”

Det å ikke svare er ikke et prinsipp, slik mange kritikere av psykoanalysen later til å tro

VITENSKAPELIG ARTIKKEL
TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING **2018** S. 458–466 **FAGFELLEVURDERT**

SIRI ERIKA GULLESTAD, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
KONTAKT s.e.gullestad@psykologi.uio.no

TALENDE TAUSHET

Når pasientens yndlingsfortelling ikke bekreftes av terapeuten, får en annen historie mulighet til å vokse frem.

ABSTRACT

Silence that speaks

Using a clinical vignette as a basis, the article discusses the psychoanalytic way of listening to the patient's material. Given that psychoanalytic therapy aims to transcend established, repetitive psychological patterns, the therapist's ability to comment on material from a "free" position is crucial. The author argues that the psychoanalytic concept of "relation" comprises different levels ("topography of relations"). In all forms of therapy, the quality of the therapeutic relationship (empathy, alliance etc.) is of great importance for success. The article argues that in psychoanalytic therapy, the therapist also needs further relational competence. In principle, the therapist should be guided by the unconscious level of communication, in his listening as well as in his way of commenting the material.

Keywords: psychoanalytic therapy, silence. topography of relations, therapeutic relationships

Jeg skal i denne artikkelen diskutere hvordan en psykoanalytisk orientert terapeut kan lytte og intervenere med henblikk på å skape en åpnende samtale som gjør det mulig å få tak i sentrale behov, følelser og fantasier. I psykoanalytisk terapi er det terapeutiske forståelses- og tolkningsperspektivet rettet mot ubevisste konflikter, holdninger og relasjonsmønstre, og den affektive kvaliteten i relasjonen mellom terapeut og pasient utgjør en avgjørende terapeutisk faktor. Det dreier seg ikke om å administrere psykologiske teknikker, men om å kommentere pasientens materiale, blant annet ut fra en forståelse av det komplekse emosjonelle samspillet i den terapeutiske situasjonen. Terapeuten gir ikke hjelp i form av instruksjoner eller råd – og spørsmål besvares ikke uten videre på «face value». I dette perspektivet representerer psykoanalytisk terapi en ukonvensjonell dialog. Hensikten er at pasienten blir bevisst hva hun faktisk føler, og vinner økt frihet i eget liv.

I det følgende skal jeg diskutere hvordan en uventet terapeutisk respons bidrar til å åpne materialet og bringe pasienten i kontakt med underliggende affekt. Jeg søker å beskrive hvordan psykoanalytisk metode kan bidra til å bevisstgjøre underteksten i terapidialogen. En tanke om forskjellige nivåer av relasjon formuleres gjennom begrepet *relasjonens topografi*. Avslutningsvis diskuterer jeg terapeutens relasjonelle kompetanse.

FRAVÆRET AV FORVENTET GJENSVAR

En psykoanalyse kan beskrives fra ulike ståsteder – fra terapeutens posisjon, fra pasientens synsvinkel eller fra forskerens observatørperspektiv. En forfatters beretning om egen analyse er en berikende fenomenologisk innfallsport til erfaringen av metoden (f.eks. Cardinal, 1975). Forfatterens »

> I psykoanalysen vil en fellesfaktor som terapeutens «relasjonelle kompetanse» være knyttet til den spesifikke betydningen av «relasjon» som er utviklet i denne tradisjonen

fortrolighet med ord og subtile nyanser kan, mer presist enn en kasuistikk, løfte frem opplevelsen av å være pasient på divanen. Gjennom Vigdis Hjorths fortelling om egen psykoanalyse (Hjorth, 2014) blir vi ført rett inn i situasjonen. Vi er i første time av behandlingen:

«Min første setning på divanen var: Vi var fire søsken, jeg var yndlingsbarnet», beretter forfatteren Vigdis Hjorth om sitt møte med psykoanalysen. «Idet jeg hadde sagt den, i den pinlige stillheten som fulgte – for jeg fikk ingen reaksjon og klarte ikke fortsette – lynte det gjennom kroppen fra isse til fot. Ordene som jeg så ofte hadde begynt fortellingen om meg selv med, avslørte seg eller meg i all sin løgnaktighet. Det var ikke sant, det var omvendt!» (Hjorth, 2014, s. 219–220).

Hva er det vi ser her? Terapeuten er taus – han[1] kommenterer ikke umiddelbart pasientens beretning om seg selv. Tausheten her er imidlertid ikke det samme som mangel på svar. Snarere viser eksemplet at fraværet av respons har stor psykologisk effekt. Kan det bety at tausheten er en form for kommunikasjon eller «svar»? Kanskje er det nettopp et slikt svar pasienten trenger? Det kliniske eksemplet reiser spørsmålet om hva det betyr å svare pasienten.

