

Psykoterapi i utvikling

Randi Ulberg, Anne Grete Hersoug og Tormod Knutsen
REDAKTØRER

Akademika forlag 2012

© Akademika forlag 2012

ISBN 978-82-321-0015-6

Det må ikke kopieres fra denne boken ut over det som er tillatt etter bestemmelser i lov om opphavsrett til åndsverk, og avtaler om kopiering inngått med Kopinor. Dette gjelder også filer, koder eller annen gjengivelse tilknyttet e-bok.

Grafisk formgivning: Akademika forlag

Omslag: Akademika forlag

Trykk og innbinding: AIT Oslo AS

Omslagfoto: Fredrik A.G. Sundbye. www.fredriksundbye.com

Vi bruker miljøsertifiserte trykkerier.

Forlaget har mottatt produksjonsstøtte fra Institutt for psykoterapi.

Henvendelser om denne boken kan rettes til:

Akademika forlag, Oslo

Postboks 33 Blindern

0313 OSLO

Tlf.: 22 85 33 00

E-post: forlag@akademika.no

www.akademikaforlag.no

Ord fra ledelsen ved Institutt for psykoterapi

Institutt for psykoterapi feirer sitt 50-årsjubileum i 2012. Jubileet vil bli markert og feiret, både gjennom historiske tilbakeblikk og med framtidsrettet fokus på det som fortsatt er Instituttets hovedoppgave: utviklingen av en bred og åpen anvendelse av psykodynamisk basert tenkning og psykoterapi.

Psykodynamisk psykoterapi har vært og vil alltid være en utfordring, for både enkeltmennesker og institusjoner, fordi den rører ved det ubehaget vi skjærer oss mot. I psykoterapien jobber vi for at mennesker med psykiske lidelser skal få utvikle seg gjennom å forholde seg til sammensatte og ofte ubehagelige følelser som har hindret utvikling, forstyrret forhold til andre og medført lite frihet i forhold til egne valg. I dagens psykiske helsevern må Instituttet fortsette å kjempe for å gi våre pasienter dette ofte tiltrenge rommet.

Institutt for psykoterapi ble etablert som en utfordring til klassisk psykoanalyse – behandlingen skulle nå og tilpasses flere av pasientene. I dag dreier det seg om å vise at det psykodynamiske behandlingsperspektivet har sin berettigelse sammen med andre veldokumenterte behandlingsformer. I et konglomerat av tilnæringsmuligheter overfor psykiske lidelser har det vært viktig å fremheve at psykoterapi fortsatt skal være en del av helsevesenets behandlingstilbud.

Instituttet har gjennom sine 50 år hatt kontinuerlig fokus på bredde og integrering av de ulike psykodynamisk orienterte retningene, til bred og fleksibel bruk, basert på forskningsmessig dokumentasjon. Pasientenes behov og samfunnets forventninger er retningsgivende, noe som forutsetter dialog med helsemyndighetene og informasjon til befolkningen.

En hjørnestein i Instituttet er utdanningen av høyt kvalifiserte, psykodynamisk baserte psykoterapeuter og veiledere over hele landet. Institutt for psykoterapi har fra starten søkt kontakt med internasjonale miljøer for faglig oppdatering og kompetanseoppbygging, og vi har etter hvert etablert gode faglige samarbeidsrelasjoner nasjonalt og internasjonalt.

Institutt for psykoterapi er stolte over å kunne presentere en jubileumsbok med et livskraftig faglig engasjement. Boken forankrer Instituttet historisk og

er framtidsrettet. Intensjonen er å beskrive bredden i psykodynamisk tenkning gjennom Instituttets 50-årige historie, bidra til å forankre en levende psykodynamisk psykoterapi i samfunnet og til å utvikle tanker om hvor den psykodynamiske psykoterapien vil gå. Gjennom å lage en jubileumsbok, som også kan brukes som lærebok, vil 50-årsmarkeringen forhåpentligvis være til glede for Instituttets medlemmer og kandidater og ellers alle som er interessert i fagets utvikling.

En stor takk rettes til forfatterne og ikke minst til redaksjonskomiteen, som med entusiasme, faglighet og stø hånd har ledet skriveprosessene!

Rune Johansen
Styreleder

Tove Kjersti Kjøseth
Undervisningsleder

Jan Ole Røvik
Administrativ leder

Sign.

