

**Skal vi forsøke å få tak i de ubevisste følelsene bak angsten, det depressive løknet,  
selvangrepene og tilbaketrekningen?**

Prinsipper for psykodiagnostikk og behandling av sammensatte lidelser ved hjelp av intensiv korttids  
dynamisk terapi (ISTDP).

Forfattere

Ivar W. Goksøyr

Lovisenberg DPS

Spångbergveien 25b

0853 Oslo

[Ivar.goksoyr@gmail.com](mailto:Ivar.goksoyr@gmail.com)

41106339

Spesialiteten i psykoterapi

Hilde W. Goksøyr

Nic Waals Institutt

Spångbergveien 25b

0853 Oslo

[walderhaug@hotmail.com](mailto:walderhaug@hotmail.com)

40478816

Spesialiteten i klinisk voksenpsykologi

## **Avgrensning**

Denne spesialistoppgaven søkes for den ene forfatteren, Ivar W. Goksøyr, godkjent som del av spesialiteten i psykoterapi, ny ordning. For den andre forfatteren, Hilde W. Goksøyr, søkes oppgaven godkjent som del av spesialiteten i klinisk voksenpsykologi, gammel ordning. For å vise at oppgaven tilfredsstillende kravene til begge disse spesialitetene viser vi under til hva de utfyllende bestemmelsene om hver av spesialitetene sier om det skriftlige arbeidet.

Foruten å vise til de felles, utfyllende bestemmelsene nevnes det i bestemmelsen for spesialiteten i psykoterapi at det skriftlige arbeidet «skal bygge på materiale fra egen psykoterapeutisk praksis. Her skal det fremgå hvordan psykologens egen refleksjon og intervensjon anvendes i dennes kliniske praksis», og i bestemmelsen for klinisk voksenpsykologi nevnes det at skriftlig arbeid skal “behandle problemstillinger fra praksisfeltet”.

I de utfyllende bestemmelsene for skriftlig arbeid som begge de to nevnte spesialitetene for øvrig viser til, fremgår at man blant annet kan velge et faglig arbeid, «fremstilling av et erfaringsmateriale, hvor formålet er mer å belyse et fenomen eller en arbeidsform enn å skulle besvare reiste spørsmål».

Videre er det i spesialistreglementet vist til ulike eksempler hva et slikt faglig arbeide *kan* inneholde. Det ene eksempelet som er gitt er følgende:

«Redegjørelse for psykologisk arbeid. Forfatteren redegjør for sin diagnostiske eller terapeutiske arbeidsprosess med en klient eller klientgruppe.»

Et annet eksempel er følgende:

«Modeller eller manualer for behandling. En modell eller manual for behandling er prøvd ut for én eller flere klienter. Erfaringer med arbeidsmåten og behov for individuell tilpasninger er drøftet»

For å tilfredsstillende kravene til skriftlig arbeid for begge spesialitetene velger vi en kombinasjon av disse to. På denne bakgrunn definerer vi formålet med denne oppgaven som følger:

*Å redegjøre for prinsipper for psykodiagnostikk og behandling av sammensatte lidelser ved hjelp av intensiv korttids psykodynamisk terapi (ISTDP).*

Videre presiserer vi at at begge forfatterne bruker denne metoden i daglig psykoterapeutisk praksis for et utvalg av pasienter.

Fremstillingen som gis bærer preg av vår kondenserte forståelse av metoden gjennom vår egen praksiserfaring, veiledning, kursdeltagelse og litteratur. Vi starter med en kort introduksjon før vi i oppgavens første del gir en innføring i hovedtrekkene ved den psykoterapeutiske modellen. I andre del redegjøres det for den psykodiagnostiske og behandlingsmessige prosessen med utgangspunkt i teorien. I tredje del illustreres sentrale behandlingsprinsipp med utgangspunkt i et tenkt kasus som ligger tett opptil faktiske erfarte kasus fra egen praksis. Vignettene herfra illustrerer hvordan vi reflekterer og intervensjonerer i vår egen kliniske praksis.

Vi vil også presisere at forut for implementering av metoden gjør vi standard formaldiagnostiske utredninger, og valg av metode skjer i henhold til krav om evidensbasert praksis og i samarbeid med pasienten, basert på dennes problematikk og preferanser. Således vil fremstillingen vise til vår psykodiagnostiske- og behandlingsmessige prosess i de forløpene hvor ISTDP brukes som valgt metode.

## Introduksjon

Andelen av pasienter som ikke responderer på behandling er beklagelig høy, særlig i naturalistiske studier med bedringsrater ned mot 20-35% (Hansen, Lambert & Forman, 2002). Tilbakefallsrater kan ligge på over 50% (Steinert et al., 2014). S sammensatte lidelser er regelen fremfor unntaket i den polikliniske behandlingshverdagen. Høy komorbiditet, ofte med en miks av personlighetsforstyrrelser og symptomidelser er også forbundet med behandlingsresistens, med dårligere prognose (omtrent dobbel resistensrate) også for behandling av selve symptomidelsen (Newton-Howes et al., 2014).

Som behandler kan det i det sammensatte bildet av symptomidelser og karakterforankrede plager være utfordrende å forstå, prioritere og avgjøre hvor mye man kan gjøre innenfor oftest begrensede behandlingsrammer. Det er behov for transdiagnostiske modeller som kan skape en helhetlig forståelse for felles underliggende psykopatologiske faktorer på tvers av diagnoser, og det er bred teoretisk enighet om at vansker med å forholde seg til og regulere emosjoner er en sentral felles underliggende faktor (se for eksempel Hagen et al., 2012; Schancke et al., 2013).

Karakterproblematikk hos pasienten kan i tillegg komplisere utviklingen av en effektiv arbeidsallianse, hvor defensive posisjoner som for eksempel emosjonell tilbakeholdenhet, føyelighet, trass, eksternalisering eller passivitet hindrer genuin kontakt og kan være en betydelig kilde til behandlingsresistens (Solbakken & Abbas, 2014).

Intensiv korttids psykodynamisk terapi (ISTDP) tilbyr et velutviklet intervensjonssystem for å overvinne slik behandlingsmotstand og arbeide systematisk med dårlig regulerte emosjonelle konflikter. Det er en integrativ, transdiagnostisk og dybdepsykologisk metode som i et økende antall studier på nettopp behandlingsresistente og komplekse tilstander har vist seg behandlings-, tids- og kostnadseffektiv i så vel polikliniske (Abbass, 2006; Abbass & Katzmann, 2013; Abbass, Town & Driessen, 2012; Town og Driessen, 2013) som i korttids-døgnbaserte tilbud (Solbakken & Abbass 2013; 2014; 2015; 2016).

Vi vil redegjøre for metodens psykodiagnostiske og behandlingsmessige prosess, med et særlig fokus på hvordan den gir et rammeverk for å skape en helhetlig forståelse for og behandling av tilsynelatende sprikende, men relaterte symptomer og karaktertrekk.

## **Del 1: Oversikt over ISTDP som behandlingsmetode**

### **Hva er ISTDP**

Fra et overordnet teoretisk perspektiv er ISTDP er en transdiagnostisk, responsdrevet og integrativ terapimodell. Modellen kan dels ses som en form for eksponering med responsprevensjon (ERP) hvor det eksponeres mot to beslektede forhold: Følelsesmessig nærhet til terapeuten og unngåtte følelseskonflikter. Kanskje enda viktigere enn rene eksponeringseffekter som desentisering, mindre bruk av problemskapende unngåelse (forsvar) og bedre tilgang på adaptiv affekt regnes potensialet for full mobilisering av pasientens iboende sunne kraft opp mot samtidige undertrykkende, livsbegrensende krefter for å kunne bryte gjennom til direkte, dyp prosessering av uløste emosjonelle konflikter som har virket drivende for pasientens plager og ofte selvstraffende behov.

Til dette formål har ISTDP utviklede algoritmer for timing og dosering av ulike intervensjoner basert på øyeblikksmessig pasientrespons, især gjennom avkodning av kroppslige signal om mobilisering av ubevisst angst knyttet til ubevisste følelseskonflikter. Dette signalsystemet har vist seg å muliggjøre trygg og effektiv intervensjon helt opp mot øvre terskel i pasientens toleransevidu for håndtering av underliggende angst og følelser.

Metoden føyer seg derav inn i rekken av metoder som integrerer emosjonsfokuserte og dynamiske perspektiver (Binder et al., 2013). Andre viktige kjennetegn er målrettethet og høy initial terapeutaktivitet, aktiv utfordring av maladaptive tanker (kognitiv terapi), oppmuntring til atferdsendring (atferdsterapi), aktiv bruk av overføringen, (psykodynamisk terapi) stor vekt på ikke dømmende øyeblikksmessig selvobservasjon (mindfulness) og en klar betoning av forhold som valg, vilje, frihet og ansvar (eksistensialistisk psykoterapi).

Mer intuitivt kan man si at terapeutens oppgave er å invitere pasientens underliggende følelser, helhjertet strekke seg mot personen som sitter fast i lidelse og gjennom oppmuntring til aktivt

samarbeid gjentablere kontakt med hva som ligger i kjernen av hans vesen: En sterk iboende trang til å få og gi kjærlighet, og en bevegelse mot vekst og helhet (humanistisk psykologi). Paradoksalt nok går ofte veien hit via prosessering av sterke negative følelser som hittil har blitt bundet opp mot selvet, som primitivt raseri med tilhørende skyldfølelse på grunn av samtidig kjærlighet (psykoanalytisk teori).

### **Historisk utvikling**

ISTDP ble først utviklet av den iransk-canadiske psykiateren og psykoanalytikeren Habib Davanloo. Han var en av dem som ikke var tilfreds med behandlingsresultatene ved hjelp av Freuds avventende og fortolkende teknikk, især hos personer med sammensatte og karakterfestede vansker med mye motstand. Han begynte med systematisk uttesting av nye teknikker for å øke det terapeutiske utbytte hos denne pasientgruppen. Gjennom prøving, feiling og nitidige videoanalyser av pasientenes mikro-responser på ulike sett av intervensjoner utviklet han etterhvert et system som gjorde det mulig å overvinne motstanden mye raskere og mer reliabelt og slik få en direkte tilgang til ubevisste følelseskonflikter.

Når motstanden var brutt ned og følelsene som hittil hadde ligget i konflikt brøt gjennom og erstattet forsvarene og angsten, så Davanloo noen klare fellestrekk i de underliggende følelseskonfliktene i en stor andel av pasientpopulasjonen. Basert på innholdet i disse, skisserte han sin metapsykologi for det ubevisste, eller teori om utvikling av psykopatologi.

### **Metapsykologien**

Når de grunnleggende tilknytningsbehovene frustreres eller traumatiseres gjennom oppveksten oppstår ikke bare tristhet over det uendelige tapet, som tapt eller blokkert kjærlighet er, med tilhørende savn og lengsler. Smerten det innebærer fører også til et umulig reaktivt raseri ovenfor kjærlighetsobjektet, som på grunn av den samtidige kjærligheten avler sterk skyldfølelse. Det er i denne emosjonelle skrustikken at nevrosene, ifølge ISTDP sin metapsykologi, formes.

Ikke sjelden blir sluttresultatet av slike indre konflikter ikke bare at det skjer en på sikt usunn tilpasning av selvbilde og atferd, hvor barnet ender med å tenke at det er seg selv det er noe galt med. På et annet plan skaper sinne mot omsorgsgiveren ubevisst skyldfølelse, som misbrukes til

selvstraffing og former for emosjonell distansering til sine egne følelser og til andre mennesker. Mens den bevisste opplevelsen av sinne og skyld fjernes, ser man ofte sterk angst i situasjoner hvor komplekse følelser nærmer seg, med selvdestruktive responser og ofte en patologisk, overbygget samvittighet hvor underliggende latent skyldfølelse manifesterer seg i en ubegrenset mengde dagligdagse situasjoner (Davanloo 1990).