På divanen starter pasienten «fortellingen om seg selv» – med de ordene hun har brukt så ofte før. Terapeuten reagerer ikke som forventet. Mangelen på gjensvar gjør det umulig for pasienten å fortsette. Ordene blir hengende i luften. Ordene får figur. Vi fornemmer hvordan den ferdiglagde karakteristikken «yndlingsbarnet» med ett føles fremmed og falsk. «Den psykoanalytiske divanen innebærer at man blir konfrontert med sitt eget språk», sier Hjorth (ibid., s. 220). For første gang hører hun hva hun egentlig sier. Alt er løgn! En sjokkartet visshet. Tidligere mening går i oppløsning – et ras. «Hvordan kunne det ha seg at jeg hadde gått omkring og innbilt meg noe sånt? Var resten av historien min like forløyet?» (ibid., s. 220). Møtet med falskheten i egne ord gjør at historien må skrives på nytt.

Hva er det som virker så sjokkartet på pasienten? Det er nærliggende å fremheve at stillheten er overraskende. Terapeuten opptrer mot alle odds – væremåten er et brudd på forventningene. Reaksjonen er uventet. Vanlig samtale mennesker imellom karakteriseres ved implisitt antakelse om «din tur og min tur» – et umerkelig sosialt spill der deltakerne er innforstått med reglene, og der man innfrir hverandres forventninger. En rytme av gjensidighet sikrer kontakten mellom partene. I denne rytmen fungerer ord som holdepunkter; smålyder som «hm» og «mm» uttrykker at «jeg følger deg».

Hva betyr taushet? Taushet i terapirommet har hovedsakelig vært analysert som en utfordring for terapeuten: Hvordan forstå og håndtere at pasienten er taus? Mens taushet i klassisk psykoanalyse ble sett som motstand mot å assosiere (Freud, 1912a), har utviklingsteori utvidet perspektivet og vist at taushet ikke er et enhetlig fenomen. Tausheten kan romme lengsel etter å bli forstått uten ord, eller tvert om være uttrykk for begynnende autonomi – man bestemmer selv hva man vil fortelle, og hva man vil holde for seg selv. En samlende synsvinkel er å se taushet som *kommunikasjon* (Leira, 1995; Hillestad Hoff, 2007).

1. Eksemplet omhandler en mannlig terapeut og en kvinnelig pasient. Av hensyn til språklig enkelhet bruker jeg i denne artikkelen konsekvent «han» om terapeuten og «hun» om pasienten.

I vårt eksempel er temaet terapeutens taushet og ikke pasientens. Fordi turtaking er det vi forventer når vi kommuniserer, er taushet et mektig sosialt signal. I psykoanalytisk terapi er taushet – selvsagt – ikke et poeng i seg selv. Om terapeuten velger å være avventende, er det for ikke umiddelbart å bekrefte det samtalesporet pasienten har lagt ut på. Hensikten er å komme i kontakt med hvordan det «egentlig» er med pasienten. Å ikke få svar skaper usikkerhet – og Vigdis Hjorth beskriver hvordan usikkerheten blir produktiv. Den ukonvensjonelle dialogen tvinger hos henne frem refleksjon og økt bevissthet om hva hun faktisk føler. Men fravær av vanlig respons kan også oppleves som en avvisning. En mannlig pasient forteller om hvordan han i en terapi hadde følt seg latt alene – nærmest overlatt. Terapeuten var i lange perioder avventende og taus. Mangelen på respons hadde gitt ham en opplevelse av å være uinteressant og kjedelig. Vel ute av terapirommet følte han seg mindre verd enn noensinne. Taushet kan aktivere internaliserte relasjonsscenarier. I dette tilfellet vekket terapeuten minner om en mor som var emosjonelt fraværende, og som aldri ga sønnen en følelse av å bli sett.

Taushet er således ikke bare opphør av tale, men er selv tale – som når vi snakker om «talende taushet». Hva taushetens tale uttrykker, avhenger for det første av situasjonen. Taushet må alltid analyseres innenfor den spesifikke sammenheng den forekommer. Hvordan taushet oppleves, avhenger for det andre av mottakerens sinn. For én kan avventende taushet være tankestimulerende og utfordrende. For en annen kan taushet vekke skamfølelse og mindreverd. En god terapeut lytter uopphørlig til pasientens affekttilstand og er vár for om pasienten føler seg avvist, forlatt eller kritisert. Å utforske sitt eget indre i en behandling forutsetter en relasjonell «ramme»: Om pasienten opplever relasjonen til terapeuten som utrygg, er det ikke grunnlag for produktivt terapeutisk arbeid. Terapeuten må da rette oppmerksomheten mot selve relasjonen. I denne forstand kommer relasjonen «først».

