

Den omnipotente terapeut og ISTDP-debatten: Hva lærte vi?



HELBREDEREN ASKLEPIOS Fra myten om Asklepios får vi to vesentlige budskap: faren for hybris, en risiko hos alle hjelpere, og ideen om «den sårede hjelper», skriver artikkelforfatterne. Foto: Netelo/Wikimedia

Ydmykhet og responsivitet overfor klientens signaler er essensielle kvaliteter for psykologer som vil være virksomme terapeuter.

TEKST

Helene Amundsen Nissen-Lie

Erik Stänicke

PUBLISERT 1. november 2022

EMNER

ISTDP

hybris

omnipotens

intensiv dynamisk korttidsterapi

Debatt

terapi

Under et besøk i Pompeii i sommer var førsteforfatter inne i det herskapelige Menander-huset i byen. Huset er fullt av intakte fresker som kan leses som små tegneserier, fortalte guiden, med motiver fra gresk mytologi som bar bud om de kultiverte huseiernes dyder og verdisyn. På en av veggene i Menander-huset ble helten i historien straffet av gudene fordi han hadde vist *hybris* (overmot).

I gresk mytologi ble hybris betraktet som en farlig, om enn svært menneskelig, begrensning. Når mennesket så på seg selv som gudeliknende, altså med egenskaper

forbeholdt gudene, viste de en arroganse som frembragte gudenes forargelse og straff. Et sentralt eksempel er den begavete helbrederen og halvguden Asklepios, sønnen til guden Apollo og kvinnen Koronis, som provoserte Zeus da han forsøkte å vekke de døde til live – noe bare gudene kunne gjøre. Zeus straffet Asklepios sin onnipotens med et dødelig lynnedslag. Asklepios' far Apollo ble rasende over drapet på sønnen og fikk ham sendt som udødelig til Olympos, der skadene fra lynnedslaget gjorde Asklepios i stand til å helbrede andre (Kerenyi, 1968). Fra myten om Asklepios får vi altså to vesentlige budskap: faren for hybris, en risiko hos alle hjelpere, og ideen om «den sårede hjelper» (*the wounded healer*).

Freskene i Pompeii ble en påminnelse om debatten i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* i 2021 og 2022, en debatt som etter vårt skjønn handlet mye om de mulige farene og fristelsene ved nettopp hybris, eller det å innta enn onnipotent rolle, i vårt yrke. Den første til å bruke begrepet i denne sammenhengen var Ingeborg Lishaugen (2021): «Som ISTDP-terapeut følte jeg på en stor grad av onnipotens.» Diskusjonen startet med Camilla B. Flaaten's bekymringsmelding etter ett år i intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP), der hun forteller om et sterkt ubehag ved å få trødd forståelser ned over hodet av en nokså insisterende, men også «kjølig og rigid» terapeut (Flaaten, 2021). Alan Abbas (2021), som lærer opp hundrevis av terapeuter i metoden, peker i et tilsvarende på at det ikke er metoden som foreskriver en slik væremåte. Praksisen som beskrives, må bero på terapeutens misforståtte bruk og manglende sensitivitet for både den bevisste og ubevisste alliansen med klienten, men også at metoden er så «aktiv at det kanskje innebærer en viss risiko for negative effekter». Han legger til: «Når pasientens forsvar ikke er klarlagt før man utfordrer det, kan pasienten selv føle seg angrepet» (Abbas, 2021).

Her oppsummerer vi debatten som kom i kjølvannet av Flaaten's bekymringsmelding. Vi er fullt klar over at vi ikke vet hva som faktisk skjedde i terapien, og at det er hennes erfaring som beskrives. Vi tar likevel utgangspunkt i Flaaten's beskrivelse fordi den er en viktig påminnelse om å ta klientens opplevelse på alvor. Vi ønsker dessuten å kommentere Flaaten's innlegg fordi det skriver seg inn i helt sentrale debatter i terapiforskningsfeltet (se Fors, 2021; Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Nissen-Lie & Rønnestad, 2015). Hun peker indirekte på hvor vanskelig det er å skille *metoden fra terapeuten*. Vi vet at metodisk tilhørighet har stor betydning for terapeutenes identitet, men samtidig er det også kjent at terapeuteffekten er mange ganger større enn metodeeffekten (Wampold & Owen, 2021). Derfor er det relevant å trekke frem den empiriske forskningen på gunstige og ugunstige terapeutegenskaper for å sette Flaaten's innlegg og debatten som fulgte, inn i denne sammenhengen. Vi følger Ole Magnus Vik (Vik, 2022a og b), Henrik Berg (Berg, 2020) og sist Kaja Betin (Betin, 2022); ISTDP-debatten reiser en større diskusjon om terapiens grunnlagsproblemer og vitenskapssyn – og til syvende og siste berører den store spørsmål i vårt fag, for eksempel hvordan vi lar oss informere av teori og empiri, hvordan vi ser på vår rolle i klientens endringsarbeid – og spørsmålet om menneskesyn.

