

Dynamisk psykoterapi med ungdom



Anders Zachrisson

Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

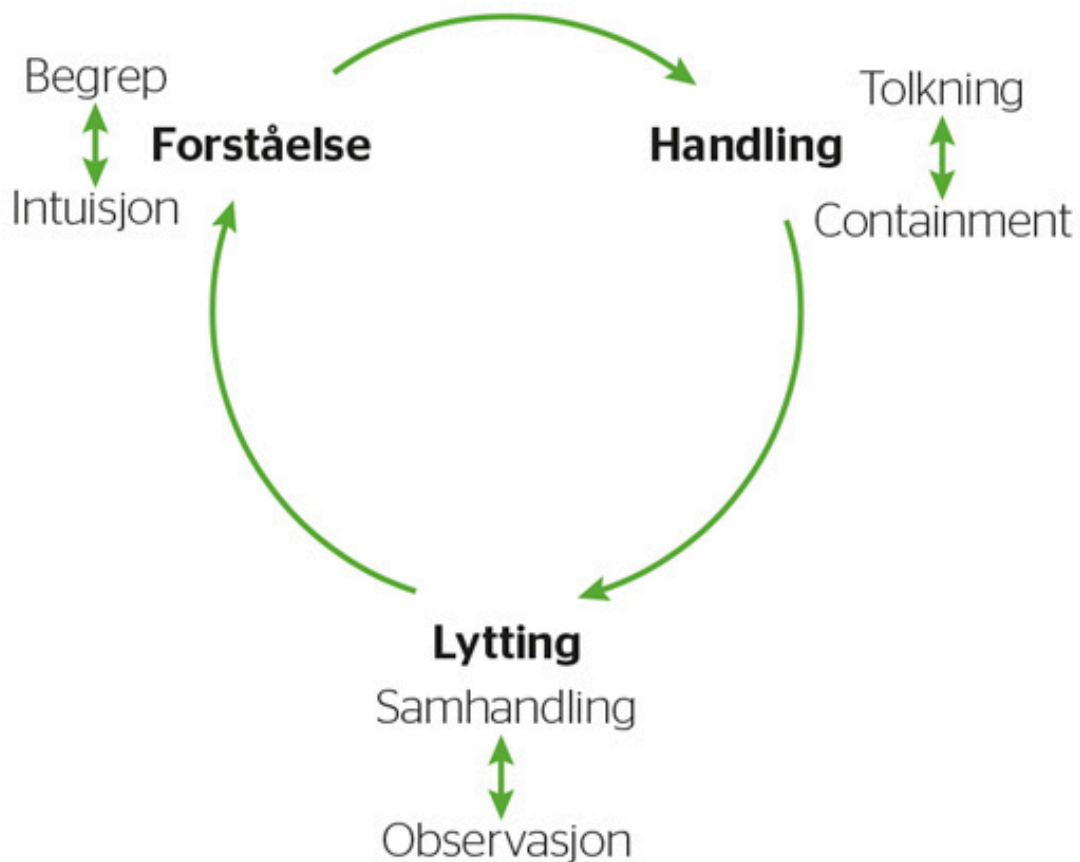
anders.zachrisson@psykologi.uio.no

Psykoanalytiske psykoterapier med barn og ungdom har en mer enn hundreårig historie. Hva kjennetegner tradisjonen i dag?

SENTRALT I ALL PSYKODYNAMISK terapi står etableringen av behandlingssituasjonen, forståelsen av indre konflikter og oppfattelsen av hva som bevirker endring. Spesielt for arbeid med ungdom kan det være vanskelig å etablere en behandlingsrelasjon som tåler den unges sterke svingninger i motivasjon og følelsesliv (se O’Keeffe et al., 2017). Jeg skal her reflektere over psykodynamisk terapi med ungdom, og drøfte hvordan vi kan tilpasse metoden til de utfordringer unge pasienter byr på for oss som hjelpere. Fokus vil være på metodens grunnleggende utforming og begreper.¹

Utgangspunkt for mine refleksjoner er en enkel grafisk arbeidsmodell for dynamisk psykoterapi (se figur 1). Med den som bakteppe drøfter jeg etableringen av rammer, problemer knyttet til allianse og relativ trygghet i behandlingssituasjonen og til de sentrale dynamiske begrepene overføring, motoverføring og motstand. Deretter drøfter jeg hvilke virkningsmekanismer vi regner med, og til sist tar jeg opp noen spesielle utfordringer i arbeid med ungdom.

¹. Artikkelen bygger på tidligere fremstillinger av dynamisk psykoterapi: Zachrisson 2006, 2008b, 2012, 2016.