I en inngående terapi er det nærmest uunngåelig at det oppstår situasjoner der pasienten føler seg kritisert eller ikke forstått. Uansett hvor søkende og ikke-autoritær terapeuten prøver å fremstå, er det ingen garanti for at pasienten opplever ham slik. En pasient som alltid opplever seg ydmyket, vil sannsynligvis kunne oppleve det slik i terapien også, selv om terapeuten er aldri så respektfull. En psykoanalytisk terapeut vil forsøke å gripe og sette ord på de objektrepresentasjoner pasienten har projisert inn i ham, og vil søke å fokusere pasientens forestillinger om terapeutens intensjoner gjennom det Steiner (1993) har kalt «terapeutsentrerte» tolkninger. Overføring på terapeuten skaper grunnlag for å arbeide med fantasier, følelser og tanker som er sentrale i pasientens forhold til seg selv og andre. Opplevelse av terapeuten kan imidlertid ikke bare forstås som resultat av projeksjoner og overføring. Terapeutens personlighet og væremåte har også vesentlig betydning. Det er avgjørende for en produktiv terapi at terapeuten evner å innreflektere sin egen påvirkning på prosessen.

Tilbake til vårt eksempel (Hjorth, 2014). Hva innebærer det at terapeuten ikke imøtekommer pasientens underliggende forventning om svar? For det første signaliseres at terapeuten ikke uten videre er med på den historien pasienten legger opp til. Det er som om terapeuten stusser: «*Er* det slik?» Dette er i motsetning til hverdagens samtaler, som ikke sjelden går i kjente spor, og der neste skritt så å si er pre-programmert. Slike samtaler stagnerer ikke sjelden i det trivielle. Om psykoanalysen skulle ha en kjenningsmelodi, sier psykoanalytikeren Peter Andreas Holter, måtte det være «It ain't necessesarily so». Når yndlingsfortellingen ikke bekreftes, åpnes det for en annen – underliggende – fortelling.

Dernest uttrykker terapeutens holdning dette: «Jeg lytter. Jeg venter på deg.» Han lytter i påvente av noe som kan komme, men som ennå ikke er formulert. Tausheten åpner for at det usagte kan få komme frem – i et forløp der terapeuten fornemmer at noe er på vei. Det dreier seg ikke nødvendigvis om noe som er fortrengt, men om noe som ligger i et førbevisst halvmørke, som er kjent, men likevel ikke tenkt – «unthought known» (Bollas, 1989). Terapeutens «grunnende»[2] posisjon er en invitasjon til at noe kan eksponeres som ikke har vært eksponert før – og som dermed utvider det psykiske landskapet.

For det tredje er tausheten et svar som gir terapien en retning. Ved ikke å «svare» gir terapeuten pasienten mulighet til å erfare at dialogen skal dreie seg om noe som er betydnings-

2. Jeg takker Bjørn Killingmo for denne karakteristikken av terapeutens posisjon.

»

fullt, men som ikke uttrykkes. Han søker å få henne til å oppleve hva hun egentlig sier. Slik driver fraværet av forventet gjensvar prosessen fremover. Det å ikke svare er ikke et prinsipp, slik mange kritikere av psykoanalysen later til å tro. Tvert om, når terapeuten ikke svarer, er det fordi han søker å svare på et dypere anliggende. Det dreier seg om taushet med en bestemt kvalitet – en «fylt» taushet. Tausheten kan være svar – og kanskje nettopp det svaret pasienten trenger for å bli kjent med seg selv. Derved svarer terapeuten på det vi kan kalle et *utviklingsbehov*. Fraværet av gjensvar er ikke mangel på dialog, men representerer snarere invitasjon til en annen form for dialog. Tausheten åpner for en ny fortelling, som gradvis får form.

