

bulletinen

Årgang 23, Nr 1, 2019



Institutt for psykoterapi

Innholdsfortegnelse

Informasjon fra daglig ledelse	3
 Faglige innlegg	
Ferenczi-workshop (IV)	5
Tormod Knutsen	
Drømmen om det brennende huset. Fra The history of psychoanalysis series: “Freud and the Dora case” av Cesare Romano 2015, kapittel 5	8
Sammendrag ved Wenche Sortebogen	
Psykoanalytisk metode: Et spørsmål om rammer, lytting og kryssingen av Rødehavet	12
Olaf Rørosgaard	
Noen momenter vedrørende psykoterapiveiledningens historie	23
Tormod Knutsen	
Bokomtale «The Metapsychology of Christopher Bollas – an introduction» av Sarah Nettleton	32
Tove Træsdal	
Deborah Cabaniss: Teaching Psychodynamic Formulation	33
Linda Huneide	
Instituttet deltar i Norsk longitudinell studie av terapeuters utvikling, utdanning, erfaring, stil og holding (NORTUT)	35
av Forskningsutvalget	
Kandidatpublikasjoner	37
-Jeswanthiny Pushparajah Mayooran: Detaljane bak maska	37
-Synnøve Fjeldaas: Idealiseringens rolle i terapiprosessen	44
Referat fra Generalforsamling 2019	53
Utvalg for Etterutdanning: Informasjon om seminarer	56
Minneord	58
Om Eivind Haga	
Om Egil Hundevadt	
Intervju av Egil Hundevadt gjort i forbindelse med hans 80-årsdag i 2011 ved Annikken Olsen	60
Annen informasjon	65

Kontaktinformasjon:

Postboks 4254 Nydalen, 0401 OSLO

Tlf: 22 58 17 70

E-post: sekr@instpsyk.no

Hjemmeside: www.instpsyk.no

Redaksjonen: Ole Johan Finnøy (ansvarlig redaktør), Mette Marita Johansen (tidligere administrativ leder) og Marthe Schierenbeck (administrasjonssekretær).

Bilder: Mette Marita Johansen

ISSN 1893-5893



Informasjon fra daglig ledelse.

Det er med begeistring vi i redaksjonen publiserer dette nummer av bulletinen. Vi må tilbake til 2016 siden forrige utgave. 2017 bar preg av arbeid med svært mange saker, skifte av undervisningsleder og at sekretær sluttet i oktober. Ved overgangen til 2018 ble det vedtatt å oppjustere sekretærstillingen til administrasjonssekretær, noe som har vært en vellykket forandring. I 2018 ønsket vi ny administrasjonssekretær, Marthe Schierenbeck, velkommen.

Overgang til nytt økonomisystem har i 2018 vært et krafttak av administrasjonsleder og administrasjonssekretær med å rydde opp i regnskap fra tidligere og få det over i nytt nettbasert regnskapssystem. Dette arbeidet har vist seg å være en god investering i god økonomistyring. Tilskuddet vi får fra Helsedirektoratet er hele tiden mindre enn det vi søker om. Men vi har både i 2017 og 2018 greid å holde budsjetttrammene. Vi har nå sågar penger til overs slik at vi kan pusse opp lokalene på Instituttet dette året.

I 2018 har det vært ytterligere fokus på en landsdekkende rekruttering av kandidater. Vi har arrangerte rekrutteringsseminarer både i Skien og Tromsø i samarbeid med lokale krefter, noe som sannsynligvis har bidratt til at det nå er innføringsseminarer i gang på begge steder. Vi satser i tråd med vår utdanningsprofil på å holde vår utdanningsvirksomhet i gang i alle deler av landet. Vi erfarer at det er større konkurranse med andre utdanninger og at mange sykehus/avdelinger velger mindre omfattende utdanninger for sine behandlere. Vi innser at vi er avhengig av å samarbeide med lokale krefter som har forbindelser i avdelingene og de som tar beslutninger der slik at informasjon og gode argumenter for vår utdanning kan nå rette vedkommende. Vi opplever stor interesse for vår utdanning fra potensielle kandidater, men mange rapporterer om vansker med å få støtte til å delta og ta seg fri til seminaret en gang i måneden. Vi har likevel stor

aktivitet med seminarene der vi har ca. 130 kandidater i utdanning til enhver tid. Det er mulig vi trenger flere lærere til seminarene om kort tid og vil da utlyse dette for medlemmene ved instituttet.

Den siste undervisningsplanen innførte krav om skriftlig arbeide både på innføringseminaret og videregående seminar og mange interessante arbeider er presentert. Vi vil gjerne presentere noen av arbeidene i Bulletinen også og de første skriftlige bidragene er med i denne Bulletinen i vår nye kandidatseksjon av tidsskriftet. Vi håper dette kan være med å synliggjøre kandidatene ved instituttet og gjøre oss til en mer skrivende organisasjon som presenterer våre perspektiver i mange sammenhenger.

Vi skal i dette året komme i gang med en diskusjon omkring instituttet sine krav til egenbehandling av kandidatene på videregående seminar. I og med at dette er en sentral identitetsskapende ordning i vårt institutt håper vi å dra med alle medlemmer og kandidater i diskusjonen omkring ordningen. Den blir også tatt opp i ulike fora i instituttet. Det vil dermed komme en orientering og sakspresentasjon på elektronisk mail til alle slik at alle får anledning til å uttale seg og mene noe om dette før eventuell ny ordning blir vedtatt.

Dagliglivet på Instituttet bærer preg av god stemning og samarbeid med husets folk som leier kontorer, utvalgene, daglig ledelse og styret, og ikke minst kontakt med medlemmer og kandidater.

Ved årsskiftet sluttet administrasjonsleder og undervisningsleder er nå også fungerende administrasjonsleder. Vi håper nå at noen kunne tenke seg å søke til administrasjonslederstillingen og være en del av daglig ledelse i fortsettelsen.

Jeg vil benytte anledningen til å takke Mette Marita Johansen for hennes innsats som administrasjonsleder frem til årsskiftet og for å ville være lærer ved instituttet videre!

Da gjenstår det å ønske dere alle en fin sommer og god ferie.

Vennlig hilsen Ole Johan Finnøy.

Undervisningsleder og fungerende administrativ leder.



Ferenczi IV – workshop: Freud, Dora og Ferenczi. Drømmens traumatolytiske funksjon.

Innledning ved Tormod Knutsen

Lørdag 6.mai 2017 kl.09.00 -15.00, i Pilestredet Park 7, i bygningen som huset Kvinneklivnikken på det gamle Rikshospitalet. Til sammen 12 personer hadde møtt frem i det nydelige vårværet.

Utgangspunkt for denne Ferenczi-workshopen var første del (s.1-106, samt forordet) av Cesare Romano: Freud and the Dora Case (London: Karnac 2015).

Dora ("Bruddstykke av en hysterianalyse", Oslo: Cappelen 2007) er blitt en av Freuds mest berømte sykehistorier. Dette var en behandling Freud foretok i noen høstmåneder i 1900. Dette var flere år før Freud og Ferenczi møttes, slik at ut fra kronologien har dette ikke noe med hverandre å gjøre. Likevel berører denne sykehistorien kliniske utfordringer som psykoanalysen siden har strevet med, og som også gjorde seg gjeldende i hvordan forholdet mellom Freud og Ferenczi utviklet seg.

'Dora' skulle være Freuds mesterstykket mht. klinisk anvendelse av drømmetydningsteknikken, slik han beskrev denne i 1900. 'Dora' kan også leses som Freuds oppgjør med sin tidligere forføringsteori som årsak til hysteriske lidelser, en teori som Ferenczi gjenopplivet vel 30 år senere. I det berømte Etterordet er det særlig overføringens betydning for det brutte forløpet som Freud gjør sine lesere oppmerksom på, og dette ble en av Freuds viktigste kliniske oppdagelser. Mange i ettertiden har nok også 'lest' Freuds motoverføringsreaksjoner i underteksten.

På den tiden Freud behandlet Dora arbeidet Ferenczi med samme problematikken (seksualitet, overgrep, traumer) i en helt annen setting. En av hans pasienter på psykiatrisk sykehus var en lesbisk, transseksuell prostituert kvinne, Rosa K. Ferenczi var også allerede på den tiden en sterk pådriver for å få avkriminalisert og av-psykiatrisert homoseksualitet.

Ferenczi kommenterte 'Dora' flere ganger i sine psykoanalytiske artikler fra 1909 og utover, men særlig viktig ble det mot slutten av hans liv, da han utviklet sin traumeteori slik den best er beskrevet i *Confusion of tongues*-artikkelen fra 1933. I *Notes and Fragments* (1930-32) har Ferenczi skrevet "*On the Revision of the Interpretation of Dreams*", et 5-siders notat hvor han introduserer konseptet om drømmens *traumatolytiske* funksjon, altså at drømmens funksjon ikke er ønskeoppfyllelse eller bevaring av søvnen, slik Freud hevdet, men også en bearbeiding av tidlige traumer. Eller man kan se på dette som grunnlaget for personens evne til resiliens, dvs. evnen til å gjennomarbeide traumatiske opplevelser.

Doras livsløp – en skisse

Denne oppstillingen er basert på Stracheys forord til Freuds artikkel i Standard Edition. Doras egentlige navn er senere blitt kjent som Ida Bauer. Broren Otto – som også er omtalt, bl.a. i Drømmen om det brennende huset – ble senere en kjent sosialdemokratisk politiker i Østerrike etter første verdenskrig. Han var bl.a. utenriksminister en kort periode. Han flyktet til Tsjekkoslovakia i 1934 etter Anschluss, deretter til Frankrike, hvor han døde i 1938. Dora og Fru K. samarbeidet i frivillig arbeid, bl.a. startet de en bridge-skole for kvinner. Dora (Ida) giftet seg i 1903 med Ernst Adler, musiker, og sammen fikk de sønnen Kurt Herbert Adler (1905-1988), som senere ble dirigent og sjef i San Fransisco-operaen, og han sies å skal ha «oppdaget» Pavarotti. Dora flyttet til New York, døde i 1945. Oppsøkte lege / psykoanalytiker Felix Deutsch i 1923 (se ref-listen for artikkel).

1882: Dora født

1884-86: Mulig forføring (dvs. før ødipale periode) ('noe dunkelt i barndommen')

1888: Far symptomer på *Tabes dorsalis* (sen-stadium av syfilis). Familien flytter til Syd-Tyrol

1889-1890: Sengevæting, dyspné (hysteriske symptomer)

1892: Far netthinneavløsning. Måtte tilbringe tiden i mørkt rom, pleiet av fru K

1894: Far forvirringsanfall. Oppsøkte Freud, anti-luetisk behandling (kvikksølv)

1894: Dora utvikler migrene og nervøs hoste

1896: Herr K.'s kyss. Dora 14 år

1898: Doras første gang hos Freud. Tante død. Scenen ved sjøen L., Herr K.'s forføringsforsøk

1899: Mars: Dora får appendicit. Familien flytter fra Italia

1900: Familien flytter til Wien. Dora: Suicidaltrussel. Okt-des: Analyse hos Freud

1901: (Januar) Freud skriver ned sykehistorien. Mai: Ekteparet K.'s yngste barn dør

1902: (1.april!). Doras enkeltstående og siste konsultasjon hos Freud

1905: Freud publiserer sykehistorien

Både far og Herr K. var smittet av syfilis. Jfr. omtalen av den første drømmen hvor mors og Doras utflod spiller en viss rolle i tolkningen. Muligens var herr K.'s yngste barn (som døde i 1901) også smittet av syfilis. Hun var 'medfødt syk'.

Seksualitet og hysteri

Freud utviklet sine teorier om dette i løpet av 1890-årene. Han mente først at hysteri var en nevrose som oppstår fra kjønnsorganet, en slags *refleks-nevrose*, som bl.a. nevrologen Romberg snakket om. Freud selv hadde hospitert hos legen Baginsky i Berlin i 1886. Han var kjent for å kurere hysteriske tilstander (forårsaket av masturbasjon!) hos barn og ungdom ved omskjæring (av både jenter og gutter) og kastrasjon (av unge kvinner). Dette var en praksis som ikke var uvanlig fra 1875 og utover til litt innpå 1900-tallet. Det sies at når mor til dagens Prins Philip i Storbritannia, Prinsesse Alice, og også bror til senere Lord Mountbatten (1900-1979), ble innlagt på det psykoanalytiske hospitalet Schloss Tegel på slutten av 1920-tallet, ble Freud rådspurt om hvordan man kunne behandle hennes alvorlige psykiske tilstand. Freud foreslo å fjerne ovariene.

Men parallelt med arbeidet med sine pasienter, ble Freud mer og mer klar over de seksuelle overgrepens betydning for utvikling av nevrosene, slik at han i 1895 presenterte sin forføringsteori. En kan også se på dette som en videreføring av Charcots teorier. Men allerede året etter begynte han å tvile på riktigheten av denne, og med publiseringen av Doras historie, samme år som essayene om seksualteorien, stadfestet han endelig sin ødipal-teori. At det var barnets iboende / medfødte drift som skapte (ubevisste) fantasier om seksuelt å erobre den av foreldrene som er av motsatt kjønn (og drepe den andre). Masturbasjon ble sett på som utslag av den konflikten dette ønsket medfører, og ikke som tidligere – et tegn på at det hadde forekommet en seksuell forføring fra en voksen mann (far).’

Hvem lyttet Freud til?

Dette er poenget ved å trekke linjene mellom Freuds behandling av Dora og Ferenczis artikkel *Confusion of Tongues*, slik Romano gjør mot slutten av den første delen av sin bok. Mange mener nok at Freud ‘tok parti’ mot Dora. Dette belyses grundig i omtalen av kapitlet om det brennende huset nedenfor. Rackers (1957) begrep konkordant og komplementær identifikasjon (og motoverføring) dekker noe av samme, som en annen måte å annamme spenningen i den kliniske situasjonen på – hvilken ‘del’ av pasienten kan / skal analytiker lytte til. Samtidig blir *Det store spørsmålet* om traumenes plass (for eksempel seksuelle overgrep) ved utvikling hysteriske symptomer. Spørsmålet er fortsatt uløst. For tiden diskuteres livlig sammenhengen og forskjellene mellom posttraumatiske tilstander, personlighetsforstyrrelser og psykoser.

Dora er fortsatt svært aktuell.

Klinisk presentasjon

Iulia Ekeberg la i løpet av dagen frem klinisk materiale som basis for drøfting, hvor fokus ble lagt på bruk av, assosiasjoner til og tolkninger av drømmer. Til sammen 7 drømmer ble omtalt, noe som ga mulighet til å se på utviklingen av drømmene over tid. Gruppen fikk snakket om ulike aspekter av dette materiale. Flere trakk også inn erfaringer fra egen psykoterapeutisk praksis.

Referanser:

Berle, A. (2016): Sandor Ferenczis traumeteori. *Bulletinen*, 2/2016

Deutsch, F. (1957). A Footnote to Freud's 'Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria'. *Psychoanal Quarterly*, 26:159-167. (se pepweb)

Ferenczi, S.(1932): “On the Revision of the Interpretation of Dreams”, Notes and Fragments 1930-32. I *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*, pp.238-243

Freud, S (2007 (1905)). *Bruddstykke av en hysterianalyse*. Oslo: Cappelen (eller pepweb)

Gaztambide, D.J. (2012). “A Psychotherapy for the People”: Freud, Ferenczi, and Psychoanalytic Work with the Underprivileged. *Contemp. Psychoanal.*, 48:141-165. (se pepweb)

Haynal, André (2016): A 'Wise Baby'? Ferenczi's presence (fra: *Rachman (ed): The Budapest school of psychoanalysis*, Routledge 2016)

Hidas, György (2012). Ferenczi and trauma: a perilous journey to the labyrinth (Fra: *Szekacs-Weisz & Keve (eds): Ferenczi and his world. Rekindling the spirit of the Budapest school*. Karnac 2012)

Rachman, A.R. (2016): Psychoanalysis' neglect of the incest trauma. (fra *Rachman (ed): The Budapest school of psychoanalysis*, Routledge 2016)

Romano, Cesare (2015): *Freud and the Dora Case*. London: Karnac



Drømmen om det brennende huset.

The history of psychoanalysis series: "Freud and the Dora case" av Cesare Romano 2015, kapittel 5.

Sammendrag ved Wenche Sortebogen

A house was on fire. My father was standing by my bed and woke me up. I dressed quickly. Mother wanted to stop and save her jewel-case; but Father said: "I refuse to let myself and my two children be burnt for the sake of your jewel case." We hurried downstairs, and as soon as I was outside I woke up.

Denne drømmen gjentok seg 3 netter på rad mens hun ferierte ved innsjøen, antagelig etter episode m/herr K.

Deretter kom den igjen i Wien under analysen, da den skulle kaste lys over et obskurt punkt i barndommen, (som vi ikke får vite noe om, men faren er protagonist).

Freud tolker drømmen som resultatet av en intensjon Dora har hatt, og inntil intensjonen resulterer i handling gjentar drømmen seg, (det manifesterer). Freud tolker som om hun sa til seg selv at hun ikke kunne sove og hvile før hun var ute av huset (latente), men at når hun fortalte Freud drømmen snudde hun det rundt til: "så snart jeg var ute våknet jeg."

Romano peker på dagsrester i det Dora hørte at herr K og kone snakket om skilsmisse, men herr K ville ikke oppgi sine to barn. Dora hadde også nettopp hørt foreldre krangle fordi mor låste broren Otto inne hver natt og faren syntes det uforsvarlig. En beskyttelse fra moren? Otto led enda lenger enn Dora av enurese. Faren hadde bare hatt oppgave å avvenne Dora. Hvis Otto hadde lært Dora å masturbere, så ifølge Freuds teorier var dette antagelig resultat av farens forføring. Morens vasking – å beskytte barna mot fars tuberkulose og syfilis? Faren i Dora soverom oppfører seg underlig - står stille, som en voyeur i likhet med hva herr K gjorde da han gikk inn på hennes soverom mens hun sov.

Freuds tolkning av det latente kommer ikke fra det manifeste eller hennes assosiasjoner – Freuds assosiasjoner ? Hadde han ubevisst koblet det til hennes barndom? Han hadde koblet måten både faren og herr K hadde stått og sett på henne. Men Freud beundret hennes far for intelligens og karakter og førte ikke denne assosiasjonen videre – selv ikke da han hadde satt sammen Doras tanker til at hennes smykseskrin var i fare, og hvis noe skjer med det så er det fars skyld. Ifølge Freuds egen teori om enurese og da valget han hadde mellom å beskyldte faren for forføring, eller å legge skylden på Dora for masturbering så velger han sistnevnte. Ifølge Romano så gjør Freud litt hokus pokus og konkluderer med at Dora var villig til å gi faren det moren ikke ville! Dora setter spørsmålsteget ved hvorfor moren er med, siden hun ikke var ved innsjøen. (Mødre som ikke vil vite – noe barn utsatt for overgrep er kjent med.)

Brev til Fliess om hvordan drømmen kobler nåtid og fjern barndom, men fortsatt er fokus egentlig på Doras masturbasjonsadferd, ifølge Romano.

I 1896 hadde Freud med absolutt sikkerhet ekskludert den infantile aktive masturberingen som en årsak til hysteri, og påpekt at det oftere var resultat av forføring eller overgrep enn antatt. Så bevisst eller ubevisst så unngår Freud det faderlige seksuelle traume som tema. Når han går fra ild til vann – til våt seng, så sier han til Dora at det må være dette som gjør at hun plasserer far i drømmen.

Freud ser ut til å ha regredert til pre-psykoanalytiske ideer. Ifølge Fliess trodde han også at masturbering kunne gi organisk skade. Høsten 1897 skriver han til Fliess om at motstand er barnets tidligere degenerative karakter, dannet pga. erfaringer som bare finnes bevisst i de såkalte degenerative kasus, men som ellers er fortrent. Denne infantile degenerative karakteren utvikler seg i en fase hvor barnet "lengter" etter at det er blitt fjernet fra den seksuelle situasjonen, og denne er blitt fortrent. Denne lengtingen er et **hovedkaraktertrekk** i hysteri, akkurat som den aktuelle eller potensielle anestesien er **hovedsymptomet**. Det er bare når masturberingen gir etter for fortrenning at hysteri blir utviklet. **Nevrosene er altså negativten til perversjonene og hyperseksualitet.**

Til tross for dette sier Freud at Doras **ønske i drømmen er å erstatte herr K med faren** – dette var motivkraften for drømmen.

Romano påpeker at det er flere elementer som gjør at drømmen kan tolkes som traumatisk; reproduksjon av scenen hvor faren avvenner henne fra sengevæting og hans med-skyldighet i å eksponere henne for herr K's forføring, fordi det passet ham pga. hans egen affære med fru K.

Freud ser hennes avvísning av herr K som et resultat av henne premature seksuelle glede og dets konsekvenser – sengevætingen, katarren og avskyen. Han gjorde ikke noe forsøk på å rekonstruere infantile traumer, men begrenset seg til de elementene som passet med hans a priori tese om infantile masturbere. Han tolket det som den erotiske bindingen til faren hindret henne i å være bevisst sin tiltrekning til herr K. Dora sa herr K bare vekket hennes avsky.

Videre tolker Freud at Dora er bekymret og vil redde sitt eget smykseskrin, selv om det i drømmen er moren som vil redde sitt og faren som bebreider moren. Brannen tolkes av Freud som Doras brennende kjærlighet til herr K, i likhet med kjærligheten hun hadde følt til faren.

Da Dora kommer på at hun hadde luktet røyk da hun våknet, ser Freud det som referanse til seg selv, og konkluderer med at hun ønsker et kyss fra ham, til tross for hennes protester om at faren og K var pasjonerte røykere. Han tror også at hun avbryter analysen pga. erotisk overføring til ham. (I 1895, da han først skrev om overføring, handlet det også om en pasient som ønsket et kyss fra ham). Romano påpeker at dette antagelig er en motoverføring, og det at dette minnet som dukker opp kan være fordi Dora merker den erotiske motoverføringen. Freud setter seg i herr K's sted og Doras mor blir i fru K's sted – i Freuds tolkning blir alt snudd rundt og ingen er på sin rette plass, akkurat som promiskuiteten i disse to familiene.

1909, i brev til Jung, hvor Romano mener Freud kanskje, i etterpå klokskap, forsto hvordan han var emosjonelt involvert da han fikk vite om forholdet Jung /Sabina Spielrein.

I 1910 la Freud til en fotnote om at repetisjon av infantile traumer i drømmer bør tolkes og er et forsøk på gjennomarbeiding av dette i drømmen.

Tilbake til smykkeskrinet; Dora poengterer at det er mor som vil redde smykkeskrinet sitt, og nevner et opphold med mor på et termal bad hvor mor søker kur for sin vaginale katarr, som Dora mente hun hadde fått av faren, og at hennes egen utflod var smitte fra far via mor. Akavia (2005) mener vi kanskje skal se på moren med mildere øyne – at hun prøver på nevrotisk vis å beskytte sine barn fra smitte, selv om hennes aversjon mot genitalia gjorde at hun ga faren ansvar for å avvenne Doras sengevæting. Videre at Freud vier lite oppmerksomhet til forbindelsen mellom farens syfilis og Doras hysteri. Akavia (2005) sier han har erfaring med at en høy prosent av pasienter m/ fedre som lider av tabes og lammelser (syfilis konsekvenser) er nevrotiske, og at kanskje skyldes psykisk overføring fra disse fedrene.

Freud tolker brannen som brennende kjærlighet, Dora tolker den som inflammasjon og assosierer til morens vaginale infeksjon som ga en brennende følelse og i drømmen hvor mor ville redde smykkeskrinet fra å brenne. Via Doras identifikasjon med mor og hennes egen infeksjon kan hun ha hatt samme bekymring. Freud har påpekt at hus kan sees som symbol på kropp.

Brannen er et overdeterminert symbol og kan også forstås som erotiseringen av forholdet til far og de katastrofale konsekvensene – dødstrusselen. Freud snur alt Dora hevder til det omvendte, han reverserer hennes anklager overfor far til selv-anklager. Han snur ild til vann og forklarer Dora at 'våt' ikke bare kan assosieres med enurese, men også er knyttet til seksuell tenning. Romano kommenterer at det virker som Freud verken delte sine assosiasjoner til seksuelle hendelser i hennes barndom med Dora, eller leseren.

Romano støtter seg til Benvenuto (2005) som sier at hysterikeren tar enhver seksuell tilnærming som et forsøk på en pedofil handling, fordi hun aldri har fjernet seg fra sin barndom. Når hun drømmer om å rømme fra det, er det bare for til sist å returnere dit. Således vil herr K's tilnærmelser aktivere **Nachtraglichkeit** og aktivere det dypere sedimenterte traume i Dora. Som Freud har gjettet så handler drømmen også om Doras ønske om å flykte fra erotisk beleiring, ikke bare herr K's men også hennes eget begjær, og drømmen representerer også begjæret om å ikke begjære, som hennes far kunne befridd henne fra hvis han ikke hadde blandet ømhet med erotikk. Hennes eneste opsjon blir å fri seg også fra ønske om ømhet.

Dermed har Freud ikke bare sett bort fra egen teori om etologien i hysteri, men også gått imot det fundamentale prinsippet om at drømmen realiserer et infantilt ønske.

Vedr. Doras masturbering; Det at Dora leker med vesken sin, åpner den og putter en finger inn i den, kobler han til hennes masturbering og skyldfølelse. Romano påpeker at det like gjerne kunne simulere hva hun hadde opplevd, og å provosere frem fantasier i Freud. Også når hun gjemmer brev fra bestemoren tolker han det som hun vil holde ting hemmelige – Romano påpeker det kunne være et forsøk på å bli interessant for Freud.

Vedr. hennes kortpustethet sier Romano at hvis far befølte henne for å sjekke om hun har tisset på seg, og befølte litt ekstra, så kunne hun ha følt ambivalens og det ville vært naturlig å holde pusten. Når enuresen stoppet fikk hun astma nevrosa.

Hvis Dora med sin enurese ville slukke brannen, så signaliserte hun med sin astma tilstedeværelsen av røyk, i tillegg til at hun identifiserer seg med sin far som led av kortpustethet pga. sin hjertelidelse. Freud erkjenner at hennes hoste kunne være *imitasjon* av faren, men konkluderer med at den uttrykker sympati med far. Han tenker seg det slik; ” *I am my father's daughter. I have a catarrh, just as he has. He has made me ill, just as he has made mother ill. It is from him I got my evil passions, which are punished by illness*”.