Oppsummering av debatten

Flaaten reiser mange sentrale spørsmål om betydningen av utredning, presisjonspsykiatri og medikamentell behandling. Disse lar vi ligge nå. Det er særlig de følgende momentene vi er opptatt av her: klientens manglende gjenkjennelse av terapeutens tolkning eller forklaringer; at det ble lagt sterke føringer på hva hun egentlig følte, og at insisteringen på en gitt følelse (f.eks. *morderisk raseri*) kan bidra til å skape nettopp et raseri overfor terapeuten, der det er terapeutens intervensjoner, og ikke den underliggende ubevisste dynamikken, som skaper følelsen. Med andre ord snakker vi om risikoen for iatrogene følger av insisterende intervensjoner (se også Gjerde, 2021). Ifølge Flaaten gir klienter etter for trykket og later som de kjenner seg igjen i den følelsen terapeuten mener klienten har uten å vedkjenne seg den.

Dette er en påstand som mangler empirisk dekning, men vi vet at makt-asymmetrien i den terapeutiske relasjonen kan gjøre at pasienten går altfor langt i å tilpasse seg terapien (Fors, 2021). Insisterende intervensjoner kan dekke et behov i klienten også, og det kan oppstå en *suggestiv dynamikk*: Terapeuten bruker suggesjon, og klienten lar seg suggerere. Det er trolig en del av terapiens effekt, og er godt kjent i feltet. Men den kan føre oss på ville veier.

Flaatens signaler om manglende hjelp av terapien ble heller ikke tatt på alvor. Selv om utfall er et komplekst fenomen, tror vi dette er en unnlattelse som begås av mange terapeuter. Det blir en slags «selvtjenende, illusorisk bias» som hjelper terapeuten med skammen når man ikke klarer å hjelpe. Til slutt mener Flaaten at ISTDP inviterer til en altfor konfronterende, rigid og avmålt stil: «Samlet er det altså flere spesifikke aspekter ved metoden som legger opp til et røft forløp», skriver hun.

I sitt tilsvar redegjør Abbas grundig for modellen, inkludert dens hypoteser om patologi og endringsmekanismer og evidensbasen til ISTDP (Abbas, 2021). Han innrømmer at metoden krever mye opplæring og veiledning ved bruk av video, og at den har et iboende potensial for brudd i alliansen og misbruk av visse intervensjoner som utfordrer forsvarssystemet til pasienten.

«Det er mange krefter i pasienten som driver terapeuten inn i en ekspertrolle»

Lishaugens bekjennelse som «omnipotent terapeut» gir et sjeldent innenfraperspektiv på problemet sett fra terapeutens side, og gir kredibilitet til Flaaten's beskrivelse. Lishaugen kunne godt forstå Flaaten's opplevelse og hadde selv følt på en etterlengtet trygghet som bikket over i skråsikkerhet gjennom sin tilegnelse og bruk av ISTDP som verktøy i behandling av pasienter: «Jeg ble ekspert, og det ga meg følelsen av å ha kontroll. Jeg kjente på skråsikkerheten terapimetoden ga meg. Jeg følte meg høyt oppe, og det kjentes så bra å ha oversikt og en viten jeg lenge hadde lengtet etter» (Lishaugen, 2021). Det kjentes besnærende å kunne kode ethvert utsagn fra pasienten og intervenere deretter, og dersom pasienten protesterte, var det et svar på dette i

«manualen». Alt gikk opp! Men det gav Lishaugen en snikende følelse av ubehag, muligens fordi suggesjonens dynamikk har en bismak.

Annette Wolf El-Agroudi, også opplært i metoden, er ikke enig med Lishaugen: «Jeg tolker ikke engasjementet til en ISTDP-terapeut som omnipotens [...], men som spisskompetanse [...] på å lese kropp og en forståelse for betydningen av følelser, angst og forsvar» (El-Agroudi, 2021). El-Agroudi peker på pasientens bidrag i å gjøre terapeuten til ekspert, og mener det kan være skremmende for pasienten når terapeuten blir ikke-vitende. Hennes poeng er, etter vår mening, helt sentralt: Det er mange krefter i pasienten som driver terapeuten inn i en ekspertrolle. Vi drøfter noen av disse kreftene under. Spørsmålet, slik vi ser det, er hvordan vi svarer på dette behovet i pasienten. Er det mulig å utstråle trygghet og autoritet uten å bli autoritær, konfronterende eller skråsikker?

