

Å ta inn landskapet først Om noen aspekter ved terapeutisk holdning

av Jon Morgan Stokkeland



*Det gis alltid formildende
omstendigheter*

Eivind Haga

Innledning

Sigmund Freud (Goleman, 1985; Bromberg, 1998, s. 150) skal ha fortalt sin yngre kollega Marie Bonaparte følgende anekdote:

En europeer kommer til Japan og sender bud etter en japansk ekspert på trær for å plante en hage. På den første dagen sitter gartneren på en benk hele dagen og gjør ingen ting. Andre dag forløper på samme måte. Likeens tredje, fjerde, femte dag – hele uken lang. Europeeren spør så: Når skal du starte på hagen? «Når jeg har tatt inn landskapet.» Det er det samme med analyse. Man må først ta inn landskapet til hvert nytt sinn. (s. C2, min overs.)

For meg sier denne fortellingen noe vesentlig om psykoanalytisk holdning og Freuds metode. Man må sette seg ned, ta seg tid, åpne sansene og

for en stund bli en del av landskapet. Denne reseptive, mottagende siden av det terapeutiske håndverket fremheves også av John Steiner i et intervju fra 2015 der han sier at psykoanalysen mest av alt handler om å lytte, det er en lytte-kur mer enn en snakke-kur. Han sammenlikner med fiolinister, hvis fremste verktøy ikke er hendene, men ørene. Musikeren vender øret inn mot fiolinen og justerer tonen etter hva han hører. Slik lytter også analytikerens til responsen fra sin pasient, og endrer tolkningene, slik at de blir mer finstemte, bedre intonert. Psykoanalysen er en metode som legger til rette for at pasienten snakker så oppriktig som mulig til en annen person, slik at han eller hun virkelig lytter til *seg selv*, tar seg selv på alvor. Lewis Aron ble på et seminar i Oslo for ca. 20 år siden spurt om det er noe som forener alle de psykoanalytiske dialektene. Ja, svarte han, det å lytte.

Det å lytte er imidlertid vanskelig. Den åpne, lyttende holdning vil alltid være under press fra krefter både inne i oss og utenfra. Om vi starter med krefter utenfra, så står mye i vår

tid i skrikende kontrast til holdningen som formidles i fortellingen om den japanske gartneren. Kanskje særlig for unge terapeuter synes det å være en sterk forventning om raskt å få overblikk over pasientens problemer, og deretter fjerne dem etter en fastlagt oppskrift. Mye av den rådende ideologi innen psykisk helsevern i dag synes å være underlagt en form for instrumentell fornuft som fungerer etter oppskriften: søk-etter-feil-og-eliminere-dem. Men også innenfra er vi utsatt for ulike typer press; som forventninger om å forstå og å være den gode hjelper. Også i psykoterapifaget gjelder det gamle ordtaket om at veien til helvete er brolagt med de beste intensjoner.

Sammen med nære kolleger¹ har jeg prøvd ut følgende definisjon av hva som er den terapeutiske oppgave i psykoanalytisk terapi: *Å stille vårt sinn til rådighet for pasientens prosess, slik at vi kan få øye på og beskrive utviklingen av de infantile objektreelasjoner.* Hvilke ideer vi har om terapeutisk holdning er intimt forbundet med hvilke overordnede teorier vi holder oss med, hva vi anser som det terapeutisk virksomme, og hvordan man legger til rette for en setting der det er mulig å få til vekst. Lars Thorgaard siterte ofte Gaetano Benedettis ord om at *psykoterapi ikke er en metode, men en holdning.* Utsagnet synes å

stamme fra samme sted som Freuds anekdote om den japanske gartner. Samtidig er det nesten ikke råd å skille temaet holdning fra nærliggende emner som setting, rammer, teoretisk forståelse og intervensjoner. De er intimt filtret sammen. Denne teksten skal handle mest om terapeutisk holdning. Siden temaet er omfattende, setter jeg søkelyset på noen aspekter. For en bredere oversikt, se Schafer (1983) og Zachrisson (1997). Jeg tar utgangspunkt i en del klassiske tekster av Freud, Klein og Bion, og spesielt steder i disse tekstene som jeg opplever som særlig aktuelle i vår tid.

Teksten er skrevet som et kjærlig memoriam til mine veiledere og mentorer Lars Thorgaard (1947-2010) og Eivind Haga (1933-2018). Begge var de intenst opptatt av temaet terapeutisk holdning. Jeg håper de ville ha satt pris på mine tanker, selv om de neppe er helt sammenfallende med deres egne. Det var en av de mange fine holdningene de formidlet; at eleven kunne kjenne seg fri til å utvikle sine egne ideer, finne sin egen form og gå sine egne veier.

Radikal åpenhet. Sannheten finnes i pasienten

Melanie Klein (2017) sier om den analytiske holdning i sine foredrag om teknikk som ble holdt i 1936 til kandidater i den britiske foreningen:

¹ Takkk til Kjartan Thu (1974-2022) og Lilian Stokkeland. Deler av definisjonen er inspirert av Meltzer (1973).