### **Frustrerte tilknytningsbestrebelse/kjærlighetsbehov.**

Davanloo bruker begrepet «attachment trauma» som drivende for barnets følelseskonflikter hvor særlig skyldfølelse over sinne driver mer alvorlig og sammensatt patologiutforming.

Tilknytningstraumer defineres vidt, med forstyrrelser av etablering og opprettholdelse av båndet, hva man på norsk kunne kalle frustrerte tilknytningsbestrebelse, som det sentrale. Hos personer med høyere fungering, mindre motstand og mer avgrenset problematikk fant ikke Davanloo det samme mønsteret med ubevisst skyld over ubevisst raseri, men snarere undertrykte sorgreaksjoner og andre lettere følelseskonflikter. Underliggende skyldbefengt raseri viste seg i økende grad i saker med økende motstand, kompleksitet i symptomutforming og karakterplager.

Denne kunnskapen er med å sensitivere terapeuten for signal om at lignende konflikter er på vei. Det som guider terapeutens intervensjoner er dog ikke forhåndslagte svar, men ideen om at så lenge invitasjon til nær kontakt skaper angst og/eller motstand er det «noe» som er betent og som må holdes unna. Man arbeider mot et mål om fravær av angst og motstand, å kunne være sammen i de innerste tanker og dypeste følelser, og følger signalene fra pasienten. Man forventer generaliserte effekter hvor prosessering av de underliggende følelseskonfliktene fører til markant drop i ulik symptomutforming og defensiv organisering. Sagt på en annen måte: Når individets behov og følelser ikke lenger er betente, men integrerte, er det heller ikke noe igjen på innsiden som skaper angst eller driver unngåelse.

### **Konflikt- og persontriangelet**

I ISTDP brukes person- og konflikttriangelet (Malan,1995) som organiserende prinsipp for lytteperspektivet og intervensjonsfokus. Trianglene konseptualiserer det allmenne fenomenet hvor følelser og impulser som fremstod truende i tidlige tilknytningsrelasjoner skapte angst og drev

forsvar (unngåelse/tilpasning), og at dette mønsteret generaliseres til nåtidige relasjoner, inkludert til terapeuten, helt til bevisstgjøring og emosjonell bearbeidelse muliggjør integrasjon.

Når vi bruker begrepene følelser, angst og forsvar refererer disse ofte til helt eller delvis ubevisste prosesser, især i begynnelsen av behandlingen. Angst defineres i ISTDP som aktivering av det biologiske frykt-systemet trigget av et indre stimuli og er i tråd med Freud (1926) sin andre angstteori hvor angst grunnleggende varsler om fare for å miste båndet til kjærlighetsobjektet.

Fredrickson (2013) definerer forsvar som måter vi motstår virkeligheten og våre følelsesmessige reaksjoner på den på. Følelser kan unngås ved hjelp av maladaptive tanker (kognitiv terapi), atferd (atferdsterapi), relasjonelle mønstre (psykodynamisk-, kognitiv- og atferdsterapi) eller gjennom uoppmerksomhet (mindfulness). I noen tilfeller kan det gi mening å tenke at en hel karakter har blitt designet for å holde visse aspekter ved følelseslivet på avstand. Om vi ikke forholder oss til virkeligheten kan vi heller ikke håndtere virkeligheten. Vi mister kontakten med livet og oss selv. Om vi unngår følelsene våre gjennom selvkritiske tanker blir vi deprimerte, gjennom unnvikende atferd ødelegges relasjonene (Fredrickson, 2013).

Forsvaret vil i mange tilfeller være adaptivt for å sikre den opprinnelige relasjonen, men det truende elementet kan også være et resultat av barnets upresise meningsskapning eller fantasier. Uansett er mønsteret maladaptivt når det generaliseres. En overordnet tanke om hva som er terapeutisk er for pasienten å “komme til bunns i begge triangler” (Malan, 1995) det vil si en direkte prosessering av de konfliktfylte følelsene, i den opprinnelige, formende relasjonen. Eller om man skal si det med Neborsky (2006): Å føle fortidige følelser i nåtiden. Når følelsene oppleves svekkes den forbundne angsten og derav det som driver unngåelsen/forsvaret, og slik frigjøres pasienten fra de nevrotiske bindingene.

Målet er grunnleggende endring av de strukturene som skaper såvel symptom som karakterplager og oppnå full symptomremisjon og karakterendringer hvor maladaptive mønstre erstattes av sunne måter å forholde seg til seg selv og andre.



## **Hovedprinsippet: Allianse versus motstand**

I tillegg til konflikt mellom motstridende følelser og mellom angst og følelser forutsettes en konflikt mellom en sunn og en undertrykkende side i pasienten (Kuhn, 2014). En del som ønsker frigjøring, og en annen som utfra angst, og ofte skyld, holder tilbake. Pasienter kommer til terapi med bevisst håp og ønsker om endring. Utsagn om at pasienten mangler motivasjon eller ikke har tilstrekkelig motivasjon fremstår innen denne tenkningen som i beste fall høyst upresise. Så lenge pasienten er i rommet av egen frie vilje, er der en sunn del med motivasjon for endring. Utfordringen er den samtidige motstanden (for eksempel i form av trass, passivitet, føyelighet, ekternalisering etc.) som ofte opererer helt eller delvis ubevisst. Motstand defineres her som bruken av forsvar i den terapeutiske situasjonen (Davanloo, 2000).

Graden av motstand ser ut til å henge sammen med en rekke faktorer som underliggende intensitet i konfliktfylte følelser, totalt symptomtrykk, grad av karakterforankrede vansker og grad av selvdestruktivitet/masochisme (Davanloo, 2005).

I ISTDP tenker man at terapeutens jobb oppsummert er å tippe maktbalansen mellom pasientens sunne side og pasientens motstand i favør av den sunne siden. I korte trekk gjelder det å skape en intrapsykisk konflikt i pasienten mellom de to kreftene, hjelpe pasienten til å se kostnadene av motstanden og vende seg mot den, både gjennom svekking av forsvarene og appellering til den sunne siden. Det ultimate målet ved dette arbeidet er å mobilisere og frisette den ubevisste terapeutiske alliansen, en kraft i pasientens ubevisste som har potensiale for å guide den helende prosessen for både terapeut og pasient (Lebaux, 2000).

## **Den ubevisste terapeutisk alliansen**

Viktigheten av etablering av en bevisst allianse er kjent fra psykoterapiforskningen. Davanloo (1990) benevnte i tillegg fenomenet den ubevisste terapeutiske alliansen (UTA). Hansen og kolleger (2013) beskriver UTA som den implisitte, ureflekterte delen av arbeidsalliansen som gjør at pasienten spontant bringer frem viktige erfaringer og reaksjoner som trenger bearbeiding. Begrepet er dekkende for observasjoner av at spontan billeddannelse, assosiasjoner eller minner av klar terapeutisk betydning “dukker opp” uten bevisst intensjonalitet fra pasientens side. Som om det eksisterer en egen ubevisst del av pasienten som vet hvordan alt henger sammen, men som opererer

på et ubevisst, intuitivt nivå. Terapeuten anerkjenner pasientens bevisste øyeblikksmessige tilstand av å ikke vite, men forholder seg samtidig til en slik tenkt instans som vet, som man kan spørre og ha forventninger til at vil bidra med det nødvendige for at en helende prosess skal finne sted.

Terapeuten må være oppmerksom på alliansens “hvissk fra det ubevisste”, følge og utforske disse da UTA er terapeutens «hovedallierte» (Hansen & kolleger, 2013). Kuhn omtaler den ubevisste terapeutiske alliansen som “a lively force within the patient, wich is inherent in any human beeing but is often deeply buried” (Kuhn, 2014, s 119-120). Aktiviteten til terapeuten kan holdes på et minimum etterhvert som UTA dominerer motstanden og guider prosessen. Ved optimal mobilisering kan kraften nærmest ta form av en egen bevissthetstilstand “dreaming while awake” (Davanloo, 2000) hvor pasienten er oppslukt i prosesseringen av affektivt materiale fra fortiden. I sin bredeste forstand brukes begrepet som en benevnelse på pasientens sunne side (Kuhn 2014).

## **Del 2: Den psykodiagnostiske og behandlingsmessige prosessen i ISTDP**

I del 1 har vi gitt en overordnet innføring i noen av de viktigste grunnelementene i teorien. I del 2 vil vi se nærmere på den dynamiske prosessen som guider psykodiagnostikk og behandling.

Med unntak av noen eksklusjonsdiagnoser som aktiv psykose og mani, legges ikke den formaldiagnostiske utredningen til grunn for behandling, men pasientens responser på den psykodiagnostiske prosessen. ISTDP postulerer at det finnes felles psykopatologiske grunnfenomener til grunn for psykiske lidelser og at dette forklarer komorbiditet. Mer spesifikt dreier det seg som nevnt om angst og skyld knyttet til ofte helt eller delvis ubevisste følelseskonflikter med tilhørende vansker med å forholde seg til og regulere disse følelsene.

For å finne ut hvilke spesifikke problemer den enkelte pasient har med sin emosjonsregulering, mobiliseres pasientens kjernekonflikter ved at terapeuten legger direkte press mot de dårlig regulerte følelsene. Da vil terapeut og pasient sammen få et direkte blick på hvilken type problematiske forsvarsmekanismer som opererer, hvordan angsttoleransen og evnen til selvrefleksjon er når følelser stiger, og hvorvidt og på hvilket nivå av følelsesaktivering pasienten når terskler hvor angsten blir for

høy og/eller forsvarsmekanismene blir primitive. Basert på denne kartleggingen skreddersys videre behandling. Vi vil se nærmere på detaljene i dette i det følgende.

### **Davanloos diagnostiske spektrum**

Davanloo gjorde som nevnt nitidige videoanalyser av serier med kasus hvor han eksperimenterte med teknikker for å overvinne behandlingsmotstand. En av de viktigste observasjonene han gjorde i denne prosessen var at når de underliggende følelseskonfliktene nærmer seg, korresponderer dette med en spesifikk type (ubevisst) angstaktivering i tverrstripet muskulatur, hvor pasienten tar dype respiratoriske sukk, gnir seg i hendene og har økt muskeltonus i øvrig viljestyrt muskulatur. Så lenge angstutløpet kommer i tverrstripet muskulatur er dette assosiert med tilgang til affektisolasjon som forsvarsmekanisme (pasienten kan snakke om følelsene, men ikke føle dem) og pasientene tåler gjennombrudd til full prosessering av de ubevisste følelsene.

Noen av de typiske somatiske plagene som korresponderer med denne kanaliseringen av ubevisst angst er spenningshodepine, fibromyalgi og diverse muskel-skjelettplager. Utfra grad av motstand før følelsesgjennombrudd klassifiseres denne gruppen som pasienter med lav, moderat eller høy motstand. Disse kategoriene predikerer intensitet og kompleksitet i underliggende følelseskonflikter og derav behandlingsslengde for full bearbeidelse (Abbass, 2015).

