

# Psykoanalytisk perspektiv på psykoser



FOTO Sverre Strandberg

Hvilken utvikling har skjedd innenfor psykoanalysen når det gjelder hvordan vi kan forstå og møte psykotiske tilstander?

## TEKST

**Svein Haugsgjerd**

**PUBLISERT 4. juni 2018**

---

Helsedepartementet har startet prosjektet «medisinfrie tilbud». I sine styringsdokumenter spesifiserer to av de regionale helseforetakene psykoselidelsene som en målgruppe for tilbudet, og alle de fire helseforetakene presiserer at psykoterapi inngår som et viktig behandlingstiltak. Medisinfri behandling av psykoselidelser vil utvilsomt by på store utfordringer, men skaper også muligheter for ny fagutvikling på dette området.

Vi har fremdeles ingen omforent, detaljert forklaringsmodell for psykosenes etiologi og patogenese, en modell som knytter sammen nevrobiologiske og psykososiale aspekter. I behandlingsarbeidet må vi ta utgangspunkt i erfaringene fra kognitiv og psykodynamisk tradisjon.

At psykodynamisk terapi kan føre til overbevisende bedring for enkelte schizofrene, er blant annet dokumentert i Cullberg og Levanders (1991) etterundersøkelse. I det store danske schizofreniprojektet fant man en klart større bedring etter to år hos dem som hadde fått psykodynamisk psykoterapi, enn hos dem som hadde fått standard

behandling (Rosenbaum et al., 2012). Etterundersøkelsen av de 27 første schizofrene pasientene ved Kastanjabakken, Gaustad Sykehus, viste det samme (Varvin, 1991).

Den samlede internasjonale litteraturen (se Karon, 1981; Giovacchini, 1982; Silver, 1989; Jackson, 1994; Hinshelwood, 2004; de Masi, 2006, 2012; Lucas, 2009; Williams, 2010) viser at enkelte pasienter med psykoselidelser kan oppnå full symptomfrihet og funksjonsevne som følge av langtids psykoanalytisk orientert psykoterapi, mens flere kan oppnå en betydelig bedring av symptomtrykk og sosial funksjon.

Det har vært hevdet at den store ressursbruken ved slik behandling ikke står i forhold til det usikre utbyttet. Men med økende lydhørhet for brukernes ønsker vil det også melde seg et behov for fagutvikling på dette området. Her vil jeg kort beskrive den utviklingen som har skjedd innenfor psykoanalysen når det gjelder hvordan vi kan forstå og møte psykotiske tilstander.

### **Freuds bidrag: Schreber-studien**

Freuds drøftelse av den psykotiske «senatspresident» Daniel Paul Schreber er det historiske utgangspunktet for psykodynamiske undersøkelser av psykoser. Schreber var president for lagtinget i Sachsen, og i 40-årsalderen ble han innlagt på psykiatrisk sykehus for depresjon, hypokondri og paranoide ideer om kroppslig forandringer. Etter sin tilfriskning lot han seg velge inn i delstatsparlamentet i Sachsen, inspirert av en radikal tidsånd. Men jernkansleren Bismarck likte ikke denne demokratibevegelsen, og satte soldater inn for å jage de folkevalgte i Sachsen hjem. Kort tid etter ble Schreber akutt psykotisk og innlagt på sinnssykehus. Han var innlagt i tyve år, og skrev de siste årene en selvbiografi som ble utgitt, sensurert av familien, i 1903. Selvbiografien er et forsøk på å bevise virkelighetsgehalten i hans psykotiske vrangforestillinger, hallusinasjoner og kroppssopplevelser. Et sentralt tema er at han opplevde at han kroppslig langsomt forandret seg til kvinne. Den som stod bak dette, var først en grusom fiende, nemlig Paul Flechsig, den første overlegen som behandlet ham. Senere ble forfølgeren en hjerteløs og kaprisiøs Gud, som hadde som hensikt å befrukte ham og dermed gi opphav til en ny menneskerase, etter at menneskeheten som vi kjenner den, var gått til grunne. Schreber døde i 1910, og Freud traff ham aldri, men skrev en omfattende artikkel (Freud, 1911) som analyserer alle de vrangforestillingene og hallusinasjonene som beskrives i selvbiografien.