One main point about it is that our whole interest is focused on one aim, namely, on the exploration of the mind of this one person who for the time being has become the centre of our attention. Correspondingly everything else, including our personal feelings, has temporarily lost importance. If the urge to explore is coupled with an unflinching desire to ascertain the truth, no matter what this may be, and anxiety does not interfere too much with it, we should be able to note undisturbed what the patient's mind presents to us, irrespective even of the ultimate purpose of our work, namely, the cure of the patient. If we are not bent on labelling our patients as such and such a type, or wondering prematurely about the structure of the case, if we are not guided in our approach to him by a preconceived plan, trying to evoke such and such a response from him, then, and only then, are we ready to learn step by step everything about the patient from himself. But then we are also in the best position to take nothing for granted and to rediscover or revise whatever analysis has taught us before. (s. 29-30)

Sitatet er innholdsrikt, jeg vil derfor stykke det litt opp for å se på enkelt-elementer i det. Det som slår meg først, er hvordan Klein anbefaler en form for radikal åpenhet og lyttende innstilling som minner om Freuds

anekdote om den japanske gartner; man må ta inn landskapet. Man må stille seg så åpen som mulig og unngå at oppfatninger man har dannet seg på forhånd styrer lyttingen for mye. Også terapiens overordnede mål, helsebredelsen, kan komme til å forstyrre vår mottagelighet for det pasienten presenterer her og nå, hvis det kommer for mye i fokus. Klein peker på at analytikers egen angst kan komme i veien for denne åpne lyttingen. Hun målbærer en tro på at sannheten finnes i pasienten, at den kan komme frem, og at den vil være mulig å bære. Dette fordrer et mot og en tillit både hos pasient og terapeut. På mange måter sier Klein det samme – med litt andre ord – som det Freud sier i *Råd til legen ved den psykoanalytiske behandling* (1912). Det er her han anbefaler legen å tilstrebe en *jevnt svevende oppmerksomhet* (gleichschwebende Aufmerksamkeit), bl.a. for å unngå at vi «aldri finner noe annet, enn det vi allerede vet» (s. 114). Han utdyper:

Han skal rette sit eget ubevidste som modtagende organ mod den syges givende ubevidste, indstille seg på den analyserede som telefonens højtaler («hørerør») er indstillet på mikrofonen («tragten»). Ligesom modtageren forvandler de af lyd-bølger igangsatte elektriske svingninger i ledningen til lydbølger igen, således er lægens ubevidste i stand til af de ham meddelte derivater fra

det ubevidste at rekonstruere dette ubevidste, som har determineret den syges indfald. (s. 117)

For å lykkes med å kunne motta signalene fra pasientens ubevisste ved å ha kontakt med sitt eget ubevisste, sier Freud at legen selv må gå i analyse. Det vender jeg snart tilbake til. Den holdningen Freud søker, der terapeuten stiller seg åpen og mottagelig for at det ubevisste skal komme til uttrykk, inneholder en form for tillit til at pasient og lege sammen vil finne mening i de frie assosiasjoner. Kanskje kan en klinisk vignett illustrere dette. Vignetten er anonymisert. Pasienten har lest gjennom og gitt samtykke til publisering:

En kvinne i 40-årene snakker om det vanskelige ved å slippe til mannen i omsorgen for barna. Hun ser at det iblant oppstår en rivalisering mellom dem om hvem som er mest moderlig. Jeg foreslår: Kanskje også misunnelse? Mannen hennes synes å ha mange moderlige kvaliteter. Er denne rivaliseringen og misunnelsen kanskje også til stede i relasjonen mellom oss? At noe i henne helst vil analysere seg selv, være en bedre mor for seg selv enn terapeuten? En assosiasjon dukker opp hos henne. Dagen før hadde hun en fin stund sammen med sønnen. De leste om tenåringshelten Percy Jackson som kjemper mot Medusa, det kvinnelige uhyret med slanger som hår. Fordi man blir

forsteinet om man ser henne rett i ansiktet, brukte Percy en slags glasskule som gjorde det mulig å se på henne indirekte. Jeg foreslår at Medusa er et bilde på hennes egen misunnelse, og at det kjennes dødelig å se rett på den. Ja, sier hun, og smiler.

Wilfred Bion foreslo i 1967 i den korte teksten *Notes on memory and desire*, at for å kunne være til stede og fange opp det som foregår her og nå, må analytiker legge til side det hun allerede vet om pasienten, samt unngå fordringer om å nå særskilte mål. Selv om Bion på mange måter bare gjentok de samme poengene som vi har sett på hos Freud og Klein, vekket dette furore. Det henger kanskje sammen med at disse innsiktene alltid vil ha en radikalitet ved seg, de utfordrer noe i oss. Det er særlig *dette som blir utfordret i oss* jeg prøver å sirkle inn i denne teksten.