El-Agroudi fortsetter med å sammenlikne det å gå til psykolog med å trekke en tann: «På samme måte som det kan være smertefullt å trekke en tann, kan det gjøre vondt [å endre] relasjoner og kommunikasjon med andre [...]. Da trenger vi en behandler som nettopp presser litt på.» Hun understreker at dette arbeidet gjøres sammen med pasienten, «pakket inn i følelsmessig ømhet, i rammene og strukturen som vi har i spesialisthelsetjenesten». Det er godt mulig at El-Agroudi, og mange ISTDP-terapeuter, makter denne delikate balansegangen, da mange undersøkelser viser til at ISTDP kan ha god effekt (Abbas, 2021). Vi vet samtidig at uansett behandlingsmetode får ikke alle klienter hjelp, og at det er mange klienter som har liknende erfaringer som Flaaten. Om det er misforstått bruk av metoden, bør man være klar over det i veiledningen av metoden. Med andre ord bør fallgruver ved en behandlingsmetode, og ikke bare dens styrker, være et tema i kurs, manualer, veiledning og forskning.

Fra sentralt hold svarer også Filip Myhre ved Norsk institutt for ISTDP på Flaaten bekymringsmelding (Myhre, 2021). Han fremholder at vi trenger studier av prosesser i terapi som leder til negative utfall, at terapeuten har stor definisjonsmakt i terapirommet, og at det kreves en «særlig sensitivitet og vektlegging av pasientens beskrivelser og forståelse av de aktuelle problemene som blir presentert. En for rigid holdning til en terapimodell kan lede til at terrenget tilpasses kartet med de alvorlige kostnader dette kan medføre for pasienten». Dessuten trekker han frem, og vi er helt enige, at ideen om at «en kjølig og avmålt psykologrolle fremskynder terapiprosesser, er dårlig fundert i psykoterapiforskningen». Dette er betraktninger hvor Myhre lener seg på oppdatert kunnskap om terapeutiske prosesser, herunder både klientens og terapeutens bidrag.

«Vi tenker oss at ydmykhet også er en forutsetning for å bli en bedre terapeut»

I en serie artikler i Psykologtidsskriftet anmoder filosof og psykolog Vik (f.eks Vik 2022a) om at representanter for en terapimetode bør ta imot tilbakemeldinger fra klienter,

slike som Flaaten, som en gavepakke. Han skriver videre at ISTDP må «eie» de innbakte konfliktene mellom «deres epistemologiske idealer og deres ydmykhetsidealene». Han bruker den kjente talent-overslagsmodellen: «'Talentet' til ISTDP er et 'overslag' som gjør at risikoen for noen typer 'feil' er høyere enn i andre tradisjoner. Og det er helt greit. For sånn er det for alle som jobber ut fra en metode. Å redusere risikoen for omnipotens ytterligere enn det miljøet allerede gjør, vil derfor sannsynligvis være ensbetydende med å gi opp en del av metodens iboende ethos.»

Vi tenker at Vik har et godt poeng, og spør oss samtidig: Hva er talentet til andre modeller og deres unike overslag? Er det i det hele tatt mulig å anvende en slik tenkning her, all den tid vi snakker om mennesker som tilbyr psykologisk hjelp, inspirert av en metode? Det er jo ikke selve metoden som har talentet og dermed overslaget. Like fullt – hvilke mulige talent-overslag ligger i utøvelsen av de ulike metodene? Kan det være at psykodynamiske terapeuter har en tendens til å overdrive det relasjonelle båndets betydning, mens kognitive terapeuter har en tendens til å fokusere for mye på mål og oppgaver i terapi – for å spekulere innenfor allianseperspektivet? Kanskje har terapeuter innenfor eksistensialistisk-humanistisk terapi en tendens til å overdrive betydningen av å være i og kjenne på følelser. Integrative terapeuter har kanskje en vel stor tro på betydningen av perspektivering. Vi vet ikke, men det er ikke utenkelig at de ulike metodenes styrke i neste sving er deres akilleshæl.

Betydningen av terapeutens egenskaper

Fra terapiforskningen har vi grunn til å hevde at hvem terapeuten er, har større betydning for prosess og utfall av psykoterapi enn hvilken metode han eller hun benytter i behandlingen (Wampold & Owen, 2021). Men som Castonguay et al. (2015) hevder; en bør ikke sette terapeuten opp mot terapien som om de var separate enheter. «Terapien er terapeuten, og terapeuten er terapien. Det innebærer at det som teller, ikke er 'merkevaren', men den terapeutiske tilnærmingen slik den praktiseres av en gitt terapeut, enten det er en psykodynamisk terapeut eller en kognitiv atferdsterapeut (eller en annen), på en helt [unik] måte» (se Castonguay et al., 2015, s. 11, vår oversettelse).

