

Styrking av psykoanalytisk kompetanse – en ledelsesoppgave

Pasienter med psykiske lidelser gir ofte uttrykk for at behandlingstilbudet de får i offentlig psykisk helsevern er utilstrekkelig. Behandlingen er som regel svært kortvarig, og mange pasienter føler seg lite forstått og respektert. Behandlerne kritiseres ikke sjelden for å være arrogante og for å ha begrenset innsikt i og interesse for pasientens plager. Det oppstår lett en ond sirkel med pasienter som henvises på ny og behandlerne som slutter pga. arbeidsmessig belastning. Ledere og fagansvarlige i psykisk helsevern oppfordres til å ta denne utviklingen på alvor og utvide sin forståelse ved å ta i bruk ny kunnskap fra det psykoanalytiske fagfelt.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Tove Kjersti Kjøseth
 tkkjol@online.no
 Institutt for Psykoterapi
 Nydalsveien 15
 0484 Oslo

Dagens offentlige psykiske helsevern er preget av rasjonalisering og effektivisering. Man arbeider for en stor del ut fra en tradisjonell medisinsk sykdomsmodell, med deskriptiv kategorisering av diagnoser og standard behandlingsopplegg. Ofte gis det lite rom for individuell variasjon. Man retter søkelyset mot observerbare symptomer som angst, depresjon, utmattelse, selvskading og spisevegring. Behandlingstilbudet består gjerne av en kombinasjon av medikamenter og kognitiv terapi eller atferdsorientert terapi. Målet er å redusere symptomene raskt ved hjelp av relativt enkle teknikker. For noen kan dette helt klart være nyttig og tilstrekkelig. Effekten av slik behandling er også vitenskapelig dokumentert ved randomiserte, kontrollerte studier, som lett lar seg administrere på symptomdiagnoser. Funn fra slike studier legges til grunn for anbefalte behandlingsmetoder. Mange pasientene med symptomdiagnoser har imidlertid også personlighetsmessige problemer som innebærer en sårbarhet for å utvikle symptomlidelser og som som regel vil prege forløpet av lidelsen. Hvis personlighetsproblemerkene overses, kan forløpet lett bli komplisert og symptomene vende tilbake igjen kort tid etter avsluttet behandling.

Økt forekomst av personlighetsforstyrrelser

Epidemiologiske undersøkelser viser økt forekomst av personlighetsforstyrrelser.

Dette kan ha sammenheng med bedre diagnostiske verktøy, men man ser heller ikke bort fra samfunnsmessige variabler, noe det vil føre for langt å gå inn på her. Det vesentlige i denne sammenheng er at en meget stor andel av de pasientene som tas imot ved psykiatriske poliklinikker viser seg å ha personlighetsforstyrrelser eller personlighetsmessige vansker av en slik karakter at funksjonen i arbeidsliv, i familien og på det generelle sosiale plan er vesentlig redusert.

Personlighetsforstyrrelser kjennetegnes hovedsakelig ved uhensiktsmessige måter å regulere følelser, atferd og forholdet til andre mennesker på. Ofte kan det være store motsetninger mellom personens ytre uttrykk og indre følelser og motiver. Mye oppmerksomhet rettes mot den problematiske ytre atferden, mens det indre grunnlag kan være skjult og lite tilgjengelig. Personlighet og personlighetsforstyrrelser regnes for å være relativt stabile elementer og vanskelig å modifisere, nettopp fordi mye av dynamikken foregår på det ubevisste plan.

Nyere årsaksforståelse

Mønsteret for måten vi forholder oss til våre egne følelser og andre mennesker på, antas å være dannet meget tidlig i livet. Spedbarnsforskning og nyere nevrovitenskapelig forskning har bidratt med verdifull kunnskap om hvorledes tidlige mønstre for samspill etableres og opprettholdes (1–3). Tilknytningsteori og hukommelsesteori har fått økt aktualitet og relevans (4, 5). Man tenker seg at spedbarnet er genetisk programmert til å knytte seg til andre, primært til omsorgsgiver. Følelser er sentrale elementer i dette tidlige biologiske samspillssystemet. Barnet og den voksne toner seg følelsesmessig mot

hverandre, og kvaliteten i dette affektive samspillet er avgjørende for barnets opplevelse av trygghet, stabilitet og anerkjennelse.

