

Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk – del 2



Linda Sandbæk

Psykologspesialist ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus
linda.sandbaek@gmail.com

Hvordan kan psykoanalytisk behandlingsmetode være til nytte i arbeidet med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse? Bevissthet om overføring og terapeutisk holdning kan fremme kontakt med og kontroll over følelser, og motvirke alliansebrudd.

Min erfaring er at psykoanalytisk teori og behandlingsmetode kan ha spesielt stor verdi for å forstå og kunne intervenere i møte med de vansker vi typisk ser hos pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). Dette essayet bygger på Psykoanalyse i voksenpsykiatrisk poliklinikk – del 1, hvor jeg løfter frem bidrag fra psykoanalytisk teori som jeg opplever har vært nyttig for å forstå denne pasientgruppens strev. Jeg viser til hvordan symptomer på EUPF kan forstås som uttrykk for tilknytningsatferd, manglende differensiering av selv og objektrepresentasjoner, og som forsøk på å bli kvitt uutholdelige følelser. Jeg beskrev hvordan pendling mellom nærhet og avstand i relasjoner, mellom idealisering og devaluering, kunne forstås som uttrykk for manglende objektkonstans. I det følgende vil jeg se nærmere på hvordan elementer fra psykoanalytisk behandlingsmetode kan være nyttig i arbeidet med EUPF.

Terapeuten tilbyr en relasjon som kan være endringsskapende

Et fellestrekk ved ulike former for psykoanalytisk terapi er at terapeuten tilbyr en relasjon for å hjelpe pasienten til å skille mellom egne og andres følelser og å lese egen og andres mentale tilstand mer nøyaktig. En fokuserer mer på hva som skjer her og nå, enn på hva som skjedde før. Et mål er å oppnå kontakt med den enkeltes underliggende behov og motsetningsfylte følelser ved at disse blir aktivert i møte med terapeuten. Pasienten trenger ikke være redd for egne behov og følelser, og behøver da heller ikke å handle dem ut når han gradvis tør å oppleve dem i relasjonen til terapeuten, og forstår deres opprinnelse i tidligere relasjoner. Innsikt anses som en viktig kurativ faktor i psykoanalytisk terapi. Det dreier seg ikke bare om intellektuell innsikt – det kurative aspektet ved innsikt oppnås gjennom affektive opplevelser som endrer måten å oppfatte seg selv og andre på (Gullestad & Killingmo, 2013).

Våre tidlige erfaringer påvirker hvilke forventninger vi får til andre mennesker, og måten vi søker kontakt med andre på. Innenfor psykoanalytisk teori kalles dette relasjonsscenario. Relasjonsscenario 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). Når pasienten ubevisst gjentar slike scenarioer i relasjonen til terapeuten, kalles dette overføring. Motoverføring refererer til terapeutens følelsesmessige reaksjoner på ubevisst kommunikasjon fra pasienten. Tidligere ble motoverføring betraktet som et hinder for behandlingen ved at terapeuten ubevisst la egne, ubearbeidede følelser over på pasienten. I dag har motoverføring også status som klinisk instrument. I egne følelser finnes et potensial til å forstå hvordan det er å være den andre. Arbeid i overføring forutsetter at terapeuten både har emosjonell kjennskap til og rasjonell

oversikt over egne psykologiske temaer. Det å skille ut hvem som «eier» følelsene, er en utfordring. Veiledning, refleksjon sammen med kollegaer og egenbehandling anses som sentralt.



Høglend (2014) har i en RCT-studie sammenlignet psykoterapi med og uten overføringstolkninger. De fant effekt av psykoterapi generelt, men ingen signifikant forskjell mellom behandlingsmetodene. Ved nærmere undersøkelse av ulike subgrupper i utvalget fant de at overføringstolkninger var spesielt nyttige for kvinnelige pasienter med vanskelige interpersonlige forhold og mer alvorlig personlighetspatologi.

