forståelse av det terapeutiske møtet. Mens Reich var forankret i datidens «en-person-psykologi» – der man relativt ensidig »

### ABSTRACT

#### *Character - The embodied self's accessible outside*

From within a Norwegian character analytic tradition, the author suggests clinical benefits of a character-concept that emphasise relatively stable experiential aspects of ways of being with others. Conceptualizing character as a structure evolved from the individual's relations with other people, it's bodily expressions might reveal valuable information about life-experiences as well as unconscious aspects of self-experience. While self-experience refers to inner representations, character comes to life as an outer manifestation of the embodied self-experience through *how* the patient presents herself and *how* the patient relates to others. It is therefore argued that the concepts *self* and *character* might complement each other in a valuable way in clinical practice. Clinical vignettes from a case are used to illuminate the topic.

*Key words: embodied, character, self, psychoanalysis, relational, experience*



## Karakteren fungerer som et kommuniserende subjekt som gir form til ens livserfaringer

fokuserte på pasientens væremåte – ses terapeuten nå som en fullverdig deltaker og sentral påvirker på det som skjer i et «gjensidig, men asymmetrisk» (Aron, 1996) samspill innenfor et «intersubjektivt felt» (Stern, 2016). Dette innebærer at ingen av partene kan ses isolert fra den andres påvirkning, og at samspillet mellom pasient og terapeut har fått en mer sentral plass i den terapeutiske utforskningen. Det uoversiktlige og unike møtet mellom to mennesker vil alltid preges av det særegne ved hver av partene. Når intersubjektivitetstenkningen nå har fått klinisk og teoretisk fotfeste, er det derfor behov for strukturbegreper som viser til partenes relativt stabile og individuelt spesifikke bidrag til samspillet. Et karakterbegrep kan bidra til å fylle dette behovet, og tydeliggjøre noe av det Wachtel (2017) hevder er mangelfullt teoretisk utviklet innenfor den relasjonelle psykoanalysen: forklaringer på *hvordan* fortidens relasjoner skapes, gjenskapes og opprettholdes i nåtid. Wachtel (2017) savner teorier og begreper som beskriver hva som medierer utviklingen fra barndom til voksenliv, og som bidrar til å «bære fortiden inn i nåtiden» (Wachtel, 2017, s. 503, min oversettelse).

*Karakter* beskrives som et «tvetydig» begrep (Baudry, 1984; Piers, 2000), uten en tilfredsstillende definisjon eller klar plass i psykoanalytisk teori (Schafer, 1979). Internasjonalt benyttes gjerne *karakter* og *personlighet* om hverandre (eks. McWilliams, 2011; Lingardi & McWilliams, 2017; Shapiro, 1989/1999; Piers, 1998, 2005) for å vise til ens særegne og «relativt stabile måter å tenke, føle, handle og relatere seg til andre på» (Lingardi & McWilliams, 2017, s. 71, min oversettelse). Mens Reich vektla de *ytre*, observerbare aspektene ved karakteren (1933/1972), knyttes begrepet i dag vel så mye til *indre* psykiske prosesser, slik som «motiver, fantasier, karakteristiske tanke- og følelsesmønstre, hvordan man erfarer seg selv og andre, og hvordan man mestrer og beskytter seg selv» (Lingardi & McWilliams, 2017, s. 18, min oversettelse). Reichs innflytelsesrike opphold i Norge i perioden 1934–1939 har imidlertid bidratt til en karakteranalytisk/psykoanalytisk tradisjon som på et særnorsk vis forbinder *karakter* med *hvordan* slike stabile aspekter ved personligheten kommer til uttrykk i *form* og *væremåte* (eks. Gullestad, 2015; Gullestad & Killingmo, 2005/2013; Killingmo, 2007; Sletvold, 2014).

Ved Norsk Karakteranalytisk Institutt vurderes det nonverbale og ytre *karakteruttrykket* som en vesentlig informasjonskilde i det terapeutiske arbeidet. I senere tid har Sletvold (2014, 2016) videreutviklet karakteranalysen ved å integrere kroppsbasert («embodied») karakteranalyse med sentral teori fra den relasjonelle psykoanalysen. Som en fortsettelse på dette arbeidet tar denne artikkelen sikte på å illustrere karakterbegrepets kliniske funksjon.

Det er ikke artikkelens hensikt å bidra med en uttømmende drøfting av forskjeller og likheter i karakterforståelse mellom ulike teori-tradisjoner, men snarere å integrere teori for å fremme forståelse for begrepets kliniske nytteverdi innenfor en moderne karakteranalytisk forståelsesramme. Mens karakterbegrepet historisk oppstod innenfor drift/struktur-modeller (jf. Greenberg & Mitchell, 1983), knyttes karakter i denne artikkelen til relasjon/struktur-modellen til den relasjonelle psykoanalysen. Karakterstrukturen anses som et produkt av hvordan man er formet av mellommenneskelige relasjoner (jf. Greenberg & Mitchell, 1983, s. 20). «Avtrykket» av ens relasjonelle erfaringer hevdes å komme til uttrykk gjennom *hvordan* man fremstår, og *hvordan* man relaterer seg til andre. Mens *selv* fremheves som det mest



sentrale strukturbegrepet innenfor den relasjonelle psykoanalysen (Mitchell, 1993), vil artikkelen illustrere at karakterbegrepet kan utgjøre et klinisk nyttig supplement til selvbegrepet ved å lede oppmerksomheten mot stabile nonverbale, prosedurelle og ubevisste aspekter ved den enkelte. Karakteren får slik funksjon som *selvets relasjonelt tilgjengelige og erfaringsnære utside*. I forordet til boken *The Embodied Analyst* nevner Sletvold (2014) kort forholdet mellom selv og karakter. For øvrig knytter han imidlertid selvbegrepet til *kroppen* fremfor til *karakteren*. Dette bidrar til et behov for å tydeliggjøre sammenhengen mellom *selv* og *karakter* innenfor vår tradisjon.

Karakterforståelsen som presenteres, er vokst frem i vekselvirkningen mellom kliniske erfaringer og teoretiske analyser. Dette gjenspeiles i artikkelens veksling mellom teori og kliniske vignetter. De kliniske vignettene er basert på prosessnotater fra timene med en pasient med pseudonymet Lisa. Av hensyn til anonymiteten er biografiske detaljer omskrevet. Pasienten har selv lest igjennom manuskriptet og gitt tillatelse til å presentere artikkelen slik den fremstår.<sup>1</sup>

## LISA

Lisa (40 år) var nylig sykemeldt da hun tok kontakt etter anbefaling fra fastlege. Legen oppfattet henne som lettere deprimert med tegn på utbrenthet. Lisa selv opplevde seg som en belastning. Setninger som «jeg må bare ta meg sammen» og «jeg har ingenting å klage over» ble gjentatt som indre mantraer. De ble forsterket av møter med fastlege, arbeidsgiver og av venner som lurte på hvordan hun hadde det. Det kjentes imidlertid umulig å gå tilbake i jobben. Alt strittet imot i henne. De instruerende setningene ble avløst av tanker om døden. Verst var det når hun i samspill med fastlegen opplevde at han «presset» henne til å endre seg, for eksempel når han spurte hva hun tenkte om å gå tilbake til jobben, når han implementerte CBT i samtalene eller foreslo kurs i depresjonsmestring. Med et ønske om å forsvinne fra jordens overflate gikk hun da fra fastlegens kontor. Det nærmeste hun kom, var å isolere seg på soverommet, legge seg

.....

1. Jeg vil rette en takk til «Lisa» for at jeg får mulighet til å benytte våre felles erfaringer i denne artikkelen.

under dyna og fantasere om døden. Hensynet til familien gjorde det utenkelig å handle på suicid-tankene. Hun skammet seg og instruerte seg om å ta seg sammen: «Du har ingen grunn til å klage.»

Hun nærmest strålte da hun smilende kom meg i møte første gang jeg traff henne. «Hvordan har du det?» var noe av det første hun spurte om. «Jo, takk. Bare bra!» svarte jeg, før jeg fikk tenkt meg om. Jeg merket at jeg ble brydd av spørsmålet. Det kom med en kraft som forrykket den vante rollefordelingen i terapirummet. Vel på plass i stolen begynte hun å fortelle om noe som hendte henne på veien. Hun underbygget historien med gester, mimikk og bevegelser. Historien hadde et vittig preg, og jeg kjente meg underholdt av henne. Rollene var tydelig fordelt; *hun* underholdt *meg*. Tanken på å skifte fokus over mot hva som ledet henne til terapi, fikk meg til å føle meg ufin. Jeg kjente på et press om å la være. Hva var det som skjedde mellom oss?

Jeg kommenterte det særegne ved det som utspilte seg. At *hun*, fremfor å be om hjelp spurte hvordan *jeg* hadde det, før hun fortsatte med å underholde meg. Det uuttalte spørsmålet «Sier dette noe om deg?» ble oppfattet av bemerkningen. Hun sank litt sammen. Øynene ble fuktige. Hun så på meg. Rollene var snudd, og skiftet var tydelig vanskelig for henne.

Hvem er denne pasienten? Kan det nonverbale og implisitte samspillet beskrevet i vignetten si noe essensielt om pasienten og hennes livsutfordringer?

## HVA TILBYR LISA?

Med et karakteranalytisk perspektiv kan man hevde at det som først og fremst tilbys i første møte med Lisa, *ikke* er en verbal beskrivelse av hennes problemer, men en iscenesettelse av *en «levd» erfaring* (Stern, 2004) som gir et inntrykk av hvem hun er. Hvordan fremstår hun? Hvordan forholder hun seg til seg selv og til meg? Hva slags relasjon inviteres jeg inn i? Gjensidighet, komplementaritet, underkastelse eller dominans?

Ved å rette oppmerksomheten mot *hvordan* Lisa gir seg til kjenne, og hvordan det *oppleves* å være sammen med henne, med en antakelse om at dette potensielt kan si noe om hvem hun er, og hva hun strever med, kan slike samspills-erfaringer gi verdifull informasjon om temaer

»



Ved å la seg bevege i samspill med pasienten kommer karakteren til uttrykk i relasjonen

for videre utforskning. Med et karakteranalytisk perspektiv anses det som nyttig å påbegynne en hypotesedannende undring omkring pasientens karakter fra første møte. Da det terapeutiske samspillet imidlertid alltid er felles skapt – påvirket av situasjonelle og kontekstuelle faktorer – kan man ikke konkludere om stabile aspekter basert på et enkelt møte. For eksempel kunne Lisa vært ekstra nervøs denne dagen eller hun kunne vært sterkt påvirket av hvordan jeg fremsto. For å få et noenlunde klart bilde av pasientens karakter er det derfor nødvendig med gjentatte erfaringer, samt at man inn-reflekterer eget bidrag til det terapeutiske samspillet.

### SELV OG KARAKTER

Gjennom psykoanalysens historie har ego (Freud, 1923), karakter (Reich, 1933/1972), selv (Kohut, 1971/2009) og personlighet (Lingiardi & McWilliams, 2017) vært sentrale strukturbegreper som fremhever stabile aspekter ved den enkelte. Det at karakterbegrepet hevdes å overlapse med de andre begrepene (Baudry, 1984; Schafer, 1979, 1983), i kombinasjon med at *selv* anses som det viktigste og mest sentrale psykoanalytiske begrepet i nyere tid (Mitchell, 1993), kan gi grunn til å stille spørsmål ved om man trenger et karakterbegrep. Men, på samme måte som Reich så behov for å vektlegge karakter for å fremheve den ytre manifestasjonen av ego, kan det være nyttig å supplere selvbegrepet med et karakterbegrep (Baudry, 1984, Reich, 1933/1972). Mens de tradisjonelle ego- og selvbegrepene først og fremst viser til indre fenomener, viser karakter vel så mye til *hvordan* man gir seg til kjenne, og *hvordan* man relaterer seg til andre (Schafer, 1979; Sletvold, 2014). For terapeuten er pasientens indre opplevelser usynlige. Pasienten kan snakke om dem, og terapeuten kan prøve å tenke seg til dem, men pasientens selvopplevelse, indre selv-andre-representasjoner eller fantasier kan ikke direkte erfares av terapeuten. Bruk av gester og mimikk, rytmiske aspekter ved det terapeutiske samspillet, hvordan pasienten posisjonerer seg i relasjonen, hvordan pasienten snakker, og så videre, kan imidlertid observeres og direkte erfares av terapeuten. Slike erfaringsnære aspekter er karakterens uttrykk. Sammenlignet med pasientens indre livsverden er karakteren derav mer umiddelbart tilgjengelig for terapeuten

opplevelse. Karakteren kan fungere som *selvets relasjonelt tilgjengelige og erfaringsnære utside*.

«The ego is first and foremost a bodily ego» (Freud, 1923, s. 26). Sletvold (2013, 2014) har gjennomgått Freuds teorier om forbindelsen mellom ego og kroppen, og vist at disse samsvarer med Damasio (2000, 2010) teorier. Begge anser selvets kjerne som emosjonell, og begge anser kroppen, emosjoner, selvet og bevisstheten som uatskillelige. Med utgangspunkt i dette hevder Sletvold (2013, 2014) at ego/selvet oppstår som en sansning av den emosjonelle kroppstilstanden. Et nonverbalt «kropps-jeg» er utviklingsmessig til stede forut for et mer bevisst, verbalt, autobiografisk og reflektivt selv (Schore, 1994, 2011; Sletvold, 2013, 2014). Videre er ens bevisste selvopplevelse alltid (mer eller mindre) forbundet med et «kropps-jeg» eller «kropps-selv» (Sletvold, 2013, 2014). Med denne forståelsen skriver Sletvold (2014): «While I see sense of self as the inner feeling of our emotional body state, I use character to denote this same emotional body state as observed from the outside» (s. xvi). I tråd med ideen om at karakteren tilbyr en ytre manifestasjon av ego/selvet (Baudry, 1984; Reich, 1933/1972), knytter Sletvold (2013, 2014) bånd mellom det indre og det ytre. Imidlertid nevnes forholdet mellom selv og karakter kun kort av Sletvold (2014), som hovedsakelig relaterer selvet til *kroppen* fremfor til *karakteren*. Med utgangspunkt i hans tenkning kan man imidlertid hevde at kropp og sinn er forbundet som en helhet, og at karakteren fungerer som et kommuniserende subjekt som gir form til ens livserfaringer.

Impliserer dette at begrepene selv og karakter viser til to sider av samme sak – personen erfart fra innsiden eller utsiden? Teorier om selvutviklingen kompliserer denne ideen. Når selvet utvikles via internalisering av omsorgsgivers verbale og nonverbale responser på barnets uttrykk (Bromberg, 2006; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Stern, 1985/2003; Wallin, 2007; Winnicott, 1967/1971), vil erfaringer som ikke har vært gjenstand for intersubjektiv deling, være frakoblet ens bevisste selvopplevelse. Erfaringene leves ut på et implisitt, proseduralt plan og kommer til uttrykk gjennom hvordan man er. For pasienter som i liten grad har fått hjelp til å bevisstgjøre seg selv intersubjektivt, og som har vansker med å formidle sitt

indre liv, kan karakteruttrykket derav gi verdifull informasjon om det som omtales som «uformulerte erfaringer» (Stern, 2010), eller «unthought known» (Bollas, 1987): det man ikke har tenkt over, men like fullt vet. Karakteren vil med andre ord synliggjøre et sub-symbolsk, nonverbalt erfaringsnivå som er utilgjengelig for pasientens symboliserte selvopplevelse (Bucci, 1997).

### KARAKTERENS SELV-REGULERENDE KOMPROMISSFUNKSJON

Siden Reich (1933/1972) omtalte karakter som en «narsissistisk forsvarsmekanisme» (s. 169), har flere teoretikere vektlagt karakterens selvregulerende og selvorganiserende funksjon (eks. Piers, 1998; Shapiro, 1989/1999, 2000). Videre hevdes karakteruttrykket å formidle et *kompromiss* mellom hva man har erfart, og hva man lengter etter (Sletvold, 2016; Stern, 1994). Karakterbegrepet kan derav lede oppmerksomheten mot individets generaliserte og ubevisste tilpasningsstrategier i forsøket på å ivareta selvfølelse og tilknytningsbehov. Dette kan være tilpasninger som aktivt, men ubevisst, opprettholdes gjennom forsvarsmekanismer som «fremmedgjøring» (Shapiro, 1989/1999, 2000) eller «dissosiasjon» (Bromberg, 2006, 2011). Med andre ord vil karakterforsvaret kunne bidra til en proaktiv fremmedgjøring av følelser, behov og selvtilstander som man ikke har erfart rom for innenfor et «relasjonelt matrix» (Mitchell, 1988). Slike fremmedgjorte og fremmedgjørende aspekter kan imidlertid anes i pasientens væremåte og samspillsformer, de iscenesettes i overføringen–motiveoverføringen (Stern, 1994), eller de synliggjøres via assosiasjoner til det som erfares i det intersubjektive feltet (Stern, 2016). Mens selvbegrepet gjerne impliserer internaliserte *selv-andre-representasjoner*, tenkes kompromissløsningen også å ha etablert seg på et proseduralt og sub-symbolsk erfaringsnivå i form av affekt-motoriske minner (Sletvold, 2016) og «implisitt relasjonell kunnskap» (Lyons-Ruth, 1998) i den prosedurelle hukommelsen.

### HVORDAN AVDEKKES KARAKTEREN?

Karakter er ifølge Bollas (1992) en formende og informativ, kommuniserende ubevisst struktur; «en intelligent form som søker objekter for å uttrykke sin struktur» (Bollas, 1992, s. 64, min oversettelse). Ved å *la seg bevege* i samspill med pasienten kommer karakteren til uttrykk i relasjonen (Bollas, 1992). Ifølge Cornell (2015) bidrar Bollas med en radikal revisjon av Reich ved å fremheve karakterens paradoks: Samtidig som karakteren gir beskyttelse i møte med andre, er den samtidig helt avhengig av andre for å komme til uttrykk. Tradisjonelt har man innenfor et «en-personsperspektiv» vært opptatt av å lese pasientens «emosjonelle uttrykk» via en ytre observasjon av den emosjonelle kroppen (eks. Reich, 1933/1972). Med sin vektlegging av iscenesettelser og karakterens ubevisste kommunikative påvirkningskrefter peker Bollas (1992) fremover mot de senere års økte fokus mot det som skjer *mellom* pasient og terapeut og *i* terapeutens egen kropp (eks. Aron, 1998; Sletvold, 2014, 2016; Wallin, 2007). Ved å *la seg bevege* og samtidig *være var* for pasientens nonverbale emosjonelle kroppsspråk, formen på det relasjonelle samspillet og ens egne responser kan man ut fra et karakteranalytisk perspektiv bevisstgjøre aspekter ved pasientens karakter. Jeg vil nå vende tilbake til Lisa og diskutere den innledende vignetten i lys av karakterbegrepet.

### KARAKTEREN SYNLIGGJØRES VIA ET MIKRO-DRAMA

Essensen i karakterforankrede relasjonsmønstre kan gjerne vise seg i løpet av relativt korte øyeblikk (Sletvold, 2014; Stern, 2004). «During the moment, a story unfolded (...). The story was directly experienced, not written nor told. (...) The moment was engraved in each of their minds» (Stern, 2004, s. 20).

Et «mikro-drama» (Stern, 2004) utspilte seg mellom Lisa og meg allerede i første time. Fra første stund ble jeg invitert inn i «en terapeutisk dans» (Sletvold & Børstad, 2009), en form for «iscenesettelse» (Aron, 2003; Bass, 2003), der relasjonen var preget av komplementaritet. Slik komplementaritet omtales gjerne som «doer-done to»-relasjoner (Benjamin, 2004) eller «seesaw»-relasjoner (Aron, 2006). Noe av det særegne med vår innledende dans var den «omvendte» rollefordelingen. Lisa tok rollen som den som «gjorde noe» med meg. Hun stilte spørsmål og underholdt meg, og det kjentes vanskelig å snu om på dette. Jeg opplevde et nonverbalt relasjonspress om å la det være slik. «The nonverbal force of character can be that of a fundamental, unconscious form of communication: look *here*, not *there*; notice *this*, not *that*; feel *this*, but not *that*; say *this*, but not *that*» (Cornell, 2015, s. 83). Det er som om hun ber meg om å fokusere på meg, ikke på henne; hennes mestring, ikke utfordringene; det fornøyelige, ikke det vanskelige. I en beskrivelse av komplementære relasjoner skriver Aron (2006): «While each partner plays out one side, both of them identify with both positions» (s. 355). Med andre ord kan det å ta kontroll i form av å være «doer» være et middel til å unngå vanskelige følelser knyttet til posisjonen «done to». Et annet kjennetegn ved komplementære relasjoner er at rollene gjerne kan snus uten at det endrer strukturen (Aron, 2006). Dette gir mening i lys av vårt rolleskifte. Vi kom ikke ut av komplementariteten, men reverserte den. Ubehaget skiftet eier.

Rolle-reversering trenger ikke å være et stabilt karaktertrekk. Det kan også være en strategi for å håndtere angst i møte med en ny situasjon. For Lisa viste imidlertid komplementariteten seg som et repeterende mønster gjennom terapiprosessen. På tross av at hun ble klar over mønsteret, var det svært vanskelig for henne å tillate seg andre samværsformer. Hun hadde store vansker med å «løse grepet» om seg selv. »

Timene opplevdes for korte, og hun var redd for ikke å klare å «ta seg sammen» slik at hun «ble seg selv igjen» i etterkant av timene. Dette synliggjorde at problemene var tett knyttet til hennes selvopplevelse, samt at væremåten har en selvregulerende og angstdempende funksjon (jf. Piers, 1998; Reich, 1933/1972; Shapiro, 1989/2000, 1999). Etter hvert som jeg ble mer kjent med Lisa, ble det tydelig at hun i de fleste relasjoner har vansker med å ta plass som annet enn «omsorgsgiver» eller «underholder». I dagliglivet blir dette gjentatt ureflektert og automatisk, som et uttrykk for hvem hun er. I yrkeslivet har hun en stilling der den omsorgsfulle rollen etterspørres. Det er også slik andre kjenner henne. Samtidig vet hun om en «mørkere» side ved seg selv. En side forbundet med avmakt og selvforakt, som gjemmes bort, og som hun er alene om. En side som i kontakt med andre først og fremst får plass via identifikasjon med dem hun hjelper. Dette sliter henne fullstendig ut. Det kjennes umulig å endre seg. Fantasiene om å forsvinne representerer en utvei bort fra relasjoner.

Lidelsen kan hevdes å ha vokst frem som et produkt av hvem hun er, og hvordan hun forholder seg til andre. Med andre ord er lidelsen et produkt av hennes karakter. Samtidig er hvordan hun forholder seg til andre, en refleksjon av hvordan hun forholder seg til seg selv, noe som understreker sammenhengen mellom det ytre karakteruttrykket og hennes indre selvopplevelse. Lidelsen bidrar til økte vansker med å være seg selv slik hun og andre kjenner henne. Hun er utslitt, uten den kraften hun er vant til. Hun er sykemeldt og lever ikke lenger opp til rollen som velfungerende, slik hun har gjort gjennom år med «skjult» lidelse. Andres spørsmål forrykker den vante rollefordelingen. Hun preges av selvforakt og kjenner seg verdiløs.

I terapien gjentas også andre relasjonsscenerier. Hun kommer notorisk 5–10 minutter for sent til timene og beklager seg med en oppgitt mine. Det kjennes som om hun forventer at jeg er sur på henne. Som om det er for min del hun kommer til timene, og som om hun inviterer meg til å ta samme rolle som hennes indre kritiker. Hun har opplevd dette i møte med andre, deriblant fastlegen. Jeg mistenker at hun gjennom sin væremåte bidrar til å fremprovosere reaksjoner som samsvarer med hennes tidligere erfaringer. Hennes karakter bidrar til å forme relasjonene, slik at historien om hennes oppvekst gjenskapes i nåtid. Hun har vokst opp med en kritisk, selvopptatt far og en invaderende, krevende mor. Hun husker hvordan hun som barn krympet seg, skammet seg og kritiserte seg selv når hun ble utsatt for foreldrenes krav og krasse kritikk. Barndommens relasjoner var sterkt komplementære. Hun var oftest enten offer for andres kritikk, humørspreder eller omsorgsgiver. Sjeldnere var erfaringene av å delta i et mer gjensidig og anerkjennende samspill.

Lisa hadde i utgangspunktet store vansker med å sette ord på hva hun strevde med, hva hun hadde erfart, og hva hun trengte hjelp med. Hennes karakter bidro til å skjule dette for henne og synliggjøre det for meg. Ved å være oppmerksom på det umiddelbare inntrykket hun gav, la meg bevege, være var for den terapeutiske dansen hun inviterte til og sette ord på dette, kunne jeg hjelpe samtalen omkring hva hun strevde med, i gang. Slik kan karakterbegrepet skjerpe blikket for det nonverbale samspillet. Ved at karakteren utgjør en bro mellom før og nå, indre og ytre, kropp og sinn, kan karakteren videre informere oss om både bevisste og ubevisste aspekter ved hennes indre livsverden, selv-andre-representasjoner, livserfaringer, ubevisste håndteringsstrategier og nåtidige interpersonlige relasjoner.

## OM Å REFLEKTERE INN TERAPEUTEN

I arbeidet med å avdekke pasienters karakterutfordringer er det nødvendig å inkludere seg selv i forståelsen, da en gjerne får tildelt en rolle i gjenskapelsen av de kjente relasjonserfaringene. Beebe, Jaffe og Lachmann (1992) har beskrevet mellommenneskelig samspill som en integrasjon av stabile, individuelle karakteristikk og de egenskaper som får mulighet til å dukke frem innenfor den aktuelle dyaden (se Aron, 1996, s. 61). Tilsvarende kan man tenke seg at karakteruttrykket endrer form i samspill med andre, organisert av en integrasjon av ens forutsetninger og hvilke væremåter den andre muliggjør. Med andre ord er karakteren semi-stabil, innehar en viss fleksibilitet og kan vise seg flerfoldig. Påvirket av kontekst varierer Lisa mellom ulike væremåter, deriblant omsorgsgiver, humørspreder, offer for andres kritikk eller skamfull mottaker av forventninger hun ikke lever opp til. Hvilket uttrykk som dominerer, påvirkes blant annet av hvem hun er sammen med, og hva som er kontekst for samhandlingen. Det er imidlertid vanskelig for henne å ta del i et gjensidig, anerkjennende intersubjektivt samspill, og det er vanskelig for henne å ta imot hjelp. Dette kan forstås som et uttrykk for at hennes karakter er rigid og har begrenset fleksibilitet.

Som en effekt av den relasjonelle vendingen innenfor psykoanalysen handler ikke karakteranalysen lenger primært om å «gjøre noe» med den andre, men om å delta i et relasjonelt samspill parallelt med en vedvarende undring og analyse av mitt og ditt bidrag til det som skjer mellom oss, så vel som det som skjer i terapeuten og i pasienten selv. Dette innebærer et relasjonsarbeid der felles utforskning og meningsdannelse står sentralt. Aron (1996) beskriver dette som «a mutual meaning-making process» (s. 94). En bevisstgjøring av hva som skjer mellom oss, samt hvorfor det skjer, kan bidra til økt handlingsfrihet. Ved å utvide repertoaret av samspillsformer muliggjøres økt «relasjonell frihet» (Stern, 2016). En annen måte å si dette på er at karakterens fleksibilitet økes. Mens suicid-tankene representerte en løsning som innebar å gjøre seg fri fra relasjoner, kan Lisa forhåpentligvis erverve større frihet i relasjon til andre. I våre timer ble det i økende grad skapt rom for et intersubjektivt samspill kjenetegnet av gjensidig anerkjennelse og felles meningsskapende utforskning. Det er imid-

lertid vanskelig å endre seg, og hennes mest karakteristiske samspillmønstre ble stadig aktualisert mellom oss.

### ØKING AV KARAKTERENS FLEKSIBILITET

Et godt stykke ut i terapien ble jeg innkalt til et dialogmøte med NAV. Påvirket av våre felles erfaringer kjentes det vanskelig å uttale seg overfor NAV. Jeg var usikker på hvordan jeg skulle forholde meg, og det kjentes umulig å ta opp temaet uten å aktualisere den tilbakevendende tematikken.

Timen etter nevnte jeg innkallingen og spurte om hun visste noe om dette. Jeg sa at jeg var usikker på hva jeg skulle si, og prøvde å utforske hva hun tenkte rundt spørsmålene. Vi var relativt raskt i gang med en «dans» som kjentes fastlåsende. Jeg opplevde henne som passiv og strevde med å få svar på mine spørsmål. I det ene øyeblikket oppfattet jeg at hun talte for å begynne i jobb, mens hun i det neste gav uttrykk for at dette var umulig. Dobbelkommunikasjonen gjorde meg mer og mer frustrert og irritert. Det strammet seg i mage, bryst, hals og armer. Jeg fikk lyst til å riste henne. «Kan du ikke bare svare ærlig!!» skrek min indre stemme. «Jeg er jo på ditt lag», tenkte jeg videre. Jeg så at hun krympet seg.

«For et håpløst, stygt bilde!» sa hun brått, og hyttet med neven opp mot et av bildene som hang på veggen. Kommentaren kjentes forløsende. Det var som om jeg brått gjenvant evnen til å tenke. «Jeg lurte på om det er meg du er sint på?» sa jeg, før jeg rettet fokus mot samspillet mellom oss. Jeg satte ord på at det i møte med slike temaer oppleves som om jeg tildeles rollen som en mektig, kritisk og straffende person, og at hun krymper seg i møte med meg. «Ærlig talt aner jeg ikke hva jeg skal si på det møtet», sa jeg. «Jeg vet ikke hva som er best for deg, og jeg tror kanskje ikke du vet det heller. Jeg tror kanskje at ingen av oss har eller kan finne svaret på dette alene. Jeg tror vi må samarbeide for å finne ut av det.» Hun begynte å gråte. Lisa gjenkjente tendensen til å underkaste seg og tok ansvar for sitt bidrag til den relasjonelle dansen. Samtidig kjentes det som om kvaliteten på relasjonen var endret. Komplementariteten kjentes avløst av en tilstand av gjensidig anerkjennelse (Aron, 2006). Med utgangspunkt i Benjamins (2004) tenkning kan man si at det oppstod en form for «tredjehet». Metakommunikasjonen omkring det

som utspilte seg mellom oss, bidro til å løfte begges blikk. I det øyeblikket vi fikk et felles tredje punkt å se vår relasjon fra, opphørte komplementariteten. «There must be a move beyond this power struggle to a level of meta-communication that allows the dyad to return from complementarity to mutuality and recognition» (Aron, 2006, s. 351). Endringen bidro til en åpning av det intersubjektive rommet (Aron, 2006). Ved å oppløse slike samspillmønstre tilbys nye erfaringer som kan bidra til å omforme karakteren. Gjennom gjentatte erfaringer med dette muliggjøres *nye inntrykk* som *setter andre avtrykk*, som kan gjøre karakteren mer fleksibel.

### AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Det er godt mulig at Lisa kunne vært hjulpet med en annen behandlingstilnærming, men fastlegens forsøk på å hjelpe resulterte i at hun opplevde seg misforstått og håpløs. En måte å forstå dette på er at problemene ikke var symbolisert som en del av hennes bevisste selvrepresentasjon, slik at ordenes innhold ikke formidlet hennes utfordringer. Hun kunne derfor ha opplevd noe av det samme i møte med meg dersom jeg hadde vektlagt hennes verbale fremstilling uten å ta hensyn til *opplevelseskvaliteter* ved samspillet og den mer subtile, ubevisste og *nonverbale kommunikasjonen* som væremåten hennes bidro med. En «global analyse» (Schjelderup, 1956) som inkluderer karakterens varierte uttrykksformer, kan bidra til at man fanger opp sentrale uformulerte aspekter som kan berike den terapeutiske prosessen. Hvor vesentlig det er å inkludere et karakterfokus i behandlingen, er et spørsmål om blant annet pasientens problematikk, evne til selvrepresentasjon og målsettingene for behandlingen. Karakterforståelse kan være særlig nyttig i saker der pasientens problematikk er vanskelig å forstå for terapeuten.

I møte med Lisa valgte jeg å sette fokus på samspillet allerede i første time. Hvor direkte og hvor tidlig man eventuelt kan gjøre dette, er et spørsmål om klinisk ekspertise: Hva hjelper behandlingsprosessen? Mens det for Lisa var åpnende å tematisere væremåten, kan det for andre potensielt virke lukkende at man retter et så direkte fokus mot karakteren. Det anbefales derfor takt og respekt (Gullestad, 2015), og at man er ydmykt utprøvende, var for pasien-



Samtidig som karakteren gir beskyttelse i møte med andre, er den samtidig helt avhengig av andre for å komme til uttrykk



tens responser og oppmerksom på den eventuelle allianse-rupturen som påpekningen kan bidra til (Safran & Muran, 2000). Videre er det nyttig å vite at terapeutiske reparasjoner av allianse-rupturer kan gi nye og verdifulle relasjonelle erfaringer (Safran & Muran, 2000). Uavhengig av om man velger å påpeke karaktertrekk, kan et fokus på pasienters nonverbale karakteruttrykk bidra til å informere behandlingsprosessen.

Gjennom artikkelen benyttes ulike prosessbegreper for å belyse samspillet med Lisa. Til forskjell fra begreper som overføring, motoverføring, iscenesettelse og komplementaritet – som alle sier noe om ubevisste prosesser *her og nå* – impliserer karakterbegrepet mer stabile aspekter ved hvordan personen fremstår, og hvordan personen relaterer seg til andre. Karakteren kommer til syne i den terapeutiske prosessen via slike ubevisste prosesser, men kan sies å supplere de andre begrepene ved å vise til ens *helhetlige inntrykk* av hvem personen er, uavhengig av den aktuelle terapeutiske prosessen. Med utgangspunkt i det som oppstår her og nå, kan man påbegynne et hypotesetestende arbeid som danner grunnlag for slutninger basert på repeterte mønstre.

Karakteranalysens vektlegging av nonverbale, implisitte og uformulerte aspekter sammenfaller med utviklingstendenser innenfor den relasjonelle psykoanalysen (eks. Boston Change Process Study Group, 2010; Stern, 2010, 2016). Samtidig kan det virke som vektleggingen av det felles skapte har gått på bekostning av et karakterfokus innenfor den relasjonelle psykoanalysen. Dette kan muligens ha bidratt til at den relasjonelle psykoanalysen mangler teorier og begreper som forklarer hva som medierer utviklingen og gjør at fortidens relasjoner skapes, gjenskapes og opprettholdes i nåtid (jf. Wachtel, 2017). Ved å integrere karakteranalysens karakterfokus med teori fra den relasjonelle psykoanalysen kan man hevde å bidra til at mangelen dekkes. Via tendensen til å forme det intersubjektive feltet kan karakteren anses som en mediator. Ens selvregulerende væremåte bidrar til relasjonserfaringer som i neste omgang – via en ond spiral – kan bekrefte ens eksisterende selv-opplevelse og indre objekt-representasjoner, samt forsterke ens implisitt relasjonelle kunnskap. Ved å vektlegge karakterens uttrykksformer kan man fremme refleksjon omkring hvordan man selv bidrar til å opprettholde egen lidelse. Samtidig kan forståelse for karakterens selvorganiserende og angstdempende kompromissfunksjon bidra til å gjøre det forståelig om man fortsetter med de kjente, men utilfredsstillende væremåtene.

Artikkelens karakterbegrep, som er forankret i den karakteranalytiske tradisjonen, skiller seg noe fra karakterbegrepet i den «relasjonsorienterte karakteranalysen» (Gullestad, 2015; Gullestad & Killingmo, 2005/2013; Killingmo, 2007). Begge retninger er påvirket av Reichs opphold i Norge, men er siden influert av til dels ulike psykoanalytiske miljøer. Tydeligst kommer forskjellen frem når Killingmo (2007) gjør et skille mellom relasjon og karakter. «Grunnleggende sett peker begrepet relasjon mot de bevegelige og dynamiske sidene ved personligheten, mens begrepet karakter er rettet mot de mer stabile og uforanderlige sidene» (Killingmo, 2007, s. 125). Når karakterbegrepet i denne artikkelen knytter an til relasjon/struktur-modellen i den relasjonelle psykoanalysen (jf. Greenberg & Mitchell, 1983), utviskes dette skillet. Karakteren anses som grunnleggende relasjonell: Den er formet av relasjoner, kommer til uttrykk i relasjoner og opprettholdes av relasjoner. Karakterbegrepet blir slik mer i tråd med det Killingmo (2007) omtaler som *strategi*:

«En internalisert måte å forhandle med objektet på som barnet, i samspill med omgivelsene, har erfart som den mest tjenlige for å oppnå noe eller for å unngå noe» (s. 129).<sup>2</sup> Det at Killingmo (2007) gjør et så tydelig skille mellom karakter og relasjon, kan forstås som et uttrykk for at han ikke har revidert karakterbegrepet i lys av den relasjonelle vendingen i psykoanalysen, men snarere har supplert begrepet med det mer relasjonelle strategibegrepet. Dette kan også ha bidratt til at Killingmo (2007) hevder at strategibegrepet, som anses som «mer dynamisk og relasjonelt enn karakterbegrepet» (s. 129), er å foretrekke i klinisk praksis. Det at Gullestad (2015) imidlertid hevder at de ubevisste relasjonelle strategiene er «innvevd i karaktertrekkene» (s. 31, min oversettelse) og benytter formuleringer som «karakter-baserte relasjonelle strategier» (s. 32, min oversettelse), kan imidlertid tyde på at karakterforståelsen i de ulike tradisjonene er i ferd med å bli mer ensartet.