Tidlige tilknytningserfaringer kobles med affekt og danner grunnlaget for hvorledes personligheten organiseres og følelser reguleres i stabile mønstre. Relasjonserfaringer internaliseres i indre strukturer for oppfatning av og forhold til andre mennesker. Ny forskning viser også hvordan ulike tilknytningmønstre påvirker den nevrofysiologiske utvikling og balanse.

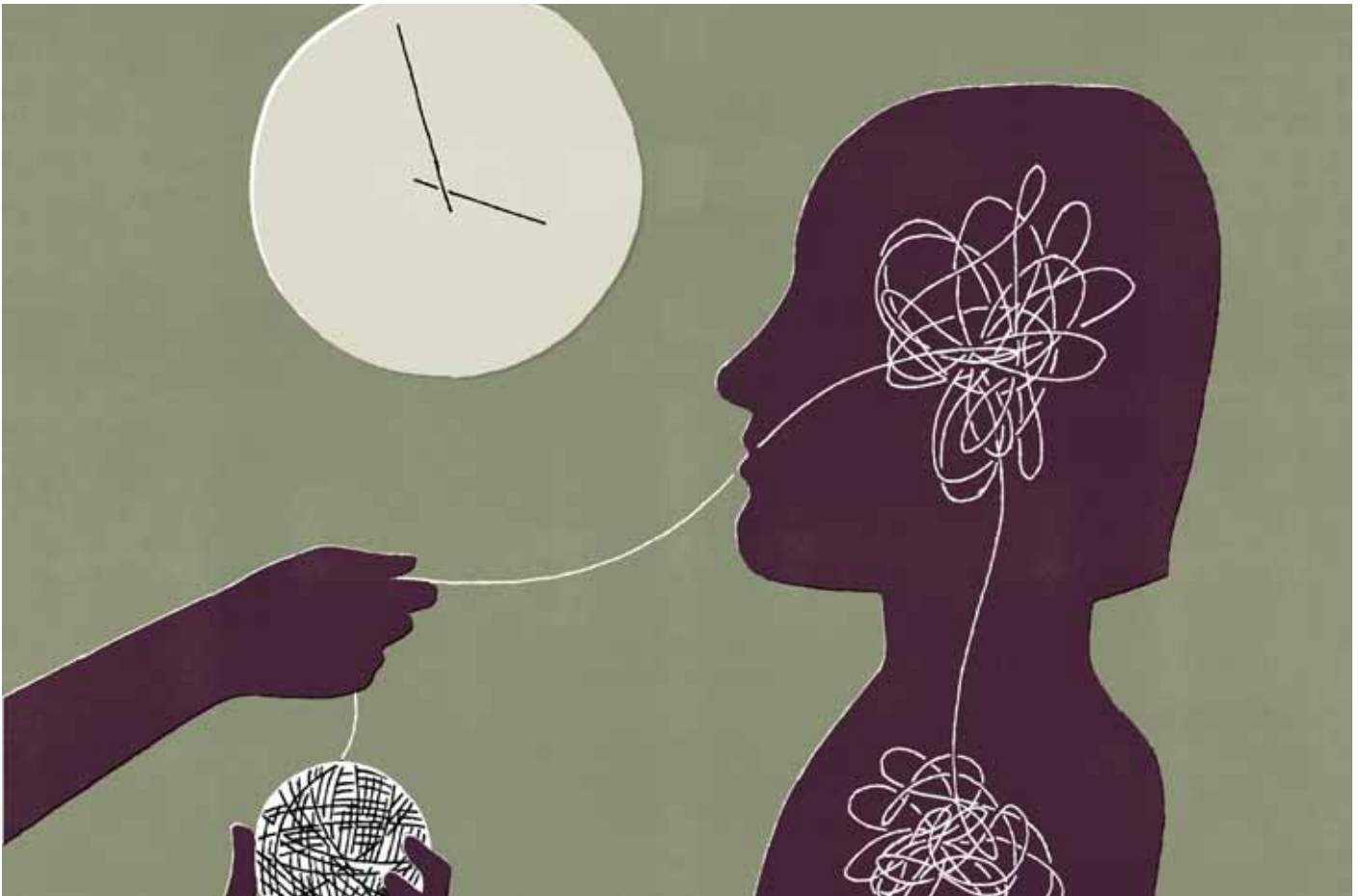
Det interessante i denne sammenheng er moderne hukommelsesteori, som viser at disse tidlige opplevelser av samspill har sitt opphav og lagres i deler av høyre hjernehalvdel som er dannet lenge før de kognitive områder i venstre hemisfære. Tilknytningssystemet ligger klart ved fødselen, og erfaringene lagres i nervenetverk i det limbiske system. Nettverkene danner en slags koder som styrer atferden. Disse tidlige aktiveringene er ubevisste.