Terapeutens ensomhet. Asymmetri og gjensidighet

La oss gå tilbake og se nærmere på starten av Klein-sitatet:

One main point about it is that our whole interest is focused on one aim, namely, on the exploration of the mind of this one person who for the time being has become the centre of our attention. Correspondingly everything else, including our personal feelings, has temporarily lost importance.

At terapeutens oppgave er å utforske sinnet til pasienten, og at alle andre hensyn, inkludert våre egne behov og følelser, for en tid settes til side, synes opplagt. Det er liksom sånn ting fungerer i helsefagene; legen konsentrerer seg om å helbrede pasienten. Så hvorfor stresser Klein dette poenget? Jeg tror det skyldes at denne opplagte målsetningen støter an mot noen spesifikke utfordringer i den psyko-terapeutiske settingen, en setting der to personer ofte kommer hverandre svært nær, og der terapeuten tar i bruk sitt eget følelsesliv og handleimpulser for bedre å forstå pasienten. Man må med Hans Skjervheims (1957) ord være både deltaker og tilskuer. Som terapeut må man inngå i en levende interaksjon med pasienten, samtidig som man makter å ta et utenfra-blikk på hva som foregår. Jeg tror det var denne utfordringen Freud beskrev da han oppfordret oss til å ta kirurgen som forbilde, et sitat som ofte er lest slik fanden leser bibelen, som om det handler om en form for kynisme. La oss se nærmere på hva Freud (1912) skriver:

Jeg kan ikke indtrængende nok under den psykoanalytiske behandling anbefale kollegerne som forbillede at tage kirurgen, der skyder alle sine affekter og selv sin menneskelige medlidenhed til side og sætter et eneste mål for sine åndelige kræfter; å udføre operationen så dygtigt som muligt. For psykoanalytiker

er én affektstræben den farligste under de i dag herskende omstændigheder, nemlig den terapeutiske ærgerrighed at ville præstere noget med sit nye og meget anfægtede virkemiddel, som kan virke overbevisende på andre. Derved bringer han ikke blot sig selv i en for arbejdet ugunstig tilstand, han udsætter sig også værgeløst for bestemte modstande hos patienten, af hvis kraftspil helbredelsen jo i første række afhænger. Retfærdiggørelsen af denne følelseskulde, som kræves av analytiker, ligger i, at den skaber de mest fordelaktige betingelser for begge dele, for lægen den ønskværdige skånsel af sit eget affektliv, for den syge den den højeste grad af hjælp, som er os muligt i dag. (s. 116)

Det er ikke så underlig at dette sitatet har møtt kritikk, det er fristende å misforstå det. En analytiker i dag ville neppe formulert seg helt på samme måte. Freud har imidlertid noe viktig å si oss her, om vi leser ham mer velvillig. Det handler om det samme som Klein er på sporet av med setningen om å sette sine egne følelser til side og konsentrere all sin oppmerksomhet om pasientens psyke. Men hvordan er det mulig å sette sine egne behov og følelser til side, og samtidig bruke sine egne følelser for å forstå pasienten? Utelukker ikke disse grepene hverandre? I en viss forstand gjør de vel det, og utgjør dermed en av de mest krevende sidene ved det terapeutiske

arbeidet. Klein (sst.) utdyper hvordan analytiker må veksle mellom ulike innstillinger eller sider i seg selv, fra å være dypt involvert til å ta et steg tilbake for å prøve å få oversikt:

This rather curious state of mind, eager and at the same time patient, detached from its subject and at the same time fully absorbed in it, is clearly the result of a balance between different and partly conflicting tendencies and psychological drives, and of a good co-operation between several different parts of our mind. For while we are ready to take in something new what the patient's mind presents to us and to respond freely to it, our knowledge and our experience are by no means put out of action. Our critical faculties undoubtedly remain active all along, but they have as it were, retreated into the background to leave the way free for our unconscious to get into touch with the unconscious of the patient. This co-operation between the conscious and the unconscious mind on the part of the analyst implies also a good balance between his intellectual and emotional faculties (s. 30).

Det er altså bare med en del av seg selv at analytiker må sette til side sine menneskelige følelser. Med en annen del må hun være levende til stede og emosjonelt mottakelig. Klein beskriver så hvordan det å være følelsesmessig tilgjengelig er avgjørende for å forstå pasienten:

For if I have so far given you the impression that the analytic attitude is devoid of feelings and somehow mechanical then I should hasten to correct this impression. The analyst is only capable of approaching and understanding his patient as a human being if his own emotional and human feelings are fully active, though they are well kept under control. If the analyst sets out to explore the mind of his patient as if it were an interesting and complicated piece of machinery he will not, however strong and sincere his desire to find out the truth, do fruitful analytic work. This fundamental desire will only be effective if it is coupled with a really good attitude towards the patient as a person. By this I do not mean merely friendly human feelings and a benevolent attitude towards people, but in addition to this, something of the nature of a deep and true respect for the workings of the human mind and the human personality in general (s. 30).