FIGUR 1 En grafisk arbeidsmodell for dynamisk psykoterapi

Den terapeutiske syklus

I den grafiske modellen i figur 1 fremstilles arbeidsprosessen som en syklus fra lytting via forståelse til handling og tilbake til lytting. Hver av disse posisjoner er preget av en dialektikk mellom terapeutens arbeidsprosess og relasjonen til pasienten.

Selve grunnlaget for behandlingsprosessen finner vi i samspillet mellom pasient og terapeut; i terapeutens samhandling med pasienten og observasjon av det som utspiller seg. Terapeuten lytter ikke bare til det pasienten sier, men til hans eller hennes væren i relasjonen og i rommet. Det har blitt kalt «å lytte med det tredje øret» (Reik, 1964) og å lytte til «underteksten» (Gullestad & Killingmo, 2013). Freud kalte denne formen for lytting «gleichswebende Aufmerksamkeit», en jevnt fordelt oppmerksomhet, uten spesielt fokus, der alt som skjer, i utgangspunktet tildeles samme vekt (Freud, 1913/1966). I lyttingen samhandler vi med pasienten, vi etablerer og opprettholder rammene, vi meddeler oss verbalt og kroppslig, og vi observerer det som skjer – med pasienten, med oss selv og i relasjonen.

Samtidig prøver vi å forstå hva som skjer. Den forståelsen vi etterstreber, er ikke bare å få et overflatebilde, men gradvis å gripe underliggende, og for pasienten ubevisste, elementer i hans selvforståelse og måte å relatere seg på (Gullestad, 2018). I figur 1 foreslår jeg at forståelsen drives av en dialektikk mellom intuitiv og begrepslig forståelse, der intuisjonen angir det umiddelbare, ordløse

inntrykket vi danner oss, inntrykk som så krystalliserer seg og kan begrepsfestes. Dialektikken her dreier seg om at nye inntrykk hele tiden kan sette begrepene på spill.

Siktemålet med prosessen er å danne grunnlag for terapeutiske handlinger; intervensjoner som vi ut fra vår forståelse mener vil bidra til endringer i pasientens selvforståelse og fungering. Også her tenker jeg meg at det foregår et dialektisk spill mellom «containment» og tolkning. Jeg velger da å oppfatte containment som et overordnet begrep, et begrep som innbefatter innlevelse og bekreftelse. «Medopplevelse» gjengir en viktig del av betydningen av containment, men fanger ikke det tredimensjonale rom som metaforen også formidler (Zachrisson, 2012). Containment forutsetter således en kvalifisert innlevelse i pasientens indre verden, og bekreftende refleksjoner er en nødvendig del av prosessen. Etableringen av en container/contained-relasjon med pasienten utgjør altså en sammensatt prosess (Bion, 1962). Ved at den innebærer at terapeuten identifiserer seg med en utålelig del i pasientens indre – så å si gjør den til sin egen – er den også belastende for terapeuten.



Behandlingsrelasjonen

At pasienten er en subjektiv deltager i det terapeutiske samspillet, er en selvfølge, men også terapeuten er subjektiv og blir selv lett trukket inn i irrasjonell tenkning og fungering. Forestillingen om den objektive terapeut er en myte. Denne potensielle subjektivitet må overvåkes og kontrolleres. Derfor trenger terapeuten begreper og tenkemåter som hjelper ham å opprettholde en terapeutisk holdning og å forbli i en terapeutisk posisjon.

Ungdomstiden preges av store endringer som på kort tid finner sted i den unges kropp og sinn. Den raske, dramatiske overgangen fra barn til voksen på så mange områder; kroppslig og hormonelt, seksuelt, sosialt, følelsesmessig og når det gjelder identitet, er krevende. Resultatet kan være plutselige kast i humør og oppførsel, som får et preg av impulsivitet og uforutsigbarhet. Frykt for kaos, sammenbrudd eller psykose kan komme ganske nær. Kanskje er det ikke så paradoksalt at den opprørske ungdomstiden også kan være preget av en underliggende angst for forandring (Blos, 1979; A. Freud, 1958; Landmark & Stänicke, 2016; Wrangsjö & Winberg Salomonson, 2006).²

Kanskje er det ikke så paradoksalt at den opprørske ungdomstiden også kan være preget av en underliggende angst for forandring

Indre press aktiverer mer umodne reaksjoner, både i og utenfor behandlingssituasjonen. Det forsterker tendensen til primitive manøvrer, i form av brå overganger mellom motsatte følelsetilstander (spaltning) og forsøk på å håndtere indre spenning med ytre handling (alloplastisk tilpasning; utagering). Ungdommens identitetskrise dreier seg om å samle ulike deler av personligheten i en enhetlig opplevelse av et selv. Utviklingen av en karakteristisk form av det som andre oppfatter som personens karakter – en identitet – er en dramatisk prosess. Dette dramaet i tenåringens liv har avgjørende konsekvenser for etableringen av en voksen identitet, og for de utfordringer ungdomsterapeuten møter (Erikson, 1963; Hauser & Smith, 1991; Zachrisson, 2006).

