

# Speiling som nedbrytende eller helende erfaring i terapi

av Leif Jonny Mandelid



*Do I contradict myself?  
Very well, then I contradict myself;  
I am large – I contain multitudes.*

Walt Whitman

## Innledning: Flukten fra eget liv, og tilbakevending

Det relasjonelle samspillet i psykoterapi innebærer bekreftelse og avkreftelse av elementer i hjelpsøkerens og terapeutens roller og identitet gjennom speilende mikrohendelser over tid. Hjelpsøkeren kommer ofte med en vond fortelling. Den terapeutiske prosessen bør ideelt sett bidra til at denne fortellingen ikke repeteres og forsterkes, men transformeres til en mindre vond eller bedre fortelling som blir lettere å leve med. Den bør også bli til en fortelling basert på bekreftelse av faktiske positive heller enn ønskede aspekter ved hjelpsøkerens liv. Forkastelse av den ikke-psykotiske delen av bevisstheten, eller real-jeget, og flukt inn i et ideal-jeg eller en annen form for psykisk tilfluktsrom (retreat) avskåret fra en felles ytre virkelighet er et velkjent fenomen ved alvorlige

psykiske lidelser (Steiner, 1993). En synliggjøring av akseptable og ikke traumatisk aspekter ved hjelpsøkerens real-jeg kan motvirke en patologisk sammensmelting av ideal-jeget og real-jeget (Kernberg, 1985). Bekreftelsen bør valideres gjennom dialog og intersubjektiv konsensus, slik at hjelpsøkerens fortelling blir tilstrekkelig forankret i en ytre virkelighet i form av felles forståelse, eller common sense. Hvis ikke det skjer vil faren for hjelpsøkerens forkastelse av sitt eget real-jeg øke. Andres avvisning av hjelpsøkerens selvopplevte rolle eller fortelling vil ofte øke, fordi den ikke er bygd på felles forståelse og aksept. Hvordan terapeuten fungerer som speil får dermed en sentral plass i forståelsen av hvordan det terapeutiske møtet kan motvirke ytterligere fremmedgjøring og bidra til heling og myndiggjøring hos hjelpsøkeren.

Betydningen av helende speiling er størst der hvor den hjelpsøkende i utgangspunktet har en utydelig, negativt ladet eller megaloman selvopplevelse og dermed enten er for avstengt eller for åpen for andres speiling og definerings. Det dreier seg om alvorlige selvforstyrrelser og identitetsforstyr-

relser hvor faren for at den personlige fortellingen kapres og dikteres av andre er aller størst. Hvordan terapeutisk speiling bør foregå krever dermed stor fintfølelse og respekt for den hjelpsøkendes personlige integritet. Det er ikke snakk om å forme den hjelpsøkende i terapeutens bilde, men å synliggjøre vedkommende ut fra personens egne forutsetninger så langt det lar seg gjøre. Som vi vil se nedenfor er dette imidlertid alltid relativt ettersom speilingen i stor grad skjer via språk og kultur. Denne artikkelen er ikke ment som omfattende gjennomgang av litteratur rundt fenomenet speiling i terapi, men løfter frem et utvalg tekster og tanker som grunnlag for egen terapeutiske praksis.

## **Historisk psykoterapeutisk bakteppe**

Allerede psykiatriens og moralsk behandlings stamfar Pinel (1962) understreket viktigheten av å oppdage og synliggjøre den friske delen av personen, som et brohode å nærme seg galskapen fra. Flere av psykoanalysens pionérer vektla den terapeutiske effekten av at analytikerens fikk en allianse med og styrking av den ikke-psykotiske delen av pasientens person (Federn, 1955; Fromm-Reichmann, 1950; Rosenfeld, 1965).

Senere er det vokst frem teorier om at terapeuten selv noen ganger må representere et ikke-psykotisk aspekt ved pasientens selvregulering og tenkning, inntil pasienten selv kan internalisere evne til affektregulering og tenkning innenfor et felles språk (Bion, 1991; Ferro, 2009). En tenker at dette foregår ved å fungere som kontainer, hjelpe-ego eller såkalt selvobjekt for pasienten. Pasienten har ofte søkt tilflukt fra en truende ytre realitet i et såkalt psykisk tilfluktsrom (Steiner, 1993). I slike situasjoner er det avgjørende at terapeuten på den ene siden forstår pasientens behov for å søke tilflukt fra en truende ytre realitet eller det forkastede real-jeget sitt, uten samtidig å gå i allianse med pasientens ideal-jeg. Terapeuten kan heller tilby seg som et mulig jeg-ideal: en person med både styrker og begrensninger i stand til å holde ut det å ikke vite og å sørge. Ideal-jeget er preget av magisk tenkning som trues av handling og tenkning som ugyldiggjør det imaginære ved omnipotensen og leder personens bevissthet i kontakt med et forkastet real-jeg. Den terapeutiske muligheten ligger da i pasientens levde erfaring av å bli speilet, godtatt og akseptert som real-jeg på godt og vondt. En slik speiling kan virke både gjennom utenomverbal, tydelig aksept og en eksplisitt speiling av pasienten i konkrete jeg-positionsjoner og roller som ikke er druknet i kaos eller iboende aspekter ved psyko-sens imaginære eller magiske tenkning. (Lysaker & Lysaker, 2008).