RELASJONENS TOPOGRAFI

Hjorths beretning gir grunnlag for å omtale psykoanalytisk forståelse av begrepet «relasjon». De to «fortellingene» i beretningen er en innfallsport til to forskjellige nivåer av relasjon – henholdsvis *sosial relasjonsmåte* og *indre relasjonsscenario*. Den første viser til observerbar væremåte i møte med andre mennesker. Er personen livlig og snakkesalig – eller sier hun ikke et ord? Tar hun rommet i besittelse, fører seg fritt – eller er hun forknytt og sjenert? Er hun lukket og gardert, kanskje til og med mistenksom? Trekker hun seg tilbake snarere enn å strekke seg ut? Er hun aggressiv eller truende? Den sosiale væremåten kan ofte fortettes i en «stil» eller karakterform: en «besserwisser», en kranglefant, en luring. En krevende, egosentrisk væremåte som uttrykker «meg først».

Det andre nivået av relasjon omhandler de mønstre som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre, og som har nedfelt seg som indre relasjonsscenarier. Disse fungerer som latente relasjoner bak de manifeste. Et scenario viser ikke til ytre, sosialt observerbar atferd, men til indre representasjoner, det vil si til lagrede bilder og forestillinger om forholdet mellom en selv og andre mennesker.[3] Å avdekke et relasjonsscenario bak den observerbare atferden krever tolkning. Det er dette fortolkede relasjonsnivået som er relevant i psykoanalytisk relasjonsteori. På denne bakgrunn kan vi snakke om en *relasjonens topografi*.

Begrepet relasjonsscenario innebærer at individet har internalisert ikke bare bilder (representasjoner) av objektene, men også bestemte samhandlingsformer mellom en selv og objektene. Disse selv–objekt-dialogene har et relativt stabilt mønster og vil sette sitt preg på individets relasjoner til andre senere i livet. De indrerepresenterte dialogscenariene kan senere også overføres til den terapeutiske situasjonen, der pasienten ubevisst søker å manøvrere terapeuten inn i velkjente samspill. Det dreier seg om dialoger bak dialogen (Gullestad & Killingmo, 2009) som settes i spill i aktuelle forhold i nåtiden. Scenarier som aktiveres i den terapeutiske situasjonen eller under et intervju, er ikke kopier av gamle dialoger, men er farget av individets subjektive forestillinger, affekter og fantasier. De er også preget av terapeutens personlighet.

I psykoanalytisk terapi søker terapeuten å lytte til begge relasjonsnivåer. Ikke minst lytter han etter konflikt mellom de to nivåene. Det kan eksistere et gap mellom det sosiale selvet og en underliggende opplevelse av seg selv. I NRKs serie *Jeg mot meg*[4] møter vi unge mennesker som setter ord på dette gapet. Alle har det til felles at de hater sitt eget selv. *Jeg er ingenting / Jeg er aldri bra nok / Jeg kunne like gjerne vært død*. Gjennomgående er ordet «maske» – å «sminke» på seg en maske for å møte verden og de andre. Én som den energiske gladjenta som smiler og ler, en annen som den ironiske humoristen som alltid har en sarkastisk kommentar på lager. Det dreier seg om *forstillelse*, om å spille en rolle – for å leve opp til det bildet andre har av en selv. Jenta som var «kåret til skolens solstråle», følte seg ensom innvendig – den utadvendte, livlige stilen dekket over indre tilbaketrekning. Resultatet av en slik splittelse er sterk indre spenning. Forstillelsen kan være så omfattende at vi kan snakke om et «falskt selv» (Winnicott, 1965).

Møtet med pasientens sosiale væremåte setter umiddelbart i gang en assosiasjonsprosess som kan gi informasjon om underliggende sentrale relasjonsscenarier. Er personen naturlig til stede på en fri og åpen måte – eller er den sosiale atferden snarere preget av «faking» og sosialt spill? Dreier det seg om en som er affektivt til stede (kontaktevne), eller dreier det seg om pseudokontakt? Evner personen å lytte og å se den andre som en annen? Noen ganger fortettes terapeutens assosiasjoner om pasienten i bilder av en litterær skikkelse – her er selveste Peer Gynt, eller et eventyr – her er prinsessen som ingen kunne målbinde.

Vårt kliniske eksempel gir ingen data om den sosiale væremåten. Vi har derfor ikke tilgang til hva som er bakgrunnen når terapeuten i vårt eksempel velger å forholde seg taus. Det er imidlertid rimelig å anta at terapeuten vet hva han gjør. Det dreier seg om et valg, mer eller mindre bevisst. Valget om å være taus hviler på en antakelse om pasienten som en «alliert» i prosjektet om å utforske seg selv. Terapeuten er selvsagt innforstått med at taushet overfor en pasient han *ikke* har slik allianse med, kan

3. Et scenario kan defineres som «*relasjonen mellom en selvrepresentasjon og en objektrepresentasjon som har et relativt stabilt mønster, og som kan identifiseres i ulike situasjoner*» (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 136–137).

