

Ellen Johanne Hartmann:

- Samspillet med og relasjonen til terapeuten må på en tydelig måte være mer godartet enn relasjoner pasienten har erfart tidligere. Slike terapierfaringer kan en ta med seg, og de kan gjøre at en møter verden på nye og mer fleksible måter.

TEKST:

Nina Strand

FOTO:

Marianne Lind

PUBLISERT 5. januar 2012



PÅ SOFAEN 2: Ellen Hartmann plasserer seg alltid slik at hun og pasienten får god øyekontakt. - Når jeg smiler eller nikker, vil jeg at pasienten ser det. Den nonverbale kommunikasjonen er viktig for å få

god kontakt mellom pasient og terapeut, noe vi vet er avgjørende for et godt resultat.

Sofaen på kontoret ved Psykologisk institutt er et iøynefallende uttrykk for Ellen Hartmanns integrerende perspektiv. Ja, for i likhet med andre terapeuter som identifiserer seg med den psykodynamiske tradisjonen, lar hun gjerne pasienter innta sofaen, hvis de foretrekker det. Den er dekket av et håndknyttet tyrkisk teppe med gyllenbrunt mønster, og utstyrt med myke puter. Her kan pasientene velge å ligge eller sitte, men så brytes den klassiske psykoanalytiske scenografien. For Hartmann selv plasserer seg alltid slik at hun og pasienten får god øyekontakt og rom for å kommunisere, også gjennom kroppsspråk og ansiktsuttrykk.

«Rorschach-testen fanger opp at det har skjedd noe, en finner mer tankeforstyrrelser, mer ulogisk tenkning, og ikke minst kommer det tydelig frem at lav selvfølelse ligger under. Grunnen til min forkjærlighet for Rorschach-metoden er nettopp at den får frem disse underliggende temaene»

Ellen Hartmann

– Når jeg smiler eller nikker, vil jeg at pasienten ser det. Den nonverbale kommunikasjonen er viktig for å få god kontakt mellom pasient og terapeut, noe vi vet er avgjørende for et godt resultat.

Rorschach gir kunnskap

Hartmann har lenge interessert seg for depresjon. I 2003 var hun førsteforfatter på artikkelen «Depression and Vulnerability as Assessed by the Rorschach Method», publisert i *Journal of Personality Assessment*, og nå er artikkel nummer to med en oppfølgingsstudie til vurdering i samme tidsskrift. Det viser seg at Rorschach-testen fanger opp andre og mer underliggende sider av personligheten – som et forstyrret selvbylde, rigide mestringsstrategier og andre indikasjoner på sårbarhet for depresjon – sammenlignet med selvrapporterings-skjemaer. Et viktig funn i oppfølgingsundersøkelsen er at de som hadde flere depresjoner bak seg, hadde utviklet vesentlig grad av sårbarhet for nye depresjoner. Det ser ut til at depresjon setter mentale arr, som gir denne sårbarheten.

– Rorschach-testen fanger opp at det har skjedd noe, en finner mer tankeforstyrrelser, mer ulogisk tenkning, og ikke minst kommer det tydelig frem at lav selvfølelse ligger under. Grunnen til min forkjærlighet for Rorschachmetoden er nettopp dette, at den får frem disse underliggende temaene, sier Hartmann.

En helende relasjon

I samtaler med terapeuten kan det ubegripelige ved en selv gjøres mer begripelig. Slik får man bekreftelse som styrker selvfølelsen og opplevelsen av sammenheng, mening og vitalitet. Det å bli lyttet til og forstått er i seg selv helende, fremhever Hartmann. Men i synet på relasjonen mellom pasient og terapeut forlater hun den tradisjonelle psykoanalytiske vektleggingen av en tilbakelent, nøytral terapeutrolle, der fortolkningen av pasientens fortellinger er det som særlig gir innsikt. Bakgrunnen for det er et annet syn på hva en terapeutisk relasjon er, og på hvordan relasjonen skal bidra i veien mot bedring.

