

Behov for en mer fullstendig angstteori



PRIMÆR REAKSJON Det vil være en drøy påstand å si at angsten aktiveres av konfliktfylte følelser som spedbarnet har overfor mor. Denne angsten er isteden en primær reaksjon på atskillelse, skriver artikkelforfatteren. Foto: Fortepan / Wikimedia Commons

Hva om kritikken mot ISTDP ikke handler om manglende terapeutferdigheter eller svak modelletterlevelse hos den enkelte terapeut, men om mangler ved angstteorien som selve terapimodellen bygger på?

TEKST

Zemir Popovac

PUBLISERT 1. november 2021

EMNER

ISTDP

psykoterapi

I oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet skriver Allan Abbass at ubevisst angst alltid er et resultat av konfliktfylte følelser som pasienten har overfor sine tilknytningspersoner. Denne angsten aktiverer automatiske forsvarsmekanismer som sørger for å holde de konfliktfylte følelsene unna pasientens bevissthet. Følelsene dyttes unna, og til gjengjeld sitter pasienten igjen med ulike symptomer. Dette er essensen i teorien som ISTDP bygger på (Abbass, 2021; Davanloo, 1977; Malan, 2010). For en del pasienter er

nettopp dette kjernen i deres psykiske lidelser, og mange får god hjelp gjennom ISTDP-behandling (Abbass et al., 2009; Frederickson et al., 2018; Solbakken & Abbass, 2015).

Alle kjenner seg likevel ikke helt igjen i denne angstteorien. Ikke nødvendigvis på grunn av sin motstand eller på grunn av manglende ferdigheter hos den enkelte terapeut, men fordi angstteorien i seg selv er mangelfull. Følelser kan oppleves som truende og trigge angst, men ikke all angst er et uttrykk for ubevisste konfliktfylte følelser overfor tilknytningspersoner.

LES OGSÅ

Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations

While ISTDP is not a panacea, it is a treatment that is clinically useful in diverse psychological and psychiatric samples.

I begynnelsen var vi ett

«Perspektivet på angst som primær reaksjon på atskillelse undergraver ikke angstteorien som ISTDP bygger på»

Når et spedbarn blir atskilt fra sin mor, vil vi etter hvert se at atskillelsen vekker angst. Barnet blir kroppslig urolig, pulsen går opp, stresshormoner skylles ut, og vi kan måle endringer i barnets galvaniske hudrespons (Thompson et al., 2019). Dette er en angst som er synlig lenge før den klassiske separasjonsangsten begynner å vise seg rundt seks til ni måneders alder. For babyer og spedbarn som ennå ikke har utviklet en indre representasjon og opplevelse av mor som et eget individ, atskilt fra babyen og ansvarlig for babyens behov, vil det være en drøy påstand å si at angsten aktiveres av konfliktfylte følelser som spedbarnet har overfor mor. Denne angsten er isteden en primær reaksjon på atskillelse.

Perspektivet på angst som primær reaksjon på atskillelse og ikke nødvendigvis som et resultat av spedbarnets følelser overfor mor, undergraver ikke angstteorien som ISTDP bygger på, men snarere komplementerer den. Dette vil jeg komme tilbake til.

Forsvar mot atskillelse

Spedbarnet beskytter seg mot den smertefulle atskillelsen. Barnets gråt og kroppslige tegn på uro er medfødte mekanismer som signaliserer barnets behov for kontakt, og som takket være mors sensitivitet bidrar til å minske og motvirker den smertefulle atskillelsen (Nelson, 1998).

Barnets forsvar mot atskillelse utvikles gradvis. Fra å «kalle på» mor med gråt og andre kroppslige tegn på uro for å ha henne fysisk til stede, oppdager barnet substitutter som midlertidig kan fylle tomrommet. Tommelen og smukken som babyen sutter på, er ikke der som et forsvar mot konfliktfylte følelser, men er der fordi mors bryst ikke er tilgjengelig (Fairbairn, 1952). Med tommelen eller smukken er en ny relasjon etablert, en som demper opplevelsen av atskillelse.