## KONKLUSJON

Artikkelen har integrert teori fra den kroppsbaserte karakteranalysen og den relasjonelle psykoanalysen med mål om å illustrere karakterbegrepets nyttefunksjon i klinisk praksis. Karakteren anses som et produkt av hvordan man er formet av mellommenneskelige relasjoner. Avtrykket av ens relasjonelle erfaringer hevdes å komme til uttrykk i hvordan man fremstår, og hvordan man relaterer seg til andre. Gitt at man inn-reflekterer eget bidrag til det som oppstår i det terapeutiske samspillet, kan karakterens nonverbale uttrykksformer informere terapeuten om uformulerte og ubevisste aspekter ved pasienters indre livsverden, selvandre representasjoner, livserfaringer, ubevisste håndteringsstrategier og nåtidige interpersonlige relasjoner. Karakteren utgjør slik en bro som overskrider skillet mellom før og nå, indre og ytre, kropp og sinn. I klinisk praksis kan karakterbegrepet hevdes å utgjøre et nyttig supplement til selv-begrepet: Karakteruttrykket fungerer som selvets relasjonelt tilgjengelige og erfaringsnære utside. ✘

2. Killingmo (2007) skriver videre: «En strategi kan være strukturalisert, dvs. være relativt stabil og generalisert, og kan i så måte tjene både som forsvar og motstand på linje med karakterbegrepet» (s. 129).

## REFERANSER

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Aron, L. (1998). The clinical body and the reflective mind. I L. Aron & F.S. Anderson (red.), *Relational perspectives on the body* (s. 3–37). Hillsdale, NJ and London: The Analytical Press.
- Aron, L. (2003). The paradoxical place of enactment in psychoanalysis: Introduction. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, 623–631.
- Aron, L. (2006). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 350–368.
- Bass, A. (2003). «E» enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, 657–675.
- Baudry, F. (1984). Character. A Concept in Search of an Identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 32, 455–477.
- Boston Change Process Study Group (BCPSG) (2010). *Change in psychotherapy. A unifying paradigm*. New York and London: W. W. Norton & Company.
- Beebe, B., Jaffe, J. & Lachmann, F. (1992). A dyadic systems view of communication. I Skolnick, N.J. & Warshaw, S.C., (red.), *Relational Perspectives in Psychoanalysis* (s. 61–82). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5–46.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press.
- Bollas, C. (1992/2010). *Being a character: Psychoanalysis and Self Experience*. Hove & New York: Routledge.
- Bromberg, P.M. (2006). *Awakening the Dreamer*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Bromberg, P.M. (2011). *The Shadow of the Tsunami: And the Growth of the Relational Mind*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Cornell, W.F. (2015). *Somatic experience in psychoanalysis and psychotherapy: In the expressive language of the living*. London: Routledge.
- Damasio, A.R. (2010). *Self comes to mind: Constructing the conscious brain*. London: Heinemann.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- Freud, S. (1923). The Ego and the Id. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol. XIX (1923–1925): *The Ego and the Id and Other Works*, 1–66.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press.
- Gullestad, S.E. (2015). How to capture character through the patient's language? *The Scandinavian Psychoanalytic Review*. Vol 38 (1), 31-37.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005/2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Killingmo, B. (2007). Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 44 (2), 125–131.
- Kohut, H. (1971/2009). *The Analysis of the Self. A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant mental health journal*, Vol 19 (3), 282–289.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (red.). (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual (second edition)*. New York: The Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis (second edition)*. New York: The Guilford Press.
- Mitchell, S. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. & Aron, L. (red.) (1999). *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*. New York & London: Routledge.
- Piers, C. (1998). Contemporary trauma theory and its relation to character. *Psychoanalytic Psychology*, 15, 14–33.
- Piers, C. (2000). Character as Self-Organizing Complexity. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 23, 3–34.
- Piers, C. (2005). The Mind's Multiplicity and Continuity. *Psychoanalytic Dialogues*, 15:2, 229–254.
- Reich, W. (1972). *Character analysis* (3rd ed.). V.R. Carfagno (Trans.). New York: Farrar, Straus and Giroux. (Original work published 1933; expanded version 1949).
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York and London: The Guilford Press.
- Schafer, R. (1979). Character, Ego-Syntonicity, and Character Change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 867–891.
- Schafer, R. (1983). *The Analytic Attitude*. New York: Basic Books.
- Schjelderup, H. (1956). Personality-changing processes of psychoanalytic treatment. *Acta Psychologica*, 12, 47–64.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schore, A.N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 75–100.
- Shapiro, D. (1989/1999). *Psychotherapy of Neurotic Character*. New York: Basic Books.
- Shapiro, D. (2000). *Dynamics of Character: Self-regulation in Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sletvold, J., & Børstad, M. (red.) (2009). *Den terapeutiske dansen*. Oslo: Kolofon Forlag AS.
- Sletvold, J. (2013). The ego and the id revisited. Freud and Damasio on the body ego/self. *The International Journal of Psychoanalysis*, 94, 1019–1032.
- Sletvold, J. (2014). *The Embodied Analyst*. East Sussex & New York: Routledge.
- Sletvold, J. (2016). The Analyst's Body: A Relational Perspective from the Body. *Psychoanalytic Perspectives*, 13:2, 186–200.
- Stern, D.B. (2010). *Partners in thought – Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. London, UK: Routledge, Taylor & Francis.
- Stern, D.B. (2016). *Relational Freedom: Emergent properties of the interpersonal field*. East Sussex & New York: Routledge.
- Stern, D.N. (1985/2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton & Company.
- Wachtel, P.L. (2017). *The Relationality of Everyday Life: The Unfinished Journey of Relational Psychoanalysis*. *Psychoanalytic Dialogues*, 27, 503–521.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. I *Playing and Reality* (s. 111–118). London: Tavistock, 1971.





# Masochismens gåte

Den selvpåførte smerten og ydmykelsen utfordrer både psykologien og psykoanalysen. For hvordan kan vi forstå at mennesker aktivt søker smerte, underkastelse og fornedrelse?

**D**et var den østerrikske forfatteren Leopold von Sacher-Masochs liv og fortellinger som var modell da betegnelsen masochisme ble innført av Richard von Krafft-Ebing i hans toneangivende verk om seksualitet, *Psykopathia Sexualis* (1886). Særlig kortromanen *Venus i pels* (1870/2002) har blitt stående som en litterær prototyp på den masochistiske personlighet, relasjon og seksualitet. Masochismebegrepet, som opprinnelig var avgrenset til seksuelle fantasier og handlinger, har etter hvert kommet til å bli et samlebegrep for ulike tilstander der smerte, ydmykelse og underkastelse er indre motivert og ønsket. Den selvpåførte smerten og ydmykelsen utfordrer både psykologien og psykoanalysen. For hvordan kan vi forstå at mennesker aktivt søker smerte, underkastelse og fornedrelse? Hva motiverer flagellanten som stadig anklager seg selv for å være for dårlig, selvskaderen som påfører seg fysisk smerte, den asketiske religiøse som nekter seg all nytelse, den som aldri kan tillate seg selv

å lykkes – og den seksuelle masochisten som trenger smerte og underkastelse for å kjenne seksuell lyst? Spørsmålet har ikke bare teoretisk interesse. Mange terapeuter har erfart hvordan den masochistiske dragningen kan være en sterk motkraft i arbeidet for endring og utvikling, og hvor standhaftig denne tendensen kan være. Når positive endringsprosesser, i form av bedre selvrepresentasjon og autonomi, systematisk etterfølges av selvsabotering og selvstraff, når pasienten gjentakende havner i ydmykende og underdanige posisjoner, blir spørsmålet om masochismens dynamikk både konkret og prekær.

Sigmund Freud har i stor grad bidratt til dagens omfattende masochismebegrep. Freud (1905, 1919, 1924) så masochismen som et element i alle menneskers driftsliv, og identifiserte masochistiske elementer i mange former for seksuell atferd, inkludert den barnlige seksualiteten. Ikke minst beskrev han avseksualiserte varianter, som den moralske masochismen. Der den seksuelle masochismen involverer en kon-

## TEKST

Sølvi Kristiansen,  
psykologspesialist i  
privat praksis

## KONTAKT

so-kr@online.no

## FOTO

Sverre Strandberg





Der den seksuelle masochismen involverer en konkret relasjon, fantasert eller virkelig, spiller den moralske masochismen seg ut på den indre scenen

kret relasjon, fantasert eller virkelig, spiller den moralske masochismen seg ut på den indre scenen, mellom et skjørt og masochistisk selv/ego og et strengt sadistisk overjeg. «For Jeget betyr å leve det samme som å bli elsket – elsket av Overjeget», skriver Freud (1917, s. 58). I den moralske masochismen fungerer imidlertid ikke overjeget som en indre kjærlig støtte og veileder, men som en nådeløs kritiker som dømmer og kan trekke tilbake sin kjærlighet til selvet.

Masochismebegrepet favner bredt, noe som ikke er uproblematisk. Vi må anta at selv om de fenomenene vi kaller masochistiske, deler en aktiv draging mot smerte og underkastelse, er det store variasjoner både når det gjelder opprinnelse og dynamikk. Dette gjelder de ulike formene for masochisme, så vel som graden av den. De fleste vil kunne gjenkjenne den pinefylte sødmen i selvstraffing og selvnedvurdering, samtidig som det vekker frykt og fortvilelse å møte mennesker som i alvorlig grad degraderer og skader seg selv. Romanen *Fifty Shades of Grey* spiller på seksuell dominans og underkastelse, og ble folkelesning med 125 millioner solgte eksemplarer (tall fra 2015) og oversettelse til 52 språk. Men da den verdenskjente samtidskomponisten og humanisten Georg Friedrich Haas i 2016 sto fram naken i New York Times og The Times som nygift masochist, og med stort alvor beskrev sitt sadomasochistisk forhold, ble mange rystet. Spennet av fenomener som inngår i det vi kaller masochisme, innbyr til differensiering så vel som til refleksjon over hva som kan være felles for disse fenomenene.

Også i den psykoanalytiske litteraturen om temaet er perspektivene mange og til dels sprikende, selv om det synes å være enighet om at masochismen som klinisk fenomen må forstås ut fra en kompleks modell som involverer både de helt tidlige relasjonserfaringer og den senere psykologiske utvikling av personlighet, forsvar og fantasiliv (Blum, 2011). I dette sammensatte og uoversiktlige feltet finner jeg det nyttig å knytte en forbindelse tilbake til «begynnelsen», tilbake til masochismebegrepet opprinnelse, til forfatteren Sacher-Masoch og hans roman *Venus i pels*. Jeg vil med utgangspunkt i denne romanen løfte fram og drøfte noen sentrale spørsmål som den psykoanalytiske diskusjonen om masochisme har dreid seg rundt: i) underkastelsens dynamikk, ii) betydningen av tidlige traumer, iii) det splittede kjærlighetsobjektet og iv) fantasiens plass. Denne tilnærmingen bringer oss kanskje ikke til svaret på masochismens gåte, men kan forhåpentligvis bidra til en refleksjon over noen av problemstillingene den konfronterer oss med.

#### VENUS I PELS

I *Venus i pels* (1870) møter vi adelsmannen Severin von Kusiemski og hans besettende relasjon til kvinnen Wanda von Dunajev. Den dagdrømmende Severin er i romanens begynnelse forelsket i en steinskulptur av Venus som befinner seg i en park like ved der han bor, og han har ikke øye for levende kvinner. Han foretar jevnlige parkbesøk for å beundre sin Venus, og han elsker henne «så vanvittig man bare kan elske en kvinne som gjengjelder ens kjærlighet med et steinsmil som alltid er det samme, som alltid er like fredelig» (s. 26). I Severins drømmer flyter steinskulpturen sammen med Tizians maleri *Venus med speilet*, og i fantasien utstyrrer han gudinnen med pels. Kvinnen Wanda befinner seg pelskledd i parken en månelys kveld da Severin er der for å besøke Venus. Kjærligheten til, så vel som besettelsen av, Venus overføres til Wanda. Severin vil binde seg til Wanda for alltid og ønsker å være hennes slave. Wanda flør-

ter med Severins ønsker, men finner det slett ikke tiltrekkende å skulle være sammen med en underdanig mann. Etter sterk overtalelse går hun likevel med på å prøve dette. De undertegner en kontrakt som innebærer at Severin skal være Wandas slave for alltid, og at hun er fri til å utøve all makt og grusomhet hun ønsker overfor han. Paret legger ut på en reise til kunstbyen Firenze, Severin nå i rollen som tjeneren Gregor. Relasjonen mellom Wanda og Severin/Gregor utvikler seg her stadig sterkere i en sadomasochistisk retning. Wanda blir mer og mer grusom, og hun forakter og ydmyker Severin på stadig nye måter. Severin går fullt og helt inn i rollen som den ydmykede, helt fram til Wanda faller for den greske og grusomme Alexis. Wanda ønsker nå selv å innta en passiv rolle overfor Alexis, og det etableres en trekant der Severin må underkaste seg Alexis. Når Severin utsettes for en virkelig sadist (ikke en som spilte rollen, slik som Wanda), og i tillegg blir avvist av Wanda, svinner Severins ønske om underkastelse – han blir ifølge ham selv kurert – selv om en som leser kan sitte igjen med en tvil om dette er tilfellet.

### UNDERKASTELSENS DYNAMIKK

Severin i *Venus i pels* insisterer på at det skal skrives en kontrakt mellom ham selv og Wanda, en kontrakt som begynner med «Min slave» og fortsetter med et krav om fullstendig og betingelsesløs oppgivelse av seg selv inntil døden:

Hvis De noensinne ikke skulle holde ut min makt over Dem, ... så må de ta livet av Dem for jeg kommer aldri til å gi Dem friheten tilbake (s. 153).

Kontrakten iscenesetter den ultimate binding og avhengighet, der både masochistens kjærlighetsobjekt og selve underkastelsen opphøyes og idealiseres. Den foran nevnte komponisten Haas sier til *The Times* om sitt nyetablerte sadomasochistiske ekteskap:

Den emosjonelle effekten kommer fra den nakne handlingen av underkastelsen, som inneholder en nærmest åndelig energi.

Masochisten vil underkaste seg, og finner nytelse i dette. Men denne underkastelsen er ikke entydig. Severin ikke bare finner, men skaper sin sadist i Wanda. Det er Severin selv som

forfatter parets kontrakt, og som finner ordene som kommer fra Wandas munn. Wanda plages av tvil, men underkaster seg Severins ønsker og trer inn i rollen som den sadistiske og grusomme, en rolle hun etter hvert identifiserer seg med. Severin blir den ydmykede og plagede. Men rollefordelingen er forvirrende. Er det ikke snarere Severin, heller enn Wanda, som har kontroll, som tvinger Wanda, som er sadisten? Og er det ikke slik at Wanda, på tross av hennes grusomhet, underkaster seg Severin? Sadisme og masochisme – oppkalt etter hver sin forfatter, er de to sider av samme mynt?

Dette var én av Sigmund Freuds første hypoteser om masochismens dynamikk. Masochisme er en innadvendt sadisme/aggresjon, en omvendning av barnets negative følelser mot foreldrene. Sadistiske og aggressive følelser kan kjennes farlige, skape skyldfølelse og ikke minst en redsel for å ødelegge og miste kjærlighetsobjektet. Å vende aggresjonen mot seg selv, og underkaste seg, blir en løsning der individet tar kontroll over situasjonen. På den ene siden sikres en fortsatt kontakt med objektet. Samtidig finner individet et utløp både for sadistiske aggresjon og for det straffebehovet som følger av en sterk skyldfølelse.

Selv om beskrivelsen av den følsomme og drømmende Severin, så vel som kliniske framleggelse av masochistiske pasienter, kan understøtte en hypotese om at konflikter knyttet til egen sadistisk aggresjon står sentralt i masochismens dynamikk, framstår denne forklaringen alene likevel ikke som tilstrekkelig for å forstå masochismens psykologi. Jeg har allerede nevnt at når Severin blir utsatt for en virkelig sadist – grekeren Alexis – mister den sadomasochistiske relasjonen sin magi og funksjon. Da vil Severin ut av det hele. Severin søker en sadist som later som han er det, og som er uløselig bundet til masochisten gjennom en gjensidig kontrakt som Severin selv har forfattet. Dette er ingen attraktiv avtale for den virkelige sadisten, som ønsker å dominere og ydmyke den andre. Den masochistiske underkastelsen må være drevet av noe mer enn en invertert sadisme.

Den franske filosofen Gilles Deleuze (1989) argumenterer i sin analyse av Sacher-Masochs forfatterskap for at masochismen og sadismen tilhører ulike forestillingsverdener og ulike psykologiske landskaper, og går sterkt imot Freuds teori om masochismen som en invertert



Det masochistiske ønsket om underkastelse uttrykker i dette perspektivet et passivt kjærlighetsønske

sadisme. Masochismen krever ifølge Deleuze sin egen analyse og forståelse, og hans synspunkt er her, som vi skal se, helt i overensstemmelse med sentral psykoanalytisk litteratur.

#### **KJÆRLIGHETSLENGSEL OG RELASJONELLE TRAUMER**

*Elsk meg!* Dette skal ha vært Sacher-Masochs siste ord før han døde på et sanatorium i Lindheim i 1895 (Bang, 1998). Hører vi i forfatterens siste kjærlighetsønske også noe vesentlig i masochismens dynamikk? Den jødisk-amerikanske B. Berliner (1942) var en av de første psykoanalytikere som tonet ned betydningen av sadismen i sin forståelse av masochistens psykologi. Han så ønsket om underkastelse først og fremst som en kompromissdannelse mellom et sterkt og grunnleggende infantilt ønske om å bli elsket på en passiv måte, og en bearbeiding av tidlige destruktive relasjonserfaringer som har gjort en slik hengivelse til kjærlighetsobjektet umulig. Det masochistiske ønsket om underkastelse uttrykker i dette perspektivet et passivt kjærlighetsønske som bunner i en infantil og regresiv lengsel etter velværet i å kunne hengi seg til et omnipotent objekt og en symbiotisk relasjon (Lagache, 1961). Samtidig blir det gjennom gjen-takelsen av smerte og grusomhet også en bearbeiding av tidlige mangelfulle eller destruktive relasjoner og skyld. Novick og Novick (1972, 1987) fant i en empirisk studie av barn med masochistiske fantasier at det i alle tilfellene de studerte var forstyrrelser i det tidlige samspillet mellom mor og barn, samt en mangelfull utvikling av glede og lyst ved egen kropp. Traumatiske relasjonserfaringer trekkes også fram i studier av Sacher-Masochs liv, så vel som hos komponisten Haas. Sacher-Masochs barndom var preget av tidlige tap, og han var vitne til opptøyer, vold og grusomhet fra sitt hjem i fengselsbygningen i Lemberg (nåværende Lviv i Ukraina), der faren var politisjef (Bang, 1998). Haas forteller at hele hans familie var nazister, og forble det også etter krigens slutt, og at familielivet var preget av vold og mangel på kjærlighet.

#### **DET SPLITTEDE KJÆRLIGHETSOBJEKTET**

«En gang i tiden var det tre kvinner», skriver Gilles Deleuze i sin analyse av *Venus i pels* (1989, s. 130). Mens sadisten trækker på farsautoriteten og inntar dens brutale plass, ser Deleuze masochisten som famlende rundt splittede indre morsbilder. Han begrunner dette gjen-

nom sin litterære analyse, der han viser hvordan Sacher-Masoch sirkler rundt et morsbilde splittet i tre: den sensuelle og forførende mor (den sensuelt tiltrekkende Venus og Wanda), den straffende og ødipale mor (den dominante og grusomme Wanda med pisen) og den orale mor, som både er god og nærer, men som samtidig er kald, utilnærmelig og representerer død. Denne siste morsfiguren finner vi beskrevet i Severins kjærlighet til steinskulpturen Venus: forlokkende og mektig, men også utilnærmelig i sin kalde marmor og med sitt forsteinede smil. Denne orale moren er ifølge Deleuze et ideal som tar over og sublimerer de to andre mer truende morsbildene. På bakgrunn av den gjennomgående likhet vi finner mellom Sacher-Masochs eget liv og romanen *Venus i pels* (Bang, 1989), er det her vanskelig å ikke tenke på forfatterens beskrivelse av sin egen mor: «Hun representerte det høyeste av all kvinner, uoppnåelig i sin perfeksjon og renhet» (Smirnoff, 1969).

Det er flere paralleller mellom Deleuzes litterære analyse av det splittede morsbildet og psykoanalytiske teorier som baserer seg på kliniske erfaringer med masochistiske pasienter. Flere psykoanalytikere framhever hvordan masochistens indre objektrelasjoner preges av ustabilitet og en overvekt av avvisende og straffende objekter. Mange har knyttet dette til en konkret relasjonshistorie preget av sterkt svingende omsorg, mellom på den ene siden en dominerende overinvolvering og på den andre siden avvisning og fravær av omsorg (Berliner, 1942/1958; Novick og Novick, 1987; Coen, 1988; Kahn 1979). Severin i *Venus i pels* tør ikke å stole på Wanda når hun er øm og kjærlig:

Om hun bare ville ta pisen i sin hånd igjen! Jeg synes det er noe uhyggelig over denne elskverdigheten hun behandler meg med – Hva har hun i sinne? Hva vil hun gjøre med meg (s. 77)?

Når lengselen etter å hengi seg til det etterlengtede og idealiserte objektet blander seg med et objekt som ikke bare er uoppnåelig, men også straffende og invaderende, blir kjærlighetsrelasjonen komplisert og skremmende. Masochismen kan være én løsning på denne konfliktfylte situasjonen.

#### **DEN MASOCHISTISKE FANTASI**

Avverget aggresjon og selvhevdelse, en sterk lengsel etter å hengi seg passivt til et omnipo-

tent kjærlighetsobjekt og et indre arbeid for å håndtere motsetningsfylte og skremmende indre objekter synes å være elementer i masochismens dynamikk. Men tilstedeværelsen av disse indre spenningene, som jo ikke er forbeholdt masochisten alene, bringer oss ikke til en forståelse av masochismens mest særegne trekk – hvordan smerte og underkastelse er koblet til lyst og tilfredstillelse. For å komme nærmere dette må vi trekke inn fantasi og forestillingsevne. «Uten psykologisk verdsetting av fantasien er masochismen uforklarlig», hevder Theodor Reik i en av de klassiske psykoanalytiske verkene om temaet (1941, s. 61).

I artikkelen «Et barn blir slått» (1919) gir Sigmund Freud en detaljert beskrivelse av hvordan en masochistisk fantasi utvikler seg i spenningen mellom ytre hendelser og indre psykologisk dynamikk. Sentralt står barnets evne til å vende vold og indre konflikter til kjærlighet ved hjelp av fantasien. «Far slår meg fordi han elsker meg», er det ubevisste korrelatet til en bevisst masochistisk masturbasjonsfantasi om at et barn blir slått. Også Deleuze framhever fantasiens avgjørende betydning for masochismen: «Jeg hevder at masochismens fødested er fantasien» (s. 107). Ifølge Deleuze er masochistens iscenesettelse av den sadomasochistiske relasjon en måte å triumfere over det grusomme på. Masochisten har på mange måter klart å gjøre offeret til den som har makt, og smerte og ydmykelse om til lyst. «Du kan ydmyke og straffe meg så mye du vil, jeg nyter det.» Masochistens evne til å bruke fantasi og forestillingsevne representerer også, ifølge Deleuze, en kvalitativ forskjell mellom masochisten og den mer konkrete og handlingsrettede sadisten.

Mens fantasiens og forestillingens plass er tydelig hos den seksuelle masochisten, med sin bevisste regisering av underkastelse og ydmykelse, sine fetisjer og sitt teater, kan den være vanskeligere å få øye på hos *den moralske masochisten*. Men også hos pasienter som først og fremst synes å være dominert av et strengt og straffende superego, kan terapiprosesser over tid åpne et vindu mot en fantasiverden som opprettholder og nærer en masochistisk relatering. Bak gjentakende tilbakevending til underkastelse og selvstraffing kan vi finne fantasier som at den som lider mest, blir mest elsket, og at å gi opp lidelse betyr å miste kjærlighet (Gammelgaard & Kristiansen, 2017). Novick og Novick (1987) har i sine studier funnet at en bevisst eller ubevisst fantasi om å være et uskyldig offer, som gjennom smerte blir gjenforent med det etterlengtede objektet, synes å være en gjenganger og essens i den moralske masochismen. I slike fantasier er ikke smerte identisk med lyst, men den muliggjør lyst. Vi kan her se paralleller til den religiøse selvpinneren, som gjennom underkastelse og smerte kan komme nærmere en forening med det guddommelige.

Ved å knytte smerte og avhengighet til kjærlighet og lyst gir den masochistiske fantasien en tilfredsstillelse av driftsmessige ønsker. Men som jeg allerede har vært inne på, er dette ikke fantasiens eneste funksjon. Den kan også være en beskyttelse mot smerte og angst med utspring i indre konflikter, separasjonsangst og tidlige objekt-tap. Gjennom idealisering og fantasi tar masochisten styring over en ukontrollerbar relasjon. Men denne kontrollen har også en problematisk side; den låser individet i en selvtilstrekkelig og omnipotent løsning på relasjonelle vansker. Den etterlater subjektet i en narsissistisk isolasjon som vanskelig lar seg kombinere med en gjensidig utveksling og den vekst og utvikling denne kan gi. Severin er en drømmer som før han treffer Wanda, fantasierer om en pelskledd Venus. Etter møtet med Wanda ønsker han å iscenesette sine fantasier i virkeligheten. Dette forutsetter imidlertid at Wanda

er med på leken, noe hun etter hvert også blir. Men da Wanda er en levende person, med egne ønsker og tanker, kommer det nødvendigvis til et punkt der hennes vilje støter mot Severins drømmer. Resultatet blir skuffelse, brudd og tilbaketrekning.

### EN MASOCHISME FORUT FOR FANTASIEN?

Kliniske og litterære studier viser fantasiens sentrale plass i masochismens dynamikk. Men likevel melder spørsmålet seg: Kan vi tenke oss en masochisme uten fantasien som organiserende struktur? Freud var inne på denne tanken i sitt siste større arbeid om masochisme, *The Economic Principle of Masochism* (Freud, 1924). Dette ble skrevet etter hans studier av hvordan traumatiske hendelser melder seg i psyken, ikke gjennom fantasi og drøm, men gjennom gjentakelse (Freud, 1920). Spørsmålet har fått ny relevans i lys av de senere års interesse for hvordan de helt tidlige erfaringer, så vel som traumatiske minner, kan melde seg på siden av og utenfor den billedlige og språklige bearbeidelse – gjennom affekt, kropp og atferd.

Fisher og Cooper (1981) diskuterer hvordan masochismen kan inngå som en hjelp til selvavgrensning og separering, og jeg har allerede vært inn på hvordan flere psykoanalytikere knytter utvikling av masochisme til tidlige traumatiske opplevelser. Innvirkningen av ikke-symbolisert psykisk materiale på den masochistiske utviklingen kan også bidra til å forklare den gjentakende og insisterende kvaliteten den masochistiske relateringen kan ha, og hvorfor det kan være så vanskelig å gi slipp på den. En slik ikke-symbolisert kjerne utelukker imidlertid ikke senere masochistisk fantasidannelse. Den masochistiske fantasien kan fungere som en beskyttelse mot frykt og smerte av mer ikke-symbolisert og overveldende karakter. Dette ser vi demonstrert i terapiforløp der avdekking av en dominerende masochistisk fantasi ikke bare åpner for terapeutisk arbeid og nye og andre måter å relatere seg på, men også aktiverer følelser av mer traumatisk karakter (overveldende angst og smerte) (Gammelgaard & Kristiansen, 2017).

### NOEN KLINISKE BETRAKTNINGER

Sacher-Masochs roman *Venus i pels* gir oss en kompleks beskrivelse av hvordan smerte og lyst samt underkastelse og tyranni kan veves inn i hverandre, og i det psykiske nærmest bli identisk. Denne amalgameringen av lyst og smerte »

inneholder, ifølge psykoanalytisk teori, en kompleks dynamikk der både de tidligste objektrelasjoner så vel som den senere utvikling av fantasi, forsvar og kompromissdannelser er involvert. Psykoanalytiker O. Kernberg (1983) skriver at vi ikke kan forstå det enkelte tilfellet av masochisme uten samtidig å se på den individuelle organiseringen av jeget, overjeget, internaliserte objektrelasjoner, den narsissistiske utviklingen og hvordan de seksuelle og aggressive drifter virker sammen.

Få, om noen, søker terapi på grunn av sin masochisme. Masochismen vil for den enkelte snarere være en løsning enn et problem. Men i en gjensidig nær relasjon vil den masochistiske relateringen utfordres av den andres tilstedeværelse, noe vi får godt illustrert av forholdet mellom Severin og Wanda. Ingen kan fullt ut kontrollere den andres reaksjoner og følelser, heller ikke om det i utgangspunktet er inngått en avtale om underkastelse og kontroll. Også hos den moralske masochisten vil den masochistiske løsningen innhentes av sine egne iboende konflikter og kompleksitet.

I det terapeutiske rommet er det nettopp på dette punktet, når den masochistiske fantasi og relatering ikke lenger gir den forventede tilfredstillende og beskyttelse, at mulighetene for viktig arbeid kan åpne seg. Når terapeuten ikke svarer og handler som forventet på den masochistiske invitt, oppstår frustrasjon og uro som krever psykisk arbeid. Et slikt punkt kan oppstå når pasienten synes hun har gjort noe galt som fortjener straff, men møter en terapeut som ikke straffer; eller når pasienten idealiserer terapeuten, men denne unngår å innta en omnipotent og allvitende posisjon; eller når terapeuten ikke kan tilfredsstille pasientens passive kjærlighetslengsel og dermed skuffer pasienten og dens forventninger. Den uro som oppstår i slike situasjoner, kan på den ene siden stimulere til nye og insisterende forsøk på å skape masochis-

tiske scener. For eksempel ved at pasienten underkaster seg en idealisert, men også «grusom» terapeut og klandrer seg selv for mangelen på forventet respons. Eller at terapeuten svarer på pasientens underkastelse med å bli avvisende og oppgitt, eller allmektig og myndig. Men den forrykkede balansen åpner også en mulighet for et felles arbeid der en ser på hva som spiller seg ut i den terapeutiske relasjonen, og gjennom dette prøver å forstå hvordan masochismen inngår i den enkeltes spesifikke psykologiske «økonomi». Noe som igjen kan åpne for nye og andre måter å relatere seg på.

Ikke all lidelse vi møter i klinikken, er masochisme, og heller ikke all masochisme er et mål for terapeutisk endring. Men en draging mot smerte og underkastelse kan utgjøre en subtil kraft som motsetter seg endring og utvikling, og som dermed også kan føre til «uendelige» terapier uten særlig bevegelse. Det er derfor av betydning å se dens tilstedeværelse. Det faller oss så lett å ta for gitt at individet søker fravær av smerte og ydmykelse, og dermed også å overse og undervurdere hvordan masochismen kan inngå i psykens bevisste og ubevisste arbeid for å sikre en noenlunde trygg og tilfredsstillende tilværelse. ✖

## REFERANSER

- Bang, K. (1989). *Elsk mig! En studie i Leopold von Sacher-Masochs masochisme*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Berliner, B. (1942). The Concept of Masochism. *Psychoanalytic Review*, 29, 386–400.
- Berliner, B. (1958). The Role of Object Relations in Moral Masochism. *The Psychoanal Quarterly*, 27, 38–56.
- Blum, H.P. (2011). Masochism: Passionate Pain and Erotized Triumph. *Psychoanalytic Review*, 98, 155–169.
- Coen, S.J. (1988). Sodomasochistic excitement: Character Disorders and Perversion. I Glick, R. A. & Meyers, D. I. (red.), *Masochism, Current Psychoanalytic Perspectives*. New Jersey: The Analytic Press.
- Cooper, A.M. & Fischer, N. (1981). Masochism: Current Concepts. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 29, 673–688.
- Deleuze, G. (1991). *Coldness and Cruelty*. New York: Zone Books
- Freud, S. (1905) Three Essays on the theory of Sexuality. Standard Edition. 7 (1917). Mourning and Melancholia. SE. 14 (1919). A Child is Being Beaten. SE. 17 (1929) Beyond the Pleasure Principle. SE. 18 (1924). The Economic Problem of Masochism. SE. 19
- Gammelgaard, J. & Kristiansen, S. (2017). The screen function of Unconscious Fantasy. *Scandinavian Psychoanalytical Review*. (Under publisering)
- Haas, G.F. Intervju med *New York Times* 23. februar 2016 og *The Times* 19. november 2016.
- Kahn, M. (1979). *Alienation in Perversions*. London: Karnac Books.
- Kernberg, O.F. (1988). Clinical Dimensions of Masochism. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 36:1005–1029.
- Krafft-Ebing, R. von (1886/1965). *Psychopathia Sexualis*. New York: Arcade Publishing.
- Lagache, D. (1961) Situation de l'agressivité. *Bull. Psychol.* 14, 99–112.
- Novick, J., Novick, K.K. (1972). Beating Fantasies in Children. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 237–242.
- Novick, K.K., Novick, J. (1987). The Essence of Masochism. *Psychoanalytical Study of the Child*, 42, 353–384.
- Reik, T. (1941). *Masochism in modern man*. New York: Grove Press.
- Sacher-Masoch, L. (2002). *Venus i pels*. Oslo: Kagge Forlag.
- Smirnof, V.N. (1969). The Masochistic Contract. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 50, 665–671.

## FRI ASSOSIASJON

# Er, ikke bør

Psykologen utforsker det pasienten formidler, uten å mene noe om det.

**EN PSYKOANALYTISK HOLDNING** skal være fri fra hukommelse og ambisjon, sa Wilfred Bion (1967). Mennesker skal godtas for den de er. Ofte føler vi oss imidlertid kun elsket når vi er på visse måter.

Fra oppveksten hadde Anne<sup>1</sup> en følelse av at hun tidvis, særlig når hun var depressiv, ble for klagende og sutrende overfor andre, og at andre da gikk lei henne og måtte stenge henne ute. Da jeg i en time foldet hendene mine over magen, sa hun:

«Så du barrikaderer deg.»

Opplevelsen var en projeksjon, og den dreiet i normativ retning: Det er ikke noe jeg bare gjør fordi armene for eksempel blir litt mindre tunge, men hun opplever at jeg misliker henne eller har fått nok av henne. Å projisere vil her si å legge tanker og følelser om seg selv over på meg. Hun var på det tidspunktet meget klar over hvor selvkritisk hun kunne være. Som svar pekte jeg på at hun forstod mine armbevegelser som *på grunn av* og *mot* henne, mens det ikke slo henne at jeg kanskje foldet hendene av bekvemmelighetsgrunner.

Projeksjoner handler ofte om at pasienten opplever at andre reagerer *mot* en heller *enn for* en. For å møte slike overføringer må psykologen gå inn i en deskriptiv posisjon. Her tar psykologen imot og utforsker det den andre måtte formidle eller være, uten å mene noe om det, verken i positiv eller negativ retning. Analytikeren skal heller stå i relasjonen til pasienten enn å forstå den, skrev Betty Joseph (1989). At psy-

kologen støtter pasienten ved å være sammen med henne om de negative og truende opplevelsene, er kanskje vel så viktig som å spore nåtidens symptomer til fortidens traumer.

Den deskriptive posisjon hos psykologen kan skapes eller vedlikeholdes ved hjelp av kunnskap, overskudd og trygghet. Ved mangel på kunnskap, krefter eller trygghet skapes raskt en defensiv posisjon beskrevet ved normative grep: bedømmelse, fordømmelse, vi liker eller misliker. Vi setter den andre i en betinget aksept. Det deskriptive er en motvekt til det normative.

Psykisk reparasjon og vekst skjer når pasienten bringer inn et normativt element i relasjonen, mens analytikeren er deskriptiv tilbake. Psykologen forholder seg åpen og aksepterende til det som bringes inn. Her er vi tilbake til det gamle og kanskje velkjente forholdet mellom er og bør, to logisk ulike nivåer. Vi kjenner vel eksemplet fra legevitenskapen, der et positivt funn blir deskriptivt forstått, for eksempel at det *er* spor etter kreftceller. Noe må få lov å være som det er og bli bekreftet uten at det må vurderes som bra eller dårlig. Å få bekreftet sin opplevelse er en deskriptiv sak. Om opplevelsen er bra eller dårlig, er en normativ, og helt annen, sak. ✕

## REFERANSER

- Bion, W.R. (1967). Notes on memory and desire. *The Psychoanalytic Forum*, 2, 272–3, 279–80.
- Joseph, B. (1989). *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph*. London & NY: Tavistock/Routledge.