**«Ettertiden har vist at  
psykosebehandlingen krever en  
utvidelse av den klassiske  
freudianske forståelsen»**

Freud tror at grunnen til hans psykotiske sammenbrudd var en konflikt som var for intens til å tåles, og som handlet om hans selvrespekt som mann. Schrebers far var en lege med militær bakgrunn, og forfatter av flere populære bøker om fysisk fostring og barneoppdragelse, bøker som anbefaler ekstreme, autoritære metoder. Flere negative

livshendelser var etter Freuds oppfatning utløsende årsaker til sammenbruddet. Det ene var at Schreber og hans hustru var ufrivillig barnløse. Dessuten hadde han latt seg jage ut av delstatsforsamlingen, og flyktet med halen mellom bena. Han greide ikke å leve opp til det å være en ordentlig mann.

Perioden med hypokondri – da han stirret i timevis på sin nakne kropp i speilet og innbilte seg at den hadde feminine former – var et forvarsel om det sammenbruddet som senere kom.

En psykose er med Freuds uttrykk en «verdens-undergang». Verden slik vi tar den for gitt gjennom våre sanser og vår forstand og fornuft, forsvinner. Vi opprettholder denne selvfølgelige oppfatningen av den verden vi lever i, gjennom at vår libido er investert i verden, sier Freud. I psykosen vender man verden som vi kjenner den, ryggen. Men den psykotiske kan ikke leve i et vakuum, han må bygge opp igjen en erstatning for den verden som er gått under. Dette er vrangforestillingenes verden, der sammenhengene rundt oss fortolkes gjennom mekanismer som er virkelighetsfordreie. De to mekanismene Freud postulerer, er omvendingen av kjærlighet til hat, og projeksjon, altså ved å tillegge andre de følelsene som egentlig kommer fra en selv.

Det er i ettertid skrevet veldig mye om Schreber (se Haugsgjerd, 2014). Et standpunkt hos Freud som mange av hans elever tok avstand fra, var hans påstand om at ettersom den psykotiske «har trukket libido tilbake fra sine investeringer i den ytre verden», ville han/hun ikke kunne danne noen overføring, noe som var en forutsetning for psykoanalytisk behandling.

I årene rett etter første verdenskrig var psykoanalysen noe nytt og spennende som trakk til seg unge entusiaster fra hele Europa.<sup>[1]</sup> Deres første erfaringer var fra legearbeid i psykiatriske sykehus i hjemlandet, der de hadde rikelig anledning til å tenke i psykoanalytiske begreper overfor psykotiske pasienter. Noe den unge generasjonen hadde til felles, var at psykotiske pasienter utviklet overføringsforhold til sine behandlere, stikk i strid med Freuds påstand. Men denne overføringen hadde riktignok iblant et erotomant eller paranoid preg. På denne bakgrunnen ble det skrevet mange optimistiske kasusbeskrivelser i 1920-årene.

Etter hvert som disse legene ble velrenommerte analytikere, sluttet de fleste å ta imot psykotiske pasienter. Men ved noen få sykehus var det psykoanalytikere som ledet driften, og ved disse sykehusene ble psykosebehandling videreført.<sup>[2]</sup>

### **Psykoanalytiske bidrag etter Freud**

En analytiker som tidlig kom med et nytt bidrag, var Paul Federn, som hadde en større interesse for fenomenologiske beskrivelser enn for debatt om Freuds begreper. Han pekte på at psykotiske mennesker lider under uklare jeg-grenser, noe som førte til angstskapende forvirring om hvor følelser og tanker kommer fra. Et behandlingsmål var å styrke pasientens jeg-grenser, og for å oppnå det måtte det skapes trygghet og tillit. Derfor arbeidet han sammen med en ko-terapeut (sykepleier Gertrud Schwing, se også hennes bok fra 1954). Til sammen utgjorde de et far-mor-par for pasienten.