Andre steder skriver Freud om hysterisk identifikasjon at hysterikeren bruker den til å uttrykke seksuell tilhørighet (community), m.a.o. at forholdet mellom hysterikeren og personen hun identifiserer seg med er av seksuell natur, og Freud sier at Doras heshet og hoste representerte samleie med faren via identifikasjon med fru K, men han stopper her. Bare få år tidligere ville Freud ha vært sikker på den faderlige etologien til hysteriet. Nå ser han det i stedet som at det erotiske båndet til far brukes til fortrenghing av Doras tiltrekning til herr K.

Astmaanfallet oppsto da faren var fraværende og hun hadde kjærlige tanker om ham – ønsket han tilbake og lengtet. Lengting som han snakket om 3 år tidligere i brevet til Fliess, lengting som ville gi fantasier og medføre masturbering, som så fortrenghes. Hvis det ikke fortrenghes så ville utageringen forhindre hysteri å utvikle seg, nå sier han at lengting skapte astmaen. Dette er altså en annen slags lengting?

I 1898 hadde han kommentert til Fliess at drømmelivet så nesten helt og holdent ut til å komme fra den prehistoriske perioden mellom 1 og 3 år. Det som der *sees* blir drømmer, det som *høres* blir fantasier og det som blir *erfart* seksuelt produserer nevrosen.

Romano mener Freud nå var mer opptatt av å bekrefte sine siste teorier om hysteriske fantasier og infantil seksualitet – publisert i 1905 i *Three Essays on the Theory of Sexuality*.

1887 skriver han i brev til Fliess at hans egen far var pervertert og ansvarlig for broren hysteri, og at alle hans symptomer er identifikasjoner, samt yngre søstres symptomer - og undrer seg over forekomsten. Videre at hysteri er resultat av perversjon hos forfører, som skaper hysteri i neste generasjon og sterilitet som konsekvens. Noen ganger opptrer hele sekvensen hos ett individ i løpet av livet..

Det hysteriske symptom innehar en kommunikativ intensjonalitet rettet mot den andre, bl. a. når pasienter har hatt noe som er skjedd mens de sov kan de senere utvise søvnanfall, i likhet med Doras besvimelse, men når Freud ser på Doras besvimelse husker han ikke lenger dette ...

Psykoanalytisk metode: Et spørsmål om rammer, lytting og kryssingen av Rødehavet av Olaf Rørsgaard 2019

Den gamle filmen «De Ti Bud»¹ fremstiller fortellingen i Mosebøkene om Israels fangenskap i Egypt; og hvordan det skjedde at Moses ble den som ledet folket ut av landet, og unnslopp Faraos hær, gjennom kryssingen av Rødehavet. En av intermezzo scenene i filmen er øyeblikket da folket er strandet ved havet, ikke har noen vei å komme seg over, og ser egypterhæren nærme seg. Gud ber da Moses rekke ut staven sin mot havet. Når Moses gjør dette, begynner voldsomme naturkrefter å virke. Sjøen deler seg og blottlegger bunnen, så hele folket kan gå tørrskodd over på andre siden, omgitt av voldsomme vegger av hav som tordner truende mot dem fra hver side. Vi fornekter hvilke enorme krefter som virker, på den ene siden naturkreftene som vil skylle over dem igjen, på den andre siden de like sterke kreftene fra Moses's vilje og stav, som holder sjøene tilbake; hvor enkelt det ville være for havet å sluke tilbake den havbunnen det er tvunget til å trekke seg vekk fra, hvis viljestyrken til Moses skulle svikte.

Tilsvarende krefter råder i det psykoanalytiske rommet. I dette arbeidet studerer jeg de kreftene som virker for å etablere den terapeutiske rammen, og på de som virker etter at den terapeutiske rammen er etablert, og da virker for å bringe den mellommenneskelige relasjonen tilbake til en ordinær sosial virkelighet igjen. Med dette beskriver jeg en homeostatisk prosess. Problemet med lytting og tenkning er at rammen stadig er under angrep, fra psykotisk og nevrotisk angst, gjerne maskert som sosiale konvensjoner og press henimot å re-etablere sosialt symmetriske relasjoner. Wilfred Bion er den som kanskje best har beskrevet disse kreftene, i sine beskrivelser av erfaringene fra slagmarken i første verdenskrig («think under attack»)².

Rammen

Mangt er skrevet, tenkt og diskutert når det gjelder hva den psykoanalytiske prosessen består av og hvorfor den virker³. En ting man kan være opptatt av, er hva som gjør en terapeutisk situasjon til en terapeutisk situasjon. Spørsmålet er viktig for et psykoanalytisk lærested. Det vi lærer andre, hviler på forutsetningen at vi faktisk gjør noe annet i vår snakketerapi enn bare å snakke med folk. Var det ikke slik, kunne vi like gjerne satse kun på støttekontakter og venner. Når vi belyser spørsmålet, må vi lete etter formelle kvaliteter ved samtalen. I psykoanalysen snakker vi da gjerne om Rammen (engelsk: the Setting).

Med ordet ramme tenker de fleste gjerne på hva man avtaler om antall timer pr. uke. Her inngår gjerne en illusjon fra begges side om at dette er noe begge må bestemme; betaling – hvor illusjonen gjerne er at betalingen vil skje knirkefritt; betingelser ved avlysninger – hvor illusjonen gjerne er at pasienten selv sagt forstår terapeutens betingelser. Illusjon fordi alt dette avtalte kommer til å trekkes inn i overføringsforholdet.

¹ Cecil B. DeMille (1956). The Ten Commandments. Paramount Studios.

² Bion W (1997). War memoirs: 1917–1919, Bion F, editor. London: Karnac, s.254

³ Siste empiri: Marianne Leuzinger-Bohleber, Johannes Kaufhold, Lisa Kallenbach, Alexa Negele, Mareike Ernst, Wolfram Keller, Georg Fiedler, Martin Hautzinger, Ulrich Bahrke & Manfred Beutel (2019) How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients: Symptomatic and structural changes in the LAC Depression Study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments, The International Journal of Psychoanalysis, 100:1, 99-127

Men Rammen dekker mer, og vi skal nå se på noen tradisjonelle og noen kanskje mer uvanlige måter å betrakte temaet om hva vi sier og gjør i terapirommet, for at terapi skal få skje. Vi må nærme oss spørsmålet via noen metapsykologiske begreper.

Overføringen

At pasienten får innsikt i sine livsproblemer og i sitt eget sinn, har alltid inngått som det vesentlige målet⁴. Dette gjelder også for Kleinianerne, som er mest kjent for betydningen av den personlige endringen som skjer ved gjennomarbeid av her-og-nå relasjonen. Melanie Klein selv tolket fort og dypt, på både pasientens ytre forhold, og på det terapeutiske forholdet her og nå. Hun la imidlertid vekt på at all tolkning på her og nå forholdet, i tidens fylde skulle føre til oppklaring av historien, og gjennom dette til innsikt og gjennomarbeid i det aktuelt pågående ytre livet⁵. Man kan se for seg en hengekøye modell for dette⁶. Den starter med noe aktuelt «ytre her og nå», beveger seg mot noe «aktuelt i terapirommet her og nå» til en forbindelse mellom «her og nå» til «der og da». Fra dette igjen tilbake til den «ytre situasjonen her og nå».

Dette var i tråd med Freuds syn på utviklingen av overføring betraktet som motstand⁷, og hvor analysen av motstanden skulle føre til at pasienten klarte å vende sin oppmerksomhet mot det virkelige objektet for overføringsfølelsene, det infantile objektet. Dette skulle sette pasienten fri fra sine symptomer i den ytre verden.

Donald Meltzer og spørsmålene

Donald Meltzer, en av Kleins nyskapende elever, sa en gang det var snakk om hva psykoanalytisk terapi egentlig er: «psykoanalyse er en vennlighets geskjeft, hvor pasienten vinner innsikt i seg selv og sitt liv. Det du gjør som analytiker i den forbindelse, er å tolke»⁸. Denne læren hevder at den prinsipielt helende terapeutiske funksjonen altså er den verbale⁹ avdekkende og/ eller konstruerende, aktiviteten¹⁰, som tar sikte på å bringe forståelse inn i pasientens materiale. Da Meltzer ble spurt om hvordan man da kan forholde seg til situasjonens medmenneskelige sider, at terapeut og pasient også snakker med hverandre, både på venterommet, i rommet og etter timen, svarte han:

«når pasienten spør, svarer vi – når pasienten assosierer, tolker vi»

Jeg betrakter dette svaret som grunnleggende for å belyse hva som foregår i et psykoterapeutisk møte. Videre er det grunnlaget for hvordan vi setter den terapeutiske rammen.

Overføringspenning vs. Terapeutisk allianse

Ifølge Ralph Greenson¹¹ er det et omvendt proporsjonalt forhold mellom de to basale størrelsene «terapeutisk allianse» og «overføring». For at arbeid med overføring skal kunne skje, må den få

⁴ Etchegoyen, H. (2005). The Fundamentals of Psychoanalytic Technique. Karnac Books, London; p.662

⁵ Feldman, M. (2007). The illumination of history. Int. J. Psycho-Anal., 88:609-625

⁶ Killingmo, B. (1980). Rorschachmetode og psykoterapi. Univ. Forlaget, Oslo.

⁷ Freud, S. (1912). The Dynamics of Transference. SE XII

⁸ Donald Meltzer, personlig komm.

⁹ Se også: Marie Cardinal (1980). Les mots pour le dire. Bloomsbury Publishing PLC.

¹⁰ Freud S. (1937b). Constructions in analysis. SE 23, p. 255–69.

¹¹ Greenson, Ralph R. (1967). The Technique and Practice of Psychoanalysis, Volume 1. International Universities Press.

utvikle seg, for uten utvikling av overførings-spenning, blir der ingen overføring å studere. Dette skjer gjennom den delen av rammen som har som følge at spenningen i rommet stiger. Den må imidlertid hvis mulig, ikke stige mer enn at man beholder pasientens dedikasjon og trofasthet til den terapeutiske prosessen. Det er dette Greenson mener med terapeutisk allianse, og for å skape den og bevare den, må man ta grep underveis, ved å forklare og oppklare hvordan man arbeider. Hver gang dette inntreffer som en terapeutisk intervensjon, synker den psykiske spenningen i rommet, fordi når pasienten får anvisninger og forklaringer på hva som skjer, synker angstnivået, og han føler seg bedre. Hvordan skjer det så at overførings-spenningen kommer til å stige? Svaret er naturligvis enkelt sagt: Når vi tenker og tier. Et lengre svar på spørsmålet får oss til å vende blikket mot noen følger av den grunnleggende intensjonen: å lytte, for å forstå, for så å kunne fortelle hva man forstår – tolkningen. De følgene jeg tenker på ved denne intensjonen, er:

- asymmetrien – at partene har ulik status, rolle og ansvar
- tausheten – at t ikke svarer som forventet på p's sosiale innvitter, men forholder seg taus.

Hvorfor taus? Er det for å fremtvinge videre snakk fra pasienten? Dette var en gang et hett tema i en debatt mellom Wilhelm Reich, Otto Fenichel og andre, og er det fremdeles¹². Mitt svar i den debatten, som fremla diskursen mellom analytiker og pasient som en maktkamp, er Nei. Vi forholder oss tause fordi vi i tråd med Greensons idéer før eller siden må begynne å betrakte pasientens spørsmål, invitter, taushet, krav og lignende, som assosiasjoner, og fordi vi trenger rom til å tenke om dem.

Det ligger i det jeg sier her, at hverken asymmetri eller taushet bør være en villet teknisk handling, men en følge, eller funksjon, av den overgripende intensjonen: å ville forstå noe. Intensjonen å ville forstå er noe vi kan stå for. Vi tror at å forstå hverandre, bringer indre frihet, og vi tror at å føle seg badet av en annens forståelse, bringer inn en taus helende kraft i rommet.

Forutsetningen er imidlertid at vår egen intensjon begrenser seg til å forstå. Går den ut over dette og blir vilje til å endre på den andre, bryter endringspotensialet sammen og terapien er ikke lenger psykoanalytisk basert.

Asymmetrien

En samtale har bestemte fenomener som går igjen, på tvers av innhold, vi skal se på spørsmålet, svaret, fortellingen og lyttingen, men vi skal behandle dem utfra et sentralt relasjonelt fenomen: En relasjon kan være symmetrisk eller asymmetrisk av vesen:

Symmetriske og asymmetriske relasjoner handler om at et budskap tolkes og besvares alt avhengig av hva slags status avsenderen har i relasjonen. Et vennskapsforhold kjennetegnes av en viss jevnhet når det gjelder hvem som snakker, hvem som utleverer seg, hvem spør og hvem svarer. Mange av mine pasienter har f.eks. beklaget seg over at de selv alltid kommer i rollen med å høre på vennens problemer, og gjerne gi råd og lignende; mens det aldri er den motsatte vei. Samme pasient kan gjerne beklage seg over at det alltid er hun som må åpne seg for meg, mens jeg aldri åpner meg for henne. Hun kan gjerne foreslå, ja endog forlange, at nå får jeg si noe om meg selv til gjengjeld. Hvis en slik symmetri er til stede i foreldre – barn forhold, vil vi fort føle at noe er galt, vi føler at generasjonsgrensene overskrides, og føler på det unaturlige i at barnet eller barna opptrer som foreldrenes jevnbyrdige, vi savner en respekt for den eldre generasjon, og forventer at både barn og foreldre forholder seg annerledes til sine jevnaldrende enn de gjør til den eldre generasjonen. Når asymmetrien er til stede, er generasjonsgrensene på plass, men i patologe familier ser vi ofte at

¹² Nasio J.D.(1987) (dir). Le Silence en Psychanalyse, Presentasjon. Petite Bibliothèque Payot

asymmetrien får motsatt fortegn, barnet blir foreldrefigur og den voksne blir et barn. Da snakker vi om parentifisering, barnet har tatt kommandoen og kontrollen over en foreldrefigur som har regrediert til en hjelpeløs barneskikkelse.

Første gang jeg ble bevisst denne forskjellen, var da jeg lærte om parentifisering, innenfor familierapifeltet i barnepsykiatrien¹³. Andre gang var ved lesing av boken «The silent language of psychotherapy» fra 1998¹⁴. Boken er en analyse av terapeutisk kommunikasjon basert på atferdsteori. Atferdsteori studerer menneskelig atferd fra en etologisk synsvinkel. Atferd, enten vanlig sosial eller terapeutisk, er i positivistisk forstand en funksjon av forsterkingsbetingelser gitt i den sosiale situasjon ethvert møte er. Den hevder at en pasients plager er en funksjon av de betingelser personen er vokst opp under, og lever under. Terapeuten kommer inn som en person som gjør noe annet enn det pasienten er vant med. Der skapes en asosial situasjon, innenfor en ramme for pasienten som forfatterne kaller «en godartet usikkerhet».

I terapirommet møter vi en person som er vant med at det han/hun sier, utløser bestemte sosiale reaksjoner fra mottageren, og dermed oss. Og verden er slik den alltid har vært hver gang det forventede svaret på en melding kommer. Rødehavet er på sin vante plass, der det alltid har vært, pasienten står der, som Israels folk, på klippen, med ryggen mot havet, med blikket vendt mot katastrofen som nærmer seg, og ber oss om råd og tips for å løse det uløselige, uten å skulle måtte endre noe i seg selv, og uten at dypereliggende fenomener skal måtte studeres. Fra en etologisk synsvinkel vil pasientens tilstand forbli uforandret så lenge den reaksjonen han møter, er den samme han møter i den ytre verden. Han må derfor – og fremdeles i et etologisk perspektiv – møte en annen reaksjon, for at en endring i indre og ytre atferd skal kunne skje. Det er denne asosiale reaksjonen, og asosiale rammen som derved settes, som definerer psykoanalytisk terapi – fra en etologisk og formell synsvinkel.

Konversasjonen

Mange terapeuter finner det vanskelig å sette den terapeutiske rammen, nettopp fordi de er tvunget inn i en sosial atmosfære de har store problemer med å gå ut av. At partene er inne i en dialog hvor intet terapeutisk kommer til å skje, avsløres gjerne – og her har den enkelte mye å lære av selv-observasjon – ved at bestemte ord dukker opp der. Tre ord er hovedtegnene på at man som terapeut prøver å komme seg over i en terapeutisk dialog, men ikke klarer det, fordi man ikke lytter til pasienten. I stedet driver man mot sin vilje, sitt eget lille manipulerende spill, og prøver å få den andre et bestemt sted. Disse tre ord er:

- men
- jo
- bare

Ordet «men» avslører i en «hjelpedialog» at terapeuten har sittet og ventet med å komme på banen med det han selv har sittet og tenkt på mens pasienten har snakket.

Ordet «jo» er et manipulerende ord som avslører at terapeuten vil ha det til å høres selvfølgelig ut.

Ordet «bare» avslører at terapeuten vil ha det til å høres lett ut.

¹³ Minuchin, Salvador (1974). Families and family therapy. Harvard University Press; 1 edition (1974)

¹⁴ Young, DY & Beier, EG (1998). The Silent Language of Psychotherapy. Aldine Transaction; 3 edition (December 31, 1998).ISBN-10: 0202306100

Hvordan kommer man ut av denne sumpen? Først ved å øve seg på å fjerne disse tre ordene fra sitt terapeutiske repertoar. Deretter er det nødvendig å bli bevisst Greensons skille på terapeutisk allianse og overføring. Behandlingen handler om overføring, ramme handler om terapeutisk allianse. Å sette rammen betyr at du først – men gjerne etter de innledende runder med utgreiing og diagnostikk, som ender opp i at man tilbyr pasienten individualterapi – forteller han/hun hva det går ut på. Når så pasienten sier ja, eller «vi får se da», starter terapien med at man gir instruksjonen. Instruksjonen er helt avgjørende for rammen.

Instruksjonen

Jeg holder meg selv stort sett til følgende instruksjon: «Når du har lagt deg ned på benken (/har satt deg i stolen) skal du prøve på bare én ting, å fortelle meg så godt du kan det som du merker at du tenker på. Jeg skal prøve å forstå det du snakker om, og hvis og når jeg synes jeg forstår noe som kan være til hjelp, vil jeg prøve å formulere det».

Denne instruksjonen danner fundamentet i rammen. Den forteller

- først at det er når man er på plass at den terapeutiske samtalen begynner, ikke før («når du har ...» og det usagte som ligger i at man inntil da ikke snakker, utover formelle ordvekslinger angående betaling). Samtidig er det klart at timen begynner når man ser hverandre på venterommet.
- Deretter sier den at det verbale uttrykket («fortelle meg») er metoden, herav uttrykket snakketerapi.
- At det er vanskelig, men at man gjør «så godt man kan».
- At det er tankene som er objektet som skal studeres (... at du tenker på»).
- At terapeutens interesse er de tanker som stiger opp spontan, uten at viljen er involvert annet enn som en vilje til å formidle det som naturen frembyr («det du merker at» ...)
- at det er en relasjon hvor også terapeuten har en strukturert rolle, som en formidler av det som man kan forstå («jeg skal» ...)

Spørsmålet

Når vi sammenfatter alt dette, vil den terapeutiske situasjonen være strukturert med en part som bringer materiale og en part som tenker og formidler seg om det samme materialet. Dette setter en asymmetrisk relasjon.

I det videre forløpet ser vi at begge parter har en tendens til å gi etter for de homeostatiske kreftene i relasjonen, dvs å bringe den tilbake i den sosiale folden, til en symmetrisk relasjon. De vanligste metodene er konversasjonen, som vi har nevnt, og spørsmålet.

Spørsmålet har ingen plass i vårt tekniske repertoar, stort sett fratar de pasienten hans/hennes ansvar for å bringe materiale. Dessuten har spørsmål ofte en retorisk understrøm, man vil noe med det, som går på tvers av å forstå, nemlig å manipulere pasienten til et bestemt sted, for eksempel til å skulle innse noe.

Der er to unntak: Det første unntaket er oppklaringen av tema som pasienten selv har nevnt. Det andre unntaket er at med noen pasienter kan det være hjelpsomt å spørre hva han/hun tenker på (Variant av dette er imidlertid å be p om å si hva man tenker på). Årsaken til denne strengheten er som nevnt at når terapeuten spør, bryter han den regelen han selv har gitt i instruksjonen, at ansvaret for å bringe materiale ligger hos pasienten. Det betyr derfor ikke bare en sabotering av egen

instruks, men er i tillegg en antydning av kritikk av pasienten, at han ikke bringer nok materiale, så terapeuten må spe på med tema. Den utsatte reaksjonen hjelper oss til å unngå spørsmålet.

Terapeutens oppgave er å først forstå hva pasienten forstår¹⁵. For å klare dette, er det nødvendig å ikke bli viklet inn i den ordinære sosiale dialogen. Vi kan kalle dette å innta den lyttende og tolkende holdningen. Det typiske for en lyttende holdning er at den umiddelbare reaksjonen, så typisk for den sosiale samtalen, er borte. I stedet observerer vi en utsatt reaksjon som avspeiler at der foregår tenkning på innsiden av terapeuten. Hvorfor er tenkning viktig? Fordi terapeuten er ute på å forstå. Hvorfor er det viktig å forstå? For å danne et grunnlag for å fortelle pasienten hva man forstår, hvilket kalles å tolke.

Hva med pasientens spørsmål?

Man skulle tro at vi hadde en enkel jobb fremfor oss, vi klarer lett å identifisere når noen spør oss om noe. I en skriftlig setning står gjerne et spørsmålsteget bak. I muntlig samtale holder vi oss til setningssyntaks og tonefall.

Spørsmål eller assosiasjon?

Det er imidlertid ikke fullt så enkelt. Det problemet vi i en terapeutisk interaksjon straks støter på, er å avgjøre når et spørsmål faktisk er et spørsmål, eller bare gir seg ut for å være et spørsmål. Det kan nemlig like gjerne være en assosiasjon. Dette er noe Melanie Klein lærte oss, gjennom sin barneterapi metode, hvor det er erkjent at barnet ikke verbaliserer sine konflikter, men handler dem ut, i leken. På denne bakgrunnen forstår vi at når pasienten stiller et spørsmål, bør vi tenke oss godt om før vi responderer, med taushet, tolking eller svar. Spørsmål kommer gjerne som innledninger og avslutninger til timen, og bør håndteres som del av den såkalte handlingsdialogen¹⁶. Vi er altså igjen ved Meltzers grunnleggende sonndring mellom spørsmålet og assosiasjonen.

Taushet og Instruksjon

Den utsatte reaksjonen har en ytre manifestasjon som taushet. Man er taus for ikke å forstyrre pasientens formuleringer av egen bevissthetsstrøm¹⁷. Tausheten står i et nøye forhold til instruksjonen jeg leste opp tidligere.

Noen scenarier

For å vende tilbake til Meltzers enkle distinksjoner igjen, på hva vi gjør i en terapitime, kan vi formulere en del formelle verbale hendelser.

1. p spør – t svarer

- p spør om t er gift?, har barn?, skal på ferie du da? Svaret på disse spørsmålene er: «det kan jeg ikke svare på eller gå inn på»; hvorpå p svarer: «hvorfor ikke? – dette virker veldig sært - hvorfor ikke?»; t svarer: «vi kan ikke blande forhold ved mitt privatliv inn i arbeidet vi gjør her». Denne håndteringen av slike spørsmål er viktigere jo dårligere pasienten er. Vi vet at det dårlige pasienter har vansker med, er å skille terapeutens privatliv fra yrkeslivet. Terapeuters engstelse for og erfaringer med å bli hjemsoekt av pasienten i sitt privatliv, i forskjellige scenarier av vekslende truende alvorsgrad, er velkjente eksempler på hva som skjer når grensen mellom

¹⁵ Kierkegaard, S. (1855). Om hjelpekonsten

¹⁶ Klüwer, Rolf. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*. 828-840)

¹⁷ James, William (1890/1950). *The Principles of Psychology*. Dover Publications Inc, NY

yrkesrolle og privatperson bryter sammen. Der er også tette forbindelser her, til sviktende symboliseringsevne, så patognomisk for psykotisk og nærpsykotisk psykopatologi¹⁸.

- Et videre eksempel på betydningen av å si nei, med denne begrunnelsen, er gaven. Her blir det ofte fremført at noe må man av menneskelighetshensyn si ja takk til, at mange pasienter har et naturlig behov for å uttrykke sin takknemlighet gjennom gaven. Til dette er å si at et ja til gaven er å si nei til arbeid med symboldannelsesprosessen, denne blir kortslettet i en konkretisering. I tillegg til at gaven konkretiserer forholdet, binder den t opp til å forholde seg i henhold til den idealiserte figuren man nå har akseptert, noe som også er det ubevisste motivet for gaven.
- p konverserer – t konverserer: Eksempler på dette florerer. Vi har det klassisk sosiale samspillet, den analytiske rammen er ikke etablert, eller bryter sammen, der hersker en sosial symmetrisk relasjon mellom partene, og de umiddelbare og konverserende reaksjonene signaliserer at terapeuten gir pasienten en makt til å reversere rollene. Relasjonen glir over i en symmetrisk sosial situasjon der pasienten har med seg kaffe, spør om han skal ta med seg en kopp til terapeuten også. Eller terapeuten byr på kaffe, pasienten sier ja takk (i vantrø høflighet?).

Begge disse scenarier er vanlige, og egnet til å sikre at intet terapeutisk noen gang kommer til å skje.

2. p spør – t er taus – tenker – forklarer og kanskje etter hvert tolker

- typisk for enten en begynnersituasjon, eller en midtfasesituasjon hvor overførings-spenningen setter p under et press for å slippe vekk, og derfor prøver å la t overta litt.

3. p assosierer – t er taus – tenker – identifiserer – klargjør – tolker

- Her befinner vi oss i en etablert analytisk behandlingsramme, hvor p har skjønnet instruksjonen, og innimellom sine bevisste narrativer overrasker både seg selv og oss med en ekte assosiasjon fra et dypere lag.

