

Lavterskel på anbud - psykoanalysens korrektiv

Seks år på en helsestasjon forteller meg at psykoanalysen er en velegnet metode for å drive lavterskelarbeid overfor barn, ungdom og deres foreldre. Dessuten fungerer tilnærmingen som et nødvendig korrektiv til instrumentaliteten som preger tenkningen rundt lavterskeltilbud i dag.

TEKST

Per Are Løkke

PUBLISERT 5. juli 2009



SUBJEKTETS SVEKKELSE: Spørsmålene om hva et barn har erfart i sitt livforsvinner i overtroen på egne metoder, tester og utredninger, skriver Per Are Løkke. Foto: Flickr.

Psykoanalysens metodikk er godt egnet innenfor et lavterskelperspektiv.^[1] Dette er kanskje overraskende for mange, da tilnærmingen ofte blir regnet som ressurskrevende og kun egnet for de få. Men 6 års arbeid på en helsestasjon forteller meg om en metode godt egnet for arbeid med barn, ungdom og deres foreldre også over kortere tidsrom. Ja, den psykoanalytiske metodikk kan faktisk vise seg å være ressursparende sammenliknet med det apparat av byråkrati og opplæring som nå bygges opp for å oppgradere psykologitjenestene i kommune-Norge.

Mitt andre ønske med dette bidraget er å problematisere det jeg mener er urovekkende tendenser – i barnepsykiatrien og i tenkningen knyttet til kommunale lavterskeltilbud. For flere og flere barn blir testet, diagnostisert og medisinert. Vi ser altså en tiltagende metodisk instrumentalitet og standardisering i behandlingen av barnet og dets foreldre. Den psykoanalytiske tenkemåte viser oss hva som står på spill når de standardiserte og evidensbaserte behandlingsmåtene vinner frem. Når metodene blir for endimensjonale og målbare, står vi i fare for å miste den menneskelige mangetydighet og dybde av syne. Da blir psykologer aktører i utbredelsen av en ideologi som ikke lenger tar hensyn til at hvert menneske er et sammensatt og unikt vesen og må behandles deretter.

Psykolog på helsestasjon

I 1997 opprettet kommunen «Åpen rådgivning – et lavterskeltilbud til foreldre, barn og ungdom som trenger hjelp». Lavterskel betydde i denne sammenhengen at samtalen ikke krevde noen forutgående utredning, og at man raskt kunne sette i gang siden det ikke var ventelister. Tilbudet var ikke avgrenset i tid, og det ble raskt populært. I løpet av seks år var det mellom 70 og 100 henvendelser i året uten at det oppsto ventelister. Tilbudet ble heller ikke bare benyttet av småbarnsforeldre, men også av mødre, fedre, barn og ungdom i alle aldre og i svært forskjellige situasjoner.

Henvisningene kom fra leger, skoler, barnehager, helsesøstere, foreldre og noen ganger også barna selv. Kategorien «vanskelige gutter» utgjorde ca. 60 % av henvendelsene. Dette var gutter med atferdsproblemer, gjerne i form av vanskelig samspill med foreldre, skole, venner og lærere. Andre vanlige problemstillinger var skilsmisseproblematikk, sorg og tap, selvfølelse, angst, søskensjalousi, mobbing, flerkulturelle problemstillinger, tvang, sengevæting og søvn. Det var også mange foreldre som kom i forebyggende ærend, ofte med bekymringer om at smertefulle opplevelser i deres egen livshistorie kunne bli overført på barna.

Dysfunksjonsspesialistene

Hvordan møter vi foreldrene og deres barn? Hva slags hjelp tilbyr vi? Tor-Johan Ekeland (Ekeland, 1999, 2001) har vist hvordan det helsebyråkratiske kravet til effektivitet, fremveksten av DSM-psykiatrien og den evidensbaserte forskningens krav til objektivitet er med på å skape en ny ideologi om psykisk helse. Dette fører igjen til at de behandlingsparadigmene som forankrer sin forståelse i «biologi, kognisjon eller atferd» (heretter forkortet BIKOAD), blir hegemoniske på flere og flere områder innenfor psykisk helsevern, også i barnepsykiatrien. Felles for disse behandlingsmetodene er at de fokuserer på en ytre styring/manipulering/konfrontering av symptomene fremfor en indre utforskning og bearbeiding av de kreftene som er opphavet til symptomene. Dette har fått fem åpenbare konsekvenser for hvordan vi møter barna og dets foreldre:

1. Barnets symptomer årsaksforklares mer og mer ut fra gener og biologi.
2. Behandlingen av barn skjer mer og mer gjennom regulering av «problematferd» der atferdsterapeutiske teknikker og kognitive øvelser anvendes.