Steiner (1915) anvender bildet fra *Odysseen* der Odyssevs ønsker å høre sirenenes vakre sang. Det er bare én hake; alle som hører sangen går i døden. Den listige Odyssevs lar seg derfor binde til masten og stapper bivoks i ørene på besetningen. Dette er også analytikers oppgave; å høre sangen uten å trekkes ned i dypet. Så hva tilsvares Odyssevs' mast, tau og bivoks for terapeuten? Det Anders Zachrisson (2008) kaller et

sikkerhetssystem er ment å beskytte terapeuten fra å komme i sine følelsers vold og hjelpe henne til å finne den rette balanse mellom innlevelse og avstand. En viktig del av dette sikkerhetssystemet utgjøres av rammene og kontrakten som synliggjør den asymmetrien som foreligger mellom pasient og terapeut. At den terapeutiske relasjon på samme tid både er asymmetrisk og preget av gjensidighet (Aron, 1996), er det nærmest unison enighet om i fagfeltet. Spørsmålet er om når gjensidigheten er i forgrunnen, og når det mer er det asymmetriske aspektet vi må ha søkelyset på. Selv om det vil foreligge en veksling mellom posisjonene, er de alltid begge til stede samtidig. *Jeg tror man kan komme til å undervurdere tyngden i den ensomheten hos terapeuten som den asymmetriske posisjonen innebærer.* Selv om man kommer svært nær et medmenneske, pasienten, kan man ikke forvente at ens egne behov stilles i denne relasjonen. Tilbøyeligheten til å gi etter for helt vanlige menneskelige behov for anerkjennelse, varme og forståelse, viser seg kanskje særlig i tilsynelatende små bagateller der det fordres av terapeuten at hun opprettholder asymmetrien for å kunne utføre arbeidet på best mulig måte, f.eks. avslutte timene på tiden. Jeg vender tilbake til dette med terapeutens behov og egenomsorg mot slutten.

Myk og fast: Terapeutens to hender

For å oppsummere litt underveis: For meg ser det ut som om Freud og Klein er på sporet av noe særdeles viktig idet de oppfordrer terapeuten til å sette til side egne menneskelige følelser. Det er samtidig et utsagn som umiddelbart kan virke underlig og kontraintuitivt i et fag der ens eget følelsesliv kanskje er det viktigste arbeidsredskapet. Vi har så sett på at man som terapeut må veksle mellom å delta i en levende interaksjon med pasienten der egne følelser i høy grad aktiveres, og en annen posisjon der vi trekker oss mer tilbake for å prøve å danne oss en oversikt.

For å komme nærmere det som for meg virker intuitivt riktig med Freuds kirurgmetafor, vil jeg gå veien om et bilde som Irma Brenman Pick anvender om analytikers oppgave, nemlig at vi må holde pasienten med to hender, én myk og én fast. Michael Brearley (2018) beskriver det slik:

Irma Brenman Pick has suggested that as psychoanalysts we need two hands: one to hold compassionately the needy suffering part of the patient; the other, to hold firmly and grapple with the destructiveness, the perversion, the hatred of life and of thinking and feeling. (s. xi)

Slik beskriver hun (Pick, 2018) selv disse to hendene:

Both features are in operation [ulike sider ved pasienten], and it is for this reason that I think it is always necessary to hold these patients, so to speak, with two hands; one ready to pick up how vulnerable and frightened they feel, and one firmly to recognise how dangerous they believe themselves to be, and how triumphant, as well as how desperate (s. 104-5)

Mitt inntrykk (Stokkeland, 2021) er at vi særlig strever med å ta i bruk den faste hånden, den som vennlig, saklig og uten å moralisere påpeker pasientens maktbruk, destruktivitet, forakt eller sadisme – følelser og impulser som ofte er rettet mot oss. Jeg tror en av grunnene til dette skyldes noe enkelt og menneskelig; at den delen av oss som er i varm og levende interaksjon med pasienten, delen der gjensidigheten rår grunnen – at denne delen ønsker å bli likt av pasienten. Vi ønsker små, eller gjerne store, tegn på at vi har pasientens gunst, at vi oppfattes som gode, snille og hjelpsomme. Disse grunnleggende menneskelige behovene kan dermed komme i veien for å hjelpe pasienten på et dypere plan. De kan komme til å hindre oss i å snakke sant om «det som er der» (Zachrisson, 1997), og dermed bidra til å øke pasientens håpløshet: «Når selv ikke terapeuten tør å snakke med meg om disse trøblete

følelsene og impulsene, selv om de står og skriker til oss i rommet, hvor monstrose må de ikke da være?»

