

# Subjektets stemmer

TEKST

Siri Erika Gullestad

PUBLISERT 5. februar 2013

er psykoanalytiker, og professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Oslo. Sammen med Karine Skaret, Svein Øverland, Arnulf Kolstad, Else-Marie Molund og Ole Jacob Madsen er hun fast kronikør i Tidsskriftet. Neste måned: Karine Skaret.

I høst hadde jeg gleden av å lede disputasen til psykolog Aina Olsvold som forsvarte avhandlingen *Når «ADHD» kommer inn døren»* for ph.d.-graden (se januarutgaven). Avhandlingen omhandler hvordan ADHD-diagnosen påvirker barnets selvbilde så vel som foreldrenes syn på barnet. Et av temaene under disputasen var hvordan barn opplever det å ta medisiner. Følgende utsnitt av en samtale mellom intervjueren (I) og 11-årige Morten (M) ble presentert:

M: Jeg må ta den hver dag

I: Du må ta den hver morgen. (mm) Hva synes du om det, da?

M: Ja, det er helt ok. Jeg har ikke noe imot å ta tabletter.

I: Nei, og du har ikke noe imot å ta den tablettene?

M: Nei.

I: Nei.

I: Merker du noe når du tar den?

M: Nei, jeg synes faktisk ikke den har noen virkning.

Jeg synes, det var en dag jeg ikke tok den og da var det mye bedre. Da følte jeg meg faktisk mye bedre.

I: Ja. Hvordan følte du deg bedre den dagen da?

Husker du hva du følte?

M: Mye roligere, følte meg ikke så sliten. Jeg følte meg roligere og følte meg bedre.

I: Ja, kan man bli litt sliten av de pillene?

M: Ja, jeg liker dem ikke så godt.

Olsvolds avhandling har blitt presentert og diskutert i Tidsskriftet – bl.a. med vekt på det unike bidrag det er å spørre barna selv om hvordan de opplever å få en diagnose. Mitt tema her er *metode*. I dialogutsnittet over møter vi et barn som på spørsmål om hva

han synes om å ta medisiner, først svarer at det er helt ok, han har ikke noe imot å ta tabletter. Når intervjueren dveler og spør mer detaljert om hvordan han merker medisinen, kommer imidlertid en annen historie for dagen: I virkeligheten blir han roligere og mindre sliten når han *ikke* tar pillene. Kort og godt – han liker dem ikke. Altså en helt annen – og stikk motsatt – opplevelse enn den han rapporterte først. *Bak* den umiddelbare beretningen om at alt er bra, skjules engstelse, sinne og pinefull grubling over hvem han er. Gjennom sitt lyttende, interesserte og sensitive nærvær ga Aina Olsvold rom for at barnets og foreldrenes spontane fortellinger kunne komme frem, fortellinger med konfliktfylte tanker og motstridende følelser som de i utgangspunktet forsvarte seg mot. Hittil ikke språklig formulerte opplevelser fikk et «rom» og kunne meddeles.

### «Selvrapporteringsundersøkelser med forhåndsoppstilte svaralternativer som personen skal krysse av, involverer i liten grad individet på en ekspressiv måte»

**Metoden som beskrives her**, er inspirert av psykoanalysen. For meg ble disputasen og avhandlingen et stimulerende møte med en dyktig kollega som tilnærmer seg forskning med samme utgangspunkt som jeg selv har hatt: Et ønske om å legge til rette for en åpnende samtale, der individet kan komme frem med seg og sitt – hvordan man *egentlig* har det – bakenfor all fasade. I mitt eget arbeid har jeg vært spesielt opptatt av å finne gode metoder for å registrere terapeutisk endring, og sammen med Bjørn Killingmo (*Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*, 2005; revidert 2013) argumentert for bruk av en åpen intervjuform vi kaller *dybdeintervjuet*.

En hovedforskjell mellom dybdeintervjuet og selvrapportering i form av spørreskjemaer er hva slags psykologisk prosess i individet de setter i gang.

Selvrapporteringsundersøkelser med forhåndsoppstilte svaralternativer som personen skal krysse av, involverer i liten grad individet på en ekspressiv måte. Man risikerer å tappe ønsket selvoppfatning og sosial rollefungering, det vil si selvrepresentasjoner som ikke er forbundet med dypere emosjonalitet. Den åpne intervjuformen, derimot, gir personen frihet til å uttrykke sin *opplevelse* og engasjerer derved følelsesmessig. Den inviterer individet til å uttrykke sin «væren i verden» på en personlig måte, med egne ord, slik Olsvold erfarte da hun intervjuet ADHD-barna.