3. Flere og flere barn testes, diagnostiseres og medisineres.
4. Behandlingsmetodene standardiseres mer og mer, og vi ser at behandlinger automatisk utløses når visse symptomprofiler oppfylles.
5. Behandlingstilbudene tidsavgrenses i økende grad.

Et kort eksempel viser hva som går tapt i en slik tilnærming. En gutt på åtte år har i første time funnet frem en rekke dyr fra lekematerialet som han setter opp på rekke og rad. Han tar så frem en soldat som nådeløst dreper alle dyrene bortsett fra en liten kenguru-unge. – Nå er alle døde, sier han og begynner å gå rastløst rundt i rommet.

«Min erfaring er at de fleste foreldre opplever det befriende at deres fortvilelse, skyld, smerte og avmakt blir tatt alvorlig, uten at vi raskt tilbyr dem en verktøykasse for å finne en løsning»

Denne lille sekvensen gir opphav til en rekke spørsmål. Hvem er han, og hva har han opplevd i sitt korte liv? Hvorfor er han så urolig? Hvem skyter, og hvem dør? Hvem er den lille kenguruen? Flykter han bort fra noe? Leter han etter noe? Hva slags følelser, tanker, fornemmelser strømmer gjennom meg, og hva kan disse bevegelsene i mine egne registre fortelle om gutten jeg sitter sammen med? Min påstand er at denne mottagelige undringen for ofte er fraværende innenfor BIKOADs behandlingsparadigmer. Spørsmålene om hva et barn har erfart i sitt liv, og hvordan det håndterer og uttrykker sin smerte, forsvinner i overtroen på egne metoder, tester og utredninger. I ytterste konsekvens får ikke barnets unike stemme sjansen til å komme frem. Barnet blir forflyttet inn i en kontekst som ikke er dets egen. Barnets deporteres til et fremmed land der velmenende dysfunksjonsspesialister står klare til å innskrive det i et abstrakt miljø (du har diagnose X, og det betyr følgende:...).

Humanismen trues

Den franske psykoanalytikeren Julia Kristeva (1995, 2000) problematiserer i sine bøker «subjektets forsvinning», slik vi er vitne til i dagens psykiatri og psykologi. Humanismen er truet i vår tid, hevder hun. For Kristeva ligger menneskets frihet i at vi er åpne vesener som kan bevege, transformere og omdefinere vår situasjon. Hun hevder at trusselen om frihetsberøvelse primært stammer fra tre kilder: vår biologi, gjentakelsestvangen (familien) og samfunnets ideologier. Men ved å sette spørsmålstegn ved disse «makter» og «automater» synliggjøres et rom hvor friheten kan erfares som et psykisk arbeid i det enkelte menneske.

Det er ikke vanskelig å se at mange av dagens behandlingsformer smelter sammen med samfunnets økonomiske og tekniske ideologier. Raske løsninger, målbarhet,

effektivitet, kortsiktighet, diagnoser, medisiner og biologisering er alle elementer i en ideologi som ikke lenger setter individets egne erfaringer og opplevelser i sentrum. Denne ideologien ignorerer mennesket som et unikt, mangetydig, symbolsk og relasjonelt vesen med komplekse følelser, tanker og fantasier. Den familiære, sosiale og historiske kontekst individene lever i, opphører dessuten som forståelsesramme. Isteden konstrueres det dysfunksjonelle mennesket med DSM-relaterte syndromer, og en abstrakt og manualisert psykologi trer frem med tilbud om evidensbaserte behandlinger.