Det er ingen enkel oppgave å bidra til denne prosessen på en hjelpsom måte. Behandlingen sikter på å fremme en utvikling der impulsen til umiddelbar handling gradvis bearbeides og forvandles til symboler og metaforer; til forestillinger som kan bearbeides psykisk, i drømmer, i fantasier og tanker,

². Av disse referanser er det grunn til å fremheve Landmark og Stänicke (2016) og Wrangsjö og Winberg Salomonson (2006), som begge er forankret i aktuell skandinavisk ungdomskultur.

i samtaler og behandling. Prosessen blir også referert til som styrkingen av refleksive funksjoner og evne til mentalisering (Fonagy et al., 2002). Arbeidsmodellen i figur 1 bygger på antagelsen at dette fremmes ved 1) terapeutens innsats for å etablere *en trygg situasjon* der den unge gradvis tør å ta plass og formidle hva som er viktig – og vanskelig; 2) terapeutens *arbeid med å forstå* ikke bare det manifeste, men også det underliggende og for pasienten ukjente, mentale liv – konflikter, fantasier, ønsker; 3) terapeutens beredskap til *medopplevelse med* (containment av) pasientens utålelige sinnstilstand og ved *tolkning* av ubevisste konflikter og karaktertrekk.



Hvem sin behandling er det?

Arbeidet med å engasjere den unge i en behandlingsprosess starter før det første møtet. Tar han eller hun selv kontakt og ber om å få komme i behandling, er forarbeidet til første time enkelt: Vi avtaler en tid. Det er viktig at ventetiden ikke blir for lang. Tiden går fort og ting forandrer seg raskere i ungdommen enn senere i livet.

For yngre, iblant også for ungdommer med alvorlige forstyrrelser, er den innledende prosessen ofte mer komplisert, ved at det er foreldrene som tar den første kontakten. Vi vet at behandlingen har helt andre forutsetninger for å bli produktiv om den oppleves som den unges eget prosjekt, og ikke som foreldrenes. Kanskje kan vi si at det er en nødvendig forutsetning for en terapeutisk prosess – nødvendig om enn ikke tilstrekkelig.

Behandlingssituasjonen

Rammen

Den innledende fasen i terapi dreier seg ikke minst om å legge grunnen for en arbeidsallianse, en plattform for behandlingen – et sted for ærlig tale og tilstedeværende lytting. Vi er i den første fasen av den terapeutiske syklus. Dette er vanligvis enklere å håndtere med nevrotiske, voksne, lidende pasienter. Med ungdommer kan vi ha følelsen av å ferdes i et minefelt, der man lett kan ta et feiltrinn, i verste fall med den ødeleggende følgen at pasienten avbryter behandlingen.

Det er helt nødvendig at terapien er innfattet i en ramme, og at den rammen er tydelig og forutsigbar. Det betyr ikke at rammen må være rigid, snarere tvert om. En tydelig og fast ramme gir et tryggere grunnlag for fleksibilitet ved behov. Er rammen uklar og flytende, havner vi lettere i en situasjon som tvinger oss til å sette snevre grenser, og da ofte mer rigide grenser enn vi ønsker (Zachrisson, 2006).

En tydelig ramme er betryggende for pasienten. Det samme er terapeutens holdning hvis den er preget av forutsigbarhet og ro. Slik prøver vi å fremme utviklingen av selve det medium som behandlingen foregår i; den emosjonelle kontakten mellom pasient og terapeut. En ekstra bonus høster vi om det lykkes oss å komme i kontakt med den unges nysgjerrighet, med hans eller hennes ønske om å forstå seg selv bedre. Et slik ønske kan være bærer av et håp for fremtiden.

Terapeutiske spilleregler

Psykodynamisk terapi med ungdom kjennetegnes av de samme overordnede reglene som gjelder samspillet mellom pasient og terapeut hos voksne. De innbefatter den terapeutiske grunnregelen (fri assosiering), regelen om et lukket forum (taushetsplikten) og beskyttelsen av terapirelasjonen (unngåelse av privatisering av forholdet).

Å assosiere fritt er en vanskelig oppgave og inneholder et paradoks: Jeg oppfordrer deg til å være spontan. Et alternativ kan være å si at her kan du ta den tid du trenger for å få sagt hva du har

på hjertet. Da har vi også sagt noe om ærlighet, en nødvendig – og vanskelig – side ved terapeutisk arbeid, en side som gjelder både for terapeut og pasient, ikke minst i arbeid med ungdom.