Jeg tror det er noe av dette Freud og Klein er på sporet av, når de snakker om å sette sine egne følelser til side. Freuds bilde med kirurgen fører tankene til en som skjærer med en skarp kniv i levende kroppar så blodet spruter – med den hensikt å redde liv, øke førlighet og på sikt redusere smerte. På liknende måte kan terapeutens ord for pasienten i øyeblikket kanskje kjennes som en stikkende kniv, mens de på lang sikt forhåpentligvis kan virke helende. Michael Feldman (2018) har formidlet et bilde fra Betty Joseph: Forestill deg at du er en fotballkommentator som beskriver hva som foregår i kampen, f.eks.: «Der taklet midtstopperen spissen i knehøyde.» Som kommentator tar du ikke parti for ett av lagene, men prøver å skildre hva som hender så objektivt som mulig. Synnöve Wallin og Ylva Sabelström (2019) forteller om noe liknende i en tekst om Joseph. De gir et eksempel på hvordan denne holdningen gjorde det mulig for henne å snakke med pasientene om hva som foregår uten å vike unna: «Hennes förmåga att därför kunna säga till en av sina analysander "Jag tror att du vill döda mig" med en varm intresserad röst som om hon nästan lagt till ett "dear"» (s. 44).

Men hvordan vet vi dette? Hvordan vet vi at store doser besk sannhet

kan bli helende? Er det ikke en tid for alt? En viktig oppgave for terapeuten er å gjøre en vurdering av hva som vil være til hjelp for pasienten nå, og hva som bare vil oppfattes som anklager og kritikk. Jeg tror imidlertid at det ofte ikke er en slik vurdering som gjør at vi venter med å meddele pasienten ubehagelige sannheter, det er ofte ikke en overveielse over at dette er det for tidlig for pasienten å høre. Det er snarere noe i oss selv som ikke makter hverken å oppdage eller å sette ord på de følelser som er i spill. Denne motstanden i oss synes ofte motivert av behovet for å bli likt og å ha en god relasjon til pasienten, den styres av det i oss som er redd for å vekke pasientens motvilje og hat hvis vi oppdager og beskriver det som foregår. Og den påvirkes av vår uvilje mot å erkjenne eget hat og destruktive impulser rettet mot pasienten, noe som gjør det vanskeligere å formulere presise tolkninger. Frykten for å ødelegge båndet til pasienten kan da komme til å ødelegge muligheten for å etablere en dypere tillit. Det er som om sannheten ofres på vennlighetens alter.

Sannhet og vennlighet

Steiner (2016) er inne på forholdet mellom sannhet og vennlighet i en tekst om Henrik Ibsens *Vildanden*. I samtalen som fulgte foredraget (Steiner, 2014) som artikkelen har sitt utgangspunkt i, falt følgende ord:

«Kindness without truth is not really kind.» Og kanskje enda mer radikalt: «Truth without kindness is not really truth.» Lars Thorgaard siterte iblant, når han kom inn på dette temaet, fra et dikt av Emily Dickinson; «Tell the truth, but tell it slant.» I vurderingen som terapeuten gjør om hvorvidt ubehagelige sannheter kan mottas mer som hjelp enn som anklager, tror jeg det inngår en bedømming av om pasienten har gjort erfaringer med henne som har bidratt til en tro på at hun vil ham vel. Sagt med andre ord, at terapeuten er mer av et godt enn et ondt objekt i pasientens opplevelse. Eric Brenman (2006) skriver:

In the clinical situation, I stress that only a patient with some access to a good object relationship can make use of an interpretation of destructive propensities in a way that helps him/her in the struggle with love and hate. Without sufficient attachment to the good object relationship, interpretations of destructive propensities are experienced as superego reproaches, and as demands that the patient should be ideal and free of hatred (s. 96).

Hva med utsagnet: «Truth without kindness is not really truth»? Hvordan skal vi forstå det? For meg berører dette noe grunnleggende epistemologisk, og det har innebygd i seg en kritikk av hvordan vi ofte søker sannhet i vitenskapene med idealet om å

innta den posisjonen som filosofen Thomas Nagel (1986) kaller «the view from nowhere.» Det er på mange måter en slik instrumentell tilgang til sannhet Skjervheim (1957) problematiserte i *Deltagar og tilskodar*. Han knytter her an mot en bred kontinental tradisjon som bl.a. kommer til uttrykk hos Martin Heidegger når han i *Sein und Zeit* (1927, s. 439) siterer Augustin: Non intratur in veritatem nisi per caritatem. På norsk lyder det omtrent slik; man kan ikke nå sannheten uten gjennom kjærlighet. Samuel Coleridge er inne på det samme. I et essay om dikteren skriver filosof Dorothy Emmet:

(...) in writing of Pitt, Coleridge remarked that 'his sincerity had no living root of affection'; and again, that the searcher after truth must love and be beloved'. For the creative power of the mind depends in the last resort on a deep underlying state which Coleridge calls Joy. (hos Knights, 1979, s. 59)

I vår søken etter vitenskapelig objektivitet vegrer vi oss ofte mot å ta inn over oss tyngden i dette utsagnet; *the searcher after truth must love and be beloved*. Samtidig er det selvsagt ingen garanti for å nå sannheten, det at man elsker det man undersøker. Kjærlighet kan også gjøre blind. Våre gode ønsker for pasienten, koblet med egne ambisjoner om å være dyktige terapeuter, kan hindre oss fra en aksepterende holdning som

Zachrisson (1997) kaller *rom for det som er der*. La meg utdype det.

