

Språk som skaper avstand

Journalen sa at pasienten var gråtlabil. Hvorfor kan de ikke skrive hva det er som gjør at hun er lei seg og tar lett til tårene?

TEKST

Siri Erika Gullestad

PUBLISERT 5. august 2014

I *Vinternoveller* møter vi Rebekka som er på rømmen med sine to yngre søsken for å komme unna barnevernet. Rebekka vet altfor godt hvordan barnevernet ser på henne: Hun har *lav kompetanse på egenomsorg* og *sliter med impuls kontroll*. I et intervju om boka sier forfatteren Ingvild Hedemann Rishøi at *lav kompetanse på egenomsorg* er et ekkelt uttrykk. Man velger abstraksjoner i stedet for å være konkret. Selv sier Rebekka: «Jeg veit jo godt hvordan det blei, men de skriver så det høres helt annerledes ut. Jeg skulle fortsatt å gre håret mitt.» Rishøi kommenterer: Kan man ikke da skrive at hun ikke grer håret sitt?

«Egentlig har jeg tenkt at det var psykiaterne som skrev slik. Sånn er det visst ikke lenger. Psykologene skriver på akkurat samme måte»

Nylig leste jeg journalen til en pasient som var innlagt på et av våre tradisjonsrike psykiatriske sykehus: Inntaksnotat fra innleggende assistentlege, psykiatrisk vurdering fra avdelingens overlege samt flere notater fra samtaler med psykologen. Et uttrykk som gikk igjen, var at pasienten var *gråtlabil*. Jeg tenkte: Hvorfor kan de ikke skrive hva det er som gjør at hun er lei seg og lett tar til tårene? Egentlig har jeg tenkt at det var *psykiaterne* som skrev slik. Sånn er det visst ikke lenger. Psykologene skriver på akkurat samme måte.

Bruk av substantiver og kategoriserende vendinger endrer selve setningsbygningen – språket blir oppstyltet, abstrakt og ofte uforståelig. Det kan nærme seg en form for kansellistil: «Med hensyn til det i Nittedal, i automobil, med revolver bakfra begåtte dobbeltmord, kan det anføres at ...» Kansellistilen er utbredt i byråkratiet. Stadig er det kampanjer for å få folk i departementer og direktorater til å skrive så folk forstår. Mislykkede kampanjer. Men like utbredt er «substantivsjuken» i NAV og i helsevesenet. Flere av mine pasienter reagerer på samme måte som Rebekka når de leser sin egen journal eller får brev fra NAV: De blir gjort fremmede for seg selv.

Hvorfor alle disse substantivene? Som klinikere vet vi at hvordan pasienten snakker, forteller mye om henne – om mestringsstrategier og personlighetsstruktur. Det er forskjell på å si *jeg er redd* og å snakke om *min angst*. Adult Attachment Interview (AAI) er en intervju metode som tar utgangspunkt i *måten* pasienten forteller om sine omsorgspersoner på. I sentrum for koding og fortolkning står språklig struktur og syntaks, inkludert såkalte paralingvistiske kjennetegn ved kommunikasjonen, som intonasjon og affekt uttrykt i sukk, gråt og latter. I tillegg noterer man hvordan beretningen om de nære omsorgspersonene er kodet i ulike hukommelsessystemer: En person sier for eksempel at hun hadde en «helt grei barndom» og beskriver moren som «kjærlig og alltid til stede» – en beskrivelse hentet fra den *semantiske* hukommelsen der hendelser er ferdig kategoriserte. På spørsmål om hun kan gi et eksempel som illustrerer at mor var kjærlig og til stede, blir hun taus, eller hun begynner å fortelle om en situasjon som snarere illustrerer det motsatte av kjærlig tilstedeværelse.

Erindringer om konkrete situasjoner lagres i det *episodiske* hukommelsessystemet – her er minner om hvem som sa hva til hvem, når, og på hvilken måte. I de konkrete episodene er *affekten* lagret – fortellingene er i verb-form. I det semantiske systemet, derimot, holdes affekten på avstand gjennom ferdiglagde substantiver og kategorier. I eksemplet ovenfor er forholdet til mor ulikt representert i de to hukommelsessystemene. En diskrepans av denne typen tyder på *idealisering*: Individet beskytter seg mot smertefulle erindringer ved å fastholde at barndommen var grei og mor kjærlig, og beskytter seg mot å oppleve egne følelser av sinne, tristhet eller behov for trøst som hun har erfart at omsorgspersonen ikke evner å ta imot.