Taushetsplikten innebærer at vi tilbyr pasienten et lukket forum. I arbeid med yngre tenåringer har terapeuten en spesiell situasjon å forholde seg til. Skal han møte foreldrene eller ikke? Skal pasienten i så fall være med på møtene? Og hvordan skal møtene forberedes sammen med pasienten? Meningene om disse spørsmålene er delte, men hvis terapeuten møter foreldrene, blir situasjonen mer oversiktlig hvis pasienten også deltar.

Beskyttelsen av relasjonen ved at det private holdes utenfor, markerer skillet mellom profesjonell og privat. Grensen mot terapeutens private sfære utgjør en beskyttelse, både av pasienten (mot incestuøse og andre former for utnyttelse) og av terapeuten (ved å redusere belastningen på privatlivet når det gjelder virkningen av engasjement og eksponering i arbeidet).

Den nøytrale posisjon – og noen avvik

Nøytralitet refererer til en lytterposisjon; en posisjon som gjør det mulig for oss å observere pasientens indre konflikter. Det har blitt beskrevet som å holde ekvidistanse til detet, jeget og overjeget (A. Freud, 1936). Vi prøver å observere, forstå og kommentere motsetningene i pasientens indre; kampen mellom drifter og begjær på den ene siden og samvittighetens og moralens krav på den andre (Hoffer, 1985).

Den nøytrale posisjon i spennet mellom pasientens motstridende behov tilsvarer i noen grad posisjonen mellom den unge selv og foreldrene. Med utagerende, misbrukende og selvdestruktive ungdommer er fristelsen stor for at vi tar parti for det fornuftige, det sunne, det ordentlige; at vi blir en forelder med ansvar for å rettlede den unge, selv om vi vet at det er nytteløst. Vi gripes av oppdragelsesiver og inntar en posisjon der vi mener at vi forvalter en viten om riktig og galt, om godt og dårlig. En viten som vi så prøver å pådytte pasienten. I en slik posisjon kan vi vanskelig unngå at den unge kjenner seg utsatt for anklager om ulydighet og for angrep på sin selvfølelse.

Vi kan også gripes av ambisjonen om å bli «en god forelder», en som gjennom sin holdning retter opp foreldrenes feil, eller av ambisjonen om å bli en kamerat, en som er på parti med den unge, og da ofte i konflikt med eller i protest mot de voksne.

Vi regner med at det i behandlingen kan skje en internalisering av sider ved terapeutens holdning og væremåte, det vil si at terapeuten blir en modell for den unge, et virksomt og kanskje godt objekt i den unges indre verden. Det vi ønsker å formidle, er muligheten til å romme en følelse eller en tilstand istedenfor umiddelbart å handle som svar på et indre trykk, muligheten til å tenke og forstå før han eller hun reagerer.

Dynamikken i relasjon og prosess

De sentrale aspektene i psykodynamiske prosesser – *overføring*, *motoverføring* og *motstand* – utspiller seg i *relasjonen* mellom pasient og terapeut. Relasjonen er det medium prosessene foregår i, og begrepene utgjør viktige redskaper for terapeutens forståelse. Det er der den terapeutiske syklus utspiller seg.

Overføring

Overføring angir i psykoanalysen en almen tilbøyelighet til å la tidligere, viktige relasjoner prege måten vi opplever andre på. En gutt som har vokst opp med en streng og krevende far, bærer med seg flere indre bilder av forholdet mellom seg og faren. Det kan være den redde, den skamfulle, den ydmykede eller den rasende sønnen til en autoritær far. Ved siden av disse negative farsbilder finner



vi kanskje andre, mer positivt fargede bilder av en interessert, oppmuntrende, kjærlighetsfull far til en stolt eller lykkelig sønn. I møte med autoritetsfigurer, sjefer, lærere, politifolk, terapeuter vil en eller flere av disse representasjonene kunne aktualiseres og prege opplevelsen i møtet med den andre.

Bak overføringene finner vi således viktige sider av den unges historie, historien om hans eller hennes sentrale relasjoner. Relasjonene har blitt internalisert i form av objektreasjoner og danner en mal for nye forhold. Det er en måte å bære med seg fortiden på og utnytte sine erfaringer. Det må tilføyes at det ikke alltid er hensiktsmessig, all den stund overføringen ofte misleder oss og får oss til å mistolke den aktuelle relasjonen (Zachrisson, 1998). Overføringer farver altså hele tiden den unges opplevelse av terapeuten og er et sentralt fokus for vår lytting. Måten denne farvelegning kommer til uttrykk på, antyder for oss *hvem* jeg er for pasienten, det vil si hvem det er den unge forholder seg til i øyeblikket.

Å kommentere eller tolke overføringsmateriale er en måte å nærme seg den unge emosjonelt på; å bryte forskjellige slags unngåelse for å komme til saken – dit hvor han eller hun for øyeblikket faktisk er følelsesmessig.