Terapeutens profesjonelle karakteristika, slik som type utdanning, profesjonelle erfaring og teoretiske orientering, har begrenset verdi når det gjelder å differensiere gode fra mindre gode terapeuter (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Det er terapeutens interpersonlige kvaliteter som har størst betydning, for eksempel deres relasjonelle ferdigheter, tilknytningsmønster og interpersonlige stil. I en gjennomgang av forskning på terapeutegenskaper som ble publisert mellom 2000 og 2018, så vi at terapeutens intrapsykeiske egenskaper, som tilknytningsmønster, har betydning for klientens endring, gjerne i interaksjon med klientens patologi eller andre forhold. Sterkest sammenheng mellom terapeutkarakteristika og bedring hos klienten ser vi når terapeutens interpersonlige ferdigheter er målt ved hjelp av *utføringsbaserte oppgaver*, altså der terapeutens ferdigheter og egenskaper måles direkte gjennom konkrete, kliniske oppgaver, slik som i Timothy Andersons studier ved hjelp av Facilitative

Interpersonal Skills-paradigmet (Anderson et al., 2016). Ferdighetene blir fremprovosert i interpersonlig krevende situasjoner, der skuespillere spiller utagerende, kritiske eller passive klienter. Vi kan tenke oss at det er nødvendig med en krevende situasjon for å sette terapeutenes evne til selvkontroll på prøve, noe som innebærer evnen til å romme klienten emosjonelt og «avgifte» pasientens utagerende kommunikasjon (Nissen-Lie, 2019; Stormoen, 2021). Videre viser studier at klienters bedring også kan relateres til terapeutens holdninger til terapeutisk arbeid, vanskeligheter, mestringsstrategier og relasjonell stil, men ikke alltid i forventet retning. Dette så vi eksempel på når terapeutens selvverderte relasjonelle ferdigheter påvirket utfall negativt, mens profesjonell selvtvil og nevrotisisme påvirket utfall positivt (se Heinonen & Nissen-Lie, 2020).

Oppsummert kan vi si at det som kjennetegner dyktige terapeuter, er «deres *profesjonelle interpersonlige ferdigheter*, som trolig har røtter i deres relasjonshistorie (...) men som også formes og videreutvikles gjennom opplæring, livserfaringer, egenerapi, veiledning, klinisk praksis og selvrefleksjon» (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). Det er med andre ord mange faktorer som virker sammen i en terapi, som den Flaaten beskriver.

Ydmykhet

Én kvalitet ved terapeuten som man har viet mer oppmerksomhet de siste årene, er terapeutens *ydmykhet*, noe vi forstår som motsatt av omnipotens. Den engelske filosofen Bertrand Russell skal ha sagt: «problemet i verden er at fanatikere og tåper alltid er så selvsikre, mens kloke mennesker er så fulle av tvil.» Dette vil alltid være innsiktens paradoks: De som i realiteten er mer innsiktsfulle, er mer klar over hvor uendelig stort kunnskapsfeltet er, og blir ydmyke av den erkjennelsen. De som i realiteten har *mindre* kunnskap, kan tro at de har bedre oversikt enn de har, og ser ikke begrensningene i egen forståelse. Dette fenomenet trer frem i mange ulike fag og har fått navnet Dunning-Krüger-effekten, etter forskerne Dunning og Krüger som viste at de som hadde de svakeste prestasjonene innen et fag (f.eks. matematikk, økonomi og andre akademiske fag), overvurderer sin egen prestasjon, mens de som presterer best, undervurderer prestasjonen sin. Nylig har denne tendensen også vist seg innen psykoterapi. Generelt har terapeuter en tendens til å overvurdere sine prestasjoner (McManus et al., 2012) og er ofte lite treffsikre når det gjelder å predikere hvem det går bra og mindre bra med. Videre er overdreven selvtillit mer typisk hos de terapeutene som uavhengige eksperter har vurdert til å være mindre kompetente (Brosan et al., 2008). I en relativt fersk studie fra Tyskland (Ziem & Hoyer, 2020) sammenliknet forskere terapeuters vurdering av fremgangen til klientene sine i terapi med klientenes faktiske fremgang, målt av klientene selv, på ulike utfallsmål. Funnene deres gir til dags dato kanskje den mest overbevisende evidens for betydningen av terapeutens ydmykhet: Desto mer beskjeden eller konservativ vurdering fra terapeutene, jo mer hadde klientene faktisk endret seg (mindre symptomtrykk og bedret livskvalitet).