På denne tiden var det konsensus blant analytikere om at dess mer alvorlig en psykopatologisk tilstand var, dess tidligere i barndommen måtte de grunnleggende, uløste konfliktene ligge (se analytikere som Karl Abraham, Otto Fenichel og Wilhelm Reich). Grunnårsaken til psykoser måtte derfor befinne seg i den orale fasen, altså i det tidligste mor-barn-forholdet. De tidligste relasjonene ble derfor sentrale i forsøkene på å forstå psykosene. Innflytelsen fra Ferenczi og hans elever (som Imre Hermann og Alice og Michael Balint) ledet frem til Margareth Mahlers beskrivelse av separasjon-individuasjonsprosessen, en akseptert modell for den tidligste personlighetsutviklingen like frem til 1990-årene, da spedbarnsforskningen tok av. Tilknytningsteorien var utviklet allerede fra 1960-årene av. Synet på psykosene ble også påvirket av barneanalysen, utviklet av Melanie Klein (også en analysand av Ferenczi).

Ferenczi fikk stor innflytelse i USA etter sin foredragsturné 1926–27. Like betydningsfullt var det at 400 analytikere flyktet fra Hitler og havnet i USA mellom 1934 og 1940. I USA utviklet det seg et stort teorimangfold innenfor disse miljøene, og psykodynamisk tenkning fikk stor innflytelse i amerikansk psykiatri, noe som varte helt frem til 1970-årene. Det var mange universiteter og behandlingstinstitusjoner. Når det gjaldt psykosebehandling, var Chestnut Lodge spesielt profilert (med medarbeidere som Frieda Fromm-Reichmann og Harold Searles). Harry Stack Sullivan var i 1940- og -50-årene en pioner når det gjaldt psykologisk forståelse av psykotiske tilstander. Han pekte på ungdomstidens betydning som en psykologisk krisetid, og understreket oppvekstmiljøets betydning for psykisk helse. På 1960-tallet var neofreudianeren Silvano Arieti redaktør av *American Handbook of Psychiatry*, og dette trebindsverket avspeilet en psykoterapiorientert tilnærming til «schizophrenic reactions». Han var også en profilert talsmann for psykoseterapi. Ellers ble Bryce Boyer og Gary VandenBos, begge kjente forfattere av artikler og bøker om psykoseterapi på psykoanalytisk grunnlag, invitert til Norge som gjesteforelesere på 1980-tallet. VandenBos var gjesteforsker her i en lengre periode, og stimulerte gjennom dette interessen for psykosepsykoterapi.

Tidlig på 1970-tallet foregikk det en teoretisk debatt om hvorvidt psykoser kan forstås bare ut fra Freuds egne begreper, eller om det kreves en spesifikk psykoanalytisk psykoseteori, altså et tillegg til Freuds teorier. Det siste synspunktet ble fremmet av Nathaniel London, mens Jacob Arlow representerte et mer klassisk, ortodokst syn. Erttertiden har vist at psykosebehandlingen krever en utvidelse av den klassiske freudianske forståelsen. I denne forbindelsen kommer innflytelsen fra Melanie Kleins teorier, videreutviklet fremfor alt av Wilfred Bion, inn i bildet. Det har også skjedd videreutvikling av psykoseteorier innenfor andre psykoanalytiske tradisjoner, blant annet den franske Lacan-tradisjonen, men dette skal utelates her.