1. «Anne» er en anonymisert og generalisert pasientbeskrivelse.

## TEKST

Roar Olsen,  
psykologspesialist  
og psykoanalytiker i  
privatpraksis





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 486–495 FAGFELLEVDERT

**MARIT BERGE JENSEN**, psykolog, Ski kommune, Psykisk helsetjeneste og  
**ERIK STÅNICKE**, PhD, førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet  
 i Oslo, president NorskPsykoanalytisk Forening\*  
**KONTAKT** marit.b.j@hotmail.com

# MOTSTAND SOM INTRAPSYKISK OG INTERPERSONLIG FENOMEN

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

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

Motstandsfenomenet antas å spille en sentral rolle i terapiprosessen, og flere empiriske studier har understøttet dette (se f.eks. Callahan, 2000; Graff & Luborsky, 1977; Hara, Westra, Constantino & Antony, 2016; Patton, Kivlighan, & Multon, 1997). Vi ser også at de fleste terapeutiske retninger beskriver klienter som hindrer egen behandlingsfremgang, selv om begrepsbruken varierer (Leahy, 2001). Innenfor psykoterapi-retninger inspirert av psykoanalytisk teori er motstandsbegrepet drøftet som sentralt for å få til varig endring, for eksempel i ISTDP (Abbass, 2015), men også diskutert som bedre forstått som en relasjonell utprøving, som i kontroll-mestringsteori (Rappoport, 2002). Noen enighet om hvordan man skal forstå, konseptualisere eller håndtere fenomenet på tvers av terapeutiske retninger, finner vi imidlertid ikke: «Resis-

**ABSTRACT**

*The concept of resistance  
- an intrapsychic and interpersonal  
phenomenon*

The term *resistance* was introduced by Sigmund Freud and can be said to have played a crucial role in the founding of psychoanalysis. After Freud, the term seems to have been developed in different ways by the different psychoanalytic schools. However, as far as we know, it has not been thoroughly revised. Through an investigation of the use of the concept today within selected psychotherapeutic schools, both within and outside the psychodynamic tradition, we found an emerging ambiguity of the concept. In this paper we examine this ambiguity, aiming to clarify the use and stand of the term today. This discussion illustrates a fraction of the concept's diversity, and a thorough revision of the concept remains.

*Key words: resistance, psychotherapy,  
intrapsychic, interpersonal, change*

\* Artikkelen er en videreutvikling av førsteforfatters hovedoppgave i psykologi, innlevert ved Psykologisk institutt, UiO i 2015.



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

tance to change is a central concept in psychotherapy, but its nature and role in the change process are not well understood. Given this, our ability to work with resistance in psychotherapy is limited» (Engle & Arkowitz, 2008, s. 390).

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

I dette bidraget trekker vi frem noen sentrale utdrag av diskusjonen og tvetydighetene som foreligger i forståelsen av motstandsbegrepet i dag, både i psykoanalytisk litteratur og i terapiretninger utenfor den psykoanalytiske og dynamiske tradisjon. Særlig vektlegges det vi oppfatter som en gjennomgående og mer overordnet problemstilling: om motstand forstås som et interpersonlig eller intrapsykisk fenomen. Etter en innledende innføring i Freuds motstandsbegrep vil vi kort redegjøre for hvordan motstandsbegrepet forstås utenfor den psykoanalytiske og dynamiske litteraturen. Deretter introduserer vi noen hovedmomenter ved den relasjonelle vendingen i psyko-dynamisk tenkning, med vekt på utviklingen fra et driftsperspektiv til objekt-relasjonsperspektiv. Samlet danner dette bakgrunn for den videre diskusjonen omkring motstand som et intrapsykisk eller interpersonlig fenomen.

#### FREUDS MOTSTANDBEGREP

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

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

Freud mente altså det var nødvendig med en bevisstgjøring hos pasienten, en innsikt i egen psyke, for å få bukt med symptomene. Videre så han for seg to deler av sinnet i strid med hverandre, og symptomet som en maskert konsekvens av denne underliggende kampen. Denne striden kalte han *konflikt*; når motstridende indre krav står i opposisjon til hverandre i subjektet (Laplanche & Pontalis, 1988). Innenfor psykoana-

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

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

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

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

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

### MOTSTANDSBEGREPET ETTER FREUD

Motstandsbegrepet etter Freud har blitt påvirket av utviklingen i de psykoanalytiske teoriene for øvrig, og endringene i forståelsen av begrepet er for omfattende til at vi kan gi en dekkende beskrivelse av dem i denne artikkelen. Men i hovedsak synes kritikken av motstandsbegrepet fra den psykoanalytiske og dynamiske tradisjonen å omhandle en ensidig vektlegging av fenomenets negative sider, mens fenomenets mer ressursrike sider nedtones (se f.eks. Schafer, 1973, Kohut, Goldberg, & Stepansky 1984). En annen kritikk er vektleggingen av motstand som et utelukkende intrapsykisk, og ikke et interpersonlig fenomen (se f.eks. Langs 1981), hvilket er hovedfokus for denne artikkelen. Det interpersonlige aspektet ved motstand antydes, men utvikles ikke av Freud når han skriver,

som i det tidligere gjengitte sitatet, at «it is the phenomenon of resistance which alone makes it possible to understand his behavior in daily life» (Freud 1905, s. 261). Det er gjennom motstand at vi som terapeuter får innblikk i væremåten til pasienten, slik den utspiller seg også utenfor terapirommet.

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

### Motstandsbegrepet utenfor den psykoanalytiske og dynamiske tradisjon

I den kognitive atferdsterapeutiske litteraturen omtales også fenomenet motstand, men på andre måter enn det vi finner i psykoanalysen. Motstand blir i denne tradisjonen forstått som manglende etterlevelse («noncompliance») eller manglende samarbeid («noncollaboration») med en her-og-nå problemløsningsrolle (Beck & Freeman, 1990). Begrepet «noncompliance» har ifølge Haugaard og Sandberg (2008) sitt opphav i et biomedisinsk paradigme, da det refererer til pasientens motvilje mot å følge anvisningene til legen. Her ser vi altså at det som avverges, er noe utenfor pasienten selv, at pasienten avverger behandlingen og ikke primært en innsikt i noe smertefullt inni pasienten. Pasientens motivasjon for behandling er ikke eksplisitt uttalt i modellen, men implisitt – og i tråd med et biomedisinsk paradigme – tenkt å være symptomlette. For oss virker det som at en sentral innvending fra den kognitive atferdsterapeutiske tradisjonen mot det psykoanalytiske motstandsbegrepet handler om ubevisst motivasjon: «Unconscious motivation is an idea that cognitive theory would prefer to leave out» (Haugaard & Sandberg, 2008, s. 26, se også Wilson, 1984).

En annen gjennomgående innvending mot motstandsbegrepet fra tradisjoner utenfor den psykodynamiske er at formuleringen kan oppfattes som at det utelukkende er pasienten som ansvarliggjøres for manglende behandlingseffekt, mens terapeutens tilkortkommenhet forsvinner av syne (se f.eks. Lazarus & Fay, 1982; Lewis & Evans, 1986). Wachtel (1982) mener denne misforståelsen er ironisk fordi det tidligere var nettopp atferdsterapeuter som ansvarliggjorde pasienten for samarbeidsvansker. Denne uenigheten er for oss et godt eksem- »

pel på hvordan motstandsfenomenet ikke kan appliseres direkte inn i et annet paradigme, da motstand ikke bare forstås ulikt, men faktisk fortøner seg ulikt i ulike terapiformer som følge av forskjeller i klinisk praksis – for eksempel som respons på ulik grad av terapeutstyring (se f.eks. Haugaard og Sandberg (2008) om maktrelasjonens betydning). Vi kan si at premissene for, og rammene ved, den terapeutiske situasjon er av betydning for forståelsen av motstandsfenomenet.

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

Selv om det finnes likheter i definisjonen av reaktans og motstand, er det også viktige ulikheter, og reaktans synes å være et spesifikt uttrykk for motstand som oppstår i form av opprør, og som er situasjonelt induert, ifølge Norcross (2011). Wachtel (1982) hevder fra et integrativt ståsted at det psykoterapeutiske fagfeltet er mer samstemt når det gjelder synet på motstandsfenomenet i praksis enn det som fremkommer i litteraturen. Han tilskriver uoverensstemmelsene mer terminologiske forskjeller enn den bakenforliggende forståelse av fenomenet. Deler av debatten rundt motstandsbegrepet ser dermed ut til å dreie seg vel så mye om dets konotasjon som om dets denotative innhold (se f.eks. Arkowitz, 2002; Engle & Arkowitz, 2008), altså om de assosiasjoner en har til begrepet heller enn fenomenet det forsøker å representere.

### Motstand i den psykoanalytiske tradisjon

Freud anså at den sentrale nevrotiske konflikten omhandlet hemmeligheter og selvbedrag, med sin kjerne i ødipalkonflikten; hos Freud strever mennesket med basale ønsker, og frykter for gjengjeldelse og skyld. Melanie Klein mente derimot at vi strever med en dyp frykt for å bli forlatt og utslettet (Klein, 1946). Kleins modell vektlegger andre opplevelseskvaliteter enn Freud: at mennesket, ifølge Klein, strever mer med å holde på avstand opplevelsen av litenhet, sårbarhet og fragmentering enn selvbedrag. Siden opplevelsen av sårbarhet er noe som hele tiden kan tenkes å være aktivert i relasjoner mellom oss mennesker, som redselen for avvising og angrep, tegnet hun også et bilde av menneskets indre som mer kaotisk og flytende. For Freud var ego en sammenhengende og integrert struktur, som håndterte impulsene som oppstod. Klein antydte derimot et skiftende ego, som vekslet mellom en elskende orientering mot et godt objekt og hatefull orientering mot et opplevd frustrerende og ondt objekt. Kleins forståelse av sinnet forskjøv fokus fra impulser til relasjoner – en relasjonell dreining (Mitchell & Black, 1995). Vi ser dette relasjonelle fokuset også spesifikt i at Klein omtaler drifter mindre som *eros* og *thanatos*, men mer som relasjonelle følelsesuttrykk

som *kjærlighet* og *hat*. Bidragene fra Klein, og senere Bion (1962), gir en kompleks og mangefasettert forståelse av motstand. Fra at man tidligere fokuserte på rekonstruksjon av barndomsminner, bidro deres teorier til en klinisk håndtering av motstand som involverer et mer innviklet samspill mellom pasient og analytiker (Mitchell & Black, 1995). Vi kan kanskje si at motstand ikke lenger bare forstås som forsvar uttrykt i overføringen (Gill, 1982), men at hele pasientens indre verden med konflikt og utviklingsmangler blir uttrykt i overføringen (se Jensen, 2015). Motstand i overføringen blir således ikke noe som må bekjempes, tvert imot gir motstand terapeuten et innblikk i det indre liv til den enkelte. Som vi påpekte, var Freud inne på et slikt perspektiv på motstand og overføring, men med den relasjonelle dreiningen ble en slik forståelse tydeliggjort, og dette har preget det videre analytiske arbeidet.

Andre bidragsytere – som Winnicott og Fairbairn – i objekt-relasjonsskolen utviklet egne teorier om relasjonenes rolle i psykens utvikling, og brøt med Kleins premiss om konstitusjonell aggresjon. De foreslo heller at spedbarnet er innstilt på harmoniske interaksjoner og ikke-traumatisk utvikling, og beskrev hvordan utviklingen eventuelt blir forstyrret av empativikt, traumer og neglekt (Mitchell & Black, 1995). Dette endret igjen den underliggende tanken om de psykiske kreftenes mål og retning. Donald W. Winnicott (1965) var opptatt av kvaliteten på den subjektive erfaring, og mente at pasienten selv innehadde selvhelende krefter. Han ville innrette den analytiske situasjonen slik at den kunne møte de savn pasienten har etter adekvat og rettmessig omsorg, og mente innhold og tolkinger var mindre relevant; det som var avgjørende, var opplevelsen av seg selv i relasjon til andre. William R.D. Fairbairn (1952) stilte spørsmål ved Freuds premiss om at den fundamentale motivasjonen i livet er lyst, og foreslo isteden at libido ikke er lyst-søkende, men objekt-søkende. Dette innebærer at barnet søker det objektet som er tilgjengelig, med den kontaktformen som tilbys, og Fairbairn foreslo at disse formene for interaksjon ble til livslange mønstre av tilknytning og forbindelse med andre. Slik foregriper han Bowlbys senere teori om tilknytning. Fairbairn tenkte seg at internaliserte samspillmønstre senere blir projisert inn i nye relasjoner, og at det således foregår en syklisk projeksjon av

gamle mønstre. Når nye relasjonelle samspill, som er preget av prosjeksjoner, på ny blir reinternalisert, så forklarer det hvorfor psykiske vansker er vanskelige å endre. Disse omformuleringene av menneskets drivkraft (fra drift til relasjon) har nødvendigvis implikasjoner for motstandsbe- grepet, noe vi vil redegjøre for videre i artikkelen.

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

### MOTSTAND SOM INTERPERSONLIG ELLER INTRAPSYKISK

Motstand ble opprinnelig konseptualisert ut fra en teori om drifter og forsvarsmekanismer, og derav forstått som et intrapsykisk fenomen. Det har senere skjedd en utvidelse av psykoanalytisk teori som har inkludert et fokus på relasjoners betydning i psykologisk utvikling. Den analytiske prosessen forstås ikke bare som en samarbeidsrelasjon mellom terapeut og pasient med felles arbeidsoppgave, men i økende grad som en selvsten- dig veksterfaring, der pasientens relasjon til analytikeren gir muligheter for å bearbeide tidlige utviklingsmessige erfaringer (Mitchell & Black, 1995). Vår gjennomgang av ulike teoretikers oppfatning av motstand forteller at det relasjonelle fokuset på psykens utvikling og fungering gjør spørsmålet om hvilket «nivå» en skal forstå motstandsfenomenet på, svært aktuelt. Dette gjelder både innad i den analytiske og dynamiske tradisjonen og mellom de terapeutiske retningene. Hvorvidt en anser motstand som et *intrapsykisk* eller *interpersonlig* fenomen, peker seg ut som en gjennomgående problemstilling, som later til å kunne være avgjørende for den kliniske forståelsen og håndteringen av motstand.

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

I litteraturen ser vi, som tidligere beskrevet, at en innenfor atferds- terapeutiske, kognitive og integrative perspektiver er opptatt av at tera- peuten må undersøke motstand ikke bare som en pasientvariabel, men også som en funksjon av terapeutens tilnærming og som et biprodukt av kontekstuelle faktorer (se f.eks. Arkowitz, 2002; Engle & Arkowitz, 2006; Goldfried, 1982; Newman, 1994) eller som et produkt av selve interaksjo- nen mellom pasient og terapeut (e.g. Engle & Arkowitz, 2008; Moyers & Rollnick, 2002). Kirmayer (1990) hevder at terapeuter som kaller klien- tens atferd for motstand, attribuerer hensikt til klienten, mens det er mulig at klienten heller kan ha opplevd maktesløshet eller tap av kontroll. Skillet mellom «kan ikke endre meg» og «vil ikke endre seg» er proble- matisk i denne sammenheng, mener Kirmayer (1990), da det formidler »



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

et moralsk skille mellom handlinger som folk holdes ansvarlige for, og de handlinger eller hendelser som bare hender dem. Her peker hun på det vi, som tidligere nevnt, oppfatter som en hovedkritikk av motstandsbegrepet: at terapeuten tillegger pasienten en bevisst eller ubevisst motivasjon, som heller kan ha vært en adekvat respons på terapeuten, eller omstendighetene. Kirmayer (1990) poengterer imidlertid at klientresponsen faktisk gir informasjon om klienten, selv om den kan være fremkalt av terapeutens intervensjon. Dette omtaler hun som en epistemologisk sirkularitet som er uunngåelig i menneskelig interaksjon, og som kan dempes, men ikke elimineres ved å innta en ikke-styrende lytteholdning.

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

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

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

individuelt unike – og dermed partikulære – hos den enkelte pasient, samtidig som vi kan begrepsfeste dette unike innenfor en teori om noe allment og universelt.

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

#### DET POTENSIELLE OG MOTSTAND - EN MULIG FORSTÅELESERAMME

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

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

Et eksempel på dette er det Dewald (1982) omtaler som strategisk motstand; en uvillighet til å gi opp forsøk på å gjenoppleve fortiden og å oppleve tidligere gledelige eller uoppfylte tilfredsstillelser og/eller relasjoner. Dette innebærer en motvilje mot å akseptere i nåtiden hva som er aldersadekvate og realistiske muligheter. Denne formen for forsakelse aktiverer sorg og en gjenkjennelse av at det er «for sent», hvilket igjen involverer ubehagelige følelser og vedvarende psykologisk arbeid. Psykisk smerte oppstår ut fra denne teorien fordi mennesker holder fast i det som kunne ha vært, eller kan bli, på bekostning av det som faktisk er; altså ved manglende evne til å realisere, teste ut og forholde seg til livets muligheter og begrensninger. Paradoksalt nok blir det som holdes fast ved, også det som skaper smerte. Det å forbli i det potensielle kan forhindre genuin væren i verden og fremme en opplevelse av for eksempel isolasjon, meningsløshet og distanse. En illustrasjon av dette kan være pasienten som lever med et fantasirikt indre liv, men som ikke inviterer til reelle relasjoner med andre. Tvert imot kan et rikt fantasiliv, som vi vanligvis forbinder med kreativitet og liv, også innebære en fortapelse som står i veien for reelle livsvalg og nærhet.

Dersom motstand handler om frykt for det symboliserte/virkeliggjorte, er det nærliggende at motstand også handler om frykt for å *skape*. Med skape mener vi alt som settes ut i livet og kommuniserer. Den uferdige skaper, fordi den uferdige søker og skaper seg selv, hevdet Winnicott (1971). Skapelse er slik sett motivert av potensialet for egen utvikling/tilblivelse og kanskje selverkjennelse, og forhindret av fastholdelsen av dette potensialet. Fastholdelsen kan være motivert av frykten for virkeliggjørelsen, kanskje tilknyttet følelser av tilkortkommenhet og hjelpeløshet i møte med det ukjente. Frustrasjonen og vreden som kan komme til uttrykk ved motstand, kan derfor være knyttet til helt eksistensielle spørsmål: Finnes jeg? Hvem er i så fall jeg? Er jeg konstant? Hva gjør jeg her / er min oppgave? Er jeg alene? Kan jeg opphøre? Spørsmål som knytter seg til ufra-velige grunnvilkår ved den menneskelige eksistens (Vetlesen & Stänicke, 1999), og som Yalom (2011) beskriver som fundamental angst i møte med tilværelsens uløselige spørsmål. Å arbeide med motstand er kanskje derfor et arbeid med å akseptere paradoksene: det uløse- >>

lige, det uvisse og ubesvarte, hvilket fordrer en evne til «*negative capability*» (Keats & Rollins, 1958): evnen til å tåle det uavklarte, mystiske, forvirrende, en evne til å tåle å ikke vite, som igjen er beslektet med «maternal reverie» og «containment» (Bion, 1962) i psykoanalysen (Zachrisson, 2014).

## KONKLUSJON

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

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

## LITTERATURLISTE

- Abbass, A. (2015). *Reaching through Resistance: Advanced Psychotherapy Techniques*, MD. Kansas City: Seven Leaves Press.
- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 219–227. doi: 10.1002/jclp.1145.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D.K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I T. Berge & A. Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 24–60). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Bion, W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: Tavistock.
- Blatt, S.J., & Erlich, H.S. (1982). Levels of resistance in the psychotherapeutic process. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Brehm, J.W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Callahan, P.E. (2000). Indexing resistance in Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP): Change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS). *Psychotherapy Research*, 10(1), 87–99. doi: 10.1093/ptr/10.1.87.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Wiley.
- Dewald, P.A. (1982). Psychoanalytic perspectives on resistance. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 389–412. doi: 10.1177/0022167807310917.
- Engle, D., & Holiman, M. (2002). A gestalt-experiential perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 175–183. doi: 10.1002/jclp.1141.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychological studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. *Standard Edition volume IV and V*. London: Random House.
- Freud, S. (1905). On psychotherapy. *Standard Edition volume VII*. London: Random House.
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition volume XII*. London: Random House.
- Gill, M.M. (1982). *Analysis of transference* (Vol. 53–54). New York, N.Y: International Universities Press.
- Goldfried, M.R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Graff, H., & Luborsky, L. (1977). Long-Term Trends in Transference and Resistance: A Report on A Quantitative-Analytic Method Applied to four Psychoanalyses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25(2), 471–490. doi: 10.1177/000306517702500210.



- Hara, K.M., Westra, H.A., Constantion, M.J. & Antony, M.M. (2016). The impact of resistance on empathy in CBT for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 1–10.
- Haugaard, C., & Sandberg, K. (2008). Resistance in cognitive therapy: An analysis of paradigm and contemporary practice. *Nordic Psychology*, 60(1), 24–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1901-2276.60.1.24>.
- Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561–573. doi: 10.1037/0022-006x.61.4.561.
- Jensen, M. B. (2015). Motstand – En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset. Hentet fra [https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44326/1/Hovedoppgave-innlevering\\_ferdig.pdf](https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/44326/1/Hovedoppgave-innlevering_ferdig.pdf).
- Joseph, B. (1985). Transference: The Total Situation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66, 447–454.
- Keats, J., & Rollins, H.E. (1958). *The letters of John Keats 1814–1821*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirmayer, L.J. (1990). Resistance, reactance, and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(2), 83–104.
- Klein, M. (1946). *Notes on Some Schizoid Mechanisms. Envy and Gratitude and other works 1946- 1963*. London: The Hogarth Press.
- Kohut, H., Goldberg, A., & Stepansky, P. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Langs, R. (1981). *Resistances and interventions: the nature of therapeutic work*. New York: Aronson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1988). *The language of psycho-analysis*. London: Karnac.
- Lazarus, A.A., & Fay, A. (1982). Resistance or Rationalization? A Cognitive-Behavioral Perspective. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Leahy, R.L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Lewis, W.A., & Evans, J.W. (1986). Resistance: A reconceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(3), 426.
- Luborsky, L., & Barrett, M.S. (2006). The history and empirical status of key psychoanalytic concepts *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 1–19.
- Mitchell, S.A., & Black, M.J. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Moyers, T.B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 185–193. doi: 10.1002/jclp.1142.
- Newman, C.F. (1994). Understanding client resistance – methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47–69. doi:10.1016/s1077-7229(05)80086-0.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Nuetzel, E.J., Larsen, R.J., & Prizmic, Z. (2007). The Dynamics of Empirically Derived Factors in the Therapeutic Relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1321–1353. doi: 10.1177/000306510705500411.
- Olsen, B. & Nystuen, P. (2017). *Arbeid og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Patton, M.J., Kivlighan, D.M., & Multon, K.D. (1997). The Missouri psychoanalytic counseling research project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189–208. doi: 10.1037/0022-0167.44.2.189.
- Rappoport, A. (2002). How psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10–14.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 35–45.
- Schafer, R. (1973). The idea of resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 54(3), 259–285.
- Schlesinger, H.J. (1982). Resistance as process. I P.L. Wachtel (red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Stånicke, E. (2011). Different ways of moving ahead after analysis: Changes in experiential dimensions. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2), 229–246. doi: 10.1037/a0020639.
- Stånicke, E., & Killingmo, B. (2013). Object trust: A specific kind of analytic change. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3), 423–437. doi: 10.1037/a0032036.
- Vetlesen, A.J. & Stånicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse: om muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wachtel, P.L. (1982). *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Wilson, G.T. (1984). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory & Practice*, 9, 309–343.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. London: Karnac.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge, 2005.
- Yalom, I.D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi*. Oslo: Arneberg forlag.
- Zachrisson, A. (2013). The Internal/External Issue: What Is an Outer Object? Another Person as Object and as Separate Other in Object Relations Models. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 67, 249–274.
- Zachrisson, A. (2014). Hamlets personlighet: en betydelig grad av normalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(2), 106- 112.



# Psykoanalytisk perspektiv på psykoser

Hvilken utvikling har skjedd innenfor psykoanalysen når det gjelder hvordan vi kan forstå og møte psykotiske tilstander?

**H**elsedepartementet har startet prosjektet «medisinfrie tilbud». I sine styringsdokumenter spesifiserer to av de regionale helseforetakene psykoselidelsene som en målgruppe for tilbudet, og alle de fire helseforetakene presiserer at psykoterapi inngår som et viktig behandlingstiltak. Medisinfri behandling av psykoselidelser vil utvilsomt by på store utfordringer, men skaper også muligheter for ny fagutvikling på dette området.

Vi har fremdeles ingen omforent, detaljert forklaringsmodell for psykosenes etiologi og patogenese, en modell som knytter sammen nevrobiologiske og psykososiale aspekter. I behandlingsarbeidet må vi ta utgangspunkt i erfaringene fra kognitiv og psykodynamisk tradisjon.

At psykodynamisk terapi kan føre til overbevisende bedring for enkelte schizofrene, er blant annet dokumentert i Cullberg og Levan-

ders (1991) etterundersøkelse. I det store danske schizofreniprojektet fant man en klart større bedring etter to år hos dem som hadde fått psykodynamisk psykoterapi, enn hos dem som hadde fått standard behandling (Rosenbaum et al., 2012). Etterundersøkelsen av de 27 første schizofrene pasientene ved Kastanjebakken, Gaustad Sykehus, viste det samme (Varvin, 1991).

Den samlede internasjonale litteraturen (se Karon, 1981; Giovacchini, 1982; Silver, 1989; Jackson, 1994; Hinshelwood, 2004; de Masi, 2006, 2012; Lucas, 2009; Williams, 2010) viser at enkelte pasienter med psykoselidelser kan oppnå full symptomfrihet og funksjonsevne som følge av langtids psykoanalytisk orientert psykoterapi, mens flere kan oppnå en betydelig bedring av symptomtrykk og sosial funksjon.

Det har vært hevdet at den store ressursbruken ved slik behandling ikke står i forhold til det usikre utbyttet. Men med økende lydhørhet

## TEKST

Svein Haugsgjerd, psykiater i privat praksis, Oslo

## KONTAKT

Svein.haugsgjerd@gmail.com

## FOTO

Sverre Strandberg





Ettertiden har vist at psykosebehandlingen krever en utvidelse av den klassiske freudianske forståelsen

for brukernes ønsker vil det også melde seg et behov for fagutvikling på dette området. Her vil jeg kort beskrive den utviklingen som har skjedd innenfor psykoanalysen når det gjelder hvordan vi kan forstå og møte psykotiske tilstander.

#### **FREUDS BIDRAG: SCHREBER-STUDIEN**

Freuds drøftelse av den psykotiske «senatspresident» Daniel Paul Schreber er det historiske utgangspunktet for psykodynamiske undersøkelser av psykoser. Schreber var president for lagtinget i Sachsen, og i 40-årsalderen ble han innlagt på psykiatrisk sykehus for depresjon, hypokondri og paranoide ideer om kroppslig forandringer. Etter sin tilfriskning lot han seg velge inn i delstatsparlamentet i Sachsen, inspirert av en radikal tidsånd. Men jernkansleren Bismarck likte ikke denne demokratibevegelsen, og satte soldater inn for å jage de folkevalgte i Sachsen hjem. Kort tid etter ble Schreber akutt psykotisk og innlagt på sinnssykehus. Han var innlagt i tyve år, og skrev de siste årene en selvbiografi som ble utgitt, sensurert av familien, i 1903. Selvbiografien er et forsøk på å bevise virkelighetsgehalten i hans psykotiske vrangforestillinger, hallusinasjoner og kroppsupplevelser. Et sentralt tema er at han opplevde at han kroppslig langsomt forandret seg til kvinne. Den som stod bak dette, var først en grusom fiende, nemlig Paul Flechsig, den første overlegen som behandlet ham. Senere ble forfølgeren en hjerteløs og kaprisøs Gud, som hadde som hensikt å befrukte ham og dermed gi opphav til en ny menneskerase, etter at menneskeheten som vi kjenner den, var gått til grunne. Schreber døde i 1910, og Freud traff ham aldri, men skrev en omfattende artikkel (Freud, 1911) som analyserer alle de vrangforestillingene og hallusinasjonene som beskrives i selvbiografien.

Freud tror at grunnen til hans psykotiske sammenbrudd var en konflikt som var for intens til å tåles, og som handlet om hans selvrespekt som mann. Schrebers far var en lege med militær bakgrunn, og forfatter av flere populære bøker om fysisk fostring og barneoppdragelse, bøker som anbefaler ekstreme, autoritære metoder. Flere negative livshendelser var etter Freuds oppfatning utløsende årsaker til sammenbruddet. Det ene var at Schreber og hans hustru var ufrivillig barnløse. Dessuten hadde han latt seg jage ut av delstatsforsamlingen, og flyktet med halen mellom bena. Han greide ikke å leve opp til det å være en ordentlig mann.

Perioden med hypokondri – da han stirret i timevis på sin nakne kropp i speilet og innbilte seg at den hadde feminine former – var et forvarsel om det sammenbruddet som senere kom.

En psykose er med Freuds uttrykk en «verdens-undergang». Verden slik vi tar den for gitt gjennom våre sanser og vår forstand og fornuft, forsvinner. Vi opprettholder denne selvfølgelige oppfatningen av den verden vi lever i, gjennom at vår libido er investert i verden, sier Freud. I psykosen vender man verden som vi kjenner den, ryggen. Men den psykotiske kan ikke leve i et vakuum, han må bygge opp igjen en erstatning for den verden som er gått under. Dette er vrangforestillingenes verden, der sammenhengene rundt oss fortolkes gjennom mekanismer som er virkelighetsfordreierende. De to mekanismene Freud postulerer, er omvendingen av kjærlighet til hat, og projeksjon, altså ved å tillegge andre de følelsene som egentlig kommer fra en selv.

Det er i ettertid skrevet veldig mye om Schreber (se Haugsgjerd, 2014). Et standpunkt hos Freud som mange av hans elever tok avstand fra, var hans påstand om at ettersom den psykotiske «har trukket libido tilbake

fra sine investeringer i den ytre verden», ville han/hun ikke kunne danne noen overføring, noe som var en forutsetning for psykoanalytisk behandling.

I årene rett etter første verdenskrig var psykoanalysen noe nytt og spennende som trakk til seg unge entusiaster fra hele Europa.<sup>1</sup> Deres første erfaringer var fra legearbeid i psykiatriske sykehus i hjemlandet, der de hadde rikelig anledning til å tenke i psykoanalytiske begreper overfor psykotiske pasienter. Noe den unge generasjonen hadde til felles, var at psykotiske pasienter utviklet overføringsforhold til sine behandlere, stikk i strid med Freuds påstand. Men denne overføringen hadde riktignok iblant et erotomant eller paranoid preg. På denne bakgrunnen ble det skrevet mange optimistiske kasusbeskrivelser i 1920-årene.

Etter hvert som disse legene ble velrenomerte analytikere, sluttet de fleste å ta imot psykotiske pasienter. Men ved noen få sykehus var det psykoanalytikere som ledet driften, og ved disse sykehusene ble psykosebehandling videreført.<sup>2</sup>

### PSYKOANALYTISKE BIDRAG ETTER FREUD

En analytiker som tidlig kom med et nytt bidrag, var Paul Federn, som hadde en større interesse for fenomenologiske beskrivelser enn for debatt om Freuds begreper. Han pekte på at psykotiske mennesker lider under uklare jeg-grenser, noe som førte til angstskapende forvirring om hvor følelser og tanker kommer fra. Et behandlingsmål var å styrke pasientens jeg-grenser, og for å oppnå det måtte det skapes trygghet og tillit. Derfor arbeidet han sammen med en ko-terapeut (sykepleier Gertrud Schwing, se også hennes bok fra 1954). Til sammen utgjorde de et far-mor-par for pasienten.

På denne tiden var det konsensus blant analytikere om at dess mer alvorlig en psykopatologisk tilstand var, dess tidligere i barndommen måtte de grunnleggende, uløste konfliktene ligge (se analytikere som Karl Abraham, Otto Fenichel og Wilhelm Reich). Grunnårsaken til

psykoser måtte derfor befinne seg i den orale fasen, altså i det tidligste mor-barn-forholdet. De tidligste relasjonene ble derfor sentrale i forsøkene på å forstå psykosene. Innflytelsen fra Ferenczi og hans elever (som Imre Hermann og Alice og Michael Balint) ledet frem til Margareth Mahlers beskrivelse av separasjon-individuasjonsprosessen, en akseptert modell for den tidligste personlighetsutviklingen like frem til 1990-årene, da spedbarnsforskningen tok av. Tilknytningsteorien var utviklet allerede fra 1960-årene av. Synet på psykosene ble også påvirket av barneanalysen, utviklet av Melanie Klein (også en analysand av Ferenczi).

Ferenczi fikk stor innflytelse i USA etter sin foredragsturné 1926–27. Like betydningsfullt var det at 400 analytikere flyktet fra Hitler og havnet i USA mellom 1934 og 1940. I USA utviklet det seg et stort teorimangfold innenfor disse miljøene, og psykodynamisk tenkning fikk stor innflytelse i amerikansk psykiatri, noe som varte helt frem til 1970-årene. Det var mange universiteter og behandlingstilsetninger. Når det gjaldt psykosebehandling, var Chestnut Lodge spesielt profilert (med medarbeidere som Frieda Fromm-Reichmann og Harold Searles). Harry Stack Sullivan var i 1940- og -50-årene en pioner når det gjaldt psykologisk forståelse av psykotiske tilstander. Han pekte på ungdomstidens betydning som en psykologisk krisetid, og understreket oppvekstmiljøets betydning for psykisk helse. På 1960-tallet var neofreudianeren Silvano Arieti redaktør av *American Handbook of Psychiatry*, og dette trebindsverket avspeilet en psykoterapiorientert tilnærming til «schizophrenic reactions». Han var også en profilert talsmann for psykoseterapi. Ellers ble Bryce Boyer og Gary VandenBos, begge kjente forfattere av artikler og bøker om psykoseterapi på psykoanalytisk grunnlag, invitert til Norge som gjesteforelesere på 1980-tallet. VandenBos var gjesteforsker her i en lengre periode, og stimulerte gjennom dette interessen for psykosepsykoterapi.

Tidlig på 1970-tallet foregikk det en teoretisk debatt om hvorvidt psykoser kan forstås bare ut fra Freuds egne begreper, eller om det kreves en spesifikk psykoanalytisk psykoseteori, altså et tillegg til Freuds teorier. Det siste synspunktet ble fremmet av Nathaniel London, mens Jacob Arlow representerte et mer klassisk, »

.....

1. Dette var unge personer som Poul Bjerre, Sandor Ferenczi, Robert Waelder, Dorian Feigenbaum, Ives Hendricks, Johann van Ophuijsen, August Staercke, Viktor Tausk, Herman Nunberg og Robert Bak.
2. Burghölzli-hospitalet i Zürich, Bellevue Sanatorium i Kreuzlingen, Georg Groddeck's sanatorium i Baden-Baden.

ortodokst syn. Erttertiden har vist at psykosebehandling krever en utvidelse av den klassiske freudianske forståelsen. I denne forbindelsen kommer innflytelsen fra Melanie Kleins teorier, videreutviklet fremfor alt av Wilfred Bion, inn i bildet. Det har også skjedd videreutvikling av psykose teorier innenfor andre psykoanalytiske tradisjoner, blant annet den franske Lacan-tradisjonen, men dette skal utelates her.

### DEN NY-KLEINIANSKE VIDEREUTVIKLINGEN AV PSYKOSEFORSTÅELEN

En av psykose terapeutene som besøkte Oslo på 1970-tallet, var Thomas Freeman. Hans omfattende erfaring med psykodynamisk terapi med schizofrene pasienter hadde lært ham hvordan gledelige hendelser kan sende en psykotisk person inn i en dyp regresjon: Det blir for mye opphisselse, for høye forventninger – kanskje altfor voldsomme dopamin-kaskader inn i frontallappen – og det ser ikke ut til at psyken tåler dette, mente Freeman. Donald Meltzer var en annen gjesteveileder som fikk stor betydning for mange av oss i samme periode. Han var elev av Klein og Bion og bygget videre på deres teorier, som derfor kort skal omtales her.

Melanie Klein, barneanalysens kontroversielle pioner, lanserte i 1938 begrepet den depressive posisjon. Dette er en fase i siste del av første leveår der barnet er i stand til å tåle ambivalens, altså en blanding av positive og negative følelser overfor de primære omsorgspersonene. Hun mente at vanskeligheter med å oppnå en slik stabil emosjonell modenhet kunne være grunnlaget for en tendens til depresjon i voksen alder. Dette synspunktet utløste en intens debatt, der Kleins meningsmotstandere mente hun tilla det lille barnet altfor dramatiske følelsesmessige konflikter fra første leveår av. I 1946 beskrev hun at perioden forut for den depressive posisjonen er preget av angst for tilintetgjørelse på grunn av egne følelser som grådighet og misunnelse. Denne tilstanden kalte hun den paranoid-schizoide posisjon. Den er kjennetegnet av forsvarsmekanismene splitting, projektiv identifisering og omnipotens. Kleins ideer var sterkt omstridt på 1940- og -50-tallet, men har siden i større grad blitt akseptert, med modifikasjoner. En viktig person i denne forbindelsen har vært Otto Kernberg, en psykoanalytiker med sterk innflytelse siden 1970-tallet, først og fremst for sitt arbeid med personlighetsforstyrrelser. I hans versjon

av moderne objektrelasjonsteori er de schizoide forsvarsmekanismene splitting og projektiv identifisering sentrale.