I disse to scenariene vil det å falle ned på «det er et spørsmål» hører inn under arbeidet med terapeutisk allianse; mens «det er en assosiasjon» hører inn under arbeid med overføring (hvor vi primært er tause, sekundært tolker). Det er i dette scenariet vi observerer dialog hvor oppklarings spørsmål har en plass, og hvor terapeutens personlighet og personlige stil og hjertevarme gjerne kommer til uttrykk. Dette er delen av prosessen hvor man lar seg suge inn i pasientens kraftfelt, og blir en del av et felt som utgjøres av overføring og motoverføringskrefter. Det tilhører den tekniske nøytraliteten å tillate dette, for derigjennom å bli brakt nærmere inn i pasientens problematik¹⁹.

Begge disse scenarier representerer for meg dit vi bør bestrebe oss på å komme. Hvordan? Ved å øve.

4. p har angst, ber om forsikring – t gir det, og tolker så

Relatert til første scenario, men likevel klarest hvis vi ser på det som eget punkt, er forsikringen. Pasienten er redd, for så mye, men deriblant trenger han bekreftelser og forsikring om at t synes godt om ham, eller har håp om at det kan gå bedre. Fenomenet er knyttet til idealisering og idyllisering. Om idealiseringen kan det anføres at en pasient kan ha behov for å danne et idealisert forhold til terapeuten, som et grunnlag for videre differensiering. Dette er etter mitt skjønn et viktig argument i alle former for idealisering som utviklingsfenomen. Det er spesielt kjent i Kleins beskrivelse av sin barneterapi med «little Richard» under den andre verdenskrigen²⁰, hvor p bor

¹⁸ Segal, H. (1957). Notes on Symbol Formation. Int. J. Psycho-Anal., 38:391-397

¹⁹ Feldman, M. (1997). Projective Identification: The Analyst's Involvement. Int. J. Psycho-Anal., 78:227-24

²⁰ Klein, M (1961). Narrative of a Child Psychoanalysis. The Collected Works of Melanie Klein, IV, p.319-326. Hogarth Press, London 1975.

hjemmefra. I en time før et lengre opphold, hvor hun har svært vondt av sin lille pasient, ser han at tegningene hans er lagt i en ny konvolutt. Han spør henne om hun har kastet den gamle konvolutten, og Klein svarer at den var ødelagt av vann, men at hun ikke har kastet den. Pasienten reagerer med lettelse og kaller terapeuten en god patriot (jfr. krigen). Slik jeg analyserer hendelsen er den gamle konvolutten en representasjon av pasientens mor så vel som av terapeuten selv, som rommer hans materiale og dermed ham selv. Hans angst er fra den depressive posisjonen rettet mot forestillinger om hans ødeleggende virkning på morsobjektet, gjennom det aggressive innholdet i tegningene. Etter Kleins opplysning retter p, like etter sin egen kommentar, sin oppmerksomhet mot en liten jente han ser på veien utenfor, og sier at hun ser ut som et monster.

Michael Feldman²¹ bruker denne hendelsen i sin drøfting av forsikringens rolle i terapiforholdet. I sin analyse av hendelsesforløpet i denne timen hevder Feldman at Kleins forsikring forsterker pasientens idealisering av henne. Samtidig sementeres, og løses ikke, hans mistenksomhet og tvil i forhold til henne. Mistenksomheten blir i stedet splittet vekk, og overført til jenten på utsiden. Dette synet antyder at pasientens spørsmål ikke burde bli besvart med et svar om hva terapeuten faktisk hadde gjort, men blitt tolket som en frykt han har for at hun skulle ville gjøre ham ondt, og ikke lenger var bare den gode fru Klein.

Som en innvending mot dette synet kan det først hevdes at en pasient kan ha behov for en periode med utvikling av nettopp slik idealisering, som en forutsetning for at mental utvikling i det hele skal kunne skje. Dernest kan det hevdes at det medmenneskelige aspektet i relasjonen krever at terapeuten først gjør rede for hva hun har gjort med konvolutten, og etterpå prøver å tolke pasientens angst og splitting. Det å svare konkret på et slikt spørsmål som i eksempelet, blir derfor nok et eksempel på at et spørsmål er en assosiasjon; men hvor denne assosiasjonen må håndteres ved først å behandle virkeligheten (konvolutten er reddet), og deretter, ikke før, kan tolkes. Det første henvender seg til terapeutisk allianse, det andre til overføringen.

Dette skjer da også i timen mellom Klein og Richard. I etterkant av forsikringen prøver Klein å tolke hans trang til å ville gjenopprette den bare-gode terapeuten. Dette kan hun gjøre fordi hun har informert sin pasient om hvordan hun har handlet i forhold til konvolutten, som befinner seg i gråsonen mellom «reelt forhold» – «terapeutisk forhold»²². At der oppstår et paranoid-schizoid fenomen hos R i etterkant av opplysningen, har etter mitt skjønn mest med at den kommende separasjonen fremkaller depressiv angst (alt det onde etterlatt i morsobjektet, på samme vis som konvolutten ikke tålte påkjenningen fra tegningene), som truer den depressive posisjonen, og byr på «paranoid-schizoid» splitting som løsning.

En tvangstrøye?

Synspunktene i dette arbeidet må etter mitt skjønn ha betydning for vårt institutts pedagogikk. De vil imidlertid fremkalle en naturlig motforestilling om at strengheten fører til at kandidater, veiledere og terapeuter ikke får være seg selv, i et naturlig samspill med sine pasienter.

Michael Parsons, en eksponent for den uavhengige retning i den britiske analytiske foreningen, drøfter dette spørsmålet ved blant annet å vise til Otto Ranks kritikk av Freuds ramme og metode (Parsons 2000)²³. I Ranks fremstilling av fødselstraumet som den store faktoren i senere psykiske

²¹ Feldman, M. (1993). The Dynamics of Reassurance. Int. J. Psycho-Anal., 74:275-285

²² Winnicott, Donald. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. International Journal of Psycho-Analysis, 34,89-97

²³ Parsons, M. (2000). The dove that returns, the dove that vanishes. Paradox and creativity in psychoanalysis. Routledge, new Library of Psychoanalysis; 39.

symptomer, forkastes Freuds ideer om motstand og overføring. I stedet ser han motstanden som et uttrykk for pasientens sunne vilje, og noe som burde oppmuntres i stedet for å analyseres. Rank kritiserer rammen som en regelbundet prosedyre, hvor regelbundetheten innrettes på å fremstille et standard resultat, og hvor forholdet blir dødt og livløst.

Parsons går i møte med dette ved å fremheve betydningen av å rendyrke en teknikk, for deretter å kunne slippe til unntak og egen personlighet i teknikken. Han sammenligner vår øving med det en pianist gjør (i det følgende er alle oversettelser fra engelsk til norsk mine):

«Men en pianist trener ikke på skalaer for at repetisjonene skal gjøre ham i stand til å kopiere en annen pianists verk. Å avvise ethvert behov for teknikk blir feil. Pianisten gjør sine tekniske øvelser fordi disse repeterende øvelsene kan bringe ham til punktet hvor kreativt spill blir mulig. Teknikken han således utvikler, gjør det mulig å vise et publikum den menneskelige ånd i arbeid ...». (s.17)

Parsons skiller så på regler og prinsipper:

«... Teknikk handler ikke om å gå etter eller bryte regler, men å følge prinsipper. Regler kan adlydes eller brytes, mens prinsipper er relatert til forståelse og omsetting i handling utfra det man forstår ...» (s.17).

Psykisk realitet og negasjon

For å løfte problemstillingen et hakk, vil jeg ta med enda en tekst fra Michael Parsons²⁴. I artikkelen «Psychic reality, negation, and the analytic setting» fra 1999 drøfter han våre problemstillinger i lys av indre psykisk realitet og negasjonen, slik disse fenomenene ble beskrevet av Freud. Han skriver:

«... en pasient fortalte meg at hun som liten jente gjerne var redd for tyver om natten, og måtte vekke faren. Han forsikret henne alltid om at der ikke var tyver der. Dette gjorde henne bare mer opphisset, og ikke mindre redd. Hun pleide så fortelle ham at hun også var redd for å dø, og for atomkrig. Igjen forsikret han henne, nå gjerne i en irritert tone, at hun var helt frisk, og at der ikke kom til å bli noen atomkrig. Grunnen til at disse svarene var så lite hjelpsomme for henne, er at hun ønsket han skulle møte henne på det planet hvor hennes psykiske realitet var. På det planet var hennes frykt virkelig, og det nødvendige spørsmålet var derfor: «hva er det hun egentlig, psykisk sett, er redd for?» Faren på sin side, møtte henne imidlertid på planet vi kaller ytre virkelighet slik den viste seg for ham, og fikk ham til å svare henne at der ikke er noe her å være redd for. For å kunne se at der er noe å være redd for, og så tenke på hva det kan være, måtte han ha klart å negere sin vanlige tenkemåte. ... »

Han viser så til Freuds beskrivelse av pasientens selvbebreidelser i «Mourning and Melancholia»²⁵. Her viser Freud til det meningsløse i å prøve å overbevise pasienten om at bebreidelsene er grunnløse og overdrevne. Han hevder at p nødvendigvis må ha rett, på et eller annet vis, og det gjelder å få tak i denne psykiske realiteten hvor vi plutselig forstår hvorfor det fortøner seg akkurat slik for den andre. I melankolikerens tilfelle er som kjent Freuds idé at bebreidelsene retter seg mot et internalisert objekt som p har identifisert seg med. Parsons konkluderer:

«Freud gjør eksakt som min pasients far ikke kunne. Han setter til side den automatiske vanlige reaksjonen: «det er absurd, selvfølgelig er du ikke slik» ... Men denne respekten for realiteten på det psykiske planet er en så uvanlig og fremmed tenkemåte at det krever en klar negering fra vår side, av

²⁴ Parsons, M. (1999). Psychic reality, negation, and the analytic setting. I Parsons, M. (2000). The dove that returns, the dove that vanishes. Paradox and creativity in psychoanalysis. Routledge, new Library of Psychoanalysis; 39.

²⁵ Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. SE XIV

våre automatiske holdninger.» (s.172)

Michael Parsons hevder at alt psykoanalytisk arbeid forutsetter, og innebærer, å sette til side den ordinære ytre virkeligheten. Han behandler først den defensive siden, at man kan søke tilflukt i en psykisk realitet som forsvar mot virkelige relasjoner, da snakker vi etter mitt skjønn om psykotiske ego-kjerner/ selv-kjernet. På den andre siden har vi imidlertid negasjonens fruktbare side, som beriker den virkelige verden, med egen indre fantasi:

... psykisk realitet er ikke bare et gjemmede fra den virkeligheten, det motsatte er også tilfelle. I starten så vi at det å opprettholde den analytiske plattformen krever en motstandskraft for å ikke bli dratt inn i den ordinære sosiale virkeligheten. Spesielt når pasienter ikke snakker fra sin psykiske realitet, men bruker den ordinære virkeligheten defensivt, må analytikeren arbeide desto hardere for å beholde posisjonen i den psykiske virkeligheten, hvor det analytiske arbeidet skjer. ...»

Han legger til at disse tankene er spesielt viktige når det gjelder mindre frekvente terapier, av type en gang pr uke, hvor viktig det da er å opprettholde markørene som er forutsetningen for å arbeide med den psykiske virkeligheten.

«Diskurs over integrativ psykoterapi»

En del av argumentasjonen i dette arbeidet henvender seg til diskusjonen som har gått på vårt institutt i noen tid, om å innarbeide prinsipper fra integrativ psykoterapi i vår undervisningsvirksomhet, på våre innføringsseminarer.

Som det forhåpentligvis går frem av denne fremstillingen vil en slik utvikling være uklok hvis vi har tro på de prinsippene jeg har lagt frem. Freud pekte alt i 1905²⁶ på at vi må skille på to typer psykoterapi. I den ene gruppen plasserte han terapiretningene som virker på pasienten ved hjelp av suggesjon, manipulasjon og justering. I den andre gruppen plasserte han terapimetoder som tar sikte på å forstå hvori problemer grunner. I sin beskrivelse av denne forskjellen brukte han et uttrykk han hentet fra Leonardo da Vinci. Denne hadde sammenlignet hva man gjør når man lager et maleri, med når man lager en steinskulptur. I maleriet påfører han malingsklatter på et rent og ubeskrevet lerret («per via di porre»), mens med en steinskulptur avdekker han den indre figuren som alt bor i steinblokken («per via di levare»), se bildet. Freud er i den forbindelse klar på at de to metodene er inkomensurable størrelser, man kan ikke kombinere dem:



Gustav Vigeland 1898: Natten, Nasjonalmuseet, Oslo

« ... På lignende vis prøver suggesjonsmetoden å gå frem ved «via di porre»: den er ikke opptatt av opprinnelsen, styrken og meningen i de morbide symptomene, men i stedet påfører den noe – en suggesjon – og forventer at denne vil være kraftig nok til å hindre den patogene idéen å komme til uttrykk. Analytisk terapi, på den andre siden, prøver ikke å legge til eller introdusere, noe nytt, men heller å ta bort noe, for å bringe noe annet frem. Å gjøre dette beskjeftiger seg med skapelsen av de morbide symptomene, samt med den psykiske konteksten til den patogene idéen den prøver å fjerne. Det er gjennom

²⁶ Freud, S. (1905). On Psychotherapy, SE VII, s.260-261

denne undersøkelsesmetoden at analytisk terapi har økt vår kunnskap så betydelig. Jeg gav opp den suggestive teknikken, og dermed også hypnosen, så tidlig i min praksis, fordi jeg ble desperat av å prøve å gjøre suggesjonene så kraftige og varige at de kunne by på en varig kur. I ethvert alvorlig tilfelle så jeg da at suggesjonen jeg anvendte, smuldret opp, og sykdommen eller en erstatning for den, var tilbake igjen. I tillegg fikk jeg en annen innvending mot denne metoden, nemlig at den skjuler for oss enhver innsikt i de mentale krefter – Den tillater oss for eksempel ikke å oppdage den motstanden som pasienten klynger seg til sykdommen med, og gjør motstand mot å bli frisk. Men det er nettopp dette motstandsfenomenet som alene gjør det mulig å forstå hans atferd i dagliglivet.»

Å stå for at kandidater fritt kan velge terapeutiske teknikker fra et koldtbord av forskjellige retninger, bringer ikke bare en forvirring inn i læringen. Den ene teknikk vil ødelegge for den andre, også i terapirommet. Igjen kan vi sammenfatte det som skjer, under Greensons motsetning «terapeutisk allianse – overføringsterapi». Vår prinsipielle behandlingsmetode er den psykoanalytiske. Denne er synonym med overføringsterapi. Formelt sett har enhver teknikk som tar sikte på reformulering, regulering, forsikring, retorikk, spørsmål for å bringe tema på bane og lignende, status som tilhørende området for terapeutisk allianse, og dette uavhengig av om terapeuten mener å ville definere sine «intervensjoner» som terapeutisk aktivt inngripende arbeid. Det vil aldri kunne utvikle seg et emosjonelt overføringsforhold på denne måten, og kandidatene vil aldri få noen innføring i hva et overføringsforhold er.

Rødehavet vil ligge der, ingen vet om mulighetene for kryssing, og heller ikke hva som skjuler seg i dypet.



Noen momenter vedrørende psykoterapiveiledningens historie.²⁷

Om forholdet mellom psykoanalysen og psykiatrien i starten

Av Tormod Knutsen

Freud var selv lege, opptatt av nevrologi og nevrofysiologisk forskning, før han utviklet psykoanalysen som klinisk vitenskap og metapsykologi. Bortsett fra en kort periode hvor han arbeidet på psykiatrisk avdeling på Allgemeine Krankenhaus i Wien, hadde han ingen psykiatrisk utdanning. I Berlin hospiterte han i et halvt års tid på en barneavdeling, som behandlet bl.a. barn med atferdsproblemer (og hvor omskjæring sannsynligvis ble praktisert som botemiddel både for gutter og jenter). Hans nærmeste medarbeidere gjennom hele livet var for det meste leger. Han studerte nevrologen Charcots hypnotiske behandling av de hysteriske pasientene på St. Salpêtrière i Paris i 1880. Og hans første nære medarbeider mht. utvikling psykoanalytiske ideer var indremedisinen Josef Breuer. Breuers samtalerterapi (*talking cure*) med Bertha Pappenheim (Anna O.) ble et vendepunkt i Freuds liv og skulle bli dannende for psykoanalysens kliniske utforming. Ordet *kline* (gresk) betyr (syke)seng, og psykoanalysen har beholdt sengen (benken) frem til i dag. Breuer fant også ut at å la pasienten snakke i seg selv hadde helbredende virkning, en rensende effekt på smertefulle sjelelige opplevelser.

En av hans aller nærmeste, Sandor Ferenczi, lege og psykiater fra Budapest, var i kretsen rundt Freud fra 1907 til sin død i 1933.

Eugen Bleuler var psykiater, overlege og professor ved Burghölzli-hospitalet i Zürich. Han hadde også begynt sin karriere som forsker på hjernens anatomi, var i en periode fascinert av Charcot, på samme måte som Freud. I tiden fra 1900 til første verdenskrig fremsto Burghölzli-hospitalet som det mest moderne og dynamiske i Europa, og leger fra en rekke land valfartet dit for å arbeide og forske.

Bleuler forsøkte å analysere seg selv ved hjelp av Freuds Drømmetydingsbok fra 1900, men fikk det ikke til. Han ba Freud om hjelp, og gikk gjennom en kortvarig analyse hos Freud pr. brev i 1903. Men han avviste Freuds seksualteorier som årsak til psykiske vansker. Denne uenigheten ble særlig tydelig i synet på alvorlige psykotiske tilstander, som Bleuler kalte schizofreni (1911). I motsetning til Kraepelin (1883), mente han at disse tilstandene ikke skyldtes noen organisk degenerasjon. Men at den negativismen mange disse pasientene fremviste skyldes en dyp adskilthet mellom kjærlige og negative følelser. Ved å betrakte psykosen som en analyserbar drøm, kunne det være mulig å påvirke tilstanden med psykoterapi. På denne måten mente Bleuler at psykoanalysen kunne vinne innpass i alle asylene. Freud på sin side, mente at disse pasientene ikke var analyserbare fordi de ikke var i stand til å danne en overføring til legen – ved å investere libidinøse (kjærlige) følelser i legen (Makari, 2008).

Burghölzli var et utdanningssted for leger fra hele Europa, bl.a. fra Norge, helt frem til første verdenskrig. Det var sannsynligvis ingen formell psykoterapiveiledning for leger i utdanning der, slik vi i dag forstår med dette. Men to av de som senere skulle utvikle det første systematiske psykoanalytiske utdanningen (i Berlin i 1920), hadde begge jobbet og fått opplæring der (Karl Abraham og Max Eitingon). Den eneste norske legen som var der var Johann Irgens Strømme, som aldri ble del av den offisielle psykoanalysen i Norge. Nå er han mest kjent for å ha hatt Knut Hamsun i psykoanalyse i 1927 (pga skrivesperre).

²⁷ Først presentert som foredrag på Solastrand-seminaret for psykodynamiske psykoterapiveiledere april 2017.

November 2011: Bleuler melder seg ut av IPA.

Det var flere grunner for bruddet mellom Freud og Bleuler. Det ene var det teoretiske som særlig gjaldt tenkningen omkring schizofrenier (jfr. Schreber-monografien), det andre henger sammen med Freuds egen visjon om en psykoanalytisk vitenskap, som ikke skulle begrenses eller underordnes de medisinske akademiske systemer (og som i sin tid hadde begrenset Freud pga. av antisemittismen). Ikke desto mindre mente Freud at man måtte ha medisinsk utdanning for å drive psykoanalyse, et standpunkt han løsnet på etter første verdenskrig og som han uttrykkelig var uenig i fra 1927. De som ville bli psykoanalytikere, begynte å studere medisin. Unntaket var de som skulle behandle barn, der var det ikke så farlig med noen formell utdanning. Det var imidlertid andre i kretsen rundt Freud som var medlemmer i 'foreningen' og som ikke var leger. Deres oppgave for bevegelsen var å etablere psykoanalysen innen andre fag (litteratur, sosialantropologi, etc.), dette ble den gang ble kalt 'anvendt psykoanalyse'.

Bruddet med Bleuler kommer ofte i skyggen av konflikten Freud hadde med Jung – som var Bleulers underordnede på klinikken. Dette mener jeg er en ensidig oppfatning av historien. Det er sikkert mer pirrende med Jung, Sabina Spielrein og Freuds inngripen i den saken, jfr. filmen om "En farlig metode", og kan gi mange tanker om motoverføring og utagering av dette, *men i forhold til temaet psykoterapiveiledning for leger*, representerer Freuds brudd med den psykodynamiske psykiatrien representert ved Bleuler, den alvorligste krisen mellom psykoanalysen og psykiatrien, som vi fortsatt driver og reparerer på.

Den hemmelige komiteen

Dette var en type hemmelig brorskap som Freud etablerte sammen med sine nærmeste og pålitelige medarbeidere. Dette kom som en reaksjon på den avskallingen bevegelsen hadde rett før første verdenskrig.



Den hemmelige komité, fotografi fra 1922 (hentet fra hjemmesiden til Freud Museum London)

Fremre rad, sittende (fra venstre): Freud, Sandor Ferenczi, Hanns Sachs

Bakre rad, stående (fra venstre): Otto Rank, Karl Abraham, Max Eitingon, Ernest Jones.

Dette bildet inneholder 'alt' som har med psykoterapiveiledningens historie å gjøre. Alle som i dag er utdannet som psykoterapiveiledere i Norge, har på en eller annen måte forbindelse til alle personene på dette bildet. Psykoterapiveiledning som fenomen ville vært utenkelig uten disse syv personene.

De er fem leger, 1 litteraturhistoriker og 1 jurist.

Freud: Nærmere presentasjon ikke nødvendig. Men Freud var opptatt av hvordan *legen* skulle lære seg psykoanalysen slik at han kunne praktisere den. Han var også redd for "vill analyse", dvs. at leger

uten nok kunnskap om psykoanalysen kunne utvikle praksis som kunne være skadelig for pasienter. Derfor skrev han noen artikler fra 1912 og de nærmeste årene som skulle være hans råd til legen for å drive psykoanalytisk behandling (*Recommendations to Physicians practicing Psychoanalysis, Further Recommendations I* (= On beginning the treatment, 1913), *Further Recommendations II* (= Remembering, Repeating and Working Through, 1914) og *Further Recommendations III* (= Observation on Transference Love, 1915). I en av sine siste artikler drøfter han viktigheten av tilstrekkelig innsikt i egne problemer ('blinde flekker') og som bare kunne bearbeides gjennom egen analyse (Freud 1937). Men Freud skilte ikke mellom analyse og supervisjon når han hadde med kolleger å gjøre. En av hans analysander, Sigfried Bernfeld skrev i 1952 (Bernfeld 1962): "*Freud holdt sine didaktiske kasus* (dvs. lærebehandlinger, min komm.) *fri for regler, administrative direktiver, eller politiske betraktninger. Hans undervisning var fullt og helt student-sentrert* (dvs. Bernfelds egen terminologi, min komm.) *eller at han ganske enkelt oppførte seg som en analytiker...*" Andre har beskrevet hvordan han ga råd om pasienter vedkommende hadde i behandling, diskuterte kunst, litteratur, politikk, musikk etc. Freud drev også utstrakt veiledning gjennom omfattende brevskrivning til mange av sine nære kolleger. Det var ingen nordmenn som gikk i analyse eller hadde noen nær kontakt med Freud. Den eneste jeg har oversikten og som prøvde, var Kristian Schjelderup, teologen, som skrev en søknad til Freud, men som ble høflig avvist. Broren Harald Schjelderup var imidlertid i analyse en periode hos en av Freuds kolleger i Wien (Alnæs, 1996).

Ferenczi: Var utdannet lege og psykiater, og hadde vært i praksis i mange år før han traff Freud. Hadde drevet med psykoterapi på et humanistisk / eksistensialistisk grunnlag, sterkt influert av Søren Kierkegaard og Henrik Ibsen. Han var den som videreutviklet psykoanalytisk teknikk på 20-tallet, på et tidspunkt hvor Freud ble mer og mer depressiv og pessimistisk mht. psykoanalysen som klinisk redskap. Ferenczi var talsmann for at alle som skulle bli analytikere, måtte være minst like godt analysert som sine pasienter, dvs. med det han kalte en 'super-terapi'. På denne måten etablerte det seg to typer læreanalyser – en didaktisk (som Freud praktiserte) og den mer omfattende som nå er blitt vanlig i de fleste land. Ferenczi dannet den psykoanalytiske foreningen i Budapest (Budapestskolen), som fra 1921 drev med utdanning av nye analytikere. Det spesielle mht. veiledning, er at denne skolen mente at det var læreanalytiker som måtte veilede utdanningskandidaten på den første (eller i hvert fall en av) analysepasienten(e).

Ferenczi hadde aldri noen kontakt med noen norske analytikere. Eneste norske forbindelse i hans nærmeste krets var at hans stedatter Elma giftet seg med en norsk journalist og altnuligmann, Jon Laurvik, fra Halden, og at Elma og Jon på sin bryllupsreise besøkte hans hjemsted. Likevel er Ferenczis navn nøye knyttet til den norske psykoterapitradisjonen, særlig den som er ivarettatt ved Institutt for psykoterapi, dels via hans påvirkning av den interpersonlige og relasjonelle psykoanalysen i USA, som fikk stor betydning rundt opprettelsen av Instituttet i 1962, men også engelsk objektreasjonstenkning. Han behandlet bl.a. Melanie Klein i 3-4 år rundt 1914-5, og hans nærmeste arvtaker, Michael Balint, ble etter at han emigrerte til England like før krigen, en av de mest toneangivende 'uavhengige' (middle group) analytikerne i Storbritannia (for videre drøfting av disse forhold vises til Bulletinen for Institutt for psykoterapi, 2016, i forbindelse med presentasjon av og referater fra Ferenczi-workshop).

Den mest direkte påvirkning Ferenczi har hatt i Norge, er likevel at Trygve Braatøy var svært fascinert av hans kliniske tenkning og eksperimenter, noe som gjenfinnes i hans store bok *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*.