### **Den ny-kleinianske videreutviklingen av psykoseforståelsen**

En av psykoseterapeutene som besøkte Oslo på 1970-tallet, var Thomas Freeman. Hans omfattende erfaring med psykodynamisk terapi med schizofrene pasienter hadde lært ham hvordan gledelige hendelser kan sende en psykotisk person inn i en dyp regresjon:

Det blir for mye opphisselse, for høye forventninger – kanskje altfor voldsomme dopamin-kaskader inn i frontallappen – og det ser ikke ut til at psyken tåler dette, mente Freeman. Donald Meltzer var en annen gjesteveileder som fikk stor betydning for mange av oss i samme periode. Han var elev av Klein og Bion og bygget videre på deres teorier, som derfor kort skal omtales her.

Melanie Klein, barneanalysens kontroversielle pioner, lanserte i 1938 begrepet den depressive posisjon. Dette er en fase i siste del av første leveår der barnet er i stand til å tåle ambivalens, altså en blanding av positive og negative følelser overfor de primære omsorgspersonene. Hun mente at vanskeligheter med å oppnå en slik stabil emosjonell modenhet kunne være grunnlaget for en tendens til depresjon i voksen alder. Dette synspunktet utløste en intens debatt, der Kleins meningsmotstandere mente hun tillot det lille barnet altfor dramatiske følelsesmessige konflikter fra første leveår av. I 1946 beskrev hun at perioden forut for den depressive posisjonen er preget av angst for tilintetgjørelse på grunn av egne følelser som grådighet og misunnelse. Denne tilstanden kalte hun den paranoid-schizoide posisjon. Den er kjennetegnet av forsvarsmekanismene splitting, projektiv identifisering og omnipotens. Kleins ideer var sterkt omstridt på 1940- og -50-tallet, men har siden i større grad blitt akseptert, med modifikasjoner. En viktig person i denne forbindelsen har vært Otto Kernberg, en psykoanalytiker med sterk innflytelse siden 1970-tallet, først og fremst for sitt arbeid med personlighetsforstyrrelser. I hans versjon av moderne objektrelasjonsteori er de schizoide forsvarsmekanismene splitting og projektiv identifisering sentrale.

Tre av Kleins elever fikk stor betydning for forståelsen av psykoser. Den ene var Hanna Segal, som pekte på at psykotiske mennesker ikke behersker symbolsk, metaforisk tale. De har en tendens til å oppfatte abstrakte begreper som konkrete, og ord blir ofte behandlet som ting. Den andre var Herbert Rosenfeld, særlig kjent for å beskrive psykosens funksjon som en psykisk mafiaorganisasjon. Den lover personligheten frihet fra smerte og ulykkelighet, men konsekvensen er alltid å være jaget av uhygge og angst, og det å bryte med psykosen er det mest angstskapende.

Den tredje var Wilfred Bion. Han var krigsdeltaker i begge verdenskrigene, første gang som soldat, andre gang som psykiater. Han var den sentrale bidragsyteren da psykodynamisk gruppeterapi ble skapt som behandlingsform for traumatiserte jagerpiloter på Royal Air Force-basen Northfield i 1943, og videreutviklet ved Tavistock Institute etter krigen. Da han i 1950, i en alder av 53 år, ble psykoanalytiker, begynte han med psykoanalyse av seks «uegnete» pasienter, tre psykotiske, to tvangslidende og en narkoman. Ut fra denne erfaringen skrev han ni artikler (1952–60) som beskrev psykotiske tilstander på en ny måte. Hovedideene som utvikles gjennom disse artiklene, er som følger:

1. Den psykotiske snakker, ikke for å dele sine tanker, men for å tømme seg for uutholdelige følelser. Disse følelsene «trenger inn i» behandlerne og skaper vanskelige motoverføringsfølelser, som behandlerne må romme, reflektere over og «gi tilbake i avgiftet form».