4. Sendt våren 2016.

oppleves som avvisning. Eksempelet viser at tausheten «treffer». En erkjennelsesprosess settes i gang.

Hvilke holdepunkter kan terapeuten ha hatt? En mulig nøkkel ligger i formuleringen «Ordene som jeg så ofte hadde begynt fortellingen om meg selv med». Denne tyder på at fortellingen er «ferdiglagd». Den er ikke uttrykk for noe pasienten søker seg frem til her og nå; den ledsages ikke av følelser som er levende i rommet. Karakteristikken «yndlingsbarnet» rommer et fasttømret bilde av henne selv og egen betydning i familien. Hva er det som gjør at terapeuten velger å se det an? Det at selvfremstillingen kommer så raskt og så samlet, kan gi en fornemmelse av at noe er *om å gjøre*. Kanskje opplever terapeuten at pasienten har det travelt med å fortelle om sin privilegerte posisjon – og at det for henne gjelder å få aksept for at slik *er* det? Kanskje er det noe i hennes tonefall eller tempo som gjør at han stusser? Det skulle ikke være motsatt? Det at noe er om å gjøre, peker ikke sjelden på en motsatt historie som må holdes i sjakk.

Det er en bred erfaring, klinisk så vel som forskningsmessig (gjennom studier av tilknytning[5]), at vi kommer ut av barndommen med overleverte kategorier for å beskrive foreldrene våre: «Familien var sånn, mor sånn og far sånn». Slike kategorier er en del av det såkalte *semantiske* hukommelsessystemet, som rommer vår ferdigskrevne selvbiografi («Jeg hadde en fin oppvekst»). I kontrast står det *episodiske* systemet, som forvalter minner om konkrete hendelser. Affekten er knyttet til erindringer om bestemte situasjoner – hvem sa hva til hvem i hvilken situasjon. Ofte er det avvik mellom de to hukommelsessystemene. I intervjuet sier personen for eksempel om mor at hun alltid var «kjærlig». Samtidig kan hun ikke gi eksempler på dette, og det er ingen minner om kjærlige samspill. Da sier vi at det mangler «episodisk dekning» for de overleverte, semantiske kategoriseringene. I eksemplet er dette sannsynligvis uttrykk for idealisering. Personen hegner om en spesiell versjon av historien for å opprettholde en fasade, kanskje for å beskytte seg selv eller foreldrene.[6]

En terapi gir mulighet for å bryte fastlåste kategorier og bringer individet i kontakt med hva hun faktisk føler. I vårt eksempel skjer det gjennom terapeutens taushet. Ved at terapeuten ikke svarer konvensjonelt, får det indre scenariet en mulighet til å komme frem – «Det var ikke sant, det var omvendt». Fortellingen om yndlingsbarnet gjemmer en annen fortelling, som gradvis avdekkes ved hjelp av terapeutens kommentarer.

EN ÅPNENDE SAMTALE

På bakgrunn av det foregående skal jeg fremheve noen trekk ved den psykoanalytiske metoden.

For det første bestreber terapeuten seg på å lytte bredt. Freud (1912b) sier at terapeuten lytter med «frittsvevende oppmerksomhet» (*gleichschwebende Aufmerksamkeit)*. Det første leddet i formuleringen – «fritt» – gir assosiasjoner i retning av å være ubundet av forutfattede meninger og forestillinger. Det andre leddet – «svevende» – gir assosiasjoner i retning av å være *over* noe på en slik måte at terapeuten søker å være åpen for alle inntrykk. En annen formulering er fremsatt av Bion (1967): Terapeuten lytter «uten hukommelse og begjær». «Uten hukommelse» innebærer at terapeuten søker å se bort fra tidligere viten om pasienten og å være åpen for det ennå ikke formulerte. «Uten begjær» henspiller på at terapeuten søker å fri seg fra ytre og indre press om å yte, forstå, mestre eller helbrede (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 106-107). Begge lyttemetaforene formidler en fristilt indre holdning. Denne tilrettelegger for et «åpent rom» både i terapeuten selv og i forholdet partene imellom – et rom for ennå ikke realiserte affekter og tanker. Gjennom sin holdning søker terapeuten å skape betingelser for en åpnende samtale (Killingmo, 1999). Han søker å lytte u-forutinntatt, ikke bare etter talens innhold, men etter talens form. I dette lytteperspektivet ligger også en tanke om at ulike «stemmer» i pasienten søker å komme til uttrykk. Disse stemmene taler gjennom pasientens tonefall, mimikk og kroppsholdning. Ikke sjelden taler de med motstri-