Hanns Sachs var advokat i Wien og sluttet seg tidlig til sirkelen rundt Freud, men begynte ikke å praktisere psykoanalytisk behandling før ca 1920. Han ble hentet inn til det nystartede instituttet i Berlin etter anbefaling av Freud, og ble her ansatt som historiens første læreanalytiker. Grunnen var at Berlin-gruppen ønsket en person utenfra som kunne forestå analysene, selv om hans kliniske erfaring var sparsom. Da utdanningsprogrammet i Berlin ble tydelig fastlagt rundt 1923-24, frasa han seg veilederoppgavene, både pga. arbeidsmessig belastning, men sannsynligvis også pga. en

manglende klinisk eller medisinsk utdanning. Han hadde heller ikke andre 'vanlige' pasienter. Slik ble den tre-delte modellen (læreanalyser, kontrollanalyser under veiledning og seminarer) etablert, og skillet mellom læreanalytikere og veiledere ble en realitet. Ganske raskt ble dette en *regel* innenfor de psykoanalytiske instituttene, og her var det Ernest Jones som i stor grad påvirket IPA til å etablere dette. Det er grunn til å anta at dette var et uttrykk for en rivalisering mellom Jones og Ferenczi, slik at den ungarske modellen ble totalt utspilt. Nå er denne ordningen så vanlig at en stort sett ikke tenker over det, og er nedfelt i utdanningsbestemmelsene både ved Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt.

Otto Rank: Som egentlig het Rosenberg til etternavn, men endret dette til Rank etter Dr. Rank i Ibsens Et Dukkehjem. Rank ville studere medisin for å bli psykoanalytiker, men hadde ikke råd. Han jobbet som sekretær for Freud fra 1906, og ble påkostet en filologisk utdanning og dr. grad (Dr. Rank!) av Freud. Rank var den nest mektigste person innen psykoanalysen (etter Freud) rundt 1920. Han bestyrte det psykoanalytiske forlaget, ga ut Freuds bøker og skrifter. Men drev altså ikke selv med analyser før Freud 'ga' noen amerikanske pasienter til ham, som han ikke hadde tid til selv. Og ble med det den første ikke-medisineren som praktiserte psykoanalyse med voksne pasienter. Det kom til et brudd mellom Rank og Freud etter en feide i årene 1923-26. Dette gjaldt Ranks fødselstraume-teori, som han mente hadde forrang for den ødipale konflikten. Rank utviklet (sammen med Ferenczi) et relasjonelt syn på den psykoanalytiske situasjonen, her- og nå-situasjonen, samt betydningen av separasjonsangsten (fødselstraumet) i alle faser av analysen, særlig avslutningen. Etter bruddet med Freud utviklet han dette videre til en korttidsterapimodell hvor avslutningsdato ble satt ved terapiens begynnelse, og arbeidet med dette under hele terapien. Han sluttet å bruke benk i timene, og han lot pasienten sitte under samtalen. Mye av tenkningen omkring avslutninger vi fortsatt bruker stammer fra Rank. Rank selv ble han et offer for en psykoanalytisk historieskriving, og hans navn havnet i glemmeboka. Han bodde i USA den siste tiden av livet sitt. Han hadde William Alanson White i terapi, grunnleggeren av det instituttet i New York som Institutt for psykoterapi er nært knyttet til, og psykologen Carl Rogers (Klientsentrert psykoterapi), som også var en viktig inspirasjonskilde ved dannelsen av instituttet (Knutsen 2011, Hersoug 2012, Holm et al 2012).

I andre rekke – mellom Freud og Ferenczi, står *Karl Abraham* og *Max Eitingon*. Som nevnt var de utdannet ved Burghölzli-sanatoriet, og i 1920 dannet de Berlin Psykoanalytisk Institutt. Dette instituttet skulle få helt avgjørende betydning for psykoanalysen i Norge – og dermed også psykoterapien. De utviklet en utdanningsmodell – som kalles Eitingon-modellen – som er i bruk i hele verden, og hos oss både ved Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt. Disse to utdannelsene danner basis for å bli godkjent psykodynamisk psykoterapiveileder. Utdanningsmodellen er tredelt: Egen analyse, teoretiske seminarer og ledete analyser *under veiledning*. Mange nordmenn gjestet Berlin-instituttet og utdannet seg der: Schjelderup-brødrene, Ola Raknes, Hjørdis Simonsen, Trygve Braatøy, Nic Waal, Astri Brun. Da den norske foreningen ble dannet i 1934, var det dette utdanningssystemet de tok med seg tilbake til Norge (Makari 2008; Alnæs 1996).

Ernest Jones: Dersom det er en psykoanalytiker som har hatt negativ innflytelse på psykoanalysens utvikling i Norge, er det Ernest Jones. Man kan godt si at han var den viktigste enkeltårsak til dannelsen av Institutt for psykoterapi, ved at han var som leder av IPA etter krigen ble ansvarlig for at Norsk psykoanalytisk forening ble kastet ut av IPA i 1949, og ikke fikk igjen medlemskapet før på 70-tallet. I mellomtiden var det mange norske analytikere som kanskje anstrengte seg litt for mye for å tekkes IPA's regelverk, slik at dette førte til en type generasjonsopprør i foreningen, ved at tre kandidater tok skjeen i egne hender og dannet et alternativt institutt, Institutt for psykoterapi, i 1962. Dette nye instituttet skulle arbeide for at pasienter innen psykiatrien skulle få tilbud om psykoterapi, og som ganske raskt skulle bli den bærende kraften i psykoterapiveilederutdannelsen her i landet. Uten Jones' småparanoide holdninger til norske analytikere og deres befatning med Reich, hadde dette sannsynligvis aldri skjedd. Psykoanalysen på den tiden hadde nesten ikke fotfeste

i psykiatrien, bortsett fra enkelte avdelinger. Så Jones har vært en ulykke – og en lykke for utviklingen i Norge.

Opprettelsen av Norsk psykoanalytisk forening 1934

Dette var resultatet av mange års arbeid, og som endelig fikk form i løpet av høsten 1933. Det var på forhånd kontakt mellom de skandinaviske land, og man håpet å danne en felles forening. Men Hitlers maktovertagelse i 1933 endret det politiske bildet i Europa, også mht. psykoanalysen. To prominente analytikere fra Berlin-miljøet flyktet til Norge. De var både jøder og kommunister: Wilhelm Reich og ikke minst Otto Fenichel. Fenichel kom først, oktober 1933, og satte seg i sving ganske umiddelbart med å etablere en norsk psykoanalytisk forening. Han var både IPA-godkjent læreanalytiker og veileder, og ble den eneste i Oslo av det slaget. Den mest erfarne norske analytikeren var Harald Schjelderup, og han ble formann i den nye foreningen. Alle de norske fra Berlin-miljøet var med, samt noen få andre. Men Irgens Strømme ble holdt utenfor, selv om han faglig sett på den tiden holdt et internasjonalt nivå, og hadde mange likhetspunkter med den svenske *Grand old lady* innen psykoanalysen, Alfheid Tamm. Den norske foreningen ble godkjent som fullverdig IPA-medlem i august 1934. Og det var Otto Fenichel som var veilederen i den første tiden. Han hadde mange av de norske i analyse også, og flere veiledningskandidater fra hans virke i Berlin fulgte etter ham til Norge, og ble her frem til krigsutbruddet. Offisielt var dette en Norsk-Dansk forening, da en av Fenichels veiledningskandidater var en ungarsk analytiker som da holdt til i Danmark, og som senere (1942-.43) utvandret til USA. Fenichels opphold i Norge ble kortvarig, han dro september 1935, til Praha. Noen av hans lærepasienter og veiledningskandidater fulgte ham dit, bl.a. den senere lyrikeren Magli Elster.

Psykoanalysen og nazismen.

Norsk psykoanalytisk forening ble oppløst like etter okkupasjonen i 1940, da en fryktet at foreningen skulle infiltreres og overtas av nazistene, slik det hadde skjedd flere steder i Europa. Etter krigen forsøkte man å reetablere foreningen, og man lyktes med det i 1947. Det var fortsatt motsetninger innad i den lille gruppen etter Reichs opphold i landet før krigen, og flere hadde falt fra, både i krigshandlinger, opphold i konsentrasjonsleirer, og flere flyktet til Sverige og ble boende der. Skuffelsen var derfor stor når IPA nektet den norske foreningen videre medlemskap ved den første kongressen etter krigen (1949) (jfr. det som er nevnt under omtalen av Ernest Jones ovenfor).

Fremveksten av den moderne psykoterapien: Institutt for psykoterapi

Parallelt med reetableringen av Norsk psykoanalytisk forening og de mange anstrengelsene på å på ny bli akseptert av IPA, vokste det frem en interesse og kunnskap om psykodynamisk psykoterapi og miljøterapi innen psykiatrien. Viktige navn her er Trygve Braatøy, som var overlege ved Ullevål sykehus, psykiatrisk kvinneavdeling i tre år, inntil han gikk av i protest mot byråkratiseringen ved sykehuset. En av hans ambisjoner var at legene ved de psykiatriske institusjonene skulle få skolerings i å drive psykoterapi. Han nærmeste kollega, Johan Frederik Thaulow ("Sjåff") har i intervju fortalt om dette (Haga 1998, video). Men Braatøy døde høsten 1953, 49 år gammel. Han hadde da rukket å skrive flere bemerkelsesverdige bøker, de to siste *Patienten og lægen* og *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*, men også *De nervøse sinn* fra 1947 ble mye lest (Alnæs 1996). Mange av hans betraktninger omkring forholdet mellom lege og pasient fra disse bøkene finner en igjen i dagens beskrivelse av psykoterapiveiledningen.

På Ullevål sykehus utviklet Herluf Thomstad (Thomstad & Gydal, 1970) det 'terapeutiske samfunn' etter modell fra England, men også inspirert av Simmels psykoanalytiske institusjon Schloss Tegel i Berlin på slutten av 20-tallet, og Thomas Mains ideer om demokratisk behandling og sykehuset som en terapeutisk institusjon. På mange psykiatriske institusjoner og større somatiske sykehus vokste tilsvarende klinikk-avdelinger frem. Herluf Thomstad var pioner også på andre områder, ved at han ga legene ved avdelingen mulighet til å gå i psykoanalyse (læreanalyse) med en ordning som gjorde

det mulig for legene å ta igjen tapt tid i arbeidet. En tilsvarende ordning vokste også frem andre steder, særlig i Oslo (Vinderen, Lovisenberg), i og med at det var her den psykoanalytiske utdannelsen kunne finne sted.

Slik kunne toneangivende psykodynamiske overleger bidra til økt interesse for psykodynamisk tenkning hos psykologene og psykiaterne skulle bli skolert i dette. Leo Eitinger (fra 1966) ved Psykiatrisk klinikk Vinderen, Jan Odegard ved Lovisenberg, Nils Ludvig Dahl ved Aker sykehus, Harald Frøshaug ved Dikemark sykehus (Dikemark-seminarene!) og Gordon Johnson var noen av disse.

Gordon Johnsen var opptatt av psykoterapi. Han var mer orientert i den jungianske og eksistensielle retningen, og rundt ham ble Modum Bads Nervesanatorium bygd opp. Mange psykoterapiveiledere har arbeidet ved Modum gjennom årene, og Modum Bad var en gang en bastion for psykodynamisk terapi og miljøterapi. De årvisse Modum-seminarene trakk mange mennesker, og virket inspirerende på mange til å utdanne seg videre. Han startet med psykoterapiseminarer på Modum, og var aktiv pådriver til å få opprettet et eget Psykoterapiutvalg innen Norsk psykiatrisk forening. Dette var et forslag han kom med i 1955, og året etter ble utvalget opprettet, med Herluf Thomstad som formann, praktiserende psykiater Nils Houge som kasserer og Gordon Johnsen som sekretær (Alnæs 1996). Gordon Johnsen og Randolph Alnæs skrev dessuten et omfattende et tre-binds oversiktsverk over psykoterapi-tradisjonene i Norge (Alnæs og Johnsen, 1966-71). Dette er spennende lesning, og til en viss grad også overraskende for en i min generasjon psykiatere. Det er et vell av terapeutiske retninger som nevnes, med nasjonale og internasjonale kontakter.

Det var altså sterke interesser blant yngre psykiatere til å få etablert en god psykoterapiutdanning i Norge, slik at legene kunne få nødvendig spesialtrening i dette. Den psykoanalytiske utdannelsen var det mulig bare å få gjennomført i Oslo, og metoden passet ikke til pasientene som i stor grad befolket de psykiatriske institusjonene.

I 1955 ble det gjort flere anstrengelser på å få etablert en psykoterapiutdanning uavhengig av den psykoanalytiske utdannelsen. Aktive i denne prosessen var flere yngre psykologer og psykiatere i en krets rundt Astri Brun, psykoanalytiker som vendte hjem fra Tyskland i 1947 (Alnæs 1996). Hun var utdannet ved Berlin psykoanalytiske institutt tidlig på 30-tallet, ble medlem i foreningen der, et medlemskap hun opprettholdt etter at den foreningen ble "arifisert" (1933) og etter hvert slått sammen med flere andre grupperinger (1936), bl.a. den jungianske. Hun var til en viss grad assosiert med jungiansk tradisjon selv.

Med det var først i oktober 1962 at dette ble en realitet ved at Institutt for psykoterapi ble dannet. Det var tre kandidater ved Norsk psykoanalytisk forening, psykologene Einar Dannevig og Per Mentzen, samt psykiater Endre Ugelstad, som tok dette skrittet sammen, for – som de skrev: *"På grunn av de dårlige utdannelsesforhold på psykoterapiområdet har en gruppe psykiatere og psykologer slått seg sammen om å opprette en institusjon som vil søke å hjelpe på de mangler som her gjør seg gjeldende"* (sitat fra de tre grunnleggerne, gjengitt i Holm et al, 2012). Det nye instituttets styre bestod foruten disse tre av overlege Jan Odegard ved Lovisenberg sykehus, og Universitetslektor ved UiO, psykologen Arvid Ås. På denne måten ivaretok man den psykoanalytiske / psykodynamiske grunnorienteringen og samtidig markerte en tydelig tilknytning til klinisk psykiatri og akademia. I tillegg ble dannelsen varmt støttet av professor Harald Schjelderup og helsedirektør Karl Evang, sistnevnte ved at han personlig tok initiativ overfor boligformidlingsnemda, i og med at å etablere nye kontorer i boligstrøk var sterkt regulert pga. boligmangel. Slik fikk det nye instituttet få etablert seg i kontorer i Bygdøy Allé 28 B (Holm et al, 2012, Alnæs 1996).

Klækken-seminaret 1965

Dette var et seminar arrangert av Norsk psykiatrisk forening om psykoterapiutdannelsen i Norge. I et referat herfra heter det: " Det var alminnelig enighet om at man ved enkelte sykehus i større utstrekning må gi opplæring i psykoterapi, men det ligger utenfor mulighetene ved det enkelte

sykehus å gi adekvat utdanning i psykoterapi. ... (Det) var alminnelig enighet om at Institutt for psykoterapi har fremsatt et undervisningstilbud som med hensyn til art og omfang og målsetting bør kunne samordnes med den opplæring som er nevnt ... og som man bør søke og dra nytte av.” Dermed var det etablert en praksis for moderne psykoterapiutdanning i regi av Institutt for psykoterapi. Hva som foregikk i løpet av seminaret i form av politisk tautrekking og lobby-virksomhet kan en kanskje forestille seg. Men enda mer forunderlig var at få dager etter dette møtet – hvor det relativt nystartede Institutt for psykoterapi var plassert i sentrum av psykiaternes lenge etterlengtede psykoterapiutdanning, gjorde ledelsen ved instituttet en henvendelse til Norsk psykoanalytisk forening om et samarbeid om denne utdanningen. (Holm et al, 2012). Dette var på et tidspunkt hvor mange innen psykoanalytisk forening arbeidet målbevisst for å tilfredsstille kravene fra IPA om å bli gjenopptatt som medlemmer, og det foregikk en kamp om hva som var den ‘rene’ analysen.

Det endte med at begge foreningenes utdanning ble godkjent som grunnlag for utdanningen av psykoterapiveiledere. Man måtte ha gjennomgått minst 200 timers lærebehandling (ikke trygdefinansiert), og 100 timers veiledning hos erfaren veileder. Fra 1972/73 ble det innført som et utdanningskrav om at leger i psykiatrisk spesialistutdanning skulle ha minst et års veiledning på egen psykoterapeutisk praksis. Denne ordningen ble utvidet til minst to år (1985), så langt kunne bare psykodynamisk utdannede veiledere ha denne funksjonen. Et tredje obligatorisk veiledningsår med fordypning i tre psykoterapiretninger (psykodynamisk, kognitiv og gruppe) ble foreslått (Martinsen & Bjerke, 2003), og senere innført som gjeldende ordning. Dette forutsatt at de to første årene skulle veiledningen være grunnleggende og psykodynamisk med særlig fokus på lege-pasient-relasjonen. Nylig (høsten 2017) kom en ny nedsatt gruppe fra psykiatrisk forening med forslag om at denne grunnleggende delen av psykoterapiveiledningen skulle endres slik at det ene året kunne forestås av kognitiv utdannet veileder, altså veileder uten egen lærerterapi-erfaring.

Martinsen og Bjerke (2003) fant også at den landsdekkende tilgangen på psykoterapiveiledere var bedret. Dette forklares med at Institutt for psykoterapi har arrangert flere videregående seminarer utenfor Oslo, bl.a. med tilreisende lærerterapeuter og veiledere.

Hva har endret seg de siste 50 år?

Det har skjedd store forandringer i det psykiatriske landskapet i disse årene, og det ville være rart om ikke disse forandringene også viser seg i hvordan psykoterapiveiledningen fungerer. I begynnelsen skulle legene ha veiledning på eget psykoterapeutisk arbeid. Dette var ofte i samsvar med overlegens oppfatninger og uttalte støtte. Nå oppfattes legens eventuelle psykoterapeutiske praksis som en uting som helst ikke bør forekomme. Pasienter som presenteres i veiledningen har kanskje bare hatt en samtale med legen, kanskje var det ‘miljøpersonale’ tilstede under samtalen også, dette er ofte ‘politikken’ på mange avdelinger. At legen og pasienten skulle kunne ha en fortrolig samtale sammen blir sett på som gammeldags, utidig og noe som hindrer kommunikasjonen innad på posten. Innleggelsestiden er dramatisk redusert, og det er kun de sykeste pasientene som blir innlagt. Det er disse pasientene LIS-legene møter og «skal ha» som psykoterapipasienter, og dette gjelder særlig den grunnleggende veiledningen.

I psykoterapiveiledningen gis dette et nytt uttrykk, ved at målet for den grunnleggende (to første år) psykodynamiske veiledning skal være:

- *Utvikle forståelse for og kjennskap til de grunnleggende elementer i lege-pasientforholdets dynamikk. Utvikling av terapeutisk allianse.*
- *Utvikle forståelse av og kunnskap om hvordan tidligere objekterfaringer påvirker lege-pasientforholdet -overføring -motoverføring*
- *Utvikle forståelse for og kunnskap om hvordan lege-pasientforholdet gir diagnostisk informasjon, og er et avgjørende element i all psykiatrisk behandling.*

(Fra notatet "Innhold i psykoterpiveiledningen", Psykoterapiutvalget 06.02.12.)

Gir det mening å veilede på lege-pasient-forholdet?

Utdanningen som kreves for å bli psykoterpiveileder er basert på klinisk og teoretisk fordypning i psykoanalytiske eller psykoanalytisk orienterte langtidsterapier. Dette er pasienter som neppe i dag vil ha bli vurdert å ha rett på behandling innen DPS. Likevel mener en at nettopp denne type utdanning gir det beste grunnlaget for å veilede LIS-leger, i den grunnleggende veiledningen. Det er særlig to forhold som gir grunnlag for å hevde dette: egenerfaring i form av lærebehandling, og moderne psykoanalytiske teorier med hovedvekt på oppmerksomhet rundt motoverføringsfenomener.

En av de mest sentrale psykoanalytikere i denne sammenheng er Michael Balint – jødisk-ungarsk-britisk psykoanalytiker og elev av Ferenczi. I boka *The Doctor, his Patient and the Illness* fra 1957 tar han opp lege-pasient-forholdet. Han beskriver en metode for hvordan allmenn-praktiserende leger innen rammen av sine ordinære 15-20 minutters konsultasjoner kan få hjelp til øket refleksjon over hvordan egne emosjonelle reaksjoner spiller inn i opplevelsen av pasienten og evalueringen av pasientens symptomer, men også hvordan det kan bidra til at legen føler seg mindre hjelpeløs og dermed kan virke som et terapeutisk aktivum. *The Doctor = the Patient's Pill*, er et av budskapene i boka. Et annet er hvordan legen opplever pasientens forhold til sin egen sykdom, med den angst og smerte som følger med. Når pasienten oppsøker legen, er det fordi han har symptomer og plager han ikke er i stand til å mestre, delvis eller hovedsakelig pga. en grunnleggende brist (*basic fault*) i personligheten, som etter noe tid – fra noen minutter til flere år- kommer til en konsultasjon hos legen og klager over en sykdom.

Balint gjennomgår den tradisjonelle psykoanalytiske utdannelsen, hvor supervisjon og læreanalyse er klart adskilt (Eitingon-metoden). Men når han og hans kone Enid skulle veilede sosialarbeidere som ikke selv har gått i terapi, hvordan skulle de da gå frem? Han valgte å bruke modellen fra det opprinnelige Budapest- instituttet: At læreanalytiker veileder den første analysen kandidaten gjennomfører. Dette bidro til et særlig fokus på kandidatens motoverføringsreaksjoner. Han utarbeidet og eksperimenterte med psykoterapi-veiledning hovedsakelig basert på en gruppebasert modell hvor motoverføringen hos sosialarbeidere kom i fokus. Han måtte skape en situasjon som liknet en psykoanalytisk situasjon. Mest mulig frihet – dvs. det var ikke tillatt å bruke skriftlig materiale i kaspresentasjonen. Deltakeren måtte rapportere mest mulig fritt om sine erfaringer med klienten, på en måte som likner fri assosiasjon, hvor det var viktig å slippe frem subjektive forstyrrelser, unngåelser, assosiasjoner etc. Alle disse tanker sammen med de andre gruppedeltagernes innspill ble betraktet som et manifest drømmeinnhold og forsøkt analysert deretter – slik Budapestmodellen la opp til. Og sjekket ut i forhold til det neste møtet sosialarbeideren hadde med klienten.

Det er denne metoden Balint utvikler videre i form av gruppesamtaler med allmenn-legger, de s.k. *Balint-gruppene*. Dette er ikke veiledningsgrupper, men et sted hvor legene møtes regelmessig og kan få snakke fritt i fortrolighet om sine opplevelser om pasienter, og hvilke egne følelser som settes i sving. Gruppen ledes av en psykoanalytiker eller tilsvarende terapeut, hvor hans / hennes oppgave er å belyse og sette ord på legens ubevisste konflikter, og som påvirker hans opplevelse og handlemåte overfor pasienten. Metoden har vært brukt i Norge litt til og fra, de siste årene i mindre grad brukt, i og med at videre- og etterutdanningstilbudet til allmenn-legene er blitt ganske omfattende, slik at det er mindre plass til en slik frivillig gruppesamling.

I en nylig utkommet bok (Sklar 2017) følges Balints ideer opp også til å gjelde leger i spesialistutdanningen, psykiatere og nylig utdannede psykoanalytiske terapeuter og

psykoanalytikere. Dette for å fokusere på legens (terapeutens) egne ubevisste områder slik de presenterer seg i samspeilet med en pasient.

Dynamikken i lege-pasientforholdet blir i stor grad påvirket av legens personlighet og egne issues. Selvfølgelig spiller pasientens personlighet, sykdommen og hvordan han forholder seg til den også en rolle. Men som også Trygve Braatøy (1954) påpeker, er det legens (analytikerens) holdning som gjennom sin interesse for nevrotiske lidende personer er det som danner utgangspunktet for pasientens overføring. Og Racker (1957) sier i samme ånd at i en analyse er det ikke snakk om en frisk (analytiker) som skal behandle en syk (pasienten), men at begge parter har sine skavanker med seg, forhåpentligvis analytiker i mindre grad enn pasienten. Og jo mer kortvarig og hektisk kontakten mellom lege og pasient er, slik den ofte kan fortone seg i dagens akutt-psykiatri, jo større del av relasjonsfeltet domineres av legen.

Dersom veilederen har dette som utgangspunkt, vil formuleringen *forståelse for og kjennskap til de grunnleggende elementer i lege-pasientforholdet* ikke være dekkende, basis må være at legen også har muligheten til å få en emosjonell opplevelse av forholdet til pasienten, som senere kan prosesseres til forståelse og kunnskap.

Den måten psykisk helsevern har utviklet seg på, og hvordan legenes (særlig LIS-legenes) arbeidssituasjon er blitt endret, får deres arbeid i større og større grad likhetspunkter med allmenn-legenes.

Hvor står vi?

På mange måter ser en mange likhetspunkter i forhold til der vi startet for over 100 år siden. Har psykoanalysen og psykiatrien bruk for hverandre? Kognitiv atferdsterapi og tilsvarende teknikker er blitt utbredt, både blant behandlerstaben og miljøpersonalet. Dette er kommet for å bli, på samme måte som den biologiske psykiatrien. Psykodynamisk og psykoanalytisk skolerte leger blir sjeldnere å finne blant avdelingenes seniorsjikt og ledelse. Men samtidig har det aldri vært så mange psykodynamisk skolerte leger som nå, noe som gjenspeiles i antall psykodynamiske psykoterpiveiledere. Oppgaven blir å utvikle vårt veilederarbeid fremover slik at den psykodynamiske arven kan ivaretas og utvikles.

Ref.:

Alnæs, R. (1996): *Psykoanalyse mellom psykiatri og psykologi*. Kristiansand S: Høyskoleforlaget

Alnæs, R. & Johnsen, G. (1966-71). *Psykoterapi, bind I-III*. Oslo: Fabritius

Balint, M. (1957): *The Doctor, his Patient and the Illness*. Madison, Connecticut: International Universities Press

Braatøy, T. (1952): *Patienten og lægen*.

Braatøy, T. (1954): *Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. New York: Wiley & Sons

Knutsen, T. (2007): Berlin og psykoanalysen. *Informasjonsbulletinen for Institutt for psykoterapi*. 13/3;5-9.

Makari, G. (2008): *Revolution of Mind. The Creation of Psychoanalysis*. London: Gerald Duckworth & co

Martinsen, E.W. & Bjerke, E. (2003): Psykoterpiveiledere i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 4, 2003. 123: 470-2

Racker, H. (1957) : The Meanings and Uses of Countertransference, *Psychoanal. Quarterly*

Sklar, J. (2017): *Balint Matters. Psychosomatics and the art of assessment*. London: Karnac

Thomstad, H. & Gydal, M. (1970): Det terapeutiske samfunn, Psykiatrisk avdeling B, Ullevål sykehus. Stensil.