Typiske motoverføringer ved EUPF

Både gjennom egen praksis og veiledning av andre har jeg lagt merke til noen typiske motoverføringer i arbeidet med EUPF: Terapeuten kan få følelsen av å være en spesielt god terapeut, særlig i innledningen av terapien. Det kan være utfordrende å ikke la seg rive med, både av pasientens tendens til idealisering og den påfølgende skuffelsen og opplevelsen av mislykkethet dersom du senere blir devaluert. Det kan også være utfordrende å stille seg tilgjengelig for den sterke avhengigheten som disse pasientene ofte føler til terapeuten. En annen vanlig motoverføringsreaksjon kan være at terapeuten føler seg presset til å gjøre noe mer med det som for pasienten oppleves som utålelige følelser der og da. Du føler deg kanskje utilstrekkelig og tilbyr langt mer enn du ville tilbudt andre (for eksempel avslutter ikke timer til avtalt tid, gir ut privat telefonnummer eller søker til døgninnleggelse uten at det faglig lar seg forsvare basert på psykisk tilstand og behandlingsbehov). Ikke sjelden har jeg sett at pasienten med EUPF har et team av engasjerte og frustrerte hjelpere rundt seg. Alle opplever at de ikke strekker til, og noen opplever at de andre hjelperne ikke gjør en god nok jobb. Følelsen av utilstrekkelighet kan også handles ut mer indirekte. For eksempel kan terapeuten berolige og bekrefte på områder hvor pasienten føler skyld og skam, men hvor dette blir den typiske bjørnetjenesten, da det frarøver pasienten muligheten til å kjenne på egne følelser og bruke dem som rettesnor for valg og handlinger. I arbeidet med EUPF vil det være nyttig å opparbeide en kapasitet til å registrere følelser som oppstår i deg uten å umiddelbart handle på disse. For eksempel kan du få følelsen av at pasienten ikke får tilstrekkelig oppfølging fra førstelinjetjenesten, som kan være sant, men opplevelsen kan også være et resultat av motoverføring fra forrige time, da pasienten formidlet stor grad av håpløshet. Du venter med å foreslå ytterligere behandlingstiltak til du har undersøkt nærmere hva som allerede er etablert.

Jeg vil i det følgende illustrere psykoanalytisk behandlingsmetode i praksis gjennom en klinisk vignett.

Det knirkende hjulet

Hun var opprinnelig fra Frankrike, men hadde arbeidet og bodd i ulike deler av verden gjennom voksenlivet. Hun nærmet seg femti, hadde ingen barn, men en rekke korte og noen lengre kjæresteforhold bak seg. Som ung beskrev hun seg selv som en kreativ og rastløs sjel med stor arbeidskapasitet. Hun hadde en periode gjort karriere innenfor reklamebransjen. Dessverre havnet hun ofte i konflikter og situasjoner som gjorde at hun mistet jobber og ikke evnet å slutføre prosjekter. På henvisningstidspunktet arbeidet hun som lærer. Konflikter på arbeidsplassen hadde eskalert, og behandlingen var dels pålagt henne fra ledelsen. Hun viste seg ved nærmere kartlegging å ha problemer med å akseptere autoriteter, ble lett fornærmet og hadde høye forventninger til hvordan kollegaer og mennesker for øvrig burde se henne som person og forstå hennes behov. Med sin

intelligente og krasse sarkasme gikk hun ikke av veien for å sette på plass så vel andre ansatte som sine overordnede. «Det knirkende hjulet» var hennes egen betegnelse på en nærmest tvangsmessig tendens til å si ifra. Hun opplevde det som sin plikt og følte at hun var alene om å «se verden som den var».



Ved utredning med MINI nevropsykiatrisk intervju fremkom moderat depresjon pågående og tidligere, samt overforbruk av alkohol. Ved utredning med SCID II (strukturert klinisk intervju for personlighetsforstyrrelser) oppfylte hun kriterier for EUPF og utviste også to subterskeltrekk fra narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Hun hadde vært i behandling hos et titalls terapeuter gjennom årene uten å oppleve særlig bedring. Da vi kikket nærmere på hva som utspilte seg, viste det seg at hun forlot behandlingen når hun opplevde at terapeuten ikke forsto. Umiddelbart tenkte hun at terapeuten ikke var god nok, og mistet alt håp om å få hjelp.