Slike funn kaster lys over våre egne studier i Norge, som har vist at høyere skårer på profesjonell selvtvil hos terapeuten er forbundet med sterkere pasient-vurdert allianse og større nedgang i interpersonlige vansker hos pasienter som ble behandlet på DPS og ulike poliklinikker (Nissen-Lie et al., 2017). I tillegg kommer studier av kulturell ydmykhet, blant annet i USA. Pasienter med ulike minoritetsbakgrunner som gikk til terapeuter de opplevde som mer *kulturelt ydmyke*, fikk større bedring i psykoterapi (Owen et al., 2016). Å være kulturelt ydmyk innebærer å innta en nysgjerrig, ikke-dømmende og sensitiv holdning til hva klientens kulturelle tilhørighet (seksuell, etnisk, religiøs og andre) betyr for dem. Dette er sannsynligvis ikke begrenset til kulturelle fenomener, men til alle klientens erfaringer. Vi tenker oss at ydmykhet også er en forutsetning for å bli en *bedre* terapeut, gjennom en holdning der man er villig til å korrigere seg selv eller å bli korrigert, og at man åpner for videre læring og utvikling, kort sagt er villig til å engasjere seg i det som for tiden kalles *målrettet trening* (*deliberate practice*) (se Husby & Vaz, 2021). Men ydmykhet handler ikke om å ikke vite hva man holder på med. Snarere handler det om at man er åpen for å ta feil og i stand til å møte kritiske tilbakemeldinger på en ikke-defensiv måte. Ydmykhet er heller ikke angst. I våre studier i Norge så vi blant annet at terapeutens selvrappporterte angst i timene var forbundet med svakere pasient-vurdert allianse (Nissen-Lie et al., 2015). Man kan med andre ord godt være trygg i møte med klienten samtidig som man har en ydmyk holdning til arbeidet man gjør.

Fristet til omnipotens

I psykologien brukes omnipotens som «en betegnelse for en persons urealistiske opplevelse av egen styrke og tro på at man kan beherske (mestre) alle situasjoner» (Malt, 2019).

Vi ser i alle fall tre feller som kan lokke oss inn i omnipotens. De er knyttet til vår sårbarhet, men kan også skapes av presset fra både pasienten og fra samfunnet, inkludert helsemyndighetene. Man kan tenke seg at terapeuter som har strevd med egne problemer, kan være mer sensitive og medfølende overfor klienter. Det ligger i begrepet *the wounded healer* (Nissen-Lie, 2014). På den annen side kan det også gi oss «blinde flekker», slik at vi ubevisst tar kontroll over situasjoner der vi tidligere har følt oss maktesløse. Terapeuter som har vokst opp i emosjonelt krevende eller forstyrrede familier, kan utvikle en *sensitivitet* som kan bli til en viktig ressurs i deres arbeid. Men på et mer ubevisst plan kan en slik oppvekst også ha gitt personen en følelse av utilstrekkelighet som kan bidra til skyldfølelse og angst. Følelsen av utilstrekkelighet kan eksistere ved siden av en opplevelse av å ha vært til nytte som hjelper og «forhandler» i familien, en dynamikk som kan inngå i motivasjonsgrunnlaget for å bli terapeut (Nissen-Lie, 2014). Nettopp i arbeidet som terapeut gis muligheten til å få bekreftet at man er «et godt menneske».

Hybris hos terapeuten kan altså fungere kompensatorisk, men vil særlig ramme de mer narsissistiske blant oss. En slik narsissistisk sårbarhet kan igjen medføre en ikke

ubetydelig risiko for at vi takler motstand eller kritikk dårlig, eller får et behov for å bli beundret og elsket, av alle, inklusive våre pasienter – om enn på en mer subtil måte.

Pasientens behov for en ekspert er også forståelig. At pasienter ønsker på ett nivå at vi er nærmest allvitende, kanskje slik vi en gang forestilte oss at våre foreldre var, og at vi raskt kan avlaste dem for deres smerte, er ikke rart. Som El-Agroudi (2021) er inne på, er det utrygt for pasienten, særlig i starten av et forløp, å møte en altfor ikke-vitende, endog vaklende terapeut som ikke klarer å peke ut en mulig retning i kaoset, men snarere fremstår like utrygg og i villrede som pasienten føler seg. Dette mer eller mindre subtile presset kan virke på oss: Vi kan bli fristet til å bli mer av en ekspert enn det er grunn til å være, fordi vi ikke tåler pasientens skuffelse.