Innenfor de senere års recoverytenkning fremheves også nødvendigheten av at den friske delen av personen speiles og utvides på bekostning av den syke delen, både som et tilfluktssted fra den syke delen, men også som et brohode til å forholde seg til den (Davidson, 2003; Topor, 2006). Hvorvidt pasienten speiles i et snevert og sykeliggjørende rolltilfang som pasient i en klinikk, eller et videre og myndiggjørende rolletilfang som for eksempel elev på en skole og andre roller i nettverk utenfor klinikken, har også betydning for tilfriskning.

## **Meg selv som den andre: selvpplevelsens opphav og struktur**

Vi er ikke født med evne til å regulere oss selv følelsesmessig, oppfatningen av hvem vi er eller vårt egenverd. Våre omsorgsfigurer viderefører et emosjonelt klima, kultur og språk som regulerer og strukturerer opplevelsen av verden og oss selv. Etter hvert utvikles gradvis emosjonell selvregulering og språklige begreper om oss selv og andre (Winnicott, 1987; Schore, 2012). Ricoeur (1992) belyser hvordan jeg kun kan kjenne meg selv som den andre. Vi er i utgangspunktet en samsende organisme som via den andres kultur og språk over tid blir tildelt navn, identitet og en plass i verden. Vår psykologiske fødsel foregår langt senere enn den biologiske. Det tar

lang tid å utvikle et førstepersonsperspektiv og en indre omsorgsfigur som kan overta etter den ytre: separasjon i form av en fysisk kropp må følges ad av individuasjon via internalisering av en indre mor som gir trygghet i den ytre morens fravær (Mahler et al., 1973).

Lacan (1989) var særlig opptatt av det han kalte speilingsstadiet hvor vi etablerer opplevelsen av et ego gjennom en grunnleggende fremmedgjøring fra det subjektet vi er og aldri helt kan fange eller kategorisere ved hjelp av symboler. Vi er ikke født med noe navn, men kommer til det gjennom å bli døpt av den andre. Vi tildeles en familiær, kulturell og språklig plass som representerer en ytre virkelighet med krav om innordning under et felles språk. Språket representerer en symbolsk orden, eller common sense, som setter grenser for hva vi får lov å kalle oss og å gjøre. Det finnes ingen reell, kun innbilt eller imaginær frihet utenfor loven som språkets eller samfunnets regler. Loven introduseres ifølge Lacan ved at mor viser oss «Farens navn» og dermed begrenser vår tilgang til henne. Dette er verken den biologiske eller konkrete farspersonen, men den mytiske «urfaren» som «kastrerer» oss i henhold til incestforbudet ved å kreve at vi underordner oss som subjekter i det symbolbårne språket som realitetsbærende lov. Denne loven begrenser vår tilgang til alt vi begjærer gjennom

kravet om at vi innordner oss under incestforbudet. Kastrasjonen innebærer å måtte leve med en mangel på tilgang på alt, altså oppgivelse av omnipotens og magisk tenkning: lystprinsippet underordnes realitetsprinsippet. Slik tar vi i en viss grad, men aldri helt inn over oss vår endelighet: at vi må begrense oss, dele og sørge. For lystprinsippet lar seg ikke utradere og plager oss hele livet i form av urealiserbart begjær. Det gjenstår en uutslettelig frustrasjon vis a vis realitetene i dypet av oss selv, mot smerte og begrensninger. Skjer ikke kastrasjonen vedvarer vi som en subjektivitet uten et ekte, eller tilskrevet navn. Vi finner ikke vår plass som subjekt og mye av det vi er vil forbli noe ytre, fremmed og truende for oss. Dette er ifølge Lacan (1993) selve realitetsbristens, psykosens, struktur. Vi forblir sansende i forhold til en kropp vi ikke har begrep om som vår egen og kan utvikle imaginære forståelser av oss selv og verden som ikke deles av andre gjennom symbolisering. Vi får ikke lov å døpe oss selv.

Laing (1961) beskriver hvordan andres manglende eller narsissistiske speiling i verste fall kan føre til det han kaller *ontologisk utrygghet*. Det vil si utrygghet i opplevelsen av egen væren eller eksistens. Enten fordi vi ikke har blitt sett eller i for stor grad søker å tilfredsstillte den andres begjær. Jeg vil her tillate meg å tilføye at slik utrygghet kan anta minst to

ulike grunnformer. Den mest grunnleggende og minst strukturerte kan kanskje kalles *ontologisk krise*. Den andre og mer fast strukturerte kan vi kalle *ontologisk konflikt*. Ontologisk krise kjennetegnes av en fragmentert, kaotisk og uklar selvopplevelse slik en ser den ved grunnleggende selvforstyrrelser eller de alvorligste formene for schizofreni: en type fravær av noen tydelig eller samlet værenslære om en selv. Ontologisk konflikt ses mer som en strukturelt fastere og mer logisk, men privat oppbygd og imaginær værenslære om en selv. Problemet er da at personens definisjon og fortelling om seg selv ikke er godkjent av andre og dermed faller inn under det imaginære og utenfor det symbolske i Lacans forstand. Personen gis ikke lov av andre å være den han sier at han er. Dette medfører mellommenneskelig konflikt rundt hva som skal regnes som virkelig eller sant, hvem personen «egentlig» er, slik vi for eksempel kan se det ved tilstander som kalles paranoid psykose eller schizofreni. Ved speiling uten bekrefteelse av personens individualitet forfaller personens eksistens til normopati og jeget utviskes i et «man». Innordner ikke individet seg i tilstrekkelig grad kollektivet forfaller dets eksistens til «idioti»: en enestående som ikke er tilstrekkelig forankret i common sense, og som ikke har forstått noe vesentlig. Vi ser konturene av den konvensjonelle aparatniken på den ene siden og den eksentriske

eneboeren på den andre. Begge posisjoner truer eksistensen som selvstendig medborger i samfunnet.