Tre av Kleins elever fikk stor betydning for forståelsen av psykoser. Den ene var Hanna Segal, som pekte på at psykotiske mennesker ikke behersker symbolsk, metaforisk tale. De har en tendens til å oppfatte abstrakte begreper som konkrete, og ord blir ofte behandlet som ting. Den andre var Herbert Rosenfeld, særlig kjent for å beskrive psykosens funksjon som en psykisk mafiaorganisasjon. Den lover personligheten frihet fra smerte og ulykkelighet, men konsekvensen er alltid å være jaget av uhygge og angst, og det å bryte med psykosen er det mest angstskapende.

Den tredje var Wilfred Bion. Han var krigsdeltaker i begge verdenskrigene, første gang som soldat, andre gang som psykiater. Han var den sentrale bidragsyteren da psykodynamisk gruppeterapi ble skapt som behandlingsform for traumatiserte jagerpiloter på Royal Air Force-basen Northfield i 1943, og videreutviklet ved Tavistock Institute etter krigen. Da han i 1950, i en alder av 53 år, ble psykoanalytiker, begynte han med psykoanalyse av seks «uegnede» pasienter, tre psykotiske, to tvangslidende og en narkoman. Ut fra denne erfaringen skrev han ni artikler (1952–60) som beskrev psykotiske tilstander på en ny måte. Hovedideene som utvikles gjennom disse artiklene, er som følger:

1. Den psykotiske snakker, ikke for å dele sine tanker, men for å tømme seg for uutholdelige følelser. Disse følelsene «trenger inn i» behandlingene og skaper vanskelige motoverføringsfølelser, som behandlerne må romme, reflektere over og «gi tilbake i avgiftet form».
2. Den psykotiske har sluppet unna uutholdelig smerte i kontakten med virkeligheten, og vil deretter holde virkeligheten borte. Han vil hate behandleren fordi denne vil påvirke ham til å gjenoppta kontakten med virkeligheten, og dermed smerten.
3. Den psykotiske klamrer seg til vrangforestillingene da disse beskytter ham fra den overhengende angsten for tilintetgjørelse.
4. Psykosen betyr at en psykotisk personlighetsdel (funksjon) har fått overtaket og fordrevet den sunne delen. Den psykotiske delen insisterer på allvitenskap, det stikk motsatte av den sunne delen, som vokser på å lære av erfaring (= emosjonell kontakt).
5. Psykosen betyr et angrep på det psykiske apparatet med sine følelsesladete relasjoner mellom selvet og objektene. Bion grupperer følelsene i kjærlighet, hat og vitebegjær. Bion utvider betydningen av de schizoide mekanismene Klein beskrev. I psykosen skjer det en splitting av mening til ørsmå fragmenter. Den projektive identifikasjonen blir intens, og induserer forvirring og avmaktsfølelse hos mottakeren (påførende eller behandler).
6. Psykoterapeuten som lytter, blir ofte opplevd som likegyldig. Hvis behandleren stiller spørsmål, føles det som forhør og forfølgelse. Og hvis han/hun sier noe treffende, oppfattes det som om behandleren stjeler ens egne tanker. Bions råd: spør aldri hvorfor, alltid hvordan. Be alltid om beskrivelser, ikke forklaringer.
7. Overføringen, det vil si tilknytningen til behandleren er «tynn» og «seig», det vil si at den bygger på veldig lite reell observasjon av behandlerens væremåte («tynn») og er lite korrigierbar («seig»).

Ut fra disse erfaringene og tolkningen av dem lanserte Bion i 1960 det han kalte «en teori om tenkning». Noen av grunnelementene i teorien er som følger:

Vårt psykiske apparat bombarderes hele tiden av sanseinntrykk, enten de kommer utenfra eller innenfra. Vi har en evne, kalt alfa-funksjon, til å sette sammen disse sanseinntrykkene, sammen med de følelses-kvalitetene de er knyttet til, til meningsbærende enheter. De minste enhetene kaller Bion alfa-elementer. Disse settes sammen til drømmetanker, fornemmelser, tanker osv. Allerede fra de første levemåneder utsettes vi for en overveldende mengde sanseinntrykk. For å unngå overveldelse og kaos blir bare en viss del av inntrykkene gjenstand for oppmerksomhet. Foruten inntrykk som har med fysiologiske behov å gjøre, gjelder dette også alt som har med kontakt å gjøre (ansikt, øyne, stemme osv.), og det som handler om utforskning (bevegelige gjenstander, farger, rytmer osv.).

Alfa-funksjonen har et ankerfeste i en medfødt mønstergjenkjennelse: Noe hører sammen med noe annet, som en krukke (container) til et innhold, et punkt til en strek, osv. Men denne evnen til å skape mening utvikles i det dialogiske spillet med et rommende objekt, vanligvis det første kjærlighetsobjektet.

Dersom inntrykkene er for intense, og rommet for indre bearbeidelse (fordøyelse) er for trangt, vil noen av sanseinntrykkene, kalt beta-elementer, forbli atskilt fra mening og finner ikke veien til bevisstheten. Grensen mellom bevisstheten og det ubevisste kaller Bion kontaktbarrieren, for å vise at den på den ene siden skal beskytte psyken mot overbelastning, men på den annen side også er en sone der det foregår en toveis trafikk mellom ubevisst og bevisst.

Der Freud snakker om drifter, bruker Bion begrepet *passionate links*, lidenskapelige forbindelser mellom subjekt og objekt (person, gjenstand osv.). Han skiller mellom tre slike lidenskaper som han ser som grunnleggende: kjærlighet, hat og vitebegjær/nysgjerrighet. Psyken er et organ for å ta imot sanseinntrykk og skape mening av dem, men er også en «muskel» som kan sende ut følere, eller kvitte seg med «overload». Akkurat som kroppen trenger næringsrik føde for å vokse og utvikle seg normalt, trenger psyken sanne, følelsesmettede møter som næring for vekst og utvikling.

I psykotiske tilstander omgis man av frittstående, bisarre objekter, fantasiskapte konglomerater, sammensatt av fragmenter av ødelagte meningsrelasjoner. Når den psykotiske funksjonen overtar og fortrenger den sunne funksjonen, skjer det en katastrofe. Verden slik vi i normal psykisk funksjon er fortrolig med og tar for gitt, blir i den psykotiske tilstanden merkelig, truende og skremmende. Dette uhyggelige kan for en tid holdes i sjakk ved en følelse av klarsyn, av å være utvalgt til en heroisk oppgave, osv. Det kan føre med seg en oppløftet stemning, og psykosen kan føles som en forførende rus. Men når man først er fanget av denne tilstanden, forvandler den seg lett til et mareritt. Når fortolkningen av hva som skjer i en selv og i kontakten med omgivelsene ikke lenger holdes på plass og korrigeres av informasjon fra utenverdenen, er det fritt frem for fantasier, også de skrekkfylte. Det er dette som fikk Rosenfeld til å bruke metaforen *mafia* med psykosen: Den lover at alt vondt skal bli borte. Men prisen man må betale for beskyttelse, er å være tro mot psykosen, å anse den som «sannere» enn den hverdagslige virkelighetsforståelsen.

Psykosen kan ses som en (feilslått) metode for å holde avstand til det som er vanskelig å bære i virkeligheten, men samtidig utsettes den psykotiske for ukontrollerbar katastrofeangst. Vrangforestillingene har ofte



På denne tiden var det konsensus blant analytikere om at dess mer alvorlig en psykopatologisk tilstand var, dess tidligere i barndommen måtte de grunnleggende, uløste konfliktene ligge



et grotesk, skremmende preg. Men fordi psykososen betyr å lukke øynene for virkelighetens vonde og vanskelige utfordringer, blir også det terapeutiske prosjektet – å gi avkall på vrangforestillingene – noe som i seg selv medfører angst, en angst som iblant ikke er til å bære.

Veien som kan føre ut av psykososen, bygges av tålmodige, trygge kontaktrelasjoner over lang tid, relasjoner som kan stimulere interessen for virkeligheten, slik at pasienten gradvis kan la vrangforestillingene gli ut av bevissthetens sentrale scene og så å si skjule seg i kulisene, med Meltzers metafor. Det er de oppriktige følelsesmessige møtene («moments of meeting»), der pasienten føler seg sett og anerkjent, som kan bygge den tillitsfulle tilknytningen som skal til.

Psykoseterapi er en langdryg kamp mellom to antagonistiske krefter; psykososen på den ene siden og kontakt med virkeligheten på den andre. Ofte føler behandleren/behandlerne at de må kjempe alene på pasientens vegne, mens pasienten sitter på gjerdet og avventer hvem som skal gå seirende ut til slutt.

Etter Meltzers oppfatning vil det psykotiske alternativet aldri kunne forsvinne for godt, det vil alltid være en viss risiko for at det vil komme tilbake. Vrangforestillinger vil alltid lure i kulisene som en mulig nødløsning, en overlevelsesstrategi mot fortvilelse og selvmord. Derfor gjelder det hele tiden å være oppmerksom på varselsignaler om tilbakefall, noe som kan skje på grunn av nye, negative livshendelser, men som også kan bli stimulert av plutselige, positive forventninger. Varselsignaler kan også arte seg som plutselig, selvhevdende påståelighet, eller som det Meltzer kalte narredepresjon, altså en fasade av bedring.

Å være behandler og delta i slike uendelig lange kamper betyr å utsettes for voldsomme følelsesmessige påkjenninger. Noen pasienter vil kunne oppleve bedring, iblant dramatisk bedring. Men man kan aldri vite sikkert at man vil oppnå et godt resultat. Man blir ofte skuffet, forvirret, rådløs og føler seg mislykket. Jeg har to ganger sett kolleger få sammenbrudd på grunn av nettopp slike påkjenninger. Hva slags redskaper kan hjelpe oss behandlere? Gode, trygge, kreative kollegiale relasjoner er utrolig viktige, men dessverre altfor sjeldne. Gode begreper, resonnementer, modeller, metaforer, kombinert med et åpent sinn, en fri tanke, er helt nødvendig. Man må bygge på sine egne

erfaringer, vel vitende om at hver ny pasient alltid betyr møtet med en ny verden, en ny historie.

### PSYKOANALYTISK ORIENTERT PSYKOSEBEHANDLING I DAG

Italia har fortsatt et sterkt miljø der disse ideene fra Bion og andre ny-kleinianere videreutvikles. Blant dem er også Franco de Masi, som har skrevet to bøker om psykoanalytisk behandling av psykoser (de Masi 2006, 2012). I disse bøkene drøftes også nevrovitenskapelige forskningsfunn om psykotiske tilstander.

John Steier beskrev i 1993 det han kalte «psychic retreat». De Masi ser en slik tidlig tilbaketreking som en disponerende faktor for senere psykoseutvikling. Tidlig psykisk tilbaketreking kan arte seg som et sensitivt barns beskyttelsesreaksjon overfor kontaktfattige, men ikke nødvendigvis traumatiserende, invaderende omgivelser. Dette kan være startpunktet for mange utviklingsveier, en av dem går i retning psykose. Selvtilstrekkelighet og storhetsfantasier kan utvikles i det skjulte gjennom barndommen, og i møtet med kjønnsmodning og ungdomstidens utfordringer kan det utvikle seg en langsom prosess av assosiative mikrotransformasjoner (feiltolkninger, overdrevne tolkninger, privat mening, blindhet for sammenhenger, osv.). Ytre hendelser av krenkende eller skuffende art kan også trigge en psykose, der de skjulte assosiative transformasjonene kommer til syne og ofte, men ikke alltid, inngår i et system.

De Masi mener at intensiv psykoterapi bør igangsettes så raskt som mulig ved første gangs psykoser, i den hensikt å få demontert den innledende vrangforestillingen så fullstendig som mulig, altså få pasienten til å se at den er en falsk konstruksjon som har oppstått som forsvar mot svært vanskelige følelser i den aktuelle livssituasjonen. I motsetning til i regulær psykoanalyse skal man ikke ha som mål å tolke og forstå hva symptomene (i dette tilfellet *innholdet* i vrangforestillingene) «betyr», men snarere – pedagogisk – å få pasienten til å forstå deres *funksjon* som virkelighetsforfalskende beskyttelseskonstruksjoner i en livssituasjon med sterke *virkelige* vanskeligheter. Hvis man ikke lykkes med å «løse opp» de innledende vrangforestillingene, vil de forbli som et ulmende bål som senere kan blusse opp igjen, i nye skikkelser.



Man må også være oppmerksom på at i slike tilstander har det vi kaller *overjeget* en sterkt sadistisk og forfølgende funksjon, vesensforskjellig fra *overjeget* hos Freuds nevrotiske pasienter. Derfor må man systematisk snakke mot tendensen til selvførdømmelse, som hos disse pasientene ofte er mye sterkere og mer grotesk enn det vi tenker oss. Man må også ha oppmerksomhet på at fremskritt som kan åpne muligheten for større livsglede, paradoksalt nok kan øke risikoen for tilbakefall, slik allerede Freeman pekte på.

Har psykoanalysen noe å tilby psykosebehandling i dag? Etter min mening absolutt. Det psykoanalytiske perspektivet skjerper årvåkenheten for affektive prosesser som kan virke uforståelige, enten fordi de har et paradoksalt preg, eller fordi de foregår «under radaren» for den normale kommunikasjonsstrømmen. Ved å bruke sin psykodynamiske forståelse kan en psykoterapeut se mønstre og ut fra dette formulere aktive intervensjoner som setter ord på dynamikken mellom de kreftene som fremmer sunnhet, og de som trekker i retning av psykose.

Men i enda høyere grad enn i klinikken for øvrig er et godt kollegialt miljø rundt slike behandlinger en forutsetning for å lykkes. Kollegaveiledning er et nødvendig redskap, og likedan stabskonferanser der man har god tid til å legge frem til drøfting alt man vet om en pasients historie, og der alle observasjoner som de ulike medlemmene i behand-

lerteamet blir formulert og diskutert. På psykoseområdet er det ikke slik at det finnes en veletablert erfaringsbasert (enn si evidensbasert!) kunnskap som man så bare kan omsette i en standardisert behandlingsplan. Vi er nødt til hele tiden å videreutvikle vår forståelse ved å sammenholde kunnskap hentet fra faglitteraturen med den erfaringskunnskapen vi selv har hentet inn. Dette feltet trenger en kontinuerlig kompetanseutvikling.

Dersom vi skaper et slikt ambisiøst behandlingsmiljø, har vi grunn til å forvente å lykkes med å oppnå bedring for et større antall psykosepasienter enn det vi i dag ser, med «treatment as usual». Hvis vi på den måten kan oppnå en klar økning av antallet psykotiske pasienter som oppnår substansiell bedring, vil dette være et resultat av aller største betydning, både for de det gjelder, deres pårørende og samfunnet som helhet. ✖

## LITTERATUR

- Arieti, S. (1955). *Interpretation of schizophrenia*. New York: Robert Brunner.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. New York: Jason Aronson.
- Buckley, P. (red.) (1988). *Essential papers on psychosis*. New York: New York University Press.
- Cullberg, J. & Levander, S. (1991). «Fully recovered schizophrenic patients who received intensive psychotherapy. A Swedish case-finding study». *Nordic Journal of Psychiatry*, 45: 253–262.
- De Masi, F. (2006). *Vulnerability to psychosis*. London: Karnac.
- de Masi, F. (2012). *Working with difficult patients. From neurosis to psychosis*. London: Karnac.
- Federn, P. (1953). *Ego psychology and the psychoses*. London: Maresfield Reprints.
- Freeman, T. (1969). *Psychopathology of the psychoses*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1911/1947). *Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)*. Standard Edition, vol. V. London: Hogarth Press.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Haugsgjerd, S. (2014). Lidenskap, vitenskap, virkelighet og vanvidd – om Freud, Schreber og psykosefeltet i dag. *Agora*, 1–2, 318–337.
- Hinshelwood, R. D. (2004). *Suffering insanity*. New York/ London: Brunner-Routledge.
- Giovacchini, P. & Boyer, L. B. (red.) (1982). *Technical factors in the treatment of the severely disturbed patient*. New York: Jason Aronson.
- Green, H. (Joanne Greenberg) (1962). *I never promised you a rose garden*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Harder, S. et al. (2015). «Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: long-term outcome in social functioning». *Psychiatry*, 77 (2), 155–168.
- Jackson, M. & Williams, P. (1994). *Unimaginable storms: a search for meaning in psychosis*. London: Karnac.
- Karon, B. & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia*. New York: Jason Aronson.
- Klein, M. (1946). «Notes on some schizoid mechanisms». *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.
- London, N. (1970). «An essay on psychoanalytic theory: Two theories of schizophrenia, Part 1–2». *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 169–193.
- Lucas, R. (2009). *The psychotic wavelength*. London: Routledge.
- MacAlpine, I. & Hunter, R. (1955). *Daniel Paul Schreber: Memoirs of my nervous illness*. London: Dawson.
- Meltzer, D. (1986). *Studies in extended metapsychology. Clinical applications of Bion's work*. Perthshire: Clunie Press.
- Pao, P-N. (1979). *Schizophrenic disorders: theory and treatment from a psychodynamic point of view*. New York: International Universities Press.



# Psykoanalyse på gata

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 over-

grep 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 behandlingstilnæringer. Da ser man lett bort fra naturlige psyko-

## PETTER LOHNE,

psykolog i privatpraksis, Oslo, Norsk Karakteranalytisk Institutt

## NICOLAY NØRBECH,

psykolog, BUP Vest Diakonhjemmet Sykehus, Oslo

## FOTO

Sverre Strandberg

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/care-treatmentofm00salmrich>

logiske og kommunikative prosesser, som at symptomutforming 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 rå, og gir forståelse der mening ikke finnes.

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



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

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 psykoterapa-

pirelasjonen 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.

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 medisinerere, 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 innleggelse. De opplevde at vi bidro til at pasientenes uttrykk ble mer forståelige for dem. Samtidig var vi til dels kraftig uenige om diagnoser, medisiner 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 innleggelse i psykisk helsevern og rusomsorgen bak seg. Ord som «behandlings-»

resistent» 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» (projektiv 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



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

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. Terapeutens 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 prinsipper: 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 terapeutenes 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.

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 slå 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 smer-tehelvete. 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 paranoia 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, renset 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, overflattisk diagnostisering og «enklere» løsninger kan råde grunnen.



**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 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 medmeneske. 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 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 sjelelig 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 Intersubjective View of Thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5–46
- Buseth, T. & Lohne, P. (2006). Alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet: Integriert 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.

Fra arkivet: 1932/1978

## Er det psykoanalyse?

Psykologi plar være spanande lesning; særlig den moderne plar være fengslende, – ikkje minst når han kjem inn på psykoanalysen eller delar av psykologien som er i slekt med den. Ein gled seg til å ta fatt på ei bok om slike emne.

**Så mykje større er vonbrotet** når ein ikkje får noko ut av boka. Og eg må seie at det var eit vonbrot å lese denne boka av Strømme. Vel visste ein fyreåt at dr. Strømme ikkje er godkjend av den psykoanalytiske unionen, og at ein altså har lita trygd for *kunnskapane* hans: men at boka hans skulde være så gørrande *keidsam*, det hadde ein ikke kunna drøyma om.

**I heile boka er det mykje snakk**; ofte heilt uforståeleg snakk. For ein part kjem dette av at målet er så gruverdigg dårleg. Setningsbyggnaden er keiveleg og ofte uklår; og ordvalet gjør det ikkje betre. Slik ein vrimmel av framandord skal ein leite lenge etter. Eit lite døme: «I det øieblik at et individuelt kjønnsdriftsengram ekforeres, anslåes de assosiativt tilknyttede fyliske engrammer der inneholder arbeidslyst-erindringer, selv om disse ikke alltid kommer til å stå i bevisst konneks med psyken.» – Har ikkje forlaget ein konsulent som kunne hjelp forfatternen til å få litt greie på språket sitt? Om det så er «sjeledypets språk», så må det kunne bli klårare!

**Verre er det at** Strømme gjennom heile boka brukar lause hypotesar som om det skulde vere handfaste fakta, ofte med ei mine av at det ikkje bare er prova, men reint sagt sjølvsgagde. Det «er til overdådighet bevist, at alle menneskelige prosesser er kausalt betinget av engrammer.» Ja, er det det? Er ikkje heile engram-teorien ennå svært omstridt? Iminsto kan ein vel ikkje på nokon måte ta engramma så konkret som Strømme gjør. «Man får skaffe sig nye engrammer», seiar han så floitt ein stad, mest som ein kunde tinge dei i posten! – At det «fyliske engrammer» (nedarvede minnespor) *finst*, det er Strømme ikkje det minste i tvil om. Det er vel og grunnlaget for at «vi kan bevise at de (plantene) har en sjel og altså liv, som jo er erindring + energi(ånd)», – og at «hver eneste liten celle i f. eks. planten har arvet sine erfaringer fra sine foreldre».

– **Er det ikkje òg litt djervt å hevde** at «hvis barnet fikk kontakt med de fyliske erfaringer, vilde disses forståelse gjøre barnet til et geni»? Iminsto så lenge det er overlæg tvilsamt om ein i det heile kan gjøre noko for å få frem et sjeni. – Likeeins heiter det: «Læren om den infantile rot til og ødipussituasjonens mektige innflytelse på religionsdannelsen er selvsagt riktig.» Sjøvagt? – Og er det virkelig så, at det er «hemningene

som skaffar fram kolera, svartedaude og andre farsottar? Er det so at «homoseksualitet absolutt ikke kan være medfødt»? Bakteriologi, endokrinologi og andre vitenskapar blir det tydelegvis lite att av etter dette! Og lesaren blir sitjande som eit levande spørsmålsteikn lange, fange stykke. Det hender diverre óg når ein les sjukedomshistoriene; dei er lite overtyande.

**Heile tida roper Strømme på Freud**, og talar om «vi anagoge analytikere som arbeider på Freuds eget strenge grunnlag»; då er det ikkje råd anna enn å undre seg over at han set inn så mykje på aktiv suggestjon overfor patientane sine. Er ikkje det nokså sterkt i strid med «Freuds eget strenge grunnlag»?

**Elles meiner Strømme at** han på dette grunnlaget har laga seg ei eiga retning: «Die Richtung Strømme». Skilnaden millom denne retninga og psykoanalysen elles kan eg ikkje kome inn på, men måten han omtalar seg sjølv på, verkar ikkje bare sympatisk; skal ein mann være martyr, bør han helst overlåte utropinga til *andre*. Ein slengut og ikkje heilt finsleg omtale av motstandarar, særlig medisinarar og prestar, kan heller ikkje gagne den som skriv.

**I det heile er det eit spørsmål kven** denne boka kan gagne. Den ekte psykoanalysen blir det sikkert ikkje, og knapt andre heller. Dersom denne boka kan få *verkelege* psykoanalytikarar til å skrive bøker for ålmenta om sine synsmåter og røynsler, vil ho likevel ha gjort nytte.

Åse Grude Koht (*senere Skard*)  
anmelder *Johs. Irgens Strømmes*  
«*Sjeledypets Sprog*», opprinnelig  
publisert i *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*, nr. 9 1932, republisert i  
*Psykologtidsskriftet* september 1978.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 514-526 FAGFELLEVDERT

ESKIL A. WOLD LARSEN og OLE JACOB MADSEN, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo\*

KONTAKT eskil.wold.larsen@gmail.com

# FRA FANTASIER OM BÆREKRAFT TIL BÆREKRAFTIGE FANTASIER

– En lacansk diskursanalyse av grønn ideologi

Klimaengasjement har en fundamental, affektiv side, og fantasier om bærekraft kan virke tiltrekkende. Med sin vektlegging av ubevisste fantasier kan psykoanalysen gi et verdifullt bidrag til forståelsen av grønn ideologi.

Menneskeskapte klimaendringer truer klodens økosystemer og står i fare for å utløse en verdensomspennende humanitær katastrofe (IPCC, 2013; NASA, 2016). Bevisstheten om «den menneskelige faktoren» i dette trusselbildet har gjort klimaendringer til et sentralt område innenfor samfunnsvitenskapene de siste tiårene. Psykologifaget som den fremste ekspertisen på menneskelig atferd har sågar blitt omtalt som klimavitenskapens «missing link» (Schmuck & Vlek, 2003). Winter og Koger (2004) hevder i forlengelsen av dette at kompetitive spørsmål som «Hvilken psykologi er best egnet?» i tilnærming til klima er kontraproduktivt gitt den sammensatte naturen til problemet, og konkluderer med at alle områder av psykologien potensielt har noe egenartet å tilby. Deriblant sosialpsykologisk kunnskap om holdninger og atferd (Stern, Dietz & Guagnano, 1995) og studiet av kognitiv dissonans (Festinger, 1957), som kan hjelpe oss å forstå barrierer mot klimahandling (Stoknes, 2017).

Psykoanalysen har med enkelte hederlige unntak i nyere tid (se f.eks. Lertzman, 2015; Weintrobe, 2012) i liten grad befattet seg med klimaspørsmål. Dette er uheldig siden klimaengasjement også har en fundamental affektiv, ubevisst side (Vetlesen, 2015). Dodds (2011) har sågar kalt den manglende psykoanalytiske interessen, i beste analytiske ånd, ikke bare

.....

\* Artikkelen er en videreutvikling av førsteforfatters masteroppgave i kultur- og samfunnspsykologi, levert høsten 2016 ved Psykologisk institutt, UiO.

## ABSTRACT

*From Phantasies of Sustainability to Sustainable Phantasies – A Lacanian Discourse Analysis of Green Ideology*

This article draws upon the psychoanalytic framework of Lacanian discourse analysis to explore political subjects' affective investment in green ideology. An analysis of key texts by the Norwegian Green Party reveal how the Green Party postulate "nature" as the symbolic structure for man's existence (the big Other), which the subject is invited to maintain through the notion of "sustainability" and promise of jouissance. The Green Party gives a conflicting account of the bond between man and nature, which serves both as a limit where symbolization falls short and an explanation to the constituent lack that green ideology necessarily must cover up. Finally, we discuss the prospect of a post-fantasmatic approach to green politics in the current political climate.

*Keywords: Lacan, Lacanian discourse analysis, psychoanalysis, man vs. nature, climate change, green ideology, political rhetoric*

»



Psykologifaget  
som den fremste  
ekspertisen på  
menneskelig  
atferd har sågar  
blitt omtalt som  
klimavitenskapens  
«missing link»

(ned-)slående, men pervers, gitt den stadig mer dramatiske situasjonen for kloden. I denne artikkelen vil vi derfor gi en konkret analyse av klimabevisste handlinger i form av stemmemønstre, og deretter utforske hvordan en psykoanalytisk tilnærming med sin vektlegging av ubevisste fantasier kan gi et verdifullt bidrag i forståelsen av grønn ideologi og Miljøpartiet De Grønnes (heretter omtalt som MDG) appell i Norge.

MDG ble opprettet i 1988, og fikk ett mandat på Stortinget for første gang etter valget i 2013. I kommunestyre- og fylkestingsvalget i 2015 fikk MDG en oppslutning på 4,2 %. Fremgangen var bemerkelsesverdig, da nyetablerte partier sjelden når over sperregrensen i Norge. Til tross for at partiet fortsatt er lite, med kun ett mandat etter stortingsvalget 2017, viser forskning fra andre land at når grønne partier får innflytelse, tvinges også andre partier til å bli mer progressive i klimaspørsmål (Gullberg, 2015). Fremgangen er således viktig uavhengig av om man sympatiserer med MDG eller ei. Og derfor bruker vi partiets fremvekst som et aktuelt materiale for å forstå hvordan grønn ideologi kan trekke til seg velgere. Hvilke implikasjoner resultatene måtte ha for praksis, det være seg klimapolitikk eller valgkamp, er opp til andre å vurdere.

#### Problemstilling

Den psykoanalytiske tilnærmingen er her representert ved den franske psykiateren Jacques Lacan (1901–1981), og en bestemt videreutvikling av hans læresetninger som kalles *lacansk diskursanalyse*. Lacan hentet inspirasjon fra Freuds tidlige interesse for spøker, forsnakkelser og drømmer, og mente at man i moderne psykologi hadde glemt betydningen av disse for det ubevisste, som Lacan hevdet var å sammenligne med oppbyggingen av et språk. Lik Freud opererte Lacan med tre ordener av subjektivitet: *Det reelle*, som innebærer en ren positivitet, eksistensen av noe forspråklig forut for kategorisering eller symbolisering. *Det symbolske*, som gjennom et nettverk av ord, meninger og verdier utgjør både de kulturelle ressursene og begrensningene subjektet har tilgjengelig for å danne seg en identitet. *Det imaginære*, som er den indre, billedlige representasjonen av det symbolske, der man forsøker å danne et selvbevisst hele.

Et ontologisk utgangspunkt for Lacans (1985) psykoanalyse er at både subjektet og den diskursive verden det eksisterer innenfor, er kjennetegnet av en manglende evne til fullt ut å realisere seg selv. Det er alltid et element av det reelle som ikke fullt ut kan symboliseres, derfor er subjektet også alltid manglende. Individets *identitet* er dessuten avhengig av tilgjengeligheten av (ofte allerede gitte) *identitetsposisjoner*, og vi kan si at en funksjon av ideologi er å skape og vedlikeholde slike posisjoner. Det som tiltrekker et subjekt til en politisk ideologi ut fra dette synet, er deres produksjon av fantasinarrativer, som kommer med en lovnad om å fjerne subjektets mangler. Vår lacanske analyse av grønn ideologi tar derfor utgangspunkt i to helt grunnleggende problemstillinger: Hvilke fantasinarrativer om forholdet mellom menneske og natur konstruerer MDG? Og hvordan kan disse fantasinarrativene ha tiltrekningskraft på mennesker gjennom et stabiliserende løfte om helhet og utopisk visjon?

#### METODOLOGISK RAMMEVERK

I *lacansk diskursanalyse* eksisterer det ikke én formalisert metode. Begrepet omfatter ulike teoretiske og metodologiske tilnærminger, løst knyttet sammen via et felles opphav (Parker & Pavón-Cuéllar, 2014). En måte å betrakte psykoanalysen på innenfor disse rammene er å betrakte den

som en teoretisk diskurs, en unik sådan, som tillater forskeren å åpne opp og forstå en tekst på en spesifikk måte (Fink, 1998). Forskeren er først og fremst interessert i form, det vil si den symbolske strukturen, og de relasjoner som artikuleres innen den, heller enn intensjonen til avsenderen, eller den bevisste forståelsen til mottakeren (Parker, 2005). Det symbolske vil derfor få forrang kontra de to andre nivåene hos Lacan i vår analyse.

### Fremgangsmåte

I en lacansk diskursanalyse jobber man på det symbolske planet, men enhver bearbeiding med forutbestemt teori må nødvendigvis innebære et visst ovenfra og ned-perspektiv. Målet er dog å kombinere det teoretiske perspektivet med et datadrevet perspektiv, slik at analysen alltid er nøye begrunnet i materiale (Frosh & Emerson, 2005). Det er flere som har gitt forslag til analytiske steg for Lacan og diskursanalyse (Cederström & Spicer, 2014; Glynos & Howarth, 2007; Neill, 2013; Parker, 2005, 2010), og disse tilnærmingene fungerer som nyttige holdepunkter for stegene som utformes nedenfor.

Å forstå en tekst gjennom Lacans diskurser betyr å studere både den symbolske orden og dens potensielle effekt i det reelle. Her følger vi Žižeks (1989) anvisning for en *diskursiv* lesning, og en lesning av *symptom*, det vil si affektive investeringer i visse posisjoner eller objekter. En diskursiv lesning vil undersøke det symbolskes struktur, med vekt på å undersøke måten hovedtegnet (som «grønn», eller «MDG», i vårt tilfelle) organiserer et nettverk av mening på, som samtidig ekskluderer andre meningsdannelser. Et viktig aspekt av en slik lesning er å vurdere det symbolskes grense, der tomrom eller motsigelser dannes, siden dette potensielt kan være den posisjonen begjærsobjektet, objektet fantasien er rettet mot, dekker over.

Det reelle eksisterer per definisjon utenfor det symbolske, og en lesning av symptomet kan dermed ikke påberope seg å oppdage den reelle investeringen som sådan (Parker, 2005). Man må heller «jage» den affektive dimensjonen (Neill, 2013), og her kan vi bruke teoretiseringen av fantasi som både et stabiliserende og et destabiliserende narrativ som veileder. Å lese symptomet blir dermed å undersøke hvilke løfter om *jouissance*, det vil si kompletthet eller utopisk visjon, som er synlige, og hvordan det sirkulerer rundt *objekt (a)*. Videre må man iden-

tifisere hvilke trusler og barrierer som brukes som forklaring på subjektets manglende glede eller *jouissance*. Med andre ord undersøker man hvordan det symbolske nettverket kan dirigere begjær, som en vilje-til-*jouissance*, i en viss retning, og hvordan denne retningen forklares.

### Materialet

Materialet vi har benyttet oss av, består av offentlig tilgjengelig materiale fra MDG, som partiprogram, kronikker av sentrale representanter fra partiet og politiske taler. Partiets prinsipp- og arbeidsprogram er hendig for å undersøke den grunnleggende, ideologiske strukturen til partiet, siden den eksplisitt definerer partiets verdisyn og målsettinger. Kronikkene er hentet fra et hefte partiet selv har gitt ut (MDG, 2015a), som man derfor må anta at partiet anser som sentralt. Analysen av taler er basert på transkripsjoner tilgjengelig fra partiets nettsider. Kronikkene og talene er dessuten skrevet eller presentert av de tre personene som fungerte som talspersoner (tilsvarende partileder) for MDG i perioden fra 2013 til 2016. Utvalget vårt representerer dermed de mest sentrale kildene til MDGs verdisyn, som attpåtil er utformet i den hensikt å appellere til velgernes politiske sinnelag.

### ANALYSE- OG RESULTATDEL

#### Naturen som den store Andre

Enhver *ideologi* er alltid artikulert i et symbolsk nettverk, som Lacan (1985) kaller *den store Andre*, rundt styrende eller overordnede tegn, som inspirert av lingvistikken kalles for *hovedtegn* ( $S_1$ ). Hovedtegnets funksjon er utførende; det betyr ingenting i seg selv, men organiserer andre tegns relasjon til hverandre og vil på den måten legitimere sin egen eksistens (Žižek, 1989). Det er åpenbart naturen som tjener som den store Andre i grønn ideologi. Naturen som struktur melder seg tidlig i partiets prinsippprogram, i nedfellelsen av de overordnede prinsippene for partiet: «Miljøpartiet De Grønnes mål er et medmenneskelig samfunn i økologisk balanse. Økonomien skal underordnes sunne økologiske prinsipper og fremme fred og rettferdighet både lokalt og globalt» (MDG, 2016b, s. 4). Man kan dermed allerede se en kontur av en symbolsk orden («økologisk balanse» og «sunne økologiske prinsipper»), som strukturelt er knyttet sammen med andre, menneskelige utfall («medmenneskelig samfunn» og «fred og rettferdighet»). I ytterste konsekvens er mennes-

»

kets videre eksistens avhengig av naturen som system; mennesker kan bare «leve på en planet som er venner med seg selv, og i balanse med seg selv» (MDG, 2016c, avs. 7). Videre skriver partiet:

Heller enn et voksende materielt forbruk av begrensede ressurser vil vi prioritere bevaring og restaurering av økosystemer, artsmangfold og ressursgrunnlag. [...] Vi står overfor alvorlige trusler mot mangfoldet av liv på jorda og dermed også vårt eget livsgrunnlag. Menneskelig aktivitet legger beslag på store deler av verdens areal og er i ferd med å utløse irreversible klimaendringer. Utviklingen truer fred, velferd, liv og helse, så vel som naturens balanse. (MDG, 2016b, s. 4)

«Mangfoldet av liv på jorda» fungerer her som en forutsetning for «vårt eget livsgrunnlag». I tillegg dannes det likeverdighet mellom «et voksende materielt forbruk av begrensede ressurser», «irreversible klimaendringer» som utløst av «menneskelig aktivitet», og «utviklingen [som] truer fred, velferd, liv og helse, så vel som naturens balanse». I tillegg til den biologisk-eksistensielle trusselen mot selve livsgrunnlaget så er trusselen «Menneskelig aktivitet» har mot menneskelige utfall som («fred, velferd, liv og helse») mediert gjennom endringer i den symbolske ordenen («irreversible klimaendringer»). Klimaendringer og trusselen mot livsgrunnlaget tar dermed en universell rolle vis-à-vis det partikulære (Laclau, 2000a). På denne måten blir menneskers reelle eksistens domestisert til naturen som et symbolsk system, som en garanti for liv.

