

Siri Gullestad:

- Det mollstemte er en naturlig side ved livet. Emosjonell modenhet innebærer evne til å romme smerte og sorg. Terapien skal åpne opp, slik at det som har vært vondt og truende, kommer med i selvbildet igjen.

TEKST:

Nina Strand

FOTO:

Marianne Lind

PUBLISERT 5. januar 2012



Depresjon er ikke *ett* fenomen understreker Siri Gullestad. Klassifikatoriske diagnostiske systemer er deskriptive og fanger ikke opp at det som kalles depresjon, kan ha mangfoldige uttrykk og utallige årsaker. Depresjon brukes om alt fra nedtrykthet og sorg over tap og til dype depresjoner, og tristhet og sorgfølelse vil være en del av så å si enhver mer inngående psykoterapi.

«Behandlingen må tilpasses den enkeltes personlighetsstruktur, derfor er det ikke én mal for behandling av depresjon. I psykoanalytisk og dynamisk

tradisjon er man opptatt av å forstå det unike individet og dets spesifikke livshistorie»

Siri Gullestad

– Behandlingen må tilpasses den enkeltes personlighetsstruktur, derfor er det ikke én mal for behandling av depresjon. I psykoanalytisk og dynamisk tradisjon er man opptatt av å forstå det unike individet og dets spesifikke livshistorie, sier professoren.

Klassisk psykoanalytisk teori forstod depresjon som uttrykk for konflikt og skyldfølelse knyttet til aggresjon, mens moderne psykoanalyse har et bredere perspektiv, sier Gullestad, som i 2003 publiserte artikkelen «One depression or many» i *The Scandinavian Psychoanalytic Review*. Her legger hun vekt på at impulser fra psykologisk forskning og særlig fra utviklingspsykologien har medført en utvidet forståelse av depresjon hos psykodynamisk orienterte forskere og klinikere.

Felles fenomenologi

Som psykodynamiker kjenner Gullestad seg igjen i vanlige lærebokdefinisjoner av depresjonens fenomenologi, slik for eksempel Rosenhan og Seligman beskriver den – med emosjonelle, motivasjonelle, kognitive og somatiske symptomer. Depresjon er ikke bare en stemningslidelse som rammer følelsene, men bryter også ned evnen til og troen på at en kan *handle* og påvirke andre mennesker eller situasjonen en er i, fremhever hun.

Begrepet attribusjonsstil fra kognitiv terapi kan også være nyttig. Mennesker som strever med manglende selvfølelse og depresjon, vil ofte si til seg selv at de er dumme eller udugelige når de ikke mestrer en oppgave, de bebreider seg selv istedenfor å tenke at oppgaven var vanskelig.

– Denne typen tankemønstre vil vi påpeke og arbeide med også i psykodynamisk terapi. I likhet med kognitivterapeuter tar vi for oss tankene pasienten har, her er det ingen motsetning, understreker hun.

– Men så er vi psykodynamikere opptatt av, sammen med pasienten, å utforske *hvorfor* man føler seg udugelig, mindreverdige eller hjelpeløs, denne manglende tilliten til at en selv kan gjøre noe med sin egen situasjon.

Mange stier og årsakskjeder

Inspirert blant annet av psykoanalytikeren Hugo Bleichmar bryter Gullestad med oppfatningen om at det er et entil-en-forhold mellom en psykisk lidelse, som depresjon, og en bestemt hendelse eller en bestemt utfordring i livet. Hun argumenterer for et bredt perspektiv, som legger vekt på at depresjon kan få mange uttrykk, og at det er mange stier og årsakskjeder som kan føre frem til denne tilstanden.

– Her finner vi et berøringspunkt med utviklingspsykologien, som snakker om utviklingsstier, sier hun. – I forståelsen av psykiske problemer trenger vi både utviklingspsykologien og innsikten i hvordan omgivelsene virker på oss.



PÅ SOFAEN 1: Den klassiske psykoanalyse-sofaen er fortsatt med i Siri Gullestads terapi. – Ansikt til ansikt justerer vi oss og regulerer oss. Når vi berøves øyekontakten ved å legge oss ned, er det lettere å vende blikket mot oss selv og vårt indre, sier hun, og kan støtte seg til forskning.