## **Selvopplevelsens affektive valør: selvaksept eller negativ selvforkastelse**

Ovenfor har jeg beskrevet strukturelle aspekter ved selvopplevelsen som tilskrevet utenfra og mer eller mindre forankret i en felles forståelse med andre. Et annet og iboende aspekt ved selvopplevelsen er dens emosjonelle valør, eller i hvilken grad den er positivt eller negativt ladet, akseptert eller forkastet. Hvorvidt personen opplever å ha en positiv eller negativ selvfølelse oppstår også via speiling i andre. Møter i relasjoner preget av implisitt eller eksplisitt aksept, inklusjon, anerkjennelse og respekt bidrar til positivt ladet selvfølelse og selvaksept. Møter i relasjoner preget av implisitt eller eksplisitt vold, avvising, manglende respekt, devaluering eller usynliggjøring, bidrar til negativt ladet eller utydelig selvfølelse. med fare for aktiv selvforkastelse eller passiv opplevelse av å ikke være til. Selvforkastelsen kan ta mange former, fra milde til ekstreme. For eksempel ønskeoppfyllende drøm, dagdrøm, rus, psykose eller i verste fall selvmord. Personen holder ikke ut å leve sitt eget liv slik det er og vil på ulike vis søke å unnsnippe tyngden av sin egen eksistens gjennom å drømme

seg bort, ruse seg, søke tilflukt i en mer ønsket identitet eller gjøre det av med seg. Personen kan bli fanget i et kaotisk og bisart opplevelsesunivers som følge av manglende hjelp til symbolisering av sansemessige og kroppslige inntrykk, slik at disse forblir fremmedelementer utenfor opplevelsen av egen subjektivitet. En konsekvens av radikalt fravær av speiling kan være opplevelsen av null-eksistens eller å forsvinne i det tomme rom.

## **Relasjonen til den andre som helende eller nedbrytende spill**

Mennesker kan både bli brutt ned og bygd opp i relasjoner til andre. Forholdene som er beskrevet ovenfor utspiller seg kontinuerlig i alle mellommenneskelige møter, både reelle og innbilte. Det skjer så vel i møter i hverdagslivet som i terapi. I terapi settes det søkelys på konsekvensene av relasjonens kvaliteter for selvopplevelse, selvaksept og felles forståelse. Gjentatte nedbrytende og helende aspekter ved møtet skjer fortløpende i små mikrohendelser: øyeblikk preget av omsorg eller omsorgssvikt, aksept eller avvising, forståelse eller misforståelse. Dette viser seg ikke bare gjennom det talte ord, men gjennom kvaliteten på budskapet i en total kommunikasjon, både verbal og nonverbal. I verste fall blir slike møter en repetisjon og bekreftelse av en

negativt ladet mellommenneskelig erfaring og identitet. I beste fall blir det en helende og vekstfremmende korrektiv emosjonell erfaring (Alexander & French, 1946). I terapi søker vi å akkumulere en overvekt av helende mikrohendelser. Den samlede verdien av disse over tid har trolig større helende kraft enn enkeltstående psykodynamiske tolkninger eller kognitive reformuleringer. Trolig utgjør et overveiende positivt emosjonelt klima i relasjonen det største terapeutiske eller helende potensialet, både i seg selv og som bærende element for verbaliserte og kognitive intervensjoner (Schore, 2012).

## **Speiling av hele personen som grunnlag for tilfriskning**

Mange forskere har satt søkelys på den nedbrytende og sykeliggjørende konsekvensen av å bli tildelt og fanget i en snever rolle som syk eller pasient (Goffman, 1963) og motsatt: det helende potensialet i å bli speilet i et bredere rollespekter (Davidson, 2003). Hvis en person blir ensidig speilet i rollen som syk og hjelpeløs kan det bidra til selvstigmatisering og undergraving av rollen som agent i eget liv gjennom opplevelser av manglende verdighet, avmakt og svekket handlekraft. Dette kan bidra til et negativt selvbilde preget av apati, håpløshet og svekket håp om en levelig fremtid. Speiling i et bredere rollespekter

vil kunne bidra til en helere og mer realistisk selvoppfatning. Slik speiling kan være implisitt ved at møtet finner sted på arenaer utenfor klinikk og konsultasjonsrom, hvor aktørens roller endrer karakter. For eksempel når terapeuten er hjemme hos pasienten og pasienten er vert og terapeuten gjest. Samhandlingen foregår bokstavelig talt på vertens premisser og det forventes at gjesten viser nødvendig ydmykhet som gjest og anerkjennelse av verten som vert (Derrida & Dufourmantelle, 2000). Mer spesifikt ved at terapeuten anerkjenner pasienten som sin læremester når pasienten gjør terapeuten oppmerksom på noe terapeuten ikke viste eller kunne fra før. Det kan være siste nytt, en bestemt type kaffe eller kjennskap til en forfatter under et kafebesøk i ingenmannsland. Det innebærer en type byttehandel preget av å ta og gi som skaper mer likeverd og kongruens i relasjonen. På den ene siden synliggjøres terapeutens respekt, ydmykhet og menneskelige begrensninger. På den andre side oppjusteres pasientens opplevelse av å være bidragsyter, ikke bare passiv mottaker, noe som virker styrkende på selvbilde, selvrespekt, håp, handlekraft og sosialt funksjonsnivå.

