

Er fellesfaktorer alternativet?

I hvilken grad kan fellesfaktorer skilles fra teknikker og endringsmekanismer som er spesifikke for ulike behandlingsforr.

TEKST

Siri Erika Gullestad

PUBLISERT 5. oktober 2015

PSY
KOL
OGI

Fellesfaktorer

Hva gjør oppsplitting i en rekke ulike skoler – tre-bokstav-syken – med den faglige utviklingen av psykoterapifeltet? Spørsmålet reises av Erik Falkum og medforfattere i et fagessay i Psykologtidsskriftet (april 2015). De skal ha honnør for å reise denne debatten. Psykoterapifeltet preges av at stadig nye begreper kommer på moten – mindfulness, mentalisering, metakognitiv, affektfobi – og av at nye «terapiskoler» etableres (mindfulness-terapi, affektfobi-terapi osv.). Som artikkelen poengterer, dreier det seg ikke sjelden om gammel vin på nye flasker. Når det gjelder grunnutdanning i psykoterapi, som er et hovedanliggende for meg, er det uheldig at én dimensjon ved personligheten (for eksempel affekt eller reflekterende funksjon) fremheves og gjøres til hovedfigur. Som terapeuter forholder vi oss til individet som en følende og tenkende *helhet*. Endimensjonal fokusering vil også lett kunne fremme en holdning til psykoterapi som et sett av teknikker snarere enn som en åpnende, utviklingsfremmende dialog.

Toleranse for flertydighet

I kjølvannet av essayet har det vært en debatt spesifikt om mentaliseringsbasert terapi og markedsføringen av denne. Den har skygget for andre deler av artikkelen, som jeg mener fortjener diskusjon. Først til analysen av «kognitiv lukning». Det er nyttig, slik artikkelen gjør, å trekke inn Kahnemanns begreper om rask og langsom tenkning (System 1 og System 2) i en refleksjon over diagnostikk og behandling. Hva vi legger merke til og fokuserer på hos en pasient, er betinget av vår forutforståelse og teori – og vi søker og finner gjerne bevis for allerede etablerte oppfatninger, såkalt *bekreftelsesbias*. I psykoterapiutdanning og veiledning er det vesentlig å være klar over den kognitive utfordring som bekreftelsesbias innebærer: I nybegynnerens møte med en meget kompleks terapeutrolle er angst og usikkerhet vanlige følelser (Rønnestad & Skovholt, 1993; Strømme, 2012). Angsten mestres ikke sjelden gjennom en «lukning» der alternative fortolkninger utelukkes og kompleksiteten reduseres. Resultatet kan bli kvasi-mestring og profesjonell stagnasjon (Rønnestad & Skovholt, 1993). Slik jeg ser det,

er det avgjørende at kandidater i psykoterapiutdanning får hjelp til å tåle opplevelseskvaliteter hos pasienten som de ikke uten videre forstår. Terapeuten må tolerere å være deltaker i emosjonelle dialoger der hun/han ikke umiddelbart skjønner hva som skal gjøres. Psykoterapiforskning dokumenterer betydningen av at terapeuten kan romme tvil om sin egen evne til å være en god terapeut for den aktuelle pasienten (Nissen-Lie et al., 2013). I psykoanalysen er det utviklet flere begreper som søker å fange inn toleranse for flertydighet – som Bions (1962) begrep om *negative capability*. Det er fruktbart når begreper som er dannet i klinisk sammenheng, og som ofte har et metaforisk preg, understøttes av mer systematisk forskning av den type Kahnemann og Nissen-Lie har foretatt.

Felles og spesifikt: Enten-eller?

Oppsplitting av fagfeltet i tallrike skoler hindrer fagutvikling, ifølge artikkelforfatterne. I denne situasjonen foreslår Falkum et al. å ta utgangspunkt i den integrative tradisjonen som vektlegger faktorer som er felles for all psykoterapi – ikke minst terapeutens relasjonelle kompetanse. Dette punktet fortjener diskusjon. For hva er det som er felles – og hva betyr «integrativt»? Det er utvilsomt at faktorer som terapeutisk allianse, empati, respekt og terapeutens oppmerksomme nærvær har avgjørende betydning for terapeutisk resultat. I psykoanalysen representerer terapeutisk holdning, allianse og korrektiv emosjonell erfaring en selvfølgelig del av behandlingens infrastruktur, selv om man her oftest ikke anvender begrepet fellesfaktorer. En viktig diskusjon, ikke minst teoretisk, er imidlertid i hvilken grad fellesfaktorene kan skilles fra de tekniske og endringsmekanismer som er spesifikke for ulike behandlingsformer – og mange har påpekt at det er kunstig å skille fellesfaktorer fra de spesifikke (Strupp, 1995; Rø, 2013; Nissen-Lie et al. 2013). I en psykoanalytisk terapi kan en tolkende kommentar i en gitt situasjon være den mest empatiske intervensjon – slik at fellesfaktoren i en viss forstand virker gjennom den spesifikke faktoren.

Hva vi ser som realistiske og ønskelige målsettinger i en gitt behandling, hviler etter min mening på en *forståelse* av pasientens lidelse. I psykoanalytisk tradisjon er behandlingen tett sammenvevd med en teori om personlighetsutvikling og psykopatologi, der begreper som ubevisst motivasjon, indre konflikt og strukturdannelse står sentralt. For å planlegge en behandling er en ICD-10 diagnose utilstrekkelig. Terapeuten trenger i tillegg en kasusformulering – en sammenhengende fortelling som plasserer pasienten i en livshistorisk kontekst. Kasusformuleringen – som er hypotetisk, og som revideres kontinuerlig – gir en beskrivelse av pasientens bakgrunn, hva som har utløst problemene som bringer ham til behandling, og hvordan pasienten selv bidrar til at maladaptive samspillsmønstre, holdninger og væremåter opprettholdes i nåværende relasjoner. Antakelse om utløsende faktorer og om hvordan mønstre og væremåter opprettholdes, kan vanskelig formuleres uten teori – kasusformuleringen er teorispesifikk.