Motoverføring

I Freuds opprinnelige formuleringer var terapeutens motoverføringer en forstyrrelse; blinde flekker som hindret oss i å se pasienten. I en skjellsettende artikkel fra 1950 utvider Paula Heimann forståelsen av motoverføringsbegrepet. Hun hevder at de følelser pasienten vekker, kan brukes til bedre å forstå hva som foregår i terapien. I den grad vi klarer å bli oss bevisst våre motoverføringer, bidrar de til å utdype vår forståelse av pasienten. I arbeid med ungdommer er det uunngåelig at den stumme, ulykkelige, hjelpeløse, trassige, engstelige, opposisjonelle, foraktfulle eller rasende unge piken eller gutten fremkaller reaksjoner hos terapeuten. Disse reaksjonene er ikke bare motoverføringer, men dreier seg også om våre overføringer på pasienten, som jo potensielt er enhver terapeuts datter eller sønn. Dessuten må vi vel spørre oss om ikke våre overføringer nedover i alder, på våre barn, er forskyvninger og forvregninger av våre egne foreldreforhold fra den tid da vi selv var unge. Å nyttiggjøre seg egne følelser og reaksjoner i det terapeutiske arbeidet forutsetter altså et nitid indre arbeid: Terapeuten må hele tiden holde øye med hva som kan si noe om pasientens indre verden, og hva som primært handler om ham selv (Zachrisson, 2012).

Dramaet i tenårings liv har avgjørende konsekvenser for etableringen av en voksen identitet, og for de utfordringer ungdomsterapeuten møter

Vi vet hvilke feller som truer. Likevel går vi i dem. Tenåringspasienten setter sterkt press på terapeutens holdning. Vi risikerer å handle istedenfor å tenke, det vi si å gi råd, bedømme, rose og kritisere istedenfor å prøve å forstå. Det ligger ofte snublende nær å samspille med den unges motstand (*collusion*) eller å late som om vi forstår, mens vi egentlig ikke gjør det. Eller at vi provoseres av sårende angrep og reagerer med å tolke materialet fra en overlegen posisjon. Vår egen motstand mot smerten og ubehaget i prosessen får oss ubevisst til å spille ut våre svar på den unges krav (*enactment*). Dette er faktisk den direkte motsatsen til empati og en negasjon av *containment*. Samtidig er det ikke til å unngå. Det avgjørende er om vi er i stand til å registrere at dette skjer, for så å gjenopprette vår terapeutiske posisjon og allianse med pasienten.

Som vi kan se, angir motoverføring en sammensatt prosess. På sitt beste kan terapeuten bruke den på en intuitiv, kreativ, iblant inspirert måte, og den utgjør da en vei til dypere forståelse av

pasienten. Samtidig er terapeuten ved sin motoverføring hele tiden truet av irrasjonelle og forvrengte reaksjoner og aktivisering av blinde flekker (Zachrisson, 2008a).



Motstand

Behandlingen og de erfaringer og innsikter som den resulterer i, vekker motstand hos pasienten. Motstanden drives av en, vanligvis ubevisst, angst for å møte noe som er verre enn det som er. Den er en form for sikkerhetsforanstaltning. Kanskje er det for de fleste pasienter slik at behovet for behandling og ønsket om å få det bedre har en motkraft i frykten for den smerte og de pinefulle sannheter behandlingen vil kunne avdekke. Og kanskje er spørsmålet om utdypet selverkjennelse alltid konfliktfullt. Motstand dreier seg i så fall ikke om uvilje hos den unge, men om et konfliktfylt forhold til behandlingen som erkjennelsesprosess, og et behov for å beskytte seg mot det ukjente (Jensen & Stänicke, 2018). I den terapeutiske syklus er vi i forståelsesfasen. Terapeuten må forholde seg til denne angsten, akseptere at det vi tilbyr, vekker motstridende følelser, og sammen med pasienten forstå og bearbeide angsten.

Når vi lykkes med det, utvides den unges horisont. Det gir større spillerom for nysgjerrighet og økt dristighet til ytterligere å nærme seg sine skjulte sider. I beste fall resulterer det i en god sirkel.

For den unge oppleves den terapeutiske relasjonen nesten alltid som et spenningsfelt mellom skepsis, mistro, utrygghet og angst på den ene siden og relativ tillit, trygghet, ro og kanskje også håp på den andre. Det foreligger naturligvis en tett sammenveving mellom relasjonens preg av skepsis og tillit, overføringens vekslende kvaliteter og den motstand og angst som den terapeutiske prosessen vekker hos den unge. Sammen utgjør de betydningsfulle deler av hans eller hennes indre verden.