Lauveng (2016) sammenliknet to grupper personer med schizofrenidiagnose som var matchet på kjønn, alder, funksjonsnivå, symptomer, selvbilde og syn på fremtiden. Den ene gruppen

hadde rollestatus som pasienter i en klinikk. Den andre gruppen som elever i en skolesituasjon. Etter ett år viste elevgruppen mindre symptomer, betydelig bedret funksjonsnivå, selvbilde og syn på egen kompetanse og fremtidsmuligheter enn gruppen som kun hadde vært pasienter i en klinikk. Dette viser hvor viktig det kan være for personer med alvorlige psykiske lidelser å ha anledning til å delta og få bekreftelse på andre arenaer enn en klinikk, altså bli speilet i et bredere rollespekter.

## **Relativ og absolutt annerledeshet: to sider av samme sak**

Ulikheter oss mennesker imellom kan være av både kvantitativ og kvalitativ art. Kvantitative forskjeller gir en mulighet for empati ved at de gir grunnlag for å forstå den andre ved å gå veien om oss selv: terapeuten kan forstå pasienten ved å gå i seg selv. Dette gjelder selv den mest uoverskridelige aleneheten som ligger i at ingen kan bli født, leve eller dø for andre enn seg selv. Den felles eksistensielle betingelsen som ligger i vår endelighet er samtidig vår uoverskridelige annerledeshet for hverandre. Det er som en sirkel hvor endene møtes. Rudimenter av autistens behov for absolutt forutsigbarhet i tilværelsen finnes igjen i vaner og angst for det ukjente hos dem som regnes som

normalt fungerende eller utviklet som forventet. Men skal såkalt normale få kontakt med slike dype nivåer i seg selv må de tåle ubehaget ved kontakt med egen angst for å forsvinne, kontrolltap, tap av andre og omgivelser de trenger for å føle seg trygge: evne å gi avkall på illusjonen om garantier det ikke er mulig for noen å oppnå. Det er denne trusselen og umulige strategier for å overkomme den vi ofte ser ved alvorlige psykiske lidelser i form av omnipotens og intoleranse for endelighet, tvil og sorg. Det er dødsdriftens forsøk på å stanse opplevelsen av at tiden går og trusselen om at vi nærmer oss en slutt. Paradoksalt innebærer det å bli en levende død av angst for å leve, gjennom et repetitivt livsmønster som forsvar mot opplevelse av forandring: en illusorisk stansing av tiden og at livet går sin gang.

Innenfor disse eksistensielle yttergrensene kan vi også si at mennesker med for eksempel en schizofrenidiagnose har noe felles med andre mennesker med samme diagnose. For eksempel positive og negative symptomer i større eller mindre omfang. De har også noe felles med andre mennesker som er rammet av en lidelse eller funksjonshemming, som medfører at de må leve med begrensninger av normalt forventet livsførsel over kortere eller lengre tid. Det kan for eksempel gjelde utholdenheten og tålmodigheten som kreves av det å være pasient, ta medisiner eller ikke

kunne ha et normalt forventet familie- eller arbeidsliv. Sist, men ikke minst har de noe felles med alle andre mennesker. For eksempel behov for kjærlighet, tilhørighet, trygghet, respekt og bli regnet med og bekreftet som bidragsyter i et menneskelig felleskap. Til sammen utgjør dette et bakteppe vi ikke må overse i møtet med mennesker med alvorlige psykiske lidelser: de er radikalt alene og radikalt avhengige av andre mennesker, slik vi alle er. Samtidig er de akkurat like forskjellige seg imellom som vi alle er.

Mennesker blir ikke kloninger av hverandre ved at andre setter samme diagnose på dem. Får å se seg selv tydeligere og for å klare å bære byrden av sin egen eksistens trenger de derfor å bli speilet i full bredde: som pasient, medmenneske og individ.