2. Den psykotiske har sluppet unna uutholdelig smerte i kontakten med virkeligheten, og vil deretter holde virkeligheten borte. Han vil hate behandleren fordi denne vil påvirke ham til å gjenoppta kontakten med virkeligheten, og dermed smerten.
3. Den psykotiske klamrer seg til vrangforestillingene da disse beskytter ham fra den overhengende angsten for tilintetgjørelse.
4. Psykosen betyr at en psykotisk personlighetsdel (funksjon) har fått overtaket og fordrevet den sunne delen. Den psykotiske delen insisterer på allvitenhet, det stikk motsatte av den sunne delen, som vokser på å lære av erfaring (= emosjonell kontakt).
5. Psykosen betyr et angrep på det psykiske apparatet med sine følelsesladete relasjoner mellom selvet og objektene. Bion grupperer følelsene i kjærlighet, hat og vitebegjær. Bion utvider betydningen av de schizoide mekanismene Klein beskrev. I psykosen skjer det en splitting av mening til ørsmå fragmenter. Den projektive identifikasjonen blir intens, og induserer forvirring og avmaktsfølelse hos mottakeren (pårørende eller behandler).
6. Psykoterapeuten som lytter, blir ofte opplevd som likegyldig. Hvis behandleren stiller spørsmål, føles det som forhør og forfølgelse. Og hvis han/hun sier noe treffende, oppfattes det som om behandleren stjeler ens egne tanker. Bions råd: spør aldri hvorfor, alltid hvordan. Be alltid om beskrivelser, ikke forklaringer.
7. Overføringen, det vil si tilknytningen til behandleren er «tynn» og «seig», det vil si at den bygger på veldig lite reell observasjon av behandlerens væremåte («tynn») og er lite korrigerbar («seig»).

Ut fra disse erfaringene og tolkningen av dem lanserte Bion i 1960 det han kalte «en teori om tenkning». Noen av grunnelementene i teorien er som følger:

Vårt psykiske apparat bombarderes hele tiden av sanseinntrykk, enten de kommer utenfra eller innenfra. Vi har en evne, kalt alfa-funksjon, til å sette sammen disse sanseinntrykkene, sammen med de følelseskalitetene de er knyttet til, til meningsbærende enheter. De minste enhetene kaller Bion alfa-elementer. Disse settes sammen til drømmetanker, fornemmelser, tanker osv. Allerede fra de første levemåneder utsettes vi for en overveldende mengde sanseinntrykk. For å unngå overveldelse og kaos blir bare en viss del av inntrykkene gjenstand for oppmerksomhet. Foruten inntrykk som har med fysiologiske behov å gjøre, gjelder dette også alt som har med kontakt å gjøre (ansikt, øyne, stemme osv.), og det som handler om utforskning (bevegelige gjenstander, farger, rytmer osv.).

**«På denne tiden var det konsensus blant analytikere om at dess mer alvorlig en psykopatologisk tilstand var, dess tidligere i barndommen**

## måtte de grunnleggende, uløste konflikter ligge»

Alfa-funksjonen har et ankerfeste i en medfødt mønstergjenkjennelse: Noe hører sammen med noe annet, som en krukke (container) til et innhold, et punkt til en strek, osv. Men denne evnen til å skape mening utvikles i det dialogiske samspillet med et rommende objekt, vanligvis det første kjærlighetsobjektet.

Dersom inntrykkene er for intense, og rommet for indre bearbeidelse (fordøyelse) er for trangt, vil noen av sanseinntrykkene, kalt beta-elementer, forbli atskilt fra mening og finner ikke veien til bevisstheten. Grensen mellom bevisstheten og det ubevisste kaller Bion kontaktbarrieren, for å vise at den på den ene siden skal beskytte psyken mot overbelastning, men på den annen side også er en sone der det foregår en toveis trafikk mellom ubevisst og bevisst.

Der Freud snakker om drifter, bruker Bion begrepet *passionate links*, lidenskapelige forbindelser mellom subjekt og objekt (person, gjenstand osv.). Han skiller mellom tre slike lidenskaper som han ser som grunnleggende: kjærlighet, hat og vitebegjær/nysgjerrighet. Psyken er et organ for å ta imot sanseinntrykk og skape mening av dem, men er også en «muskel» som kan sende ut følere, eller kvitte seg med «overload». Akkurat som kroppen trenger næringsrik føde for å vokse og utvikle seg normalt, trenger psyken sanne, følelsesmettede møter som næring for vekst og utvikling.