#### Revnen i det symbolske

Når man blir bedt om å artikulere et standpunkt, så kan man, i vårt lacanske rammeverk, aldri fortelle hele (den reelle) sannheten: Jo flere tegn i det symbolske systemet som introduseres, jo større sannsynlighet er det for selvmotsigelser eller «hull» (Verhaeghe, 1998). Vår analyse avdekker visse motsetninger i artikuleringen av forholdet mellom menneske og natur, som kan være et tegn på at dette forholdet representerer punktet der symboliseringen mislykkes.

Partiet har et eksplisitt mål om «at mennesket må tilpasse seg jordas økologiske tåleevne», basert på «en utvikling i balanse med naturen til grunn for videre samfunnsutvikling» (Opoku, 2015a, s. 8). Talsperson Rasmus Hans-

son sier i en tale at naturen «overgår alt mennesker er i stand til» (MDG, 2015c, 14:50–14:55). Slike påstander konstruerer naturen som noe eksternt til mennesket, som noe som eksisterer uavhengig av oss, som mennesker må tilpasse seg. I partiets prinsippprogram kan man derimot finne en annen formulering av forholdet mellom menneske og natur, der partiet har som «utgangspunkt at menneskene ikke står hevet over naturen, men er en del av naturen» (MDG, 2016b, s. 4). Denne siste formuleringen ble spesifikt tatt opp av KrFs Einar Lunde, som nettopp etterspurte en klargjøring av partiets menneskesyn. Daværende talsperson Hilde Opoku (2015b) kalte spørsmålet hans om et «antroposentrisk menneskesyn eller ei» for en avsporing, og la til:

Fra oldtidens filosofer, via opplysningstidens tenkere og fram til vår egen Gro Harlem Brundtland har det rådet en forståelse av naturen som en kraft som kan mestres av mennesket, vi må bare finne ut hvordan – så kan vi høste av dens grøde og dele rettferdig av dens rikdom. [...] Bevisene er nå mange nok til å vite at denne kraften ikke kan temmes, vi må spille på lag med den. Vi må spille på lag med naturkreftenes prinsipper dersom mennesker og dyr skal overleve. Jorden klarer seg fint uten oss. Med ideen om bærekraftig utvikling som har rådet den politiske miljødiskursen de siste 30 årene har vi tapt betydelig tid mot en økologisk bærekraftig omstilling. (Opoku, 2015b, s. 14)

I dette utdraget konstrueres naturen som en «kraft», som man må «spille på lag med» for å «overleve». Det er dermed en viss kontrast her til det allerede siterte utdraget fra prinsippprogrammet, der mennesket antas å være en del av naturen. Mennesket posisjoneres som *internt* til naturen, men naturen eksisterer også som *eksterne* prinsipper som mennesket må «spille på lag med» for å overleve. Med andre ord er mennesker ikke inkludert i «naturen som en kraft». Posisjonen som sikrer samspill med naturen, og dermed også overlevelse, er definerert som «en økologisk bærekraftig omstilling», viser til begrepet «bærekraft» som en posisjon (eller objekt) som knytter menneske og natur sammen, slik at livsgrunnlaget kan sikres.

Med naturen som en «kraft» spesifiseres det også at «Jorden klarer seg fint uten oss». Men dette blir mer uklart på et senere tidspunkt i kronikken, der Opoku (2015b, s. 14) skriver:



«Nå har vi ikke mere tid å miste, vi må både redde menneskeliv og naturen – samtidig. Å sette det opp mot hverandre er meningsløst med mindre man kan diskutere hva slags praktiske konsekvenser det vil ha.» Både «menneskeliv» og «naturen» presenteres her som to forskjellige enheter som må «reddes [...] samtidig». Dette introduserer en ny dynamikk mellom de to: Som vi allerede har sett, er naturen selve livsgrunnlaget for mennesker, og dermed vil det å redde naturen også innebære å redde mennesker. Men hvis vi aksepterer at «jorda» og «naturen» fungerer i et metaforisk forhold, så vil «jorden klarer seg fint uten oss» implisere at naturen ikke behøver å reddes, den vil fortsette selv om menneskene ikke reddes. Selv om et skille mellom menneske og natur kvalifiseres ved at «man kan diskutere hva slags praktiske konsekvenser det vil ha», kan man enda påpeke at det er motsigelser i hvordan «praktiske konsekvenser» fungerer ensidig som å diskutere hvilke forpliktelser mennesker har, i forhold til å redde naturen som livsgrunnlag slik nåværende forhold er.

Motsigelsen blir enda tydeligere i en annen av Opokus (2015a, s. 7) historiske redegjørelser for forholdet mellom mennesket og natur:

[F]ramveksten av det moderne samfunnet har endret menneskers forhold til naturen [...] I tradisjonelle samfunn sto mennesket i et eksistensielt samspill med naturen. Modernitetens inntog markerte menneskets distansering fra naturen. Ved hjelp av vitenskap og teknologi skulle myndighetene sørge for økonomisk vekst og sosial utvikling.

Her blir en typisk beskrivelse av moderniteten, «økonomisk vekst og sosial utvikling», supplert med en tanke om «distansering fra naturen», fra et originalt «eksistensielt samspill». Hvis MDGs utgangspunkt er at mennesket er «en del av naturen», som det står i begynnelsen av prinsippprogrammet, så er like fullt naturen noe mennesket kan bli distansert fra. Med mennesket som «en del av naturen» kan forholdet mellom menneske og natur ennå endres, og således har man også blitt «distansert» under moderniteten.

### Fantasinarrativer

Lacan følger den franske lingvisten Ferdinand de Saussure i sin teoretisering av det symbolske som bestående av ekvivalenser og opposisjoner uten positivt innhold (Parker, 2005). Det symbolskes funksjon er å domestisere det Lacan kaller det *reelle*, som en ren positivitet, en eksistens uavhengig av symbolisering, men det symbolske kan aldri fullt ut representere det reelle, siden det kun er et system av ekvivalenser og opposisjoner. Det reelle inkluderer en type psykisk energi eller ren nytelse, som Lacan kaller *jouissance* (Glynos, 2001). Subjektet vil alltid søke *jouissance*, og en kan til og med betrakte politikken som en lovnad om tilgang til og administrering av *jouissance* (Žižek, 2006b), men subjektet kan aldri fullt oppnå det. Derfor er både det symbolske nettverket og subjektet alltid manglende.

Det er her begjæret kommer inn. Begjær kan, for Lacan, forklares som en «vilje-til-*jouissance*» (Evans, 1998, s. 6). Det konkrete målet for begjæret er et (empirisk) objekt, som Lacan kaller *objekt a*, som skal dekke over det symbolske og subjektets mangel (McGowan, 2013). Subjektets begjær blir dirigert av fantasinarrativer, som fungerer som symbolske koordinater på relasjonen mellom subjektet og objekt *a* (Neill, 2011). En fantasi fungerer gjennom et dobbelt narrativ: For det første må det etablere et objekt *a* gjennom et narrativ om personlig fullkommenhet, med andre ord etablere en

vilje-til-*jouissance*. For det andre må fraværet til objekt *a* forklares gjennom å konstruere en barriere som først må brytes. Det er altså både et stabiliserende og et destabiliserende narrativ (Žižek, 1997a). Et ofte brukt eksempel er nasjonalsosialistisk ideologi, der en *jouissance* gjennom Det tyske rikets storhet blir nektet folket gjennom en korruperende figur som «jøden», «kommunisten» eller «den homofile» (Stavrakakis, 1999). Disse narrativene fungerer ved å veilede subjektet gjennom den sosiale virkeligheten, og forklarer subjektets ufullstendighet (Žižek, 1989).

### Hovedtegnet «grønn»

Klimaendringer som en trussel mot livsgrunnlaget fungerer som et destabiliserende fantasinarrativ, både som en eksistensiell trussel og gjennom å identifisere barrierer for endring. Med «grønn» som hovedtegn organiseres naturen som et symbolsk system på en måte der «de blå og røde ideologisetene» mangler svar på «spørsmålet om hvordan menneskeheten skal greie å leve i balanse med planeten sin», og de er i seg selv «sterke bidragsytere til de fundamentale miljøproblemene vi nå står overfor» (MDG, 2015b, avs. 34). Som et fantasinarrativ blir *rødt* og *blått*, som potensielle hovedtegn, dermed redusert til å mangle nødvendig kunnskap for å møte trusselen, samtidig som de ilegges ansvar for å ha skapt den. Men det stabiliserende narrative MDG kommuniserer, handler om mer enn bare å beskytte mot klimaendringenes konsekvenser. Partiet kommer også med andre visjoner om fremtiden, som kan ha tiltrekningskraft gjennom en vilje-til-*jouissance*. I en sammenligning av FNs bærekraftsmål og MDGs visjon sier talsperson Hansson: «FNs bærekraftsmål ligner sterkt på De Grønnes overordnede prioriteringer, og betyr at Norge må være et annerledes samfunn i 2040» (MDG, 2015b, avs. 7). Videre utfyller Hansson den destabiliserende trusselen med en stabiliserende visjon om fremtiden:

I 2040 gjenopplever Norge dagnadsånden fra årene etter 1945: Vi bygger et nytt samfunn, er i gang med et nytt felles samfunnsprosjekt. Norge syder av nytenking og nyskaping. Vi arbeider oss inn i en ny tidsepoke og legger bak oss den overhengende trusselen mot jordas livsgrunnlag som tårner seg opp rundt oss akkurat nå. Vi er enige om å basere det norske samfunnet på rammer som bevarer livsgrunnlaget. (MDG, 2015b, avs. 10)



## Psykoanalysen har med enkelte hederlige unntak i nyere tid i liten grad befattet seg med klimaspørsmål

Det er et åpenbart fokus på *nyhet*: «nye forutsetninger», «nytt samfunn», «nytt felles samfunnsprosjekt», og så videre, som viser til et brudd med det gjeldende. Denne koblingen mellom nyhet og å fjerne «trusselen mot jordas livsgrunnlag», gjennom «rammer som bevarer livsgrunnlaget», impliserer at man trenger nettopp et «nytt samfunn», og så videre, for å sikre livsgrunnlaget. I tillegg er det lagt vekt på en form for aktiv kontroll, gjennom «dugnadsånd», et felles «vi» som driver med et «felles samfunnsprosjekt» og «nytenking og nyskaping». Dette plasserer subjektene i en aktiv rolle, som bidragsyttere mot en delt belønning, heller enn som passive mottakere av overformynderi.

Miljøbevegelsen har tidligere fått kritikk for å være overstadig negative i fremstillingen av klimautfordringene, eksempelvis ved å spille på folks frykt, som kan virke mot sin hensikt og fremprovosere benektelse (Schor, 2015; Stoknes, 2017). MDG (2016a, s. 4) presenterer derimot samfunnsendringer for å begrense klimaendringer i et positivt lys: «Vi ønsker at Norge skal vise i praksis at et bærekraftig samfunn er en positiv mulighet – til beste for alle.» Partileder Hansson refererer til mulighetene for et bærekraftig samfunn som «en rik mulighet» og følger opp med at dersom man «forvalter naturen på en bærekraftig måte, er potensialet enormt» (MDG, 2015b, avs. 57). I begge disse utdragene blir tegnet «bærekraft» presentert som en posisjon der struktur («forvalte naturen») knyttes sammen med positiv belønning («det beste for alle» og «enormt potensial»).

Et av hovedtrekkene MDG utfordrer med deres visjon om et nytt samfunn, er forbrukets rolle i det nåværende samfunn. I utgangspunktet kan man se på det som en form for offer, der enkeltindivider må gi opp sin vante kilde til glede (eller jouissance), til fordel for et kollektivt mål. Men for MDG fungerer også forbruket som en hindring for jouissance. Som det står i partiets arbeidsprogram, har man fokus på «livskvalitet for alle, framfor et stadig økende konsum» (MDG, 2015a, s. 4). Hansson sier i en tale: «Jeg tror at om 25 år har vi i Norge det bedre med oss selv, fordi vi har et felles formål som går dypere enn personlige rettigheter, kjøpekraftvekst og forbruk» (MDG, 2015b, avs. 8). Det er dermed en vektlegging av et «felles formål», i motsetning til «personlige rettigheter, kjøpekraftvekst og forbruk», som en vei til å ha det «bedre med oss selv». «Personlige rettigheter, kjøpekraftvekst og forbruk» er da en hindring mot å ha det «bedre med oss selv»; de som har investert i disse strategiene, kan ikke oppnå det samme målet som «et felles formål» kan tilby. Videre vil «flere føle at det gir mening i å delta, fordi mennesker, kultur og natur betyr mer enn i dag, mens pengeøkonomi og forbruk betyr mindre i det folk oppfatter som tilhørighet og livskvalitet» (MDG, 2015b, avs. 15). Her blir også subjektet satt i en aktiv posisjon, som å være sin egen mester, med et samfunn basert på subjektets opplevde «mening i å delta», og hva de «oppfatter som tilhørighet og livskvalitet».

### Hysteriske forbrukere

*Diskurs* er primært et strukturelt begrep hos Lacan. Diskurs utpeker visse komponenter: tegn, subjekt og begjærsubjekt, som alltid står i et formalisert forhold til hverandre. I Lacans formalisering kan disse komponentene innta fire plasser. Øverste del består av en *aktør*, som alltid adresserer en *andre*. Under aktøren ligger det en *sannhet* den handler ut ifra, og samhandlingen leder alltid til et *produkt*. Disse representerer ulike sosiale bånd, og svarer til fire posisjoner: mesterens diskurs, universitetets diskurs, hysterikerens diskurs og analytikerens diskurs.

Mesterens diskurs

$$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

Universitetets diskurs

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Hysterikerens diskurs

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Analytikerens diskurs

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

I *mesterens diskurs*, eller den fundamentale diskurs, er subjektets eksistens et splittet subjekt som fungerer som sannhet, som gir  $S_1$  status som aktør som et tegn subjektet kan identifisere seg med.  $S_1$  underlegger seg  $S_2$ , altså organiserer den kunnskap under seg selv som hovedtegn.  $S_1$  skal adlydes, for ingen annen grunn enn at den er  $S_1$ . Resultatet er produksjon av et begjærsobjekt for subjektet, eller tap av det reelle (Fink, 1998). Under senkapitalismen kan denne prosessen fungere som en diskurs som produserer visse statusobjekter som skal forbrukes, men der økosystemets reelle eksistens trues med å kollapse. For å dekke tapet kan ideen om etisk forbruk, der statusobjekter er mer miljøvennlige, ta form som det empiriske objektet som lar systemet fortsette sin gang. I *universitetets diskurs* er  $S_2$  agenten, mens  $S_1$  fungerer som den skjulte sannheten. I praksis betyr det at  $S_2$  presenteres som nøytralt, gjerne basert på vitenskap eller fornuft, og dermed skjuler den ideologiske dimensjonen (Pavón-Cuéllar, 2010). Den adresserer objekt a, og forklarer eller rettferdiggjør dens status. Det skaper et splittet eller ubevisst subjekt, som finner sin plass i den symbolske rekken (Fink, 1998). Grønn kunnskap om klimaendringer kan komme med et budskap om at vi må handle umiddelbart ( $S_2$ ), som samtidig skjuler den ideologiske posisjonen ( $S_1$ ) den har sitt utspring i. *Den hysteriske diskurs* plasserer a som sannheten for \$, og produserer ny kunnskap, altså  $S_2$  (Župancic, 2006). Hvis tapet av reell natur (a) er en konsekvens av senkapitalismen, kan en hysterisk diskurs være en utfordring av mesteren ( $S_1$ ) som genererer ny kunnskap ( $S_2$ ), som etisk forbruk. *Analytikerens diskurs* er i den kliniske settingen målet med psykoanalytisk behandling og betyr at analytikerens inntar posisjonen som pasientens begjær. Hvis vi ekstrapolerer fra klinikken til det diskursanalytiske, kan vi forstå framveksten av grønne ideologier i Europa ut fra analytikerens diskurs: Et traumatisk møte med kli-

maendringer (a) viser seg for subjektet (\$), som trenger et nytt holdepunkt for å forstå dette (ny  $S_1$ , i dette tilfellet grønn). Slik kan en ny forståelse vokse fram ( $S_1 \rightarrow S_2$ ).

Flere lacanske teoretikere har studert hvordan forbruksartikler blir investert med begjær under nyliberalismen (McGowan, 2004; Stavrakakis, 2007). Et av hovedtrekkene MDG utfordrer med deres visjon om et nytt samfunn, er forbrukets sentrale plass. I utgangspunktet kan man se på det som en form for offer, der forbrukeren må gi opp sin kilde til nytelse eller jouissance til fordel for et kollektivt mål. I MDGs symbolske univers, der forbruk og vekst representerer en trussel mot naturen og livsgrunnlaget, må denne formen for forventet jouissance ekskluderes:

Vi får ikke høyere livskvalitet av tre ganger så mye materielt forbruk. For planeten jorda vil det være livsfarlig. Likevel er det dette Norge har stø kurs mot. Miljøpartiet De Grønne vil ha en politisk diskusjon om forbruksvekst er riktig oppskrift på et godt framtid-Norge. (Hansson & Opoku, 2015, s. 9)

I hysterikerens diskurs retter det manglende subjektet (a/\$) sin oppmerksomhet mot sin mester ( $S_1$ ) og venter svar på spørsmålet om hva den skal begjære ( $S_2$ ). Hansson og Opoku kan leses som å sette opp en slik konfrontasjon. De fremstiller forbrukersamfunnets subjekt som manglende, og synliggjør konsekvensene av begjæret som «livsfarlige», en trussel mot vår reelle eksistens. Hvis et subjekt opplever seg selv som manglende gjennom en ekskludering av forbrukets jouissance, blir subjektet innskrevet som allerede manglende i forbrukersamfunnets symbolske orden. Å innby til «en politisk diskusjon» om «et godt framtid-Norge» kan da forstås som å tilby nye koordinater for begjær. Hansson og Opoku (2015, s. 11) vedgår at de ikke besitter «fasiten for det gode, norske liv», men de tilbyr endatil noen pekepinner for veien videre:

Første steg må være å få forbruket mer fornuftig. Vi må få produkter som varer lengre og kan repareres. Pris og kvalitetskrav som sikrer menneskerettigheter og miljø må etableres. En sat-sing på deling, gjenbruk og reparasjon er enkle grep som også ivaretar forbrukernes interesser. (Hansson & Opoku, 2015, s. 10)

»

Utdraget etablerer en rekke av tegn som utledes som «fornuftige». Inkluderingen av blant annet «menneskerettigheter og miljø» som noe «fornuftig» gjør at et «fornuftig» forbruk som et konsum som «sikrer menneskerettigheter og miljø», blir tatt for gitt som en nøytral posisjon. Denne formen for interpellasjon av subjektet som forventet å følge den store Andres ileggelse, kan kontrasteres med repetisjonen av subjektets eget beste i siste setning: «forbrukernes interesser» som en målsetting. Subjektets posisjon blir dermed delt mellom et tilsynelatende rasjonelt påbud og det at deres (antatte) egne interesser blir løftet i sentrum.

### Grønn kunnskap eller ideologi?

Som den dominerende diskursen i informasjonssamfunnet fungerer universitetets diskurs ved at kunnskap spiller en ideologisk rolle, ved å forklare og rettferdiggjøre kunnskapens ( $S_2$ ) forhold til objekt a (Žižek, 2006a). Forskning i seg selv kan etterstrebe å være nøytral, men å gå fra det deskriptive (forskningen) til det normative (ideologiske), mens man antar en nøytralitet, er selve funksjonen til universitetets diskurs. Kunnskap kan dermed ha et fantasielement, gjennom å komme med lovnader til jouissance, og å identifisere hindringer. Vi kan illustrere dette videre med et annet utdrag fra Hanssons «Norge i 2040»-tale:

Det er den klare viljen til å sette jorda som ytre ramme for politikk som primært skiller oss politisk, og gjerne ideologisk, fra andre. Vi sier at miljø er viktigst, ikke i den forstand at frosker er viktigere enn folk, men i den forstand at vi tar konsekvensen av moderne kunnskap: Menneskeheten har nå kapasitet til og er i ferd med å ødelegge livsgrunnlaget på den eneste jorda vi har. Bare ved å styre den kapasiteten kan vi sikre mennesker et godt og verdig liv. (MDG, 2015b, avs. 31)

Den politisk-ideologiske symboliseringen av naturen, slik grønn ideologi artikuleres, blir skjult gjennom en erkjennelse av «konsekvenser» av «moderne kunnskap». Det destabiliserende elementet er, som nå ofte repetert, gjennom menneskers «kapasitet til [...] å ødelegge livsgrunnlaget», som er kunnskapen MDG «tar konsekvensen av». Som et stabiliserende, «vilje-til-jouissance»-narrativ kommer å «ta konsekvensen av moderne kunnskap»

med funksjonen at det kan «sikre mennesker et godt og verdig liv». Å ikke «sette jorda som ytre ramme», altså å ikke akseptere den ideologiske symboliseringen av naturen, betyr dermed at man ikke vil sikre «mennesker et godt og verdig liv», men denne koblingen kan ikke utfordres, siden den er presentert som en nøytral, rasjonell «konsekvens» av «moderne kunnskap». Å utfordre denne preskripsjonen av en løsning vil dermed være å motsette seg «moderne kunnskap». Denne formen for ideologisk bruk av kunnskap er et av de vanligste tegnene på universitetets diskurs: Ved å «okkupere» posisjonen som kunnskap kan man sikre at enhver utfordring er en form for dogmatisk tilslutning til en posisjon som står i kontrast til kunnskap (Žižek, 2006a).

Med framveksten av klimaendringer som en politisk utfordring betyr det en rekke begreper med uklar definisjon (altså flytende tegn) som kan utfordres, og med meninger som blir låst gjennom forskjellige hovedtegn (Brown, 2016). En av funksjonene ved universitetets diskurs er da å bruke kunnskap til å gi mening til slike tegn:

Vi må ta inn over oss hva bærekraft faktisk betyr. Vi blir nødt til å forholde oss til hva økologisk balanse faktisk er. Vi må begynne å ta begreper som kretsløpsøkonomi på alvor. Og det er ting vi blir pukka nødt til å gjøre annerledes. Visjonen om et bærekraftig samfunn er ikke lenger sære grønne svermerier. Det er knastørr nøkternhet og steinhard realisme. (MDG, 2015c, 5:20–5:48)

«Vi»-et i denne sammenhengen kan ses på som overbestemt: mellom et «vi» som partiet (eller personer som generelt identifiserer seg som grønne) versus et «vi» som nordmenn, borgere eller velgere. Man kan se på forskjellen mellom de to som to interpellasjoner til ego-ideal, som enten er stabiliserende eller destabiliserende. Et «vi» som den norske befolkningen generelt, er interpellert som å mangle kunnskap; «vi» har et behov for å forstå «hva bærekraft faktisk betyr», til å «forholde oss til hva økologisk balanse faktisk er». På den andre siden er «vi»-et som partiet selv innehar av denne kunnskapen. Hvis man observerer seg selv fra denne posisjonen, kan man observere seg selv fra en posisjon der man innehar de nødvendige kunnskapene og løsningene for

hva «bærekraft», «økologisk balanse» og «krets-løpsøkonomi» er. Å identifisere seg med «vi»-et som MDG, betyr dermed å identifisere seg med selve løsningen på klimautfordringene.

En måte å tilsløre sitt eget ideologiske bak-teppe på er å forankre sin politikk i en form for determinisme. Dette var tilfellet i Sovjetunionen, som var et av Lacans egne eksempler på universitetets diskurs i praksis (Žižek, 2006a). Man kan se en lignende fremstilling i Hanssons landsmøtetale fra 2015:

Kamerater! Det er hundre år siden arbeiderbevegelse, kvinnebevegelse, og nytenkende folk fra hele samfunnet skapte en ny norsk framtid. De hadde en visjon om et rettferdig velferds-samfunn. Den visjonen var en ren utopi. Noe sånt hadde aldri vært mulig. Men etter hvert skjønte flere at utopien var riktig. Stadig flere politiske optimister arbeidet for å gjøre den til virkelighet. De visste at utopien var forankret i en framtid som *måtte* komme. Og derfor kom den. Miljøpartiet De Grønne har en like stor visjon. Den er like utopisk, men den er det nødvendige svaret på framtiden vi *vet* ligger foran oss. (MDG, 2015c, 4:04–4:58)

Først kommer det her en verdibasert vurdering, der visjonen beskrives som «rettferdig» og «riktig», som gjør enhver opposisjon om til en motstand mot rettferdighet og riktighet. For det andre presenteres visjonen ikke bare som mulig, men som nærmest unngåelig; som en framtid som kom fordi den «*måtte* komme», og «det nødvendige svaret på framtiden vi *vet* ligger foran oss». Alternative visjoner blir dermed umuliggjort; de er verken rettferdige eller riktige, og de korresponderer ikke med det vi *vet* vil skje, eller hva som *må* komme.

## DISKUSJON

Fantasinarrativer virker slik at de forklarer subjektets og den store Andres mangler, og peker ut en løsning på manglene. Slik bidrar fantasien med rammeverk der subjektene kan forstå hvem de er, og hva som forventes av dem. Med bakgrunn i analysen er vår påstand at «bærekraft» fungerer som begjærsobjekt (a) og målet for MDGs ideologiske fantasi. Fra «bærekraft» som posisjon artikuleres den dominerende symbolske strukturen som manglende, via et destabiliserende narrativ om klimaendringer som truer selve livsgrunnlaget. Naturen som

ramme konstrueres som en løsning på denne trusselen, og det er nettopp henvisningen til «bærekraft» som rettferdiggjør konstruksjonen av naturen som ramme. Det er med utgangspunkt i «bærekraft» som objekt at subjektet kan gjenkjenne seg selv som både en del av naturen og som truet av klimaendringer.

Gjennom konstruksjonen av mennesket som en del av naturen postuleres også naturen som en grense for mulighetene menneskene har til å bekjempe klimaendringer. Det er fra denne posisjonen at subjektet kan inneha kunnskap, som samtidig ekskluderer andre identifiseringer. Denne eksklusjonen skjer enten ved å gjøre andre subjekter kunnskapsløse eller ved å kritisere dem for ikke å handle i tråd med viten. «Det grønne subjektet» er dermed interpellert som å inneha kunnskap, samtidig som det kommer en handlingsorientering mot et nytt levemønster som er rettferdiggjort av den nevnte kunnskapen.

Foruten trusselen mot livsgrunnlaget som et destabiliserende narrativ konstrueres grønn ideologi gjennom en lovnad til jouissance, og en kritikk av de eksisterende forventningene om jouissance som forbruk. Et repetert motiv hos MDG er muligheten til å ha frihet, til å føle mening, til å ha det bedre med oss selv og til å ha et samfunn som setter menneskenes behov i sentrum. Vi kan se dette som stabiliserende fantasinarrativer som veileder subjektene begjær i en viss retning. I tillegg blir den dominerende formen for jouissance, forbruk, postulert til å mangle den lovede jouissance, samtidig som forbruk og vekst er innvevd i et regime som bidrar til klimaendringer. Dette tillater subjekter som opplever en mangel på jouissance, et diskursivt rom der man kan rette sitt begjær i andre retninger. Det som ligger implisitt, er dermed hvordan underordningen til naturen som symbolsk struktur inkluderer mer enn bare en fjerning av trusler, men også en lovnad om bedre livskvalitet.

## Hvordan kan MDGs fremtidsvisjon holde det den lover?

Hvis man har som premiss at naturen fungerer som den store Andre i det ideologiske systemet til MDG, så må vi ta hensyn til premisset om at den store Andre alltid er ufullstendig (Žižek, 1989). Žižek (2007) har tidligere formulert naturen som den Andre som en projisering av ønsket om kontroll på et iboende kao- »

tisk system. Žižek omskriver derfor Lacans maksime om at «den store Andre eksisterer ikke» til «naturen eksisterer ikke». På den måten kan også forestillingen om at man må redde mennesket og naturen samtidig være sann: Uten menneskelige subjekter vil ikke naturen som symbolsk orden lenger eksistere.

Basert på vår analyse av naturen som den store Andre har vi rettet en påstand om at forholdet mellom menneske og natur kan fungere som revnen i det symbolske, der symboliseringen møter sin grense. Hvis vi følger Žižek på at grønn ideologi fungerer gjennom projisering av orden på et kaotisk system, går revnen i det symbolske ut på at menneskers posisjon i systemet ikke fullt ut kan garanteres for. Ved å fremstille mennesket som både en del av naturen og med et behov for å finne en balanse med naturen, opphøyes mennesket til å være noe *ekstra-naturelt*: Vår atferd er ikke naturlig i seg selv, fordi det fremlegges et implisitt kriterium av hva det å være en del av naturen innebærer. Paradokset her er hvordan det grønne subjektet må «frasi» seg sin spesielle posisjon vis-à-vis naturen, å innrette seg i naturens balanse heller enn å dominere den, men samtidig kreves menneskets spesielle status – vår kapasitet til å endre atferdsmønster og reagere på ny kunnskap – for å redde naturen man skal innrette seg etter. «Bærekraft» som objekt a er dermed *alltid allerede tapt*: Den eneste måten vi kan forsikre oss om videre å være en del av naturen på er ved å handle på en ekstra-naturlig måte. Dette kan formaliseres ved å følge oppsettet til mesterens diskurs:

$$\frac{S_1 \text{ (Tegnet grønn)}}{\$ \text{ (det grønne subjektet)}} \rightarrow \frac{S_2 \text{ (Menneske som en del av naturen)}}{a \text{ (Menneskets spesielle status)}}$$

Subjektet frasier seg sin spesielle status som ekstra-naturlig ved å underlegge seg naturen som ramme, ved å spille på lag med naturens kraft, respektere naturens egenverdi og å vurdere seg selv som en del av naturen. Funksjonen til «bærekraft» som objekt a er dermed å tilegne seg menneskets spesielle status, dets kapasitet som ekstra-naturlig, og å få denne kapasiteten til å fungere for systemet. Det representerer en endring av menneskers livsførsel til en livsførsel som ikke truer naturen som symbolsk univers, rettferdiggjort av en kodifisering av naturen som en garanti for menneskers livsgrunnlag. Denne tilegnelsen blir tilslørt gjennom muligheten for å identifisere seg med både en personlig og en kollektiv vilje: med referanser til menneskers eget beste, muligheten for et samfunn der flere kjenner mening i å delta, og et mål som alle ønsker å nå. Samtidig blir andre manifestasjoner av menneskers potensial, som vitenskapelige og teknologiske fremskritt, kvalifisert med at naturens tålegrense alltid vil fungere som en ramme. Slik sikres menneskers kapasitet til å jobbe for systemet heller enn å overgå og erstatte det. Tegnet «bærekraft» representerer dermed posisjonen der menneskets ekstra-naturlige status, samt dets påstått rettmessige posisjon som en del av naturen, møtes.

Som den dominante diskursen i det teknologiske informasjonssamfunnet (Pavón-Cuellar, 2010; Žižek, 2006a) fungerer universitetets diskurs ved å rettferdiggjøre denne tilegnelsen som en rasjonell funksjon. Vi kan formalisere det slik:

$$\frac{S_2 \text{ (Rasjonalitet)}}{S_1 \text{ (Grønn ideologi)}} \rightarrow \frac{a \text{ (Bærekraft)}}{\$ \text{ (Splittet subjekt)}}$$

Den ideologiske funksjonen til rasjonalitet, kunnskap og forskning er altså å rettferdiggjøre relasjonen til objekt a, som vi kan kalle tilegnelsen av menneskets spesielle kapasitet gjennom tegnet «bærekraft», mens det ideologiske bakteppet blir tatt for gitt. Det ideologiske bakteppet, som er styrende for retningen kunnskapen rettes i, blir ikke eksplisitt anerkjent, men kunnskapen legitimerer enda dets stemme, og tar den for gitt (Fink, 1998). Kunnskapen fungerer også ved å avlede fra eksplisitt antagonisme. Et eksempel er Opokus nevnte avfeining av KrFs Lunde, som stiller spørsmål ved det antroposentriske menneskesynet, mens MDGs posisjon rettferdiggjøres ut fra beviser. Resultatet av universitetets diskurs er det splittede subjektet, som jobber for systemet, uvitende om sin egen splittelse via eksklusjon og tilegnelse av objekt a fra systemet. Dette virker dermed som en ubevisst struktur for subjektet.

## AVSLUTNING

Vi spurte innledningsvis hvilke fantasinarrativer om mennesket og naturen MDG konstruerer, og deretter spurte vi hvordan disse fantasinarativene kan ha tiltrekningskraft på velgerne gjennom et stabiliserende løfte om helhet. Vår analyse viser hvordan stabiliserende og destabiliserende fantasinarrativer sirkulerer rundt begrepet «bærekraft». På den ene siden virker fantasier om bærekraft tiltrekkende, gjennom å sikre en garanti for videre liv, samt å komme med lovnader om økt livskvalitet. I tråd med det moderne informasjonssamfunnet blir disse fantasinarrativene supplert med posisjoner som fornuft og forskning. På den andre siden blir fraværet av bærekraft presentert som en trussel mot menneskers videre eksistens, og det blir knyttet opp mot en forbruksutvikling som ikke gagnar menneskets livskvalitet, eller er i tråd med forskning. På den måten kan vi se hvordan MDG virker tiltrekkende gjennom å eksponere subjektet for mangler i status quo, samtidig som de tilbyr subjektet løsningen på disse manglene.

I tiden etter kommunevalget i 2015 stagnerte veksten til MDG. En Norstat-måling i november 2016 ga MDG en oppslutning på 1,7 prosent, en halvering fra valget. For april 2018 viser NRKs Partibarometer utført av Norstat en oppslutning på 2,5 prosent. Tilbakegangen kan bero på mange ting. Historiene om Rasmus Hanssons SUV-kjøp og flyreiser, eller Oslo-byråd Lan Marie Nguyen Bergs drosjetur etter en TV-sen-

ding, kan ha sendt negativt signal siden de innehar posisjonen som subjekter som virkelig skal tro på MDGs ideologi, men som enda nyter en «forbudt» jouissance (Žižek, 1997b). Forslag om prisendringer på flyreiser og fossilt brennstoff og utfasing av oljenæringen kan oppleves som truende mot ens forventede jouissance og eksistensielle trygghet. Og kanskje erfares MDGs destabiliserende narrativ som for overveldende i lengden, slik at mange vil vende tilbake til sine vante preferanser.

Hva må gjøres? Selv om man argumenterer for at politisk teori bør åpne for transformativ praksis (Laclau & Mouffe, 1985), og psykoanalysen har et politisk potensial (McGowan, 2013), må man likefullt ha i bakhodet forskjellen mellom mesterens diskurs og analytikerens diskurs. Å artikulere en absolutt løsning som en form for samfunnsorganisering, vil være å operere ut fra mesterens diskurs og i er realiteten fånyttet da opprettelsen av en fullstendig symbolsk orden aldri kan stabiliseres. En må isteden akseptere at den store Andre, som garanti for et ønsket utfall, alltid er ufullstendig. Å skulle beskrive en konkret vei videre for partiet, som ivaretar dets evne til å holde subjekter investert i deres posisjon, er derfor fåfengt. Psykoanalysen vil som kjent avfeie alle forestillinger om utopi innenfor politikken (McGowan, 2013). For MDG innebærer det at naturen som den store Andre ikke eksisterer som et lukket system, og den kan derfor ikke fungere som en garanti for en bærekraftig utvikling. Samtidig må spørsmålet om hvorvidt mennesket har en rettmessig plass eller ikke i naturen, avvises – for naturen eksisterer ikke som noe mennesket kan ha en rettmessig plass i. På denne måten blir autoriteten til mesteren (S<sub>1</sub>) konstant tvilt ved: Usikkerheten kan ikke skjules. På den andre siden har vi allerede sett hvordan MDG synliggjør mangelen på jouissance som er lovet fra forbrukersamfunnet. Å «avsløre» hvordan andre, dominerende politiske visjoner også er preget av mangel på sikkerhet, er antagelig mer fruktbart (Stavrakakis, 2007).

En annen idé kan være å omdefinere bærekraft til et prinsipp der ingen har rett til å bruke naturens ressurser på en måte som hindrer

andre mennesker i å oppnå en viss levestandard. På den måten innehar bærekraft en åpenbar politisk funksjon, men den blir ikke merket med en utopisk visjon. Da tar man stilling til forholdet mellom de inkluderte og de ekskluderte, som synliggjør eventuelle konsekvenser også for de som har minst. Bærekraft vil da heller ikke være avhengig av en symbolsk garanti, det være seg naturen eller annet system. Den definerer et politisk mål, samtidig som den konstituerende mangelen holdes åpen. Hvis vi insisterer på vårt objekt a på denne måten, selv i møte med usikkerhet, vil vi ifølge Žižek (2008) ikke gå *forbi* fantasien, men ha en sterkere identifisering med vår fantasi enn noen gang før.