Rom for det som er der. Tillit. Frihet

Lars Thorgaard fortalte meg at han hadde tre usynlige skilt på kontoret sitt, hvorav det ene var «Husk overføringen!» De to andre var: «Tenk omvendt!» og «Ha det så komfortabelt som overhodet mulig!». Oppfordringen om å huske overføringen burde være overflødig, det er vel første bud for den psykoanalytisk orienterte terapeut? Likevel kjennes det som en nødvendig påminning. En nyttig variasjon av denne oppfordringen, er følgende spørsmål, som er inspirert av Paula Heimann (1956, s. 307) og Siri Gullestad og Bjørn Killingmo (2013, s. 156-7): «Hvem snakker til hvem nå?». Og: «Hvem snakker man slik til?». Amerikanske psykoanalytikere anvender ofte uttrykket «hidden in plain sight» (Levenson, 1987) om overføringen. Vi ser ikke skogen for bare trær. Overføringen er rett foran oss, men vi kan likevel være blinde for den i lange perioder. Hva er det som gjør oss blinde? Det er beskrevet en rekke faktorer både hos pasient og terapeut som bidrar til dette. Her har jeg et særlig blikk på terapeutens holdning, og det ligger nært å se det slik at vi nesten alltid ønsker oss friskere pasienter enn det mennesket som vi faktisk har foran oss nå. Bions (1967) oppfordring om ikke å legge fordringer på pasienten, synes nesten umulig

å leve opp til, det er så vanskelig å akseptere *det som er der*. Som Klein skrev:

If the urge to explore is coupled with an unflinching desire to ascertain the truth, no matter what this may be, *and anxiety does not interfere too much with it*, we should be able to note undisturbed what the patient's mind presents to us, irrespective even of the ultimate purpose of our work, namely, the cure of the patient. (min kursivering)

Men vår egen angst *blander* seg inn, angsten for det som er der. Et viktig bolværk mot denne angsten, er at terapeuten opparbeider seg en tillit til prosessen, det Bion (1970) kalte F (\approx faith). Jeg tror dette er en tillit hun dels må låne av veiledere og kolleger, og jeg synes det er dypt bekymringsfullt at vi har fått et arbeidsklima i store deler av psykisk helsevern i dag der frykten for å gjøre feil synes mer dominerende enn tilliten til og troen på at det hjelper å lytte til pasienter og å gi dem rom og tid.

Nært til fenomenene sannhet og tillit, ligger frihet. De tre er på en måte naboer. Donnel Stern (2015) har med begrepet *relational freedom* gitt meg et fjerde usynlig skilt på kontoret. Et skilt som kan hjelpe meg å reflektere over spørsmål som: Hva er det jeg ikke tør å innrømme for meg selv at jeg føler nå? Hva er det jeg ikke tør å si til pasienten? Hvilken type ufrihet har vi

kommet inn i? Hva skjer hvis jeg sier det likevel? Kan jeg si at det føles som om dette er noe vi ikke kan snakke om?

Selv om disse og liknende spørsmål kan være nyttige, hjelper de oss bare et stykke på vei. Problemet med motoverføringen er at den er ubevisst (Bion, 1980), vi er ofte ikke klar over de følelsene og handleimpulsene vi er kommet inn i. Veiledning kan hjelpe oss til å få øye på dette og bør kanskje være en del av det psykotераapeutiske arbeidet hele yrkeskarrieren.

Terapeutisk holdning i ulike settinger

Til nå i dette kapitlet har jeg tatt utgangspunkt i den individual-terapeutiske setting. Det er på tide å løfte blikket og reflektere over hvordan disse innsiktene fra den psykoanalytiske tradisjonen er et nødvendig grunnlag også i andre settinger, som i miljøterapeutisk arbeid på sengeposter, ambulante team eller i bofelleskap (Stokkeland, 2019). En klinisk vignett kan illustrere dette. Den er fiktiv for å sikre anonymitet, men bygger på inntrykk fra klinisk arbeid: Mette er innlagt på en akuttpost etter et alvorlig selvmordsforsøk. Hun strever med et langvarig og omfattende rusmisbruk. Mette har hatt en svært traumatisk oppvekst med foreldre som selv misbrukte rusmidler. De var ofte voldelige mot henne, mest verbalt i form av latterliggjøring og maktmisbruk. Omgangnsformen i familien var