Symptomets mening

I prinsippet er BIKOADs metodikker en symptombehandling, hvor ønsket om å redusere symptomet er viktigere enn å forstå dets mening. Den psykodynamiske forståelsen går i en helt annen retning, ved å se symptomet som en knute i en vev av mange fortellinger. Et tvangssymptom kan for eksempel peke mot et indre drama der det står et barn livredd for å bli forlatt. Tvangen har da en viktig funksjon som beroligelsesatferd overfor en atskillelsesangst. Eller et symptom kan peke på samspillet og relasjonen til de andre. Depresjonen til en ung jente avspeiler kanskje et vanskelig samspill til en nær person i familien eller er et uttrykk for en tung og trist atmosfære i hele hjemmet. Og ikke minst kan barnets symptomer peke mot foreldrenes, slekten og de nære omgivelsenes problemer. En gutt med tvangssymptomer fortalte om sin redsel for at hans far kunne bli innlagt på sykehus og dø når som helst. Tvangen var et forsøk på å stoppe den kroniske bekymringen og engstelsen som han bar på. Det viste seg at faren hver dag «dramatiserte og eksponerte» sine bekymringer for sykdommer over på sønnen.



MOTTAGELIG UNDRING: Gutten tar frem en soldat som nådeløst dreper alle dyrene bortsett fra en kenguruunge.-Nå er alle døde, sier han. Sekvensen gir opphav til en rekke spørsmål, men denne mottagelige undringen er ofte fraværende innen

behandlingsparadigmene som bygger på biologi, kognisjon og atferd.

Foto: Flickr

Dette psykoanalytiske meningsperspektivet dekonstruerer BIKOADs enkle og endimensjonale symptomforståelse. For det første fordi ett og samme symptom kan peke på helt forskjellige problemkomplekser. For det andre fordi like lidelser kan gi helt forskjellige symptomer. For det tredje fordi et barns symptomer kan være en avspeiling av problemer hos andre, for eksempel foreldrene (symptomene vil da ofte forsvinne straks smerten får sin rette adresse). For det fjerde fordi det i symptomet ligger en latent mening, et spekter av levende historier som vi ennå ikke vet noe om, men må lete oss frem til. For det femte fordi symptomene også er bilder på vår kultur og vårt samfunns patologier. Når konsentrasjonsproblemer hos barn øker dramatisk, handler dette sannelig ikke bare om det enkelte barnet, men også om spesifikke kulturelle patologier.

Invitasjon til det særegne

Min erfaring er at den psykoanalytiske tilnærming er spesielt godt egnet til korttidsarbeid med barn, ungdom og deres familier. Ved å sette barnets eget språk, leken, i sentrum, vil barnet som oftest raskt formidle sine dramaer, fortellinger og smertefylte opplevelser. Dessuten vil den undrende grunnholdningen i psykoanalysen skape et tenke- og opplevelsesrom som gir plass til foreldrenes spørsmål. Når foreldre forteller om sine bekymringer for barnet, er det ofte innenfor rammen av en gåte og opplevelsen av ukjente krefter som skremmer med sitt nærvær. Hva har vi gjort galt? Er det noe galt med barnet? Hvordan skal det gå med oss? Hva skal vi gjøre?

Den utålmodige økonomiske tenkningen blir styrende i utviklingen av synet på psykisk helse. De behandlingsmetodene som lover størst gevinst på kortest mulig tid for minst mulig penger, vinner i dette markedet

Foreldrene er usikre og redde, og spørsmålene vender seg mot oss behandlere. Hva slags svar kan vi gi? Min erfaring er at de fleste foreldre opplever det som befriende at deres fortvilelse, skyld, smerte og avmakt blir tatt alvorlig, uten at vi raskt tilbyr dem en verktøykasse for å finne en løsning. Slik sett er den psykoanalytiske metodikk kjennetegnet ved sin invitasjon til at det helt spesielle og særegne ved hver enkelt familie og hvert enkelt barn kan komme til uttrykk. Det tilbys et rom hvor spørsmålet «hvem er du/dere?» får stå i sentrum.

Mange foreldre og barn forteller at de aldri har møtt denne invitasjonen. En gutt på 16 år med lav energi, skolevegring og søvnproblemer har etter en treårig runddans i utredningssystemet fått en rekke, delvis motstridende, diagnoser. Da han kom til meg, hadde han prøvd ut fem forskjellige typer medisiner, noe han følte bare hadde økt hans søvnproblemer. Han fortalte selv at problemene hans hadde oppstått for fire år siden, i en periode da han hadde begynt å tenke og kjenne på savnet etter sin døde far. Tankene og savnet var blitt utløst en dag han hadde sittet hjemme hos en kamerat og oppdaget at «Jøss, han har jo en far, men det har ikke jeg». Samtidig var hans mor gravid og holdt på å stifte ny familie. Han hadde følt seg utenfor og alene. På spørsmål om han hadde

fortalt dette til sine tidligere utredere, svarte han at ingen hadde spurt. Ved bare å fokusere på symptomene, forsvinner klientens livshistorie og dermed også det meningsfulle ut av behandlingen. Det unike i pasientens biografi blir borte når behandlingsmetodikkene styres ut fra generaliserte prinsipper.