Vi har i denne artikkelen anvendt lacansk diskursanalyse på sentrale tekstlige kilder til MDGs grønne ideologi. Gjennom analysen viste vi hvordan naturen kommer til å representere den store Andre, og visjonen om bærekraft og lovnaden om jouissance representerte alternative kilder til nytelse vis-à-vis konsumismen. Avslutningsvis drøftet vi hvordan den grønne fantasien om fremtiden nødvendigvis må være heftet med usikkerhet, ettersom naturen alltid er ufullendt, og hvordan MDG kan være tro mot uvissheten uten å miste sin naturlige appell. ✘

## REFERANSER

- Brown, T. (2016). Sustainability as empty signifier: Its rise, fall, and radical potential. *Antipode* 48(1), 115–133. doi: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anti.12164/epdf>
- Cederström, C., & Spicer, A. (2014). Discourse of the real kind: A post-foundational approach to organizational discourse analysis. *Organization*, 21(2), 178–205. doi: <https://doi.org/10.1177/1350508412473864>
- Dodds, J. (2011). *Psychoanalysis and ecology at the edge of chaos*. New York: Routledge.
- Evans, D. (1998). From Kantian ethics to mystical experience: An exploration of jouissance. I D. Nobus (red.). *Key concepts of Lacanian psychoanalysis* (s. 1–28). New York: Other Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fink, B. (1998). The master signifier and the four discourses. I D. Nobus (red.), *Key concepts in Lacanian psychoanalysis* (s. 29–47). New York: Other Press.
- Frosh, S., & Emerson, P. D. (2005). Interpretation and over-interpretation: disputing the meaning of texts. *Qualitative Research*, 5(3), 307–324. doi: <https://doi.org/10.1177/1468794105054457>
- Glynos, J. (2001). The grip of ideology: a Lacanian approach to the theory of ideology. *Journal of Political Ideologies*, 6(2), 191–214. doi: <https://doi.org/10.1080/13569310120053858>
- Glynos, J. & Howarth, D. (2007). *Logics of critical explanation in social and political theory*. New York: Routledge.
- Gullberg, A, T. (2015, 15. september). Grønn smitte. Hentet 3.11.2016 fra <http://www.cicero.uio.no/no/posts/klima/gronn-smitte>
- Hansson, R., & Opoku, H. (2015). Vi får ikke bedre livskvalitet av tre ganger mer materielt forbruk. *Fremover. De Grønnes kronikkhefte*. (9–11). Hentet 9.10.2015 fra <https://www.mdg.no/content/uploads/2015/06/Fremover-De-Gr%C3%B8nnes-Kronikk-samling-2015.pdf>
- IPCC. (2013). Summary for policymakers. I T. F. Stocker, D. Qin, G.-K. Plattner, M. Tignor, S.K. Allen, J. Boschung, A. Nauels, Y. Xia, V. Bex & P.M. Midgley (red.). *Climate Change 2013: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (s. 3–29). Cambridge: Cambridge University Press. Hentet 3.10.2016 fra [http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg1/WG1AR5\\_SPM\\_FINAL.pdf](http://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg1/WG1AR5_SPM_FINAL.pdf)

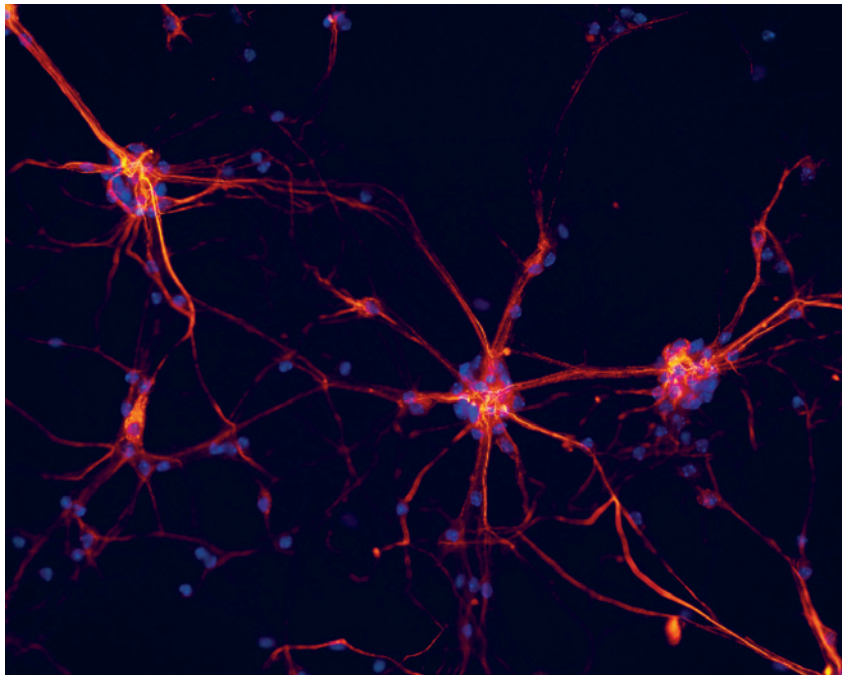
- Lacan, J. (1985). *Det symbolske: Skrifter i utvalg*. Oslo: Gyldendal.
- Laclau, E. & Mouffe, C. (1985). *Hegemony and socialist strategy*. London: Verso.
- Lertzman, R. (2015). *Environmental melancholia: psychoanalytic dimensions of engagement*. New York: Routledge.
- McGowan, T. (2004). *The end of dissatisfaction?* Albany: SUNY Press.
- McGowan, T. (2013). *Enjoying what we don't have. The political project of psychoanalysis*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- MDG. (2015a). *Fremover. De Grønnes kronikksamling*. Hentet 9.11.2015 fra <https://www.mdg.no/content/uploads/2015/06/Fremover-De-Gr%C3%B8nnes-Kronikksamling-2015.pdf>
- MDG. (2015b). Norge om 25 år. Hentet 15.11.2015 fra <https://www.mdg.no/nyheter/norge-om-25-ar/>
- MDG. (2015c). Rasmus Hansson og Hilde Opokus taler til landsmøtet 2015 (video-fil). Hentet 19.10.2016 fra <https://www.youtube.com/watch?v=W32GY5Q6FMA>
- MDG. (2016a). Arbeidsprogram 2013–2017. Hentet 3.1.2016 fra [https://www.mdg.no/content/uploads/2013/06/MDG\\_Arbeidsprogram\\_web.pdf](https://www.mdg.no/content/uploads/2013/06/MDG_Arbeidsprogram_web.pdf)
- MDG. (2016b). Prinsippprogram. Hentet 3.1.2016 fra [https://www.mdg.no/content/uploads/2013/06/MDG\\_Prinsippprogram\\_web.pdf](https://www.mdg.no/content/uploads/2013/06/MDG_Prinsippprogram_web.pdf)
- MDG. (2016c). Rasmus Hanssons åpningstale. Hentet 5.6.2016 fra <https://www.mdg.no/mdglm/rasmus-hanssons-tale-til-landsmotet/>
- MDG. (2016d). Une Aina Bastholms avslutningstale. Hentet 25.9.2016 fra <https://www.mdg.no/mdglm/une-aina-bastholms-avslutningstale/>
- NASA. (2016). The consequences of climate change. Hentet 3.10.2016 fra <http://climate.nasa.gov/effects/>
- Neill, C. (2011). *Lacanian ethics and the assumption of subjectivity*. New York: Palgrave Macmillan.
- Opoku, H. (2015a). Ikke blå, ikke rød, men grønn – derfor er vi blokkavhengige. *Fremover. De Grønnes kronikkhefte*. (s. 6–8). Hentet 9.10.2015 fra <https://www.mdg.no/content/uploads/2015/06/Fremover-De-Gr%C3%B8nnes-Kronikksamling-2015.pdf>
- Opoku, H. (2015b). Mennesket i den grønne ideologien. *Fremover. De Grønnes kronikkhefte*. (s. 14–15). Hentet 9.10.2015 fra <https://www.mdg.no/content/uploads/2015/06/Fremover-De-Gr%C3%B8nnes-Kronikksamling-2015.pdf>
- Parker, I. (2005). Lacanian discourse analysis in psychology: Seven theoretical elements. *Theory & Psychology*, 15(2), 163–182. doi: <https://doi.org/10.1177/0959354305051361>
- Parker, I. (2010). Psychosocial studies: Lacanian discourse analysis negotiating interview text. *Psychoanalysis, Culture & Society*, 15(2), 156–172. doi: <https://doi.org/10.1057/pcs.2009.21>
- Parker, I., & Pavón-Cuellar, D. (2014). Introduction. I I. Parker & D. Pavón-Cuellar (red.), *Lacan, discourse, event: New psychoanalytic approaches to textual indeterminacy* (s. 1–15). London: Routledge.
- Pavón-Cuellar, D. (2010). *From the conscious interior to an exterior unconscious*. London: Karnac Books.
- Schor, J. (2015). Climate, inequality, and the need for reframing climate policy. *Review of Radical Political Economics*, 47(4), 525–536. doi: <https://doi.org/10.1177/0486613415576114>
- Schmuck, P., & Vlek, C. (2003). Psychologists can do much to support sustainable development. *Euro-pean Psychologist*, 8(2), 66–76. doi: [10.1027/1016-9040.8.2.66](https://doi.org/10.1027/1016-9040.8.2.66)
- Stavrakakis, Y. (1999). *Lacan and the political*. New York: Routledge.
- Stavrakakis, Y. (2007). *The Lacanian left*. Albany, NY: SUNY press.
- Stern, P.C., Dietz, T., & Guagnano, G.A. (1995). The new ecological paradigm in social-psychological context. *Environment and Behavior*, 27(6), 723–743. doi: <https://doi.org/10.1177/0013916595276001>
- Stoknes, P.E. (2017). *Det vi tenker på når vi prøver å ikke tenke på global oppvarming*. Oslo: Tiden.
- Vetlesen, A.J. (2015). *The denial of nature*. London: Routledge.
- Weintrobe, S. (red.). (2012). *Engaging with climate change: psychoanalytic and interdisciplinary perspectives*. New York: Routledge.
- Winter, D., & Koger, S. (2004). *The psychology of environmental problems*. New York: Lawrence Erlbaum.
- Wright, C. (2016). Discourse and the master's lining: A Lacanian critique of the globalizing (bio)politics of the Diagnostic and Statistical Manual. I S. Tomšič, S. & A. Zevnik (red.), *Jacques Lacan: between psychoanalysis and politics* (s. 131–145). New York: Routledge.
- Žižek, S. (1989). *The sublime object of ideology*. London: Verso.
- Žižek, S. (1997a). *The plague of fantasies*. London: Verso.
- Žižek, S. (1997b). The supposed subjects of ideology. *Critical Quarterly*, 39(2), 39–59. doi: [10.1111/1467-8705.00097](https://doi.org/10.1111/1467-8705.00097)
- Žižek, S. (2006a). Object a in social links. I J. Clemens & R. Grigg (red.), *Jacques Lacan and the other side of psychoanalysis: reflections on seminar XVII, sic 6* (s. 107–128). Durham, NC: Duke University Press.
- Žižek, S. (2006b). *The parallax view*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Žižek, S. (2007). Censorship today: Violence, or ecology as the new opium of the masses. Hentet 3. 1. 2016 fra <http://www.lacan.com/zizecology1.html>
- Žižek, S. (2008). The liberal utopia: Against the politics of jouissance. Hentet 27. 8.2016 fra <http://www.lacan.com/zizliberal.htm>
- Župancic, A. (2006). When surplus enjoyment meets surplus value. I J. Clemens & R. Grigg (red.), *Jacques Lacan and the other side of psychoanalysis: reflections on seminar XVII, sic 6* (s. 155–178). Durham, NC: Duke University Press.



# Meninger



FOTO: NICHDS, JEONGFLORR.COM



## Skinn av vitenskap

Nevrovitenskapen gir inntrykk av å være mye mer konkret og basal enn psykologiske begreper. Mon det.

*Hovedinnlegg, side 528*

## Mellom to onder

*ME-debatten fortsetter, side 536*

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 8. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

Debattinnlegg om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 eller 8000 tegn inkludert mellomrom.

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier. Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



# Mellom hjerneforskning og nevrobabbel

Når psykoanalysen ikler seg nevrovitenskapens moderne drakt, kan dens sjel gå tapt.

**ÅRENE 1990-1999 BLE** av president George H.W. Bush utropt til hjernens tiår i USA, og raskt ble det et globalt prosjekt med stor suksess, der nye undersøkelsesmetoder og nye medisiner så dagens lys. Men det holdt ikke med ett tiår. Vi er nå langt inne i et tredje, som også i høy grad kan sies å være hjernens. I underholdningsprogrammer på TV, tabloidpresse og radio sier man ikke lenger at «*jeg gjør det*», men «*hjernen min gjør det*». Psykolog Aksel Sinding skriver i VG 6. januar 2017: «Hjernen er lettere å lure enn du tror.» Det er altså ikke lenger vi som blir lurt, men hjernen. Vi har fått bøker med titler som *Hjernen er stjernen* og *Vår utrolige hjerne*. Og da den hederskronede fotballtreneren Nils Arne Eggen fylte 75 år i forfjor, var overskriften i lokalavisa *Sør-Trøndelag*: «Godfoten eldre – hjernen like ung». Bare tull, selvsagt. Bortsett fra noen internevroner

og dendritter i nucleus dentatus, striatum og nucleus accumbens er nok Eggens hjerne like gammel som ham selv. Hadde de enda skrevet at sinnet var like ungt. Men det høres vel for gammelmodig ut. Da er det bedre med litt nevrobabbling.

I dag snakkes det langt oftere om hjerne enn om kropp, og det biologiske perspektivet innenfor psykologi og psykiatri er synonymt med hjerneforskning. Vi ser den samme tendensen innenfor psykoanalysen, og tydeligst i den såkalte nevropsykoanalysen, som søker å integrere nevrovitenskapelig forskning med psykoanalytiske begreper. I det følgende vil jeg drøfte noen mulige konsekvenser dette kan få.

## DEN REDDENDE PRINSEN

At Freud var nevrolog og publiserte betydelige nevroanatomiske og kliniske studier, er



**HELGE SLETVOLD**,  
psykoanalytiker, klinisk  
nevropsykolog, privat  
praksis

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

NEVROVITENSKAP



godt kjent (Anthi, 2016; Fodstad et al., 2000; Freud, 1862, 1891). Forkjempere for at psykoanalysen bør knytte tettere bånd til nevrovitenskapen, tar gjerne utgangspunkt i dette. Mange fremhever Freuds uttrykte håp om at biologien skulle erstatte psykologien (Freud, 2011, s. 82), og hans *Utkast til en vitenskapelig psykologi*, det såkalte *Entwurf* fra 1895, blir også gjerne hentet frem i denne sammenheng. Dette skriftet kan leses på mange måter, ofte ses det som et spekulativt forsøk på å lage en psykologi med termer fra datidens nevrofysiologi.

Her vil jeg minne om at Freud selv aldri publiserte *Entwurf*, og at han også ba prinsesse Marie Bonaparte, hans fortrolige og selv psykoanalytiker, om å tilintetgjøre manuskriptet. I stedet gav han seg drømmestudiene i vold, noe som viste seg å være svært fruktbart. Der startet den egentlige psykoanalysen. Men i dag, hundre år senere, mener blant andre nobelprisvinneren Erik Kandel (1998, 1999), en biolog positivt innstilt til psykoanalysen, at tiden er inne for å vekke psykoanalysen fra sin tornerosesøvn. Nevrovitenskapen får rollen som den reddende prinsen.

### NEVROPSYKOANALYSE

Begrepet nevropsykoanalyse ble lansert av den sørafrikanske psykoanalytikeren og nevropsykologen Mark Solms i 1999. Den opprinnelige nevropsykoanalysen til Karen Kaplan-Solms og Mark Solms tok utgangspunkt i psykoanalytisk behandling av personer med ulike hjerneska-der. På den tiden var dette en viktig nyvinning, og en utvidelse av indikasjonsområdet for både psykoterapi og analyse. Mange har ment at å skille mellom organiske og funksjonelle lidelser er ufruktbart, her fikk vi demonstrert dette i klinisk praksis. Også pasienter med hjerneorganiske symptomer som neglekt og anosognosi kunne nyttiggjøre seg psykoanalytisk behandling (Kaplan-Solms og Solms, 2000).

Men ambisjonene til Kaplan-Solms og Solms var større. Med deres egne ord: «(...) the book aims to introduce a new scientific method (...) a combination of two existing methods (...) we firmly believe that it paves the way for an integration – on a sound empirical basis – of psychoanalysis and neuroscience» (Kaplan-Solms og Solms, 2000, s. 3). Målet var altså å integrere psykoanalyse og nevrovitenskap. Intet mindre.

Denne tidlige versjonen av det nevropsykoanalytiske prosjektet, som jeg tidligere har beskrevet som en blanding av tidlig Freud, egopsykologi og Lurias nevropsykologiske metode, ble aldri utbredt (Sletvold, 2003). Luria var i sin tid svært opptatt av psykoanalysen, og hans nevropsykologiske undersøkelse er individualisert og dynamisk, og eksemplifisert med sentrale kasuistikker, som i psykoanalysen. Solms' valg av Luria er med andre ord forståelig. Men urealistisk. Det er få som behersker Lurias nevropsykologiske metode, og metoden og tenkningen er langt unna det vi kan kalle mainstream nevropsykologi. Egopsykologien var heller ikke lenger toneangivende. Denne spesifikke nevropsykoanalytiske integrasjonstanken ble altså skrinlagt ganske fort, og prosjektet nevropsykoanalyse ble omformulert til å være en møteplass, et område der psykoanalysen og nevrovitenskapen kan møtes til gjensidig berikelse. Eller som Siri Hustvedt uttrykte det i en debatt med Damasio i Berlin 2011: Et ekteskap, der målet ikke er å smelte sammen og bli ett, men å arbeide sammen, enige om noe, uenige om noe annet, holde på med egne ting i en periode, for så å komme sammen igjen (Sletvold, 2011).

### KEISERENS NYE KLÆR

Når vi ikler gamle begreper en nevrovitenskapelig drakt, innebærer det at vi har forstått mere og bedre? Øker det vår forståelse når vi erstatter egofunksjoner med eksekutive funksjoner?

I en interessant artikkel om borderline konkluderer Doll og kolleger (2013): «Our data suggest a shift in internetwork intrinsic functional connectivity (iFC) from networks involved in cognitive control to those of emotion-related activity in BPD, potentially reflecting the possible instability of emotion regulation in patients» (s. 1). Dette er på sett og vis noe nytt, samtidig som det lyder velkjent. Forfatterne beskriver med nevrovitenskapelige termer noe vi har visst lenge og før beskrevet med begreper som for eksempel egosvakhet, sublimeringskapasitet og manglende impuls kontroll (se f.eks. Kernberg, 1975, s. 162). Tilfører det psykoanalysen noe å snakke om nettverk og kognitiv kontroll istedenfor egofunksjoner? Nei. Det kan jeg ikke se.

### KLINISK IRRELEVANS

Nevropsykoanalysens kliniske relevans ble tidlig debattert. Den mest konsekvente kritik-

ken kom i to artikler i *International Journal of Psychoanalysis* av Blass og Carmeli i 2007 og Carmeli og Blass i 2013. I sin første kritiske artikkel om nevropsykoanalysen argumenterte Blass og Carmeli for at retningen modifiserte de grunnleggende målene med den analytiske prosessen ved at den beveger seg vekk fra å arbeide med (skjulte) betydninger. For eksempel vil begrepet «far» ha svært så forskjellige konnotasjoner fra individ til individ. I en analyse vil valøren av «far» kunne skifte nyanse alt etter hvor du er i prosessen, i den enkelte time og i et lengre perspektiv. Selvsagt finnes det nevrale korrelater til enhver erfaring, men vi er langt unna å kunne studere slike «data» på det nivået. Og om vi kunne det, hva kunne det tilføre psykoanalysen? Senere utvidet Blass og Carmeli kritikken ved en gjennomgang av Norman Doidges bestselger *The brain that changes itself* (2007). Igjen viser de hvordan et biologisk perspektiv forenkler og banaliserer viktige psykoanalytiske innsikter. Overføring som gjentakelse av et tidlig relasjonsmønster til mor kan lett forenes med biologisk forskning (tilknytning), mens overføring som aktualisering av ubevisste fantasier forsvinner. I dette biologiske perspektivet er drømmer viktige fordi de kan være representasjoner av tidligere traumer, noe som er en grov forenkling av Freuds og psykoanalysens syn. I Norge vet alle som har lest psykologi grunnfag, dette: Drømmens overflate, det vi husker som drømmen når vi gjenforteller den, er det manifeste innholdet, som skjuler et ønske, drømmens latente innhold. Dette er imidlertid ikke så lett å få tak på, fordi det såkalte drømmearbeidet forkler ønsket ved hjelp av mekanismer som fortelling, forskyvning osv. Dette er ikke drøm som gjentakelse, men selve erkeeksempelet på ubevisst kreativitet. Det er for øvrig ikke bare psykoanalytikerens Doidge som får vanskeligheter med Freuds drømmeteorien. Når nevrovitenskapen beskjefter seg med den psykoanalytiske drømmeteorien, kan det meste gå galt. Jeg ble først henrykt da jeg så at Freud var viet plass i Kandel og medarbeideres tekstmot fra 2013. Men forfatterne av det aktuelle kapitlet om drøm røper at de totalt har misforstått forskjellen på og forholdet mellom manifest drømmeinnhold, latente drømmetanker og dagsrester: For dem er dagsrester det samme som Non-REM-drømmens manifeste innhold, og drømmens latente innhold likestilles med REM-drømmer. Det komplette visvas. Eric Kandel har i hvert fall ikke lest korrektur, for han vet bedre (McGormic et al., 2013, s. 1144; Sletvold, 2014).

### SJELEN PÅ BIOLOGIENS ALTER

Psykoanalysen står i fare for å bli marginalisert. Den utfordres ikke bare av nevrovitenskapen, men av kognitiv terapi og andre korttidsterapier som fokuserer på diagnoser og symptomlettelse. Er det ikke så en stor fordel for psykoanalysen å alliere seg med nevrovitenskapen for å oppnå større gjennomslagskraft i dagens klima og dermed få støtte til psykoanalytisk forskning via nevrobiologien? I en artikkel av Yovell, Solms og Fotopoulou, der de forsøker å imøtegå kritikken fra Blass og Carmeli, er dette ett av deres argumenter.

Jo, dette er muligens et godt poeng. Det er lett å forstå at mange ønsker en psykoanalyse som er tuftet på biologisk forskning. Det er gjort undersøkelser som viser at når du nevner nevrovitenskapelige termer i en diskusjon, oppleves du mer troverdig enn hvis du bruker begreper fra sosialvitenskapene, selv om den nevrovitenskapelige informasjonen er irrelevant (Fernandez-Duque et al., 2013; Hook og Farah 2013; Weisberg



Psykoanalysen utfordres ikke bare av nevrovitenskapen, men av kognitiv terapi og andre korttidsterapier som fokuserer på diagnoser og symptomlettelse





Det er noe besnærende med nevrovitenskapen, den gir inntrykk av å være mye mere konkret og basal enn psykologiske begreper

2008). Men da er det også en fare for at psykoanalysen ofrer sin sjel på biologiens alter. Trass i alle sitater av Freud som forteller om en oppvurdering av det biologiske, så må vi ikke glemme at han langt oftere skrev om sjel, sjelebehandling og sjeleliv. Hva som er psykoanalysens sjel, er det mange meninger om. Her vil jeg si at det er arbeidet med det subjektive; med minner, ønsker, begjær, drømmer, kort sagt hele vårt indre psykiske liv.

Når psykoanalysen tar til seg språkbruk og viten fra nevrovitenskapen, og retter seg inn mot det som virker, vil psykoterapi og nevropsykoanalyse bli en form for psykiatri. Vi ser det hos Cozolino, som gjør seg til talsmann for å ta inn alt fra suggesjon, pseudonevropsykologiske teknikker som EMDR og endog psykoedukasjon, uten å diskutere hvordan det forurenser overføringen og dermed er uforenlig med å drive psykoanalytisk behandling. Det er som å være vitne til en regresjon tilbake til den prepsykoanalytiske Freud, før oppdagelsen av overføringen, og mens han ennå var preget av store ambisjoner om å kurere, og brukte hva som helst for å oppnå symptomlettelse: varme bad, elektrisitet, håndspåleggelse, hypnose og suggesjon. Nå er det blitt slik at så lenge vi kan påvise at noe skjer i hjernen, gjerne noe som gir positive assosiasjoner, som for eksempel at hippocampus er blitt større etter en behandling, eller amygdala mindre, da er det meste tillatt: «Understanding and measuring neural network activity may establish a common currency for us to select, combine, and evaluate treatments» (Cozolino, 2002, s. 315–316).

Nevrovitenskapens potensielt ødeleggende effekt på møtet med pasienten er blitt tydeligere for meg. Det er tidens rådende diskurs, allestedsnærværende, og kan komme til å snike seg inn i oss uten at vi er oss det bevisst. Er det kanskje tid for å lese Laing igjen? I 1959, da han gav ut *The divided self*, var nevrovitenskapen langt unna dagens nivå. Det var for eksempel mindre enn 10 år siden nevronteorien var verifisert og man endelig kunne fastslå at nervesystemet bestod av enkeltceller som dannet forbindelser med hverandre via synapser. Laing påpeker i sin bok at i møtet med en person kan man enten se hans tale i lys av nevralt prosesser eller forsøke å forstå hva han sier. Begge deler er selvsagt legitime måter å studere et fenomen på, men et dypt skille ligger i om vi betrakter den vi sitter overfor, som en organisme eller som en person (Laing, 1972). Den samme innvendingen gjelder selvsagt også hvis vi betrakter den andre som et sett av psykologiske mekanismer eller prosesser, det blir like galt. Men det er noe besnærende med nevrovitenskapen, den gir inntrykk av å være mye mere konkret og basal enn psykologiske begreper. Doidge siterer begeistret en dr. Susan Vaughan, som har uttalt at snakketerapi virker fordi man snakker med nevronene, og at en effektiv psykoanalytiker er en «microsurgeon of the mind», som hjelper pasientene til å gjøre nødvendige endringer i nevralt nettverk (Doidge, 2007, s. 221). Her når nevroablingen nye høyder. Jeg har selv hørt en pasient si at hun må godsnakke med sin amygdala. Men kanskje har amygdala og hippocampus sett sine beste dager.

Nå kommer nemlig *nettverkene* for fullt. For eksempel «Default Mode Network», et spesifikt nettverk som er aktivt når vi hengir oss til dagdrømmer, henter frem minner fra langtidshukommelsen eller forsøker å forestille oss fremtiden. Dette ligner til forveksling det vi tilstreber med analysens grunnregel, den frie assosiasjon. Tanken om at den frie assosia-

sjon innenfor konteksten av en psykoanalytisk behandling er kurativ i seg selv, har en lang historie. Den fremste eksponenten for dette synet i dag er Christopher Bollas (se f.eks. Bollas, 1995). Enn så lenge finnes det bare såkalt anekdotisk evidens for dette synet på fri assosiasjon. Alternativet til å gi seg hen til nevrovitenskapen er imidlertid å fortsette med å ta utgangspunkt i den psykoanalytiske situasjon. Klinikken, altså. Der ser vi det ubevisste utfolde seg. Der hen-

ter vi ny forståelse, ser noe på en annen måte, formulerer nye begreper, og nye innsikter oppstår. Der lærer vi av pasientene. Og av oss selv. Men de som mener vi har sovet, vil nok holde oss våkne. Nye studier som anvender nevrovitenskapelige termer og metoder på psykoanalytiske fenomener, kommer hele tiden. Det kan også komme studier som bekrefter det kurative i selve metoden. Vi kan ikke se bort fra det. Men betyr det at nevrovitenskapen redder oss? ✕

## REFERANSER

- Anthi, P. (2016). Freud og Nansen – Rivalisering og respekt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 26–33.
- Blass, R.B. & Carmeli, Z. (2007). The case against neuropsychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 19–40.
- Blass, R.B. & Carmeli, Z. (2015). Further evidence for the case against neuropsychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 96, 1555–1573.
- Bollas, C. (1995). *Cracking up. The work of unconscious experience*. London. Routledge.
- Carmeli, Z. & Blass, R.B. (2013). The case against neuroplastic analysis: A further illustration of the irrelevance of neuroscience to psychoanalysis through a critique of Doidge's *The brain that changes itself*. *International Journal of Psychoanalysis*, 94, 391–410.
- Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. London. New York. W.W. Norton & Company.
- Doidge, N. (2007). *The brain that changes itself*. Penguin Books.
- Doll, A., Sorg, C., Manoliu, A., Wöller, A., Meng, C., Förstl, H., Zimmer, C., Wohlschläger, A.M. & Riedl, V. (2015). Shifted intrinsic connectivity of central executive and salience network in borderline personality disorder. *Frontiers in human neuroscience*, 7, 1–13.
- Fernandez-Duque, D., Evans, J., Christian, C. & Hodges, S.D. (2015). Superfluous neuroscience information makes explanations of psychological phenomena more appealing. *Journal of cognitive neuroscience*, 27, 926–944.
- Fodstad, H., Kondziolka, D., de Lotbinière, A. (2000). The Neuron Doctrine, the Mind and the Arctic. *Neurosurgery*, 47, 1381–1390.
- Freud, S. (1882). Über den Bau der Nervenphasern und Nervenzellen beim Fluskrebs. *Sitzungsberichte der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Wien*, 85, III Abtheilung, 9–46.
- Freud, S. (2011). *Hinsides lystprinsippet*. Oslo: Vidarforlaget.
- Hook, C.J. & Farah, M.J. (2013). Look again: Effects of brain images and mind-brain dualism on lay evaluations of research. *Journal of cognitive neuroscience*, 25, 1397–1405.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457–469.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505–524.
- Kaplan-Solms, K. & Solms, M. (2000). *Clinical studies in neuro-psychoanalysis*. Karnac Books. London & New York.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York. Jason Aronson.
- Laing, R.D. (1972). *The divided self*. Penguin books. UK.
- McGormick, D.A. & Westbrook, G.L. (2013). Sleep and dreaming. I: Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A. & Hudspeth, A.J. (2013). *Principles of neural science*. Fifth edition. McGrawHill Medical. 1140–1158.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. London. New York. W.W. Norton & Company.
- Pulver, S.E. (2003). On the astonishing clinical irrelevance of neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 755–772.
- Sletvold, H. (2003). Neuroscientific research with possible relevance for psychoanalysis. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26, 51–57.
- Sletvold, H. (2011). Nevrologiske utgravninger. *Klassekampen*, 2. juli, s. 37.
- Sletvold, H. (2012). A Norwegian in Freud's works: John Mourly Vold. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35, 127–130.
- Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world. An introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.
- Weisberg, D.S., Taylor, J.C.V., & Hopkins, E.J. (2015). Deconstructing the seductive allure of neuroscience explanations. *Judgment and Decision Making*, 10, 429–441.
- Wilner, A. & Aubé, M. (2014). A convergent neurological and psychoanalytic view of the concept of regression and mental structure in a case of NMDA receptor encephalitis. *Neuropsychoanalysis*, 16, 97–113.
- Yovell, Y., Solms, M. & Fotopoulou, A. (2015). The case for neuropsychoanalysis: Why a dialogue with neuroscience is necessary but not sufficient for psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 96, 1515–1553.



# Det vi alle vet

Hva «vi alle vet», er det som følger nødvendig av å være menneske, og av strukturen i språket vårt.



**JAN SMEDSLUND,**  
professor emeritus,  
Universitetet i Oslo

**VITENSKAPSTEORI**

**JON SLETVOLD PEKER** i Psykologtidsskriftets maiutgave på psykoanalysens sentrale rolle i utviklingen av psykologisk praksis og i at vi nå vet «hva vi alle vet». Men han har ikke utdypet hva som egentlig har foregått i «over hundre års psykoanalytisk forskning», og han har ikke forstått hva jeg legger i uttrykket «hva vi alle vet».

Jeg mener psykoanalytisk forskning betyr at man reflekterer over hva man opplever i samtalepraksis under forskjellige omstendigheter, akkurat som alle psykologer reflekterer over seg selv og sitt dagligliv, og som akademiske forskere reflekterer over det de observerer i kontrollerte studier.

Å «reflektere» fører til «å sette ord på.» Når man setter ord på observasjoner, kan man også formulere utsagn, trekke slutninger, benekte dem, osv. Jeg tror at både psykoanalytisk og akademisk «forskning» består i å reflektere over det man opplever og observerer, og å for-

mulere hypoteser som kan argumenteres for og imot. De to typene av forskning har produsert tusener av kasusstudier og tusener av eksperimenter. Felles for dem er at de ikke har ledet frem til generelle «lover» eller «prinsipper», men til en innsikt om at alle funn er betinget av sin spesielle kontekst (alt er relativt – det kommer an på).

Et viktig resultat av å sette ord på fenomenene og formulere hypoteser er at det blir tydelig både at meningen med ordene i språket *henger sammen*, og at språket har *grenser*.

Et eksempel på en sammenheng jeg ofte har brukt, er «*forbausete* mennesker har opplevd noe *uventet*». Vi kan se at det stemmer i virkeligheten, men det er hva jeg har kalt en *pseudoempirisk* sammenheng, fordi den følger av hva ordene betyr. Den kan ikke benektes. Både psykoanalytisk og akademisk forskning er fylt av pseudoempiriske hypoteser. Den enkleste

- REFERANSER**
- Langstaff, G., Holmquist, R. & Nelson, J. D. (2004). Relational work and psychoanalytic research. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 40–56.
  - Garfield, S. L., Pincus, A. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
  - Langstaff, G. (2007). Vi prøver igjen. Ervidene utfordrer egentligpsykologi. *Filosofisk tidsskrift for psykologifag*, 12, 292–326.

- DEBATT OM VITENSKAPSTEORI**
- Tilleggs utvalg**
- 14. 4. 2017 Det kommer an på (Smedslund)
  - 15. 5. 2017 Smedslund beretter om sin vei fram
  - 16. 6. 2017 Et gammelt ord som betyr noe nytt i den nye psykologien (Smedslund)
  - 17. 7. 2017 Psykologi er en vitenskap (Smedslund)
  - 18. 8. 2017 Psykologi er en vitenskap (Smedslund)
  - 19. 9. 2017 Psykologi er en vitenskap (Smedslund)
  - 20. 10. 2017 Psykologi er en vitenskap (Smedslund)
  - 21. 11. 2017 Psykologi er en vitenskap (Smedslund)
  - 22. 12. 2017 Psykologi er en vitenskap (Smedslund)



sjekken på pseudoempiri er å forsøke å *benekte* en hypotese og se om dette gir mening. Eksempel: Forbausete mennesker har *ikke* opplevd noe uventet. Dette gir ingen mening.

### PSYKOLOGIKKEN

Refleksjon over de språklige sammenhengene innenfor psykologien førte til det som kalles «*psykologikk*». Et enkelt eksempel: «Hvis en person ønsker å utføre en handling og personen tror hun kan utføre handlingen, så vil hun forsøke å utføre den.»

En grense for språket ligger i de såkalte semantiske primitivbegrepene, som ikke kan reduseres til noe enklere, og som angivelig finnes i alle menneskelige språk. Blant de over 60 primitivbegrepene er noen som direkte angår psykologi, for eksempel «tenke», «ønske», «føle», «gjøre», «bra», «dårlig», «ja», «nei», osv.

En annen grense for språket ligger i at vi forutsetter at mennesker er «aktive» og «målrettede», og at de «sanser», «tenker», «husker», «føler», osv. Hvis noe er et menneske, vet vi at det har disse egenskapene. Dette kan ikke meningsfullt benektes.

Hva «vi alle vet», er altså det som følger nødvendig av å være menneske, og av strukturen i vårt språk.

Sletvold har helt rett i at ikke alle kan sette ord på hva vi alle vet, det vil si hva vi alle i praksis tar for gitt. Men felles for oss alle er at *når* vi setter ord på ting, trekker vi de samme slutningene og gjør de samme forutsetningene. Jeg har for eksempel analysert begrepet «tillit» og vist at det er fem nødvendige og til sammen tilstrekkelige betingelser for at vi stoler på en person (Smedslund, 1997, 68–73). Denne analysen er til hjelp blant annet når vi prøver å finne ut hvorfor noen *ikke* har tillit.

Sammenfattende vil jeg si at «the relational turn» i psykologien ikke bygger på empiriske funn (som kunne vært annerledes), men er et resultat av refleksjoner som har ledet oss til å sette ord på det vi alle i praksis tar, og *må* ta, for gitt. Derfor er dette i hovedsak *sikker* kunnskap. ✕



Den enkleste sjekken på pseudoempiri er å forsøke å *benekte* en hypotese og se om dette gir mening

### DEBATT OM VITENSKAPSTEORI

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 4 - 2017 Det kommer an på (Smedslund)
- Nr. 5 - 2017 Smedslunds hjertesukk (Ray Wilson)
- Nr. 6 - 2017 Et gjensyn med «Faget som ville være naturvitenskap» (Moxnes)
- Nr. 6 - 2017 Psykologisk empiri er som virvlene i en bekk (Smedslund)
- Nr. 8 - 2017 Varsel om en katastrofe (Skjerve og Reichelt)
- Nr. 10 - 2017 Ingen katastrofe for psykologien (Smedslund)
- Nr. 11 - 2017 Vitenskapelig absolutisme en gang til (Skjerve og Reichelt)
- Nr. 12 - 2017 Vi prøver igjen: Hvordan arbeider egentlig psykologer? (Smedslund)
- Nr. 5 - 2018 Alternativet (Sletvold)



**ANNE RAGNHILD  
LOSSIUS,**

spesialpedagog, har  
selv ME

**KRONISK  
UTMATTelses-  
SYNDROM**

# Mellom to onder

Lettvinte personlighetskarakteristikk er ikke hjelpsomt for ME-pasienter.