preget av løgnaktighet. Mette vekker (heldigvis) mye medfølelse blant personalet på posten. Mange uttrykker at de føler sterkt med henne og håper hun kan få det bedre snart. Samtidig oppstår det fort en del vansker: Nesten daglig forekommer det episoder der Mette får trumfet gjennom diverse ønsker eller krav som man i ettertid ser at ikke var riktig å innvilge, at de ikke egentlig var til hjelp for henne. I team-veiledningen deltar de fleste som arbeider tett på pasienten, fra alle yrkesgrupper. Den ledes av veileder med lang psykoterapeutisk utdanning og man har satt av 1 ½ time skjermet tid (Stokkeland, 2019). I dagens veiledning er det flere av legene og sykepleierne som forteller at de føler seg dumme og urimelige hvis de sier nei til disse kravene. Det topper seg i en episode der Mette utagerer kraftig og er nødt til å beltelegges. Man blir (altfor) lenge stående rådvill, før Kari, en av de mest erfarne sykepleierne på posten, til slutt bryter lammelsen og trykker på alarmen. Også hun kan fortelle at det tok henne lang tid å komme til det som i ettertid opplagt var en rett beslutning for å beskytte Mette selv og personalet. I veiledningen grunner teamet over dette mønsteret med ikke å kunne sette nødvendige grenser overfor Mette, grenser som i ettertankens lys opplagt var beskyttende og ivaretagende. Kari forteller at hun har lurt på hvorfor hun nølte så lenge med å trykke på alarmen, og i mange andre settinger har følt seg dum og

snerpete om hun skulle ha sagt nei til Mettes krav. Veileder foreslår at Mette gjennom handlingsspråket (Klüwer, 1983) ubevisst har gitt den enkelte i teamet et glimt av hvordan hun selv ofte kan ha hatt det som liten; nemlig at noen presser seg over ens grenser, og at man føler seg dum og prippen om man prøver å si nei. Videre at det blir ytterst vanskelig når man er oppe i situasjonen å skille mellom hva som er sannhet og hva som er løgn. Disse refleksjonene ser ut til å være til hjelp for teamet i det videre arbeidet.

Eksemplet illustrerer hvordan terapeutisk holdning kan anvendes i en miljøterapeutisk setting. Man prøver å legge merke til hva man føler og hvordan man opptrer i interaksjonen med pasienten. Deretter tenker man over hvordan dette kan forstås. Hva sier dette samspillet om pasientens indre verden? Slik kan man forhåpentligvis vinne større empati både med pasienten og ens kolleger, samt etablere et friere handlingsrom i det terapeutiske arbeidet.

Noen vil kanskje tenke om denne lille kliniske vignetten, at dette kan da ikke være så vanskelig, det var da relativt opplagt hva som skjedde og hvordan det bør håndteres? Til det er å si, at det kan fortone seg helt annerledes når man står midt oppe i disse situasjonene. Det trengs tid sammen for å sortere ut og å tenke over hva som foregår. Og det trengs at de som skal gjøre dette tenkearbeidet har grundig

trening og utdanning, at man fortsetter å videreutdanne seg, og at man har god støtte fra ledelsen i alt dette. (Stokkeland, 2019).

Terapeutens velvære, eller mangel på sådan

Idet jeg husker tilbake til veiledningen med Eivind Haga, som nå ligger mange år tilbake i tid, så slår det meg hvor mye tid han brukte på å interessere seg for hvordan jeg hadde det som ung lege i psykiatrien. Fikk jeg nok tid til egen familie, til kjæreste og barn? Hadde jeg overskudd til trening og fritidsinteresser? Hadde jeg venner utenfor faget? I ettertid har det blitt tydeligere for meg at denne varme, levende interessen for meg og mitt liv, samtidig var en hjelp til å klare arbeidet som psykoterapeut; at jeg hadde gledeskilder utenfor jobben som gjorde meg mindre avhengig av behovet for pasientenes umiddelbare gunst. Vi husker Lars Thorgaards andre usynlige skilt: «Ha det så behagelig som overhodet mulig!» Også dette gode rådet kan jeg nå i ettertid se tydeligere at handler om terapeutisk holdning og muligheten for å kunne stå i den vanskelige balansen mellom asymmetri og gjensidighet. Frieda Fromm-Reichmann (1950) bruker de første førtifem sidene i sin populære lærebok *Principles of intensive psychotherapy* til å skrive om terapeutens situasjon, om nødvendigheten av å ivareta seg selv for å kunne fungere som analytiker.

Også Ella Freeman Sharpe (2000), i sine foredrag om teknikk fra midten av 1920-tallet, starter med å skrive om terapeuten. Klein (2017) kommer likeledes raskt til nødvendigheten av å unngå at analytikeren prøver å få makt over pasienten, opptre overlegent, forme ham i sitt bilde, imponere ham eller bli unnvikende. Og som jeg lovet å vende tilbake til; Freud (1912) skriver at det er nødvendig at analytikeren selv går i behandling for å kunne fungere som analytiker for andre. Betydningen av terapeutens personlighet når det gjelder om terapier blir virksomme, støttes også av den empiriske forskningen på området (se f.eks. Nissen-Lie et. al., 2013). Å være del av et faglig fellesskap der man støtter og veileder hverandre, er også nødvendig. Det blir derfor det femte usynlige skiltet på kontoret: «Ring en venn!».