I første time på poliklinikken ble hun opprørt over at andre pasienter småsnakket sammen på venteværelset. Hun sa ifra både i ekspedisjonen, til de andre pasientene og til meg. Da hun ikke nådde frem i å forby skravlingen, bestemte hun seg for å vente utenfor poliklinikken, der det ikke fantes et egnet sted å sitte. Sekretæren som arbeidet ved poliklinikken, var opprørt etter møtet med pasienten denne dagen. Ikke så rart, for i tillegg til den elaborerte klagen fikk hun personlig kritikk for sin måte å være på. Pasienten hadde en tendens til å såre mennesker. Ofte satte hun andre i forlegenhet ved å avsløre det hun trodde var deres sanne intensjoner, eller på en subtil måte peke på deres tilkortkommenheter. Terapeutene sine og meg inkludert hadde hun til gode å behandle på denne måten, vi ble plassert på pidestall inntil vi som beskrevet ovenfor trådte feil og hun forkastet oss. I så måte var det nok heldig for vår prosess at terapien dels var påtvunget henne utenfra. Hun greide å stå gjennom de tjue timene, selv da idealiseringen slo sprekker og jeg viste meg som, med hennes ord, «langt fra perfekt».

I løpet av behandlingen knyttet pasienten noen av sine problemer opp til opplevelser i barndommen. Selv om barndomshjemmet fra utsiden virket normalt og ordnet, ble det på innsiden av hjemmets vegger beskrevet et totalt kaos. Det var ingen regler for hvordan man skulle oppføre seg, ingen faste måltider eller innetider. Pasientens mor kom stadig med trusler om å ta sitt eget liv. Moren kunne slå og kjeffe dersom pasienten gråt eller var engstelig. Hun kunne ikke huske å ha blitt trøstet eller beroliget som barn, men fortalte at hun med vilje falt og skadet seg på skolen fordi hun synes det var så godt med den oppmerksomheten hun fikk fra læreren som satte på plaster og trøstet. Faren jobbet lange dager og drakk tett de få timene han var hjemme. Fra ung alder fungerte pasienten som fars sjelesørger, hun lyttet til hans problemer på jobb og i forholdet til moren. Hennes mor og tre søstre ble devaluert av far, som åpent erklærte at hun var hans favorittatter. Pasienten kom til å forstå hvordan farens idealisering ikke bare hadde isolert henne fra søstrene i barndommen, men også bidratt til et mønster av opplevd distanse til andre mennesker senere, «en følelse av å være bedre enn». I terapien kom hun i kontakt med noe av sin underliggende skam og angst. Bak hennes kalde og noen ganger direkte slemme atferd overfor andre viste det seg en intens lengsel etter tilhørighet og etter at andre skulle se på henne som en god og akseptabel person.

Terapeutisk holdning

Den terapeutiske holdning er ansett som sentral i psykoanalytisk terapi. Når terapeuten skal prøve å forstå pasientens beveggrunner, er den faktiske atferd og uttrykk (form) like viktig som selve innholdet i det som blir sagt. Den terapeutiske holdning kan ifølge Gullestad og Killingmo (2013) sammenfattes i tre grunndimensjoner. Den første, *stabilitet*, innebærer at terapeuten er forutsigbar og til å stole på. En forutsetning for at pasienten skal kunne bearbeide egne følelsesmessige reaksjoner, er at terapeuten

ikke reagerer og alternerer i takt med de følelsesmessige svingningene i pasienten. Stabilitet handler om hvordan terapeuten presenterer seg selv (klær, holdning, måte å ønske velkommen på, virker rolig og avslappet). Stabilitet blir også formidlet gjennom rammene for terapien (timene starter og slutter på samme tid, terapeuten er klar og tydelig angående betaling og hvor mange timer som tilbys). Først og fremst blir stabilitet formidlet gjennom terapeuten's emosjonelle tilstedeværelse. Terapeuten handler ikke ut og blir ikke med på de følelsesmessige svingningene i pasienten, men er logisk, klartenkt og stadig følelsesmessig tilgjengelig.