**DET FINNES IKKE** etablert forskningsbasert kunnskap om utløsende og opprettholdende faktorer ved ME-diagnosen, og i debattene kommer det obligatorisk innspill som leter etter forklaringer i felles karaktertrekk og personlighet hos pasientene. En må forutsette at en slik tilnærming er ment å ha implikasjoner for tiltak. Hvorfor skulle det ellers være relevant? En søker etter feil, som en behandling skal rette opp.

Psykolog Guro Øiestad tar i en kronikk opp uheldige sider ved diagnostiseringspraksiser i psykisk helsevern. («Psykisk Helsevern. Finn fem feil». Klassekampen 11. mai 2018.) Hun beskriver hvordan den standardiserte kartleggingen av pasienten består i en feilsøking som lett kommer i veien for pasientens opplevelse av å bli møtt på egen opplevelse av sin situasjon. Relasjonen mellom behandler og pasient blir lidende, og informasjon fra pasienten om forhold som er avgjørende for et godt behandlingsutfall, kan gå tapt.

## ME-PASIENTERS PERSONLIGHET

I Psykologtidsskriftets aprilutgave beskriver psykolog Nina Andresen det hun oppfatter som ME-pasienters personlighet eller typiske karaktertrekk, og som hun mener fungerer opprettholdende for sykdommen. Hun beskriver pasientene som ofte ambisiøse, perfektjonistiske eller altruistiske (i denne sammenhengen for-

stått som selvutslettende) og med en destruktiv trang til overaktivitet. Hun trekker fram eksempler på utmattede og syke personer som ivaretar ansvarsoppgaver, deltar i sosiale aktiviteter og utfører nødvendige praktiske arbeidsoppgaver (som husvask) på tross av omkostningene for dem selv.

De diagnostiske kriteriene for ME inneholder ikke beskrivelser av karaktertrekk eller personlighet. Slike karakteristikk er fortolkninger av pasienters atferd, og trekker slutninger fra sykdomsatferd til tidligere fungering. Mange pasienter vil ikke kjenne seg igjen i beskrivelsene, som kan bidra til å øke (selv) bebreidelser, skam og stigma. Pasientenes atferd kan forstås med andre innfallsvinkler.

## PRESTASJONSKULTUR

Vi lever i en kultur som heier fram den som presterer. Toppidrettsutøverne, som presser kroppen til det ytterste, utenfor det som er sunt, er av våre største helter. Foreldre bruker ettermiddager og kvelder på å frakte barn fra den ene aktiviteten til den andre, med et blikk for hvor barnets talent ligger. Ungdom legger lista høyt, kanskje ofte høyere enn det er mulig å komme over.

Skyggesiden av en slik oppvurdering av høy ytelse, prestasjoner, produktivitet, vellykkethet og mestring er en frykt for ikke å strekke til. Det innebærer også en nedvurdering av og

fordomsfullhet overfor den som underbyter, sluntrer unna eller viser svakhet og ikke makter å innfri dagliglivets krav.

### LIVETS OPPRETTTHOLDELSE OG ME

Det er kjent at på veien inn i ME er det vanlig å ha forsøkt å opprettholde dagliglivet så lenge som overhodet mulig. Mange har også forsøkt å trene seg ut av sin «dårlige form». De har gjort nettopp det vårt samfunns normer og forventninger og idealer tilsier – å stå på og holde det gående, til man ramler over målstreken. En behøver ikke ha en spesiell personlighet eller spesielle karaktertrekk for å satse på en slik strategi. De fleste ville antakelig velge en slik vei; det føles bedre å være og å framstå som frisk og sterk enn syk og svak.

Når tilstanden av total utmattelse og symptomtrykk er fullt etablert, blir selv mindre, dagligdagse aktiviteter straffet med symptomforverring. Den reduserte kapasiteten betyr tap av studier eller arbeid, sosiale relasjoner, ivaretagelse av foreldrefunksjoner og hobbyer. Konsekvensene er isolasjon, inaktivitet og behovsdeprivasjon. Man raser nedover i Maslows behovspyramide. Og i samfunnets anseelse. Hjernens belønningssystemer får magre kår. Er det underlig at man innimellom velger å trosse symptomer og skaffe seg en oase av deltakelse i det levende livet? Kanskje er det nødvendig for å unngå depresjon og angst? Vi vet fra langtidssykemeldte generelt at det å stenge seg inne hjemme er uheldig. Det er et pågående dilemma når kapasitet og det som avgjør livskvalitet, ikke er sammenfallende. Det blir galt samme hva en gjør – et valg mellom to onder.

### GOD HJELP

Istedenfor usikre spekulasjoner i ME-pasienters mulige maladaptive personlighet er det mye viktigere å utvikle gode strategier for et hjelpeapparat. Her kan det være nyttig å se til idrettens tilnærminger ved overtrening. Idretten møter antakelig ikke sine utøvere med benevnelse som treningsnarkomani eller destruktiv trang til trening. Det trengs bistand; praktisk og moralsk støtte for den enkelte til å analysere tålegrenser og dempe totalbelastninger, og tilrettelegging for best mulig balanse mellom liv og aktivitet og nødvendig restitusjon og hvile. Liksom idrettsutøveren må man lære å kjenne sin kropp, dens signaler og grenser – som er noe annet enn å oppmuntre til helseangst. Her, som i andre marginale situasjoner, inngår en gjennomgang av indre og ytre utfordringer og ressurser, som kan være av mange slag. Det må også tiltakstilfanget være. Om personen kan bli frisk eller «bare» optimalisere sitt funksjonsnivå, det vet vi ikke. Og det har ikke avgjørende betydning for hjelpebehovet.

Forskning på ME vil gi økte kunnskaper om ulike utløsende faktorer, differensialdiagnoser, undergrupper, muligheter for medisinsk behandling og andre hensiktsmessige tiltak. Uansett diagnose er det grunnleggende at behandleren møter pasienten der denne er, og med utgangspunkt i individuelle opplevelser, forskjeller og betingelser. Søren Kierkegaard har sagt det godt:

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, er selv i innbilning, når han mener å kunne hjelpe andre. ✕



Istedenfor usikre spekulasjoner i ME-pasienters mulige maladaptive personlighet er det mye viktigere å utvikle gode strategier for et hjelpeapparat

### DEBATT OM KRONISK UTMATTELSESSYNDROM

#### Tidligere innlegg/saker:

- Nr. 5 - 2018 ME-debatten trenger ikke være så betent (Hæreid)
- Nr. 4 - 2018 Er Norge klar for en moderne stressdiagnose? (Holmelin)
- Nr. 4 - 2018 ME-pasienter misforstår (Andresen)
- Nr. 4 - 2018 Feil virkelighetsforståelse (Randsborg)
- Nr. 3 - 2018 Vi - de krenkbare (Linerud - pseudonym)
- Nr. 2 - 2018 Feilinformasjon om kronisk utmattelsessyndrom (Wyller & Wyller)
- Nr. 2 - 2018 Er dagens praksis på avveier? (Andresen)
- Nr. 12 - 2017 ME-syke kjemper for å bli trodd (Reportasje; Strand)

## ELTE: Kompletterende kostnader

Helseforetakene må utdanne 85 veiledere og skaffe 55-70 nye praksisplasser hvis ELTE-utdannede skal få autorisasjon som psykolog. Helsedirektoratet anslår at tiltaket vil koste 245 millioner for de 200 kandidatene det gjelder.



**BJØRNAR OLSEN,**  
sjefredaktør  
Tidsskrift for Norsk  
psykologforening

**HELSEMINISTEREN** ba i februar Helsedirektoratet om å revidere sitt forslag til kompletterende tiltak for ELTE-studentene. I en pressemelding 15. mai skriver Helse- og omsorgsdepartementet at de i revidert nasjonalbudsjett bevilger 12,8 millioner kroner for å etablere og starte opp et kvalifiseringsprogram for ELTE-utdannede i tråd med Helsedirektoratets forslag fra mars i år. Det 14 måneder lange programmet skal etter planen ta opp de første kandidatene i løpet av høsten 2018.

### NØDVENDIG KYNDIGHET

I dokumenter fra Helsedirektoratet datert 19. mars i år som Psykologtidsskriftet har fått tilgang til, kan vi lese at de anbefaler et tiltak som i løpet av 14 måneder skal gi kandidatene «nødvendig kyndighet» og autorisasjon etter helsepersonelloven. Forslaget innebærer et 16 måneder kortere løp enn deres opprinnelige forslag fra 2017.

Det vil ifølge Helsedirektoratet koste nær 245 millioner over totalt tre år å gi de rundt 200 ELTE-utdannede et tilbud som leder frem til mulig autorisasjon etter helsepersonellovens § 48A. De skriver at nullalternativet «ingen kompletterende tiltak» er forkastet, og presenterer i stedet tre alternativ for å avhjelpe manglene ved masterutdanningen fra ELTE.

Utdannelsesløpet og kostnadsbildet er likt i de tre modellene, med unntak av en viktig forskjell som vi skal komme tilbake til: Skal kandidatene få status som studenter eller ansatte de 14 månedene tiltaket antas å vare?

### KOMPONENTER OG KOSTNADER

Tiltakene har tre felles komponenter, viser dokumentene fra Helsedirektoratet: Det leg-

ges opp til introduksjonskurs i regi av RHF-ene/Norsk psykologforening, og deretter løpende forsterket veiledning i 12 måneder. I tillegg kommer det undervisningssamlinger med teorifag i regi av universitetene, som anslås å ta to måneder. Dette er fire måneder kortere enn anbefalingen fra universitetene, som også sier de finner det utfordrende å ta inn 200 ekstra studenter i tillegg til de 340 profesjonsstudentene de alt har årlig. Men gitt nødvendige ressurser kan de ta hånd om ett kull ELTE-studenter hvert semester fra 2019.

Mange av kostnadene er identiske i de tre modellene: Universitetenes utdanningsmoduler er beregnet til 44 millioner kroner, inkludert åtte nye vitenskapelig ansatte i 3,5 år, samt administrasjon og lokaler. I tillegg kommer 10 millioner i reise og opphold i forbindelse med gjennomføringen av disse samlingene. Veilederutdanning og lønn til disse har en ramme på rundt 20 millioner kroner, mens introduksjonskurset er antatt å koste i overkant av 6 millioner kroner.

Finansieringsansvaret for undervisningsmodulene tillegges universitetene, mens RHF-ene dekker veiledningen. Så langt er det uavklart hvem som har ansvar for å dekke introduksjonskursene. Både universitetene og RHF-ene understreker behovet for finansiering av tiltakene for ikke å redusere tjenestetilbudet til pasientene og studietilbudet ved de norske profesjonsstudiene. Helsedirektoratet har ikke vurdert finansieringen av tiltaket, men understreker at dette er avgjørende for måloppnåelse.

### DEN STORE FORSKJELLEN

Den store forskjellen i de tre modellene er knyttet til om ELTE-masterne skal være studenter i hele eller deler av tiltaksperioden, eller om



Helsedirektoratet har ikke vurdert finansieringen av tiltaket, men understreker at dette er avgjørende for måloppnåelse

de skal tilsettes i utdanningsstillinger. I modell 1 har kandidatene studentstatus i hele perioden, og mottar ingen lønn (men får her dekket de 10 millionene som knyttes til reise og opphold i forbindelse med universitetssamlingene). I modell 3 får kandidatene et 14 måneders engasjement i lønnet utdanningsstilling. I denne modellen må RHF-ene dekke 160 millioner i lønnskostnader (mens kandidatene må dekke reise og opphold i forbindelse med universitetssamlingene selv). Samtidig vil kandidaten i denne perioden bidra med 50 prosent verdiskapning, selv om kostnaden er 100 prosent. Modell 2 er en hybridmodell der kandidatene har studentstatus første halvdel, og deretter tiltrer i en lønnet utdanningsstilling.

Det er ikke spesifisert hvilken modell Helse- og omsorgsdepartementet har falt ned på i pressemeldingen som ble sendt ut 15. mai, men formuleringen «kandidatene skal kunne gjennomføre et inntektsgivende kvalifiseringsprogram bestående av teori og praksis», synes å indikere at det er en variant av modell 3 det vil jobbes videre med.

#### UTFORDRENDE FORUTSETNING

En forutsetning for at tiltaksplanen som presenteres kan realiseres, er at RHF-ene både kan skaffe 55–70 praksisplasser de neste 3,5 årene, og at det utdannes 85 veiledere. Helsedirektoratet skriver at det allerede er vanskelig å skaffe tilstrekkelig med praksisplasser, ikke minst nær lærestedene for profesjonsutdanningen. Men det står også at man «kan forvente at virksomheter i rekrutteringssvake områder vil ha større motivasjon for å ta inn ELTE-utdannede». Helsedirektoratet er også tydelig på at tiltaket ikke skal gå på bekostning av praksisplasser for profesjonsstudentene ved norske læresteder. Tidligere har RHF-ene holdt frem at veilederne bør være ansatt på samme arbeidssted som kandidaten, og at veiledningen da trolig må skje som overtid hvis det ikke skal gå utover ordinær klinisk drift. ✕

#### Debattert

## Analytisk forståelse

**Unheimlich** For staten Israel er 14. mai nasjonaldagen, til minne om dagen i 1948 da David Ben Gurion erklærte landet uavhengig. Dagen etter markerer palestinerne Nakba («Katas-trofen» på arabisk), da 805 000 palestinere ble fordrevet. (...) Israel forholder seg til Nakba slik et traumatisert sinn forsøker å fortrenge det som hjemsøker det. Et slags freudiansk unheimliche, hvor den tilbakevendende skammen over tidligere handlinger skaper et ønske om å skyve dem ut av bevisstheten.

*Thomas Vescovi i Le Monde diplomatique, 3. mai*

**Alltid sunn** - Mors engasjement for barneoppdragelse gjorde at jeg kunne føle det som en forpliktelse å skulle være sunn og fri også de gangene jeg ikke følte meg slik.

*Helge Waal om sin mor, Nic Waal, til Avisa Nordland, 12. mai*

**Sykeliggjøring** Den biomedisinske tradisjonen sykeliggjør gjennom å telle symptomer ut ifra flere og flere inkluderende kriterier, der en stadig større gruppe av befolkningen innlemmes i «konseptet psykisk syk» - en forståelse som Ungdata og Folkehelseinstituttet har overtatt ukritisk. Kunnskapen i arven fra Freud bidrar også til å sykeliggjøre befolkningen, men på en annen måte. Den Freudianske tradisjonen sykeliggjør og normaliserer på en og samme tid; gjennom å normalisere det patologiske og sykeliggjøre det normale.

*Per Are Løkke på Forskning.no 15. mai*

**Religiøs** - Bion var opptatt av mysteriet, sier Kari Høydaahl. - Jeg vet ikke om han ville omtalt seg selv som religiøs, men dette med «act of faith» er i seg selv et begrep som kan ligne på det man finner i religion. Freud var overbevist ateist og kritisk til religion. Men man kan i hvert fall si at Bion var opptatt av å finne det som er psykisk sant, og det kan ligne på det man er opptatt av i religiøs søken.

*Klassekampen, 18. mai*



## Merkelig dobbeltkommunikasjon

Det kan være vanskelig å ha tillit til Psykologforeningens framstilling av sine gode faglige intensjoner.

**MARIANNE WELTZIEN**, psykologspesialist

### ELTE-SAKEN

**FRAMSTILLINGEN AV PSYKOLOGFORENINGENS** støtte til ELTE-psykologene leses med glede, men også med forundring. Undertegnede har en annen opplevelse av denne støtten. Jeg er psykologspesialist og seksjonsleder for en BUP. I 2016 hadde vi ansatt to lisenspsykologer utdannet ved ELTE, som var i ferd med å avslutte sin forespeilede lisensperiode. De fikk beskjed fra Helsedirektoratet om at lisens likevel ikke ville bli innvilget. De var meget fortvilet. Det var jeg også, som fryktet å miste to velkvalifiserte og dyktige medarbeidere. I distriktene er rekruttering en utfordring, og vi investerer mye i opplæring av nyutdannede.

Mitt forslag var naturlig nok å ringe Psykologforeningen, fagforeningen vi alle tre var medlem av, for å be om råd om hva vi kunne gjøre i denne situasjonen. Vedkommende som svarte i telefonen hos foreningen, sa klart fra at de forventet å bli kontaktet av ledere med spørsmål om hvordan de «kunne bli kvitt» lisenspsykologene fra ELTE. Jeg gjorde det like klart at jeg ringte av helt motsatt årsak. Jeg fikk da til svar at «her må vi ta fagforeningshatten på». De ville selvfølgelig få advokathjelp, sa vedkommende, «men her må vi gå eksternt, for her er det interessekonflikt».

Her ble vi altså møtt av en fagforening som raskt konstaterte en interessekonflikt med tre av sine medlemmer. Vi ba ikke om råd flere ganger.

At Psykologforeningen uttaler seg som den nå gjør, er gledelig, men det kan være vanskelig å ha tillit til Psykologforeningens framstilling av sine gode faglige intensjoner. ❌

### Tilsvar

## Habilitet

**RUNE FRØYLAND**, visepresident Norsk psykologforening

Norsk psykologforening er glad for at Marianne Weltzien er fornøyd med vårt standpunkt i Elte-saken.

Hensynet til pasientsikkerhet og opprettholdelse av faglige standarder har vært viktig å ivareta for Psykologforeningen. Samtidig har vi vært opptatt av å bistå våre ELTE-medlemmer, som har havnet i en vanskelig situasjon.

Derfor er det helt riktig som Weltzien påpeker, at Psykologforeningen havner i en interessekonflikt. Av den grunn har disse medlemmene mottatt økonomisk støtte, slik at de kan leie inn ekstern advokatbistand. Dette mener vi ikke er kritikkverdigg, slik Weltzien fremsetter, men derimot gir det en garanti for at man ikke kan stille spørsmålstegn ved habiliteten til advokatbistanden disse medlemmene har hatt behov for.

Siden forrige utgave av Psykologtidsskriftet har Helse- og omsorgsdepartementet støttet forslaget fra direktoratet og pekt på en modell med lønnet praksis som løsning for ELTE-studentene. Dette gir rom for at fagmyndighetene kan ivareta faglig forsvarlighet, forutsatt at universitetene går god for løsningen. Samtidig er løsningen innenfor en ramme som er til å leve med for de som ble rammet av praksisendringen.

Utfordringen blir tilgjengelig kapasitet i universitet og helseforetak til å gjennomføre opplegget uten at det går ut over pasienter eller profesjonsstudenter. Norsk psykologforening er forberedt på å bidra der vi kan for å lage et godt opplegg og ivareta kapasitetsutfordringer. ❌



## Omdiskuterte blekkflekker

«Få temaer har polarisert fagdebatter mer enn Rorschach-testen. Searls lykkes mesterlig med sin 'doble biografi' om Rorschach og den innflytelsesrike testen hans.»

*Psykologspesialist Kim Larsen har lest Damion Searls' bok The inkblots. Hermann Rorschach, his iconic test, and the power of seeing*

## Akademisk rikdom

«Denne boken har gjort meg tryggere på å være en psykoterapeut som lener seg mest mot humanvitenskapene og relasjonenes betydning i møtet med mennesker som lider.»

*Psykologspesialist Katrine Heim Gjesvik har lest Carsten René Jørgensens bok Den terapeutiske holdning*

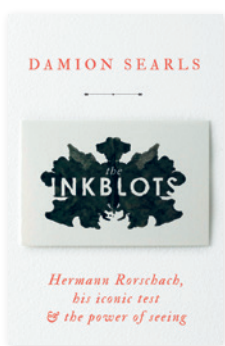
### Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker velbegrunnede og nyanserte anmeldelser av psykologisk fagstoff. Lengre bokessay er også av interesse.

Send forespørsel på e-post til [nina@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina@psykologtidsskriftet.no).

# Blekkflekker som metode

Hva er fakta og fiksjon av det som i årenes løp er blitt sagt om Hermann Rorschach og hans berømte test?



**DAMION SEARLS.**  
*The inkblots. Hermann Rorschach, his iconic test, and the power of seeing.* Crown, 2017. 416 sider

**RORSCHACH-TESTEN** er en av de mest anvendte psykologiske testene gjennom historien, og også den som ligger til grunn for populære forestillinger om psykologisk testing. «Blekkflekktesten» gikk først inn i dagligspråket som et eksempel på et objektive hjelpemiddel for psykologens «røntgenblikk» for å avdekke pasientens «egentlige» personlighet. I vår postmodernistiske epoke derimot er den blitt til en metafor på subjektivitet; vi konstruerer vår egen mening, alle oppfatter ting forskjellig, og det finnes ingen fasit. Det er denne betydningen som menes når nåtidige kulturjournalister sammenligner et kunstnerisk uttrykk med en Rorschach-test. Går en til politikens verden, har både Hilary Clinton og Barack Obama omtalt seg selv som Rorschach-tester. Hilary Clinton uttalte i 1993 at «I am a Rorschach», og Barack Obama sa i 2008 «I am like a Rorschach test. Even if people find me disappointing ultimately, they might gain something.»

Det faktum at også psykologer har så forskjellige meninger om den, har bevirket at Rorschach-testen i seg selv er blitt en Rorschach-test; det er vel få eller ingen temaer som har polarisert fagdebatter mer. Vi finner vurderinger helt fra at testen er verdiløs, eller faktisk verre; at den gjør mer skade enn gagn, til at den er et essensielt hjelpemiddel i klinisk praksis. Hva er så fakta og fiksjon av det som er blitt hevdet om Hermann Rorschach og hans berømte test i årenes løp? Det er dette Damion Searls setter seg fore å besvare i det han kaller sin «doble biografi» om både Hermann Rorschach og testen hans.

## IKKE DØMMENDE

Historien er både dramatisk og tragisk: Hermann Rorschach (1884–1922) dør av peritonitt,

som følge av en sprukken blindtarm kun ni måneder etter at han publiserte testen i boken *Psykodiagnostik* (1921). Rorschach kom fra en familie av kunstnere og var tidlig intenst opptatt av kunst og forskjellige måter å oppfatte den på. I valg av livsgjerning blir han trukket mellom humaniora og naturvitenskap, og velger å bli psykiater.

Under studietiden i Zürich blir han påvirket av fagmiljøet på Burgholzli-sykehuset. Her arbeider noen av tidens mest toneangivende psykiatere, både Eugen Bleuler (mest kjent for å ha introdusert begrepet schizofreni) og Carl Gustav Jung, som på denne tiden utviklet sin ord-assosiasjonstest. Rorschachs tidlige publikasjoner omhandler imidlertid analysen av ytterliggående religiøse sekter, og under hvilke betingelser esoteriske verdensoppfatninger kan få fotfeste i bestemte områder. Som ferdig psykiater virker Rorschach mest på forskjellige psykiatriske institusjoner i mindre byer i Sveits, Münsterlingen, Waldau og Herisau, der han døde.

Han blir mer og mer interessert i blekkflekkene som klinisk undersøkelsesmetode. De var i utgangspunktet ikke ment som en test, men mer som det Rorschach kalte et eksperiment, og som Searls beskriver som «a nonjudgmental and open-ended investigation into people's way of seeing» (side 115). Rorschach var opptatt av å forene forskjellige måter å oppfatte verden på, og han skriver i et ungdomsbrev til Leo Tolstoj følgende: «The ability to see and shape the world, like the Mediterranean peoples; to think the world like the Germans; to feel the world like the Slavs – will these powers ever be brought together?» (side 137). Searls mener at nettopp denne ungdommelige ambisjonen blir oppfylt av det spekteret Rorschach-testen ivaretar: «Movement responses were how we

## ANMELDT AV

Kim Larsen,  
psykologspesialist,  
Sykehuset Østfold/RVTS,  
Øst og Nasjonalt senter  
for selvmordsforskning- og forebygging,  
Medisinsk fakultet,  
Universitetet i Oslo



infuse life into the inkblots (seeing in the what we put in); Form responses were how we think the inkblots (process them intellectually); Color responses were how we feel the inblots (react to them emotionally). Rorschach had found a way to bring these powers together, in ten cards» (side 137).

### LEK OG INSPIRASJON

Det å se på blekkflekker som et middel til å lokke frem kreativitet og subjektivitet, har også en forhistorie. En kjent barnelek på Rorschachs tid var «Kleksographie», det å lage tilfeldige blekkfigurer ved å søle blekk på et ark og undre seg over de fremkomne figurer, eller å skrive navnet sitt på et ark, brette det, og «see what the soul says.» Leonardo da Vinci (1452–1519) beskriver i *A Treatise on Painting* hvordan han sølte maling på veggen og så på de mønstrene som fremkom, for å få inspirasjon. Både Justinius Kerner (1782–1862) og Alfred Binet (1859–1911) hadde eksperimentert med tolkningen av blekkflekker. I tråd med den samtidige faglige Zeitgeist var det Rorschachs eksplisitte intensjon at testen skulle forene elementer fra ordassosiasjonstestene (Jung), fri assosiasjon (Freud) og hypnose.

Publikasjonshistorien til *Psykodiagnostik* er fascinerende lesning. Det å få til en tilfredsstillende gjengivelse av blekkfigurene viser seg ikke uventet å være et mareritt, finansieringen var vanskelig, og som om ikke dette var nok går trykkeriet tom for typer til bokstaven stor F under trykkingen. Rorschachs bok hadde uheldig nok en betydelig forekomst av store F-er: «Form» forkortes F og «farge» er på tysk Farbe, forkortet Fb. Man måtte løse dette logistikkproblemet med å trykke den første delen av boken sist for å frigjøre typene man trengte for å trykke resten. Boken kom endelig ut i juni 1921. Mye tyder på at Rorschach selv var i full



**«BLEKKFLEKK-MANNEN»** Hermann Rorschachs (1884-1922) berømte test gikk først inn i dagligspråket som et eksempel på et objektivt hjelpemiddel for psykologens «røntgenblikk» som avdekket pasientens «egentlige» personlighet. I en postmoderne tid har Rorschach-testen blitt en metafor på subjektivitet; alle oppfatter ting forskjellig, det finnes ingen fasit. Foto: Wikimedia commons

gang med å videreutvikle sin tenkning om testen etter at han var ferdig med manuskriptet til *Psykodiagnostik*.

### DOGMATISKE FEIDER

Searls skriver om hvordan Rorschach-testen har blitt betraktet i skiftende idehistoriske epoker, og hvordan den har dannet affiniteter med forskjellige aspekter av den kulturelle og faglige konteksten. Han fokuserer særlig på USA, der testen fikk størst utbredelse, og der de ulike tolkningssystemene ble utviklet. Det oppstår ikke så uventet ganske raskt et motsetningsforhold mellom Samuel Becks og Bruno Klop- »

fers tolkningssystemer, og Searls skildrer de dogmatiske feidene som utvikler seg knyttet til ulike tolkningsmessige skoleretninger. Etterhvert løses situasjonen på en måte ved at tolkningssystemet til John Exner blir rådende. Dette hadde et hegemoni i lang tid, helt til R-PAS, som prøver å forbedre Exner kom ut i 2011. Searls beskriver situasjonen i dag slik: «The Rorschach had become, after Freud, a symbol of what people didn't like about psychotherapy: too much improvable inference, too much room for bias, not enough hard science» (side 286).

Forfatteren beskriver hvordan Rorschach-testen ble brukt i forskjellige sammenhenger, for eksempel i rettssaker i USA, noen ganger med tragiske resultater ved at konklusjonene som ble trukket fra den kunne påvirke dommen på en utilbørlig måte. Vi får også den fascinerende historien om hvordan nazistene som var tiltalt i Nürnberg-prosessen ble Rorschach-testet. Det mangler ikke på frapperende anekdoter i denne sammenheng: En av de to Rorschach-testerne begår selvmord ved å svelge en cyanidkapsel foran kone og barn nyttårsdagen i 1958 (samme selvmordsmetode som Herman Göring). Det ble i ettertid spekulert i at nettopp denne cyanidkapselen var en «souvenir» fra Nürnbergprosessen, og at det kanskje også var denne Rorschach-testeren, Douglas Kelley, som smuglet inn cyanidkapselen Göring brukte til sitt selvmord. Rorschach-testens sammenheng med moderne kunst gjennomgås også, særlig med Jackson Pollock og Andy Warhol.

Searls gir en svært grundig fremstilling, der en imponerende detaljrikdom og en meningsgivende kontekstualisering forenes med en medrivende fremstillingsform. Nå som Freuds biografi og psykoanalysens historie så til de grader er beskrevet fra nærmest alle kanter og vinkler, er det nettopp med biografier om mindre beskrevne skikkelser, eller gjennom det å zoome inn på et mer avgrenset tema eller en spesifikk metode og behandle den i alle dens fasetter at en kan tilføre litteraturen noe nytt. Det er nettopp det som skjer her. Searls lykkes mesterlig med sin «doble biografi» over Hermann Rorschach og den innflytelsesrike testen hans. ❌

## KLASSIKEREN



### Det er kanskje ikke vitenskapen, men skjønnlitteraturen, som best kan bidra til at vi tobeinte jordboere blir bedre i stand til å forstå og ta vare på hverandre og verden.

Richard Rorty, *Contingency, irony, and solidarity* (1989)

I en tekst jeg skrev for en stund siden, formulerte jeg noen refleksjonsspørsmål som leseren kunne bruke til å tenke med. Ett av spørsmålene var dette: «Hvis du måtte legge fra deg all faglig kunnskap du har opparbeidet og kun fikk ta med deg tre bøker på din videre vandring som praktiker, hvilke tre bøker skulle det være?» Jeg syntes det i hvert fall måtte være tre, for bøker står så ustøtt alene.

Men hvis jeg må velge én bok, så er det Richard Rortys *Contingency, irony, and solidarity*. Det var den første fagboka jeg leste helt av egen fri vilje, uten tanke om at den skulle gjøre annen nytte enn å stille min nysgjerrighet. Kanskje var det derfor den på mange måter ble mitt faglige «hjem». Et hjem jeg riktignok har flyttet ut av, men som jeg jevnlig vender tilbake til.

Det jeg liker best ved Rorty, er at han er mer opptatt av å kvitte seg med begreper enn av å lage nye. Han skriver om hvordan forfattere som Freud, Nietzsche og Wittgenstein hjelper oss til å ikke lenger ha bruk for bestemte ideer om «menneskenaturen», og om at det kanskje ikke er vitenskapen, men skjønnlitteraturen, som best kan bidra til at vi tobeinte jordboere blir bedre i stand til å forstå og ta vare på hverandre og verden.

Bård Bertelsen oppfordrer Kenneth Lindberget til å ta stafettpinnen videre.

# Boken vi virkelig trenger

Jeg håper klinikere, forskere, ledere og ansatte ved utdanningsinstitusjonene vil lese denne boken. Men også politikere bør gjøre det.

«**DEN PSYKOTERAPEUTISKE HOLDNING**» er skrevet av Carsten René Jørgensen, gruppeanalytisk psykoterapeut og dansk professor i klinisk psykologi. I tillegg til en lang rekke vitenskapelige artikler og kapitler i lærebøker har han tidligere utgitt fem fagbøker. *Den psykoterapeutiske holdning* er en bok av sin tid, og treffer blink som et innlegg i (den evige?) debatten om hva som er virkningsfullt ved psykoterapi. Denne boken fremhever imidlertid nyanse og temaer som burde forene feltet. Ikke bare er den lærerik og viktig med tanke på psykoterapeuters kliniske praksis, den tar også opp kulturelle og ideologiske strømninger som påvirker dagens psykiske helsevern. Til sammen gjør dette boken uvurderlig.

## I BAKLEKSA

Boken viser hvordan en medisinsk psykoterapiforståelse (evidensbasering av spesifikke behandlingsmetoder) gradvis har fått økt fotfeste, mens en dynamisk-relasjonell terapiforståelse (som bygger på de såkalte fellesfaktorene i kombinasjon med moderne psykoanalytisk og psykodynamisk terapiforståelse) har kommet i bakleksa. Forfatteren skriver: «Hidtil har den dominerende oppfattelse vært, at hvis blot behandlere blev uddannet til at anvende bestemte evidensbaserte terapeutiske teknikker, havde vi styr på de væsentligste faktorer til sikring af vores patients optimale behandlingsudbytte. Efter alt at dømme er dette langt fra korrekt.»

Etter å ha lest boken vil jeg tro du sitter igjen med en betydelig økt kunnskap om hva psykoterapiforskningen forteller oss. Som lesere blir vi eksempelvis relativt grundig satt inn i RCT-studier («randomized controlled trials») og deres nytteverdier, begrensninger og svakheter. De kjente fellesfaktorene fremheves, men forfatteren mener vi kan lære mye mer om

dem. Et hovedpoeng er at det er *innenfor* de mest anerkjente terapiformene vi finner forskjellene i hvor virkningsfulle terapiene er, alt etter som hvor gode terapeutene er.

Forfatteren argumenterer for at vi må slutte å bruke knappe forskningsressurser til forskning på å fremheve eller legitimere terapeuters egne yndede terapiform, og heller bruke midlene til å finne mer ut av hva som kjennetegner de virkelig dyktige og effektive psykoterapeutene. «Utdvikling af terapeuten som person og af terapeutens mere personlige kvaliteter, herunder udvælgelse af de rigtige personer til at arbejde med psykoterapi, er den måske vigtigste og mest oversete faktor i psykoterapifeltet i dag.»

## SELVE KJERNEN

Bokens andre halvdel dreier seg om det forfatteren kaller en «psykoterapeutisk holdning» – en slags kjerne ved fellesfaktorene. Det er et vidt begrep, men handler om en måte å møte opplevelser, andre mennesker og verden generelt på. I denne delen byr boken på temaer som vekker refleksjon – fra forhold som påvirker utviklingen av terapeuters evne til å tenke og bruke sin dømmekraft, til potensialet ved bruk av humor i terapi og betydningen av behandlingsalliansen. Det er inspirerende å lese. Til sist er det nemlig vår *evne* til å møte og tåle menneskelig smerte og usikkerhet som avgjør hvor gode hjelpere vi blir, en evne som ikke lar seg fremkalle ved hjelp av evidensbaserte manualer. Denne evnen handler derimot om i hvilken grad vi har utviklet og raffinert vår «psykoterapeutiske holdning».

Å lese denne boken, med sin akademiske rikdom, har gjort meg tryggere på å være en psykoterapeut som lener seg mest mot humanvitenskapene og relasjonenes betydning i møtet med mennesker som lider. ❌



**CARSTEN RENÉ JØRGENSEN** *Den terapeutiske holdning*, Hans Reitzels forlag, 2018. 488 sider

## ANMELDT AV

Katrine Heim Gjesvik, psykologspesialist med fordypning i familiepsykologi og psykoanalytisk orientert psykoterapi med barn og ungdom, Asker BUP.

## MINNEORD

## TORLEIV ODLAND

1943–2018



**TORLEIV ODLAND** døde fredfullt 5. mai, etter et langt sykeleie. Familie og venner rakk akkurat å feire 75-årsdagen sammen med ham før han måtte forlate hjemmet for godt, med innleggelse på sykehus og sykehjem.

For Torleiv var psykologien hans store lidenskap, og han har satt mange spor etter seg i profesjonen. Han har vært tilknyttet Institutt for Psykoterapi og Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP). I 25 år var han en skattet veileder for kolleger ved flere avdelinger ved psykisk helseinstitusjoner i Norge og Danmark, samtidig som han var ansatt ved Dikemark sykehus og i Psykologforeningen. Han hadde egen privatpraksis i nesten hele sin yrkesaktive karriere. Han var en av de første som fikk driftstilskudd da denne ordningen ble etablert.

I 1990 ble Torleiv ansatt som fagsjef i Psykologforeningen. Dermed ble han en viktig medspiller i en tid med stor ekspansjon av profesjonen i Norge. Det ble mer enn nok å sette tennene i for en fagsjef. Torleiv ble spesielt en aktiv pådriver for kvalitetssikrende tiltak på testfeltet, i fagetikken og i veiledning. Han var initiativtaker og sentral i oppbyggingen av det toårige veilederprogrammet som utdanning av veiledere. Internasjonalt deltok han i løpet av årene i flere komiteer i EFPA, vår europeiske paraplyorganisasjon. Han deltok blant annet i det tidlige arbeidet med å få etablert EuroPsy, og var drivkraften i et hjelpeprogram som Psykologforeningen startet i samarbeid med foreningen i Zimbabwe.