Hartmanns poeng er at terapeuten kan tilby et godt og trygt samspill som er annerledes enn, og som bryter med, pasientens vonde samspillserfaringer. På denne måten kan relasjonen mellom pasient og terapeut i seg selv virke terapeutisk, ikke minst fordi den bryter med bevisste og ubevisste forestillinger som pasienten møter terapeuten og andre mennesker med. Terapirommet blir altså en arena der en opplever og lærer god og trygg kommunikasjon.

– Samspillet med og relasjonen til terapeuten må på en tydelig måte være mer godartet enn relasjoner pasienten har erfart tidligere. Slike terapierfaringer kan en ta med seg, og de kan gjøre at en møter verden på nye og mer fleksible måter. Her ligger en av nøklene til endring, sier Hartmann.

– *Er det her du skiller deg fra tradisjonell psykodynamisk tenkning?*

– Ja, det er nok det. Men denne forståelsen av relasjon bygger på solid forskning, påpeker hun. – Vi vet i dag at relasjonen mellom pasient og terapeut er avgjørende for utfallet av behandlingen. Klienter som opplever at terapeuten er en god lytter som reflekterer, nikker, smiler og holder god øyekontakt, som er forståelsesfull, varm og hjelpsom, og som gir råd, formidler håp og oppmuntrer til samarbeid, er de klientene som endrer seg mest i psykoterapi.

Men nettopp på dette punktet refererer hun også til Freud, som endret sin oppfatning av fortrenkning i løpet av sin karriere. Først mente han at fortrenkning førte til angst, og at det var viktig å få frem det ubevisste gjennom prinsippet om abstinens, det vil si at terapeuten unngår å imøtekomme pasientens behov gjennom pasientens frie assosiasjoner i terapien. Men i 1926 sa Freud at han hadde tatt feil. Det var ikke fortrenkning som førte til angst, men tvert imot angst som førte til fortrenkning.

– Da må terapeutens oppgave være å gjøre alt for å dempe angst og skyldfølelse hos pasienten, gjøre dem mindre redde, slik at de får mot til å nærme seg vonde opplevelser og følelser. Og i tillegg å gi dem korrigerende emosjonelle opplevelser, som først og fremst vil si empatisk ivaretagelse og en trygg tilknytning, sier Hartmann.

Demper ekspertrollen

Klienten har et problem. Men ut over det er terapeut og klient først og fremst like, mener hun. Denne grunnholdningen må gjennomsyre terapien allerede fra første konsultasjon. Pasienten er med på å bestemme hvor ofte de skal møtes, og Hartmann legger vekt på at terapien er et samarbeid der en i fellesskap utforsker hva som kan være gode intervensjoner. Hun ber jevnlig om tilbakemelding om hvordan pasienten synes terapien går, og hvordan hun eller han føler seg ivaretatt.

– Jo mer en kan gjøre relasjonen likeverdig, desto bedre. Pasientene vet selv mye om hva som kan være til hjelp, og jeg legger stor vekt på tilbakemeldinger om hva som oppleves som gode intervensjoner og hva de er misfornøyd med, sier professoren.

Hun er heller ikke redd for å trekke inn personlige erfaringer fra sitt eget liv i terapien. Her støtter hun seg på blant annet Heinz Kohut, som mener at pasientens følelse av å være av samme slag som terapeuten, såkalt tvillingoverføring, styrker båndet til terapeuten og følelsen av å være verdifull og mindre merkelig.

– *Gir du også råd?*

– Ja, jeg gir ofte tydelige råd. Det handler mye om å følge magefølelsen, eller å følge opp og prøve ut i det daglige det vi har snakket om i terapitimen. Men det å lytte til pasienten er fortsatt helt sentralt for meg. Å bli hørt og å fortelle sine historier er helbredende i seg selv. En aktiv terapeutrolle står ikke i motsetning til ro og taushet fra terapeutens side.

Innrømmer feil

For å få ærlige tilbakemeldinger legger Hartmann stor vekt på å få til et trygt klima som gjør at pasientene sier fra når de ikke er fornøyd, enten det gjelder måten hun oppfører seg på, eller det som vektlegges i terapien.

– Jeg sier til pasienten at det kan være vanskelig å være ærlig, men at jeg ikke vil ta det ille opp om en uttrykker misnøye, sier hun.