Ulberg, R., Hersoug, A.G., Knutsen, T. (2012): *Psykoterapi i utvikling*. Oslo: Akademika forlag (flere kapitler)

Freuds tekster: Det henvises til Standard Edition (PepWeb)

BOKOMTALE ved Tove Træsdal

«The Metapsychology of Christopher Bollas – an Introduction»

av Sarah Nettleton.

I vinter hadde et tyvetalls medlemmer av instituttet gleden av å følge et seminar om Christopher Bollas' tenkning, ledet av psykoanalytiker Sarah Nettleton fra London. Jeg antar at hun er den fremste ekspert på Bollas' bidrag til moderne psykoanalyse i verden i dag. Hun har holdt seminarer om hans arbeider på flere kontinenter de siste 8 årene og har redigert de fleste av hans bøker fra 2000-tallet. Hun har også selv hatt supervisjon hos ham i løpet av sin psykoanalytiske utdanning, som hun fullførte etter å ha hatt en karriere som pianist/akkompagnatør. (I Storbritannia er det ikke nødvendig med utdanning som lege eller psykolog for å bli psykoanalytiker.)

Christopher Bollas har en svært omfattende og mangesidig produksjon, som dekker både utvikling av psykoanalytisk teori og praksis, og skrifter om kultur og samfunnsspørsmål. Han har også skrevet 3 skjønnlitterære bøker. Nettopp på grunn av hans allsidighet kan det være vanskelig å få øye på i hvilken grad hans skrifter faktisk utgjør et sammenhengende metapsykologisk rammeverk. Bollas' arbeider representerer en videreføring/utvidelse/kritisk analyse av Freuds verk, og han bygger også videre på bidragene til sine forgjengere i den engelske og franske psykoanalytiske tradisjonen. Etter hvert som Sarah fordypet seg mer og mer i Bollas' arbeider, vokste ideen om å skrive en bok, som ble til «The Metapsychology of Christopher Bollas», utgitt i 2016. Her i bulletinen vil jeg gi en kort omtale av boken. For en mer omfattende omtale henviser jeg til min anmeldelse av boken i siste nummer av «Scandinavian Review of Psychoanalysis», se nedenfor.*

Det er et imponerende arbeid Sarah Nettleton har gjennomført, ved å klare å sammenfatte Bollas' store og intrikate verk i denne lille boken på snaut 100 sider. Kapittel for kapittel tar hun for seg hans viktigste begreper og kliniske bidrag. Hun forklarer enkelt og pedagogisk begrepene innhold og viser til deres plass i den psykoanalytiske diskurs i samtiden. Hun mestrer den utfordringen det er å gi et svært komplekst fagstoff en språklig utforming som gjør boken rent ut sagt lettlest – en virkelig bragd!

I motsetning til Freud, som hadde vanskelig for å anerkjenne andres bidrag, bygger Bollas altså på innsikter fra sine forgjengere og samtidige teoribyggere, mens han også bevarer et uavhengig ståsted for å utøve fagkritikk og kulturkritikk. I boken settes hans begreper inn i sin historiske sammenheng. Under vinterens seminar opplevde noen deltagere Sarah Nettletons kraftfulle polemikk mot det kleinianske fagmiljøet som ubehagelig og lite gjenkjennelig. Her i Norge er vi i beskjeden grad kjent med den opphetede fagstriden i det britiske miljøet, og det er et faktum at Bollas har vært blant de kvasseste kritikere av den kleinianske gruppen. I bokens kapittel 11, «Worlds apart», redegjør Sarah Nettleton for det epistemologiske grunnlaget for Bollas' kritikk, som altså ikke er rettet mot Kleins teoretiske bidrag til psykoanalysen, men omfatter aspekter av terapeutisk teknikk, slik den utøves av mange Klein-tilhengere. Kapittelet i boken er ikke polemiserende, men gir en god oversikt over hva striden dreier seg om og hvor dyp splittelsen mellom skoleretninger i det britiske miljøet er, noe som har preget dette siden tredelingen av det psykoanalytiske miljøet i tiden etter 2. verdenskrig. (De tre gruppene bestod av kretsen rundt Anna Freud, de som fulgte Melanie Klein, og den gruppen som har ønsket å være uavhengig av skoleretninger – «the independent group»). Bollas har vært klar på sin tilhørighet til sistnevnte gruppering.)

Bollas har vært – og er – sterkt kritisk til dogmatisme og «sektarisme» innenfor det psykoanalytiske feltet. I et intervju med Anthony Molino i boken «Freely Associated», sier Bollas avslutningsvis: «Psychoanalysis just has to survive «the psychoanalytic movement». If it survives psychoanalysts and their schools, then it will grow and develop. But that remains to be seen”.

Sarah Nettletons bok gir en klar og god introduksjon til Christopher Bollas’ verk. Den gir oversikt over hans teoretiske bidrag og redegjør for nye begreper som han har utmyntet. Selv har jeg lest omtrent alt Bollas har skrevet, mye av det for en god del år siden, og kan derfor bevitne at boken også er velegnet som påminnelse om et spennende forfatterskap som godt kan oppsøkes på nytt. Min erfaring med å lese Bollas er at hans skrifter vekker et vell av tanker, assosiasjoner og bilder hos leseren, og inspirerer således alltid til egen mental aktivitet. Tidvis er han lett tilgjengelig, tidvis vanskeligere å forstå – men Sarah Nettleton har nå heldigvis hjulpet oss alle til større klarhet. Boken anbefales varmt!

*I Scandinavian Review of Psychoanalysis nr. 2, 2017: [The metapsychology of Christopher Bollas, an introduction, by Sarah Nettleton, Abingdon, Routledge, 2016, 114 pp., £18.99 \(paperback\), ISBN 978-1-138-79555-6.](#)

Molino, Anthony: “Freely associated – Encounters in psychoanalysis”. Free Association Books, London 1997. (Omfatter intervjuer med Christopher Bollas, Joyce McDougall, Michael Eigen, Adam Phillips og Nina Coltart.)

Deborah Cabaniss: Teaching Psychodynamic Formulation

Av Linda E. Huneide, avtalespesialist i Vestfold

Deborah Cabaniss, professor i psykiatri og psykoanalytiker ved Columbia University, New York, besøkte Universitetet i Oslo i september 2017. Det ble i den forbindelse arrangert to møter som var åpne for medlemmer og kandidater ved Institutt for psykoterapi og Norsk psykoanalytisk institutt. Møtet onsdag 20.september kl.19-21 hadde tittelen “Teaching Psychodynamic Formulation”. Foredraget “Listen/Reflect/Intervene: An operationalized approach to teaching psychodynamic psychotherapy” ble holdt ved Psykologisk Institutt ved UiO dagen etter.

Jeg avsluttet videregående seminar ved Institutt for Psykoterapi vår 2016 og har hatt kasusformuleringer som et spesielt interessefelt. Min veileder Waldemar Platou anbefalte Cabaniss’s sist utgivne bok «*Psychodynamic Formulation*» fra 2013. (Hun har også skrevet boken «*Psychodynamic Psychotherapy, A clinical manual*» (2011.)) Etter endt seminar var jeg så heldig å fortsette gruppearbeid med gruppa mi som lot seg overtale til å gjennomgå boken i sin helhet. I min avtalepraksis har jeg som mål å utarbeide/revidere en kasusformulering for samtlige pasienter halvårlig og som jeg samkjører med tilbakemeldinger til fastlege for oppdatering av status og behandlingsplan videre. Det var med forventning jeg fikk se at Cabaniss skulle komme til Norge.

«*Psychodynamic Formulation*» er en anbefalelsesverdig bok. Den inneholder 22 kapitler fordelt på 243 sider, er svært pedagogisk med oversiktsbokser foran hvert kapittel og mange gode kliniske eksempler underveis. Hovedstikkordene er:

I.DESCRIBE (Beskrivelse av hovedproblem og mønster fordelt på 5 hovedfunksjonsområder; Selvet-Relasjon-Tilpasning-Kognisjon-Arbeid/lek).

II.REVIEW (Utviklingshistorie oppdelt i ulike aldersfaser).

III.LINK (Utvikle hypotese om forståelse av problematikken hvor man velger 1 av 6 teorier som passer i det enkelte tilfellet; Traume-Tidlig/medfødt kognitiv/emosjonell vanske-Egopsykologi-Objektreasjonsteori-Selvpsykologi-Tilknytning).

Avslutningsvis tar boken for seg ulike kliniske settinger hvor denne operasjonaliserte modellen kan være nyttig å bruke, fra akutt eller konsultasjon/liaison psykiatri, til behandlinger der farmakologiske intervensjoner er mest sentralt, og til langtids dynamiske terapier.

Etter endt praksisdag i Larvik tar jeg altså tog fra Skoppum inn til Tigerstaden for å oppleve Cabaniss undervise. PåPsykoanalytisk Institutt er det anslagsvis 30 tilhørere, en blandet forsamling av erfarne klinikere, lærere og kandidater. Professor Siri Gullestad leder møtet, som består av en time forelesning og en time diskusjon. Cabaniss er en varm, kunnskapsrik og tydelig formidler. Hun er overbevisende i sin argumentasjon om at hennes metode er nyttig både for ferske leger i spesialisering og for svært erfarne terapeuter. Jeg får inntrykk av at hun har bidratt til en felles skoloring av alle typer veiledere i psykoterapi (både i spesialistutdanning og for kandidater som fordyper seg i analytisk psykoterapi) med stort hell, hvor de har oppnådd en omforent felles plattform på tvers av den enkeltes teoriforankring. Kasusformuleringen har flere formål; Den bidrar bl.a. til forståelse av problematikken og klargjør valg av behandling og intervensjoner. Man kan benytte den som en kontrakt med pasienten hvor man i fellesskap enes om mål, og den er enkel å bruke til å evaluere og revidere hypotesen. Cabaniss fremhevet at også resiliens-faktorer er viktig å implementere i en kasusformulering.

Etter foredraget ble det en spennende diskusjon med flere interessante innspill som Cabaniss svarte klokt på, og som for meg viste at teorien var godt integrert i analytisk tradisjon og overførbar til norske forhold. Jeg gjengir to av spørsmålene som kom opp her og min personlige tolkning av svarene:

-Hvordan plasseres bruk av motoverføring i denne metoden?

Bruk av motoverføring er uvurderlig også i denne tilsynelatende manualiserte fremgangsmåten i utarbeidingen av en hypotese. I del I og II hvor man skal innhente opplysninger om pasientens mønster og utviklingshistorie blir nettopp informasjon vi henter ut i overføringen nødvendige for å "fylle hull". Den nonverbale kommunikasjonen anses av høy viktighet for å skape en sammenhengende historie og forståelse..

-Tilknytning brukes ukritisk i dag til å årsaksforklare enhver psykisk plage. Vil ikke en populær frase om at vedkommende ikke er blitt speilet på sine affekter tidlig alltid passe som link/hypotese, og er det meningsfullt når de fleste vel har med seg en grad av neglect i bagasjen?

Det er den unike historien til den enkelte pasient som er viktig, og å bruke denne til å synliggjøre hvordan han/hun har utviklet sin særegne overlevelsesmåte, som i nåtid opprettholder lidelsen.

Det var en takknemlig terapeut som gikk fra kveldsmøte inspirert til å arbeide videre med systematisk og regelmessig gjennomgang av egen forståelse i mine egne terapiforløp. Dette kan hjelpe mitt observerende ego til å manøvrere i en spennende hverdag, i møtet med mine helt spesielle helter og heltinner som jeg får følge et stykke på vei mot et utvidet bevisst følelsesrom og en mulig større forståelse av hvordan deres unike måte å være i verden på kan skape visse vansker.

Instituttet deltar i Norsk longitudinell studie av terapeuters utvikling, utdanning, erfaring, stil og holdning (NORTUT).

Av Forskningsutvalget

Hvordan former psykoterapiutdanninger oss som terapeuter? Lite forskning har hatt fokus på hvordan terapeuter ser på effekt av terapi og hvilke teknikker de generelt tenker er virksomme. Hva tenker terapeuter er effektiv psykoterapi? Påvirker terapeututdanning synet på hva som er effektiv terapi og hvordan en arbeider som terapeut? Er det noen endring over tid i hvordan terapeutene mener behandlingen virker for pasientene (Carlsson, Norberg, Schubert, & Sandell, 2011; Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2006, 2007)? Hvordan former terapiutdanninger oss som terapeuter og er det forskjell mellom ulike terapeututdanninger? Slike spørsmål er NORTUT interessert i å finne svar på. Forhåpentligvis vil kandidater ved de ulike Psykoterapiinstituttene være med å bidra til å finne svar ved å bidra med data til prosjektet.

Forskningssamarbeid med Universitetet i Oslo

Institutt for psykoterapi har inngått et samarbeid med medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo (UiO) om knyttet til NORTUT. I dette prosjektet undersøkes terapeuters utvikling i løpet av psykoterapiutdanning. Studien ledes av professor Randi Ulberg, medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo og Diakonhjemmet Sykehus og Hanne-Sofie Johnsen Dahl forsker ved Sykehuset i Vestfold og tilsatt ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Ulberg er medlem ved Instituttet og sitter i Instituttets forskningsutvalg. Dahl er medlem i Psykoanalytisk forening og Institutt for Gruppeanalyse og Gruppepsykoterapi (IGA) som hun også leder. Forskningsutvalget har deltatt med tilpasning av spørreskjemaet til norske forhold, implementering av en pilot samt i utformingen av studiedesignet i NORTUT.

Hvem deltar i studien?

Deltakerne i studien er utdanningskandidater ved Institutt for psykoterapi. Alle kandidater som har begynt på innføringsseminar siden våren 2018 har fått invitasjon til å delta. Også IGA, Psykoanalytisk Institutt, Karakteranalytisk Institutt og Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi (IBUP) har sagt ja til å delta.

Hva skal deltakerne svare på?

Deltakerne får spørsmål om egen erfaring og utdanning, egen terapeutstil, hvilke holdninger de har til psykoterapi og hvordan de ser på psykotераapeutisk behandling. De får likelydende skjema tilsendt flere ganger. Terapeutene fyller ut skjemaet Psychotherapeutic Identity (TASC-2) (Sandell et al., 2004; Sandell et al., 2006, 2007) før, under og etter innføringsseminar og videregående seminar.

Skjemaet som benyttes er utviklet under ledelse av Professor emeritus Rolf Sandell, Linköping Universitet i Sverige. Og studien har vært så heldig at Rolf Sandell selv har bidratt med oversettelsen av skjemaet til norsk.

Utfylling av skjemaer er fullstendig anonymisert og skjer via nettskjema på UiO. Det er etablert sikker lagring av data på Universitetets datalagringstjeneste. Data kan etter automatisk lagring ikke føres tilbake til hvem som har fylt ut det enkelte skjema.

Viktig administrativ støtte fra Instituttet til studien

For at forskerne skal komme i kontakt med kandidatene på seminarene, gjør administrasjonen ved Instituttet en uvurderlig innsats. Det etableres kontakt mellom forskere og kandidater på Instituttet, men ikke før Instituttet har fått kandidatenes tillatelse til å formidle kontaktopplysninger til forskerne.

Andre psykoterapiinstitutt er også med

Kandidater ved Institutt for Gruppeanalyse (IGA) deltar også i studien. I tillegg til Institutt for psykoterapi og IGA, ønsker flere andre institutt at deres kandidater deltar i studien. Etter hvert vil derfor også kandidater vedPsykoanalytisk Institutt, Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi og Karakteranalytisk terapi, så alle nye kandidater ved disse instituttene blir også invitert til å delta.

Internasjonalt samarbeid

I tillegg til samarbeidet med professor emeritus Rolf Sandell, profiterer studien på internasjonale samarbeidsrelasjoner som er bygd opp gjennom det EU-finansierte forskernettverket TREATme.

<https://www.treat-me.eu/>

Forskernettverket består av 100 forskere i 30 forskjellige europeiske land. Institutt for Psykoterapi har vært en verdifull støttespiller for dette nettverket fra det var under planlegging. Forskerne i nettverket jobber med å finne ut mer om hva som virker for hvem og hvordan i psykoterapi for unge mennesker. Fokuset er på individtilpasset psykoterapi. Forskernettverket ledes av professor Randi Ulberg, medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo

<https://www.med.uio.no/klinmed/personer/vit/randiul/index.html>

og administreres av medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Gjennom TREATme har terapeutstudien etablert samarbeid med Professor Svenja Taubner, Universitetet i Heidelberg, Tyskland

<https://www.treat-me.eu/about-us/mc-members/members/taubner.html>

og førsteamanuensis Henriette Löffler-Stastka ved det medisinske universitetet i Wien, Østerrike.

<https://www.treat-me.eu/about-us/mc-members/members/lofflerstastka.html>

Begge disse forskere har terapeuters utvikling som et av sine spesialfelt.

Svenja Taubner, Henriette Löffler-Stastka og Randi Ulberg er medlemmer av Society for Psychotherapy Research avdeling for Therapist Training and Development (SPRISTAD). SPRISTAD er grunnlagt og ledes av Helge Michael Rønnestad. SPRISTAD planlegger en stor studie på terapeutfaktorer i psykoterapi og forskerne i NORTUT har vært i dialog med de norske lederne av SPRISTAD og avklart forskjeller og likheter mellom studiene.

Instituttet og Instituttets forskningsutvalg er en viktig støtte

Instituttet har vært viktige støttespillere og etableringen av studien NORTUT og forskernettverket TREATme. Forskningsutvalget har spilt en viktig rolle i utformingen av forskningsprosjektet og gjennom støtte til forskernettverket. Gjennom forskernettverket TREATme og studien NORTUT har Instituttet dermed etablert et langsiktig forskningssamarbeid med Universitetet i Oslo og internasjonale forskere.

Referanser:

Carlsson, J., Norberg, J., Schubert, J., & Sandell, R. (2011). The development of therapeutic attitudes during and after psychotherapy training. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(3), 213-229.

Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., & Grant, J. (2004). Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2). *Psychotherapy Research*, 14(4), 469-484.

Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapist attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and psychotherapy: Theory, research and practice*, 79(4), 629-647.

Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2007). Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research*, 17(2), 196-204.

Kandidatpublikasjoner:

Kandidatpublikasjon 1:

Namn: Jeswanthiny Pushparajah Mayoora

Yrke: LIS i psykiatri

Profesjon: lege

Bakgrunn: Røtter frå Sri Lanka, men født og oppvaks i Noreg (Ulsteinvik). Starta i psykiatri som valgt spesialisering i 2016, da eg allerede før medisinstudium visste det var her hjartet mitt låg. Jobbar i dag på Stavanger Universitetssjukehus, og vart gjennom her introdusert til innføringsseminar i psykodynamisk psykoterapi, av min vegledar. Har funnet enormt mykje glede og sjølv utvikling av dette. Det å uttrykke det vi stadig står i og går gjennom i dette faget, har vore ein utfordring. Men seminaret har hjulpet meg til å skissere, konstruere og formidle mine følelsar i form av ord...



Detaljane bak maska

It's like everyone tells a story about themselves inside their own head.

Always. All the time. That story makes you what you are.

We build ourselves out of that story.

Patrick Rothfuss

Identitet. Eg smakar varsamt på desse ti bokstavane, samansett til eit sentralt ord i dagens samfunn. Let det synke inn på tunga, medan eg løftar blikket mitt mot to barn som gledeleg leikar ute mellom den kalde haustvinden. Eg kan nesten føle latteren av glede snike seg gjennom den stadig samfunnsprega sjela mi. To små, utan nokon bekymringar....utan ei aning om kva dette samfunnet kanskje kan bidra med å forme av to individ, lenger fram i tid. Både på godt og vondt...

«Thiny, har du ferdigstilt utredning på denne pasienten?» Eg snur meg med eit skvett, og rettar oppmerksamheita mi på den frustrerte overlegen som står ved dørringgangen på mitt kontor. Mini plus, SCID I, SCID II, for og nemne eit par eksempel på verktøy eg har lært å meistre, i laupet av min korte karriere (da kan ein fantasere kor mange strukturerte intervju som har blitt prioritert). «Det var da ikkje slik eg såg for meg psykiatrien,» mumlar eg for meg sjølv, medan eg skyv blikket mitt mot den ferdigstilte Mini plussen foran meg.

Medan eg sit her, kan eg ikkje la ver å tenkje kvar den mellommenneskelege relasjonen ofte blir av, mellom kvar pasient eg møter. Kva verktøy og arbeidsoppgåver som blir lagt vekt på, framfor den heilheitlege skikkelsen av ein person, som ofte sit foran meg med sin eigen «story to tell». Kor lett det blir å kategorisere alt i dette samfunnet...å behandle diagnosen, framfor pasienten bak denne lidinga. Eg finn meg nemleg ofte i denne tankebobla, utan å finne eit klart svar eller ei løysing på det. Ein identitet som blir skjult bak det «overfladiske».

Varsamt let eg augene mine vandre over til psykologtidsskriftet: «Humanismens vilkår i prosedyrenes tid». Torberg Foss og Åge Wifstad (2011) skildrar her vakkert det «byråkratiske monsteret» psykiatrien har teke rolla som. «Diagnosen stilles, en behandlingsplan settes opp. Hva som utgjør problemet, avgrenses. Det skjer en objektivisering; noe skal bringes under kontroll» (s. 547). Noko uforståeleg, noko mystisk, noko større enn det vi sit med fasiten på. Begrepet «flink pike» blir gradvis eit breidt begrep også innanfor psykisk helsevern, som også pregar både systemet og behandlarar. For på kva måte kan vi temme det ukontrollerte? Skjema, prosedyrar, journalføring, diagnostiske verktøy. Ei løysing oppretta for å «late» som vi forstår eller «enkligisere» det uforståelege. Vi tilpassar oss dette, for vi vil jo framstå som den flinke psykiater. Foss og Wifstad skriv: «Selve betydningen av å

snakke er ikke lenger gitt, men erstattet av ulike testinstrumenter alt fra første pasientkontakt» (s. 549)

Etter å ha svart på alt det «formelle og tekniske» til overlegen, blir eg sitjande ei stund til og undre. Eg let blikket mitt gradvis leite etter dei to små barna att. Der sit dei, under bjørketreet, med full fokus i ein liten rektangulær skjerm. «Barn imiterer det voksne gjer,» tenkjer eg for meg sjølv. «Hmmm...tenk da kor stort ansvar vi som psykiatrar har i dette samfunnet...» Eg let den tanken pakke meg godt inn, parallelt som eg observerer himmelen drage på seg eit mørkt teppe av melankoli på denne vindfulle, kalde haustkvelden.

Pling. Eg ser ein e-mail brått snike seg inn i inn-boksa mi. Nysgjerrig opnar eg den, i all under om kven som har funne på å sende meg mail på denne tida. PANSS 6 står det med blokkbokstavar. «Kva i merkelegaste dagar er PANSS 6?» Lenge blir eg sitjande å undre over kva dette merkverdige verktøyet er, før det slår meg at det er ein modifisert versjon av PANSS (eit kartleggingsverktøy for psykose). Man lever i eit samfunn, der den mellommenneskelege relasjonen blir lagt teppe over, og heller pynta over (skjult over) med fleire og fleire overflatiske verktøy. Foss og Wifstad skildrar: «Blikket for det individuelle svekkes, og i stedet minner psykisk helsevern om sikkerhetskontrollen ved flyplassen» (s.549)

Alt dette får meg til å tenkje på ei hending, ikkje så altfor lenge sidan; ein pasient innlagt på min avdeling med psykose. Dette var ei middelaldrande kvinne med lang rushistorikk. Etter to dagar med søvn og ernæring, er denne kvinna fullt «på plass» att. Ho sjølv beskriv dette som eit resultat av amfetamininntak, noko kliniske observasjonar og kontinuerlege samtalar standhaftig kunne bekrefte. Eg vurderte då, saman med min vegledande overlege å skrive henne ut til eit avrusningsopphald (for det var ingen mistanke om at det var den riktige behandlingsslassen for henne). Pasienten sjølv ønskte dette, og følte seg møtt og forstått på denne vurderinga.

Neste dag er både eg og pasienten min klare for å starte dagen med eit fullt smil. For det var jo utskrivingsdag. Dette så klart inntil den rosa elefanten i behandlingsmøterommet blir så stor at den kjem i vegen for dei grandiose tankane eg hadde satt meg; nemleg skrive henne ut utan ei fullført «utredning». «I det minste eit PANSS,» kan eg fortsatt hugse klinge i øyret mitt. Ja, så satt eg der, nokre timar seinare, framfor denne utskrivingsklare pasienten, som klart og tydeleg ikkje var psykotisk, med ein bunke med papir framfor meg. Innerst inne visste eg dette var meningslaust, men den flinke legen som eg er, var naudt til å framstå pliktoppfyllande.

«Når det snakkes om effektiv drift og strømlinjeformede behandlingsopplegg, forblir nemlig noe usagt: Et menneske er ingen sak som skal opp til behandling» (Foss & Wifstad,2011, s. 549). Ja, og i dei minutta var det nettopp slik eg følte min pasient blei behandla av meg.....som ein sak.

Most people are other people. Their thoughts are someone else's opinions, their lives a mimicry, their passions a quotation.

Oscar Wilde

Eit nydeleg, og svært tankevekkjande sitat av Oscar Wilde.

Etter tre år i psykiatrien, hender det eg somme gongar er naudt til å minne meg sjølv på kva som fekk meg til å jakte etter denne rolla i samfunnet. Det å vekse opp med eit elskverdig syn og interesse for filmar, da særskilt filmar relatert til livet, etterlot meg kanskje med eit mindre «realistisk» syn på kva psykiatri er i eit samfunn som dagens. Hmmm...lat meg formulere det på ein litt annan måte; som nyutdanna lege, å hoppe rett i psykiatrien, var ikkje akkurat det biletet av eit kunstnerisk rom med ein pasient liggjande på benk, full utstilling av det nasjonale galleriet på kontorets veggar, og eit snev av operamusikk i bakgrunnen. Dette var ekte akuttpsykiatri, med full skjerming, medisinerer, utagering, beltelegging, og ikkje minst diagnostisering.

Eg ser ned på klokka. 20:00. På tide å avslutte dagen. Men eg kan ikkje la vere å bli «haunted» av ord formidla av ein pasient eg har fulgt i lang tid.