Lavterskel på hvilkepremisseser?

Gjennom helsebyråkratiets økonomiske blikk virker BIKOADSs metoder overbevisende og lønnsomme. Metodene er avgrensede, målrettede og målbare, og de virker raskt ved å redusere symptomet. Disse metodene er også generelle og standardiserte, slik at alle med diagnose X skal behandles med metode Y (en metode alle behandlere raskt kan skolere seg i). Vi ser dermed også hvordan den utålmodige økonomiske tenkningen blir styrende i utviklingen av synet på psykisk helse. De behandlingsmetodene som lover størst gevinst på kortest mulig tid for minst mulig penger, vinner i dette markedet.

Det er stor fare for at denne tenkningen vinner når utviklingen av psykologtjeneste og lavterskeltilbud i Kommune-Norge skrider frem. Jeg mener at psykoanalysen her kan stå som et viktig alternativ. For det første fremhever psykoanalysen at mennesket er et «subjekt med et dyp» (det ubevisste), som alltid lever i et sammensatt og mangetydig forhold til andre (intersubjektivitet) og seg selv (intrasubjektivitet). Forståelsen av subjektet som alltid unikt og mangetydig og terapiprosessen som en «opplagsreise» står som en motvekt til alle former for reduisering, forenkling og ideologisering av mennesket.

Jeg mener også at den psykoanalytiske metodikk kan være ressurs sparende. Det sentrale her er at den tar utgangspunkt i det som er, i menneskets egne og naturlige ressurser, i nærmiljøet og stedets egne krefter, og forsøker å kultivere dette, fremfor å implementere et helt apparat av byråkrati og standardiserte behandlingsoppskrifter.

Felles for nevropsykologi, atferdsterapi og kognitive teknikker er at de tilbyr løsninger som straks peker fremover i tid. De ser seg ikke tilbake. Interessen for det universelle livets drama erstattes av et «normalitetsblikk» med stor sans for avvikkategorier, positive omskrivninger, biologiske sårbarheter og dysfunksjoner. Det er urovekkende at her bidrar både psykologien og medisinen til å ødelegge et språk som kan hjelpe mennesker til å gjenskape sitt liv. Den menneskelige erfaring og den lange reisen mot individualisering blir utestengt fra samfunnets symboler og myter. Det er her fristende å sitere den tsjekkiske forfatteren Milan Kundera: «Helvete på jord er ikke tragisk; helvete er redsler uten snev av noe tragisk.»

Kanskje det er her psykoanalysens aller viktigste bidrag ligger i dag? Den kjemper for og forsøker å verne om det indre psykiske rommet i mennesket og skape et språk for de dramatiske hendelser som konstituerer et subjekt og et liv. Den kjemper imot subjektets svekkelse. Den tillegger «umålbare og spekulative» kategorier som fantasier, dagdrømmer, hukommelse, forsnakkelser, det ubevisste, lek, språk, fortellinger, symboler, følelser og anelser den høyeste prioritet. Det er ikke de målbare, men nettopp de «umålbare og spekulative» kategorier som fører inn til kjernen av menneskets liv.

Mennesket er et multisymbolsk og sammensatt vesen som uttrykker seg gjennom mange registre samtidig. Hva er vel mer naturlig enn å lytte til disse registre?

Per Are Løkke

Blylagveien 25

1450 Nesoddtangen

Tlf. 22 45 15 00

E-post pe-arelo@online.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 7, 2009, side 670-673

TEKST

Per Are Løkke, psykolog i privatpraksis

KONTAKT: pe-arelo@online.no

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Bion, W. (1984). Learning from experience. London: Karnac Books.

Ekeland, T-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 36, 1036-1047.

Ekeland, T-J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. Fokus på familien, 29, 308-323.

Ferro, A. (2005). Seeds of Illness, Seeds of Recovery. New York: Brunner-Routledge.

Kristeva, J.(2000). Crises of the European Subject. New York: The Other Press.

Kristeva, J. (1995). New Maladies of the Soul. New York: Columbia U.P.

Reeder, J. (2006). Psykoanalys i välfärdsstaten (profession, kris og framtid). Stockholm: Symposion.