I psykotiske tilstander omgis man av frittstående, bisarre objekter, fantasiskapte konglomerater, sammensatt av fragmenter av ødelagte meningsrelasjoner. Når den psykotiske funksjonen overtar og fortrenger den sunne funksjonen, skjer det en katastrofe. Verden slik vi i normal psykisk funksjon er fortrolig med og tar for gitt, blir i den psykotiske tilstanden merkelig, truende og skremmende. Dette uhyggelige kan for en tid holdes i sjakk ved en følelse av klarsyn, av å være utvalgt til en heroisk oppgave, osv. Det kan føre med seg en oppløftet stemning, og psykosen kan føles som en forførende rus. Men når man først er fanget av denne tilstanden, forvandler den seg lett til et mareritt. Når fortolkningen av hva som skjer i en selv og i kontakten med omgivelsene ikke lenger holdes på plass og korrigeres av informasjon fra utenverdenen, er det fritt frem for fantasier, også de skrekkefylte. Det er dette som fikk Rosenfeld til å bruke metaforen *mafia* med psykosen: Den lover at alt vondt skal bli borte. Men prisen man må betale for beskyttelse, er å være tro mot psykosen, å anse den som «sannere» enn den hverdagslige virkelighetsforståelsen.

Psykosen kan ses som en (feilslått) metode for å holde avstand til det som er vanskelig å bære i virkeligheten, men samtidig utsettes den psykotiske for ukontrollerbar katastrofeangst. Vrangforestillingerne har ofte et grotesk, skremmende preg. Men fordi psykosen betyr å lukke øynene for virkelighetens vonde og vanskelige utfordringer, blir også det terapeutiske prosjektet – å gi avkall på vrangforestillingerne – noe som i seg selv medfører angst, en angst som iblant ikke er til å bære.

Veien som kan føre ut av psykosen, bygges av tålmodige, trygge kontaktrelasjoner over lang tid, relasjoner som kan stimulere interessen for virkeligheten, slik at pasienten gradvis kan la vrangforestillingene gli ut av bevissthetens sentrale scene og så å si skjule seg i kulissene, med Meltzers metafor. Det er de oppriktige følelsesmessige møtene («moments of meeting»), der pasienten føler seg sett og anerkjent, som kan bygge den tillitsfulle tilknytningen som skal til.

Psykoseterapi er en langdryg kamp mellom to antagonistiske krefter; psykosen på den ene siden og kontakt med virkeligheten på den andre. Ofte føler behandleren/behandlerne at de må kjempe alene på pasientens vegne, mens pasienten sitter på gjerdet og avventer hvem som skal gå seirende ut til slutt.

Etter Meltzers oppfatning vil det psykotiske alternativet aldri kunne forsvinne for godt, det vil alltid være en viss risiko for at det vil komme tilbake. Vrangforestillinger vil alltid lure i kulissene som en mulig nødløsning, en overlevelsestrategi mot fortvilelse og selvmord. Derfor gjelder det hele tiden å være oppmerksom på varselsignaler om tilbakefall, noe som kan skje på grunn av nye, negative livshendelser, men som også kan bli stimulert av plutselige, positive forventninger. Varselsignaler kan også arte seg som plutselig, selvhevdende påståelighet, eller som det Meltzer kalte narredepresjon, altså en fasade av bedring.

Å være behandler og delta i slike uendelig lange kamper betyr å utsettes for voldsomme følelsesmessige påkjenninger. Noen pasienter vil kunne oppleve bedring, iblant dramatisk bedring. Men man kan aldri vite sikkert at man vil oppnå et godt resultat. Man blir ofte skuffet, forvirret, rådløs og føler seg mislykket. Jeg har to ganger sett kolleger få sammenbrudd på grunn av nettopp slike påkjenninger. Hva slags redskaper kan hjelpe oss behandlere? Gode, trygge, kreative kollegiale relasjoner er utrolig viktige, men dessverre altfor sjeldne. Gode begreper, resonnementer, modeller, metaforer, kombinert med et åpent sinn, en fri tanke, er helt nødvendig. Man må bygge på sine egne erfaringer, vel vitende om at hver ny pasient alltid betyr møtet med en ny verden, en ny historie.