«No har eg att fått frykten for at du skal diagnostisere meg med noko alvorleg. Men det er ikkje psykose lenger. No har eg begynt tenkje på bipolar liding.»

Dette er ei ung kvinne, tilvist til meg for psykodynamisk psykoterapi. Ei ung kvinne som er svært prega av angst i kvardagen. Ei ung kvinne som både ubevisst og bevisst tek i bruk fleire forsvarsmekanismer, for å hindre at eg skal nå inn til hennar djupaste tankar. Dette kanskje i frykt for, eller kanskje eit ønske om å bli diagnostisert med ei alvorleg sinnsliding. Både eit ønske om, og ein frykt for at eg skal lære henne å kjenne?

«Det er greitt å vere ein angstpasiert, men ikkje ein psykiatrisk pasient....for det er ikkje det *eg er*.»

Kan det vere ein reell frykt for å bli kategorisert og få endra identitet i samfunnet? For det er noko med hennar haldning....hennar atferd....hennar måte å forme både sin verbale og kroppslege kommunikasjon på, mellom dei fire konstruerte vegger vi saman befinn oss i, i 45 minutt, to gongar i veka. Som om ho stadig går rundt med eit skjold...ein vegg...eit manisk forsvar. Dette for å beskytte seg mot kva? Kva er det ho er så redd for å vise meg eller bli påført av meg? Ein frykt for å bli gjennomskua over kva som befinn seg bak skjoldet, eller den solide maska? Det er nesten som om ho kan endre seg frå å vere den «sjuke» angstpasierten i frykt om å bli diagnostisert med ein alvorleg sinnsliding, til å bli den maniske ekspertten som har svar på alt. «No kan du og eg berre bytte plass....Neste gong er det din tur å sitje her.» Ord eg framleis kan hugse klinge gjennom begge ørekanalane mine. Ein form for å overbevise seg sjølv, beskytte seg sjølv, «normalisere» det heile...?

For så hypotetisk og undrande alt dette framstår, gjev psykodynamisk psykoterapi rom og tid for å prøve og forstå.....

Som den filmelskaren eg er, har eg alltid ein tendens til å assosiere det meste med illustrasjonar vist på lerretet. Om ein har sett *The fault in our stars*, vil ein fort skjønne kva eg er på veg til å beskrive: Ein kjærleiksfilm, med eit vinkla syn på sjukdom. I dette tilfelle, kreft. Ei særskilt scene eg aldri kan vaske vekk frå minnene mine, er når ein av hovudrollene held ein utent røyk mellom leppene sine. Den andre spør då, kvifor i alle dagar han veljer å røyke (da ho trudde han skulle tenne på denne røyken), og derav påføre seg meir skade. Kort får ho som svar: «You put the killing thing right between your teeth, but you don't give it the power to do its killing». Er det ikkje slik mange av oss i samfunnet har konstruert seg sjølv til å kunne fungere/overleve? Av å velje denne masken, velger ein kanskje vekk dei små detaljane, som på mange måtar kanskje kan bidra med å auke frykten for den "reelle" identiteten bak, akkurat som ved min overnemnte pasient....kva denne identiteten fortel oss...akkurat som røyken kan bidra med å "drepe", kan kanskje for mange "drap" bli påført av nakenheita uten denne såkalte masken. Ein maske som mange av oss behandlarar/psykiatrar bidreg med å konstruere, i form av kategorisering.....

*At the end of the day people won't remember what you said or did,
they will remember how you made them feel*

Maya Angelou

For er det ikkje slik? Eller har vi verkeleg blitt så mekaniske, som gjer at vi fungerer som nokon robotar på tomgang? Foss og Wifstad (2011) skriv: «Man forblir aldri upåvirket av å møte et menneske i en eller annen fortilelse» (s. 547). Men slik som systemet fungerer i dag, har mine mistankar begynt å dukke opp. «Kva er bestillinga? Denne pasienten er ikkje vår målgruppe.» Bestilling? Ein skulle nesten tru ein depresjon er noko ein har blitt ramma av, og ikkje noko som har blitt konstruert av ein sjølv. Så kva skjer då? Jo, vi tek på oss rolla, ikkje om å finne ut kva som bringer pasienten til denne innlegginga, men heller korleis vi kan «helbrede» pasienten ved å setje «labels» og medisiner dei med alle typer antidepressiva.

«Når noe ikke er som det skal være, ytrer vi oss gjennom *kravet* om endring, bedring, behandling» (Foss og Wifstad, 2011, s. 548)

Eg tenkjer på alle dei gongane eg møter ein ny pasient inne på det gråe, tomme, dystre samtaleromet på akuttmottaket. Eg har ein samtale, kanskje i 30 minutt, som skal vere med på å avgjere kva diagnosekategori denne pasienten tilfredsstiller. Så blir ein tentativ diagnose satt, og

pasient blir ført til sitt neste stopp. Man ville tru at denne pasienten skulle ha fått meir tid til å venne seg til og bli kjend med dei nye omgjevnadane her. For jammen hadde eg vore meir enn overvelda for å bli plassert inne på ein psykiatrisk sengepost. Men neida, også her, har pasienten null rom for å nøle. Alt skal gå i rakettfart: «Men 'time of hesitation' står det lite om i virksamhetsplanene, og dette rommet er nå i ferd med å innskrenkes. God kvalitet i behandlingen betyr tvert om at fagpersonen raskt vet beskjed. Manualer og veiledere slår fast hvem som har krav på hvilken type behandling. Ut i fra denne behandlingsideologien forventer pasienten å få et klart svar på hva som feiler en, og at den korrekte behandlingen foreskrives» - (Foss og Wifstad, 2011, s. 545). Ja, og denne fasiten laga av rubinar, som vi i «ekspert-rollen» finn ut *for* pasienten, kan fort bli ein innsnevra, tunnelsynt, farleg veg å gå.

«Sannheita» om kva som fører pasienten til mitt kontor, eller til akutt-mottaket, er det kun pasienten sjølv som veit. Alt det vi sit med, vil stort sett vere hypotesar. Men vi forventar å kunne «løyse» ein «pasient sak» på 30 min, eller 3 veker om ein er generøs....Vi forventar at pasienten opnar seg opp til ein heilt framand person, og svarar med den fulle «sannheita» allereie ved første møte. La dette synke inn....

For noko desse pasientane ikkje har, som min overnemnte pasienten eg har fulgt over lang tid har tilgang til, er tid. Ho har tid til å lære seg sjølv å kjenne. Tid til å gradvis strippe vekk sin «beskyttande» maske og kjenne på oppturar og nedturar, utan at dette blir farleg-gjort eller hysteri-vekkjande i miljøet og teamet rundt henne. Ja, for er ikkje det ofte slik i psykiatrisk behandling, at symptomframtdredning blir veksla med forverring? Når pasienten får tilgang til eit verbalt språk for å uttrykke desse tankar og følelsar, eller når atferd viser tydelegare framtdredning av korleis pasienten har det med seg sjølv, blir dette ofte sett på som ein negativ utvikling av symptomar eller tilbakefall i sengeposten. Man gløymer ofte at dette er essensielle kommunikasjonsmetodar, både bevisst og ubevisst i pasienten, som ofte dukkar opp ved relasjonsbygging og oppstart av behandling. Men korleis vil den pliktoppfyllande behandlar velje å handtere dette? Vi medisinerar vekk alt av ubehag og den minste uro som blir observert og rapportert av pasienten. Dessverre oftare enn naudsynt....Kanskje fordi det er den enklaste vegen å gå? Ja, og kva fortel det om oss, som behandlarar, som viker unna det vi ikkje klarer å stå i....frå det ubehagelege? Det uforståelege...? Ein tenkjer tillit og relasjonsbygging er viktige faktorar i behandling og i møte med ein pasient, men dukker opp med hendene fulle av skjema og kartleggingsverktøy. Blikket vårt er meir fiksert på å stille det riktige spørsmålet printa på arket framfor nasetippen vår, i staden for å møte dei fortvilte augene til eit ny-innlagt individ. Man kan da stille seg spørsmålet om kvar romet til å kjenne på motoverføring og overføring, for å nemne nokon begrep, blir av? Korleis kan vi forstå og gje adekvat behandling til eit individ, når vi baserar det heile på den bevisste delen som blir lagt fram. Vi overser viktige ressursar som form av innhald og kroppsbruken i formidling av historia til pasienten. For alle

desse verktøya gjev jo ikkje rom for tid, følelse av overføring, eller invitasjon til konflikt. Ja, og konflikt er jo det vi jobbar med. Om der ikkje er høygder for konfliktar i relasjonen eller behandlinga, blir det for enkelt. Vi lever i eit system som stadig jobbar med eit driv som ikkje legg til rette for den psykodynamiske relasjonsbygginga. Noko som fører til at det ubevisste blir urørt.....

Om vi ser på det sitatet av Maya Angelou....Verkeleg ser på det...Tenkjer over det...Smakar litt på det....Er ikkje det rettferdig å stille oss spørsmålet om «Er psykiatrien verkeleg så trygg og omsorgsfull som ein skulle sjå føre seg? Er det verkeleg vårt empatiske språk, forsøk til forståing som reiskap og tid som verktøy vi brukar for å kommunisere med ein pasient som møter opp i fortvilning?». For alle desse forventningane og fantasiane blir fort svartmalte mellom all journal- føring, strukturerte intervju som pasienten blir bombardert med etter nokre dagar med innlegging, avslag frå polikliniske behandlingssassar der dei kaldt skriv «Ein vurderar at du ikkje har behov for behandling i spesialisthelsetjenesten»....Dette for å nemne nokon. Byråkratiet tek styring over det mellom menneskelege...og vi er med på å forme det.....

Når alt dette er sagt, misforstå meg riktig. Diagnostisering, er eit av mange makter vi som psykiatarar sit med. Ein makt som er essensiell, og heilt naudsynt for å behandle. Ja, og det er jo behandling som er den nøkkelen vi sit med, som vil hjelpe det fastlåste individet til å opne seg.

Medan eg ligg her i mitt tjukke, varme teppe...klar for å avslutte dagen, er eg meir enn takknemleg for å kunne ha denne makta eg sit med. Ein makt som bør bli brukt med ydmykheit og grunnleggjande empati og forståing av det komplekset vi menneske er.

«For at noe skal bli forståelig, må man komme i kontakt» skriv Foss og Wifstad (2011, s. 549). Ja, og denne kontakten blir kanskje litt for nedprioritert i flyten mellom all dokumentasjon som må bli gjort. Så korleis då heller bruke desse reiskapa i ein relasjons-formande måte? For eg valgte jo dette yrket, i håp om å bidra til endring i ein son,- ei dotter,- ei mor,- ein bestefar osv sitt liv. Å finne balansen mellom det samfunnet krev av ein, samtidig ikkje gløyme den grunnleggjande mellommenneskelege forståinga vi etablerer i møte med ein på akutt avdelinga, langtidsposten, poliklinikken eller på ein kald, vindfull haustdag under eit bjørketre....

Litteratur:

Foss, T. og Wifstad, Å. (2011). Humanismens vilkår i prosedyrenes tid. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 48, nummer 6, 2011, side 544-549

Særskilt takk til:

Kjartan Thu, psykiater i privatpraksis, psykoterapivegledar- Stavanger Universitetssjukehus

Jon Morgan Stokkeland, Undervisningsansvarleg overlege, psykoterapivegledar, Dr. Philos-Stavanger
Universitetssjukehus

Kandidatpublikasjon 2:

Navn: Synnøve Fjeldaas

Yrke: LIS i psykiatri ved Oslo Universitetssykehus

Bakgrunn: Synnøve Fjeldaas er lege og spesialiserer seg i psykiatri ved Oslo Universitetssykehus. Hun har nylig gjennomført innføringsseminaret ved Institutt for Psykoterapi og er nå kandidatmedlem ved instituttet.



Idealiseringens rolle i terapiprosessen

Problemstilling

Idealisering av terapeuten er en overføring som kan utspille seg i terapiforløpet med noen pasienter. Som uerfaren psykoterapeut kan pasientens sterke idealisering være en overraskelse og en utfordring. På samme måte som andre former for overføring kan dette føre til motoverføringsreaksjoner og usikkerhet hos terapeuten. Jeg ønsket å undersøke hvorfor idealiseringen oppstår, hvordan fenomenet kan forstås i lys av pasientens oppvekst og tidlige behov, og hvordan man som terapeut bør møte idealiseringen. Hvordan kan en idealisering av terapeuten bidra til personlig utvikling og styrket selvstruktur hos pasienten?

Introduksjon

Den teoretikeren som i størst grad har belyst dette temaet, er Kohut (Kohut 1971). Empati, speiling og idealisering henger tett sammen i Kohuts tenkning. For å forstå hvordan idealisering oppstår i møte mellom pasient og terapeut, kan det være nyttig å se nærmere på begrepene empati og speiling og hvilken rolle disse elementene spiller i et barns tidlige utvikling. Andre som har belyst hvordan empatisk

og speilende tilnærming er avgjørende både i oppvekst og i en terapiprosess, er Winnicott og Killingmo (Winnicott 1971) (Killingmo 1989).

Jeg vil først beskrive hvilken rolle Kohut mente at begrepene empati, idealisering, selvobjekt, optimal frustrasjon og omformende internalisering spiller både i barnets utvikling og i det terapeutiske arbeidet med pasienter der en svikt i denne prosessen har ført til problemer med et stabilt og sammenhengende selv. Disse begrepene er nødvendige å beskrive samtidig som man ser på betydningen av idealiseringen som oppstår i terapi. Jeg vil deretter se på forskjellen mellom terapeutens bevisste grep for å skape optimal frustrasjon i terapirommet og de mer ikke-planlagte empatiske feiltrinn som også kan oppstå. Jeg vil vise hvordan dette kan føre til viktige reparasjonsprosesser, noe som avhenger av terapeutens evne til å møte pasienten med empati og forståelse.

Empati, speiling, idealisering og omsorgspersonen som selvobjekt

Hos Kohut defineres empati som stedfortredende introspeksjon. I relasjonen mellom barnet og tidlige omsorgspersoner (som oftest en forelder) vil en empatisk holdning hos forelderen innebære å hjelpe barnet med å forstå følelsene det sitter med, gjennom speiling, tilbakemeldinger og hjelp til å forstå hvorfor barnet for eksempel gråter. Den empatiske forelderen vil forstå og tåle barnets behov for å være midtpunktet i verden og dets følelsesmessig behov og vil klare å romme (contain) og speile barnets følelser. Grad av empati som barnet møter i foreldrerelasjonen (og i møte med terapeuten senere), avgjøres av om forelderen klarer å oppfatte, akseptere og respektere barnet. Kun når disse forutsetningene er til stede, oppstår mulighet for speiling og idealisering (Thielst 1991).

I følge Kohut vil en tidlig omsorgsperson som møter barnet med disse forutsetningene, få en avgjørende funksjon og betydning for barnets utvikling av evnen til å føle seg som et sammenhengende og meningsfullt selv. I selvpsykologien sier man at forelderen på denne måten har en selvobjektfunksjon for barnet. Et selvobjekt er ikke noe som eksisterer i den ytre verden uavhengig av barnets bevissthet. Opplevelsen av forelderen som et selvobjekt er en ubevisst og fullstendig subjektiv erfaring hos barnet. Idealiseringen av forelderen har nettopp som formål å gjøre ham eller henne til et selvobjekt, en slags kraft som man opplever som en del av seg selv, som man stoler på og som gir trygghet, retning og mening. Behovet for selvobjekter er ikke noe man vokser ut av eller fullstendig kan frigjøre seg fra. En person vil gjennom livet ha selvobjektbehov i mer eller mindre uttalt grad. Erfaringer med nye mennesker, dyr, ting, kultur eller idéer vil kunne møte disse behovene og fylle en selvobjektfunksjon. Det er erfaringer som vi ikke nødvendigvis er bevisste, som bare er der, og som vi ikke kan klare oss uten (Karterud 1997).

Betydningen som den tidlige omsorgspersonen har som selvobjekt, står allikevel i en særegen posisjon for dannelsen av et sunt selv. Idealiseringen av dette tidlige selvobjektet legger grunnlaget for at det kan dannes et integrert superego, en indre stemme som representerer idealer, normer, verdier og mål, og som er en viktig del av en persons identitet og selvstruktur. Hvis forelderen har begrenset evne til å romme idealiseringen, vil dette skuffe barnet som vil sitte igjen med et avbleket, idealisert foreldrebilde. Det å kunne speile barnet på en god måte avhenger av at forelderen lar seg idealisere ved å være til stede, speile, lytte, svare, romme og gi realitet (Thielst 1991). Hvis i stedet forelderen stadig svikter i sine responser til barnet, for eksempel ved gjentatte ganger ikke å forstå og romme barnets følelser (empatisk svikt), vil barnet stadig oppleve skuffelse i møte med det idealiserte selvobjektet. Dette vil senere kunne føre til en vedvarende behov for å besette et eksternt objekt (for eksempel terapeuten) med idealisert perfeksjon (Kohut 1971).

Optimal frustrasjon og omformende internalisering

Kohut beskriver selvet som et system med tre poler: Det grandiose selvet, det tvillingsøkende selvet og det idealsøkende selvet. Disse tre polene kalles «det tripolære selvet» og er forankret i «kjerneselvet». Kjerneselvet er det senteret i et menneske som ligger til grunn for at man har en opplevelse av seg selv

som noe distinkt, eget og atskilt fra andre, og som en person som har en enestående historie og perspektiv på verden (Karterud 1997).

Det tripolære selvet er et arkaisk selv med urealistiske selvbilder. Det grandiose selvet oppfatter seg selv som verdens midtpunkt avhengig av oppmerksomhet og bekreftende svar fra omgivelsene og med et potensiale for narcissistisk raseri hvis det blir krenket (Karterud 1997). Dette utspiller seg i tidlige barneår ved at barnet opplever å være omnipotent på en slik måte at foreldre og omgivelser er under barnets kontroll (når barnet for eksempel gråter, kommer moren for å gi brystmelk).

Det tvillingsøkende selvet representerer den delen av selvet som trenger en annen som bekrefter personen, med sin likhet. Gjennom denne speilingen i en annen, i barndommen for eksempel representert ved en «bestevenn», forankres viktige deler av personens selv. I overføringen som skjer i terapi, kan dette eksempelvis komme til uttrykk i overbevisningen om at terapeuten og pasienten er grunnleggende like (Karterud 1997).

Det idealsøkende selvet representerer følelsen av å bli holdt oppe av noe (ofte omsorgspersonen) som er større enn en selv, noe som representerer trygghet og tillit, noe en kan lene seg til, som forvalter kunnskap og visdom og som bidrar til at normer og idealer forankres i egen identitet. I sin umodne form fremtrer denne delen av selvet som et intenst behov for å bli holdt, å ha noen å lene seg til og som stadig søken etter ytre forankringspunkter (Karterud 1997).

I møte med omverden og andre mennesker vil det tripolære selvet bli utsatt for en nødvendig realitetstesting som skaper et mer sammenhengende og realistisk selv, i større grad tilpasset de virkelige evner og potensialer som barnet har. Dette skjer blant annet ved at barnet opplever gradvis skuffelse i møte med forelderen (det idealiserte selvobjektet), og barnets evaluering av forelderen blir etterhvert mer realistisk. Kohut beskrev en ideell interaksjon mellom forelder og barn med begrepet «faseriktig optimal frustrasjon». Hvis frustrasjonen er faseriktig, skal den være tilpasset den utviklingsfasen som barnet er i, og den skal den være sterk nok til å slite bort de urealistiske delene av selvet. Dette fører til en oppmyking både av det grandiose selvet og av det idealiserte foreldreobjektet. I en ideell utvikling skal de urealistiske delene av selvbildet avslipes, samtidig som de realistiske delene skal fastholdes, styrkes og integreres (Thielst 1991). Kohut kaller denne prosessen for omformende internalisering, en prosess som er avgjørende for utviklingen av et sammenhengende og stabilt selv.

Selvobjektsvikt

Svikt i denne prosessen beskrives hos Kohut blant annet med begrepene underoptimal og overoptimal frustrasjon (Thielst 1991). Underoptimal frustrasjon kan oppstå i en situasjon der forelderen viser manglende eller varierende nærhet og sviktende empati, for eksempel i form av ustabile eller fraværende emosjonelle reaksjoner. En slik selvobjektsvikt kan oppstå hvis for eksempel forelderen pga sykdom har manglende evne til å være til stede, hvis barnet har utfordringer som forelderen ikke tåler og rommer på en god nok måte, eller i verste fall hvis omsorgspersonen forsvinner helt fra barnets liv. Barnet vil da føle seg ensomt og forlatt. Den gradvise frigjøringen fra det idealiserte foreldreobjektet gjennom den faseriktige optimale frustrasjonen som er avgjørende for en vellykket omformende internalisering, vil altså ikke finne sted (Kohut 1971).

Vi finner igjen betydningen av omsorgspersonens speiling av barnet i Winnicotts «Playing and reality». En god nok mor («a good enough mother») vil speile barnet ved å gi barnet tilbake dets følelser. Hvis barnet møter manglende innlevelse og speiling, kan dette føre til at barnet stadig strever med å identifisere egne behov og følelser, men i stedet søker etter dette i andre (Winnicott 1971).

En selvobjektsvikt vil kunne føre til en utilstrekkelig avsliping av de urealistiske selvbildene, samtidig

med at de realistiske delene ikke møtes med god nok mottakelse, aksept og integrasjon. Hos det ikke-sammenhengende selvet som utvikles, er selvbildene utilpassede og uforenlige, og psyken kan ikke romme dem samtidig. Resultatet kan bli forsvarsmekanismen «splitting» der selvfølelsen er svingende og flyktig og der positive og negative følelser og evalueringer ikke kan eksistere samtidig. Ofte kan man i disse tilfellene se en uttalt «objekt-hunger», en stadig jakt etter personer som kan fylle en selvobjektfunksjon, og der forholdet til disse personene kan preges av enten overdreven idealisering og/eller devaluering (Kohut 1971). Personen vil være sensitiv for andres kritikk og være avhengig av andres anerkjennelse, likhet og aksept.

Terapeuten som idealisert selvobjekt

I terapisisuasjonen vil en svikt i denne tidlige fasen av psykisk utvikling, for eksempel som følge av en tidlig skuffelse over den idealiserte morens manglende empati, kunne utspille seg i form av en selvobjektoverføring. Pasientens selvobjektbehov vil kunne føre til at terapeuten tilegnes narsissistisk perfeksjon som et idealisert selvobjekt. I en slik situasjon vil følelser som glede og styrke være knyttet til det idealiserte objektet, og pasienten vil føle seg tom og maktesløs når han eller hun skilles fra det. Psykisk likevekt kan bare være til stede gjennom terapeutens interesse, respons og bekreftelse. Dette kan for eksempel føre til et implisitt krav om at terapeuten må dele pasientens oppfatninger, der terapeuten hele tiden må bekrefte at pasientens verdier og mål er riktige, og der usikkerhet rundt hvorvidt terapeuten anerkjenner disse, kan føre til nedstemthet og meningsløshet (Kohut 1971). Det som egentlig er pasientens superegokrav, kan bli projisert over på terapeuten som for pasienten vil oppfattes som en idealfigur. Når en slik selvobjektoverføring er etablert, sammenliknes den av Kohut med en slags elektrisk tilkobling, noe som fører til at tilknytningen til terapeuten kan bli svært intens og får en alt-eller-intet-karakter. Selvobjektoverføringen og båndet som pasienten får til terapeuten, representerer en arkaisk måte å organisere relasjoner på, og dannelsen av dette båndet kan tillate at pasientens selvutvikling kan skyte fart igjen. Det er gjenoppvekkingen av de tidlige, ofte mangelfulle, selvobjektbehovene som fører til at selvobjektoverføringen i møtet med terapeuten blir så intens og kraftfull. Dette er i motsetning til de mer hverdagslige selvobjektfunksjonene som dekkes av andre mennesker, dyr, ting og kulturfenomener i livet til pasienten (Karterud 1997).

Kohut beskrev det typiske kliniske bildet man ser hos disse pasientene som narsissistiske lidelser, ofte med en karakteristisk symptomatologi i form av vagt utformede depressive symptomer, nedsatt jobbkapasitet, irritabilitet, uttalt selvbevissthet, raskt utløst skamfølelse, hypokondri og diffuse fysiske plager. Når en idealisert overføring har blitt etablert i terapiprosessen, ser man i følge Kohut ofte at symptomene i en periode avtar og at pasienten får økt funksjon. Et annet tidlig tegn på at en selvobjektoverføring er etablert, er separasjonsangst hos pasienten. Hvis pasienten opplever at terapeuten er et separat og uavhengig individ, kan dette forstyrre følelsen av narsissistisk kontroll over terapeuten og medføre at pasienten ved adskillelser kan reagere med sinne, fortvilelse og regresjon. Slike reaksjoner kan utløses for eksempel av terapeutens ferie, eller som følge av manglende umiddelbar forståelse og empati hos terapeuten som respons på noe pasienten sier. En opplevelse av avvisning fra terapeuten vil kunne vekke skyldfølelse og følelse av å være verdiløs hos pasienten (Kohut 1971).

Når disse reaksjonene settes i sammenheng med pasientens tap/mangel av et tidlig idealisert selvobjekt, kan dette gi opphav til meningsfull forståelse av pasientens psykiske funksjon. I en terapiprosess vil svingninger mellom stabil likevekt når den idealiserte overføringen er uforstyrret tilstede og reaksjoner som beskrevet over der pasientens selvfølelse er fragmentert og gir opphav til økt symptomtrykk, hyppig oppstå. I følge Kohut vil terapeuten kunne gjenetablere alliansen og den idealiserte overføringen ved korrekte tolkninger som omhandler tap av tidligere selvobjekt. Ofte vil gjentatte runder med fortolkning og forståelse av disse reaksjonene kreves. Slik vil pasienten

forhåpentligvis etterhvert få økt forståelse for egne reaksjoner, de vil oppleves mer meningsfulle og håndterbare og i større grad oppleves å være under kontroll av pasientens selv. I en vellykket terapi vil pasienten kunne oppleve at selvbjektet (representert av terapeuten) etterhvert bevares som en integrert del av selvet og at adskillelse fra terapeuten etterhvert vil bli mindre truende (omformende internalisering) (Kohut 1971).