## **Psykosens, eksistensen og biografien**

I boken *Sindssygdrom og psykologi* gjør også Foucault (2005) en tredeling som kan hjelpe oss å se vesentlige nyanser i oppfatningen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. I kapittelet om psykosens vesen tar han for seg at psykosens ikke bare innebærer tap eller bortfall av noe, men også medfører at noe vokser frem eller kommer til: kompensatoriske strategier og tanke-systemer som fungerer som forsvar mot tapte eller

forkastede aspekter ved selvet. Fordi disse har sin funksjon som beskyttelse mot kaos, angst og skam kan det føles svært truende å gi avkall på dem igjen. Lars Thorgaard (personlig referanse) sa en gang at psykosens oppstår og vedvarer fordi alternativet oppleves verre for personen. Disse tankene minner igjen om Steiners forestillinger om psykiske tilfluktsrom. Foucault fastholder like fullt at selv hos den mest oppløste og vanskelig tilgjengelige som er langt unna en felles forståelse med andre vil der finnes en rest av såkalt fornuft eller felles forståelse det skal være mulig for andre å få kontakt med. Dette er selve psykoterapiens håp og mulighet: et sentralt poeng Pinel og andre pionérer innen moralsk behandling bestandig har understreket: ikke håp som ren ønsketenkning, men som en pasjon for det som er innenfor mulighetenes rekkevidde, slik Søren Kierkegaard formulerte det. Vi kommer oss ikke opp på taket eller videre gjennom pipedrømmer, men ved hjelp av en stige med trinn på. En stige uten trinn eller hvor det er for langt mellom trinnene duger heller ikke.

I kapittelet om sykdom og psykologi belyser Foucault begrensningene som ligger i bruken av psykologiske teorier, modeller og kategorier når vi skal prøve å forstå mennesker med psykiske lidelser. Det dreier seg nemlig om generiske og hypotetiske kategorier kommet frem gjennom



gruppedata eller terapeutiske kulturer: en type kunnskap som ikke er uvesentlig, men langt fra tilstrekkelig når den skal anvendes i på enkeltindivider. Denne kunnskapen representerer nemlig prekonseptualiseringer eller fordommer som kan forstyrre gangsynet vårt i møter som aldri har funnet sted før. Den kan komme imellom oss og det som åpner seg for oss i øyeblikkets møte med den enkelte pasienten som enestående individ. Det kan føre til at den andre ikke opplever seg sett eller hørt. Allerede Aristoteles gjorde oss oppmerksom på faren som ligger i at kunnskap ikke anvendes med klokskap: at kunnskapen ikke tilpasses den aktuelle situasjonens unike krav. Ingen av våre daglige møter i klinikken har funnet sted før og fremstår alltid som noe ukjent som kommer oss i møte. Derfor er det avgjørende at vi klarer å gå inn i slike øyeblikk med en nybegynners blick. Her ser vi et klart motsetningsforhold mellom tidens krav til effektivisering, standardisering og manualisering og det å ta seg tid til å åpne seg for, se og bli kjent med den enkelte.

I et kapittel om sykdommen og den individuelle historie viser Foucault til hvor grunnleggende det er å interessere seg for den enkeltes biografi, et poeng humanister som har forsøkt å forstå sinnslidende har konkludert med til alle tider. Jeg glemmer aldri pasienten som sa at han ville komme til neste time på en betingelse: at jeg

tok inn over meg at han ikke sto i noen av bøkene mine! Evner vi å speile den andres livshistorie i større bredde på godt og vondt øker vi sjansene til å bli valgt som fortrolig følgesvenn på veien videre. Vi er avhengige av å gjøre oss fortjent til denne sjansen, og den øker dersom vi stiller oss til disposisjon som åpne lyttere til den enkelte. Ikke minst dersom vi representerer lyttere som også hører og spiller positive aspekter ved den andres liv som av ulike grunner kan ha blitt oversett, glemt, forkastet eller ennå ikke har funnet ord. Det kan være aspekter ved personens liv og roller som har blitt usynliggjort gjennom samfunnets og psykiatriens ensidige speiling av personen som syk eller pasient. Det er vår utfordring å hjelpe pasienten til å låse seg selv ut igjen av den sykeliggjørende sosiale fellen som ensidig speiling av sykerollen utgjør. Ikke gjennom virkelighetsflukt, men gjennom å bli speilet på sin rettmessige plass i en felles virkelighet.

## Implisitt positiv speiling

Implisitt positiv speiling foregår ved at terapeuten eller miljøet rundt personen evner å fungere som et såkalt *fasiliterende miljø* (Winnicott, 1987) eller *psykobiologisk affektregulator* (Schore, 2012). Det vil si at møtet på et førverbalt og utenomspråklig plan utgjør et holdende miljø med en stemning preget av aksept, ro,

respekt, forutsigbarhet og varighet: emosjonelle kvaliteter som virker annerledes og korrigerende på pasientens ubevisste forventning knyttet til tidligere avvisning, utnyttelse, overgrep og generell mangel på respekt i møtet med andre. Gjøres disse forventningene til skamme vil automatiserte stressresponser som over- og underaktivering, dissosiasjon og konstant kortisolavsondring kunne avta. Skjer det, vil det etter hvert åpne seg et såkalt mulighetsvindu mellom over- og underaktivering som øker evnen til mer eksplisitt og kognitiv læring. Ved mer gunstig aktivering vil personen føle seg tilstrekkelig trygg, våken og konsentrert til å kunne ta inn nye og forhåpentligvis positive erfaringer i møtet med terapeuten og andre mennesker. Blant annet kan det gjelde mer eksplisitt speiling slik det vil bli omhandlet nedenfor.