> En samlende synsvinkel er å se taushet som kommunikasjon

5. *Adult Attachment Interview (AAI)* (George et al., 1985; Crittenden & Landini, 2011) kartlegger tilknytningsmønster hos voksne gjennom systematisk diskursanalyse av individets fortelling om relasjoner til nære omsorgspersoner. Brukt som metode for evaluering av terapiresultat, viser AAI hvordan kategorier for beskrivelse av omsorgspersoner kan endres gjennom terapi (Gullestad, 2003).

6. *AAI* -intervjuet er spesielt egnet for å avdekke diskrepanser mellom semantisk ferdiglagde diskurser og konkrete, episodiske erindringer.

»

> Ved at terapeuten ikke svarer konvensjonelt, får det indre scenariet en mulighet til å komme frem

dende budskap. Derfor søker terapeuten å «sette seg i en modus» som gjør det mulig å registrere umerkelige, uventede detaljer i kommunikasjonen.

Terapeuten søker også å lytte «innover», til sitt eget indre, etter følelser som vekkes i ham i møte med pasienten. Tanken er at disse følelsene kan gi informasjon om hva slags samspill pasienten inviterer til. Ved at terapeuten bestreber seg på å bli bevisst hvilken «rolle» han er tildelt – for eksempel som streng kritiker, rival eller beundrende tilskuer – kan han danne hypoteser om pasientens indre relasjonsscenarier. Sandler (1976) beskriver denne prosessen gjennom begrepene rolletildeling og rollemottakelighet – terapeuten er rede til å «ta imot» rollen for så å prøve å bli den bevisst. Kanskje er vi som terapeuter manøvrert inn i en posisjon der vi skal synes synd på pasienten eller føle skyld for at vi ikke har «gitt nok»? Spørsmål av typen «Hva vil hun ha meg til å tenke om seg nå?» eller «Hvem er det hun krangler med her?» kan bringe en på sporet av sentrale indre dialogmønstre, som nå er *overført* på terapeuten. Én pasient er avventende, skeptisk – holder terapeuten mål? En annen lytter tilsynelatende oppmerksomt – samtidig formidles et subtilt «men»: Terapeuten skal få føle at pasienten selv har siste ordet.

I psykoanalytisk teori har terapeutens subjektivitet således en spesiell posisjon som erkjennelsesinstrument. Såkalt *motoverføring* – definert som terapeutens affektive reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten (Gabbard, 1995; Gullestad & Killingmo, 2013) – kan hjelpe terapeuten å få tak i hvordan pasienten på ulike måter, ubevisst, forsøker å «fange» ham. Dette krever refleksjon over hvilke punkter i en selv pasienten aktiverer, når man føler seg utilstrekkelig, devaluert eller avmektig – det vil si hvilke «knagger» (Gabbard, 1995) pasientens projeksjoner har festet seg på. Fra å være definert som en hindring i klassisk psykoanalyse har motoverføring derved fått status som et helt sentralt klinisk instrument. En bredere diskusjon av motoverføring ligger utenfor rammen av denne artikkelen. Men det må understrekes at bruk av egne følelser som instrument forutsetter et selvanalytisk arbeid: Terapeuten må kunne skille mellom følelser som er svar på pasientens kommunikasjon på den ene siden og reaksjoner som ikke har noe med pasienten å gjøre (terapeutens overføring, se Gullestad & Killingmo, 2103, s. 155) på den andre siden.[7]

Et annet trekk ved metoden er instruksjonen til pasienten om *fri assosiasjon* (Freud, 1913; Killingmo, 1971)[8], grunnregelen som skaper rammen om psykoanalytisk behandling. Den innebærer en oppfordring til pasienten om å være så åpen som mulig, og motstå fristelsen til å holde noe tilbake fordi det er ubehagelig eller pinlig. Formålet er å skape et rom der det unevnelige kan nevnes. Gjennom instruksjonen henstilles pasienten om å sette seg selv i en posisjon der noe kan komme for dagen som ellers ville bli liggende i mørke: «Å gå i analyse kan sammenliknes med å lese sin egen tekst som om den var en annens etter å ha skrevet som i svime» (Hjorth, 2014, s. 220).