**Dybdeintervjuet legger til grunn** at menneskets tanker, ord og følelser kan styres av intensjoner vi ikke er klar over, som et ønske om å fremstå som «grei» – slik vi ser i Olsvolds intervju med Morten – eller som «bedret» etter en terapi man har investert tid og penger i. Dybdeintervjuet søker informasjon som ikke uten videre kan oppnås ved å spørre personen direkte. Perspektivet er at individet rommer ulike «stemmer», noen høylytte, noen knapt hørbare. Det innebærer at intervjueren må lytte til personens

beretning («tekst») på en måte som gjør det mulig å fange opp de ulike stemmene. Teksten handler også om noe annet enn det manifeste innholdet (*face value*). Den har en undertekst som kommer til uttrykk i intonasjon, kroppsspråk og væremåte, dvs. i *formen*. Dybdeintervjuet inkluderer også dynamikken i intervjusituasjonen som relevante data: Individets kommunikasjonsmåte og intervjuerens emosjonelle gjensvar på de «roller» hun er forventet å spille, reflekterer individets relasjonsstil og strategier. Olsvold beretter om hvordan hun følte seg «presset» til å berolige en mor som så gjerne ville forsikre seg om at ADHD-medisinene ikke var skadelige. Aina Olsvolds reaksjon som intervjuer ga henne informasjon om hvilke følelser denne moren strevde med.

Metoder som dybdeintervjuet er nok spesielt relevante for psykodynamisk terapi. Flere terapiformer i dag legger vekt på pasienten som ekspert på seg selv og på det bevisste og rasjonelle. I vurdering av resultat vil man innenfor slike terapiformer ofte anse selvrappport om endring i symptomer som tilstrekkelig. Psykodynamisk terapi har vist seg spesifikt nyttig ved mer fastlåste, karakterforankrete tilknytningsvansker og selvfølelsesproblematikk, og har spesielt gode langtidseffekter ved omfattende og sammensatte psykiske lidelser. Den psykodynamiske arbeidsmåten har fått ny relevans gjennom moderne nevrovitenskap og spedbarnsforskning. Disse fagdisiplinene dokumenterer hvordan den følelsesmessige kvaliteten i tidlig tilknytning og samspill danner stabile strukturer for regulering av følelser og sosial atferd, det Stern kalte «ways-of being with the other». Slike strukturer dannes før det kognitive apparatet er ferdig utviklet; det dreier seg om emosjonelle prosedyrer som i voksenlivet gjør seg gjeldende på ubevisst nivå. Disse kan ikke uten videre gjenskapes i konkrete minner eller omtales i språklige termer, men må utspilles følelsesmessig i en terapeutisk relasjon for å bli oppdaget, språkliggjort og forstått. Dette er kjernen i psykodynamisk terapi.

**Ved vurdering av resultat** av psykodynamisk terapi vil endringer i væremåter stå sentralt. Utfordringen er å utvikle metoder som registrerer slike endringer. En interessant studie av Shedler fra 1993 viste at standard selvrappportmål ikke er i stand til å skille genuin mental helse fra en fasade av mental helse skapt av psykologisk forsvar. Her hjemme har Erik Stänicke gjennom sitt doktorgradsarbeid vist at det kan eksistere betydningsfulle forskjeller mellom hva pasienten *sier* om hvordan han har endret seg, og hvordan han *framtrer* i relasjon til andre.

Psykodynamisk terapi sikter mot varige endringer i selvopplevelse og i relasjonen til andre mennesker. For å registrere slike endringer kreves annen metodikk enn tradisjonelle selvrappoterings skjemaer, som dominerer psykoterapiforskningen. Dersom man ikke anvender metoder som tapper endringstyper som terapiformen selv anser som relevante, vil den ikke bli vurdert etter sin egenart. Og da blir sammenlikning med andre terapiformer fort meningsløs.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 2, 2013, side 140-141*

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

KONTAKT: [s.e.gullestad@psykologi.uio.no](mailto:s.e.gullestad@psykologi.uio.no)