Samfunnet utøver også et press på terapeuten om å tilby rask og kostnadseffektiv endring til hele befolkningen, men gir sjelden gode nok rammebetingelser for å bevirke mer varige endringer. Vi får nye rutiner og prosedyrer (Raskere tilbake, pakkeforløp mv.) og et økende krav om effektivitet, som bidrar til at terapeuten må ta sats for raskt å løse til dels komplekse livsutfordringer. En oppjustering av terapeutens betydning og status i samfunnet har også skapt en terapeutrolle som blir opphøyd til noe annet enn et medmenneske med faglig kunnskap om psykiske helseplager og behandling (Madsen, 2017), ja, det er fristende å si – til et slags overmenneske. Til og med innen psykoterapiforskningen har det vært et påfallende press på å designe studier som viser at en metode er overlegen en annen eller fører til hurtigst mulig bedring. Det er et gode at psykoterapiforskningen bidrar til å utvikle nye og effektive behandlingsmetoder, men i en lang periode har dette foregått på en karikert måte. Akademikere har strebet etter effektivitet i terapi i en slik utstrekning at det har blitt kalt «therapy wars». Vi tror dermed at presset terapeuten kan kjenne på, kommer innenfra, fra pasienten og fra både samfunnet og akademia.

Responsivitet

Flaaten beskrev en terapeut som hun oppfattet ikke lyttet til henne, og som ikke brukte hennes respons som signal for videre intervensjoner, slik vi forstod det. Det overordnede temaet for årets konferanse i *Society for Psychotherapy Research*, som nylig gikk av stabelen i Roma, var *terapeutens responsivitet*. Begrepet ble satt på kartet av Bill Stiles allerede på slutten av 90-tallet, men først 25 år senere synes det å ha fått plass helt i sentrum av vår tenkning om hva som virker i terapi. Ideen til Stiles og medarbeidere (f.eks. Hatcher, 2015; Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009) er at det avgjørende for ethvert terapiforløp og enhver intervensjon er at terapeuten utviser en særegen form for lydhørhet eller responsivitet overfor klientens behov i situasjonen og klientens mottakelighet for en gitt intervensjon. Begrepet responsivitet innebærer å gjøre 'det rette' i enhver situasjon, vel vitende om at 'det rette' hele tiden er i forandring. Med andre ord, det er ikke *intervensjonen* eller *metoden* (f.eks. ISTDP) som virker eller ikke virker, og heller ikke en terapeut, eller for den saks skyld terapeutens stabile egenskaper. Om noe er det en *terapeuts adekvate sensitivitet for pasientens til enhver tid skiftende behov og signaler* som er avgjørende. Hvis en ikke måler responsivitet på en

eller annen måte, er det fånyttet å forsøke å koble ulike sider ved terapeuten til terapiutfall. Vi vil ikke fange inn det som faktisk virker (se Heinonen & Nissen-Lie, 2020). I responsivitet-begrepet ligger sensitivitet og fleksibilitet, det å tilpasse metoden og ens stil til klientens behov og at vi ikke blir rigide i intervensjonsbruken – og for all del ikke blir overkjørende eller insisterende når klienten rygger. Vi vet ikke presist hva som skjedde i terapien som Flaaten beskrev, men vi får en idé om at terapeuten ikke ville fått høye skårer når det gjelder lydhørhet og sensitivitet, som i sin tur sannsynligvis har stor betydning for klientens utbytte av terapi.

Virkelighetsoppfatninger og menneskesyn

ISTDP-debatten reiser også en større diskusjon om terapienes grunnlagsproblemer. Et grunnlagsspørsmål, som sjelden drøftes blant terapeuter eller psykoterapiforskere, er hvilket verdigrunnlag en behandlingsmetode er forankret i. Det foreligger enkelte viktige diskusjoner om verdigrunnlaget i psykoterapi (Berg, 2020; Madsen, 2017; Vik, 2022b), og vi vil nå rette søkelyset mot betydningen av ulike verdibaserte menneskesyn når en utøver terapi. Dessverre er det ikke skrevet så mye om dette. Litteraturen som vi kjenner til, er primært psykoanalytiske perspektiver på menneskesyn. Roy Schafer (1970) skrev en klassisk artikkel om ulike virkelighetsoppfatninger i forståelsen av pasienten, lidelsen og veien til bedring. Disse virkelighetsoppfatningene kan representere ulike menneskesyn. Inspirert av sjangerteori deler Schafer det inn i fire virkelighetsoppfatninger: den komiske, den romantiske, den tragiske og den ironiske. Andre har drøftet dette videre (f.eks. Messer & Winokur, 1984; Messer, 2000; Strenger, 1989), men vi holder oss til Schafers opprinnelige inndeling.