Relasjonenes topografi

Ikke bare er kasusformuleringen teorispesifikk – også forståelsen av selve terapiprosessen er forankret i teori. Begrepet «relasjonell kompetanse» kan tydeliggjøre mitt poeng. Når Falkum et al. snakker om terapeutens relasjonelle kompetanse som en fellesfaktor, vises det til den relasjon terapeuten makter å etablere i forhold til pasienten. Kvaliteter som respekt, anerkjennelse og empati er vesentlige her – det er omforent. I psykoanalytisk terapi vil relasjonell kompetanse også være knyttet til den spesifikke betydning av «relasjon» som er utviklet i denne tradisjonen. Psykoanalytisk objektrelasjonsteori omhandler ikke først og fremst de observerbare samspill, men snarere de mønstrene som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre, og som har nedfelt seg som *indre relasjonsscenarioer*. Disse lever videre som ubevisste, latente relasjoner bak de manifeste – de utgjør stabile strukturer som kommer til uttrykk i individets karakter, og som farger nåtidige mellommenneskelige forhold. Hos et barn kan tidlig avvisning resultere i tilbaketrekning og utforming av et selvtilstrekkelig mønster – som beskytter mot nye skuffelser. Den selvtilstrekkelige væremåten vil i sin tur kunne utløse ny avvisning, og slik opprettholde det defensive mønsteret i en form for syklisk kausalitet (Wachtel, 2014). I terapisisituasjonen vil slike ubevisste mønstre aktualiseres i forholdet til terapeuten (*overføring*). Hvis terapien sikter mot å endre repeterende, destruktive væremåter og samspill, vil terapeuten søke å fange inn de underliggende relasjonsscenarioer og få dem «inn» i dialogen. Dette er utfordrende – ikke minst når det gjelder aktivering av scenarioer preget av sterke negative følelser som hevngjerrighet, raseri, bitterhet, misunnelse og grådighet.

Et eksempel: I en veiledning nylig presenterte kandidaten et problem fra en gruppeterapi som skulle inngå i et forskningsprosjekt. En av pasientene, en ung mann, var svært deprimert, og uttrykte at han opplevde at alt føltes tomt og meningsløst. Terapeuten og de andre pasientene var blitt grepet av den unge mannens fortvilelse – og møtte ham med interesse og forsøk på innlevelse. Dette hjalp ikke – den unge mannen opplevde empatien som villet og «profesjonell», med det resultatet at ikke bare medpasientene, men også terapeuten, ble mer og mer frustrert. I et kasus som dette trenger terapeuten en konseptualisering nettopp av indre relasjonsscenarioer. I dette tilfellet dreide det seg om skepsis og *tvil* – var det i det hele tatt mulig å stole på noen? Tvilen fungerer som et strukturelt forankret «filter» som hindrer pasienten i å ta imot den «gode relasjonen» her-og-nå – og dette må terapeuten forstå.

I dag enes de fleste om betydningen av relasjoner – i utvikling og i psykoterapi. «Relasjon» er dagens språk. I denne situasjonen mener jeg det er viktig å avklare hva vi mener med begrepet. Hva slags relasjoner som fremtrer som *sentrale*, vil avhenge av målsettingen med behandlingen og terapeutisk arbeidsmåte. Kanskje kan man snakke om en relasjonenes topografi? En psykoanalytisk behandling vil sikte mot å bevisstgjøre latente relasjoner – «dialogen bak dialogen» (Gullestad & Killingmo, 2002). I dette arbeidet må terapeuten blant annet bruke egne følelser (*motoverføring*) som et instrument – empatisk innlevelse er ikke nok. Og dette fordrer en særegen kompetanse.

I dagens terapimangfold er det, slik jeg ser det, vesentlig å anerkjenne at ulike behandlingsformer ikke bare virker likt. Psykoanalysen er en dybdepsykologisk metode

som søker å endre de dynamiske og strukturelle forhold som ligger til *grunn* for pasientens selvoppfatning og følelsesmessige forhold til andre. Mange av de pasientene som i dag søker behandling, har tidligere gått i avgrensede og symptomorienterte behandlinger uten å føle at disse har hatt en dypere virkning. Disse pasientene etterspør en behandling som er rettet mot kjernen i savn og konflikter, med sikte på mer omfattende og varige endringer i selvopplevelse og i relasjonen til andre mennesker (Gullestad & Killingmo, 2013). For denne gruppen med kompleks, karakterforankret problematikk kan en psykoanalytisk/psykodynamisk terapi være den som best er i stand til å hjelpe pasienten, slik nyere komparative studier også underbygger (Leichsenring et al., 2015). Mitt poeng er at denne inngående terapiformen fordrer kompetanse i å håndtere overføring og motoverføring – altså en *spesifikk* relasjonell kompetanse. Å snakke om «terapeutens relasjonelle kompetanse» som en fellesfaktor vil i denne sammenhengen kunne dekke til reelle forskjeller.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 10, 2015, side

TEKST

Siri Erika Gullestad, PhD, professor, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

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