Varige endringer på et dypt biokjemisk og nevronalt plan skjer ikke på mirakuløst vis i ett enkelt møte, men foregår gjennom en akkumulering av positive mikrohendelser i trygge og forutsigbare relasjoner over lengre tid. Dette innebærer også at brukere bør få anledning til å bli avhengige av behandlere i den tiden det tar å utvikle seg fra umoden avhengighet eller avvisning av avhengighet, via terapeutisk avhengighet til en moden og relativ avhengighet (Searles, 1961). Det vil si evne til å vise tilstrekkelig egenomsorg i kombinasjon med evne og

mulighet til å søke hjelp når det trengs. Mennesket overlever gjennom flokken, og forsøk på å leve selvtilstrekkelig uten avhengighet av andre undergraver både kroppslig og sosial eksistens.

## **Eksplisitt speiling i terapirelasjonen**

Et sentralt taktisk mål i terapiprosessen er en synliggjøring av at læring, og særlig positivt ladet læring, er en toveis prosess. Lykkes paret i det vil det gi en positiv atmosfære, gunstigere affektregulering og gjensidig interesse for hva den andre har å si. Begge samtalepartnerens selvbevissthet og selvaktelse styrkes, ettersom det er viktig for mennesker å ha noe å bidra med som er av verdi for andre: å kunne ta og gi nærer følelser av mestring og aksept. En unngår også den ydmykende og passiviserende konsekvensen av å være ensidig mottaker av andres «store» kunnskap og barmhjertighet. Å kunne gi noe eller bety noe positivt for den andre synliggjør pasienten som agent og aktiv bidragsyter til et menneskelig fellesskap. Her må vi som terapeuter også være oppmerksomme på fellene som ligger i at vi kan beruses av selvgodhet eller hykle en pliktmessig respektfull fasade og falsk ydmykhet. Slik mangel på ekte respekt vil undergrave og motvirke et terapeutisk prosjekt.

Ekte respekt betyr i praksis at jeg gir pasienten kreditt for alt jeg lærer, imponeres eller begeistres av det pasienten sier eller gjør. Dersom pasienten gjør meg klar over noe jeg ikke har kjennskap til, og det skjer hele tiden, gir jeg ham kreditt for det. Jeg sier noe slikt som at takket være pasienten har jeg lært noe nytt og blitt et litt klokere menneske. Dersom pasienten sier noe morsomt krediterer jeg ham for humoren hans. Dersom pasienten har gjennomlevd noe smertefullt eller vanskelig krediterer jeg pasienten for tålmodigheten og utholdenheten. Dette gjør jeg helt eksplisitt så sant jeg virkelig føler respekt og beundring. Jeg vil gå så langt som å si at i slike situasjoner er pasienten min mester.

Dersom dette derimot gjøres helt emosjonelt flatt og teknisk som lest ut fra en manual vil det virke oppkonstruert og falskt og virke imot sin hensikt, ettersom jeg da ville være inkongruent: kommunisere et manglende samsvar mellom ordene mine og det jeg ellers utstråler nonverbalt. Slikt gjør pasienten utrygg og forvirret med hensyn til hva terapeuten egentlig står for eller mener, noe som undergraver tilliten til terapeuten. Da er det bedre at terapeuten sier noe pasienten ikke liker. Det er ikke så farlig om pasienten blir sint på terapeuten, det er verre at tilliten brytes. Tillitsbrudd er vanskeligere å rette på enn forbigående frustrasjon.

## **Eksplisitt speiling av roller utenfor terapirelasjonen**

Benedetti (1987) definerer psykosepsykoterapi mer som *psykosyntese* enn psykoanalyse, altså en samlende heller enn en oppløsende prosess. Han ser terapeutens funksjon som et samlende speil for pasientens fragmenterte og kaotiske selvopplevelse. Det gjøres gjennom å ikke bare speile, men også syntetisere disse fragmentene til meningsbærende flater eller sammenhenger. I et egopsykologisk perspektiv vil det si å gi aktiv støtte til egos såkalte syntetiske funksjon (Nunberg, 1931). Lysaker & Lysaker (2008) snakker om speiling av ulike jeg- posisjoner og etablering av et såkalt dialogisk selv. Det vil si at terapeuten unngår fristelsen til å forme pasienten i sitt bilde ved å konstruere pasientens historie på bakgrunn av egne metapsykologiske konstrukt, men avventer, speiler og samler selv-aspekter som kommer frem gjennom pasientens egne ytringer. Disse vil i neste omgang knyttes til narrative episoder fra pasientens liv. Episodene kan så lenkes sammen til en type konsistent og mest mulig positivt ladet narrativ som vil være pasientens egen livshistorie. Parallelt med dette vil forhåpentligvis pasienten gjøre dialogen med terapeuten til en indre dialog med seg selv.

I min egen praksis har jeg gjort enkelte grep i tråd med ideen om eksplisitt speiling av pasientens faktiske roller i livet. Når en pasient kommer til kontoret mitt, kan jeg spørre hvordan han eller hun kom seg dit den dagen. Pasienten kan for eksempel si at hun tok bussen. Jeg kan spørre om han handler mat selv og han svarer at hun handler selv på REMA. Jeg spør om hun ser noe til andre folk om dagen og hun kan svare at hun av og til får besøk av sin mor eller sin bror. Har pasienten et kjæledyr kan jeg spørre om hvordan det går med for eksempel katten. Dersom vedkommende er opptatt av fotball eller har en moped kan jeg spørre om det. Det er sjelden det ikke lar seg gjøre å finne en type kjærlighetsobjekt som vedkommende bryr seg om. Det behøver ikke være andre mennesker, men gjerne dyr, gjenstander eller ideer: altså en eller annen form for interesse.