Forord

Psykotterapi i utvikling tar opp sentrale kliniske fenomener og begreper fra et vidt spekter av psykodynamisk teori, terapi og forskning. I sentrum står forståelse av pasienten og pasientens behov, og intensjonen er å presentere oppdatert kunnskap med en faglig bred horisont. Forfatterne har skrevet om temaer de er spesielt opptatt av eller har bidratt til diskusjon omkring. Flere sentrale behandlingsformer og temaer er viet egne kapitler: distinksjon mellom psykotterapi og psykoanalyse (Knutsen); relasjonell psykotterapi (Binder); korttids psykodynamisk psykotterapi (Høstmark Nielsen); mentalisering og mentaliseringsbasert terapi (Skårderud); mentaliseringsbasert behandling for borderline-pasienter (Fonagy & Bateman); allianse i psykotterapi (Hersoug); overføring (Ulberg & Høglend; Opdal); motoverføring og proektiv identifikasjon (Zachrisson); utviklingspsykologi (Johansen); arbeid med drømmer i terapi (Rørosgaard); og integrering av psykotterapikunnskap i moderne nevrovitenskap (Johansen). Ulike sider ved det å være psykotterapeut er omtalt i kapitlene til Træsdal og Røvik. Der kliniske eksempler er benyttet, er de anonymisert, eller pasienten er gjort kjent med fremstillingen og er innforstått med den. Rammer rundt den kliniske hverdagen er behandlet i kapitlene til Ekeland og Hytten & Råbu. Problemstillinger rundt opplæring i psykodynamisk psykotterapi er også viet plass i boken.

Kapitlene har temaer som grenser mot hverandre og utfyller hverandre, men de kan leses enkeltvis og også brukes i undervisning. Boken henvender seg til alle som arbeider med psykodynamisk psykotterapi eller utdanner seg i denne terapiformen.

Flere av kapitlene formidler resultater fra nyere forskning i Norge, og boken er dermed relevant for de forholdene psykotterapeuter arbeider under i Norge i dag (bl.a. Hersoug; Røvik; Ulberg & Høglend; Bøgwald).

Institutt for psykotterapi (IFP) ble grunnlagt i 1962, og har gjennom 50 år utviklet seg og blitt stadig større innen utdanning av psykodynamiske psykotterapeuter. Det har inspirert til å publisere en del historisk materiale i denne boken, og i en egen seksjon gjennomgås sentrale deler av IFPs historie og utvikling (Holm, Hundevadt, Sandvik & Kjølseth; Berle & Knutsen; Knutsen &

Grip), samarbeid med andre institusjoner nasjonalt og internasjonalt, statistikk og utdanningsaktivitet, samt historisk billedmateriale. En hovedoppgave for IFP har alltid vært desentralisert videreutdanning av lege- og psykologspesialister som skal arbeide i den kliniske hverdagen over hele landet. Sentralt i bokens del om Institutt for psykoterapi omhandler IFP som utdanningsinstitusjon. Forskningen som presenteres her, tar utgangspunkt i aktiviteten på IFP (Bøgwald; Nerdrum).

Boken viser også den kliniske, teoretiske og forskningsmessig oppdaterte bredden i det faglige miljøet ved IFP. Vi har ønsket å tydeliggjøre den enkeltes forfatters presentasjon av sitt tema, slik at både faglig ståsted og personlig form kommer best mulig til uttrykk. Redaksjonen har hatt et lærerikt og interessant samarbeid med bokens forfattere.

Oslo, januar 2012

Randi Ulberg

Anne Grete Hersoug

Tormod Knutsen

Innhold

- 3..... **Ord fra ledelsen ved Institutt for psykoterapi**
- 5..... **Forord**
- Del I: Ulike behandlingsformer og rammer for terapi**
- 11..... **Hva skal vi med psykoterapi?**
Karsten Hytten og Marit Råbu
- 27..... **Psykoanalytisk psykoterapi eller psykoteraeutisk psykoanalyse?**
Tormod Knutsen
- 47..... **Før og nå**
Relasjonell psykoterapi og forståelsen av overføring
Per-Einar Binder
- 63..... **«Jeg tror terapeuten liker meg»**
Om betydningen av allianse i psykoterapi
Anne Grete Hersoug
- 81..... **Terapeutens indre arbeid**
Refleksjoner over motoverføring og nøytralitet, metode og etikk
Anders Zachrisson
- 97..... **Når, hvordan og for hvem virker overføringsarbeid i
psykodynamisk psykoterapi?**
Randi Ulberg og Per Høglend
- 119..... **Erotisert overføring og grenseoverskridelser**
Lars Christian Opdal
- 131..... **Utvikling – alltid i relasjon**
Psykodynamisk utviklingspsykologi
Rune Johansen
- 149..... **Korttids dynamisk psykoterapi**
Litt historikk, grunnleggende prinsipper
og kliniske tilnæringsmåter
Geir Høstmark Nielsen
- 173..... **Terapiens essens**
Om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi
Finn Skårderud
- 191..... **Mentalization-based treatment for borderline personality disorder**
A brief history of its development and its roots in psychoanalytic
theory and practice
Peter Fonagy & Antony Bateman