Den videre psykologiske utviklingen går i retning fra det sanselige til det mer symbolske. Kontakt og relasjon er ikke lenger noe som bare må oppleves som noe kroppslig, men blir også noe som barnet etter hvert kan ha fantasier og forestillinger om. Overgangsobjektet, det spesielle pleddet, dokka eller kluten som barnet utvikler et følelsesmessig forhold til, er nettopp et tegn på overgang fra det fysiske til det symbolske (Winnicott, 1971). Lukten og mykheten (det sanselige) er sammenvevd med objektets symbolske og spesielle betydning som bare eksisterer i barnets indre. Med overgangsobjektet til stede, tåles atskillelse fra tilknytningspersoner lettere. Dette ser vi utallige eksempler på i typiske bruddsituasjoner, som for eksempel ved leveringer i barnehagen eller ved leggetid.

LES OGSÅ

Spisskompetanse, ikke omnipotens

ISTDP er mer et språk enn en metode for meg. Et språk som fører meg til det ubevisste, og som hele tiden er til stede i den terapeutiske samtalen.

Utvikling av objektkonstans og internalisering av kjærlige erfaringer med andre mennesker befolker gradvis barnets indre verden og fungerer også som buffer mot opplevelser av tap og atskillelse: «Mor eksisterer selv om hun er ute av syne. Hun er glad i meg. Jeg blir hentet i barnehagen.» Opplevelsen av mors^[1] pålitelighet gjør at barnet kan stole på sine erfaringer (Kohut, 1971; Winnicott, 1971).

Kapasiteten til å tåle atskillelse øker etter som vi utvikler oss, men vi blir aldri helt immune mot denne angsten.

Vi er relasjonelt avhengige vesener. Vi utvikler oss ikke i retning av total selvtilstrekkelighet, men fra umoden til moden avhengighet. Kontakt, tilknytning og tilhørighet er grunnpilarer for selvets eksistens. Vi trenger hverandre, og denne avhengigheten gjør oss sårbare livet ut. Ingen kontakt er 100 % pålitelig – om ikke annet så vil døden skille oss ad. Men vi er likevel overlatt til hverandre. Brudd, avvísning, tap og utenforskap er konstante trusler mot våre grunnleggende relasjonsbehov – pilarene som holder selvet oppe. Når relasjonsbehovene trues, kommer angsten som et naturlig uttrykk for vår sårbarhet. Når vi kjenner angst ved tanken på at kjæresten vil gjøre det slutt, så trigges ikke nødvendigvis denne angsten av ubevisst raseri mot kjæresten, men snarere av redselen for å bli forlatt. Hvilken relevans har nå alt dette for angstteorien som ISTDP bygger på?

To kasuistikker

Martin er en voksen mann i 40-årene som vokste opp med enslig mor etter at far gikk bort da Martin var åtte år gammel. Livet ble snudd på hodet da far døde. Mor ble deprimert, innesluttet og holdt på å miste jobben. Familien hadde lite nettverk, og Martin, som enebarn, begynte å hjelpe til mer med husarbeid. Etter hvert ble han også med mor til noen av hennes vaskejobber på ettermiddagene og kveldene. Mye av livet handlet om å hjelpe mor med å få endene til å møtes. Fotballen, som han hadde rukket å bli glad i mens far fortsatt levde, ble satt til side. Martin vokste opp til å bli en svært hjelpsom og oppofrende mann, men med svært mye angst og ingen klare tanker om hva han selv ønsket eller trengte i livet. Han var nå gift og hadde en sønn, men følte seg ulykkelig. Det eneste som ga «mening», var å være til hjelp for sine nærmeste. Han søkte hjelp for panikkangst og den konstante følelsen av å være ulykkelig.