En annen gruppe pasienter når en toleranseterskel. På et visst nivå av mobilisering av ubevisste følelser stopper «signalene» fra tverrstripet muskulatur opp (om de i det hele tatt har vært der). Følelsene blir fortrent til fordel for en depressiv respons og/eller angstutløpet skifter «kanal» fra tverrstripet til glatt muskulatur i mage/tarm, blodkar og blære som skaper gastrointestinale symptomer som kvalme, kramper, urogenitale symptomer og enkelte former for migrene. Symptomene inntreffer gjerne reliabelt og plutselig når visse følelseskonflikter mobiliseres. Denne gruppen har ikke tilgang til affektisolasjon. På et visst mobiliseringsnivå vender de sinne innover mot selvet som korresponderende forsvarsmekanisme, noe som bidrar til depressive symptom (Abbass, 2015).

En tredje gruppe pasienter får på et visst nivå av mobiliserte følelser kognitive og perseptuelle symptom. De klarer ikke tenke klart, opplever ørhet, svimmelhet, ulike synsutfall eller piping i

ørene. Denne angstutløpskanalen korresponderer med større fragilitet i personlighetsstrukturen og bruk av primitive forsvarsmekansimer som projeksjon, splitting og projektiv identifikasjon. Mens de to foregående gruppene faller inn under det Davanloo benevnte som det «psykonevrotiske spektrum» faller denne tredje gruppen inn i spektrumet av personer med «fragil personlighetsstruktur».

### **Kapasitetsbyggende format**

Felles for både den andre og tredje gruppen av pasienter, er at de trenger et kapasitetsbyggende format, kalt det graderte formatet, hvor angstkanaliseringen og hovedtypen forsvarsmekanismer må restruktureres før man kan fortsette med «standardformatet» hvor man legger press og utfordring av forsvar til affektgjennombrudd. Det graderte formatet innebærer alternerende sykluser med mobilisering av følelser og tilhørende angst opp til toleranseterskelen, for så å regulere angst, og bygge selvobserverende kapasitet. Dette gjøres især gjennom synliggjøring av pasientens bevegelser i konfliktriangelet; mellom følelser, angst og forsvar. Og hvordan de samme mønstrene opptrer forutsigbart på tvers av relasjoner fra fortid til nåtid og til terapeuten (persontriangelet).

Når fortrenkning og primitive forsvarsmekanismer gradvis erstattes av evne til å intellektualisere, eller isolere affekt, gjør dette at også angstkanaliseringen skifter til tverrstripet muskulatur. Når sukk, økt muskeltonus og evne til å tenke klart rundt prosessen kommer tilbake, er dette “grønt lys” (ten Have-de Labije & Neborsky, 2012) for å mobilisere videre. Slik blir dette som en gradert eksponering som hever toleransen gradvis gjennom økt selvobserverende kapasitet som bringer strukturelle endringer av angstkanalisering og forsvarstrukturer. Tersklene for symptomutforming heves og etter hvert tåler pasienten full mobilisering av underliggende følelser uten problematisk angstkanalisering, primitive forsvar eller selvangrep.

De to sistnevnte gruppene diagnostiseres som henholdsvis mild moderat og alvorlig fortrenkning/ fragilitet avhengig av hvilket mobiliseringsnivå (av ubevisste følelser) de inntreffer på. Alvorlig fragilitet tilsvarer Kernberg sin konseptualisering av borderline personlighetsorganisering (Abbass, 2015). I den milde enden av fragilitetsskalaen finner vi pasienter som ikke får kognitiv/perseptuell forstyrrelse og/eller må ty til primitive forsvar før de når et høyt mobiliseringsnivå.

## **Oppsummering**

I ISTDP ligger den beskrevne psykodiagnostiske prosessen, til grunn for å predikere behandlingsslengde og hovedinnhold. To personer med lik formaldiagnose kan ha ulike strukturer og krever dermed ulike behandlingsstrategier og vica versa. Behandlingen består i at den psykodiagnostiske prosessen kontinueres, med mål om gjennombrudd til bevisst prosessering av underliggende kjernekonflikter til det ikke lenger er materiale i pasienten som trigger angst og driver forsvar.

Oppsummert mobiliseres de ubevisste følelseskonfliktene gjennom at terapeuten strekker seg mot pasienten og dennes følelser, mens forsvarene som kommer opp fortløpende tydeliggjøres, legges press på og utfordres. I denne prosessen når man enten affektgjennombrudd, eller støter på terskler hvor forsvarene og angstkanaliseringen må restruktureres og evnen til selvobservasjon styrkes for å skape “strukturell kapasitet” til senere å tåle gjennombrudd til de underliggende følelsene. Når de underliggende følelsene har brutt gjennom er de tilgjengelige for bearbeiding, de trigger ikke lengre angst, driver ikke forsvar og det er ikke lenger skyld knyttet til dem. Følelsene blir tålt, integrert og kilden til psykopatologi, de nevnte vansker med emosjonsregulering, forsvinner. Er arbeidet dypt nok kommer de heller ikke tilbake.

## **Hvordan mobilisere de ubevisste kjernekonfliktene?**

Vi har sett at for å kunne gjøre psykodiagnostikk og effektiv behandling er det avgjørende å kunne mobilisere pasientens kjernekonflikter på en trygg og effektiv måte. Mobiliseringen av kjernekonfliktene skaper et effektivt fokus i det sprikende symptombildet, og det gjør det også lettere å se hvordan pasientens vansker grunner i bevegelser i konflikt- og persontriangler. Alt dette er vanskelig om man *bare* følger pasientens historie, især i tidlige faser hvor historien vil være farget av motstand og ha blinde områder. Det å holde seg til viktige kjernefokus er forøvrig regnet som viktig for utfall innenfor korttids psykodynamiske terapier.

Før vi skal se på de ulike hovedintervensjonene terapeuten har til rådighet for å mobilisere de ubevisste kjernekonfliktene, skal vi fokusere på de ulike parametrene terapeuten monitorerer for å bestemme timing og dosering av disse intervensjoner.

## **Respons på intervensjon**

For å sikre trygg og effektiv mobilisering av de ubevisste følelseskonfliktene er terapeutens oppgave hele tiden å skreddersy neste intervensjon basert på pasientens respons på den forrige. Terapeuten overvåker i alt fem parametre for å velge type, timing og dosering av intervensjon. Disse er angstkanalisering, aktive forsvar og hvor ego-syntone de er, grad av mobilisering av komplekse overføringsfølelser (mobilisering eller mobiliseringsgrad) og tilstedeværelse av terskler (Abbass 2015).

Samme intervensjon vil kunne ha motsatte effekter avhengig av kombinasjonen av faktorer. For eksempel vil utfordring av forsvar når disse er ego-syntone (pasienten er identifisert med dem) føre til misallianse, om pasienten er over terskel, til symptomøkning, og ved lav mobiliseringsgrad til stagnering. Mens når forsvar er dystone, mobiliseringsgraden er høy og pasienten er under terskel, vil utfordring av forsvar kunne lede til et affektgjennombrudd hvor konfliktfylte følelser kommer til overflaten og blir direkte erfart.

## **Signalsystemet**

Det viktigste enkeltfaktoren som overvåkes for å avgjøre neste intervensjon er tilstedeværelse eller fravær av "signalisering", her definert som angstutløp gjennom tverrstripet muskulatur, især i form av respiratoriske sukk.

Signaliseringen skjer når ubevisste følelser nærmer seg. Etter terapeutens intervensjon, vil altså ubevisste kroppslige tegn på angst signalisere en økning i ubevisste følelser umiddelbart. Når intervensjonen ikke trigger signalisering, er det forenklet beskrevet fordi fokuset er feil, pasienten er over terskel så angstutløpet går til glattmuskulatur eller kognitiv/perseptuell forstyrrelse, eller aktive forsvar opererer og gjør en god jobb med å holde følelser på behørig avstand. Fravær av et ubevisst problem, som for eksempel når det kun er snakk om ytre kumulative belastninger, eller organiske faktorer, kan være andre årsaker til manglende signalisering.

Ved mangel på signaler kan terapeuten skifte fokus, regulere angst eller gjøre forsvarsarbeid. Når signaliseringen starter igjen vet man at forrige intervensjon traff og tampen atter brenner

(Fredrickson 2013). ISTDP-terapeuten lytter vel så mye med øynene som ørene og responderer på signalene fra det ubevisste og kan gi denne signaliseringen forrang fremfor pasientens verbale ytringer.

### **Hovedintervensjonen: «Pressure»**

Terapeutens utgangsposisjon er en intervensjonstype som Davanloo kalte “pressure”, eller press. Et bedre ord kunne vært oppmuntring eller oppfordring, for i sin essens handler det om at terapeuten helhjertet strekker seg mot dypet av pasienten og oppfordrer ham til å samarbeide aktivt, tre tydelig frem og søke mot kjernen av egne følelseskonflikter. Ved å fortsette den ubønhørlige oppmuntringen om å nærme seg egne følelser og være fullt ut tilstede i rommet sammen med deg og forsøke å overvinne forsvarene, vil motstridende følelser ovenfor terapeuten etterhvert begynne å mobiliseres: Positive følelser, som takknemlighet over de genuine forsøkene på å nå inn, samt frustrasjon over graden av utfordring som ligger i arbeidet. Denne økningen i de “komplekse overføringsfølelsene” vil skape angst og øker motstanden ytterligere da de på et ubevisst plan begynner å resonnerer med og mobilisere de uløste følelseskonfliktene fra tidligere relasjonserfaringer og slik trigge overføringsreaksjoner i den tradisjonelle betydningen av begrepet (Kuhn 2014).

Denne økningen i ubevisst angst og motstand ønskes paradoksalt nok velkomment som et tegn på at ikke bare underliggende følelseskonflikter nærmer seg, og at effektivt arbeid med pasientens viktigste forsvarmekanismer muliggjøres, men også at den ubevisste terapeutiske alliansen fremmes.

### **Mobilisering av den helende treenigheten**

Davanloo kalte de komplekse overføringsfølelsene og motstanden for de to “tvillingfaktorene”. Han oppdaget at utvikling og intensivering av begge disse faktorene var avgjørende for samtidig mobilisering av den iboende helende kraften som var nødvendig for full “opplåsning av det ubevisste”, nemlig den ubevisste terapeutiske alliansen (UTA). Davanloo kalte den direkte opplevelsen av de komplekse overføringsfølelsene (følelsene slik de kommer opp ovenfor terapeuten) for “triggermekanismen” for opplåsning av det ubevisste, og grad av aktivering av disse

står i direkte proposisjon til graden av mobilisering av UTA. I praksis betyr dette at i den grad pasienten kan tillate seg å direkte erfare de motstridende følelsene som bygger seg opp ovenfor terapeuten, vil en spontan link til den opprinnelige figuren komme fra den ubevisste terapeutiske alliansen, fremfor at det leveres i tradisjonell innpakning som tolkning fra terapeuten.

### **Prinsipper for forsvarsarbeid**

Et annet vesentlig moment som gjør at man ønsker å bringe motstanden inn i rommet, eller som Davanloo formulerer det «tilting the patients character-defenses in the transference» (Davanloo, 2000) er at både terapeuten og pasienten får en «live» demonstrasjon av pasientens karakterforsvar. Karakterforsvarene kan sies å være pasientens måte å inngå i relasjonen på en usunn måte og atferden vil sette nøyaktig de samme begrensningene på den terapeutiske relasjonen som i pasientens øvrige relasjoner, med mindre terapeuten og pasienten i samarbeid klarer å identifisere og overvinne forsvarene.

Når forsvarene kommer opp og spiller seg ut i relasjonen blir ikke forsvarsarbeidet basert på tolkninger eller en intellektuell øvelse, men en opplevelse som pasienten og terapeuten deler, noe som gjør arbeidet med motstanden mer effektivt. Den tilsynelatende hindringen som karakterforsvarene vanligvis skaper, blir en kilde til å kunne jobbe effektivt med karakterendring innenfor dette systemet.