- 217..... **Psykoterapi og hjerne**
Rune Johansen
- 233..... **Om drømmen i psykoanalytisk psykoterapi**
Olaf Rørosgaard
- 249..... **Hva gjør det med oss å være terapeuter?**
Jan Ole Røvik
- 263..... **Når terapeuten blir alvorlig syk eller dør**
Tove Træsdal
- 277..... **Er det mulig å forske på psykodynamisk terapi?**
Kjell Petter Bøwald
- 291..... **Psykoterapi – det siste asyl?**
Om forholdet mellom rammevilkår og psykoterapi
Tor-Johan Ekeland

Del II: Institutt for psykoterapi 1962–2012; utvikling og perspektiv

- 309..... **Institutt for psykoterapi**
Bakgrunn og utviklingslinjer
Kari K. Holm, Tor Jakob Sandvik, Egil Hundevadt og Tove Kjersti Kjølseth
- 323..... **Etableringen og utviklingen av undervisningsvirksomheten
ved institutt for psykoterapi**
Agnar Berle og Tormod Knutsen
- 341..... **Pedagogikk, klima og læringsutbytte ved utdanning i
psykodynamisk psykoterapi**
Utdanningen ved Institutt for psykoterapi – kandidatenes erfaringer
Per Nerdrum
- 359..... **Institutt for psykoterapi i bilder og tall**
Oppsummering av de første 50 år
Tormod Knutsen og Tulla Grip
- 379..... **Hva gjør egentlig terapeuten i terapitimene?**
Kjell Petter Bøwald
- 395..... **Samtaler med Carola Mann**
Tor Jakob Sandvik
- 407..... **Forfatterpresentasjoner**

Del I: Ulike behandlingsformer og rammer for terapi

Hva skal vi med psykoterapi?

Karsten Hytten og Marit Råbu

Psykoterapeutiske samtaler handler om å forstå det som pasienter strever med og å bidra til bedre mestring av tilværelsen. Innholdet i samtaleene handler som regel om følelser og relasjoner. De ulike psykoanalytiske psykologiene formulerer noe ulike mål for psykoterapi. Det er god dokumentasjon for at ulike psykoterapimetoder er effektive. Spørsmålene er ikke lenger om psykoterapi virker eller hvilken metode som er best, men på hvilke måter terapi virker. Når psykoterapi skal skreddersys den enkelte pasient, forutsetter det mangfold, integrasjon og fleksibilitet både i teoretisk forståelse og klinisk praksis.

Psykoterapi er samtaler mellom mennesker hvor den ene søker hjelp, og den andre har rollen som hjelper i kraft av sin profesjon. Den eller de som søker hjelp er ofte svært fortvilet og har forsøkt en rekke andre måter å løse problemene sine på, før de oppsøker en psykolog eller psykiater som har kjennskap til teorier om hvordan psykologisk utvikling og endring kan skje. På et overordnet nivå handler terapisaamtalene om å forstå det pasienten strever med, og finne måter å mestre tilværelsen på. Hvilken retning samtaleene tar, og hva de kan komme til å handle om, styres av begge parter i samarbeid. Psykoterapi kan aldri bli noe som én part leverer til en annen, men må alltid være basert på dialog og samarbeid. Humanisme innebærer at enkeltmenneskers velferd og verdier er sentrale, og eksistensielle temaer dreier seg om felles menneskelige grunnvilkår, som avhengighet, sårbarhet, dødelighet, relasjoners skjørhet og eksistensiell ensomhet (Vetlesen 2004). Psykoterapi kan ses på som en humanistisk-eksistensiell praksis der to mennesker møtes med utgangspunkt i pasientens velferd og verdier, og hvor et viktig mål er å styrke pasientens håp om og tro på at hun/han kan leve livet sitt og mestre vanskelighetene. Mennesker som søker psykoterapi, gjør det som regel på grunn av opplevd psykisk lidelse. Psykoterapi er svært etterspurt, og mange opplever at det hjelper.

Psykoterapi og samfunn

En rekke strukturer definerer rammene for en psykoterapeutisk relasjon. Psykoterapeutisk praksis er balansekunst i flere spenningsfelt enn det som kan oppstå i den terapeutiske relasjonen. Perspektivene fra de ulike premissleverandørene rommer dilemmaer knyttet til menneskesyn og forståelsen av hva psykisk lidelse er.