«Angstteorien som ISTDP opererer innenfor, har en blind flekk fordi teorien utelukkende ser på den indre følelsesmessige konflikten som opphavet til den ubevisste angsten»

I samtalene kommer Martin inn på sorgen etter far. Han evner etter hvert å føle med seg selv og anerkjenne seg selv for den lille gutten han var, og fortsatt innerst inne er, som trenger og savner sin far. Han kommer også i kontakt med frustrasjon over alt som livet kunne ha blitt, men som det ikke ble, og en frustrasjon rettet mot mor: *«Skulle ønske at vi hadde mer hjelp, det var bare mor og meg ... skulle ønske at hun kunne skjermet meg mer, latt meg fortsette med fotballen»* Idet han sier dette, kommer panikken. Å ta seg selv på alvor og samtidig kjenne frustrasjon og sinne overfor mor aktiverer angst. Etter flere slike samtaler og sekvenser der Martin stadig bedre evner å romme sine smertefulle følelser overfor mor og far, får han også stadig bedre grep om hva han selv trengte da, og ikke minst hva han selv ønsker nå. En dag kommer han til samtale og forteller at han har bestemt seg for å søke seg inn på en videreutdanning! Men til tross for dette er panikkangsten fortsatt der.

I en av samtalene der Martin på nytt forteller om fars død og mors akutte depresjon, kommer vi inn på hvordan det ville vært om også mor ble borte. Tanken utløser panikk som fort fyller hele rommet! Martin holder seg i stolen og hyperventilerer før han brister i gråt. *«Jeg kunne ikke ... jeg måtte ikke miste henne ... Herregud ... det ville vært helt ... Jeg måtte jo hjelpe ... redde henne ... redde meg selv ...»*

Plutselig, en annen forsoning trer frem i Martin, en ny opplevelse og aksept først og fremst av seg selv, sin egen sårbarhet og avhengighet av mor, uten skam, uten angst og uten anklager mot mor. Kun en kjærlighet for henne og for det lille barnet han selv var. Og han lyktes med prosjektet: Han reddet jo seg selv! Selv om mestringen holdt på å bli

skjebnesvanger, begynte han nå å føle noe nytt. Han var på sett og vis tilbake i kontakt med en større del av seg selv. Ikke bare i kontakt med de ulike følelsene overfor mor og far, men også i kontakt med en varmere selvmedfølelse og større aksept for sin egen sårbarhet – og det følte godt.

Sanna

Sanna er en 16 år gammel jente som bor i et fosterhjem på grunn av foreldrenes rusproblemer. Sanna har temperament, sagt på en folkelig måte. Hun fyrer av og lar deg få høre, men overfor sine foreldre er hun svært beskyttende. Etter å ha fått høre fra mor og far at de mest sannsynlig ikke kan være sammen med henne i den planlagte delen av påskeferien fordi foreldrene har kranglet, ender Sanna opp med å ta en overdose med Paracetamol og må kjøres til sykehus. Dagen etter, mens hun fortsatt er innlagt, ringer hun til sin far og forteller at hun er på sykehuset, og at hun hadde «tatt overdose med piller». Far hører på, men like etterpå sier han: «Jeg må legge på for jeg må i et møte.»

Da Sanna forteller om dette i samtalen, tilføyer hun at det er bra at far søker jobber og går på møter. Det er ikke noe synlig sinne eller skuffelse i henne over at far ikke viste mer omsorg og interesse for hvordan hun har det. Terapeuten kjenner sinnet på vegne av henne og rommer det. Uten å legge press på «Hva føler du overfor far når han legger på?», velger terapeuten å kommentere Sannas behov for å beskytte far (og hennes tilknytning til ham): «Du er veldig glad i ham.» Ja, sier hun. «Han er viktig for deg, det forstår jeg.» Ja, sier hun igjen, denne gangen med enda mykere stemme (som om noen følelser er på vei opp). «Jeg skjønner at det er et savn der.» Hun begynner å gråte.