Endringsmekanismer

Ikke alle, men kanskje de fleste, ungdommer som kommer i behandling, er på et eller annet vis offer for ugunstige eller traumatiske omstendigheter, mangelfulle oppvekstbetingelser, avvisninger, tap, ydmykelser. Samtidig er de også aktive og medvirkende agenter i sitt liv; og om behandlingen skal være til nytte for de unge, må de videreutvikle sitt aktive grep om livet og selv bidra til å gi det en konstruktiv retning.

Av den grunn må terapien formidle nødvendigheten av en aktiv holdning til eget liv. Endring krever en relativ bevissthet om de valg som blir gjort og skal gjøres, og en relativ selvstendighet når valgene gjøres. Terapeutisk forutsetter dette et samtidig fokus på disse to motstridende forhold ved den menneskelige eksistens; mennesket er samtidig både *offer* for omstendigheter utenfor egen kontroll og – med disse omstendigheter som bakgrunn – handlende *agent* i eget liv.

I klassisk psykoanalyse dreide behandlingen seg om pasientens innsikt. En utdypet selverkjennelse var måten å overvinne nevrotiske hemninger og symptomer på. Og innsikten måtte være følelsesmessig, ikke bare intellektuell, det vil si at innsikten måtte erfares i en relasjon for å være virksom. Dette gjelder fortsatt, men bildet er mer sammensatt i dag. Den klassiske modellens vektlegging av tolkning av ubevisste tanker og forestillinger, av ønsker og konflikter, er ikke den eneste veien til endring. Også bekreftelse av følelser og containment av utålelige indre tilstander inngår i terapeutenes verktøykasse. Litt forenklet kan vi si at tolkning skal gi innsikt og utdypet selverkjennelse, mens containment skal styrke evnen til å utholde og håndtere smertefulle indre tilstander; en forutsetning for tenkning, symboldannelse og mentalisering.



Motstand dreier seg i så fall ikke om uvilje hos den unge

La oss vende tilbake til arbeidsmodellen i figur 1. Tolkning av den unges ubevisste forestillinger må vanligvis forberedes gjennom flere trinn. Første trinn er empatisk lytting; terapeuten deler, men også tåler pasientens smertefulle følelser. Dette er helt nødvendig for at terapeuten skal kunne nærme seg og bli kjent med hans indre verden. Vi etterstreber en forståelse som gjør oss i stand til å bekrefte den unges sinnstilstand i øyeblikket; kanskje også å utholde det han ikke tåler å bære alene. Det danner også basis for terapeutens refleksjoner i retning av en forståelse som kan formidles som en refleksjon eller tolkning. Mange terapeuter mener at allerede disse forberedende elementene – empatisk lytting, bekreftelse og containment – er virksomme deler i behandlingen, ved siden av refleksjon og tolkninger.

Hva som er virksomt i behandlingsprosessen, enten det er containment/bekreftelse eller tolkning, henger sammen både med forskjeller knyttet til arten av den sinnstilstand som intervensjonen rettes mot, og til forskjeller i pasientenes personlighetsstruktur.

Nevrotiske ungdommer, som hovedsakelig er plaget av indre konflikter og hemninger og av fortrenge ønsker og fantasier, er vanligvis i stand til å nyttiggjøre seg tolkninger av ubevisste forestillinger. For ungdommer med alvorligere lidelser og med varierende grad av utviklingsmessig, strukturell svikt kan det være nødvendig med et forberedende arbeid i form av bekreftelse og containment, før de kan dra nytte av tolkning av ubevisste fantasier. Ofte vil tilstanden være preget av dyp indre smerte, ensomhet, tapsopplevelser, følelsen av ikke å være elsket og kanskje heller ikke være verd noens kjærlighet. Her handler det ikke primært om å tolke ubevisste konflikter og fantasier, men om å tåle det uutholdelige. Ved styrket evne til containment åpnes muligheten for symbolisering og psykisk bearbeidelse av den utålelige indre tilstanden.

Forskjellen mellom tolkning av indre konflikter og containment av psykisk smerte svarer til distinksjonen mellom konfliktbasert og mangelbasert patologi (Killingmo, 1989). Steiner (1993) har en beslektet distinksjon, mellom de pasientene som strever etter å forstå seg selv (utdype sin selverkjennelse), og de som primært vil bli forstått av terapeuten (bli bekreftet og akseptert). I behandling av ungdommer er valget av terapeutisk strategi viktig, og pasientens behov for forståelse og bekreftelse som forbereder marken for refleksjon og tolkning, må respekteres.

Utfordringer

Psykodynamisk terapi med ungdommer skiller seg etter mitt syn altså i prinsippet ikke fra behandling av voksne pasienter. Ikke desto mindre utsetter ungdommer sine terapeuter for en del utfordringer som virker å være vanligere og mer uttalte hos dem enn hos andre aldersgrupper. En fellesnevner kan være den avmektige følelsen av ikke å nå frem til eller inn til pasienten.