Nye helselover (helsepersonell-loven, pasientrettighetsloven, psykisk helsevern-loven) legger premisser for virksomheten. Det første som vurderes når en søknad om behandling kommer til en psykiatrisk poliklinikk, er om pasienten er en såkalt rettighetspasient (i juridisk forstand). Hvis han eller hun ikke vurderes som det, sendes søknaden i retur med beskjed om at pasienten ikke har rett til spesialistbehandling etter loven. Helsevesenet har sammen med resten av samfunnet blitt preget av innføring av felles standarder, og det kommer stadig pålegg om å innføre nye prosedyrer for kvalitetssikring av behandling, basert på de deskriptive diagnosene. Helsedirektoratet har utviklet behandlingsveiledere som skal være retningsgivende for pasientbehandling. I disse legges det opp til at en og samme lidelse skal behandles likt hos forskjellige mennesker – en tanke som er umulig ut fra et dynamisk psykoterapeutisk perspektiv, der enhver behandling må ta utgangspunkt i menneskers unike livshistorie. Standardisering og prosedyreutvikling kan derfor ha negative og inhumane effekter dersom de begynner å leve sitt eget liv uten kritisk refleksjon (Miller 2004; Tjelta 2010). Psykodynamisk psykoterapi med inspirasjon fra humanistisk og eksistensiell tenkning representerer således verdier og holdninger som tidvis står i kontrast til verdier og holdninger som preger det teknologiske og markedsorienterte vestlige samfunnet (McWilliams 2005). Lidelsen er multidimensjonal og kan ikke reduseres til et klinisk syndrom som kan defineres og måles og elimineres. «Lost in the translation is the meaning of the person of the injury, harm or loss incurred; the role of other individuals who contributed to or who are affected by the injury, harm or loss, and any sense of the moral consequences or ethical impact of the same» (Miller 2004, 39).

I psykisk helsefeltet har det de siste to-tre tiårene skjedd en biologisk dreining. Der psykodynamisk forståelse tidligere hadde en nærmest enerådende plass, har biologisk forståelse samt flere nye psykologiske modeller vunnet frem. Ikke minst har kognitiv terapi blitt en terapiform med stor popularitet og anvendelse. Parallelt med denne utviklingen har de psykiatriske diagnosene økt i antall. Disse diagnosene baserer seg kun på beskrivelse av symptomer (deskriptiv diagnostikk). Utviklingen av deskriptiv diagnostikk i retning av et stadig større antall diagnoser har både positive og negative sider. Flere diagnoser kan gi større

diagnostisk presisjon og bedre kvantitativ forskning på grupper av pasienter. Det kan bidra til bedre kunnskap om årsaker og bedre behandling. En negativ følge er imidlertid at blikket for «hin enkelte» kan svekkes. En kjent amerikansk psykoanalytiker (Vaillant) har formulert problemet med den deskriptive diagnostikken på følgende måte: Poesi er svært valid, men lite reliabelt, mens DSM er svært reliabelt, men lite valid. En grenseløs og ureflektert økning av antall diagnoser kan føre til at naturlige følelser og reaksjoner blir forstått som psykisk sykdom (Horwitz, Wakefield & Spitzer 2007). Diagnoser er kultur- og verdirelative, og det er grunn til å være skeptisk til enkelte deskriptive diagnosers gyldighet. Vi kan f.eks. minne om at homoseksualitet som psykiatrisk diagnose i Norge ble fjernet så sent som i 1977. Det er som regel nyttig å tenke utenom diagnosekategoriene når man skal sette seg inn i hva en pasient strever med. Mange klinikere vet at det er vanskeligere å vurdere diagnosen til en pasient etter hvert som man kjenner vedkommende bedre.

I utviklingen av Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force 2006) har hensikten vært å komplementere den deskriptive diagnostikken med en bred psykodynamisk basert beskrivelse av pasienten. Den opererer med tre dimensjoner der en først klassifiserer spekteret av personlighetsmønstre og forstyrrelser, deretter kartlegger en profil av mental fungering og til slutt lager en symptombeskrivelse med vekt på pasientens subjektive opplevelse.

Gabbard (2005) er en av dem som forsøker å bygge bro mellom deskriptiv psykiatri og psykodynamisk forståelse. Han tenker seg at psykodynamisk forståelse kan anvendes pragmatisk i alle psykiatriske sammenhenger. Andre har inkludert den biopsykososiale modellen når det skal lages en psykodynamisk formulering av pasientens problemer (Summers 2003). Alle mennesker har noe felles med alle andre (eksistensielle grunnvilkår), noe felles med noen andre (f.eks. panikk lidelse) og noe som er unikt for den enkelte. Derfor er det ikke nødvendigvis en motsetning mellom deskriptiv diagnostikk og dynamisk forståelse av psykisk lidelse.

Vi må begrunne nytten av psykoterapi og formidle dette til både brukere, helsevesen og helsebyråkrati. Den tid er definitivt forbi da profesjonsutøvere ikke behøvde å begrunne sin kunnskap i annet enn sin autoritet.

Hva slags kunnskap er psykoterapi basert på?