«Vi kan bli fristet til å bli mer av en ekspert enn det er grunn til å være, fordi vi ikke tåler pasientens skuffelse»

Den komiske realitetsoppfatningen fokuserer selektivt på eksterne, kontrollerbare og forutsigbare aspekter ved situasjoner og personer. Oppfatningen hyller kraften i positiv tenkning – og sosial enighet, i motsetning til konflikter, oppfattes som et gode. *Den romantiske realitetsoppfatningen* ser på livet som en reise. Reisen er farlig, heroisk og utgjør en utfordring for alle individer. Målet med reisen er å oppnå noe stort og hellig – det vakre eller det gode. *Den tragiske realitetsoppfatningen* uttrykkes i en sterk interesse for dilemmaer, paradokser, tvetydigheter og skjørheten i vår menneskelighet og subjektive erfaring. Med en slik grunnholdning gjenkjenner en at enhver seier innebærer et tap, at det er smerte i tilfredsstillelse, at også berettigete handlinger innebærer en skyldfølelse, at lidenskap og plikt aldri kan forenes, og at det er tap av muligheter i ethvert valg (Schafer, 1970). *Den ironiske holdningen* til realitetene har i likhet med den tragiske en interesse for konflikter, tvetydigheter og paradokser, men den ser det hele på avstand, den tar ingenting for gitt. Denne oppfatningen tilstreber en begrensnings av menneskelig engasjement i vanskelige situasjoner samtidig som den

konstaterer at livet er vanskelig. Det er en realitetsoppfatning som streber mot å gjøre subjektive erfaringer små og ubetydelige. Selv om det er en negativ klang ved den ironiske holdningen, maner den på sitt beste, ifølge Schafer, til en form for nøkternhet og balansert svar til de andre holdningene.

Poenget med å gjengi de fire virkelighetsoppfatningene til Schafer (1970) er ikke å vise at de er uttømmende. Vi tenker at gode psykoterapeuter har en evne til fleksibelt å innta ulike perspektiver i sitt arbeid. Et sentralt poeng for Schafer er at enkelte analytikere har en slagside den ene eller den andre veien, gjerne mot det tragiske eller romantiske, og at vi trenger en fleksibilitet i å se pasienter fra ulike synsvinkler (se også Strenger, 1989). Etter vårt skjønn mangler vi en formulering av de grunnleggende verdiforankrede før-forståelsene, i hermeneutisk betydning, som preger hvordan vi møter pasienten, og hvordan vi tenker at pasientens problemer skal avhjelpes.

Virkelighetsoppfatninger og menneskesyn i terapimetoder er nærmest et uutforsket område, men det er nærliggende å tenke at terapeuter velger fordypning i metoder ikke bare på grunnlag av metodens effekt, men også fordi teorigrunnlaget i terapimetoden resonnerer med personlige verdier. I forlengelsen av dette kan vi også se for oss at pasienter vil føle seg mer sensitivt, og responsivt, møtt av en terapeut som har et konvergerende verdisyn. Spørsmålet om *hva som virker for hvem*, er altså ikke bare et empirisk spørsmål om hvilken metode som virker best overfor en spesifikk diagnose. Det er kanskje like mye et spørsmål om pasienten ønsker en terapeut som er raskt ute med løsninger og råd (i tråd med en komisk virkelighetsoppfatning), eller om pasienten vil føle seg mer forstått av en terapeut som rommer, validerer og perspektiverer smerten, på tragisk vis i Schafers betydning.

«Uavhengig av vår foretrukne terapeutiske modell og menneskesyn bør vi alle forsøke å bli bevisste på kreftene som kan dytte oss i en usunn, omnipotent retning»

Avsluttende kommentar

Uavhengig av vår foretrukne terapeutiske modell og menneskesyn bør vi alle forsøke å bli bevisste på kreftene som kan dytte oss i en usunn, omnipotent retning. Vi har all grunn til å forholde oss ydmykt til hva som virker i psykoterapi, og til de komplekse samspillene vi kommer inn i. Det vil alltid være forskjell på kart og terreng, og når de divergerer mye, bør terrenget få forrang.

Fra de gamle greske myter kjenner vi Orakelet i Delfi – Apollons prestinne – som kom med spådommer om fremtiden til folk som oppsøkte henne. Over inngangen til tempelet stod følgende ord på gresk: Γνώθι Σεαυτόν (eller: «Gnothi seauton»). Ordene er

oftest blitt oversatt til «Kjenn deg selv» og er referert av mange tenkere innen psykoterapi for å understreke betydningen av selverkjennelse.