I en ISTDP-fortolkningsramme ville man sagt at Sannas gråt skyller bort sinnet hennes, og at gråten er en del av hennes forsvar mot raseri overfor far. Dette trenger ikke å være feil. Men i et tilknytningsperspektiv vil man si at Sannas gråt også er uttrykk for savn etter kontakt, et uttrykk for et grunnleggende tilknytningsbehov som her anerkjennes både med terapeutens empatiske kommentarer og av Sanna selv. Det viktigste er likevel kanskje ikke det som sies og anerkjennes, men at det faktisk utspilles en kontakt mellom terapeuten og Sanna: Han ser henne slik som hun skulle ønske at far så henne. Det er i dette tause, det som erfares i relasjonen til terapeuten, kall det gjerne i den korrigerende emosjonelle erfaringen, at mye av den terapeutiske kraften ligger.

Når lille Martin mister far, og på et vis også sin mor, og når Sanna får beskjed om at foreldrene ikke kommer til påskebesøk, er det ikke nødvendigvis konfliktfylte følelser overfor foreldrene som aktiverer angst i dem. Det er som om gulvet åpner seg, og i øyeblikket mister de fotfestet! Pilarene som opprettholder selvet, er truet. Kontakten og tilknytningen. Panikken slår inn. «Kanskje de ser meg hvis jeg skader meg selv og på den måten viser hvor vanskelig jeg har det?» kunne underteksten bak Sannas overdose være. Eller: «Uten mor ingen meg!», som Martin kan ha følt på. Angsten er her en primær og umiddelbar reaksjon på den truende atskillelsen, på tapet av kontakt – et tap som etterlater barnet i et tomrom verre enn noe annet. «Nameless dread», som Bion ville kalt det (Bion, 1959).

Relasjonsbehov som kompass

Følelser kan oppleves som trusler mot tilknytningsrelasjoner og kan aktivere angst. Det er dette som er hovedpremisset – og det eneste premisset – i angstteorien som ISTDP bygger på. Dette reduserer all ubevisst angst til å handle om konfliktpatologi (Gullestad & Killingo, 2005; Kohut, 1971). Denne patologien er reell, men er ikke den eneste kilden til ubevisst angst og psykiske plager. Den oppstår når spedbarnet har begynt å utvikle kapasitet til en mer differensiert opplevelse av mor som en egen person utenfor barnets bevissthet og kontroll (Winnicott, 1971; Kernberg, 1992).

I en tidlig, presymbolsk utviklingsfase vil relasjonen i større grad preges av det sanselige: rytmisk versus urytmisk samspill, lyder og berøring, og med større og mindre sekvenser av kontakt og atskillelse (Stern, 1985). Barn i så ung alder har ingen velutviklet kognisjon til å kunne huske slike samspill, men kroppen husker (Sletvold, 2005). Forstyrrelser i samspill, fravær av mor, og andre former for smertefull atskillelse aktiverer angst og introduserer oss for vår sårbarhet og vår avhengighet av hverandre. Vi erfarer tidlig at vi ikke kan ta kontakten for gitt. Dette lagres i kroppen som kroppslige sensasjoner og hjemsøker oss som angst når nye brudd og nye tap truer senere i livet.

Den indre kompetansen til å takle denne angsten avhenger av at vi etter hvert har internalisert nok av gode erfaringer der vi har blitt bekreftet, holdt og rommet, og der våre omsorgspersoner har lyktes i å hjelpe oss med å knytte mening til våre opplevelser. Er det mangel på disse internaliserte erfaringene, snakker vi ikke lenger om konfliktpatologi, men om mangelpatologi (Gullestad & Killingmo, 2005; Kohut, 1971). Det som mangler, må bygges ut. Kanskje det var nettopp dette som skjedde i terapiene til Martin og Sanna?