Grovt forenklet kan vi si et det er to hovedkategorier av teoridannelse innen psykoterapien: Den ene baserer seg på fortolkning av observerte data og prediksjon, og er teoridannelse atskilt fra deltakelse i andre menneskers liv. En annen form

for teoridannelse er den som handler om ettertanke og refleksjon om praksis mellom mennesker. Psykoanalytisk teori har i stor grad vært basert på refleksjon omkring klinisk praksis. Teori basert på klinisk erfaring og refleksjon trenger å bli supplert med kunnskap fra både kvantitativ og kvalitativ empirisk forskning.

Behandlere må forholde seg til flere forståelseshorisonter samtidig. Det finnes solid gruppekunnskap om behandling av pasienter med for eksempel angst, depresjon og psykose. Samtidig trengs det en forståelse av den enkeltes livssituasjon, bakgrunnshistorie og måte å forstå seg selv og andre, for å tilpasse behandlingstilnærmingen. I møte med en alvorlig deprimert pasient kan en riktig deskriptiv diagnose være viktig bl.a. for å forhindre selvmord, og det kan være avgjørende at behandleren har kunnskap om statistiske risikofaktorer for selvmord. Men minst like viktig er en dynamisk vurdering der behandleren forsøker å forstå den enkelte pasients bærekraft for de depressive og potensielt dødelige følelsene (håpløshet, selvforakt, forlatthet og raseri). Det å bli forstått, og at en så stor smerte kan deles i en relasjon reduserer selvmordsfaren (Maltsberger & Goldblatt 1996).

Symptomreduksjon er viktig i all behandling, men folk er forskjellige. Noen av dem som søker hjelp er mest opptatt av å fjerne symptomer så raskt som mulig, mens andre også ønsker å utforske symptomenes mening og sammenheng for derved å forstå egne tanker, følelser og relasjoner bedre. I valg av behandlingsform er pasientens preferanse viktig, og nettopp det er et viktig punkt i erklæringen om evidensbasert praksis (APA 2006).

Psykoterapi virker

Psykoterapiforskning har vist at ulike psykoterapiformer virker (Norcross 2002; 2011; Roth & Fonagy 2005; Wampold 2001), og at psykoanalytisk orientert psykoterapi virker (Shedler 2010a; 2010b).

Norcross (2010) stiller spørsmålet: «Do treatments cure disorders, or do relationships heal people?» Han peker på at ulike teknikker har fått altfor stor plass i debatten om evidensbasert praksis, og at det som får for lite plass er terapeuten som person, den terapeutiske relasjonen, og de ikke-diagnostiserbare karakteristika ved pasienten. Kvantitative metaanalyser av studier av psykoterapiutfall viser at spesifikke terapiteknikker forklarer bare 5–15 prosent av variasjonen (Wampold 2001; Norcross 2002; 2011). At psykoterapeuten som person er en virksom del i psykoterapi, er like evidensbasert som at manualer og ulike psykoterapimetoder er det (Hubble, Duncan & Miller 1999; Kim, Wampold & Bolt 2006; Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad 2010; Norcross 2002; 2011). Det samme gjelder for kvaliteter ved den terapeutiske relasjonen, og for ikke

diagnostiserbare karakteristika ved pasienten (ibid.). En konsekvens av dette burde være å legge vekt på å utdanne sensitive og fleksible klinikere som i hvert fall kjenner godt til betydningen av fellesfaktorer som empati, allianse og enighet om mål. En annen konsekvens burde være å vise toleranse og interesse for andre terapiretninger enn den vi selv representerer (Cooper & McLeod 2007).

Helsedirektoratet har i sin fortolkning av hva evidensbasert behandling er, i altfor stor grad lagt vekt på pasientenes deskriptive diagnoser og hvordan de skal behandles med ulike terapeutiske teknikker og medikamenter. Her er direktoratet i takt med internasjonal kunnskap på området. Evidensbasert praksis «is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences» (APA 2006). Hva slags forskning som frembringer gyldig kunnskap er grundig revidert i APA erklæringen fra 2006. Her rangeres for eksempel ingen forskningsmetoder, tvert om fremheves det at et bredt spektrum av forskningstilnærminger er legitime kunnskapsbaser. Hvilken forskningsmetode som er best egnet, kommer an på hva slags spørsmål man søker svar på. Det er ikke alle forskningsspørsmål om psykoterapi som kan eller bør forsøkes besvart ved hjelp av for eksempel et RCT-design (Norcross, Beutler & Levant 2005).

I klinisk praksis møter en ofte pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Klinisk erfaring tilsier at lengre tids psykoterapi er nødvendig for å få til varig endring ved komplekse tilstander. I en metastudie hvor korttids- og langtids psykodynamisk psykoterapi ble sammenliknet, var det tydelig at langtids psykoterapi var bedre for denne gruppen med hensyn til både samlet behandlingsresultat og personlighetsfungering (Leichsenring & Rabung 2008).

Hvilke mål har psykoanalytisk psykoterapi?