Avslutning

Jeg har prøvd å vise at den lyttende innstilling er kjernen i den terapeutiske holdningen, og at det å lytte åpent ofte er mye vanskeligere enn det kan synes. Jeg har sett på faktorer som kan være hindre eller hjelp til å bli mer mottagelig. Selv om jeg ikke har anvendt ordene nøytralitet og abstinens, kan man kanskje si at deler av teksten har vært et forsøk på å gi liv til disse en gang så hederskronede begrepene, begreper som i de senere år har vært under hard, og nødvendig, kritikk (Zachrisson, 2008; Våpenstad,

2012). Det er kanskje særlig *terapeutens* abstinens jeg har prøvd å se på, den ensomheten som følger med yrket, og som eksisterer side om side med intens og levende kontakt med pasientene. Selv om det terapeutiske arbeidet ofte er svært givende og utviklende for terapeuten, må det finnes andre kilder i terapeutens liv som dekker nødvendige behov for kjærlighet, varme og anerkjennelse. Dette er helt innlysende sannheter, men de trengs å holdes levende.

Jon Morgan Stokkeland
Utdanningsansvarlig overlege ved
Stavanger Universitetssykehus
jon.stokkeland@lyse.net



Referanser

Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. In E. B. Spillius (red.) (1988) *Melanie Klein Today*, Vol. II, London: Routledge, s. 17-21.

Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Maresfield Reprints.

Bion, W. R. (1980). *Bion in New York and São Paulo*. (F. Bion, red.) Perthshire: Clunie Press

Brearley, M. (2018). Foreword, i Pick (2018).

Brenman, E. (2006). *Recovery of the lost good object*. (G. F. Spoto, red.) Hove & New York: Routledge.

Bromberg, P. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Feldman, M. (2018). Klinisk konferanse, London.

Freud, S. (1912). Råd til lægen ved den psykoanalytiske behandling. I O. A. Olsen & S. Kjøppe (red.) (1992) *Sigmund Freud: Afhandlinger om behandlingsteknik*. (H. Stokholm, overs.) København: Hans Reitzels Forlag.

Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Goleman, D. (1985). Freud's mind. New details revealed in documents. *New York Times*, Nov 12.

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

Heimann, P. (1956). Dynamics of transference interpretations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37:303-310

Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. (L. Holm-Hansen, overs.) Oslo: Pax. (Originalt verk publisert 1927)

Klein, M. (2017). *Lectures on technique by Melanie Klein. Edited with critical review by John Steiner*. London & New York: Routledge

Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche – Z Psychoanal.*, 37 (9): 828-840.

- Knights, L. C. (1979). *'Hamlet' and other Shakespearean essays*. Cambridge, London & Melbourne: Cambridge University Press
- Levenson, E. A. (1987). The purloined self. *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatr.*, 15(4):481-490
- Meltzer, D. (1973). *Sexual states of mind*. Perthshire: Clunie Press.
- Nagel, T. (1986). *The view from nowhere*. New York & Oxford: Oxford University Press
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2013). The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 483–495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>
- Pick, I. B. (2018). *Authenticity in the psychoanalytic encounter. The work of Irma Brenman Pick*. (M. F. Davids & N. Shavit, red.) Oxford & New York: Routledge
- Schafer, R. (1983) *The analytic attitude*. New York: Basic Books
- Sharpe, E. F. (2000). *Mistress of her own thoughts. Ella Freeman Sharpe and the practice of psychoanalysis*. (M. Wheelan, red.) London: Rebus Press
- Skjervheim, H. (1957). Deltakar og tilskodar. I Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Johan Grundt Tanums Forlag.
- Steiner, J. (2014). Foredrag. West Lodge Conference.
- Steiner, J. (2015). Meeting John Steiner: Encounters through generations. Inst. Psa. UK Proj. Videostream, 1 (1): 8. PEP WEB
- Steiner, J. (2016). Illusion, disillusion, and irony in psychoanalysis. *Psychoanal. Q.*, 85(2):427-447
- Stern, D. (2015). *Relational freedom: Emergent properties of the interpersonal field*. New York: Routledge.
- Stokkeland, J. M. (2019). Psykoanalyse på lukket avdeling? Psykoterapiveiledning på sykehus. s. 76-88 i Stänicke, Strømme, Kristiansen & Stänicke (red.) (2019). *Klinisk tenkning og psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal
- Stokkeland, J. M. (2021). Der jeg ikke vil gå. Om det vanskelige ved å oppdage og tolke negativ overføring. *Bulletin for institutt for psykoterapi*, 2021 nr.1.
- Våpenstad, E. V. (2012). A temperate presence. The meaning of subjectivity and neutrality in classical and contemporary psychoanalysis. *Scand. Psychoanal. Rev.* (2012) 35, 82-93
- Zachrisson, A. (1997). Terapeutisk holdning. I Gullestad & Theophilakis (red.) (1997). *En umulig profesjon? Om opplæring i intensiv dynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Zachrisson, A. (2008). Neutrality, tenderness and the analyst's subjectivity: Reflections on the analytic relationship. *Scand. Psychoanal. Rev.* 32 (2), 86-94
- Wallin, S. & Sabelström, Y. (2019). Handledning med Betty Joseph. *Matrix*, 2019, 35-45.