### **Psykoanalytisk orientert psykosebehandling i dag**

Italia har fortsatt et sterkt miljø der disse ideene fra Bion og andre ny-kleinianere videreutvikles. Blant dem er også Franco de Masi, som har skrevet to bøker om psykoanalytisk behandling av psykoser (de Masi 2006, 2012). I disse bøkene drøftes også nevrovitenskapelige forskningsfunn om psykotiske tilstander.

John Steier beskrev i 1993 det han kalte «psychic retreat». De Masi ser en slik tidlig tilbaketrekning som en disponerende faktor for senere psykoseutvikling. Tidlig psykisk tilbaketrekning kan arte seg som et sensitivt barns beskyttelsesreaksjon overfor kontaktfattige, men ikke nødvendigvis traumatiserende, invaderende omgivelser. Dette kan være startpunktet for mange utviklingsveier, en av dem går i retning psykose. Selvtilstrekkelighet og storhetsfantasier kan utvikles i det skjulte gjennom barndommen, og i møtet med kjønnsmodning og ungdomstidens utfordringer kan det utvikle seg en langsom prosess av assosiative mikrotransformasjoner (feiltolkninger,



overdrevne tolkninger, privat mening, blindhet for sammenhenger, osv.). Ytre hendelser av krenkende eller skuffende art kan også trigge en psykose, der de skjulte assosiative transformasjonene kommer til syne og ofte, men ikke alltid, inngår i et system.

De Masi mener at intensiv psykoterapi bør igangsettes så raskt som mulig ved første gangs psykoser, i den hensikt å få demontert den innledende vrangforestillingen så fullstendig som mulig, altså få pasienten til å se at den er en falsk konstruksjon som har oppstått som forsvar mot svært vanskelige følelser i den aktuelle livssituasjonen. I motsetning til i regulær psykoanalyse skal man ikke ha som mål å tolke og forstå hva symptomene (i dette tilfellet *innholdet* i vrangforestillingene) «betyr», men snarere – pedagogisk – å få pasienten til å forstå deres *funksjon* som virkelighetsforfalskende beskyttelseskonstruksjoner i en livssituasjon med sterke *virkelige* vanskeligheter. Hvis man ikke lykkes med å «løse opp» de innledende vrangforestillingene, vil de forbli som et ulmende bål som senere kan blusse opp igjen, i nye skikkelser.

Man må også være oppmerksom på at i slike tilstander har det vi kaller *overjeget* en sterkt sadistisk og forfølgende funksjon, vesensforskjellig fra overjeget hos Freuds nevrotiske pasienter. Derfor må man systematisk snakke mot tendensen til selvførdømmelse, som hos disse pasientene ofte er mye sterkere og mer grotesk enn det vi tenker oss. Man må også ha oppmerksomhet på at fremskritt som kan åpne muligheten for større livsglede, paradoksalt nok kan øke risikoen for tilbakefall, slik allerede Freeman pekte på.

Har psykoanalysen noe å tilby psykosebehandling i dag? Etter min mening absolutt. Det psykoanalytiske perspektivet skjerper årvåkenheten for affektive prosesser som kan virke uforståelige, enten fordi de har et paradoksalt preg, eller fordi de foregår «under radaren» for den normale kommunikasjonsstrømmen. Ved å bruke sin psykodynamiske forståelse kan en psykoterapeut se mønstre og ut fra dette formulere aktive intervensjoner som setter ord på dynamikken mellom de kreftene som fremmer sunnhet, og de som trekker i retning av psykose.