Generelt kan vi med Winnicott si at i arbeid med ungdom er språket særlig viktig. Det handler om å finne et språk som vi kan ha felles med de unge, og temaer som vi kan snakke med dem om på dette språket. Det dreier seg om at vi sammen med ungdommen utvikler et rom for ettertanke, der symboler kan dannes. Dette er jo en forutsetning for det avgjørende skrittet fra (umiddelbar) handling til tenkning. Klassisk psykoanalyse har her begrepene *delay* og *detour*, kapasiteter som kjennetegner det sterke jeget. I nåtidig analyse refererer *mentalisering* og *refleksiv fungering* til beslektede fenomener (Fonagy et al., 2002).

I terapeutisk arbeid med voksne oppfatter vi vanligvis taushet som motstand mot grunnregelen om fri assosiering. Med ungdommer, og også med alvorlig forstyrrede voksne, kan taushet være

et uttrykk for forskjellige indre tilstander. Den kan uttrykke en protest mot behandlingen eller en avvisning av terapeuten. Den kan være uttrykk for ensomhet, en overbevisning om at det ikke finnes noen forbindelser til den andre; at det av den grunn ikke er noen idé å snakke. Det finnes også tilstander av tomhet som kan kjennes enda mer forferdelige, en total forlatthet, en tilstand der det å snakke har mistet all mening. Å skille mellom disse forskjellige kvaliteter av taushet kan bare skje i motoverføringen, i de følelser som pasienten vekker i analytikeren; og intervensjonen må baseres på disse følelser (Gullestad, 2018). Fravær av ord kan også være et tegn på fravær av tanker, men det er ikke nødvendigvis slik. Kanskje uttrykker ordløsheten iblant et indre arbeid med noe som for den unge er ukjent eller uopplevd, et stille, skapende arbeid. Eller snarere: Ordløsheten skjuler et slik indre arbeid (Leira, 1995). Den tause, ordløse pasienten gjør oss naturligvis mer avhengig av intuitivt basert kommunikasjon som tillegg til den eksplisitte, verbale.

Dyp ensomhet er en sykdomsfremkallende faktor (Zachrisson, 2013). Ofte er den et element ved selvmordsrisiko og voldsom destruktivitet. I arbeid med ungdom er dette svært belastende situasjoner. Problemet blir ikke mindre når tilknytningen til terapeuten er ustabil og muligheten for kontakt med foreldrene begrenset.

For å møte slike sammensatte, følelsesmessig ladede tilstander må terapeuten styrke kontakten – alliansen – med pasienten. En vei går via bruk av metaforer og elementer fra ungdomskulturens felt. Slike elementer kan danne en form for overskridende skritt som terapeuten tar for å formidle sin forståelse av den unges indre tilstand. Og disse skrittene kan være mer eller mindre intuitive, kreative, iblant med et snev av lekenhet. Ikke alltid er det så lett å innordne dem i regelverk og teknikker. Følgende vignett kan illustrere tankegangen:

En selvmordstruet ung mann går i en behandling der en forutsetning er at terapeuten ikke kontakter foreldrene. Nå har han blitt tilbudt å bli med på jakt i helgen, og han har tanker om å drepe seg. I sin desperasjon ba terapeuten ham om å forestille seg hva som vil skje etter at han har skutt seg, kroppen fortsatt varm, med kulen i hjertet. Og begravelsen, når kisten er lukket og blir senket i graven. Han avbrøt terapeuten, med hendene for ansiktet. Kanskje gråt han. Stemningen var intens. Terapeuten beskrev hvordan hun opplevde at rommet ble mørkere, selv om det var midt på dagen. Hennes forsøk på å snakke med ham og få ham til å avstå fra å dra, ble avvist. Noen minutter før timen var over, reiste han seg for å gå. Fylt av fortvilelse og angst, hun visste jo ikke om hun ville se ham igjen, hørte hun seg selv si: –Ettersom du drar på jakt uansett, så kan du vel ta med en gave tilbake til meg?

Etter helgen kom den unge mannen tilbake og overrakte henne en sten. Han fortalte at hennes ønske hadde kostet ham en god del arbeid. Hva slags gave kunne han finne midt ute i villmarken? Til slutt fant han stenen, en ametyst. Den er verdifull, sa han. Om du bearbeider den blir det en halvedelsten. Terapeuten svarte at for henne hadde den livets verd. Etter at den unge mannen hadde funnet en plass for stenen i bokhyllen hennes, fortalte han hvor skremt han hadde blitt av hennes beskrivelse av begravelsen etter et selvmord. Han noterte hvordan han unnviker å tenke igjennom ting og ikke ser konsekvensene av sine handlinger. Terapeuten konstaterte at han nå tenker litt lenger, og at han på den måten kan motvirke sin impulsivitet (Zachrisson & Sandell, 2005).