Med Davanloos egne ord: “The therapist welcomes the resistance and he knows that the resistance can be reliably overcome and that the very act of overcoming it has far reaching beneficial effect. It is an actual therapeutic tool to help break into the patients unconscious (Davanloo, 2000 s. 10)”.

### **Tydeliggjøring av forsvaret**

Det første prinsippet for å arbeide effektivt med pasientens motstand er “clarification” eller tydeliggjøring av forsvarene. Tydeliggjøring er en helt essensiell del av behandlingen fordi det innebærer identifikasjon av når forsvar kommer inn, hvilke funksjoner de tjener og kostnadene de har for pasienten. Det å bli klar over forsvarene som automatismer som ødelegger fremfor hjelper, gjør forsvarene mindre ego-syntone og det blir lettere å vende seg mot dem og se dem som noe det er verdt å kjempe for å overvinne. Tydeliggjøring hjelper pasientene med å forstå, men som i alle andre



intervensjoner i ISTDP bør alle psykoedukative elementer gjøres “live”, mens de skjer og det bør gjøres kort, hvor man raskt går tilbake til press (pressure) eller utfordring (challenge). Ellers kan tydeliggjøring av forsvarerne bidra til intellektualisering, dempe mobilisering og/eller forsterke eller skape overføringsmotstand hvor terapeuten stiller seg i ekspertposisjonen og pasienten kan tre ut av det aktive samarbeidet, og den videre mobiliseringen av egne følelser/kjernekonflikter stoppes.

Når den destruktive unngåelsen motstanden representerer opptrer ubevisst og automatisk, er man i sine egne krefters vold. Når de blir identifisert og både funksjonen og kostnaden blir tydeliggjort, har man et valg. Det er terapeutens oppgave å formidle til pasienten hvordan han eller hun stadig har små valg mellom å bevege seg mot angst-provoserende materiale eller følge vanemessige destruktive mønster av unngåelse, og at utbytte i terapi står i proposisjon til hvor mye man velger førstnevnte (Kuhn, 2014).

### **Utfordring av forsvar og “Head on Collision”**

Når pasientens forsvar er tilstrekkelig tydeliggjort og motstanden har “krystallisert” seg i overføringen begynner fasen med systematisk utfordring av pasientens forsvar, for å tilspisse den intrapsykiske konflikten nevnt tidligere mellom den sunne siden (UTA) og den destruktive siden (motstanden).

Fra å tydeliggjøre forsvarerne og legge press mot (eller oppmuntring til) å heller bevege seg mot følelsene, begynner intervensjonene nå å ta en mer konfronterende stil, hvor graden av utfordring øker. Dette mobiliserer komplekse overføringsfølelser ytterligere. Hvor mye utfordring som trengs for å bryte gjennom er forskjellig. For de med høyest motstand vil utfordringen føre til ytterligere krystallisering av motstand i overføringen, det vil si at pasienten setter opp en vegg hvor ikke bare egne følelser men også terapeuten må holdes på avstand, som for å hindre de mobiliserte overføringsfølelsene i å trenge gjennom.

Den kraftigste intervensjonen i terapeutens verktøykasse, som må brukes på de med høyest grad av motstand, kalles “head on collision” – en frontkollisjon mot motstanden. Denne intervensjonstypen kan leveres kortvarig, omfattende eller som en sammenhengende kjede. Noen sikter mot å fjerne hindringer for videre mobilisering av høyere nivåer av overføringsfølelser og motstand, mens andre

sikter mot et direkte gjennombrudd til det ubevisste (Abbass, 2015). Timing er essensielt for bruk av alle intervensjoner i ISTDP og bestemmes på grunnlag av signalisering og hvor pasienten for øvrig er på de fem parametrene tidligere nevnt. Utfordring av forsvar, og især head on collision, brukes kun når pasienten ikke er identifisert med forsvaret, ser kostnaden, angstløpet er i tverrstripet muskulatur og mobiliseringsgraden av de underliggende følelseskonfliktene er høy.

Formålet er å bringe pasienten ansikt til ansikt med konsekvensene av egen motstand, eller «meet the resistance head on and win the internal battle against it» (Davanloo, 2000). Intervensjonen skal skreddersys den aktuelle pasienten på det aktuelle tidspunktet men inneholder inntil 16 elementer som utgjør en direkte utfordring mot alle kreftene som opprettholder selvdestruktivitet og selvsaboterende mønstre. Abbass (2015) oppsummerer at det handler om å sette motstandens destruktivitet opp mot alliansens muligheter, understreke terapeutens begrensninger, den nødvendige gjensidigheten i samarbeidet og deaktivere alle former for projektive prosesser så terapeuten ikke er i “noen andres sko”.

Alt dette intensiverer de komplekse overføringsfølelsene og vil på et eller annet tidspunkt bringe pasienten til et vippepunkt hvor balansen mellom motstanden og alliansen “tiltes”, hvor det psykiske systemet løsner opp, motstanden gir etter, og det skjer en markant dropp i angst idet overføringsfølelsene aktiveres emosjonelt i kroppen.

### **Direkte prosessering av følelsene og opplåsning av det ubevisste**

Pasienten får nå hjelp til å prosessere de aktiverte følelsene. For mange vil det første delvise gjennombruddet være til sorg over egne forsvar med tilhørende selvmedfølelse. Hos de med høyest motstand vil ofte sinne være den første følelsen som bryter gjennom. UTA vil da komme med relevante linker og tydeliggjøre følelsenes opprinnelige adresse. Dette kan skje på flere måter. I den lett endrede bevissthetstilstanden vil “minnebanken” gjerne åpne seg og kaste lys over problemenes natur.

For eksempel kan pasienten bli overrasket over å midt i opplevelsen av de komplekse følelsene ovenfor terapeuten, assosiere til mors passivitet, istedenfor fars aggresjon, som alltid har hatt fokuset. Helt overraskende kan pasienten komme i kontakt med uerkjent raseri med tilhørende

skyldfølelse ovenfor henne. Plutselig blir det overdrevne hverdags-sinne mot ektefellen forståelig for pasienten i lys av at følelsene har vært overførte, noe som løser opp i parets konflikter på det aktuelle området.

I fasen etter at pasienten har fått en direkte opplevelse av sterke følelser i rommet sammen med deg, er tilstanden gjerne markant endret. Initialt i en terapitime fyller gjerne pasientene rommet på svært ulike måter. I denne «opplåste» fasen av terapien, hvor motstanden og angsten er borte og pasienten prosesserer følelser relatert til tilknytningsbestrebelse er holdningen åpen, tilstanden reseptiv og ettertenksom. Pasienten handler ut fra seg selv, og er tilstede fullt ut som seg selv sammen med terapeuten. Vi blir her slått av hvor likt pasientene fyller rommet, når karakteren man har bygd opp rundt kjernebehovene havner i bakgrunnen.

Det er med denne tilstanden som kontrastvæske at det er enklere å se hvor mye motstand og spenninger pasienten vanligvis møter invitasjoner til nær kontakt med. Måter organismen trekker seg sammen, tilpasser seg, søker etter det riktige, gjemmer seg, eller hever seg. Som man kunne kalle alle måtene organismen har lært seg å gjøre seg alene for å kunne være sammen.

### **Terapeutisk mekanisme**

Som vi ser av teksten over har metoden potensiale til å gjøre ubevisste konflikter synlige og gi økt emosjonell innsikt. Den direkte prosesseringen av alle de komplekse følelsene svekker linken mellom underliggende følelser og angst (samt smerte), noe som i tillegg til å være positivt i seg selv, gjør at problematiske forsvar ikke lenger er nødvendig. I tillegg øker tilgangen på adaptiv affekt som også i seg selv er assosiert med bedre helse (se Schancke et al., 2013).

Man kan spørre seg hva som utløser det til tider voldsomme selvhatet, de irrasjonelle selvanklagene, de selvdestruktive manøvrene, den sykelige samvittigheten, følelsen av å være «ond» eller den vanlige redselen for å bli et «monster» om følelser får slippe til (McWilliams, 1999), som mange av våre felles medreisende, fine folk, har plaget seg med i årevis. Det er åpenbart noen sterke irrasjonelle krefter i sving. Noen kan ha innsikt i det irrasjonelle, men klarer likevel ikke å overstyre den følelsesmessige fyringen. Tolkninger, «verktøy», innsikt eller forsøk på ny atferd er ikke alltid nok. For blant andre Davanloo var svaret på dette spørsmålet at en patologisk superegostruktur gir

straff over de aggressive impulsene vedkommende måtte ha hatt i følelseskonfliktene med sine nærmeste.

Det dypeste terapeutiske potensialet, især hos de personene med mest selvdestruktivitet ved seg, ligger derfor i den faktiske prosesseringen av ubevisst skyldfølelse over sinnekomponenten i de motstridende følelsene ovenfor viktige andre. Dette fordi den faktiske opplevelsen av skyld over sinne i den høyst ambivalente miksen av følelser har potensialet til å fjerne det selvstraffende behovet som ses i økende grad i mange av de mer alvorlige sakene. Når raseriet får plass, fasiliterer dette prosesseringen av den samtidige kjærligheten, sorgen og savnet og skyldfølelsen. Ved å erkjenne de negative sidene ved omsorgsgiverne og tillatte egen protest fullt ut, synes det som om noe som har vært i veien for det gode i relasjonen skyves til side og ikke sjelden skjer det en forbedring av relasjonen, eller i alle fall i pasientens relasjon til seg selv.

Den skyggen som eget raseri og skyldfølelse har kastet over relasjonen letter. Det er ikke uvanlig at pasienter rapporterer om markante endringer i måtene de kan forholde seg til sine kjære på, etter først å ha erkjent og prosessert de dypeste lagene av negative følelser. «Jeg kunne være tilstede og pleie henne med genuin omtanke, fremfor mekanisk og distansert som jeg pleier». Pasientene rapporterer ofte å kunne føle mye mer nyansert og elske dypere.

Følelseskonflikter ovenfor omsorgsgivere hvor barnet ofte går «tapende ut», og det terapeutiske potensialet som ligger i å løse foreldrebindinger, bringer oss inn på en kort drøftelse om karakterforsvar, forsvar gjennom identifikasjon og superegopatologi, før vi skal illustrere de viktigste behandlingsprinsippene slik de kommer til uttrykk i vår kliniske praksis gjennom en kasusbeskrivelse i del 3.

### **Karakterforsvar – en kongevei til karakterendring**

Et sentralt poeng i de helende prinsippene finner vi i måten ISTDP arbeider systematisk med karakterforsvar. Hvert karakterforsvar som kommer opp i rommet sammen med deg som motstand i overføringen, avslører en del av pasientens lidelseshistorie. Fredrickson (2013) oppsummerer karakterforsvar som når man behandler seg selv på samme måte som han ble behandlet av noen tidlige viktige (for eksempel devaluering eller ignorering). Med andre ord forsvar via identifikasjon.

Følelser knyttet til å bli devaluert eller ignorert holdes borte når man tar inn en forelders eksempelvis neglisjerende eller kritisierende holdning som sin egen (Whittemore, 1999). Denne kritikken eller neglisjeringen rammer man etterhvert seg selv med, men kan også rettes mot og ramme andre. Eller holdningen av kritikk eller neglisjering kan bli projisert over på andre (ikke minst terapeuten) og så møtt med frykt, trass eller føyelighet (Fredricksson, 2013).

Det å få hjelp til å prosessere selvhevdende, protestfylte følelser knyttet til denne måten å bli behandlet på er i seg selv en terapeutisk hendelse. Å faktisk kjenne på en styrke, selvhevdelse og protest mot undertrykkende krefter, skyggesider som har kommet fra den andre. En justering av foreldrebildene er ofte nødvendig for en justering av selvbildet.