Den rolle den *uventede* synsvinkel spiller i psykoanalytisk teknikk (Gullestad & Killingmo, 2013, s. 208), må også fremheves. Spenningen

7. For en inngående diskusjon, se Gullestad og Killingmo, 2013, s. 153–160.
8. Hver terapeut har sin egen utforming av grunnregelen. Felles er gjerne fremheving av at timene står til pasientens disposisjon («timene er dine»), at hun står fritt til å uttrykke egne følelser og tanker, samt en oppfordring om å være så åpen som mulig, selv om det skulle være ubehagelig eller flaut. Dette i motsetning til terapiformer som innebærer treningsopplegg og hjemmelekser (Killingmo, 1985).

i terapirommet skaper ikke sjelden et ubehag som pasienten ønsker å unngå. En måte å slippe unna ubehaget på er å bevege dialogen inn i et nøytralt spor – for slik å styre unna temaer som er truende, og derved opprettholde en etablert psykologisk balanse. Terapeuten søker å innta en «metaposisjon» i dialogen: Samtidig som han deltar i relasjonen, observerer han den interaksjonen som finner sted mellom ham selv og pasienten. Den terapeutiske utfordringen er å kommentere pasientens materiale fra uventede synsvinkler som kan bringe dialogen ut av kjent terreng. Å vente er én måte. En annen er å løfte frem spesielle elementer i pasientens beretning, slik at pasienten selv får øye på hva hun meddeler gjennom sin språkform og væremåte. Terapeuten utfordrer pasientens sikkerhetsnett – som en «lavmælt provokatør» (Holter, 1986).

DISKUSJON

Den kliniske lyttemåten jeg har belyst, hviler på en teori om personlighetsutvikling og psykopatologi, der begreper som ubevisst motivasjon, indre konflikt og strukturdannelse står sentralt. Forståelsen av terapiprosessen og terapeutens rolle er forankret i samme teori – de enkelte kliniske grepene er tett innvevd i en spesifikk modell for terapeutisk endring.

I dagens diskusjon om forskjeller og likheter mellom ulike terapimetoder er det en tendens til å legge vekten på likheter. Et funn fra psykoterapiforskningen er at behandlingsresultater – målt med visse kriterier – er temmelig like, på tvers av terapiformer (Wampold & Imel, 2015). På denne bakgrunn hevdes det at selv om det dreier seg om svært uensartete teoretiske tradisjoner, vil ulike terapier *i praksis* ikke virke svært forskjellig. Det er en gammel tanke at endringsprosesser kan føres tilbake til noen avgrensbare faktorer som er *felles* for ulike psykoterapimetoder (Rosenzweig, 1936; Frank & Frank, 1991; Lambert, 1992; Wampold, 2009; Wampold & Imel, 2015). En rekke fellesfaktorer er foreslått, som empati, allianse, korrigerende erfaringer, terapeutens relasjonelle kompetanse.[9]

Mitt poeng i denne sammenhengen er at i psykoanalysen vil en fellesfaktor som terapeutens «relasjonelle kompetanse» være knyttet til den spesifikke betydningen av «relasjon» som er utviklet i denne tradisjonen. Denne omhandler ikke først og fremst observerbare samspill, men snarere mønstre som er internalisert gjennom samspillet med betydningsfulle andre, og som har nedfelt seg som indre relasjonsscenarier.

«Relasjon» er dagens språk. I denne situasjonen er det viktig å avklare hva vi mener med begrepet. Hvilket nivå av relasjoner som fremtrer som sentrale, vil avhenge både av målsettingen med behandlingen og av terapeutisk arbeidsmåte. Hvis terapien sikter mot å endre ubevisste repeterende, destruktive væremåter og samspill, slik det er i en psykoanalytisk terapi, vil terapeuten søke å fange inn de underliggende relasjonsscenarier og få dem «inn» i dialogen. Dette er utfordrende – ikke minst når det gjelder aktivering av scenarier preget av negative følelser som hevngjerrighet, raseri, bitterhet, misunnelse og grådighet. I dette arbeidet må terapeuten blant annet bruke egne følelser (motoverføring) som et instrument – empatisk innlevelse er ikke nok. I psykoanalytisk terapi er det derfor vanskelig å snakke om terapeutens relasjonelle kompetanse som en fellesfaktor. Dette vil kunne dekke over reelle forskjeller.