Etter hvert fikk Torleiv et stort og betydelig nettverk både nasjonalt og internasjonalt. Psykosebehandling var et fagområde som han spesielt interesserte seg for, og som han jobbet med i sin privatpraksis. Da Psykologforeningen tidlig på 90-tallet måtte ta inn over seg at fagetikken var et felt det måtte tas et alvorlig tak i, var det Torleiv som fikk i oppdrag å organisere konferanser, kurs og seminarer om fagetikk og terapi. Som den kloke, kunnskapsrike, lyttende og, ikke minst, arbeidsomme mannen han var, ble det mange, svært mange, som satte pris på samarbeidet, kollegialiteten og vennskapet hans.

Torleiv var en arbeidsnarkoman, i positiv betydning. Da «ungene» var ute av redet, og han, sammen med sin kjære Tove, besluttet å satse

fullt på sine interesser, gikk han virkelig fullt inn. Etter en syv-åtte timers arbeidsdag, som startet etter noen harde runder med squash, gikk han over til privatpraksisen, som varte til langt på kveld. Fem timers søvn så ut til å holde for ham. Og slik var det inntil han dessverre ble rammet av Parkinsons sykdom. Han måtte innse at arbeidskapasiteten ble dårligere, gikk av som fagsjef ved slutten av 2004, og over i stilling som seniorrådgiver. I flere år fremover vurderte han om han skulle få gjennomført en dyp hjernestimuleringsoperasjon. Det var en vanskelig beslutning å ta. Vi hadde lange diskusjoner om temaet. Da han til slutt bestemte seg for operasjon, var han klar over risikofaktorene. Bevegelsesforstyrrelsene forsvant i noen grad, men det skulle vise seg at operasjonen fikk negative følger, og han ble tiltagende dårligere. Etter en lang sykemeldingsperiode begynte han å jobbe noe, men måtte så innse at han ikke kunne arbeide lenger. I november 2011 pensjonerte han seg.

Torleiv var en mann som sjelden brukte store ord. Han trengte det ikke. Når han snakket, lyttet vi til hva han sa. Vi leste det han skrev, og vi så hva han fikk til. For det vil vi alltid huske ham.

Takk, Torleiv.

*På vegne av Psykologforeningen,  
Sverre L. Nielsen*

## MINNEORD

## JEREMY SAFRAN

1952–2018

**JEREMY SAFRAN** ble brutalt revet bort 7. mai idet han ble overfalt og myrdet i sitt hjem i Brooklyn, New York.

Safran vokste opp i Canada Han studerte i Vancouver, og fullført PhD-utdanning i klinisk psykologi i 1982. Fra 1986 til 1990 var han leder av *Cognitive Therapy Unit* ved *Clark Institute of Psychiatry* i Toronto, Canada. Innenfor kognitiv terapi publiserte han blant annet (med Z.V. Segal) *Interpersonal Process in Cognitive Therapy* i 1990.

I 1990 flyttet han til New York, der han fikk en stilling ved Adelphy University. I 1993 ble han professor og leder for PhD-utdanningen i klinisk psykologi ved The New School for Social Research.

Sammen med Leslie Greenberg var Jeremy Safran blitt opptatt av emosjonenes plass i psykoterapi. Samarbeidet resulterte i de to første bøkene om dette temaet: *Emotions in Psychotherapy* utgitt 1987 og *Emotion, Psychotherapy, and Change* utgitt i 1991. Greenberg utviklet, som vi vet, sin emosjonsfokuserte psykoterapi, mens Jeremy videreutdannet seg ved post doc.-programmet i psykoterapi og psykoanalyse, New York University. Han beholdt imidlertid hele tiden et nært personlig og faglig forhold til Greenberg.

Han utviklet en enestående faglig profil. Han ble en av få som bidro i fremste rekke både innenfor empirisk psykoterapiforskning og i klinisk psykoanalyse og psykoterapi. Han var president for International Association for Relational Psychoanalysis and Psychotherapy (IARPP), og han skrev innføringsbok i psykoanalyse på oppdrag fra den amerikanske psykologforeningen (2012), ei bok han fikk Gradivaprisen for.

Nåværende president i IARPP Steven Kuchuck skrev etter Safrans tragiske bortgang: «Jeremy was a rare combination of practitioner, teacher/supervisor, academic scholar, program administrator, and researcher. Many people are good at one or more of these endeavors—Jeremy excelled at each.»

Jeremy vil ikke minst bli husket for sitt banebrytende arbeid med fokus på brudd og reparasjon i terapeut-pasient-relasjonen. Boka *Negotiating the therapeutic alliance* (med J.C. Muran) (2000) er blitt stående som en klassiker på området, og blir brukt av terapeuter med forskjellig faglig orientering.

I samband med at Safran mottok forskningsprisen til den psykoanalytiske avdelingen av den amerikanske psykologforeningen, skrev Beatrice

Beebe blant annet: «Jeremy Safran has been an inspiring leader in research on the psychotherapy process for a quarter of a century. Over the last 25 years, Jeremy Safran and his research team have been conducting empirical studies of therapeutic impasses, and disturbances in therapeutic alliance, which are inevitable in clinical work. His focus on modes of resolving impasses is essential to our understanding of therapeutic action.»

Jeg ble først godt kjent med Jeremy da han var i Oslo og holdt et todagers seminar ved Karakteranalytisk institutt i 2012. Ved instituttet hadde vi da en tid brukt hans bok *Negotiating the Therapeutic Alliance* i undervisningen, og vi hadde oppdaget betydelig overlapp i faglig orientering. Spesielt hans opplevelsorienterte bruk av rollespill i veiledning hadde mange likhetstrekk med den karakteranalytiske veiledningsmodellen. Våre faglige drøftinger førte til at vi våren 2017 sammen med Adrienne Harris holdt et dagsseminar om *Relational training and supervision as embodied practices* ved Sandor Ferenczi-senteret ved The New School. Vi hadde planlagt et oppfølgende todagers seminar 3.–4. november i år.

Jeg lærte ham å kjenne som en usedvanlig varm og generøs person, og også en person med store kunnskaper og bestemte meninger. Jeremy vil bli dypt savnet av mange. Personlig opplever jeg et meget smertefullt tap.

*Jon Sletvold*

# Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000,  
2 innrykk kr 3 000,  
3 innrykk kr 3 500,  
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på [tidskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## JUNI

### Psykologfaglig arbeid med barn, unge og familier

Oslo, 4.–5. juni

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

## AUGUST

### Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Oslo, 30.–31. august

For mer informasjon og påmelding  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

**Min medlemsside**

eller send e-post til

**[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)**



# Toårig fordypningsprogram i barne- og ungdomspsykologi

Neste kull starter januar 2019

*Hva binder sammen dem som tar utdanning ved IAP? Kanskje en syntese av nysgjerrighet, engasjement og ønske om å være i utvikling, både faglig og menneskelig? Derfor er det stor variasjon i teoretiske og praktiske tilnærminger i våre utdanninger. Mangfoldet er vår styrke. Vi tilbyr programmer innenfor obligatoriske kurs i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familierapi og organisasjonspsykologi, samt valgfritt kurs og innføringskurs i gruppeterapi. Vi er dessuten et miljø med faglige inspirasjonstreff, ikke minst vår årlige fagkonferanse Agora.*

## Programmet

Programmet er i tråd med Psykologforeningens nye bestemmelser for obligatorisk program i spesialistutdanningen for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi.

Programmet er et toårig fordypningsprogram over fire semestre som består av seks kurs. Fire samlinger er på to dager og to samlinger på tre dager. I den ene kurssamlingen inngår to øvingsdager med undervisere. Antall kurstimer til sammen er 96 timer. I programmet inngår 96 timer gruppeveiledning, samt øvingsdager på åtte timer per semester.

Se [www.iapnett.no](http://www.iapnett.no) for beskrivelse av programmet, som vil bli løpende oppdatert etter hvert som alle datoer og forelesere faller helt på plass.

## Veiledning

Veiledning med psykologspesialist i grupper på fire inngår i programmet. Veiledningen foregår i Oslo, men det kan opprettes lokale grupper dersom det er nok deltakere til å danne gruppe og det er praktisk mulig. Det forutsettes også deltakelse på øvingsdagene.

## Semesteravgift

Semesteravgift på programmet er kr 10 750. Utgifter til veiledning i gruppe (kr 7 500 per semester) kommer i tillegg, samt utgifter til reise og opphold. Merk at én av samlingene holdes utenfor Oslo. Semesteravgift og veiledningsavgift faktureres samlet én gang per semester.

## Krav til påmelding

Forutsetning for deltakelse er at psykologen er i klinisk praksis, hovedsakelig med barn og/eller ungdom. Videre at veiledning i gruppe lar seg ordne praktisk.



Frist for påmelding: **1. november 2018**

Gå til IAPs hjemmeside <http://www.iapnett.no> for påmeldingsskjema.

## Spørsmål

Eventuelle spørsmål kan rettes til koordinator Lise Tveter på e-post: [lisetv@vestreviken.no](mailto:lisetv@vestreviken.no) eller på mobil: 959 24 107.

Med forbehold om mindre endringer.

Musikkterapi og samhandling

## POLYFON-konferansen

- 22. november 2018

- Hva gjør musikkterapi relevant i helse- og omsorgstjenestene i dag?  
- Hvordan omsettes forskning og retningslinjer til praksis?

Velkommen til en flerstemmig konferanse, der brukere, praktikere, forskere, ledere og politikere utveksler erfaringer, innsikter og visjoner.

Early-bird-pris fram til 10. september.  
Mulig å melde seg på fram til 10. november.

[www.gamut.no/polyfon/polyfon-konferansen/](http://www.gamut.no/polyfon/polyfon-konferansen/)



Arrangør: Universitetet i Bergen  
Sted: Studentsenteret i Bergen

**polyfon** | kunnskapsklynge  
for musikkterapi

## NeuroAffective Relational Model NARM workshop 26.-28. august 2018

Formålet med dette kurset er å bli kjent med behandlingsmetoden NARM og få inspirasjon, i forhold til den terapiformen man allerede utøver.

NARM er en særdeles effektiv behandlingsmetode med hensyn til utviklingstraumer og tilknytningsproblematikk, idet vi med NARM integrerer en kroppslig, følelsesmessig og relasjonell tilgang i behandlingen av lavt selververd, skam og selvkritikk.

I NARM er det mindre fokus på hvorfor personer er som de er. I stedet retter vi oss mot hvordan deres overlevelsesstil fordreier det de opplever her og nå.

NARM er utviklet av Dr. Laurence Heller («Udviklingstraumer», Reitzel 2014).

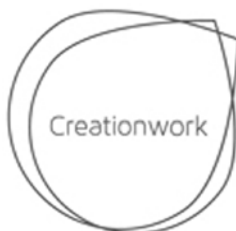
**Underviser:** Psykologspesialist Tove Mejdahl.

Norsk psykologforening har godkjent NARM som vedlikeholdsaktivitet. Utdannelsen over 2 år teller som 72 timer. Introduksjonskurset teller som 14 timer.

Les mer og se påmelding på [www.NARM.no](http://www.NARM.no)

## BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å fordype deg i mindfulness, bruke mindfulness i ditt fagområde, eller ha egen mindfulnesspraksis?



### Ny start 6. september 2018

8 samlinger over 14 mdr. torsdag - søndag

Bli med på en spennende og kreativ etterutdannelse hvor du utvikler solide ferdigheter som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdannelsen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

[www.creationwork.org](http://www.creationwork.org)

## SUSAN HART OG MARIANNE BENTZEN HAR UTVIKLET 1-ÅRIG ETTERUTDANNING I

### Neuroaffektiv personlighets- utvikling og psykoterapi Intervensjoner til nærmeste utviklingsone

Oppstart september 2018

For mer informasjon kontakt kursarrangør  
K.M. Sæbø: [km@kamaklinikken.com](mailto:km@kamaklinikken.com)

[www.kamaklinikken.com](http://www.kamaklinikken.com)

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. juli**, frist for å bestille annonse til juli-utgaven er

**18. juni**

Kontakt oss på e-post  
[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33





## Kurs for leger og psykologer om veteraners psykiske helse

**TID:** 25. – 26. oktober 2018

**STED:** RVTS Øst, Nydalen, Oslo

**PÅMELDINGSFRIST:** 14.9.2018

### MÅLGRUPPE:

Psykologer, psykiatere, fastleger og andre leger. Eventuelt interesserte sykepleiere og annet helsepersonell ved ledig plass.

### LÆRINGSMÅL:

Økt interesse for, og kunnskap om veteraners psykiske helse og helseutfordringer. Målet er å styrke kompetansen om hvordan militære veteraner og også annet innsatspersonell i internasjonale operasjoner, slik som politi og humanitært personell, best kan ivaretas i helsevesenet. Kurset er lagt opp slik at deltakerne også vil få en bredere forståelse av psykotraumer, belastningsskader og tilpasningsforstyrrelser generelt.

### MER INFORMASJON OG PÅMELDING

[www.siops.no/kurs](http://www.siops.no/kurs)

eller i Legeforeningens kurskatalog



**MODUMBAD**   
- en kilde til liv



Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

**facebook**



**Allen Frances**

**Peder Kjøs**

**Judith Beck**

**Arnhild Lauveng**

**Gabor Maté**

**Dag Hessen**

**Peter Tyrer**

**Nora Sveaass**

**Eleanor Longden**

**Finn Skårderud**

**Thomas Seltzer**

**Gry Stålsett**

**Jim Van Os**

**og mange flere**

# FLOKKEN

Stavanger Forum 5.-9. november 2018

Schizofrenidagene 2018 vil handle om de sosiale sidene ved mennesket, psykisk lidelse og helsehjelp.

Ta med deg kollegaene, og bli med inn i vårt fellesskap.



Program og påmelding  
[www.schizofrenidagene.no](http://www.schizofrenidagene.no)



**NKI**  
Norsk Karakteranalytisk Institutt  
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar Oppstart september 2018 i Oslo og Kristiansand

### Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Utdanningen fokuserer spesielt på ikke-verbal kommunikasjon med utgangspunkt i den norske tradisjonen etter Wilhelm Reich. Det legges vekt på å skape sammenheng mellom kandidatenes teoretiske forståelse og det som skjer i det mellommenneskelige møtet mellom pasient og terapeut. Utdanningen gir også en innføring i generell og samtidig psykoanalytisk teori og metode med relevans for karakteranalysen. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Det er en forutsetning at kandidaten under utdanningen får veiledning hos godkjent karakteranalytiker, og har pasienter i psykoterapi. Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening).

Søknadsskjema sendes innen 1. juli  
til [kontor@karakteranalyse.no](mailto:kontor@karakteranalyse.no)

Søknadsskjema og ytterligere informasjon: [www.karakteranalyse.no](http://www.karakteranalyse.no)  
eller ta kontakt med Marit Bang Jensen,  
e-post [maritcj@online.no](mailto:maritcj@online.no) og  
Per Øyvind Fosse,  
e-post [Per.Oyvind.Fosse@sshf.no](mailto:Per.Oyvind.Fosse@sshf.no)

#### PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2018

##### SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

##### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

##### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

##### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 400, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
07	18.06	02.07
08	18.07	01.08
09	17.08	03.09

#### ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende
170x234	82,5x234	170x115
		Stående
		82,5x115

#### PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 950	15 950
1/2 side	12 950	11 950
1/4 side	11 350	9 950

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse. Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

# Vitalis Helse Kragerø AS

Vitalis Helse Kragerø har 31 sengeplasser i naturskjønne omgivelser ved sjøen i Kragerø. Vi vil tilby diagnostisering, stabilisering, behandling og rehabilitering av pasienter. Vi er opptatte av kvalitet, nytenkning og brukermedvirkning i alle våre tjenester. Vi tilbyr medikamentell og ikke-medikamentell behandling innen psykisk helsevern og rusfeltet etter fritt behandlingsvalg.

## Fornøyde ansatte skaper fornøyde pasienter

### Vitalis Helse Kragerø består av følgende seksjoner:

- Seksjon for barne- og ungdomspsykiatri i alderen 13–18 år.
- Seksjon for voksenpsykiatri og rus fra fylte 18 år.

### Vi søker etter ansatt med følgende kvalifikasjoner:

Psykologspesialist/psykolog i 100 % stilling.

### Arbeidsoppgaver:

- Diagnostisering, stabilisering og behandling
- Tett dialog med pårørende og samarbeidspartnere
- Gruppesamtaler
- Individualsamtaler
- Bidra i et tverrfaglig arbeidsmiljø

### Vi tilbyr:

- Et godt arbeidsmiljø med stort faglig fokus
- Fleksible og individuelle arbeidstidsordninger
- Nye og spennende behandlingsmetoder
- Tverrfaglig miljø
- Spesialistpermisjoner
- Faglig oppdatering
- Lønn etter avtale
- Pensjon og gode låne- og forsikringsvilkår i KLP
- Tilrettelagt overnatting i egen etasje ved behov

### Kontaktinformasjon:

Ved spørsmål angående stillingen ta kontakt med:  
Adm. dir. May-Elin Nilsen, tlf. 991 64 317 eller  
leder Annette Bø Jørgensen, tlf. 920 44 274.

### Søknadsfrist:

Søknad kan sendes til: [may-elin@vitaliskragero.no](mailto:may-elin@vitaliskragero.no)  
senest søndag 1. juli 2018

### Personlige egenskaper:

- Evne til systematisk og målrettet arbeid
- Ansvarsbevisst og løsningsorientert
- Miljøskaper
- Evne til godt teamarbeid
- Gode holdninger
- Engasjement
- Serviceinnstilt
- Evne til å søke nye fagkunnskaper
- Mot, vilje og selvtillit til å håndtere vanskelige situasjoner
- Evne til å formidle håp
- Lojalitet

### Kvalifikasjoner:

Relevant formalutdanning. Helst erfaring fra arbeid innen psykisk helsevern/rusarbeid.



Fotograf: Jan-Torstein Hammelow-Berg



Barne-, ungdoms- og familieetaten, region Midt-Norge

**FFT Trøndelag sør har ledig fast 100 % stilling, samt et årsvikariat i 100 % stilling som**

## Psykolog / psykologspesialist

FFT er en evidensbasert familiebehandling for ungdom med atferdsvansker. Stillingene utgjør en faglig spennende utviklingsmulighet innen familierapi

Kontaktperson for stillingene er Helga Valør Wist, psykolog FFT leder, tlf 466 17 625

Søknadsfrist 10.06.18

*Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)*

[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms

## Psykolog / psykologspesialist

På vår poliklinikk har vi ledig stilling for psykolog/psykologspesialist med spesiell interesse for rusfeltet. Hovedoppgaven vil være utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med et bredt spekter av psykiske lidelser og rusproblemer. Stillingen er knyttet til poliklinikken, der du vil være en del av vårt tverrfaglige team. Som rusansvarlig vil du også ha et samarbeid med ambulans akutteam, døgnavdelingen og førstelinjen.

Kontakt: Enhetsleder Pål Schreiner Mathiesen, tlf. 920 28 407.

**Søknadsfrist: 22. juni 2018**

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [www.unn.no/jobb](http://www.unn.no/jobb)

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 490 000 mennesker i 26 kommuner.

## PSYKOLOG

Ringerike DPS, voksenpsykiatrisk poliklinikk, Ål

Referansenr. 3804324428 Søknadsfrist: 15.06.2018

Vi har ledig:

- 100 % fast stilling som psykolog

Ringerike DPS er tilknyttet Ringerike lokalsykehus og avdelingen består av seksjon for døgnbehandling og seksjon for poliklinisk behandling. Vårt DPS samarbeider nært med Blakstad psykiatriske sykehus som har ansvar for de spesialiserte sykehustjenester for befolkningen i vårt opptaksområde.

I ROP team Ål er det i dag ni fagstillinger. Teamet består av psykiater, LIS leger, psykologspesialister og psykiatriske sykepleiere. Vi planlegger å styrke teamet med en sosionom, og vi engasjerer en fastlege i 50 % stilling som LIS i perioden 2018 – 2020, slik at teamet fra høsten 2018 består av 10,3 årsverk.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til avdelingssjef Kent Håpnes, tlf. 991 00 195 eller avdelingskonsulent Thor Bjørnstad Lund, tlf. 904 15 345.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 490 000 mennesker i 26 kommuner.

## PSYKOLOGSPESIALIST / PSYKOLOG

Ringerike DPS

Referansenr. 3786241932 Søknadsfrist: 15.06.2018

Vi har ledig:

- 100 % fast stilling som psykologspesialist
- 100 % fast stilling som psykolog
- 100 % svangerskapsvikariat

Ringerike DPS er tilknyttet Ringerike lokalsykehus og avdelingen består av seksjon for døgnbehandling og seksjon for poliklinisk behandling. Vårt DPS samarbeider nært med Blakstad psykiatriske sykehus som har ansvar for de spesialiserte sykehustjenester for befolkningen i vårt opptaksområde.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til avdelingssjef Kent Håpnes, tlf. 991 00 195 eller avdelingskonsulent Thor Bjørnstad Lund, tlf. 904 15 345.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider [www.vestreviken.no](http://www.vestreviken.no)





Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med over 9000 medlemmer. Psykologforeningen arbeider for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap for å forbedre menneskers livsvilkår. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning.

Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne.

Sekretariatet har 45 medarbeidere og heltids president.

For snarlig tiltredelse søker vi:

## FAGSJEF

### STILLINGEN

Fagsjefen er leder for fagpolitisk avdeling i Norsk psykologforening. Avdelingen har seks høyt kompetente medarbeidere med ansvar for et vidt spekter av psykologfaglige spørsmål.

Fagpolitisk avdeling skal blant annet være premissleverandør for fag- og tjenesteutvikling og være synlig i samfunnsdebatten.

Fagsjefen har ansvar for å sikre et godt beslutningsgrunnlag for Psykologforeningens standpunkter, og at disse er forankret i faglige vurderinger.

### KOMPETANSE

Fagsjefen har god oversikt, høy faglig kompetanse, forstår utviklingstrender i faget og i samfunnet, og kan formulere analyser og faglige problemforståelser som kan være samlende i et ofte fragmentert fagfelt.

Fagsjefen bistår politisk ledelse med formidlings- og påvirkningsarbeid. Mye av arbeidet består i tett kontakt med bruker-organisasjoner, direktorater, departementer og andre myndighetsorganer.

### KRAV TIL SØKER

Søkere må være psykolog med spesialitet og/eller doktorgrad.

Søkere bør ha:

- erfaring fra forskjellige tjenestefelt
- erfaring med politisk påvirkningsarbeid
- erfaring med fag- og tjenesteutvikling samt kvalitetssikring
- ledererfaring
- gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- gode prosessstyringsevner
- god innsikt i prinsipper for kunnskapsbasert praksis

For øvrig legges det vekt på personlig egnethet og evne til å analysere og formidle komplekse problemstillinger.

Vi tilstreber en jevnere kjønnsbalanse i ledelsen og oppfordrer kvinner til å søke.

Arbeidssted er Kirkegata 2, 0103 Oslo i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

### NÆRMERE OPPLYSNINGER VED:

psykolog Marianne Kirknes Stenslet tlf. 918 98 530, partner Tove Gartland tlf. 958 99 755, begge Assessit, eller generalsekretær Ole Tunold (ole@psykologforeningen.no) tlf. 23 10 31 30

[https://assessit.recman.no/job.php?job\\_id=56284](https://assessit.recman.no/job.php?job_id=56284)

Søknad med CV sendes snarest som e-post til [tga@assessit.no](mailto:tga@assessit.no), eventuelt til **Assessit ved Tove Gartland, Nydalen Allè 37B, 0484 Oslo**



**SØKNADSRIST:** 10. juni 2018

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### Avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi

- To ledige 100 % avtalehjemler lokalisert til Follo
- Ledig 100 % avtalehjemmel lokalisert til Moss
- Ledig 100 % avtalehjemmel lokalisert til Jessheim

### Avtalehjemmel i barne- og ungdomspsykologi

- Ledig 100 % avtalehjemmel lokalisert til Lillestrøm

**Nærmere opplysninger:** Spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, e-post kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](http://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. juni 2018**

frantz.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendig enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no).

**Ålesund**

## 100 % avtalehjemmel i klinisk psykologi

Helse Midt-Norge RHF har ledig 100 % avtalehjemmel for spesialist i klinisk voksenpsykologi. Hjemmelen vil kreve et tett samarbeid med smerteklinikken på sykehuset, og sammen skal det skapes gode pasientforløp. Hjemmelen er besluttet lokalisert i Ålesund.

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382 eller rådgiver Arnt Egil Hasfjord, tlf. 413 22 145.

**Søknadsfrist: 22. juni 2018**

**Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-midt.no](http://www.helse-midt.no) - der du òg finner fullstendig utlysningstekst.**

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE

*Helse Nord-Trøndelag HF er en av Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2750 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvareid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på [www.hnt.no](http://www.hnt.no)*

## Helse Nord-Trøndelag Psykolog / psykologspesialist BUP, Sykehuset Levanger

**Klinikk for kvinne, barn og familie**

- 2 x 100 % faste stillinger ved Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP).

Referansnr. 3815276808.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Bine Kristoffersen, tlf. 74 09 89 55/ 950 85 365.

**Søknadsfrist: 22. juni 2018**

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside ([www.hnt.no](http://www.hnt.no)) - der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

frantz.no

●●● HELSE NORD-TRØNDELAG

*Helse Nord-Trøndelag HF er en av Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2750 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvareid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på [www.hnt.no](http://www.hnt.no)*

## Helse Nord-Trøndelag Psykolog / psykologspesialist BUP poliklinikk, Sykehuset Levanger

**Klinikk for kvinne, barn og familie**

- 100 % fast stilling ved Barne og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP). Stillingen er plassert i team for spiseforstyrrelser.

Referansnr. 3815242175.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Bine Kristoffersen, tlf. 74 09 89 55/ 950 85 365.

**Søknadsfrist: 22. juni 2018**

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside ([www.hnt.no](http://www.hnt.no)) - der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

frantz.no

●●● HELSE NORD-TRØNDELAG

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

## Helse Vest RHF

### 50 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Sogndal

**50 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Sogndal er ledig frå 01.08.2018, eller etter avtale.**

#### Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- innretning av praksis
- eigenskapar for heimelen
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Den som vert tildelt heimelen på 50 %, vil få opsjon på dei resterande 50 % av fulltidsheimelen når noverande heimelsinnehavar avsluttar sin praksis, seinast 31.07.2020. Dersom spesialisten som trer inn i avtaleheimelen på 50 %, ikkje vel å nytte seg av opsjonen til å overta resten av avtaleheimelen, har vedkomande ikkje rett til å halda fram med å ha deltidshjemelen.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalspesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen. Avtalspesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter. Avtalspesialisten skal samarbeide med Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalspesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalspesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.

**Søknadsfrist** er tre veker etter utlysing.



#### DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON

### Søker medlemmer for perioden 2019–2023

Med virkning fra 1. april 2019 skal det oppnevnes nye medlemmer til gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, toksikologisk gruppe, genetisk gruppe og psykiatrisk gruppe. Søkere til de ulike gruppene bør være spesialist innen sitt fagfelt. Aktuelle kandidater fra hele Skandinavia oppfordres til å søke.

For mer informasjon, se [www.sivilrett.no/drk/kommisjonsleder](http://www.sivilrett.no/drk/kommisjonsleder)

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til Jobbnorge innen: **02.07.2018**

Jobbnorge-ID: **153138**



#### DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON

### Søker ny leder for perioden 2019–2023

Med virkning fra 1. april 2019 skal det oppnevnes ny leder til Den rettsmedisinske kommisjon.

For mer informasjon, se [www.sivilrett.no/drk/kommisjonsleder](http://www.sivilrett.no/drk/kommisjonsleder)

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til Jobbnorge innen: **02.07.2018**

Jobbnorge-ID: **153124**

## NORSK PSYKOLOGFORENING

### SENTRALSTYRET

#### President

#### Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no  
23 10 31 30

#### Visepresidenter

#### Rune Frøyland

rfroey@online.no  
450 30 522

#### Heidi Tessand

heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
916 67 804

#### Medlemmer

#### Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no  
986 64 501

#### Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no  
35 00 57 00

#### Britt Randi Hjartnes

Schjødt  
bibihj@gmail.com  
922 99 371

#### Ragnhild Stokke Røed

ragnhildkrokke@gmail.com  
414 21 366

#### Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com  
957 27 801

#### Arnild Lauveng

post@arnhildlauveng.com  
913 17 162

#### Else-Marie Molund

else-marie.molund@  
psykologene.no  
481 33 860

#### Studentrepresentanter

#### Marte Sandbugt Pettersen

marte.sa.pettersen@  
gmail.com  
469 51 450

#### Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@  
gmail.com  
926 93 702

#### Varamedlemmer

#### Anders Hovland

anders.hovland@uib.no  
932 87 565

#### Rudi Myrvang

rudi.myrvang@gmail.com  
906 03 355

#### Dag Stormbo

dag.stormbo@gmail.com  
408 42 645

#### Eldrid Robberstad

eldrid.robberstad@sola.  
kommune.no  
475 00 308

### LOKALAVDELINGER

#### Akershus

#### Joan Sigrun Nygard

joan.sigrun.nygard@  
vestreviken.no  
416 66 260

#### Aust-Agder

#### Karen Maria Dreier

Ludianos  
klu045@gmail.com  
977 16 288

#### Buskerud

#### Aksel Lindstad

aksel.lindstad@gmail.com  
984 17 100

#### Finnmark

#### Andrew Sak

sak.andrew@gmail.com  
416 25 149

#### Hedmark

#### Eline Berg

bergeline3@gmail.com  
996 23 191

#### Hordaland

#### Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.no  
909 98 052

#### Møre og Romsdal

#### Ragnhild Ese

ragnhild.es@gmail.com  
920 11 528

#### Nord-Trøndelag

#### Tirill Sten Ingebrigtsen

tirillst@gmail.com  
407 23 159

#### Nordland

#### Iris Anette Söderholm

irisanette@gmail.com  
909 34 857

#### Oppland

#### Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com  
916 35 382

#### Oslo

#### Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@  
hotmail.com  
992 33 966

#### Rogaland

#### Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no  
930 07 971

#### Sogn og Fjordane

#### Ida Smedbold

ida.smedbold@gmail.com  
986 14 212

#### Sør-Trøndelag

#### Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no  
464 14 174

#### Telemark

#### Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

#### Troms

#### Espen Nicolaisen

espennicolaisen@  
outlook.com  
950 60 605

#### Vest-Agder

#### Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com  
971 29 052

#### Vestfold

#### Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@  
gmail.com  
907 55 410

#### Østfold

#### Øyvind Nordhus

nordhus@me.com  
911 61 779

### FAGETISK RÅD

#### Svanhild Mellingen, leder

Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

### ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Knut Dalen, leder, e-post  
knut.dalen@nevropsykolog.  
no, tlf. 958 06 868

### LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

#### Rune Frøyland, leder,

tlf. 450 30 522

#### Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

#### Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

#### Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

#### Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

#### Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

#### Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

#### Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

#### Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

#### Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

#### Rune Frøyland, leder,

e-post rfroey@online.no,  
tlf. 67 92 20 40

### SPECIALITETSRADET

#### Heidi Tessand, leder,

e-post heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804



**KVALITETSUTVALGET**

**Heidi Tessand**, leder,  
e-post heidi.tessand@psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804

**FAGUTVALGENE**

**Felleselementene**  
**Per-Einar Binder**, leder,  
e-post per.binder@psykp.uib.no, tlf. 995 00 313

**Barne- og ungdomspsykologi**

**Lars Ravn Øhlckers**, leder,  
e-post larsravnohlckers@gmail.com, tlf. 908 81 250

**Familiepsykologi**

**Trine Eikrem**, leder, e-post trine.eikrem@bufetat.no, tlf. 466 16 566

**Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer**

**Eva Karin Løvaas**, leder, e-post eva.karin.loevaas@bergenclinics.no, tlf. 55 90 88 00

**Eldrepsykologi**

**Lise Næss**, leder, e-post lisenaes@online.no, tlf. 55 90 06 63

**Psykoterapi**

**Roar Olsen**, leder, e-post roar9@online.no, tlf. 920 95 894

**Voksenpsykologi**

**Ivar Elvik**, leder, e-post ivarelvik@gmail.com, tlf. 454 74 400

**Nevropsykologi**

**Jan Egil Stubberud**, leder, e-post jan.stubberud@hotmail.com, tlf. 951 04 217

**Psykologisk habilitering**

**Nils-Øivind Offernes**, leder, e-post nils@offernes.com, tlf. 958 40 362

**Arbeidspsykologi**

**Anette Høy Dye**, leder, e-post anette.hoy.dye@moment.consulting, tlf. 928 24 338

**Samfunn- og allmennpsykologi**

**Kjersti Hildonen**, leder, e-post khi@lorenskog.kommune.no, tlf. 907 85 288

**Organisasjonspsykologi**

**Rudi Myrvang**, leder, e-post rudi.myrvang@gmail.com, tlf. 906 03 355

**Klinisk helsepsykologi**

**Borrik Schjødt**, leder, e-post borrik.schjodt@helsebergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

**Ole André Solbakken**, leder, e-post: o.a.solbakken@psykologi.uio.no, tlf. 913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

**Kim Larsen**, leder, e-post kim.larsen@so-hf.no, tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

**Annika Melinder**, leder, e-post a.m.d.melinder@psykologi.uio.no, tlf. 930 80 618

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

**Marte Sandbugt Pettersen**, NTNU, leder, e-post marte.sa.pettersen@gmail.com, tlf. 469 51 450

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

**Roger Hagen**, leder, e-post roger.hagen@svt.ntnu.no, tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIGHETSUTVALGET**

**Nora Sveaass**, leder, e-post nora.sveaass@psykologi.uio.no, tlf. 958 09 001

**TESTPOLITISK UTVALG**

**Jens Egeland**, leder, e-post jens.egeland@piv.no, tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

**Jørgen Edvin Westgren**, leder, e-post joergen.westgren@gmail.com, tlf. 911 16 616

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

**Jogeir Sognnæs**, leder, e-post jogeir61@gmail.com, tlf. 918 16 155

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Karsten Karlsøen**, kommunikasjonssjef og myndighetskontakt, e-post karsten@psykologforeningen.no, tlf. 976 11 591  
**Per Halvorsen**, webredaktør, e-post per.halvorsen@psykologforeningen.no

**Administrasjonsavdeling**

**Linda T. Grønås**, administrasjonssjef, e-post linda@psykologforeningen.no

**Toril Dyrhovd**, nestleder, e-post toril@psykologforeningen.no

**Forhandlingsavdeling**

**Christian Zimmermann**, forhandlingssjef  
**Joakim Solhaug**, nestleder  
Kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

**Fagpolitisk avdeling**

**Andreas Høstmælingen**, fagsjef, e-post andreas@psykologforeningen.no  
**Aina Fraas Johansen**, nestleder, e-post aina.f.j@psykologforeningen.no

**Utdanningsavdeling**

**Bjørnhild Stokvik**, utdanningssjef, e-post bjornhild@psykologforeningen.no  
**Eva Danielsen**, nestleder, e-post eva@psykologforeningen.no  
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse: Kirkegata 2  
Tlf. 23 10 31 30  
Faks 22 42 42 92  
E-post post@psykologforeningen.no  
Hjemmeside  
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
 Besøksadresse:  
 Grev Wedels plass 4

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
**Kjersti Arefjord**, Universitetet i Bergen  
**Eva Dalsgaard Axelsen**, Universitetet i Oslo  
**Henning Bang**, Universitetet i Oslo  
**Per-Einar Binder**, Universitetet i Bergen  
**Anne Inger Helmen Borge**, Universitetet i Oslo  
**Tim Brennen**, Universitetet i Oslo  
**William Brochs-Haukedal**, Norges handelshøyskole  
**Nikolai Czajkowski**, Universitetet i Oslo  
**Knut Dalen**, Universitetet i Bergen  
**Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Fanny Duckert**, Universitetet i Oslo  
**Atle Dyregrov**, Senter for krisepsykologi

**Tor-Johan Ekeland**, Høgskulen i Volda  
**Ståle Einarsen**, Universitetet i Bergen  
**Hege R. Eriksen**, Universitetsforskning Bergen  
**Anders Martin Fjell**, Universitetet i Oslo  
**Magne Arve Flaten**, Universitetet i Tromsø  
**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs hospital  
**Siri Erika Gullestad**, Universitetet i Oslo  
**Roger Hagen**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Odd E. Havik**, Universitetet i Bergen  
**Anthony Hawke**, Familievernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**, Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen

**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)  
**Ståle Pallesen**, Universitetet i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**, Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**, Handelshøyskolen BI

**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo  
**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklinikkene  
**Lars Smith**, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse  
**Håkan Sundberg**, Universitetet i Bergen  
**Frode Svartdal**, Universitetet i Tromsø  
**Nora Sveaass**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
**Stephen von Tetzchner**, Universitetet i Oslo  
**Odd Arne Tjersland**, Universitetet i Oslo  
**Bente Træen**, Universitetet i Oslo  
**Merete Øie**, Sykehuset Innlandet HF  
**Simon Øverland**, Universitetet i Bergen

**Til bidragsyterne:** Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no). Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav ([psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no), se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2350, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

**Annonser:** Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for innlevering av annonser:**  
 18.06, 18.07, 17.08, 17.09, 18.10, 16.11