Å forstå idenfikasjoner hjelper i tillegg å separere pasienten fra identifikasjonene. Pasienten misliker oftest måten de har blitt behandlet dårlig på. Det å anerkjenne at man behandler seg selv (eller andre man er glad i, som for eksempel egne barn) på samme vis, er en kraftfull innsikt som hjelper dem å vende seg mot forsvarerne (Kuhn, 2014). Å se den selvdestruktive naturen i identifikasjonen hjelper også å hindre eksternalisering i form av å klandre foreldre eller andre. Mens man anerkjenner at mønsteret oppstod av en grunn, at man en gang var et offer for omstendigheter, kan man ta eierskap til ansvaret for eget liv og innta en mer velgende, aktiv rolle i eget liv.

Et viktig prinsipp her er at ISTDP terapeuten ikke kompenserer for motstanden, eller lar den utvikle seg til en såkalt overføringsnevrose. Om en pasient tar en hjelpeløs posisjon, gjelder det å ikke tre inn i rollen som omnipotent hjelper og forsterke en avhengighetsdynamikk. Om en pasient er passiv gjelder det å ikke være så aktiv at pasienten kan forbli passiv, men legge press mot forsvaret. Ellers vil man ta imot pasientens invitasjon til en syk relasjon (Fredrickson, 2013), og pasientens egen underliggende kapasitet vil forbli utilgjengelig. Isteden gjelder det å holde pasienten ansvarlig for sin egen hjelpeløshet eller passivitet, hjelpe dem å se konsekvensene av disse posisjonen i terapien og i livet forøvrig og oppfordre dem til å tre inn i relasjonen på en mer aktiv og konstruktiv måte. Vi skal se nærmere på noen av disse prinsippene i oppgavens siste del.

### **Del 3: Illustrasjon gjennom kasus**

Vi har skissert de viktigste dynamiske prinsippene i ISTDP som behandlingsmetode i del 2. Fremstillingen har båret preg av vår kondenserte forståelse av metoden gjennom vår egen praksis, veiledning, kurs og litteratur som beskriver modellen. Vi har fremhevet behovet for individuell tilpasning gjennom en detaljert beskrivelse av den psykodiagnostiske prosessen, hvor terapeuten overvåker pasientens øyeblikksmessige responser på fem parametere for å avgjøre valg av neste intervensjon. Mens noen pasienter er i behov av å bygge opp en strukturell kapasitet, kan andre mobiliseres til direkte gjennombrudd til følelser. Vi har kort beskrevet hvordan denne kapasiteten kan bygges opp, før vi har konsentrert oss om å vise de ulike prinsippene for å komme til et følelsesgjennombrudd hvor det ubevisste «låses opp». Vi har også betonet hvordan grad av motstand og vansker henger sammen med intensitet og kompleksitet i underliggende følelseskonflikter.

Vi vil i det følgende illustrere noen av de disse sentrale behandlingsprinsippene gjennom en fremstilling av et kasus som ligger tett opptil faktiske erfarte kasus fra egen praksis. Vignettene er ment til å illustrere prinsipper og tar form av kondenserte dialoger. Med denne fremstillingen vil vi vise hvordan vi forstår og bruker teorien i praksis gjennom en konkretisering av prosessen. Vi vil også bruke kasuset for å illustrere hvordan sammensatte symptom og karakterplager gir helhetlig mening som uttrykk for underliggende ubearbeidede følelseskonflikter.

#### **Bakgrunnsinformasjon om kasus**

Kasuset som fremstilles her er som sagt tenkt, lagt opp som en prototypisk presentasjon hos en viss gruppe pasienter som begge forfatterne har erfaring med. Pasienten er en kvinne som kommer til terapi med en avventende holdning preget av passivitet, angst som stiger raskt og med defensive tårer som renner når hun snakker om seg selv og vanskene sine. Pasienten har en noe eksternaliserende stil, snakker om hvor vanskelig hun har det, hvordan andre personer svikter henne og ved litt press tar hun fort en fortvilet og hjelpeløs holdning. Hun har ikke mange ideer selv om hva hun ønsker å fokusere på eller hva plagene kan bunne i.

Pasienten har en tilbakevendende depressiv lidelse og tilfredsstillende kriterier for unnvikende personlighetsforstyrrelse og har i tillegg irritabel tarm syndrom med kramper og diareplager. Hun er

preget av utbredt engstelighet og tilløp til panikk en sjelden gang. Hun har betydelige selvfølelses- og relasjonsvansker. Hun har noen venninner fra skoletiden som hun av og til møtes, men danner ingen nye relasjoner, med et typisk mønster av å skyve folk unna. Hun opplever fort at andre svikter henne, ikke bryr seg og kan bli passiv aggressiv. Et par ganger har hun laget scener foran venninner hvor hun har blitt sint over å føle seg oversett og stormet ut av rommet gråtende. Samlet kan vi si at hun bærer preg av sammensatte symptom- og karakterlidelser, med utstrakt bruk av regressive (umodne) karakterforsvar.

### **Begynnende samarbeid**

I ISTDP tar man gjerne utgangspunkt i konkrete symptomintensiverende episoder for å få tak i de underliggende mekanismene. *Hvilket indre følelsesmessige problem vil du at vi skal fokusere på nå? Kan vi se på en konkret hendelse der problemet utspilte seg? Og så forsøker vi å få et bilde av de underliggende mekanismene derfra? Hvilken hendelse vil du vil skal se på?* (press mot pasientens vilje, press mot å være spesifikk)

Pasienten i vårt kasus erklærer et indre problem, hvor hun svarer at hun vil se på angsten og depresjonen, men slår fort fast at hun ikke klarer å komme på konkrete episoder. Dette innleder en dialog hvor pasientens tendens til å vanemessig undervurdere seg selv, gi opp seg selv før hun har prøvd og gjøre seg hjelpeløs i forhold til utfordringer tematiseres. Terapeuten påpeker det som skjer og lurert på om det kun er i denne litt spesielle situasjonen det skjer, eller om det er mer gjennomgående. Hun gjenkjenner de mønstrene fra livet sitt og kan se at de er begrensende for henne og at de vil begrense terapien. Fokuset her handler om å fjerne hindringer for at pasienten i det hele tatt skal involvere seg i sitt eget prosjekt og aktivt bygge en bevisst allianse, hvor det særlig vektlegges at det kun er med hverandres hjelp at de positive målene kan nås, et intrapsykisk fokus på underliggende følelser vil være avgjørende og endring kan være mulig om begge parter strekker seg til sin ytterste kapasitet, med pasientens frigjøring fra livsbegrensende indre krefter som det overordnede målet.

Det begynnende arbeidet med karakterforsvarene (passiviteten, hjelpeløsheten) og fokuset på alliansen mobiliserer henne mer (hun begynner å sukke og ha en mer aktiv kroppsholdning) og kommer opp med et konkret eksempel. Terapeuten er tilfreds med å se signalisering og kan være

trygg på at prosessen er inne i et godt spor. Vi går inn i dialogen etter at hun har fortalt om en episode hvor hun opplevde at kjæresten avfeide henne da hun prøvde å ta opp noe som plaget henne, hvorpå hun kjente et skikkelig ubehag i kroppen, ble stille resten av kvelden og følte seg tung. På spørsmål om hva hun synes om det han gjorde, kan hun etterhvert si at hun synes det var urettferdig.

### **Restrukturering av regressive karakterforsvar: eksternalisering og hjelpeløshet**

Vi vil i det følgende illustrere dialogen ved hjelp av vignetter hvor T henspiller på terapeutens replikk og P på pasientens.

T: Så når han behandler deg urettferdig er det noe på innsiden som gjør deg engstelig og tung? Og som får deg til å bli stille og trekke deg tilbake? Skal vi finne ut hva det var på innsiden som trigget alt det? (press mot indre fokus og vilje)

P: Det er typisk han, han hører aldri på meg, jeg er så lei av det så, jeg sier ikke noe (defensive tårer, ingen signal om ubevisst angstaktivering, eksternalisering («blaming and complaining») som forsvar)

Terapeutens jobb her er å hjelpe pasienten til å etablere et indre fokus og slik kunne få mer agens, og ta ansvar for seg selv og egne følelser og behov. Hun ser ikke at hans atferd trigger ubevisste følelser i henne, som hun ubevisst får angst for, og som hun i situasjonen unngår ved å trekke seg tilbake og ned i noe tungt. Hun ser heller ikke at hun i terapisisituasjonen holder egne følelser unna ved å innta en anklagende posisjon hvor hun undervurderer seg selv, og gjør seg til mer av et offer enn hun egentlig er. I terapien hindrer disse regressive forsvarene av eksternalisering og hjelpeløshet videre mobilisering av egne kjernekonflikter. I livet hennes bidrar de til å skyve folk unna (venninnene vil ikke høre på henne) og hun får en passiv måte å mestre utfordringer på. Målet er å danne en allianse sammen med pasienten mot forsvarene, og hjelpe henne å tåle de underliggende angstskapende følelsene istedenfor å få angst og bruke disse karakterforsvarene.

T: Ser du at nå, selv om han ikke er her, så blir kroppen engstelig og så blir du trukket ned i noe tungt bare av å nærme deg temaet?

P: Ja, forsåvidt

T: Så det kan virke som om noe på innsiden skaper uro og så disse tunge tårene?



P: Ja, det er vel det

T: Ok, og kan du se at selv om du egentlig ønsket å bli hørt, trekker du deg tilbake med en gang du møter motstand? (Tydeliggjøring av indre konflikt, forsvar)

P: Jeg har ikke tenkt slik på det før

T: Er det et mønster i deg? At du blir engstelig av å skulle stå opp for deg selv? Og ender med å ignorerer deg selv ved å trekke deg tilbake? Og så gjør du deg til gissel av at andre skal komme deg i møte? (Konflikttriangelet oppsummeres, følelser skaper angst som driver forsvar. Etablerer indre fokus, bygger selvobserverende kapasitet, viser kausalitet i problemutforming)

P: (sukk) Ja, det skjer hele tiden

T: Hva gjør det med relasjonene dine til andre? Og til deg selv? (fokus på kostnadene til forsvaret, skille pasienten fra forsvaret)

P: (sukk) Jeg tror det gjør meg ensom og bitter, og jeg tror kjæresten min begynner å bli lei av meg, for jeg blir liksom bare stille og sier ingenting, og overhører ham når han spør hva det er.

Pasienten viser innsikt i hvordan hennes egne forsvar skaper problemene hun kommer med. Dersom vi kan hjelpe henne til å tåle de motstridende følelsene som har blitt trigget i relasjonen til kjæresten, trenger hun ikke disse forsvarene som holder henne selv nede og andre mennesker borte. Terapeuten legger nytt press mot følelser, vel vitende om at når du treffer forsvaret i front og pasienten har vendt seg mot det, som nå, vil underliggende følelser stige, med det angst, og et nytt forsvar vil mobiliseres (Fredrickson, 2013). Slik «lokkes lokkene frem», og gjør seg tilgjengelige for restrukturering.

### **Restrukturering av regressive karakterforsvar: Vanemessig selvangrep**

T: Skal vi prøve å se på hvilke følelser som ligger under, så vi kan frigjøre det fra den automatikken der? Hvilke følelser ble virvlet opp i deg ovenfor kjæresten din for å ikke høre på deg?

P: Jeg tenker bare at jeg var dum

T: Istedenfor at du får en reaksjon mot ham, kommer en mekanisme inn og angriper deg?

P: Det er bare sånn jeg er

T: Er det et mønster? At de negative følelsene går inn mot deg?