Avsluttende refleksjon

Det er nærliggende å tenke på terapeutens inspirerte innfall i vignetten over som et eksempel på å arbeide i motoverføringen. I slikt arbeid bygger forståelsen i betydelig grad på intuisjon: Vi velger å stole på våre følelser i arbeidet med å nå en begrepsfestet forståelse som kan formidles til pasienten.

Ofte, når intuisjonen treffer riktig, etablerer den umiddelbart en sterk kontakt og en opplevelse av gjensidighet.

Vi har sett at containment og intuitiv forståelse opptrer som sentrale og nødvendige komplement i dynamisk psykoterapi med ungdommer. Det tydeliggjør hvordan dynamisk terapi kan sies å være en metodologisk hybrid; med islett både av vitenskap og kunsthåndverk. I den grafiske modellen angis denne dobbelthet ved dialektikken som preger hvert trinn i syklusen. Samtidig er det viktig å understreke nødvendigheten av at dynamisk psykoterapi i utgangspunktet og i utførelsen baserer seg på en reflektert, vel beskrevet og systematisk metode. I bunnen ligger det et håndverk, *lege artis*. Det dreier seg om et indre arbeid der teori, erfaring, refleksjon, empati og motoverføringsfølelser danner et felt som gir retning til intuisjon og kreativitet. Uten en slik metodisk forankring blir fort bekreftelse og containment uekte og intuitive innpass til magiske gjetninger, som like ofte risikerer å lede inn i blindgater som de åpner for ny utvikling.

Referanser

- Bion, W.R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
- Blos, P. (1979). *The adolescent passage. Developmental issues*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press, 1946.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic study of the child*, 13, 223–234.
- Freud, S. (1957). Five lectures on psychoanalysis. I J. Strachey (red. og overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol 11, 9–55). London: The Hogarth Press. (Første gang publisert i 1910).
- Freud, S. (1966). On beginning the treatment. I J. Strachey (red. og overs.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol 12, 121–144). London: The Hogarth Press. (Første gang publisert i 1913).
- Gullestad, S.E. (2018). Talende taushet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 458–466.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hauser, S.T., & Smith, H.F. (1991). The development and experience of affect in adolescence. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39 (S), 131–168.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81–84.
- Hoffer, A. (1985). Toward a definition of psychoanalytic neutrality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 33, 771–795.
- Jensen, M.B. & Stänicke, E. (2018). Motstand som intrapsykisk og interpersonlig fenomen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 55, 486–495.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 65–79.
- Landmark, A.F. & Stänicke, L.I. (2016). *Det uforståelige barnet*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Leira, T. (1995). Silence and communication: nonverbal dialogue and therapeutic action. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18, 41–65.

- O’Keeffe, S., Martin, P., Goodyer, I.M., Wilkinson, P. & Midgley, N. (2017). Predicting dropout in adolescences receiving therapy for depression. *Psychotherapy Research*. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1393576> 30. oktober 2017.
- Reik, Th. (1964). *Listening with the third ear*. New York: Arena Books 1972.
- Steiner, J. (1993). Problems of psychoanalytic technique: Patient-centred and analyst-centred interpretations. I J. Steiner: *Psychic Retreats: Pathological Organisations of the Personality in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients* (113–146). London and New York: Routledge.
- Wrangsjö, B. & Winberg Salomonson, M. (2006). *Tonårstid. Utveckling, problem och psykoteraeutisk behandling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Zachrisson, A. (1998). Transference: polarities and paradoxes. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 21, 183–198.
- Zachrisson, A. (2006). Analytic work with adolescents. Reflections on the combination of strict method and creative intuition in psychoanalysis. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29, 106–114.
- Zachrisson, A. (2008a). Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 939–948.
- Zachrisson, A. (2008b). Neutrality, tenderness and the analyst’s subjectivity. Reflections on the analytic relationship. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31: 86–94.
- Zachrisson, A. (2012). Terapeutens indre arbeid. Refleksjoner over motoverføring og nøytralitet, metode og etikk. I R. Ulberg, A.G. Hersoug, & T. Knutsen (red.), *Psykoteraipi i utvikling*. Oslo: Akademika, s 81–96.
- Zachrisson, A. (2013). The internal/external issue. What is an outer object? Another person as object and as separate other in object relations models. *Psychoanalytic Study of the Child*, 67, 249–274.
- Zachrisson, A. (2016). Psychoanalytic Therapies. I R.J. Levesque (red.), *Encyclopaedia of Adolescence* (2016–2027). New York: Springer.
- Zachrisson, A. and moderator A. Sandell (2005). Adolescent psychoanalysis: How we work – clinical models in practice. Panel report. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 525–29.