I neste omgang ber jeg om bekreftelser på om pasienten kan se seg selv som passasjer på bussen, kunde på butikken, datter, søster, matmor for katten eller interessert i mopeder. I den grad vedkommende bekrefter dette går jeg videre til å påstå at det ikke er noe sykt ved å være passasjer, kunde, datter, søster, matmor eller mopedfører. Deretter er jeg nysgjerrig på om pasienten kan være enig i at dette er sider av hans liv som strengt tatt ikke har noe med det å ha en psykisk lidelse eller å være pasient i en klinikk

eller hos en psykolog å gjøre. At det for meg også viser at vedkommende er en person som er langt mer enn en pasient eller en diagnose, men at det lett kan bli oversett eller glemt når det blir for mye snakk på det som har med den psykiske lidelsen å gjøre: for eksempel symptomer og funksjonsvikt. Jeg vil samtidig understreke at det som har med lidelsen å gjøre ikke bør bli oversett eller bagatellisert, men heller ikke innskrenke selvpålevelse ved å overskygge andre sider av vedkommende sitt liv. Det er vesentlig å skille nødvendige og iboende sider ved lidelsen fra sekundære og i prinsippet unødvendige konsekvenser av den, som for eksempel selvstigmatisering og opplevelser av verdiløshet og sosial marginalisering.

Hensikten med speiling av pasienten i et utvidet rolletilfang er å synliggjøre pasientens eksistens ut over det å ha en psykisk lidelse og fanget i rollen som syk og pasient. Talspersoner for recoveryperspektivet understreker betydningen for tilfriskning i møter noen som kan speile at pasienten er noe mer enn lidelsen sin. Det er avgjørende for å ha et brohode til å håndtere og bære lidelsen ut ifra, men også ha et sted i seg selv å flykte til fra sykdommen der det kan avlaste (Davidson, 2003). Fra mer akademisk psykologi vet vi at det også motvirker såkalt lært hjelpeløshet (Seligman, 1973).

## Fallgruver ved speiling

Speiling som terapeutisk strategi har en rekke fallgruver som det er viktig å være klar over for å unngå eller kunne reparere empatisk svikt. Ved de alvorligste psykiske lidelsene er personens symboliseringsevne noen ganger ikke tilstrekkelig utviklet til at pasient og terapeut behersker språkforståelse og hypotetisk tenkning på samme nivå. Da vil strategier som innebærer utenomverbal trygghetsskaping og affektregulering kunne ha best ønsket effekt. Hvordan ordene sies vil ha forrang for det semantiske innholdet. Skal en kunne arbeide med det semantiske og kognitive innholdet i kommunikasjonen i forbindelse med eksplisitt speiling i relasjonen eller andre roller er en avhengig av at pasienten opplever seg selv som et subjekt og tenker for egne tanker på et mer hypotetisk og semantisk nivå. På bakgrunn av dette kan det være en alvorlig empatisk svikt å ta for gitt at pasienten har en språkforståelse på nivå med det den terapeutiske strategien krever.

En annen fallgruve er at terapeuten bruker speiling defensivt til å unngå eller bagatellisere utfordringer knyttet til pasientens psykiske lidelse. Det vil kunne medføre en uhellig allianse med pasienten i det å benekte faktiske forhold ved symptomer og funksjonssvikt, som også må være tema i terapien dersom den ikke skal stagnere

i et gjensidig bedrag. Terapien er så måte ikke et enten- eller prosjekt, men et både- og prosjekt.

En tredje fallgruve ligger i at terapeuten prematurt kupper pasientens selvdefinering som forsvar mot egen angst for avmakt, kaos og forvirring. I stedet for å avvente og samle ytringer og selv-fragmenter fra pasienten kan terapeuten bruke egne teorier og modeller til å presentere et hypotetisk konstrukt som har mer status som fiksjon enn bekreftelse av pasienten.

Et siste problem er det grunnleggende spørsmålet hvorvidt en psykisk lidelse er noe et menneske *har* eller *er*. Dette forblir et uløst problem rent filosofisk, men en holdning hvor en betrakter den psykiske lidelsen som noe personen er rammet av åpner rent taktisk for å gjøre et skille mellom rollen som pasient og øvrige roller i personens liv, noe som synes å være et gunstigere utgangspunkt for å drive terapi.

## Avslutning: speilingens betydning for heling

I våre moderne vitenskapelige talemåter innen medisin og psykologi ligger en ofte uheldig avstandstaking til våre forgjengere av medisinmenn og shamaner. Dermed overser vi lett en tidløs arv som vi med hell kan bli oss mer bevisst og benytte oss av.

«God medisin» har fra tidenes morgen bestått av den best mulige kombinasjonen av urter og ritualer tilpasset behovene hos den enkelte som trenger hjelp. Den gang som nå ligger en helende kraft i et inderlig ønske fra medisinmannen om å kunne bidra med noe som hjelper, eller bringe den lidende «tilbake i skjønnheten», som en Navajo-medisinmann formulerte det. Motstykket til dette ønsket ligger i den hjelpsøkendes håp og tro på at medisinmannen har urter og ritualer som kan lindre eller kurere. Nyere psykoterapiforskning har dokumentert at slike shamanistiske aspekter forklarer en god del av resultatene i psykoterapi (Asay & Lambert, 2000).