P: Jeg har alltid vært sånn

Vi ser at selvbebreidelsen er synton, det vil si at pasienten er identifisert med forsvaret. Tenke seg til, for denne personen har dette blitt normalen. Jobben til terapeuten er å reagere på dette, separere personen fra forsvaret, se konsekvensene og mobilisere den sunne frie personen hun var ment å være, og som fortsatt ligger der og venter på å bli funnet. Terapeuten må holde fokuset her til pasienten ser forsvaret og har vendt seg mot det. Eksempler på intervensjoner kan være: *Men du ble vel neppe født sånn? Er det der egentlig deg eller en automatikk som holder deg nede/ en automatisk måte å behandle deg selv/ håndtere følelser på? Hva har det der gjort med deg tror du? Hvordan påvirker det deg når du bebreider deg selv når du opplever at andre behandler deg urettferdig? Eller når andre frustrerer tilknytningsbehovene dine?*

P: (sukk) Jeg har aldri tenkt slik på det...det er nokså ille...jeg tror jeg får dårlig selvfølelse av det, for det skjer hele tiden.

Vi ser hvordan det i dialogen blir tydelig at pasientens vanemessige mønster av selvangrep er med på å skape pasientens vansker. Gilbert & kolleger (2004) fant at 80 prosent av personer med depresjon hadde et mønster av å vende sinne inn. I tillegg til at det kan være en *mulig* etiologisk faktor i en undergruppe av deprimerte, er det også et mønster som bidrar til å skade selvfølelsen. Ofte er dette resultatet av tilpasning til omsorgspersonen, at pasienten tar skylden selv. Det kan i tillegg være et resultat av skyld. Sinne vendes inn på grunn av behov for selvstraff over sinne.

Dersom vi kan hjelpe henne til å tåle de underliggende følelsene når noen hun er glad i og søker nærhet til avfeier henne, slipper hun å angripe seg selv. Vi ser at tre større regressive karakterforsvar (hjelpeløshet, eksternalisering og selvangrep) har blitt aktivert, men gjort (mer) egodystone. Vi strekker oss derfor videre og forsøker å fortsette å mobilisere pasientens vilje, overføringsfølelser, motstand og ubevisst terapeutisk allianse gjennom videre press mot underliggende følelser.

### **Motstanden krystalliserer seg i overføringen**

T: Skal vi forsøke å få tak i de ubevisste følelsene bak angsten, det depressive lokket, selvangrepene og tilbaketrekningen? Hvilke følelser er det der like under bevissthetsterskelen som får deg til å bli engstelig, trekke deg ned og bort og angripe deg selv? Hvilke følelser kommer opp under det der om organismen fristilles?

P: (sukker) jeg vet ikke.

T: Merker du at noe i deg gikk til en posisjon av å ikke vite med en gang? Før du fikk kjent etter? Er ikke det den mekanismen som undervurderer deg? (Identifiserer forsvaret som hun allerede har blitt kjent med)

P: Jo det er det.

T: Som kommer automatisk. Men hva kan vi du gjort med den nå, for så lenge den får stå uimotsagt stopper den deg? (peker på kostnaden til forsvaret, legger press mot forsvaret, grad av utfordring øker)

P: (sukker)

P: (begynner å bryte kontakten, blir stille og ser i veggen)

T: Merker du at selv om åpenbart er kommet hit for å danne en helende relasjon med meg, så er det noe annet i deg som begynner å bli stille og trekke deg unna med blikket? Akkurat som om du setter opp en vegg mellom oss her nå? At du trekker deg inn i deg selv og gjør deg alene?

P: (Sukker) ja, når du sier det slik kan jeg se det.

T: Er ikke dette den automatikken som gjør deg ensom og bitter? Som skyver folk unna? Skal vi heller se på følelsene som kommer opp i deg ovenfor meg her nå? Så du slipper å trekke deg tilbake?

P: (Signaliseringen slutter, det skjer et kroppslig skifte)

T: Hva merker du på innsiden akkurat nå?

P: Jeg begynner å få vondt i magen, akkurat som at de krampene er på vei.

### **Pasienten når terskel, følelser fortrenses**

Her når pasienten sin terskel for hvor stor grad av mobilisering av underliggende følelser hun tåler før følelsene blir omgjort til symptomer i kroppen. Hittil i samtalen har hun vekslet mellom å ha karakterforsvar i front som har blitt tydeliggjort, noe som har gitt henne angstutløp i tverrstripet muskulatur manifestert som sukk. Det betyr grønt lys, så terapeuten har lagt videre press mot følelser og forsvar etterhvert som de har kommet opp. Denne prosessen gjør at de komplekse overføringsfølelsene stiger og motstanden begynner å krystalliseres i overføringen. En tydeliggjøring av dette og videre press mot følelsene i overføringen mobiliserer følelsene ytterligere, til et nivå hun fortsatt ikke har strukturell kapasitet til å tåle. Hun trenger derfor det graderte formatet (se for eksempel Abbass & Bechard, 2007) for å bygge kapasitet.

Vi ser at de somatiske plagene knyttet til irritabel tarm inntre parallellt med økning i emosjonell aktivering med tilhørende angstutløpskanal som skiftet fra tverrstripet til glatt muskulatur. Dette gir en sterk indikasjon for at plagene med irritabel tarm i det minste forverres av ubevisst angstkanalisering til mage/tarm systemet, især om denne koblingen skjer reliabelt. Dette er rødt lys (ten Have-de Labije & Neborsky, 2012) for videre mobilisering av de ubevisste følelsene, som nå bare ville forverre de somatiske plagene, og sannsynligvis gjort henne mer tung og deprimert, siden hun tenderer til å vende sinne innover mot selvet. Her må vi stoppe opp og hjelpe pasienten til å regulere angsten. Om det er tilstrekkelig, helst gjennom å hjelpe henne å reflektere rundt prosessen og se kausalitet i symptomvariasjonen.

Mer spesifikt er jobben til terapeuten å hjelpe henne å se bevegelsene i konflikttriangelet gjennom en oppsummering. Dette styrker selvforståelse og evne til selvobserverende kapasitet og hever angsttoleransen. Man eksponerer opp til terskel. Når kvalmen er borte og angsten er tilbake i tverrstripet muskulatur («signalene» kommer tilbake), kan du fortsette presset mot følelser, men da gjerne på en annen pol i persontriangelet. Ett prinsipp her er å regulere fyring i det limbiske systemet (angst) gjennom å søke å aktivere prefrontale funksjoner (intellektualisering). I en intervensjonstype kalt «bracing», søker man å få disse områdene til å fyre samtidig, gjennom en kombinasjon av press mot selvrefleksjon og følelser.

Når vi når terskel på dette punktet vil pasienten bli betegnet som å ha høy motstand med moderat grad av fortrenkning, da fortrenkning skjer på et middels høyt mobiliseringsnivå av komplekse følelser (som indikert gjennom at forsvarerne begynte å krystallisere litt i overføringen). Abbass (2015) beskriver hvordan mange i denne psykodiagnostiske kategorien får hevet terskler for symptomutforming som er relatert til fortrenkning og angstaktivering i glatt muskulatur i løpet av de første fire fem timene når behandlingen går bra, mens total behandlingstid for full symptomremisjon og karakterendringer estimeres til opptil 30-40 timer (Kuhn, 2014).

### **Kapasitetsbygging gjennom refleksjon og oppsummering.**

T: Ok, så krampene er nå et tegn på angst som setter seg i magen. Da skal vi bare roe ned og forstå hva som skjer en liten stund, ok? Først så vi at når kjæresten din frustrerer behovene dine, kjenner du

ikke følelsene ovenfor ham for å gjøre det, men du blir engstelig, trekker deg ned i noe tungt, kan gå til selvangrep og trekker deg tilbake. Er det presist?

P: ja, jeg er med.

T: Og når jeg stiller disse viktige men frustrerende spørsmålene om hva som ligger under, virker det som om du får opp noen blandede følelser ovenfor meg? Er det riktig?

P: ja

T: Og litt av den samme automatikken kommer her med meg? Du legger et lokk av stillhet og tilbaketrekning over? Og når vi forsøker å ta bort de lokkene så stiger angsten for de følelsene veldig? Angsten setter seg i magen, og krampene dine trigges? Ser du hva jeg mener?

P: (sukker – angstutløpet er tilbake i tverrstripet muskulatur, kvitteringen på at intervensjonen traff og pasienten igjen er innenfor toeransevinduet) Hm.. jeg som ikke trodde det var sånn... hva kaller dere det, psykosomatisk? (ser linken, demonstrerer god selvobserverende kapasitet. Dette pluss angst i tverrstripet gir grønt lys for videre mobilisering)

T: Så det er noe med at andre frustrerer deg som gjør at du ender med å bli selvbebreidende og tilbaketrukket, kjenner du igjen det der?

P: Jeg tror det begynte veldig tidlig (UTA)

T: Hva kommer opp (følger UTA)

P: Mamma har alltid vært mer opptatt av lillesøsteren min enn meg, jeg prøvde å si noe om det, men da sendte hun meg bare på rommet. Og etter hvert var jeg nesten ikke i stua når søstera mi var hjemme (UTA, blandet med motstand: defensive tårer, regresjon).

T: Det høres viktig ut, så la oss stoppe opp litt og tenke rundt dette. Dette må vel virvle opp en del følelser i deg ovenfor moren din. Men i stedet for at du kan kjenne på de ulike følelsene der, merker du at de tårene vil trekke deg ned i noe tungt nå? For det er vel slike tårer du bli sittende litt fast i det der, er det ikke? Det stemmer? Skal vi heller se på hvilke følelser som kommer opp i deg ovenfor moren din? (tydeliggjøring av defensive tårer som forsvar, legger raskt press for å mobilisere underliggende kjernekonflikt).

### **Den ubevisste terapeutiske alliansen kommer**

Som et resultat av terapeutens press mot følelser, og samtidig tydeliggjøring av karakterforsvarene, mobiliseres komplekse overføringsfølelser, økt motstand (pasienten begynner å bryte kontakten) og med det mobiliseres også den ubevisste terapeutiske alliansen som på dette tidspunktet kommer

tydelig gjennom motstanden for første gang ved spontant å bringe opp den underliggende konflikten. Terapeuten samarbeider med pasientens sunne side om å forstå hvordan episoden når kjæresten ikke hørte på henne virvler opp ubearbeidede konfliktfylte følelser knyttet til mor (og søster) som heller ikke hørte på henne.

Ganske raskt blir mønstrene tydeliggjort: Gamle motstridende følelser trigges, og med det angsten og de gamle forsvarerne med tilbaketrekning og det tunge, depressive lokket hvor følelsene fortrenses og sinne blir vendt inn i form av selvangrep (konflikttriangelet). Pasienten kan begynne å se hvordan hun håndterer behovene sine og følelsene sine på samme måte ovenfor kjæresten sin og terapeuten som hun gjorde den gangen (persontriangelet). Denne innsikten øker pasientens kapasitet til å observere seg selv og forstå seg selv dramatisk, som bygger angsttoleranse, og det gir henne en følelse av agens som «booster» alliansen og den positive komponenten av de komplekse overføringsfølelsene. Hun blir kjent med og vender seg mot de regressive karakterforsvarerne.

Terapeuten legger press mot følelsene ovenfor moren, arbeider med forsvarerne som kommer opp, helt til pasienten på ny når terskel ved å begynne å flate ut og få vondt, tar umiddelbart av presset, regulerer angst og oppsummerer prosessen kognitivt. Når angsten er tilbake i tverrstripet muskulatur og pasienten tenker klart om det som skjer, legges det umiddelbart press mot følelser igjen, i et annet hjørne av persontriangelet. Slik hjelper signalsystemet oss å arbeide i pasientens øvre del av toleransevinduet.