AVSLUTNING

Å drive psykoanalytisk behandling innebærer å bringe seg selv i en bestemt mental «modus» som kan fortettes i uttrykket «å slippe taket» (Gullestad, 1997). Slippe taket i logisk tenkning for å gjøre seg mottakelig for den affektive klangbunnen i pasientens budskap. Ikke minst slippe taket i gjengs væremåte og våge å være direkte. Dette innebærer spenning – og evne til å stå i spenning. Ikke bare for pasienten, men også for terapeuten kan det føles tryggest at samtalen befinner seg på velkjent grunn. Den ukonvensjonelle psykoanalytiske dialogen er et brudd med dagliglivets omgangsform. Det er en krevende dialog – som forutsetter at terapeuten oppleves som godartet selv om han utfordrer pasienten. Én måte å utfordre på, som jeg har beskrevet i denne artikkelen, er det uventede fravær av respons. Terapeuten fornemmer at en avventende holdning er det som er nødvendig for å bringe prosessen videre. Å ikke svare fremtrer på denne bakgrunn som en kunst. ✖ »

9. Arbeidet med å avgrense elementer som er felles for alle – et terapiens minste felles multiplum – er utgangspunkt for *integrative* psykoterapeutiske tradisjoner (Wachtel, 2011; Benum, Axelsen & Hartmann, 2013). Falkum, Hytten & Olavesen (2015) hevder at man bør ta utgangspunkt i denne integrative bestrebelsen for å bryte ned skolegrensene og hindre en destruktiv oppsplitting av fagfeltet.

REFERANSER

Benum, K., Axelsen, E. & Hartmann, E. (red.) (2013). *Hva er god psykoterapi*? Oslo: Pax forlag.

Bion. W. (1967). Notes on memory and desire. I E.B. Spillius (red.) (1988), *Melanie Klein today. Developments in theory and practice*. Bind 2. London: Routledge.

Bollas, C. (1989). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. New York: Columbia University Press.

Cardinal, M. (1975). *Lets mots pour le dire*. Paris: Éditions Grasset & Fasquelle.

Crittenden, P.M. & Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Appoach to Discourse Analysis*. New York: W.W. Norton & Company.

Falkum, E., Olavesen, B. & Hytten, K. (2015). Problemet med mangfoldet av terapeutiske skoler. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52 (4), 314–320.

Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy* (3. utg.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Freud, S. (1912 a). Dynamics of transference. *Standard Edition XII*. London: The Hogarth Press, 97–108.

Freud, S. (1912 b). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *Standard Edition XII*. London: The Hogarth Press, 109–120.

Freud, S. (1913). On beginning the treatment. *Standard Edition XII*. London: The Hogarth Press, 121–144.

Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 475–487.

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *An Adult Attachment Interview: Interview Protocol*. Upublisert manuskript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Gullestad, S.E. (1997). «Å slippe taket». Erfaringer fra veiledning i intensiv dynamisk psykoterapi. I S.E. Gullestad & M. Theophilakis (red.), *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget, 131–154.

Gullestad, S.E. (2003). The Adult Attachment Interview and psychoanalytic outcome studies. *The International Journal of Psychoanalysis*, 84, 651–668.

Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2009). Dybdeintervjuet. Dialogen bak dialogen. I A.L. von der Lippe & M.H. Rønnestad (red.), *Det kliniske intervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hjorth, V. (2014). Språkets lekkasje. *Agora. Journal for metafysisk spekulasjon*, nr. 1–2, 219–224.

Hoff, C. Hillestad (2007). *Taushet i terapirommet. En undersøkelse i lys av psykoanalytisk orientert teori.* Hovedoppgave, Oslo: Psykologisk institutt.

Holter, P.A. (1986). Psykoterapeuten: Den lavmælte provokatør. I P. Anthi, F. Piene & P. Vaglum (red.), *Psykoanalyse i dag*. Oslo: Tano.

Killingmo, B. (1971). *Den psykoanalytiske behandlingsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Killingmo, B. (1984). Hva er dynamisk psykoterapi? *Nordisk Psykologi*, *36* (3), 129–146.

Killingmo, B. (1999). Den åpnende samtalen. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 119* (1), 56–59.

Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I J.C. Norcross & M.R. Goldfried (red.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.

Leira, T. (1995). Silence and communication: Non verbal dialogue and therapeutic action. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18, 41–65.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6: 412–415.

Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *The international Review of Psychoanalysis, 3*, 43–47.

Steiner, J. (1993). *Psychic retreats. Pathological organization in psychotic, neurotic and borderline patients*. London: Routledge.

Wachtel, P.L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self. The innerworld, the intimate world, and the world of culture and society.* London and New York: Routledge.

Wampold, B.E. (2009). *The great psychotherapy debate*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. (2.ed.). New York: Routledge.

Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.