Du føler deg kanskje utilstrekkelig og tilbyr langt mer enn du ville tilbudt andre

De to andre grunndimensjonene i psykoanalytisk holdning kan beskrives som *omsluttethet* og *atskilthet* (Gullestad & Killingmo, 2013). Begge peker mot samspillskvaliteter som kan fremme utviklingsmessige prosesser mot en sunn kombinasjon av tilknytning og utforskning. Begge disse behovene er grunnleggende for menneskelig utvikling. *Omsluttethet* refererer til lengselen etter kontakt og symbiose. Terapeuten's kapasitet til å romme, «containing» (Bion, 1984), er et sentralt aspekt ved denne dimensjonen. Intervensjonene vil være validerende, rettet mot å bekrefte og speile erfaringer og følelser. *Atskilthet* representerer behovet for separasjon og uavhengighet i menneskelig utvikling, en holdning hvor terapeuten oppfordrer pasienten til å løsrive seg, utforske sine beveggrunner og handle. Intervensjonene her vil være mer tolkende og konfronterende. Å være sensitiv for hvor pasienten er i overføringen (Killingmo, 1989), kan gi informasjon om hvor en bør plassere seg i forhold til de to sistnevnte dimensjonene.

Det terapeutiske arbeidet med EUPF preges av disse pasientenes intrapsyriske og interpersonlige ustabilitet. Frafall i terapi opptrer hyppigere hos EUPF (Hersen & Turner, 2012). Gjennom overføringsarbeid kan tilløp til alliansebrudd utforskes og bearbeides her og nå i den terapeutiske relasjonen. På denne måten muliggjøres også emosjonelt korrigerende erfaringer som kan endre og utvikle forstyrrede internaliserte bilder av selvet og den andre.

Når det gjelder vår pasient, var hun frustrert fordi jeg ikke hadde gjort noe for å forby skravlingen på venteværelset. Idealiseringsen av terapeuten var på gyngende grunn. Innledningsvis var hennes sinne utelukkende rettet mot de andre utenfor terapirommet (pasientene, sekretæren, ledelsen ved voksenpsykiatrisk avdeling), men etter hvert uttrykte hun tydeligere sin misnøye over at jeg «heller ikke stilte opp for henne»:

Pasient (P): *Det er så grelt lys her på kontoret ditt, men du har vel ikke tenkt å si noe om det heller ...*

Terapeut (T): *Du føler deg frustrert og skuffet over meg.*

P: *Jeg hadde forventet at du som en høyt utdannet norsk kvinne våget å være tydeligere. Norge er et demokrati, kvinners posisjon er sterkere her enn noe annet sted i verden, men når en pasient sier ifra, blir hun altså avspist med det samme. Det er umulig å konsentrere seg på grunn av den evinnelige skravlingen (lang utdyping).*

T: *(Avbryter pasienten.) Det virker på meg som om du har vanskelig for å akseptere at enkelte ting er utenfor din kontroll. Verken du eller jeg kan forby mennesker å snakke sammen på venteværelset. Jeg får tanker om den rollen du påtok deg i familien som barn, var det ikke det knirkende hjulet du kalte deg selv? (Pasienten nikker). På jobben har du også beskrevet hvordan du føler deg frustrert og alene når utfordringer oppstår. Ikke så rart at du kjenner det sånn, så alene som du var den gangen. Kan dette være et slags mønster som preger deg også her i terapi?*

Senere i samme time inntar pasienten igjen det som oppfattes som en mer idealiserende og underdanig rolle overfor meg:

P: Jeg forstår ikke hvordan du greier å være så rolig og avslappet bestandig.

T: Jeg tenker på at du i løpet av timen i dag har uttrykt både negative og positive følelser overfor meg. Det virker ikke å være enkelt for deg ... Dette er kanskje vanskelig i forhold til andre mennesker i livet ditt også?