De ulike psykoanalytiske psykologiene (driftspsykologi, egopsykologi, selvpsykologi, interpersonlig psykologi og relasjonell psykoanalyse) har lagt vekt på til dels ulike behandlingsmål. Psykoanalysen var i utgangspunktet opptatt av å gjøre større deler av det ubevisste bevisst (Freud 1923). Andre har vært opptatt av å integrere projiserte deler av selvet (Klein 1959), erstatte umodne selvobjektrelasjoner med mer modne (Kohut 1977), utvide og styrke den konfliktfrie delen av ego (egopsykologi) eller utvide evnen til meningsfull opplevelse (Mitchell & Black 1995). Freuds sunnhetsforståelse baserte seg på menneskers evne til å arbeide og elske. Winnicott (1971) supplerte med evnen til å leke. Målene vi har skissert nedenfor, er hentet fra de ulike psykoanalytiske psykologiene (Pine 1990). De har ulik relevans for ulike pasienter, og enhver psykoterapi må tilpasses den enkelte pasient.

Selvrefleksjon, mentalisering og innsikt

Et viktig behandlingsmål i psykodynamisk psykoterapi er å redusere symptomer, men ikke bare det. Psykoterapi kan også handle om å forstå bakgrunnen for symptomene, og å finne måter å mestre symptomer som man kanskje må leve med. I terapi oppfordres pasienter til å reflektere rundt sine opplevelser og relasjoner sammen med terapeuten. I løpet av terapien utvikles denne evnen slik at pasienter på egen hånd kan reflektere, analysere og forstå seg selv og andre på en bedre måte og dermed også få det bedre i sine relasjoner. Gjennom refleksjon utvikles evnen til mentalisering, som betyr å kunne fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle uttrykk for indre liv (Allen, Fonagy & Bateman 2008).

Et av Freuds credo var å bevisstgjøre ubevisste prosesser. Terapeutens tolkninger av pasientens materiale skulle befordre denne innsikten. Vi kan tenke på innsikt utfra en informasjonsmodell, at innsikten kurerer, eller vi kan tenke at gjennom erfaringen og relasjonen kommer innsikt – eller en kombinasjon av de to. En generell utvikling er en endring fra et mer statisk innsiktbegrep til et som handler om erfaring i relasjon og prosess. Resultater fra den norske FEST-studien viser at bedret selvinnsikt kan forklare mye av langtidseffekten ved psykoterapi (Johansson et al. 2010).

Den autonome aktør

Den autonome aktør føler seg fri til å bestemme over seg selv, er en som handler, og ikke bare en det blir gjort ting med. Hjelp til å utvikle autonomi står sentralt i all psykodynamisk terapi. Alle mennesker er i noen sammenhenger ofre for omstendigheter, og i andre sammenhenger aktive aktører i eget liv. Det å hjelpe mennesker bort fra en offerposisjon til å bli ansvarlige aktører skaper større grad av frihet, men også sårbarhet og et uomgjengelig ansvar (Benjamin 2004). Å kunne hevde seg selv og sette adekvate grenser for andre er sider ved det å være en autonom aktør.

Identitet og selvtillit

Folk trenger å føle seg forstått, speilet, akseptert og få validert subjektiv opplevelse. Ett mål for terapi kan være å få en mer realistisk basert selvtillit og en større evne til selvfølelsesregulering. Selvaksept innebærer større rom for egen ufullkommenhet og kanskje også større rom for andre. For å nå frem mot slike mål må man forholde seg aktivt og etter hvert også forsone seg mer med livets grunnvilkår («the givens of existence») (Yalom 1980).

Å erkjenne og forholde seg til følelser

Det å utvikle større affektbevissthet kan være en hjelp til å forstå seg selv og andre mennesker bedre. Når følelser brukes som informasjonssystem, kan relasjoner bli mer forståelige og meningsfulle. Det å erkjenne og forstå egne følelser gjør det også lettere å regulere følelser – dels alene, dels sammen med andre. I emosjonsteori blir følelser sett på som fundamentalt adaptive og ikke opplevelser som skal reduseres. Noen er vonde, og mange trenger en å bære. Positive emosjoner kan dempe de negative. Nysgjerrighet kan ofte begrense sinne og frykt, mens skam og skyld modulerer andre emosjoners uttrykk, og kjærlighet påvirker alt vi føler og gjør. Slik sett blir emosjoner de sterkeste modulatorene av andre emosjoner. De motiverer oss og er sentrale i vår oppfatning av oss selv.