Samtaler om vanskeligheter i relasjonen mellom pasient og terapeut kan føre til fremskritt i terapien, forklarer hun, og refererer til Michael Lamberts studier, som viser at bare det at terapeuten får tilbakemelding om misnøye fra pasienten eller om at pasienten tenker å slutte, fører til et bedre resultat. Det ser ut til at når terapeuten innrømmer egen tilkortkommenhet, fremmer det den terapeutiske prosessen og fører til en dypere forståelse.

Depresjon - ingen egen terapi

Hittil har vi snakket om hva som generelt er god behandling, uavhengig av diagnose. Og nettopp det er et poeng for Ellen Hartmann, som har mindre tro på spesielle metoder direkte utviklet for depresjon. Hun erfarer at de generelle prinsippene hun har trukket frem, er anvendbare for pasienter med et vidt spekter av psykiske problemer.

Symptomene har alltid en mening, understreker hun, og uansett diagnose må terapien

dreie seg om å forstå meningen og oppnå et konstruktivt samarbeid mellom pasient og terapeut. I tillegg er det viktig å undersøke om deprimerte pasienter har tanker eller planer om selvmord, og åpne opp for samtale om hva som gjør livet så uutholdelig.

Selv om genetiske forhold kan bidra til depresjon, står det fast at oppveksten spiller en viktig rolle. Tidlig barndom med mangel på gode opplevelser, lite empati fra foreldrene og vanskelige samspill med andre i oppveksten ligger ofte under. Mobbing likeså. Ved depresjon vil ofte selvfølelsen være rammet, og da gjelder det å legge ekstra stor vekt på det som styrker den, forklarer professoren, som ikke er fremmed for å bruke psykofarmaka, og overfor dype depresjoner der psykofarmaka noen ganger ikke virker, elektroshokk.

– Dypt deprimerte mennesker har ikke alltid overskudd til å delta i terapi, og da må de hjelpes til å få energien som trengs for å bidra i en krevende terapiprosess, sier hun. Også manglende søvn kan hemme terapien, derfor spør hun alltid pasienten om hvordan de sover. Har de alvorlige søvnproblemer, anbefaler hun sovemedisin.

– Mange skammer seg over å bruke medisiner, og da spør jeg dem om de ville føle skam over å bruke insulin ved diabetes, for eksempel. Forskning viser at samtaleterapi i kombinasjon med psykofarmaka har god effekt, mens psykofarmaka ofte fungerer dårlig alene, sier Hartmann, og understreker at somatiske undersøkelser er nødvendig i sammenheng med depresjon for å utelukke at symptomer skyldes somatisk sykdom.

Et trygt sted

Terapeuten skal hjelpe pasienten med å føle seg mer lik andre mennesker og få større tillit til andre gjennom bedre evne til tilknytning og et mer empatisk forhold til seg selv og andre. I terapien kan pasienten sammen med terapeuten finne frem til og øve på å møte utfordringer på nye måter, forklarer Hartmann:

– Først sammen med meg i terapirommet, og senere ute i livet på egen hånd, eller sammen med andre.

John Bowlby kalte terapirommet en ny og trygg base. Her kan en utforske det smertefulle, bryte med angsten for å føle skyld og skam, og blir møtt med empati og forståelse, slik barnet blir møtt av omsorgfulle foreldre når det kommer for å få trøst.

At vonde erfaringer fra samspill med viktige omsorgspersoner og mangel på gode opplevelser kan gjøre at man utvikler sårbarhet for påkjenninger senere i livet, og at en slik sårbarhet ofte ligger under senere psykiske problemer, for eksempel depresjon, er en forståelse som deles av mange terapeuter, ifølge Hartmann.

– Psykoterapiforskningen har vist at ingen terapitilnærming ser ut til å gi bedre resultat enn andre. Innenfor behandling av depresjon er det for eksempel mange behandlingsformer basert på ulike teoretiske orienteringer som alle er like effektive. Det betyr antakelig at ulike terapiretninger har felles virksomme endringsfaktorer. Så i dag tror jeg vi er på vei mot en integrativ terapi, der vi nærmer oss hverandre både i forståelse og i metoder. Vi bruker det som har vist seg virksomt, sier hun.

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