P: Jeg har bare sluttet i terapi, jeg, når terapeuten sier noe dumt eller ikke forstår (oppfattes av terapeuten som en subtil trussel).

T: Ja, da er det sannelig en bragd at du fremdeles er her (begge humrer). Jeg er glad for at du deler følelsene dine med meg. Dersom du kunne akseptere både gode og dårlige sider hos andre, tror jeg det også ville bli lettere for deg å akseptere deg selv. Her i terapien kan vi jobbe med dette.

Her ser vi at terapeuten typisk vil bekrefte pasientens følelser (frustrasjon, forvirring) her og nå. Jeg undrer meg over at det samme mønsteret gjentar seg i tidligere og nåværende relasjoner, samt overfor terapeuten (overføringstolkning). Utdraget illustrerer også hvordan terapeuten kan representere både omsluttethet og atskilthet på ulike tidspunkt i dialogen. Når pasienten sier «jeg forstår ikke hvordan du greier å være så rolig og avslappet», tolker jeg dette som hennes behov for å reparere forholdet og få bekreftet at «vi fremdeles er ok»: med andre ord behovet for omsluttethet. Denne siste intervensjonen er også rettet mot å kommunisere håp. Atskilthet er representert i dialogen ved at jeg som terapeut er åpent uenig med pasienten. Jeg avbryter hennes utlegninger om skravlingen på venteværelset og sier hva jeg tror dette egentlig handler om. Terapeuten er også modell for mestring av følelser ved å ikke handle på dem (for eksempel ved å finne et annet rom hvor belysningen var bedre), samtidig som hun vier pasientens følelser interesse og aksept.

Ofte kan overføringen være mer subtil. Du får følelsen av at pasienten ikke er fornøyd uten at dette kommuniseres direkte. Kanskje har pasienten uteblitt fra timer eller kommer stadig for sent. Utfordringen for terapeuten er å legge merke til når eventuelle vansker i overføringen er til hinder for det videre terapeutiske arbeidet, både fordi det kan bekrefte mer selvhevdende deler av pasientens personlighet (utvikling mot uavhengighet), og fordi det er viktig å arbeide gjennom en negativ overføring for å bevare arbeidsalliansen.

Oppsummerende betraktninger

Jeg har i to påfølgende essay løftet frem bidrag fra psykoanalytisk teori og behandlingsmetode som jeg har funnet spesielt nyttig i arbeidet med EUPF. Slik jeg ser det, behøver ikke en symptomorientert behandling utelukke fokus på underliggende struktur og dynamikk. Pasienter med EUPF får oftere symptomlidelser enn normalpopulasjonen (Hersen & Turner, 2012). Langt fra alle er motivert for et arbeid over lengre tid, slik en mer omfattende strukturendrende behandling som for eksempel psykoanalyse innebærer. I poliklinikk ser vi ofte at disse pasientene oppsøker behandling i livskriser eller overganger, perioder de på grunn av grunnlidelser er mer sårbare for å reagere på med mangelfull mestring og økende symptomer. Psykoanalytisk teori kan øke terapeutens forståelse av disse pasientenes strev, og derav vår evne til å tilby meningsfull psykoedukasjon og validerende tilbakemeldinger. Elementer fra psykoanalytisk behandlingsmetode som overførings-bevissthet, samt en terapeutisk holdning og intervensjoner rettet mot å fremme utviklingsmessige behov for tilknytning og utforskning, kan være nyttig. For å fremme kontakt med og kontroll over følelser, samt motvirke alliansebrudd og frafall i terapi. En behandlingstilnærming informert av psykoanalytisk



teori og metode kan gjøre det lettere for denne pasientgruppen både å akseptere og få utbytte av mer mestringsorienterte tilnærminger parallelt.



Merknad

Alle pasienteksempler er konstruerte kasus.

Referanser

- Bion, W. R. (1984). *Learning from experience*. Karnac books.
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Universitetsforlaget.
- Hersen, M. & Turner, S. M. (2012). *Adult psychopathology and diagnosis*. John Wiley & Sons.
- Høglend, P. (2014). Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1056–1066.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 503–518.