Innen moderne hukommelsesteori defineres to ulike former for hukommelse: den implisitte og den eksplisitte. Implisitt hukommelse er tidlige og ubevisste aktiveringer, erfaringer og prosedyrer. Dette er innarbeidede, nærmest automatiske mønstre for atferd og affektiv respons. Eksplisitt hukommelse, også kalt deklarativ hukommelse, er gjennerindring av konkrete hendelser eller episoder, som kan forstås og settes i en meningsfylt sammenheng. Dette er ikke mulig før det kognitive apparat er utviklet ved to års alder. De tidlige erfaringene kan ikke gjenskapes kognitivt i konkrete minner, gis mening eller omtales i språket. Imidlertid gjenkjennes de ubevisst og preger atferdsmønsteret. Ny viten om høyre hjernehalvdels funksjon har altså gitt et betydningsfullt tilfang til psykoanalytisk teori om det ubevisste (6, 7).

Et vesentlig problem for pasienter med personlighetsforstyrrelser er at atferden aktiveres av ubevisste prosesser i hjernen. En angstrespons knyttet til en tidlig relasjonserfaring vil for eksempel ikke kunne forstås og reguleres ved hjelp av kognitive og rasjonelle funksjoner. Responsen ageres ut på en måte som er uhensiktsmessig i den aktuelle situasjon. Innlæring av nye atferds- og tenkemåter vil være lite virksomt hvis man ikke går veien om det ubevisste.

Konsekvenser for psykoterapitilbudet

Ny forskning viser således at mens kognitive teknikker kan være effektivt overfor



Illustrasjon Kari Stai, Patron

plager relatert til vår eksplisitte hukommelse, gjerne konkrete problemområder oppstått noe senere i utviklingen, vil en slik tilnærming sjelden være tilstrekkelig overfor pasienter med personlighetsforstyrrelser eller alvorlige personlighetsmessige vansker. Her må man som regel arbeide en god stund på det affektive plan før ubevisste erfaringer av samspill kan oppdages, språkliggjøres, forstås, gis mening og forandres. Det særegne mellommenneskelige møtet som oppstår i relasjonen mellom pasient og terapeut blir sentralt i terapien (8). I denne relasjonen må terapeuten, ved siden av å innta et overordnet, observerende perspektiv, være henvendt mot egne følelsesmessige og kanskje ubevisste sider for å forstå (9).

I en slik interaksjon utspilles tidlige tilknytningmønstre slik at de ikke bare navnesettes med ord, men oppleves følelsesmessig. Nettopp dette opplevelsesaspektet antas å være en betingelse for dypere endring. Nye relasjonsopplevelser av annerledes karakter og kvalitet kan gradvis danne grunnlag for andre og mer hensiktsmessige måter å regulere følelser og forholde seg til andre mennesker på. En slik prosess vil nødvendigvis forutsette en viss intensitet og varighet. Psykoanalytisk orientert terapi inneholder slike virkemidler. I moderne psykoanalytisk behandling og forståelse

er man mer og mer opptatt av hvordan tidlige tilknytningmønstre aktiviseres og modifiseres i det intersubjektive møtet mellom pasient og terapeut, etter hvert også av de nevrofysiologiske korrelater (10).