Dette forutsetter god forståelse av hva vi legger i begrepet healing. Healing innebærer at noe ødelagt heles eller blir helt igjen, at personen blir den personen vedkommende har potensial i seg til å bli innenfor uoverskridelige eksistensielle begrensninger. For at det skal kunne skje må noe sunt eller funksjonelt tilføres det som ikke er friskt: selvoplevelsen må omfatte mer enn symptomer og funksjonssvikt og samtidig ta høyde for disse. I vår sammenheng innebærer dette blant annet at healing ikke kan finne sted dersom alt fokus er på symptomer og funksjonssvikt. Heller ikke dersom møtet med oss som helpere blir en repetisjon av tidligere relasjonelle traumer: mer av det samme innebærer fare for ytterligere innsykning. Det må tilføres

noe nytt som utgjør sunn motvekt til lidelsen: noe som kan bli et fundament å bære lidelsen med, reduserer dens relative omfang og i beste fall kan bli dominerende på bekostning av lidelsen. For eksempel levde erfaringer av gode møter med bekreftelse av real-jeget og speiling i full bredde som person med mange jeg-posisjoner og roller, ikke bare syk og pasient. Først da åpnes muligheten til å bli helere eller hel. Healing gir i beste fall en evne til å leve med arrene etter lidelsen på en måte som bringer personen i en eksistensiell posisjon hvor lidelsen er begrenset til noe vedkommende har eller har hatt, men ikke fullt ut er. Gadamer (1996) hevder i sin bok om helsens mysterium at medisin (og jeg vil tilføye psykologi) ikke bare er en helsevitenskap, men også en kunst som krever praktisk fornuft og personlig fortolkning. Det innebærer at vi må ta inn over oss grensene for en rent teknisk tilnærming til healing og stole på verdien av vår medmenneskelighet.

*Leif Jonny Mandelid*  
*Spesialist i klinisk psykologi*  
*Undervisningsleder SEPREP UPP*  
*leif.jonny.mandelid@seprep.no*



## Referanser

- Alexander, F., French, T. et al. (1946). The principle of corrective emotional experience. Kapittel 4 (s.66 – 70) i boken: Psychoanalytic psychotherapy: Principles and applications. New York. Ronald Press
- Asay, P. & Lambert, M. J. (2000). The empirical case for common factors. Kapittel 2 (s. 23 – 55) i boken The heart and soul of change: What works in therapy. Washington, D C. American Psychological Association
- Benedetti, G. (1987). Psychotherapy of schizophrenia. New York. New York University Press Learning from experience. London. Karnac
- Bion, W. R. (1991). Learning from experience. London. Karnac
- Davidson, L. (2003). Living outside mental illness. New York. New York University Press
- Derrida, J. & Dufourmantelle, A. (2000). Of hospitality. Stanford, California. Stanford University Press
- Federn, P. (1955). Ego psychology and the psychosis. New York. Basic Books
- Ferro, A. (2009). Technique and creativity in psychoanalysis. Hove. Routledge
- Foucault, M. (2005). Sindssygdom og psykologi. København. Hans Reitzels Forlag
- Fromm-Reichmann (1950). Principles of intensive psychotherapy. Chicago. The University of Chicago Press
- Gadamer, H. G. (1996). The enigma of health. The art of healing in a scientific age. Stanford, California. Stanford University Press
- Goffman, E. (1963). Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, N J. Prentice Hall
- Kernberg, O. (1985). Borderline conditions and pathological narcissism. New York. Jason Aronson
- Lacan, J. (1989). Écrits: a selection. Oxon. Routledge
- Lacan, J. (1993). The psychosis. London. Routledge
- Laing, R. D. (1961). Self and others. New York. Pantheon Books
- Lauveng, A. et al. (2016). Treating symptoms or assisting human development: can different environmental factors affect personal development for patients with severe mental illness? Int. J. Ment. Health Syst. 10: 8  
DOI 10.1186/s 13033-016-0041-2
- Lysaker, P. & Lysaker, J. (2008). Schizophrenia and the fate of the self. Oxford. Oxford University Press.
- Mahler, M. et al. (1973). The psychological birth of the human infant. New York. Basic Books
- Nunberg, H. (1931). The synthetic function of the ego. The International Journal of Psychoanalysis ,12, 123 – 140
- Pinel, P. (1962). A treatise on insanity. New York. Hafner Publishing Company
- Ricoeur, P. (1992). Oneself as another. Chicago. The University of Chicago Press

Rosenfeld, H. A. (1965). *Psychotic states. A psychoanalytic approach*. New York. International Universities Press

Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York. W W Norton & Company

Searles, H.F. (1961). Phases of patient-therapist interaction in the psychotherapy of chronic schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 169 – 193

Seligman, M. E. P. (1973). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 1, 407 – 412

Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats*. London. Routledge

Topor, A. (2006). *Hva hjelper?* Oslo. Kommuneforlaget

Winnicott, D. W. (1987). *The maturational processes and the facilitating environment*. London. The Hogarth Press