Det paradoksale er at ovennevnte eksempler fra terapi ikke nødvendigvis er i strid med ISTDP. Gjennom fortolkningsrammen til ISTDP vil man si at terapeuten i disse to kasuistikkene jobber sensitivt med to pasienter som er fragile, der bekreftelsen og stabiliseringen som terapeuten bidrar med, roer ned angsten som tidligere har hindret tenkning og refleksjon, og der nå mening og selvmedfølelse i større grad kan skapes. Spørsmålet er om denne siden av ISTDP er underkommunisert – og kanskje underpraktisert – nettopp fordi angstteorien som modellen bygger på, utelukkende handler om konfliktpatologi.

Blindsone i teori

Som alle gode psykoterapimodeller er også ISTDP en responsstyrt terapi. Terapeuten bestemmer sine intervensjoner ut fra pasientens respons. Tåler pasienten presset? Åpner pasienten seg mer, eller lukker han seg nå? Hvilken type angst er det som aktiveres? Vurderinger som dette påvirker terapeuten valg av intervensjoner. Men ISTDP er også en teoristyrt behandlingsmodell. Det er ikke nødvendigvis noe kritikkverdig i dette. Vi trenger gode teorier som hjelper oss med å samle observasjoner i en meningsfull fortolkningsramme med hypoteser som er etterprøvbare, og som hjelper oss med å navigere i den komplekse virkeligheten. Teorien vil alltid være et

forsøk på å begripe virkeligheten, og må aldri forveksles med virkeligheten selv. En slik selvundersøkende praksis er viktig for alle terapiteorier, og ikke bare for ISTDP. Når en teori blir overlegen den ytre virkelighet, ser vi ikke annet enn våre egne projeksjoner. Hvis en teori rommer en mangel, noe alle teorier strengt tatt gjør, og den mangelen forblir uoppdaget i terapeutenes blindsoner, vil man risikere å ikke se pasientens virkelighet fordi terapeutens egen står i veien. Blindsoner i teorien skaper også blindsoner i terapien.

Angstteorien som ISTDP opererer innenfor, har en blind flekk fordi teorien utelukkende ser på den indre følelsesmessige konflikten som opphavet til den ubevisste angsten. Kanskje teorien bør utvides til i enda større grad å omfavne angst som primærreaksjon på atskillelse og ikke bare som et resultat av ubevisste konfliktfylte følelser. I terapiutøvelsen vil dette kunne øke terapeutenes bevissthet om hvor viktig det er å validere pasientens tilknytningsbehov, anerkjenne vår avhengighet av hverandre, og knytte mening til sårbarheten som ligger i dette.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 11, 2021, side 974-978

TEKST

Zemir Popovac, psykologspesialist, Favne Psykologbistand

+ Vis referanser

Abbass, A. (2021). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations. *Journal of Clinical Psychology*, 58(10), 874-879.

Abbass, A., Campbell, S., Magee, K., & Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Journal of Clinical Psychology*, 11(6), 529-534.

Bion, W.R. (1959). Attacks on linking. *Journal of Analytical Psychology*, 4, 5-6.

Davanloo, H. (1977). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Jason Aronson.

Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies*. Basic Books.

Frederickson, J., DenDooven, B., Abbass, A., Solbakken, O.A., & Rousmaniere, T. (2018). Pilot study: An inpatient drug rehabilitation program based on intensive short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 195-201.

Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Universitetsforlaget.

Kernberg, O. (1992). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Yale University Press.

Kohut, H. (1971). *On Self and Narcissism*. Chicago University Press.

Malan, D.H. (2010). *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Hodder Education.

Nelson, J.K. (1998). The Meaning of Crying Based on Attachment Theory. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 9-22.

- Sletvold, J. (2005). I begynnelsen var kroppen. , (6), 497-504.
- Solbakken, O.A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. , , 67-77.
- Stern, D. (1985). . Routledge.
- Thompson, S.F., Kiff, C.J., & McLaughlin K.A. (2019). The Neurobiology of Stress and Adversity in Infancy. I C.H. Zeanah (red.).