Traumer, tidlige tap, det å bli forlatt eller avvist kan føre en inn på veien mot å utvikle depresjon. Men ikke bare tap av en elsket person, også tap av sosial posisjon og selvfølelsesnederlag kan gjøre oss nedstemte. Det er imidlertid ikke tapet i seg selv, men også det at man ikke har fått bearbeidet og sørget over tapet, som kan føre til depresjon, forklarer professoren. En annen årsak kan være at barnet identifiserer seg med deprimerte foreldre, og mister troen på seg selv.

– Når et lite barn har foreldre som stadig møter dem med betraktninger som at «Det kan vi ikke gjøre noe med», eller «Nei, dette er ikke noe for oss», vil det etter hvert kunne identifisere seg med foreldrenes depressive grunnholdning, sier Gullestad.

Den hvite sorgen

Opplevelser av tap kan oppstå hos barn før det har språk og mulighet for mental representasjon av tapet. Den franske psykoanalytikeren André Green skriver om barn som lever sammen med en deprimert mor, «den døde moren», som ikke greier å gi barnet kjærlighet og kontakt. Barna kan ha en type sorg som kjennes som et tomrom, et fravær av noe man ikke har ord for og ikke forstår. Green kaller det «den hvite sorgen».

Gullestads kollega Bjørn Killingmo diskuterer hvilke implikasjoner slike tilstander har for behandling, i en artikkel fra 1990, «Beyond semantics. A clinical and theoretical study of isolation».

– Ettersom affektene er isolert på et førspråklig plan og ikke kan uttrykkes symbolsk, blir de ofte ikke påvirket gjennom *innholdet* i terapeutens ord. Killingmo poengterer betydningen av intonasjon, selve kvaliteten i terapeutens stemme. Kanskje er det bare gjennom en mild og empatisk stemme at man når de frosne lagene hos pasienten, forteller Gullestad.

Selv hadde hun en ung, kvinnelig pasient som lå på sofaen – ikke alle gjør det, understreker Gullestad – men denne kvinnen krøp sammen og gjorde seg så liten hun kunne, både i kropp og væremåte. Hun var deprimert og følte seg verdiløs. Etter hvert kommenterte hun kvinnens kroppsspråk:

– Det er som om du ikke egentlig våger å være i dette rommet, sa jeg. Da svarte hun at jeg sikkert ville tenke at hun var ekkel hvis hun tok mer plass. Idet hun fortalte dette, kom minnene: Hun var en av flere søsken. Moren hadde alltid vært så sliten, og hadde aldri overskudd til henne. I dette tilfellet var det påpekning av væremåten, pasientens relasjonsstil, som åpnet veien inn til savnet og de såre minnene.

Gullestad husker også kvinnen som ble lagt i kuvøse da hun var nyfødt. Det var før man forsto betydningen av det å bli holdt mot kroppen, av hudkontakt og kroppsvarme. Som voksen hadde kvinnen en sterk følelse av forlatthet og ensomhet, men kunne ikke knytte det til minner. Hun visste at hun hadde startet livet i kuvøse, men først nå fikk hun hjelp til å få en kognitiv ramme, en forklaring på sin depresjon.

Å vende blikket innover

Den klassiske psykoanalyse-sofaen er fortsatt med i Gullestads terapi. Hun holder fast ved at det å ligge ned fungerer godt for mange.

– Ansikt til ansikt justerer vi oss og regulerer oss. Når vi berøves øyekontakten ved å legge oss ned, er det lettere å vende blikket mot oss selv og vårt indre, sier hun, og kan støtte seg til forskning.

– Nyere hjerneforskning tyder på at når en ligger, stimuleres litt andre prosesser i hjernen. Vi blir mer assosiative og mindre bundet av logikk enn når vi står oppreist. Med en terapiform som dreier seg om å åpne opp, også for det som kan føles truende, legger tradisjonell psykoanalytisk regi til rette for en god arbeidsform, sier hun.

Terapi er krevende, og ved dyp depresjon kan det være nødvendig at pasienten i tillegg tar antidepressiver, erfarer Gullestad. Noen trenger det som en krykke, for å orke å

hanskes med mørket inni seg.

Ulike terapiformer har på mange måter forskjellige målsettinger, sier professoren, som understreker at hun er tilhenger av pluralisme i behandlingsfeltet.

– Kognitiv terapi hjelper mange, men ikke alle. Derfor er det viktig å bevare bredden i det vi tilbyr innenfor terapi, og at vi ikke opererer med en snever forståelse av evidensbegrepet.