Forskningsresultater

I løpet av de siste tiår har det vært forsket mye på effekten av psykoanalytisk orientert terapi, med stadig mer avanserte og tilpassede metoder. Man har i disse studiene særlig vært opptatt av kvalitative virkemidler i terapien, men vi har også data fra mer kontrollerte studier der pasienter har vært fulgt før, under og etter behandling. I tillegg har vi sammenlikningsstudier med kontrollgrupper. Det foreligger i dag et klart vitenskapelig grunnlag for å hevde at disse behandlingsformene har effekt. Avhengig av hvordan data blir innsamlet og hvilke effektkriterier som brukes, varierer bedringsraten mellom 60 % og 90 %. Generelt er det tre sett av effektmål som brukes i psykoterapiforskningen:

- Tilpasning til samfunnet – i form av mestring av arbeid og behov for trygdeytelser og helsetjenester
- Pasientens subjektive opplevelse av situasjon og symptomer
- Terapeutens vurdering av pasientens utvikling og modenhet

Psykoanalytisk orientert terapi viser seg å ha effekt på et vidt spekter av psykiske lidelser, men er spesielt virksomt overfor personlighetsmessige problemer og personlighetsforstyrrelser. Funnene viser bedret sosial tilpasning og bedre arbeidsmessig fungering, bedret selvfølelse og økt evne til å forholde seg til vanskelige følelser og psykiske belastninger. Flere studier viser også redusert sykefravær og mindre bruk av offentlig helsetjeneste. Undersøkelser viser at positive resultater ser ut til å holde seg og at bedring og selvutvikling ofte fortsetter etter terapislutt (11, 12).

Et gjennomgående funn fra psykoterapiforskningen er at resultatet i stor grad har sammenheng med alliansen mellom pasient og terapeut, den spesifikke teknikk som utøves er av mindre betydning.

Utfordring for ledere og fagansvarlige

Psykoanalytisk kunnskap bør tas på alvor i organisering og planlegging av vårt psykiske helsevern. Mange steder legges det dårlig til rette for at psykologer og psykiatere i videreutdanning får muligheten til å øke sin kompetanse innen psykoanalytisk orientert forståelse og terapi. Mange må betale utdanningen helt eller delvis selv, mens utdanning i for eksempel kognitiv terapi som regel dekkes av arbeidsgiver.

Ledere og fagansvarlige ved offentlige institusjoner oppfordres til praktisering av moderne psykoanalytisk orienterte behandlingsformer og til å besørge kompetanseheving på området.

Noen ganger er bruk av tid kostnads-effektivt. Behandlingsformen og ikke minst forståelsesmåten er dessuten fullt ut anvendbar i fleksible og mindre tidkrevende rammer. En psykoanalytisk fundert forståelse av problemet vil kunne bidra til mer positiv kommunikasjon mellom pasient og behandler fra starten av. For den det gjelder kan dette faktisk være av avgjørende betydning.

Litteratur

1. Stern DN. The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis and development psychology. New York: Basic Books, 2000.
2. Trevarthen C. Brain circuits and functions of the mind. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
3. Schore AN. Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1994.
4. Fonagy P. Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press Books, 2001.
5. Damasio A. The feelings of what happens: body and emotion in making consciousness. New York: Harcourt, 1999.
6. Schore AN. The human unconscious: the development of the right brain and its role in early emotional development. I: Green V, red. Emotional development in psychoanalysis, attachment theory and neuroscience. London: Brunner-Routledge, 2003: 23–54.
7. Stern DN. The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton, 2004.
8. Aron L. A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis. Hillsdale, NJ: The analytic press, 2001.
9. Bromberg PM. On knowing one's patient inside out: the aesthetics of unconscious communication. Psychoanalytical Dialogue 1991; 1: 399–422.
10. Beebe B, Knoblauch S, Rustin J et al. Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment. New York: Other Press Books, 2005.
11. Sandell R, Blomberg J, Laza A et al. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). Int J Psychoanal 2000; 81: 921–42.
12. Fonagy P, Roth A, Higgitt A. Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. Bull Menninger Clin 2005; 69: 1–58.

Manuskriptet ble mottatt 8.5. 2007 og godkjent 29.5. 2007. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.