I et forskningsprosjekt brukte vi Adult Attachment Interview (AAI) som instrument for å vurdere endringer som følge av terapi. Intervjuet med en av pasientene bar preg av ekstrem bruk av substantiver: Han snakket om at «den der barndommen var kjennetegnet ved ...»; han snakker om sitt *savn*, sin *lengsel* og sin *tristhet*; han brukte gjennomgående upersonlige pronomen som *man* istedenfor *jeg* – og han snakket i semantiske kategorier med liten tilgang til episoder og konkrete hendelser. Alt dette er kjennetegn ved det som kalles for et *unngående* tilknytningensmønster. Kjernen her er distansering fra affekt. Med psykoanalytiske begreper snakker vi om *isolering* – et hovedkjennetegn ved intellektualisering som forsvar.

Bjørn Killingmo viser i artikkelen *Beyond semantics: A clinical and theoretical study of isolation* fra 1990 hvordan isolering skapes gjennom ulike former for «brudd» som skaper avstand mellom det talte ordet og den affekten som aktiveres – forbindelsen mellom *signifiant* (tegn) og *signifié* (det som tegnet viser til) brytes. Når pasienten sier at han hadde *mye savn*, kjenner han ikke den såre følelsen av å savne. Substantivet holder affekten i sjakk. Sammenhengen er brutt. Så når pasienten i AAI-intervjuet etter avsluttet behandling sier at han savnet far, og at han synes faren sviktet veldig mye, tyder det på at behandlingen har gitt ham mulighet for å åpne opp og kjenne hva han faktisk føler.

Hvorfor benytter vi fagfolk substantiver og kategoriserende vendinger? Er vi også redde for følelser? I et grunnkurs i psykoterapi jeg hadde, der vi brukte rollespill, ble

pasienten (spilt av en student) tydelig berørt og fikk tårer i øynene. Studenten som var terapeut, dreide samtalen i en annen retning. Ved gjennomgang av eget rollespill i etterhånd tok studentterapeuten seg i at han avbrøt pasientens tema: «Jeg så at hun holdt på å begynne å gråte. Da begynte jeg å spørre om noe annet. Det var så trist. Og hvis hun hadde begynt å gråte – hva skulle jeg gjøre da? Jeg hadde ikke noe å stille opp.» Her sørger terapeuten for et brudd i form av temaskifte.

En annen form for brudd kunne vært at psykologen som sitter med notatblokken, noterer «gråtlabil». Det er vanskelig å tåle smerten – og det fins utallige, subtile måter å unngå den på. Nå må det sies at å være terapeut selvsagt er utrolig utfordrende. Kanskje er en viktig utfordring det studentterapeuten formulerer som en trang til å *gjøre noe* – finne løsninger, trøste, gi råd. Kanskje mangler forståelse – både hos nybegynnere og mer erfarne – for at det å lytte, og derved gi den andre mulighet til å *dele*, i seg selv er å gjøre noe. Psykoanalysen snakker om *containment* – det å romme den andres følelser. En psykolog må regne med å stå i situasjoner der det ikke er noe å gjøre i konvensjonell forstand – menneskelige tilstander som snarere krever at psykologen er innforstått med det Roy Schafer kaller en tragisk dimensjon i livet, enn tilbud om løsninger.

Jeg sa at psykologene nå skriver på samme måte som psykiaterne. Hva er skjedd? Da jeg utdannet meg til psykolog på 1970-tallet, var vi opptatt av at psykologien representerte en annen forståelsesmåte enn den vi møtte i psykiatrien – der psykisk lidelse ble sett som sykdom som skulle kategoriseres og diagnostiseres. Psykologen derimot søkte å forstå pasientens *indre* verden, hva hun følte og opplevde – i tråd med eksistensialistenes grunnsetning om å behandle pasienten som et *subjekt* og ikke som objekt for et diagnostisk blikk. Kanskje er det på tide med en ny humanistisk revolusjon?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 8, 2014, side 640-641

TEKST

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

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