Mot til å føle seg liten

I psykodynamisk terapi ligger mye av arbeidet i å finne frem til det som ligger til grunn for følelser en har, og at det som føles truende, kommer med i selvbildet. For å illustrere dette forteller Gullestad om den unge mannen som kom til henne med en fobi som ødela livskvaliteten hans. Han var ellers en kvikk, sjarmerende og sosial mann, med store krav til å utføre bragder både på jobben og i fritiden. Men selvbildet var splittet: Med én del av seg følte han seg som «king of the world»; med en annen del var han bare liten og udugelig. Enten – eller, på topp eller et null. Angsten for å falle ned var stor. I løpet av terapien ble følelsen av litenhet og udugelighet bare sterkere, og han ble redd for å bli verre av terapien. Minner veltet frem, om faren som så åpenbart foretrakk storebroren, det nyttet ikke å komme «innenfor» hos far.

– Ja, nå kommer følelsen av at ingenting nytter, som du har strevd for å holde unna, mer åpent frem i dagen, sa jeg til ham. Og det at du nå våger å slippe disse følelsene til, gjør at vi i fellesskap kan arbeid med dem. Det er et fremskritt.

– *Du sier at en skal integrere de vonde følelsene i selvbildet, og at det utvider opplevelsen av seg selv. Men hva skal du gjøre med denne innsikten?*

– Det handler om å kunne romme den og akseptere den man er, med de følelsene man har. Det mollstemte er også en del av livet, vi skal ikke være så redde for menneskelig smerte. Men du la kanskje merke til at jeg sa til denne mannen at vi *sammen* skulle jobbe oss igjennom opplevelsene hans. Fellesskapet mellom terapeut og pasient er viktig i denne sammenhengen.

Dynamisk tilnærming vil ofte dreie seg om å nå de inn til de fastlåste lagene i personen, om å bekrefte måten pasienten har reagert på. Terapeuten formidler aksept og forståelse, og gyldiggjør pasientens opplevelse. Andre ganger vil terapeuten ta i bruk en mer klassisk tolkende tilnærming, der man påpeker ting og konfronterer pasienten med hans væremåte og holdninger. Gullestad forteller om en deprimert mann som følte seg alene, var bitter og forurettet. Samtidig opprettholdt og fremholdt han bildet av seg selv som «ensom ulv».

– Da konfronterte jeg ham med at han selv valgte å trekke seg ut, og at han så å si dyrket bildet av seg selv som offer. En stor utfordring ved terapirollen er å greie balansen mellom å oppleves som godartet og støttende samtidig som en utfordrer maladaptive mønstre hos pasienten. Det forutsetter en solid terapeutisk allianse, sier Gullestad.

Ikke slå av Bergman-filmen

Måten vi snakker om et fenomen på, former vår forståelse av det, mener professoren. Derfor bør vi tenke over ordet depresjon, som substantiv. Det kan virke fremmedgjørende når vi for eksempel sier at noen *har* en depresjon. Dette passer bedre inn i et medisinsk univers, der sykdom er noe en er rammet av, får eller lider av.

– I psykodynamisk tenkning ser vi depresjon som en meningsfull reaksjon på tap, og derfor vil jeg heller si at mennesket *er* nedtrykt eller deprimert, sier Gullestad.

I dag er det en tendens til å forvente at lykke og tilfredshet er normaltilstanden for mennesker. Vi har tilsvarende lav toleranse for de mørkere sidene ved livet, synes hun. Få vil være uenige i at tap, sorg og tristhet er en del av livet, og at det er viktig å skille dette fra en klinisk depresjon. Men kanskje står vi likevel i dag i fare for å medikalisere normale reaksjoner på belastninger og miste viktige dimensjoner i livet, reflekterer hun, og viser til forfatteren Hans Herbjørnsrud, som snakker om sine melankolske steroider, en kilde til kreativitet og innsikt i hva menneskelivet er.

Gullestad liker tittelen på boka *The Loss of Sadness*, der forfatterne Allan Horwitz og Jerome Wakefield diskuterer det de oppfatter som sykliggjøring av naturlige følelser.

– Psykodynamikere ser på evnen til å romme smerte og sorg som uttrykk for emosjonell modenhet. Dette handler jo i bunn og grunn om synet på hva menneskelivet er. Man går glipp av en dimensjon ved livet hvis man slår av Bergman-filmen på TV fordi man er så redd for det sorgfulle, sier hun og smiler.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side

TEKST:

Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

FOTO:

Marianne Lind