Egostyrke og et sammenhengende selv

Egostyrke handler om å kunne mestre tilværelsen på tross av påkjenninger. Man må mestre belastning uten å miste grepet og tolerere indre konflikt, slik at man verken blir paralyisert av overdreven skam og skyldfølelse, eller utagerer enhver impuls. I mange sammenhenger vil det være et gode å kunne holde på følelser og forholde seg til realiteten. Det er tre overlappende aspekter ved egostyrke: tilpasning til realitet, realitetstesting og realitetssans. Bromberg (1993) har formulert kunsten å ha et sammenhengende selv som det å føle seg som en, selv om man er mange: «Health is the ability to stand in the spaces between realities without losing any of them. This is what I believe self-acceptance means and what creativity is really all about – the capacity to feel like oneself while being many» (Bromberg 1993, 166).

Mer gjensidige og meningsfulle relasjoner

I interpersonlig psykoanalyse er det et formulert mål å utvikle mer tilfredsstillende relasjoner. I Sullivans (1953) forståelse er angst i relasjoner et hinder for en gjensidig og trygg anerkjennelse (Sullivan 1953; Mitchell 1993). Målet er å utvide evnen til opplevelse, oppleve større trygghet i relasjoner og kunne ta i bruk flere sider av seg selv i sin samhandling med andre. I terapien skjer dette bl.a. ved å ha et konkret fokus på hva en gjør i relasjoner, og hvordan en ved å forsvare seg mot angst i relasjon begrenser både sin egen og andres utfoldelse.

Evne til fri assosiasjon

De nevnte målene i terapi har vært ulikt vektlagt i psykoanalysens psykologier. Bollas (1991) hevder at de ulike målene har marginalisert middelet – nemlig fri assosiasjon. Det Freud formulerte som behandlingsmetode, fremhever Bollas

som et mål i seg selv. Fri assosiasjon blir i denne sammenheng en ny og frigjørende sinnstilstand. I psykoanalyse blir det arbeidet med motstand mot fri assosiasjon, og analysander blir som regel friere i sin assosiering i løpet av analysen. Pasienten blir ledigere overfor seg selv, friere og mindre bundet i relasjoner.

Hvilke metoder brukes for å nå målene?

Vi vil basert på Nancy McWilliams (2004) og Jonathan Shedler (2010a og b) kort oppsummere noen kjennetegn ved psykodynamisk terapi. Disse kjennetegnene er viktige og delvis overlappende dimensjoner, og mange av dem er også kjennetegn ved andre terapiretninger.

Fokus på affekt og det å uttrykke følelser

Det blir lagt vekt på å utforske og drøfte følelser i sin fulle bredde. Terapeuten hjelper pasienten til å beskrive og sette ord på følelsene, inkludert motsetningsfulle følelser og følelser som er kompliserte eller oppleves truende, eller som pasienten i utgangspunktet ikke er i stand til å erkjenne eller anerkjenne.

Anerkjenne fantasier

Fantasier, drømmer og dagdrømmer kan være viktige kilder til å forstå pasienter bedre. Freuds syn på drøm som tilslørte versjoner av ønsker har blitt utvidet til at drøm også kan si noe om andre indre prosesser. Fantasi og dagdrøm som bringer oss bort fra den ytre virkeligheten, kan på samme måte kaste lys over pasientens følelser, savn og konflikter. Ofte vil drøm og fantasiliv endre seg gjennom en terapi, både ved at fantasi og drømmeliv verdsettes og anerkjennes, men også ved at pasienten blir mer realistisk og forsonet i synet på seg selv og eget liv.

Utforskning av forsøk på å unngå aspekter ved opplevelse

Folk gjør gjerne mye forskjellig – bevisst eller ubevisst – for å unngå aspekter ved opplevelser som er smertefulle eller truende på ulike vis. Denne unngåelsen er det som vi i teoretiske termer kaller forsvar eller motstand. Psykodynamisk terapi fokuserer aktivt på det å utforske utelatelser, motsigelser og uklarheter i pasientens fortelling (Levenson 1983).

Identifikasjon av mønstre og temaer som går igjen

I terapien handler det om å utforske tema som går igjen, og mønstre i pasientens tanker, følelser, selvopplevelse, relasjoner og livserfaringer. I noen tilfeller kan pasienten være klar over mønstre som smertefulle eller selvdestruktive, men

allikevel føle seg ute av stand til å endre dem. I andre tilfeller kan det være mønstre som pasienten ikke er klar over, men som terapeut og pasient kan oppdage sammen og forsøke å forstå.

Utforskning av tidligere erfaringer

Utforskning av tidligere erfaringer er relatert til det å identifisere gjentakelser i tema og mønstre. Det kan handle om erfaring med tilknytningspersoner, og tilknytningsmønstre som har betydning for hvordan man opplever nåværende relasjoner. Det dreier seg også om å utforske forholdet mellom før og nå, og på hvilke måter fortiden «lever videre» i nåtid. Fokuset er ikke på fortiden for dens egen skyld, men snarere på hvordan fortiden kan kaste lys over aktuelle psykologiske vansker, og dermed forhåpentligvis gi pasienten mulighet til å leve mer fullverdig i nåtid.