Men i enda høyere grad enn i klinikken for øvrig er et godt kollegialt miljø rundt slike behandlinger en forutsetning for å lykkes. Kollegaveiledning er et nødvendig redskap, og likedan stabskonferanser der man har god tid til å legge frem til drøfting alt man vet om en pasients historie, og der alle observasjoner som de ulike medlemmene i behandlerteamet blir formulert og diskutert. På psykoseområdet er det ikke slik at det finnes en veletablert erfaringsbasert (enn si evidensbasert!) kunnskap som man så bare kan omsette i en standardisert behandlingsplan. Vi er nødt til hele tiden å videreutvikle vår forståelse ved å sammenholde kunnskap hentet fra faglitteraturen med den erfaringskunnskapen vi selv har hentet inn. Dette feltet trenger en kontinuerlig kompetanseutvikling.

Dersom vi skaper et slikt ambisiøst behandlingsmiljø, har vi grunn til å forvente å lykkes med å oppnå bedring for et større antall psykosepasienter enn det vi i dag ser, med «treatment as usual». Hvis vi på den måten kan oppnå en klar økning av antallet

psykotiske pasienter som oppnår substansiell bedring, vil dette være et resultat av aller største betydning, både for de det gjelder, deres pårørende og samfunnet som helhet. ✕

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 6, 2018, side 496-503*

#### TEKST

**Svein Haugsgjerd**, psykiater i privat praksis, Oslo

KONTAKT: Svein.haugsgjerd@gmail.com

+ Vis referanser

#### Litteratur

Arieti, S. (1955). Interpretation of schizophrenia. New York: Robert Brunner.

Bion, W. R. (1967). Second thoughts. New York: Jason Aronson.

Buckley, P. (red.) (1988). Essential papers on psychosis. New York: New York University Press.

Cullberg, J. & Levander, S. (1991). «Fully recovered schizophrenic patients who received intensive psychotherapy. A Swedish case-finding study». Nordic Journal of Psychiatry, 45: 253-262.

De Masi, F. (2006). Vulnerability to psychosis. London: Karnac.

de Masi, F. (2012). Working with difficult patients. From neurosis to psychosis. London: Karnac.

Federn, P. (1953). Ego psychology and the psychoses. London: Maresfield Reprints.

Freeman, T. (1969). Psychopathology of the psychoses. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1911/1947). Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides)». Standard Edition, vol. V. London: Hogarth Press.

Fromm-Reichmann, F. (1950). Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press.

Haugsgjerd, S. (2014). Lidenskap, vitenskap, virkelighet og vanvidd - om Freud, Schreber og psykosefeltet i dag. Agora, 1-2, 318-337.

Hinshelwood, R. D. (2004). Suffering insanity. New York/ London: Brunner-Routledge.

Giovacchini, P. & Boyer, L. B. (red.) (1982). Technical factors in the treatment of the severely disturbed patient. New York: Jason Aronson.

Green, H. (Joanne Greenberg) (1962). I never promised you a rose garden. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Harder, S. et al. (2015). «Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: long-term outcome in social functioning». Psychiatry, 77 (2), 155-168.

Jackson, M. & Williams, P. (1994). Unimaginable storms: a search for meaning in psychosis. London: Karnac.

Karon, B. & VandenBos, G. R. (1981). Psychotherapy of schizophrenia. New York: Jason Aronson.

Klein, M. (1946). «Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis, 27, 99-110.

London, N. (1970). «An essay on psychoanalytic theory: Two theories of schizophrenia, Part 1-2». International Journal of Psychoanalysis, 54, 169-193.

Lucas, R. (2009). The psychotic wavelength. London: Routledge.

MacAlpine, I. & Hunter, R. (1955). Daniel Paul Schreber: Memoirs of my nervous illness. London: Dawson.

Meltzer, D. (1986). *Studies in extended metapsychology. Clinical applications of Bion's work.* Perthshire: Clunie Press.

Pao, P-N. (1979). *Schizophrenic disorders: theory and treatment from a psychodynamic point of view.* New York: International Universities Press.