Dette arbeidet gir pasienten gradvis andre strukturer for å håndtere følelser uten å overveldes av angst eller være nødt til å ty til skadelig forsvar. Kroppen tåler bedre aktiveringen og pasienten forstår mer. Vi skal nå se på hvordan denne prosessen etter hvert har ført til strukturelle endringer i pasienten som vist i følgende avsnitt. Vi vender tilbake til samme situasjon og samme spørsmål som innledningsvis, etter at vi har brukt 4-5 timer med gradert eksponering som vist over.

T: Hvilke følelser kommer opp i deg ovenfor kjæresten din for å ikke høre på deg?

Pasienten sukker og gnir seg i hendene - et signal om at ubevisste følelser er mobilisert. Angsten kanaliseres gjennom viljestyrt muskulatur. Tampen brenner og vi forventer er modent forsvar

P: Jeg tror ikke jeg fikk opp noen spesielle følelser (modent forsvar fremfor regressivt)

T: (Kommuniserer med de ubevisste signalene, gir de forrang) Du tok et sukk, legger du merke til at noe bygger seg opp? Hvilke følelser er i deg der, under angsten?

Pasienten tar et nytt, dypere sukk og gnir seg i hendene - mobiliseringen øker, en kvittering på at forrige intervensjon traff. Terapeuten vet at vi er nærmere gjennombrudd til følelsen enn noen gang, og arbeidet går riktig vei.

P: Jeg blir egentlig litt sint, for jeg synes det var skikkelig dårlig gjort

Pasienten kan gjenkjenne sinne istedenfor å vende det inn, angripe seg selv og bli deprimert og usikker på seg selv. Angstkanalen er fortsatt i tverrstripet, hun kan tåle angsten i stedet for at angsten går til glatt muskulatur og skaper kramper og plager med tarmen. Angstutløpskanalen og de defensive strukturene er restrukturert. Terapeuten fortsetter press på samme sted, siden mobilisering øker og pasienten er innenfor toleransevinduet.

T: Hvordan kjenner du sinnet fysisk på innsiden?

P: Jeg kjenner bare at det snører seg i brystet men tenker at jeg er sint for det han gjorde

Pasienten kjenner bare angst, isolasjon av affekt som forsvar (kan snakke om det uten å kjenne det) det er fortsatt grønt lys og terapeuten kan fortsette å legge press mot de fysiske opplevelsen av sinne og på veien dit fortsette å legge økende press på og etterhvert utfordring mot forsvar. Dette vil igjen bringe en økning i de komplekse overføringsfølelsene, motstanden i overføringen og UTA.

På dette tidspunktet i behandlingen har pasienten allerede fått betydelig symptomlette på grunn av økt angsttoleranse (mindre diare og krampeproblem) og hevet terskel for behov for fortrenning/selvangrep (mindre deprimert). De føler seg bedre, uten å selv helt forstå hva som er grunnen, og fastlegen kan gjerne bli overrasket da pasienten gjerne har hatt de samme helseplagene gjennom år, til tross for medisinsk oppfølging (Abbass, 2015 s. 212). Bedring i selvfølelse, depresjon og relasjonell fungering på grunn av restrukturerte forsvar (skyver ikke folk fra seg på samme måte, mer aktivt handlende og ansvarlig i eget liv, angriper seg selv mindre og med det mindre depressiv, bedret selvfølelse) er også begynnende, og vil sementere seg mer og mer utover i prosessen i takt med at underliggende angst- og skyldladde følelser bryter gjennom og bearbeides.

Oppgaven er å fortsette syklusen med mobilisering opp til terskel, bringe angst ned og se eget konflikt- og persontriangel og mobilisere opp igjen. Pasienten tåler først *ideen* om egne motstridende følelser, herunder sinne, og etterhvert sterkere og sterkere fysisk aktivering av sinne i kroppen før terskler for angstkanalisering og regressive forsvar slår inn. Til slutt tåler pasienten full mobilisering og gjennombrudd til følelsene og alle de underliggende konfliktene de er en del av kan komme til overflaten for gjennomarbeiding. Når skyldfølelse prosesseres og med det «motoren» i det selvdestruktive systemet slås av, eller drivstoffet brenner opp, fjernes den siste «proppen i systemet» for at pasienten skal kunne omfavne seg selv og livet sitt med menneskene i det fullt og helt. Prosessen innebærer en dyp opplevelse av at selv om kroppen reagerer som om man har gjort noe veldig galt ved å ha disse motstridende følelsene, er de ikke tegn på faktiske forbrytelser, snarere en grunnleggende menneskelighet og en stadfestelse på dyptliggende kjærlighetsbehov.

### **Er det forsvarlig å sette i gang slike dype prosesser innenfor en korttidsramme?**

Demonstrasjonen av anvendelsen av det graderte formatet i kasuset over understreker at ISTDP primært er en kapasitetsbyggende metode. Når man gjenkjenner terskler hjelper man pasienten umiddelbart med angstregulering og bygging av selvobserverende kapasitet. Dette prinsippet gjør det til en trygg metode å bruke, hvor terapeuten ikke trenger om å være bekymret for å «åpne sår og forlate de blødende». En frykt som gjør at mange terapeuter vegrer seg for å gå inn å arbeide med dypereliggende problematikk.

Et viktig moment i så måte er at man innen denne tenkningen ikke antar noen ting når det gjelder pasientens kapasitet til å kunne profitere på behandling basert på diagnoser eller traumehistorie. Vi mobiliserer kjernekonflikter og måler responser. Hvor og når vi møter terskler forteller oss om hvor pasienten plasseres på det psykonevrotiske spektrumet og omtrentlig behandlingsslengde. I det angstutløpskanalen begynner å endre seg, eller regressive forsvar inntreffer, vet vi har nådd terskelen og arbeider systematisk for å heve terskler for symptomutforming. Med en gang angstutløpet er tilbake i tverrstripet muskulatur og pasienten tenker klart, mobiliserer vi videre. Selv om ISTDP er en emosjonsfokusert metode er ikke fokuset på gjennombrudd til følelser, det er på å arbeide utfra pasientens siste respons og intervensjoner derfra. Å få tydeliggjort egne bevegelser i konflikt og persontriangelet fører til dramatisk økt selvforståelse og valgmuligheter. For hvert forsvar som oppklares kommer pasienten ett skritt nærmere sin egen kjerne, og for hver eksponering av de



underliggende følelsene vil tilhørende angst og smerte lindres. Og arbeider man presist i denne prosessen vil følelses gjennombruddene etter hvert komme, noe som fordrer enda dypere heling.

Et annet viktig moment i diskusjonen om hvorvidt det er trygt å sette i gang dype prosesser innenfor begrensede rammer er at etablering av usunn avhengighet avverges gjennom fortløpende oppklaring av slike defensive posisjoner før de rekker å utvikle seg. Fokuset er ikke å få pasienten til å åpne seg og «fortelle alt», men å gradvis jobbe med å øke evnen til å tåle og regulere angst knyttet til underliggende følelseskonflikter, bruke modnere forsvar, forstå seg selv og etter hvert bearbeide følelser innenfor eget toleransevindu.

Det skal imidlertid også legges til at presis manøvrering i dette landskapet forutsetter et visst nivå av ekspertise. Det påhviler enhver som lærer en ny metode å så langt det lar seg gjøre arbeide innenfor ens eget ferdighetsnivå. Fortløpende videoveiledning og gradvis implementering av metoden på mer og mer sammensatte kasus anses maktpåliggende for å redusere sjansen for misallianse, dropout og symptomforverring. En tommelfingerregel her er å innledningsvis kun anvende metoden på pasienter med lav, moderat eller høy grad av motstand uten fortrenkning eller fragilitet i personlighetsstrukturen.

### **Avsluttende om kasuset**

Med kunnskap om metapsykologien i bunn vil terapeuten forvente at pasientens følelseskonflikt består av både sterk kjærlighet med lengsel etter tilknytning til mor, sorg over det elementet av tap som ligger her, sinne over avvissningen og skyldfølelse over sinne. Likeledes vil man forvente lignende følelseskonflikter i relasjon til søster. Vansker med triangulære situasjoner (utagering når flere venninner er sammen) anes også å kunne tilbakeføres hit. Man kan også ane spor av karakterforsvar gjennom identifikasjon med mor (overse seg selv, kritisere seg selv). Terapeutens jobb er å hjelpe pasienten til å tåle full mobilisering av de underliggende følelseskonfliktene så hun ikke lengre trenger livsbegrensende forsvar, og som det mest kurative regner man å kunne faktisk kjenne skyldfølelsen over sinnekomponenten i de ambivalente følelsene, istedenfor å fortsette å straffe seg over å ha hatt disse impulsene i seg. Alle steg på veien hit vil ha en symptomreducerende effekt på pasienten, men til større grad av mobilisering av følelser, til større karakterendringer og mindre fare for tilbakefall (Abbass, 2015).

## **Sammendrag**

Hjulpert av en holdning av å strekke seg helhjertet mot pasienten, et intervensjonssystem for håndtering av motstand, og et konkret signalsystem for monitorering av ubevisste prosesser mobiliseres de underliggende emosjonelle konfliktene og de forstyrrede internaliserte relasjonserfaringene (Killingmo, 2008) som konfliktene springer ut fra. Dette gir direkte innblikk i hvilke idiosynkratiske vansker med emosjonsregulering pasienten har på ulike affektive mobiliseringsnivåer. Om nødvendig restruktureres forsvar og angsttoleransen bygges, før pasienten innenfor sitt toleransevindu kan bringes i direkte kontakt med hittil avstengte og uløste følelseskonflikter som har virket drivende for så vel symptom- som karakterutforming. Målet er full symptomremisjon og karakterendring så raskt som pasientens strukturelle kapasitet tillater.

For ISTDP-terapeuten er som nevnt ikke formaldiagnosen avgjørende for behandlingsstrategi, men hvordan pasienten responderer på den psykiodiagnostiske prosessen. Vi har forsøkt å vise hvordan sammensatte symptomer gir mening i lys av ISTDP sin metapsykologi som fokuserer på transdiagnostiske grunnfenomener som ligger til grunn for psykopatologi, nemlig vansker med å forholde seg til og regulere følelser. Innenfor dette teoretiske rammeverket kan man si at problemene med emosjonsregulering operasjonaliseres som bruk av maladaptive forsvarsmekanismer, og for noen også vansker med selvobserverende kapasitet og angsttoleranse. I tillegg kommer ofte problem med skyldfølelse med tilhørende selvstraff over sinnekomponenten i de motstridende følelsene.

Effektivt arbeid med å bedre emosjonsregulering forutsetter først mobilisering av de vanskelig regulerbare følelsene. Terapeuten mobiliserer de ubevisste kjernekonfliktene og legger press mot opplevelsen av de unngåtte følelsene som er vanskelige å regulere. Da vil den enkelte pasients spesifikke problematiske forsvarsmekanismer og eventuelle vansker med angsttoleranse og selvobserverende kapasitet komme direkte til syne og man kan jobbe systematisk med disse.

I det ovenstående kasuset ser vi en person som kommer inn med tilbakevendende depresjoner, unnvikende personlighetsforstyrrelse, irritabel tarm med kramper og løs mage med betydelig karakterforankret problematikk med relasjoner og selvfølelse.