Den terapeutiske bearbeidingen ved en idealisert overføring handler altså om selvets reaksjon på tapet av det idealiserte selvbjektet. Målet er en gradvis tilbaketrekning av behov rettet mot det idealiserte selvbjektet der fokus overføres fra selvbjektet til personens eget psykiske apparat og dets funksjoner. Dette vil kunne føre til oppbygningen av selvstrukturer som kan styrke personens evne til selvregulering og at idealiseringen overføres til et integrert superego. På denne måten kan pasienten i økende grad føle seg trygg på egne verdier og meninger uten stadig bekreftelse fra andre. Denne prosessen kan sammenliknes med den utviklingen som skjer i en vellykket omformende internalisering (Kohut 1971).

Kohut selv mente at denne utviklingen kunne skje ved at terapeuten bevisst frustrerte sine pasienter og analyserte reaksjonene på selvbjektsvikten som pasienten opplevde. Han mente at når terapeuten skuffer pasienten i tolererbare porsjoner, vil noe av besettelsen som er rettet mot terapeuten som selvbjekt, bli trukket tilbake og investert i pasientens eget selv. Andre teoretikere, blant annet Stolorow (1995), har kritisert denne tilnærmingen som mekanistisk og opplevelsesfjern. De har ment at det skjer en faktisk, pågående interaksjon mellom barnet og omsorgspersonen og at de reelle bruddene i relasjonen gir mulighet til helende reparasjon (Stolorow 1995). Selv om en selvbjektoverføring er etablert, kan denne ledsages av en underliggende frykt for at terapeuten ikke skal forstå, en frykt som aktiveres og forsterkes når det oppstår empatisk svikt hos terapeuten. Pasientens frykt kan for eksempel være begrunnet i en opplevelse av ikke å ha blitt forstått av omsorgspersoner i oppveksten. Overføringen vil da kunne få en negativ karakter som minner om en mer tradisjonell repetetiv overføring (Karterud og Island 1997).

Når en slik pendling mot negativ repetetiv overføring skjer i terapien, for eksempel som følge av empatisk svikt hos terapeuten, gir dette imidlertid mulighet til å analysere bruddet og følelsene det utløser hos pasienten, noe som kan øke forståelsen av pasientens reaksjoner på slike brudd ellers i livet. Når selvbjektbåndet gjenopprettes i en reparasjonsprosess, oppnås terapeutisk gevinst. Det viktigste aspektet ved denne prosessen er terapeutens forståelse. Stolorow foreslo å erstatte begrepet «optimal frustrasjon» med «optimal empati», noe som senere ble erstattet med «optimalt responderende». Sistnevnte begrep har blitt stående som den terapeutiske holdningen de fleste selvpsykologer anbefaler, og som i størst grad fremmer utvikling av selvet (Karterud 1997).

En optimal respons avhenger av hvilke behov som er i forgrunnen for pasienten og at terapeuten forstår hvilket nivå selvbjektoverføringen er på. Viktige kvaliteter ved måten å respondere på vil være følelsesstilgjengelighet, affektiv modulering, flyt, god «timing» og først og fremst evnen til å få pasienten til å føle seg forstått. I følge denne forståelsesmodellen skjer ikke strukturdannelse og styrking av selvet, som Kohut hevdet, ved at pasienten internaliserer egenskaper eller funksjoner «hentet fra» terapeuten, men ved en indre utviklingsprosess hos pasienten som styrkes ved terapeutens empatiske forståelse, og der utviklingsprosessen som ble hindret i barndommen, kan igangsettes (Karterud og Island 1997). Vi finner igjen elementer fra selvpsykologien i Killingmos artikkel om konflikt- og mangelpatologi der det hevdes at mangelpatologi (for eksempel i form av selvbjektsvikt) hos en pasient krever at terapeuten har en bekreftende holdning i terapien (Killingmo 1989).

Klinisk eksempel

For å belyse hvilken betydning det idealiserte selvbjektet har i en persons utvikling, og betydningen dette kan ha i et terapiløp, vil jeg beskrive deler av et pasientforløp.

Pasienten (F) er en mann tidlig i 30-årene. Han bor sammen med sin partner i et forhold som har vart i et par år. Pasienten ble henvist til meg på grunn av depressive symptomer, diffuse smerteplager, sosial angst og selvdestruktiv atferd, men der henvisende lege mistenkte at det primært dreide seg om problemer med selvfølelse. F var godt etablert i arbeidslivet og jobbet innen helsevesenet, men de psykiske plagene hadde i perioder ført til nedsatt arbeidskapasitet og høyt lidelsestrykk.

I sin presentasjon av seg selv forteller F at han har det vanskelig på jobb og i andre sosiale situasjoner. Han bruker mye energi på å lure på hva kollegene tenker om ham og kan raskt få følelsen av at andre ser på ham med et kritisk blikk. Han har prestasjonsangst både sosialt og i jobbsammenheng og føler seg konstant avhengig av bekreftelse fra andre. Han har en sterk indre kritisk stemme og kan få intense negative tanker om seg selv. Dette kan til tider manifestere seg som et uutholdelig tankekjør med gjentakende devaluerende tanker som «jeg er stygg», «partneren min liker meg egentlig ikke» eller «kollegene håper at jeg skal slutte i jobben». Når de negative følelsene er på det mest intense, opplever han at det eneste som lindrer er lange joggeturer i raskt tempo. I perioder sliter han seg ut ved å løpe flere turer daglig, også på natten, noe som har medført belastningsskader i form av hyppige senebetennelser og andre muskel-/skjelettplager. Pasienten oppgir at han tidligere drev med selvskading i form av å kutte seg, men at han nå i stedet bruker intens fysisk trening som mestringsstrategi.

F vokste opp med skilte foreldre og han hadde hovedsakelig bodd sammen med sin mor. Moren var i perioder deprimer, men var ellers relativt ressurssterk. Faren hans var mye fraværende på grunn av en jobb som innebar mye reising og fulgte lite opp i barndommen. Det kom raskt frem at F slet med skuffelse og sinne rettet mot foreldrene. Han opplevde at de ikke hadde klart å være tilstede når han hadde det vanskelig i oppveksten.

Som barn hadde F vært et følsomt og sjenert barn med mye engstelse i barnehage- og skolesammenheng. Pasienten beskrev at han siden tidlige ungdomsår hadde hatt en følelse av å ikke passe inn i familien eller blant skolekamerater, at han følte seg annerledes og følte at de andre ikke forstod ham. Han opplevde i perioder å bli mobbet, noe foreldrene ikke helt fikk med seg. De psykiske problemene startet med at han utviklet sosial angst og hyppige episoder med nedstemthet på ungdomsskolen. Han lindret den psykiske smerten med selvskading, noe han skammet seg over og som ytterligere forsterket hans følelse av annerledeshet fordi han tenkte at selvskading er noe jenter driver med.

F beskriver forholdet til moren som en stor skuffelse for ham. Tidlig i barndommen husker han gode opplevelser med henne, blant annet knyttet til lesing av bøker og engasjert lek, der moren i perioder kunne være svært varm og vise kjærlighet ovenfor ham. Denne evnen til varm og empatisk respons var imidlertid varierende og nærmest fraværende når moren hadde depressive episoder. Hun kunne da fremstå fjern og irritabel hvis pasienten «plaget henne».

I starten av terapiforløpet kom det raskt frem at F følte seg svært avhengig av sin ti år eldre partner. F forklarte at han stort sett rådførte seg med partneren om de fleste avgjørelser i livet. Han var åpen om sin avhengighet av partneren og gav uttrykk for at han skammet seg over ikke å være mer selvstendig. Det var en tydelig skjevhet i forholdet der F tilpasset seg på grensen til det selvutslettende. Etterhvert kom det også frem at partneren relativt ofte kunne si nedlatende ting til F, for eksempel «du oppfører deg som et barn» eller «jeg er ikke faren din».

Kort tid etter oppstart av terapien begynte pasienten å komme med kommentarer som kunne tyde på at han idealiserte meg. Den terapeutiske alliansen ble etablert raskt, preget av at pasienten formidlet en ubegrenset tiltro til meg som terapeut. I møte med utfordringer ute kom han ofte til timen med tanker om hvordan han kunne løse problemene og spurte meg hva jeg mente om det han hadde tenkt. Jeg forsøkte å ikke svare direkte, men i stedet å hjelpe ham til å identifisere egne følelser, ønsker og

behov gjennom en speilende og bekreftende holdning. På tross av dette kunne han ofte komme tilbake og formidle at det jeg hadde sagt sist hadde hjulpet ham, og at det var min fortjeneste at situasjonen hadde løst seg. Han kunne også starte eller avslutte timer med komplimenter til meg, for eksempel om klærne mine eller om bildene jeg hadde på veggen. I en periode var han også opptatt av muligheten for å ta en videreutdanning, slik at han også kunne jobbe med psykoterapi og var svært opptatt av å få høre min mening om dette.

Som uerfaren terapeut kunne det være vanskelig å tåle og romme denne idealiseringen. Av og til kunne jeg agere på ubehaget ved å skape brudd i alliansen som egentlig ikke var planlagte og tilsiktede. Jeg vil beskrive noen episoder der mine responser eller kommentarer utløste negative reaksjoner hos F. Jeg vil deretter diskutere om disse bruddene bør oppfattes som tilsiktet optimal frustrasjon eller empatisk svikt hos terapeuten, og om et skille mellom disse begrepene og bevisstheten rundt dette kan ha konsekvenser for terapiens forløp.

I en time snakket F inngående om en konflikt med en kollega, om følelser knyttet til denne og om hvordan han hadde tenkt til å løse situasjonen. Jeg syntes nok ikke at hans tanker rundt dette var konstruktive, men forsøkte å møte ham i hans opplevelse av situasjonen uten å ta direkte stilling eller gi råd. I neste time ble han skuffet over min respons når han fortalte om hvordan det hadde gått. Kollegaen hadde reagert negativt på måten F tok opp problemet på, og jeg stilte undrende spørsmål om hva årsaken til dette kunne være. F oppfattet dette som kritikk og beskyldte meg for å ha endret holdning siden sist. Han mente at det var jeg som hadde gitt ham et tydelig råd om hvordan han skulle tilnærme seg problemstillingen, og han oppfattet at jeg nå ikke stod inne for dette. I stedet for å utforske F sin reaksjon på en tilbakelemt måte, ble jeg irritert og begynte i stedet på en pedagogisk og alt for inngående måte å forklare at terapeutens jobb ikke er å komme med råd eller gi uttrykk for egne meninger. Jeg forklarte blant annet at jeg ikke alltid er enig med ham selv om jeg speiler og bekrefter hans følelser og tanker. Pasienten reagerte med tydelig usikkerhet og frustrasjon, og jeg forstod i etterkant at min respons var en tydelig empatisk svikt utløst av ett ubevisst forsvar mot min motoverføringsreaksjon.

I perioden som fulgte bar terapien preg av at F, i stedet for å hvile i idealiseringen, ble økende nysgjerrig på hva jeg egentlig mente om ting, hva jeg tenkte om ham og hvorvidt vi delte meninger. Han kunne stille personlige spørsmål og følte seg åpenbart avvist når jeg ikke besvarte dem. Når F ble usikker på mitt ståsted og «ekthet», var det som om tilliten til terapien sank, og han ble usikker på verdien av de innsiktene han hadde kommet frem til. På dette tidspunktet i terapien var selvobjektoverføringen i mindre grad til stede og overføringen bar i stedet preg av å være repetitiv. Pasienten fryktet at jeg, i likhet med moren hans, heller ikke ville forstå ham.

Etter at terapien hadde forløpt i flere måneder, fikk F et økende symptomtrykk når det nærmet seg sommerferien. Han slet seg ut på lange løpeturer, følte seg nedstemt og var svært sårbar for ytre hendelser som raskt kunne utløse skamfølelse. Han formidlet at han gruet seg til ferien, og at han trodde at han ikke ville klare seg uten terapitimer i de fire ukene jeg skulle ha ferie. Han fremsto ofte sint, misforsto kommentarer, var tidvis agitert i timene og fremsatte krav om å få beroligende medisiner. Når jeg ikke imøtekom dette, truet han med at han ville skade seg selv igjen, og han begynte å komme for sent eller å utebli fra timer. Vi ble enige om at han kunne få en time ekstra i løpet av sommeren, men at han kunne avlyse timen hvis han allikevel ikke skulle være i behov av den. Ved å imøtekomme hans behov for «noe» å støtte seg til i ferien, klinget de intenst negative følelsene av. Vi fikk mulighet til å snakke om reaksjonen hans og bearbeide dette i de siste timene før ferien. F benyttet seg ikke av krisetimen. Sommeren forløp uten større utfordringer, han hadde klart å nyte ferien til en viss grad og hadde ikke tydd til overdreven trening eller selvskading.

Etter sommeren fulgte en periode der F hadde flere personlige gjennombrudd. Han tok selv initiativ til å øve seg på å kjenne etter hva han selv ønsket og forsøkte å være bevisst på dette i relasjoner. Det

kom frem at forholdet til partneren hadde vært enda mer komplisert og konfliktfylt enn F først hadde anerkjent og formidlet, og han bestemte seg for å avslutte forholdet. I stedet for å føle seg ensom og ulykkelig i etterkant av bruddet, førte kursendringen til at F tok mer kontakt med venner og familie. Han ble økende bevisst på egne tanker, følelser og behov, og han taklet etterhvert sosiale situasjoner med noe større trygghet. Han konfronterte moren med måten hun hadde møtt ham på som barn og ble overrasket over at dette, i motsetning til å skape konflikt, gav opphav til gode samtaler og økende nærhet til moren. Dette førte til at han følte seg mindre misforstått. Fremdeles kunne han ha perioder med overdreven og tvangsmessig trening, men tanker og trusler om selvskading ble etterhvert fraværende.

Diskusjon

I det kliniske materialet har jeg beskrevet to episoder i terapiforløpet som jeg mener at henholdsvis illustrerer en utilsiktet empatisk svikt og et mer gjennomtenkt forsøk på ikke å møte alle pasientens behov med ettergivelse (ved ikke å imøtekomme ønsket om beroligende medisin). Den første episoden kan altså beskrives som en empatisk svikt, mens den andre episoden kanskje minner mer om Kohuts beskrivelse av faseriktig optimal frustrasjon. Det har selvfølgelig vært flere episoder med brudd i idealiseringen som har blitt etterfulgt av reparasjon og gjenetablering av alliansen, men der det for meg ikke alltid har vært tydelig om bruddet kom som følge av en empatisk svikt eller en tilsiktet intervensjon.

Hvis man skal vurdere episodene med utgangspunkt i Kohuts og Stolorovs tanker om dette, er det ikke noen vesensforskjell mellom de to hendelsene med tanke på om dette fremmer bedring eller ikke. Allikevel kan det se ut til at den første episoden (den empatiske svikten) førte til et større brudd i alliansen og krevde en lengre reparasjonsprosess som var mer preget av mistillit og usikkerhet hos pasienten, enn episode nummer to (avslaget på krav om beroligende medisin).

Pasientens reaksjon i forkant av sommerferien og det påfølgende kravet om beroligende medisiner kan tolkes som separasjonsangst før adskillelse fra et idealisert selvobjekt og utløste intense følelser og regressiv atferd hos pasienten. Mitt avslag på å skrive ut det han ba om, gav opphav til intens skuffelse, men førte ikke på samme måte som den første episoden til usikkerhet om hvorvidt jeg var «ekte» eller ikke. Dette rokket dermed i mindre grad ved den idealiseringen og tryggheten som pasienten hadde i relasjonen til meg. Det kan se ut til at han i denne situasjonen i større grad klarte å integrere elementene fra terapien (min støtte, speiling og empatiske holdning) i seg selv, og at han på den måten klarte å tåle separasjonen fra meg og utfordringene det bød på.

I praksis er min opplevelse i terapien med denne pasienten at det er vanskelig å skille mellom tilsiktede intervensjoner som fører til det Kohut ville beskrevet som «optimal frustrasjon», og mer utilsiktede empatiske feiltrinn hos terapeuten. Terapeuten møter også pasienten med ubevisste reaksjoner og følelser (motoverføringer), og selv om dette ideelt sett skulle vært identifisert der og da, vil det av og til være vanskelig å planlegge å «frustrere pasienten på en optimal måte» fordi egne reaksjoner og følelser ofte er lettere å gjenkjenne i etterkant. Som uerfaren terapeut er dette ekstra utfordrende, og det vil være avgjørende å få god veiledning som kan hjelpe til med å skille ut hva som egentlig handler om terapeutens egne ubevisste reaksjoner i møte med pasienten.

Å kunne identifisere idealiseringen, å forstå dens rolle i terapiprosessen og å være bevisst sine egne reaksjoner som terapeut vil være avgjørende for å møte pasienten på en måte som ikke forsterker og opprettholder svingende selvfølelse, manglende internalisering av et selvobjekt og stadig søken etter andres bekreftelse.

I møte med denne pasienten som hadde et så sterkt selvobjektbehov, har idealiseringen av meg som

terapeut vært en betydelig faktor i forløpet. Det har vært stadige skifter i vår relasjon der det i noen perioder har vært brudd og behov for reparasjon etter det som delvis har vært bevisste intervensjoner og delvis empatiske feiltrinn hos meg. Når det har skjedd fremskritt i terapien, for eksempel ved avtakende separasjonsangst og økende toleranse for selvhevdelse, er det vanskelig å vurdere hvilke elementer i terapien som har ført til disse endringene. Det som utvilsomt har vært viktig i dette terapiforløpet, har imidlertid vært pasientens sterke behov for å føle seg forstått, speilet og akseptert. Jeg tror at jeg som terapeut som oftest klarte å møte ham med denne holdningen på tross av at jeg av og til skuffet og frustrerte ham. I etterkant av skuffelser har F imidlertid blitt tvunget til å stole mer på seg selv. På den måten har han erfart at han kan klare seg uten det idealiserte selvobjektet, og tilliten til at egne vurderinger er gyldige, har på den måten økt. Når skuffelsene har blitt fulgt med reparasjon gjennom forståelse, empatisk speiling og romming av følelsene hans, har idealiseringen blitt gjenetablert, men kanskje i mer avslepet form. Gjennom reparasjon og gjenetablering av alliansen har ikke selvobjektet blitt revet bort som ved en selvobjektsvikt. I stedet er mitt håp at de endringene som har skjedd, er et tegn på en begynnende internalisering av de verdiene, holdningene og følelsene som terapeuten har speilet og bekreftet, og at dette vil føre til at pasienten utvikler et styrket og mer uavhengig selv. Kanskje kan denne prosessen sammenliknes med utviklingen som bør finne sted i barndommen, av Kohut beskrevet som omformende internalisering.

Oppsummering og konklusjon

I denne oppgaven har jeg med utgangspunkt i Kohuts selvpsykologi undersøkt hvilken betydning den idealiserte overføringen kan ha i terapiprosessen. Jeg har beskrevet hvordan empati og bekreftelse fra terapeuten er avgjørende for at idealiseringen skal kunne føre til styrket selvstruktur og selvstendighet hos pasienten og belyst teorien med et klinisk eksempel. Jeg har også diskutert på hvilken måte terapeuten, ved både å skape tilsiktet frustrasjon i terapirommet og mer ubevisst å gjøre empatiske feiltrinn, kan bidra til å fremme reparasjonsprosesser som har en terapeutisk gevinst. Til slutt har jeg diskutert hvordan bevissthet rundt idealiseringens betydning og egne motoverføringsreaksjoner, er av betydning for at man som terapeut møter pasientens reaksjoner med forståelse. På den måten kan man forhindre en terapiprosess der selvobjektsvikten fra barndommen gjentas og fører til repetisjon av de mellommenneskelige mønstrene som har bidratt til å opprettholde pasientens psykiske plager.

Referanser

- Kohut, H. (1971) *The analysis of the self*. Connecticut: International universitets press inc.
- Winnicott, D.W. (1971) *Playing and reality*. London and New York: Routledge.
- Killingmo, B. (1989) «Conflict and deficit: Implications for technique». *Int J Psychoanal* 70 (Pt 1):65-79
- Thielst, P. (1991) *Kohuts selvpsykologi*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Karterud, S. (1997) Heinz Kohuts selvpsykologi. S.Karterud og J.T Monsen (Red.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. (s. 13-27). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. (1997) Utviklingen etter Kohut. En oversikt. S.Karterud & J.T Monsen (Red.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. (s. 29-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stolorow, R.D et al (1995) *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press

Karterud, S. & Island, T.K. (1997) Intersubjektivitetsteorien. S.Karterud og J.T Monsen (Red.), *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut.* (s. 154-187). Oslo: Gyldendal akademisk.

Referat fra Generalforsamling ved Institutt for psykoterapi 22.mars 2019 i Nydalsveien 15, Oslo kl. 19:00

Det var 26 medlemmer til stede, hvor av 3 var kandidatmedlemmer, samt administrasjonssekretæren. Det var ingen innvendinger mot innkallingen til Generalforsamling.

1. **Møteledelse.** Wenche Sortebogen ble valgt til møteleder. Ole Johan Finnøy ble valgt som referent. Henning Huneide og Jan Ole Røvik ble valgt til å signere protokollen.

2. Gjennomgang av årsberetning for 2018

Bulletinen. Flere ønsker hyppigere utgivelser, Bulletinen har ikke hatt noen utgivelser siden 2016 pga. kapasitetsproblemer. Daglig ledelse har ambisjoner om å utgi ny Bulletin i løpet av noen måneder. GF mener at instituttet bør bestrebe utgivelse 2-3 ganger i året. Kandidater vurderes til Bulletinredaksjonen, både som bidragsyttere til innhold og i redaksjonen. Daglig ledelse oppfordrer medlemmene til å bidra til innhold og i redaksjonen.

Økonomi. Kommentarer om overskudd på avdeling 1 i regnskapet for 2018; administrativ leder Ole Johan Finnøy svarer at dette er forårsaket av en forskyvning av en stor regning fra desember 2018 til 2019 regnskapet.

Nydalsveien 15. Kommentarer fra GF omkring utleie av kontorer til andre enn medlemmer; det ble diskutert omkring det at medlemmer og kandidater bør være førstevalg for fremleie. Men dersom dette ikke fyller kontorene må en vurdere andre muligheter. Det står ingen steder i vedtektene av fremleiere **må** være medlemmer.

Undervisningsvirksomhet. Det ble uttrykt støtte for videre arrangering av rekrutteringsseminarer på bakgrunn av gode resultater med dette i året som gikk. Rekrutteringsseminarer ble avholdt i Skien og Tromsø. Ulike modeller for slike arrangement og mulige nye steder de skal avholdes ble diskutert.

Brukerrepresentant i styret. GF uttrykte at en brukerrepresentant i styret kunne ha hatt en viktig og ny rolle i organisasjonen vår, som potensiell støtte for vår virksomhet ovenfor bevilgende myndigheter. Det kommenteres at dette punktet med hvilke anstrengelser man har gjort for å skaffe en brukerrepresentant bør utdypes i neste års årsmelding.

Fondsmidler. Bør instituttet overføre noe av overskuddet fra avdeling 2 og 3 til Fond for faglig fordypning? GF ønsker at dette blir et forslag til GF i 2020.

Utvalg for kandidatutdanningen. Nye medlemmer i utvalget ble presentert; Arne Andreas Døske, Haugesund og Trude Nanette Sæther, Molde.

Driftstilskudd. Informasjon om dette til medlemmene passer godt som stoff i Bulletinen.

Utvalg for etterutdanning. Det kommer ros fra GF til utvalget mht. å nå nye grupper besøkende til fagmøtene. Det er ofte mange flere ikke-medlemmer enn medlemmer på de åpne møtene etter at utvalget begynte å bruke Facebook aktivt. Det blir gitt støtte for å variere mellom åpne og lukkede seminarer.

Utvalg for ekstern utdanning. Det ble understreket viktigheten av at utvalget kommer i funksjon. Det ble diskutert ulike arbeidsoppgaver for utvalget, skal dette være langsgående grupper eller skal vi drive seminarvirksomhet og undervise på høyskoler? Det ble nevnt av instituttet hadde et godt samarbeid med høyskolen i Buskerud og at denne modellen bør sees nærmere på.

De regionale gruppene. Navnene på de regionale gruppene skal være følgende; Tromsø skal være Troms og Finnmark, Bodø skal være Nordland, Ålesund skal være Møre og Romsdal, Trondheim skal være Midt-Norge, Stavanger skal være Rogaland og Tønsberg skal være Vestfold. Innlandet/Mjøsregionen har Sten Rune Owe Hansen som lokal kontaktperson.

IFPS. Det ble en diskusjon om denne organisasjonen i dag er noe instituttet naturlig hører hjemme i. Dette temaet er egnet for presentasjon i Bulletinen og det bør legges opp til både diskusjon og informasjon her og på hjemmesiden.

Vedtak:

Styrets årsberetning godkjennes av Generalforsamling.

3. Etikkutvalget.

Vedtak:

Etikkutvalgets årsmelding godkjennes av Generalforsamlingen.

4. Regnskap

Det ble gjort en gjennomgang av hele regnskapet.

Det kom ulike forslag for bruk av overskuddet på avdeling 2 og avdeling 3; oppbygging av Fond for Faglig fordypning, oppussing/vedlikehold av lokalene i Nydalsveien 15 og innkjøp av nye bøker til biblioteket.

Vedtak:

Regnskapet for 2018 godkjennes av Generalforsamlingen.

Vedtak:

Revisors beretning for 2018 godkjennes og PVK Revisjon AS velges som revisor for 2019.

5. Budsjettforslag 2019.

Det ble presentert et forslag til vedtak fra styret som hadde kommet frem på styremøtet rett i forkant av GF. Derfor står forslaget ikke i innkallingen og årsmeldingen. Forslaget lød som følger:

«GF gir styret fullmakt til å disponere midler i budsjettet for avdeling 2 for 2019 til vedlikehold av lokalene og fornying av teknisk utstyr til møtevirkosmhet i Nydalsveien 15.»

Det ble diskutert og GF ønsket å legge til noe på slutten av setningen; »...Nydalsveien 15, på inntil kr. 129 057,- (overskuddet på avd 2 for 2018).»

Vedtak:

Vedtak om disponering av overskuddet på avdeling 2 fra 2018 på inntil 129 057,- til oppussing og teknisk møteutstyr godkjennes av GF.

Vedtak:

Budsjettet for 2019 godkjennes og medlemskontingenten for 2019 beholdes uendret på 1500,-

6. Sak til GF: Læreterapi.

Det ble diskutert hvordan saken skal videre drøftes i instituttets organer og blant medlemmer.