En mer presis oversettelse av hva som ligger i dette utsagnet, skal imidlertid være: «Husk at du er menneske, ikke gud» (se Zachrisson, 2021). Det er en advarsel vi alle kan trenge.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 11, 2022, side 1013-1021

TEKST

Helene Amundsen Nissen-Lie

KONTAKT: h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

Erik Stänicke

+ Vis referanser

Abbas, A. (2021). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10), 874-879.

Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X. & Patterson, C. L. (2016). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57-66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>

Berg, H. (2020). Evidens og etikk: Hva er problemet med evidensbasert praksis i psykologi? Fagbokforlaget.

Betin, K. A. (2022). Psykoterapiens tragedie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(9), 838-839.

Brosan, L., Reynolds, S. & Moore, R. (2008). Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581-587. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004438>

Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. G., Muran, J. M. & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>

El-Agroudi, A. W. (2021). Spisskompetanse, ikke omnipotens. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(11), 972-973.

Flaaten, C. B. (2021). Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(6), 2021, 510-512.

Fors, M. (2021). Power Dynamics in the Clinical Situation: A Confluence of Perspectives. *Contemporary Psychoanalysis*, 57(2), 242-269. <https://doi.org/10.1080/00107530.2021.1935191>

Gjerde, H. (2021). Faren ved tolkende intervensjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 704-705.

Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747-757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>

Heinonen, E. & Nissen-Lie, H. A. (2020). What are the characteristics of effective psychotherapists? A systematic literature review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>

- Husby, V. M. & Vaz, A. M. (2021). Målbevisst ferdighetstrening for psykoterapeuter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 594-601.
- Kerenyi, K. (1968). *Asklepios, archetypal image of the physician's existence*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277-295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Lishaugen, I. (2021). Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(9), 782-786.
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Malt, U. (2019, 9. oktober). Omnipotens. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/omnipotent>
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M. & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 292-306. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02028.x>
- Messer, S. B. (2000). Applying the visions of reality to a case of brief therapy. *Journal of psychotherapy integration*, 10(1), 55-70. <https://doi.org/10.1023/A:1009470427889>
- Messer, S. B. & Winokur, M. (1984). *Ways of Knowing and Visions of Reality in Psychoanalytic Therapy And Behavior Therapy*. I H. Arkowitz & S. B. Messer (red.), *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy*. Boston, MA: Springer.
- Myhre, F. (2021). Bekymringsmelding om ISTDP mottatt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(7), 619.
- Nissen-Lie, H. A. (2014). Hvorfor velger noen å bli psykoterapeut? I A. L. von der Lippe, H. A. Nissen-Lie & H. W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Nissen-Lie, H. A. (2019). Klinisk tenkning og terapeutens personlige bidrag. I E. Stänicke, H. Strømme, S. Kristiansen & L. Indrevoll Stänicke (red.), *Klinisk tenkning og psykoanalyse*. Gyldendal Forlag.
- Nissen-Lie, H. A., Høglend, P. A., Havik, O. E., Rønnestad, M. H. & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: Therapist practice experiences as predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(4), 317-327. <https://doi.org/10.1002/cpp.1891>
- Nissen-Lie, H. A. & Rønnestad, M. H. (2015). The empirical evidence of psychotherapist humility as a foundation for psychotherapist expertise. *Psychotherapy Bulletin*, 51, 7-9.
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Stiles, T. C., Solbakken, O. A. & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Owen, J., Tao, K. W., Drinane, J. M., Hook, J., Davis, D. E. & Kune, N. F. (2016). Client perceptions of therapists' multicultural orientation: Cultural (missed) opportunities and cultural humility. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(1), 30-37. <https://doi.org/10.1037/pro0000046>
- Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 51(3), 279-297.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86-91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stormoen, H. R. (2021). Evnen til å avgifte betent klinisk materiale som nøkkelressurs hos terapeuten [Mastergradsoppgave]. *Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo*.
- Strenger, C. (1989). The Classic and the Romantic Visions in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(4), 593-610.

- Vik, O. M. (2022a). Djevelen frister oss der vi er sterkest. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(2), 138-140.
- Vik, O. M. (2022b). Psykoterapiens etos. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(7), 656-663.
- Wampold, B. E. & Owen, J. (2021). Therapist Effects: History, methods, magnitude, and characteristic of effective therapists. I L. G. Castonguay, M. Barkham & W. Lutz (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (7. utg., s. 301-330). New York City: Wiley.
- Zachrisson, A. (2021). *Psychoanalysis my way. Complex Oedipus and other issues*. Kolofon.
- Ziem, M. & Hoyer, J. (2020). Modest, yet progressive: Effective therapists tend to rate therapeutic change less positively than their patients. *Psychotherapy Research*, 30(4), 433-446.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1631502>