Fokus på interpersonlige relasjoner

Sullivan (1954) definerte psykiatri som studiet av interpersonlige relasjoner. Dermed ble det å stille spørsmål om hva som skjer i pasientens relasjoner, den sentrale metoden («the detailed inquiry»), og terapeuten ble å anse som deltakende observatør. Psykoanalytisk praksis har i økende grad lagt vekt på pasientens relasjoner og interpersonlige opplevelser, og det snakkes ofte om relasjonelle tema. Både adaptive og ikke-adaptive aspekter ved personlighet og selvopplevelse er viktig å se i sammenheng med tilknytningsrelasjoner (Wallin 2007).

Utforskning av den terapeutiske relasjonen

Relasjonen mellom terapeut og pasient er i seg selv en viktig interpersonlig relasjon som kan bli svært meningsfull og emosjonelt ladet. Gjentakelsesmønstre og temaer i en persons relasjoner eller måter å interagere med andre på vil gjerne melde seg i terapirelasjonen. Overføring handler om at ubevisste elementer av pasientens personlighet og tidligere relasjonserfaringer projiseres på terapeuten. Det er ikke nødvendigvis det pasienten sier om relasjonen eller om terapeuten som er viktig, det handler like mye om måten hun eller han relaterer seg til terapeuten på. Erfaringer styrer forventninger og forventninger styrer erfaringer. Vi plasserer andre som minner oss om noen vi kjenner fra før i kategorier, på bakgrunn av de erfaringene vi har. Dermed kan tidligere erfaringer også begrense hva vi kan oppleve i nåtid. Det innebærer ikke nødvendigvis at man alltid skal jobbe aktivt med å tolke overføring, men man skal ha et reflektert forhold til det i relasjonen alltid er elementer av overføring, og at man også kan arbeide med pasientens fantasier om terapeuten og om relasjonen. Ifølge Gill (1984)

er det ikke ytre kriterier, som antall timer i uka eller liggende stilling som kjen-
netegner psykoanalyse, men det at det arbeides i et overføringsforhold.

Mangfold, fleksibilitet og integrasjon

Selv om det kan være krevende å balansere mellom ulike forståelseshorisonter, er det viktig med et mangfold av forståelsesmåter når vi holder på med noe så komplekst som menneskers psykiske liv og lidelse. Det hører også med til fagetikken å anerkjenne og kommunisere med profesjonsutøvere som tenker annerledes, og å kjenne egne begrensninger. Teorier om psykoterapi, både ulike psykoanalytiske perspektiver og andre psykoterapiteorier, handler om måter å forsøke å forstå og forklare mange av de samme fenomenene. Enhver teori i denne bransjen er et hjelpemiddel for terapeuten. Teori kan hjelpe oss til å forstå pasienten bedre, og til å redusere risikoen for å utagere overfor pasienter (f.eks. bli moraliserende). I tillegg til teori om hva som kan hjelpe pasienten i hennes/hans utvikling, kan teorier for eksempel hjelpe terapeuten til å få nødvendig distanse til overveldende følelser og til ikke bli overbelastet. Psykodynamisk teori kan hjelpe oss til å tåle for eksempel å bli gjort til noe annet i overføringen. Å snakke om dette kan være en konstruktiv del av en forhandling og en terapeutisk utveksling (Pizer 1999).

Også innenfor psykoanalysen er det mangfoldige og motsetningsfylte teorier (Mitchell & Black 1995; Pine 1990; Råbu & Hytten 1998). Psykoanalysen består av komplekse teorier om komplekse fenomener. Som terapimetode tar den tid å tilegne seg. Det handler om forståelse, refleksjon og fordypning. En nyere utvikling innenfor psykoanalysen er den relasjonelle vendingen (Binder 2006; Binder et al. 2006; Mitchell & Aron 1999; Wachtel 2008). Racker (1968) var tidlig ute med å forstå den analytiske situasjonen i dyadiske termer. Han understreket at terapeuter, i likhet med alle andre, strever med det samme som pasienter. Vi er alle sårbare. «The truth is that it is an interaction between two personalities... and each of these whole personalities... responds to every event of the analytic situation» (Racker 1968, 136).

Foregangsfigurer i denne diskusjonen har advart mot å forstå den relasjonelle vending som en ny psykoanalytisk skoleretning. Mitchells (1993) prosjekt var i stor grad komparativ psykoanalyse, hvor han diskuterte ulike psykoanalytiske tekster i forhold til hverandre, bl.a for å finne forskjeller og likheter. Sentrale elementer er synet på terapi som en toveis prosess hvor både klientens og terapeuten sårbarhet er involvert. Motoverføring brukes ikke bare som informasjon for terapeuten, men også som gjennomtenkte selvavsløringer i dialog. Som i all