Vi så hvordan det å organisere kontakten med å legge direkte press mot pasientens følelser i symptomintensiverende situasjoner fikk opp de ulike karaktervanskene og symptomene nærmest som perler på en snor. Først de regressive karakterforsvarene, forenklet sagt kildene til depresjon, dårlig selvfølelse og relasjonsvansker (hjelpeløshet, eksterialisering og selvangrep som de viktigste). Dette var stabile strukturer pasienten så på som deler av seg. Når hun begynte å vende seg mot forsvaret stiger angsten innenfor toleransevinduet. Ved videre påtrykk nås en terskel for fortrenkning av de blandede følelsene, hvor de gastrointestinale symptomene kommer.

Gjennom et kapasitetsbyggende format så vi etterhvert tegn på strukturelle endringer. Pasienten fikk ikke lenger mageplager eller ble flat/deprimert med massive selvanklager når hun nærmet seg motstridende følelser som involverer sinne, men kunne snakke om det, og ha angst i tverrstripet muskulatur. Slik heves terskler for symptomutforming med gradvis eksponering som til slutt gir full tilgang til gjennombrudd til ubevisste følelseskonflikter. I denne prosessen skjer karakterendringer.

Måten å organisere kontakten tett opp til arbeid i de to trianglene, samt velutviklede systemer for å håndtere motstand, monitorere grad av mobilisering av ubevisst materiale samt klare retningslinjer for timing og dosering av intervensjoner gjør det mulig å arbeide oversiktlig og effektivt med sammensatte symptom- og karakterlidelser i øvre del av pasientens toleransevindu. Dosering av virksomme element teller mer enn antall timer for at endringsprosesser skal skje, det er derfor å håpe på at flere studier kan bekrefte den økende trenden mot at sammensatte, karakterforankrede og ofte behandlingsresistente vansker kan behandles med godt resultat innenfor den korttidsrammen som oftest er tilgjengelig.

### **Avsluttende drøfting**

Teoretisk drøfting eller vurdering av ISTDP som metode ligger utenfor oppgavens formål. Vi vil likevel kort nevne noen erkjennelser. Selv om metoden har vist seg å produsere store effektstørrelser som varer (eller øker) over tid for et bredt spekter av tilstander så stemningslidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og somatiske tilstander (se Abbass, Town og Driessen, 2012, Solbakken & Abbass 2013; 2014; 2015; 2016, Town og Driessen, 2013), er slike utfallsdata selvfølgelig ikke tilstrekkelig til å si noe om psykoterapiteoriens gyldighet. Det kun et fåtall prosess/utfallsstudier som bidrar til å validere enkelte deler av underliggende antagelser så som direkte sammenheng mellom

grad av intensitet i emosjonell opplevelse, opplåsning av det ubevisste og utfall (blant andre Abass 2002, Town, Abbass & Bernier 2013; Johansson, Town & Abbass 2014). Det kan for eksempel tenkes at denne arbeidsmåten potensierer fellesfaktorer, eller at det er andre spesifikke faktorer enn de postulererte som fører til positivt utfall.

Et annet moment vi vil nevne handler om det store elementet av fortolkning av ikke-målbare fenomener, som ubeviste prosesser, som modellen legger til grunn. Man kunne for eksempel spørre til hvilken grad opplevelsen av følelser i terapisisituasjonen er en bevisstgjøring av hittil ubevisste følelser som har ligget der hele tiden eller til hvilken grad følelsene genereres i den dynamiske prosessen mellom terapeut og pasient (McWilliams, 1999). For en diskusjon om den vitenskapelige statusen til ubevisste kognitive, affektive og motivasjonelle prosesser henviser vi til Westen (1998) og Kihlstrom (2015) som to ulike stemmer i debatten.

En styrke i så måte er den utstrakte bruken av audiovisuelle opptak under så vel utviklingen av modellen, i forskning, opplæring, veiledning og daglig praksis som gjør fortolkningsgrunnlaget transparent og bidrar til tydelige operasjonaliseringer og konkretisering av fenomener.

Om man ser på det konkrete innholdet i vignettene over, finnes det selvfølgelig også andre måter å fortolke materialet og andre modeller man kan anvende, som forutsetter andre virkningsmekanismer og kausalitetsprinsipp som også kan være effektive.

## **Konklusjon**

Det er behov for måter å forstå komplekse karakter- og symptomlidelser og ha måter å arbeide med disse innenfor korttidsrammer. ISTDP har et teoretisk rammeverk, operasjonaliserte prinsipper og en gryende evidensbase for å kunne være et godt alternativ for en undergruppe av disse pasientene. Vi har gjort rede for psykodiagnostikk og behandling ved hjelp av metoden, med et særlig fokus på sammensatte lidelser.

Vi har sett at det som etter en formalutredning tilfredsstillende såvel kriterier for angstlidelse, depresjon, irriterbar tarm og personlighetsforstyrrelse har noe med hverandre å gjøre. Symptomene gir helhetlig

mening i konteksten av ubearbeidede følelseskonflikter med tilhørende ulike typer angstmanifestasjoner og ulike typer av forsvarsmekanismer. Veien til frigjøring av såvel symptomer, kroppslige plager og karakterproblematikk går via restrukturering av selvobserverende kapasitet, angsttoleranse og forsvarsstrukturer i de tilfellene dette er nødvendig, til direkte prosessering av underliggende følelseskonflikter. Når følelsene oppleves trigger de ikke lenger angst og da drives heller ikke problemskapende forsvar, eller driver et selvsaboterende behov. Det er med illusjonen om at følelser skal være farlige og må unngås, som med trollene i eventyret, de sprekker i lyset.

Oppsummert kan vi si at ISTDP postulerer at tilknytningstraumer, eller frustrerte tilknytningsbestrebelse, igangsetter en kjedereaksjon hvor pasientens selvstraffende måte å håndtere de intense motstridende følelsene fører til symptomer, relasjons- og selvfølelsesvansker. Med hjelp til å håndtere disse følelsene på sunne måter vil man kunne frigjøre seg helt fra traumenes innvirkning. Pasienten trenger ikke gjøre seg til gissel av at noen andre skal endre seg. Selv om det er vanlige *konsekvenser* av en ISTDP-behandling, er det ikke primært gjennom interpersonlige hendelser som selvheldelse og konfrontasjon og/eller reparasjon av brutte bånd at heling skjer.

Gjennom den terapeutiske prosessen, løses pasientens intrapsykiske konflikter og pasienten blir igjen i stand til å se seg selv som en kjærlig person, hvor den primitive aggresjonen er forståelige uttrykk for dypt frustrerte kjærlighetsbehov. Skyldfølelsen over de primitive raseriet blir, når den kommer til bevissthet, en stadfestelse av dyptgripende kjærlighet, fremfor en kilde til psykologisk krigføring mot seg selv. Pasienten som nå ikke er engstelig for disse følelsene på innsiden, trenger heller ikke forsvar for å holde dem unna. Hun trenger ikke lenger ta ut avstand til andre eller være redd for den nærheten hun søker. Med dette vil hennes naturlige trang til tilknytning, vekst og helhet få utspille seg og hun kan leve resten av sitt liv med naturlig frihet fra nevrotiske hindringer. Hun vil kunne inngå i relasjoner til andre på nye måter, og med det sette i gang ytterligere gode sirkler. Den ofte generasjonsbundne stafettspinnen av smerte knyttet til frustrerte kjærlighetsbehov blir brutt med ringvirkninger langt inn i fremtiden. Mer kjærlighet, mer trygghet, mer frihet, mer vekst og mer glede for de som lever nå og fremtidige generasjoner. Det er disse “ideal-utfallene”, som i takt med vår egen utvikling inntreffer stadig oftere, som gjør det så givende å arbeide med denne formen for intensiv dybdeterapi.

Som en tidligere sterkt selvkritisk og følelsesmessig distansert pasient av en av oss sa det etter gjentatte gjennombrudd til alle de konfliktfylte følelsene: «Its hard to have so much love and nowhere to put it».

## Referanser

- Abbass A. (2015). *Reaching through Resistance: Advanced Psychotherapy Skills*. Kansas City: Seven Leaves Press.
- Abbass A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: a pilot study. *Depression & Anxiety*, 23, 449–552.
- Abbass, A. & Bechar, D. (2007). Bringing character changes with Davanloo's Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy. *Ad Hoc Bulletin of Short Term Dynamic Psychotherapy*; 11(2), 26-40.
- Abbass, A., & Katzman, J. (2013). The Cost-Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 43 (11), 496-501.
- Abbass, A., Town, J., & Driessen, E. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. *Harvard review of psychiatry*, 20(2), 97-108.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious*. Chichester: Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD*. Chichester, England: Wiley.
- Davanloo, H. (2005). Intensive short-term dynamic psychotherapy. I B. J. Sadock & V. A. Sadock, (red.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (2628-2652). Lippincot: Williams and Wilkins.
- Binder, P-E., Høstmark, G., Nielsen, A.H., Schanche, E., Holgersen, H. (2013). Med følelsene i sentrum – utviklingstrekk innenfor dynamiske og humanistiske terapiformer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50 (8), 790-794.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Washington, DC: Seven Leaves Press.
- Freud, S (1926). Inhibitions, symptoms and anxiety. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 2 (s.75–175). London: Hogarth Press.
- Gilbert, P., Gilbert J. & Irons, C. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1), 149 - 160.
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En

- transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 247-252.
- Hansen, R. S., Bakkevig, J. F., Langvasbråten, B., Solbakken, O. A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidsterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 50(8), 838-844.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329–343.
- Johansson, R., Town, J. & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness And association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ* (2) e548
- Kihlstrom, J. F. (2015). Dynamic versus Cognitive Unconscious. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–8.
- Killingmo, B. (2007). Relasjonsorientert karakteranalyse: En posisjon i dagens psykoanalyse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(2), 125-131.
- Kuhn, N. (2014). *Intensive short-term dynamic psychotherapy. A reference*. North-Charlestown, SC: Experient publications.
- Lebaux, D. J. (2000). The role of the conscious therapeutic alliance in Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 14, 39-48.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. New York. Guilford press.
- Neborsky, J. N. (2006). Brain, mind and dyadic change processes. *Journal of clinical psychology*, 62, 523-538.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior Change* (6.utg.), (169–219). New York: Wiley
- Malan, D. H. (1995). *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. (2.utg.). London: Butterworths.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., Johnson, T., Mulder, R., Kool, S., Dekker, J., Schoevers, R. (2014). Influence of personality on the outcome of treatment in depression: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality*



- Disorders*, 28(4), 577-93.
- Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L., Ulvenes, P. (2013). Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 781-789
- Solbakken, O. A. & Abbass, A. (2013). Effective Care of Treatment-Resistant Patients in an ISTDP-Based In-Patient Treatment Program. *Psychiatric Annals* 43(11), 516-522.
- Solbakken, O. A. & Abbass, A. (2014). Implementation of an intensive short-term dynamic treatment program for patients with treatment-resistant disorders in residential care. *BMC Psychiatry* 14(1) 1.
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2015). Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of affective disorders*, 181, 67-77.
- Solbakken, O. A., & Abbass, A. (2016). Symptom-and personality disorder changes in intensive short-term dynamic residential treatment for treatment-resistant anxiety and depressive disorders. *Acta neuropsychiatrica*, 1-15.
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse J., Leichsenring, F. (2014) Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168.
- Ten-Have de Labije, J. & Neborsky, R. (2012). *Mastering Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: A Roadmap to the unconscious*. Karnac.
- Town, J. M., & Driessen, E. (2013). Emerging evidence for Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy with personality disorders and somatic disorders. *Psychiatric Annals*, 43(11), 502.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124(3), 333.
- Whittemore, J.W. (1999). The application of Davanloo's intensive short-term dynamic psychotherapy to a complex masochistic patient with panic, functional and somatization disorders: From the «frying pan» into freedom. Part 2. *International Journal of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*, 13, 17-48