Det kom synspunkter om at saken bør diskuteres på et medlemsmøte og at orientering om saken blir sendt til alle medlemmer. Målet er å komme tilbake til GF med mer informasjon.

Forslag til vedtak:

«GF gir sin tilslutning til at styret i samarbeid med Utvalg for kandidatutdanning starter arbeidet med å revidere forskrifter for lærebehandling.»

Vedtak:

GF gir sin tilslutning til at styret i samarbeid med Utvalg for kandidatutdanning lager en plan for arbeidet med å revidere forskrifter for lærebehandling.

7. Valg

Styremedlem Annikken Olsen, vara styremedlem Rune Bjørge og styreleder Tormod Knutsen takkes for sin innsats i styret. Det kom ingen benkeforslag. Valgkomitéen innstilling ble enstemmig tatt til følge:

Psykolog Ingunn Aanderaa Opsahl er valgt til styreleder.

Psykolog Jessica Harnischfeger er valgt til medlem i styret.

Lege John William Glad er valgt til styremedlem.

Lege Henning Huneide er valgt til varamedlem i styret.

Psykolog Aud Johanne Jarval er valgt til varamedlem i styret.

Psykolog Gjermund Tveito er valgt til leder av etikkutvalget.

Lege Asgeir Medhus er valgt til medlem i etikkutvalget.

Psykolog Hanne Marit Lang er valgt til medlem i etikkutvalget.

Lege Rune Johansen er valgt til varamedlem i etikkutvalget.

Lege Jan Ole Røvik er valgt som leder av valgkomitéen.

Psykolog Kjetil André Børhaug er valgt til medlem i valgkomitéen.

Psykolog Torbjørn Liaaen er valgt til medlem i valgkomitéen.

Oslo 3.april 2019

Henning Huneide

Jan Ole Røvik



UTVALG FOR ETTERUTDANNING

INFORMASJON OM MEDLEMSMØTER



FRANCESCA HUME

Lørdag 21. september 2019

Sett av datoen. Mer informasjon om program og påmelding kommer etter hvert.

Alle med veiledningsoppgaver ved instituttet oppfordres særlig til å delta i seminaret, som er åpent for alle medlemmer. Seminaret vil bli søkt godkjent av Norsk psykologforening og Den norske legeforening.

Francesca Hume first trained as a clinical psychologist before going to Nicaragua (Central America) in the early 90's. There, she researched and published findings, on the traumatic impact of the war on combatants from both sides of the conflict. After working at the Henderson Therapeutic Community and later specialising in forensic work, she joined the Tavistock and undertook psychoanalytic training there and at the Institute of Psychoanalysis. Now a Fellow of the British Psychoanalytical Society, she is also Course Director for the Tavistock's Adult Psychotherapy Training. She has presented keynote papers at the Melanie Klein Conference, at UCL and at the Tavistock and has written on psychoanalytic concepts as well as on the impact of developmental trauma. She has also published papers on group analysis with refugees and on Bion's contribution. She has a private analytic practice and runs clinical seminars in the UK and internationally, in Germany and India.



Instituttet inviterer til lørdagsseminar med Julio Garcia Salas 9. november 2019, kl 10-16. Tittel: «Ikke alt Lacan»

Seminarer holdes i institutt for psykoterapis lokaler i Nydalsveien 15

Planen for seminaret er å gjøre et forsøk på å overføre en klinisk erfaring -fra et Lacaniansk perspektiv, altså fra det teoretiske til det kliniske. Seminaret kommer ikke til å handle bare om Lacan, da det er Lacan i sin relasjon til mitt eget begjær, både som analysand/pasient og som behandler eller til lytteren.

Innhold for dagen:

– Lingvistikk

Hva har språket å gjøre med det vi er?

Subjekt/bundet/væren og språk

Signifikant/ signifikat

– Det ubevisste (Lacan og de 3 tekster til Freud)

Freuds formasjoner av det ubevisste (vits, drømmer, lapsus linguae/forsnakkelse)

Væren vs. jeg

Topologi og moebius bånd

– Kliniske strukturer vs. knote klinikken

Fallos og kastrasjons-logikken

Nevrose vs. psykose

Hysteri vs. tvang

Perversjon

Schizofreni vs. paranoia

«Ikke alt»- logikken og knote-klinikken

– Om analyse og tolkning eller den analytisk handling

Styrke ego eller svekke ego

Jeg er ikke jeg og jeg er ikke mitt

Reell, symbolsk og imaginær

Overføring og motoverføring

Tolkning og den analytisk handling

Fra å tegnsette til å skrive

– Case

Seminaret er åpent for medlemmer, kandidater og andre interesserte.

Påmelding til sekr@instpsyk.no

Pris for seminaret: 2. 000, – for medlemmer, 2. 500,- for ikke-medlemmer.

MINNEORD



Eivind Haga

Psykiater Eivind Haga døde lørdag 22. desember 2018, 85 år gammel. Han ble bisatt i en fullsatt Stokka kirke 2. januar. Han hadde vært syk en periode, og noen uker før han døde var han innlagt på sykehus og fikk beskjed om at han hadde kort tid igjen å leve. Han reiste hjem og døde fredfullt med sin kjære Eldbjørg, sine barn og barnebarn rundt seg. Eivind var prestesønn. Han vokste opp i Stavanger. Han studerte medisin i Berlin og Freiburg. Han var også innom Århus, og kunne fortelle at hørte teolog-filosofene Løgstrup og Sløk der. Eivind startet spesialiseringen i psykiatri i Tromsø. Siden gikk veien til Dikemark og Oslo hvor han tok psykoanalytisk utdanning. I 1973 vendte han og Eldbjørg med barna hjem til Stavanger, hvor de siden ble boende i sitt vakre hus med utsikt over skogen og Lille Stokkavann.

«Jeg melder meg inn igjen i Norsk psykoanalytisk forening når de oppretter en Vestlandsavdeling», var en kommentar man hørte ved flyttingen. I Stavanger ble Eivind psykoterapiveileder for flere generasjoner psykiatere, og var sentral i å bygge opp et psykoterapeutisk miljø i regionen. Han kom tidlig i gang med å invitere psykoanalytikere fra utlandet, særlig var Alberta Szalita fra New York og Gaetano Benedetti fra Sveits hyppige gjester. Senere år var det særlig danske Lars Thorgaard som ledet seminarer med Eivind, både i Danmark og her hjemme. Eivind var i mange år primus motor i å arrangere det årlige seminaret for psykoterapiveiledere i Norge. De første årene på Utstein kloster, siden på Sola Strand Hotell.

På Institutt for psykoterapi visste vi på 1980-tallet at det i Rogaland var grobunn for den seminarvirksomheten vi plana på landsbasis. Utdanning i psykoanalytisk psykoterapi ble det også i Odense gjennom Eivind. Der ønsket de seg både seminar og kriterier for godkjenning av veiledere. Han hadde således i en årrekke en sentral rolle ved Institutt for psykoterapi og ledet hele 10 seminarer samtidig som han sørget for at vi i noen år fikk en verdig ramme på Utstein for lærermøtene. Han var en skattet seminarleder, som ikke var redd for en fest på lærermøtene. Det går rykter om at man prøvde skøyte i gangene nede i kjelleren på ærverdige Lysebu. Vi som var så heldige å ha Eivind som veileder, la kanskje særlig merke til hvordan han ikke bare med omhu fulgte oss tett i arbeidet med pasientene, men like mye hadde et blick på hvordan vi hadde det. Eivind var opptatt av om vi fikk tid nok til kjæresten og barn. Om vi også hadde venner som ikke var i faget. Om vi rakk å pleie hobbyer slik at ikke alt bare ble fag og arbeid. Dette skrev han også artikler om sammen med Lars Thorgaard, med titler som: *Tiden sårer alle læger* og *Glædeskilder i lægeliv*. På tross av at Eivind hadde et så omfattende faglig engasjement, tok han seg tid til å pleie vennskap og samle familien til fest. I 80-årsdagen var det venner rundt bordet helt tilbake fra den tidlige skoletid, fra studietiden i Tyskland, så vel som fra ulike etapper i yrkeslivet.

Eivind var i hele sin yrkesaktive periode også engasjert i Norsk psykiatrisk forening, særlig i Utvalg for psykoterapi, og han ble tildelt æresmedlemskap i foreningen. Eivind Haga har vært et forbilde for mange av oss. Det er rart og trist at han ikke lenger er blant oss. Samtidig kjenner vi på stor taknemlighet for å ha vært hans kolleger og venner.

På vegne av Institutt for Psykoterapi,

Tormod Knudsen, Kari Holm og Lilian Stokkeland

Egil Hundevadt

Psykiater Egil Hundevadt døde 27.03. 2019, 88 år gammel.

Han har vært en sentral person i Institutt for Psykoterapis historie og innehatt de fleste roller her. Han ledet Instituttet, sammen med psykolog Kari Holm fra 1979 til 1995, og har gjennom denne lange perioden satt sitt preg på instituttet og har vært høyt verdsatt av pasienter, kandidater og kollegaer.

Han hadde en medfødt hoftelidelse som gjorde at han ble innlagt på sykehus som ung gutt og dette gjorde at han leste mye. Det gjorde at han tidlig kom i kontakt med Freuds verker omPsykoanalysen og Ibsens forfatterskap.

Etter turnustjeneste begynte han ved Dikemark sykehus i 1959, dette ble betydningsfullt for hans videre karriere. Avdelingene han jobbet ved hadde fokus på psykoterapi, noe som ikke var vanlig på den tiden og som tiltrakk seg nasjonal oppmerksomhet.

I 1964 begynte han ved Lovisenberg sykehus som på den tiden var en foregangsinstitusjon for psykoanalytisk drevet avdelinger i Norge. Avdelingen hadde mulighet til å behandle og observere pasienter over tid, noe Egil mente var avgjørende for resultatet av behandlingen.

Egil begynte som kandidat ved vårt institutt i 1962 i en av de første utdanningsgruppene som ble startet, han ble senere seminarlærer for utdanningskandidater og medlem av styret, samtidig som han var overlege ved Lovisenberg sykehus.

Han var med på å starte vår undervisning i psykoanalytisk psykoterapi i hele landet, en modell for undervisning som var unik, og fremdeles særpreger instituttet i verdenssammenheng.

Mange kandidater og kollegaer har fått verdifull veiledning og er styrket i troen på at de kan noe i møte med Egil. Det er vemodig at en verdifull tid er over når han nå har fullført sitt livsløp.

På vegne av Institutt for Psykoterapi,
Ole Johan Finnøy, undervisnings- og adm.leder.

Intervju ved Egil Hundevadt av Annikken Olsen, gjort i forbindelse med hans 80-årsdag i 2011

Egil Hundevadt fylte 80 år 18.april i år. Han har vært en sentral person i Instituttets historie og innehatt de fleste roller der. Når jeg ringer ham og forteller at jeg har blitt spurt om og med glede påtatt meg et oppdrag fra Instituttets ledelse om å intervju ham i forbindelse med jubileet, svarer han:

- Ja, jeg vet ikke hva du vil med det, men det er all right, du må bare komme.

Som ofte i samtale med Egil blir man nødt til å tenke om helt vanlige, grunnleggende tema. I tillegg til, av mange vel kjente, utsagn som “Det er veldig få ting man må”, og “Hvordan vet du det?”, er nå altså “hva vil jeg”, og “hva vil jeg med dette” aktuelle. Jeg ønsker å snakke med ham om arbeidslivet hans, tanker og strømninger i tidene, arbeidet og rollene ved Instituttet og om hans tanker rundt psykoanalysen og psykodynamisk psykoterapi.

I kontorlokalene i Johannes Bruns gate er alt uforandret fra da jeg først trådte inn der i 1996. Han deler lokalene med psykiater Esther Ringdal og psykolog Kari Holm, og de har vært der sammen siden 1995. Før den tid holdt de til i Baldersgate 11, i en gammel ombygd stall, da Instituttet holdt til der. Kari Holm ledet Instituttet sammen med Egil fra 1979 til 1995, og før det satt de sammen i Undervisningsutvalget i flere år. Dette er en tid Egil snakker om med stor glede. Han er like begeistret for Kari Holms ektefelle, Jürgen, som er arkitekt, og tegnet og sto for ombyggingen både i Baldersgate og i Johannes Bruns gate. De som har vært begge steder, vet at lokalene er og var særpregede og effektivt utnyttede med en tydelig karakter som kler Egil.

Jeg lurer på om han er komfortabel med jubileum og feiring. Han innrømmer at det har sine sider å bli så gammel og huske dårligere, men at alternativet til alderen ikke er å foretrekke. Han tenker også på at han har besluttet å avvikle praksisen innen sommeren kommer, og at dette er noe han ikke ser frem til.

- Men du vet, det er jo viktig å gi seg før alle andre synes du skal. Det er bedre å bli savnet enn at alle trekker et lettelsens sukk når man slutter.

Akkurat det siste er det nok ikke mange som kommer til å gjøre. Egil har vært høyt verdsatt av pasienter, kandidater og kollegaer i sitt mangslungne virke gjennom mange år.

“Ja, Egil, hvor skal vi begynne? Du har jo hatt mange roller og funksjoner ved Instituttet”.

- Har jeg det?

Alltid et motspørsmål, alltid noe som bikker på det man trodde var opplagt.

“Ja. Du har vært kandidat, lærer og seminarleder, veileder, sittet i styret og sittet i daglig ledelse.”

- Ja, det er jo riktig det ...

Så forteller Egil sin historie med Instituttet og før det utdannelsen som lege og psykiater, og ikke minst om tiden ved Dikemark og Lovisenberg, samt om sykdom, vennskap, skolegang og betydningsfulle personer for hans utvikling.

Karrieren i helsevesenet startet da han som 8-åring første gang, og senere som 13-åring under bombing av Oslo i 1944, var innlagt for behandling av en medfødt hoftelidelse, bemerkelsesverdig nok ved Lovisenberg sykehus som senere skulle stå sentralt i hans faglige og profesjonelle liv. Han var hemmet fysisk mye av sin oppvekst på grunn av denne hoftelidelsen, noe som gjorde at det ble mer lesing enn fysisk utfoldelse. Det at han leste så mye, gjorde at han tidlig kom i kontakt med Freud og psykoanalysen. I tillegg til dette vektlegger han en norsklærer på gymnasiet som lærte elevene å lese Ibsen, var opptatt av Villanden, av symbolikk og av psykologiske sammenhenger, hva som lå bak, og han tror dette ble en inspirasjon for hans interesse for den psykoanalytiske og dynamiske tenkningen.

Han var ferdig cand.med i 1956 og dro sammen med kullkamerat og ektefelle Liv til turnus i Tromsø og på Vestlandet. Da turnus var unnagjort, bar det tilbake til Oslo hvor han hadde noe kirurgisk tjeneste før han begynte ved Dikemark i 1959.

Tiden ved Dikemark ble betydningsfull. Han var assistentlege ved kvinneavdelingen hvor Harald Frøshaug var avdelingsoverlege og leder. Frøshaug var opptatt av strømmingene i tiden hvor psykoanalyse og psykoterapi var nye og viktige. Dette hadde direkte betydning for organisering av avdelingen hvor bl.a. Egil arbeidet. Det var en åpen kvinneavdeling, Kringsjå, såkalt nevrosepost, hvor psykoterapi sto sentralt og hvor assistentlegene fikk gruppeveiledning på kveldstid av overlege Frøshaug. Denne vekt på psykoterapi var mildest talt ikke vanlig ved asyler i Norge på den tiden, og da Dikemarkseminarene startet, tiltrakk de seg stor interesse fra hele landet. Egil forteller at psykologene P.A. Holther og Roar Svalheim også sto sentralt og bidro vesentlig til den faglige tyngden og utviklingen ved sykehuset. Dikemark ble også gjenstand for annen oppmerksomhet utenfra, bl.a. ved at en av Egils nærmeste venner fra skoledagene, sosiologen Yngvar Løchen, gjorde sitt doktorarbeid der. Det hadde form av et studium av det psykiatriske sykehus og roller og rolleforventinger i et slikt system. Slik oppmerksomhet styrket nok selvfølelsen til ledelsen og virksomheten i det hele tatt, tror Egil. Yngvar Løchen ble senere professor i sosiologi og rektor ved Universitetet i Tromsø.

Etter Dikemark var det to år ved mannsavdelingen ved Ullevål hvor han lærte mye om medikasjon og litt mer enn han trengte om ECT-behandling, som han formulerer det. Men han ser på den tiden også som lærerik, om enn kanskje litt lenger enn han kunne ønsket.

1964 begynner han som assistentlege ved Lovisenberg. På denne tiden er sykehuset en foregangsinstitusjon hvor avdelingsoverlege Odegard var utdannet psykoanalytiker fra USA, og

avdelingen blir drevet med en psykoanalytisk/psykodynamisk overbygning. Den var også preget av Odegards tidligere arbeid ved 6. avdeling på Ullevål og det terapeutiske samfunn der. Bl.a. hadde man også ved Lovisenberg fellesmøter og gruppeterapi. Avdelingen het "Avdeling for nervøse" og var en åpen avdeling med inntil 60 innlagte pasienter fra hele landet. Man hadde anledning til å behandle og observere pasientene over tid, noe Egil mener var betydningsfullt. Blant de øvrige ansatte var ass. overlege Johan Fredrik Thaulow. Han traff også psykolog Kari Holm og psykiater Esther Ringdal som han har arbeidet sammen med resten av sitt yrkesliv. Hundevadt og Thaulow ble senere overleger ved avdelingen, og Egil var der frem til 1987. Da flyttet han permanent til lokalene i Baldersgate og startet full praksis ved siden av driften av Instituttet.

Hans liv med Institutt for psykoterapi henger tett sammen med Lovisenberg.

Han begynte som kandidat ved Institutt for Psykoterapi i 1962, en av de første gruppene som ble startet. Instituttet lå da i Bygdøy Allé, i en leilighet i den gården som ligger vis å vis Gimle kino, og ble drevet av Einar Dannevig, Per Mentzsen og Endre Ugelstad. Leiligheten besto av 3-4 rom og et kjøkken, det var hele Instituttet. Her drev Dannevig, Mentzsen og Ugelstad praksis og holdt seminarer hvor de alle var lærere. Egil var ferdig med videregående seminar som det første kullet, de var 10-12 deltagere. Etter dette ble han etter hvert seminarleder og lærer, og han gikk inn i styret. Dette var mens han var assistentlege og senere reservelege og overlege ved Lovisenberg.

I 1979 hadde Instituttet hverken midler til drift eller lovlige lokaler. Kari Holm gikk inn som styreleder, selv var han nestleder. De skaffet midler fra Oslo Kommune og Staten til flyttingen til Baldersgate i 1981 da lokalene i Bygdøy allé viste seg å være regulert til boligformål. Samtidig var det behov for mer plass. Mimi Omdahl ble med, hun hadde vært en høyt skattet sekretær og stått for mye av den daglige driften i mange år. Det ble, både før og etter flyttingen, gjort en betydelig innsats for å skaffe statlig støtte til utdanningsvirksomheten, noe de lyktes med. Virksomheten ble de neste årene svært utvidet med etablering av utdanning over hele landet.

"Jeg har snakket med personer som forteller at virksomheten vel lå noe nede da du og Kari Holm overtok, og det er også blitt sagt at det dere etablerte med undervisning i psykodyn-amisk terapi for hele landet var helt spesielt i verdenssammenheng".

- Det er mulig det er noe i det, men jeg tror ikke vi var de første til å etablere undervisning utenfor Oslo. Det hadde allerede vært seminarer i Bergen. Og jeg hadde ikke på noen måte opplevelsen at vi overtok et dødsbo. Våre forgjengere Dannevig, Mentzsen og Ugelstad hadde lenge holdt seminarer og drevet Instituttet. Det opplevdes ikke byrdefullt å ta over virksomheten, og det var mange som var med i styre og stell. Da vi ble ansatt som daglige ledere i 1987 var Rolf Berg-Larsen styreleder og var med og trakk lasset.

Egil snakker med stor glede om årene han og Kari Holm drev Instituttet.

- Vi reiste rundt og "kristnet landet", vet du. Og ble veldig godt tatt imot over alt. Vi var etter hvert mange til å dele på reisingen, men som ledere reiste Kari og jeg mest da vi var med og åpnet seminarene. Etter hvert som det var sikret midler til drift, besøkte vi også seminarene midtveis og ved avslutning, alle besøk kombinert med møter med veilederne. Et viktig formål var å oppmuntre kolleger rundt om i landet til å stille som veiledere. Det var gøy å treffe så mange kolleger og se så mye av landet.

"Hva er det som har vært viktig for deg i arbeidet med og for Instituttet og med psykodynamisk teori og behandling?"

Han blir takksam og trekker igjen inn arbeidet ved Dikemark og Lovisenberg.

- Tilknytningen til Lovisenberg var viktig, de to institusjonene var identifisert med de samme faglige verdier, avdelingen var en foregangsinstitusjon og hadde høy anseelse rundt i landet. Det preget våre møter med andre avdelinger, vi ble møtt med stor respekt. Avdelingsoverlege Odegard deltok i 1962 i opprettelsen og satt i styret for Instituttet og det gikk litt på kryss og tvers mellom Lovisenberg og Instituttet. Jeg jobbet jo ved Lovisenberg inntil 1987.

Når det gjelder psykoanalytisk og dynamisk teori, er det første han nevner betydningen av å ta folk på alvor. Her var erfaringen fra Dikemark viktige.

- Tradisjonell psykiatri på 60-tallet innebar mye infantilisering av pasienter. I den psykodynamiske tilnærmingen og psykoterapien var respekt for pasienter som voksne mennesker en grunnleggende forutsetning. Dette var jo det Frøshaug og kvinneavdelingen ved Dikemark representerte og som jeg møtte da jeg kom dit.

“Du er godt kjent for din alminnelige, jordnære tilnærming til psykodynamisk terapi og dine mange poengterte utsagn.”

- For meg har nok det teoretiske ikke vært så viktig som disse grunnleggende verdiene. Psykoanalytisk teori har ofte vært presentert ganske komplisert, og det er ikke alltid så lett å vite hva det er som foregår i det ubevisste eller i en dynamisk terapi. Det er mulig det er en rasjonalisering av min egen tilkortkommenhet, men jeg mener nok at dette helt grunnleggende er av stor verdi. Når vi underviste på seminarer rundt i landet var det mye klinisk materiale som ble drøftet, og da var det overføring, motoverføring og å oppføre seg ordentlig det handlet mest om. Men kanskje teori hjelper en til å oppføre seg ordentlig.

“Hvordan da?”

- Aner ikke Kanskje i respekt for materialet til pasienten, respekt for behovene. Det ligger mye respekt i den dynamiske tenkningen.

“Et av dine poengterte utsagn handler om at ting tar tid”

- Ja, man må i hvert fall være forberedt på det. Men det er lov å ha en ambisjon om å ikke bruke mer tid enn nødvendig. Jeg tror mange har erfaring med at en prosess kan ta kortere tid, at man kan komme inn med noe som snur en prosess. Men for å gjøre ting fort, må du være innstilt på å gjøre det langsomt. Man kan ha et tidsperspektiv uten å bruke det.

“Mange veiledningskandidater og kollegaer kjenner og verdsetter ditt tvisyn, at du sier noe som gjør at det man har tenkt, plutselig ser annerledes ut”

- Det er ikke lett å være sikker på noen ting. Og det kan man være helt sikker på... Slike paradokser er det hele tiden. Og når det gjelder disse formuleringene – de kan jo også bli litt hule.

“Jeg har lyst til å si hvor viktig du har vært for mange kandidater i å støtte opp og styrke selvfølelsen som terapeut.”

- Hvis man klarer å bevare sin selvfølelse selv om man er usikker, kan man klare mye. Det er lov å være usikker

-

“Kanskje det er nødvendig?”

- Det er ikke godt å si.

-

“Er det noe du har lyst til å si til slutt”

- Arbeidslivet har vært veldig morsomt, og jeg kommer til å savne det.

Mange kandidater og kollegaer har fått verdifull veiledning, blitt godt ivaretatt, styrket i troen på at de kan noe og hatt mye glede av samvær med Egil. Det er vemodig at en tid er over når han nå snart slutter i sin virksomhet.



ANNEN INFORMASJON

Biblioteket

Daglig ledelse vil gjerne minne alle kandidater og medlemmer om at instituttets bibliotek er tilgjengelig for utlån. Vi har både fagbøker og tidsskrifter til utlån og har fylt på med nye bøker i 2019.

Kom innom når du er på instituttet og lån gjerne med deg noe.

Kontakt administrasjonssekretær for utlån.

NYE MEDLEMMER

Vi ønsker 21 nye medlemmer velkommen

Psykologer:

Psykolog Line Stänicke

Psykolog Alexander Aarvik

Psykolog Kjetil Rønning

Psykolog Rune Skretting

Psykolog Lars Ekeland

Psykolog Jørn Martin Unneland

Psykolog Nina Bråthen

Psykolog Gunn Synnøve Saltvedt

Psykolog Andreas Rutlin

Psykolog Liv Røberg

Psykolog Dan Satterup-Melkane

Leger:

Lege Torunn Landrø

Lege Tonje Emorsten

Lege Reidar Tyssen

Lege Kjersti M. Brandtzæg

Lege Merete Isachsen

Lege Anja Hansgaard

Lege Thale Hatlen

Lege Tomas Linhart

Lege Florian Schönfeld

Lege Bernt Stokstad

LEDIGE LOKALER

LEDIG KONTOR PÅ INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI I NYDALEN.

Instituttet har for øyeblikket to ledige kontor til leie umiddelbart.

-Det første kontoret er ca 12 kvm med vindu mot Akerselva.

Kontoret er umøblert. Leien er for tiden kr 19. 796,- pr. kvartal.

-Det andre kontoret er på ca 17 kvm.

Kontoret er umøblert. Leien er for tiden 23. 474,- pr. kvartal.

I leien inngår tilgang til Instituttets lokaler slik som venterom, garderobe, kjøkken og ikke minst et hyggelig aktivt miljø, med felles lunsj og kollegiale møter.

Interesserte bes henvende seg til sekretariatet pr. e-post eller telefon.

Institutt for psykoterapi

Postboks 4254 Nydalen, 0401 OSLO • Nydalsvn. 15, 0484 Oslo • Tlf.: 22 58 17 70
E-mail: sekr@instpsyk.no • Bankgiro 6042.06.01959

www.instpsyk.no