



Anders Flækøy Landmark

Psykologspesialist
Oslo

Noen tanker om intensiv psykoterapi

Anders Flækøy Landmark, er psykologspesialist ved Diakonhjemmet sykehus, avdeling BUP-Vest i Oslo, Norge. I artikkelen beskrives hvordan psykodynamisk intensiv psykoterapi kan fungere med barn og ungdommer som har fått neuropsykiatriske diagnoser eller når den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken anser at "noe mer" er nødvendig som behandlingstiltak. Artikkelen fokuserer på å utforske de underliggende prosessene og strukturene som produserer og vedlikeholder barnets problematikk.

Hensikten med denne artikkelen er å drøfte når det kan være hensiktsmessig med intensiv psykoterapi og hvordan et slikt behandlingsopplegg bør organiseres. Med begrepet "intensiv" menes i det offentlige psykiske helsevern, psykoterapi to ganger i uka. Med begrepet intensiv menes også at man på forhånd ikke avtaler når behandlingen avsluttes, selv om man ofte anslår et tidsperspektiv, men at avslutning drøftes underveis i behandlingsforløpet. Innen det psykiske helsevern er intensiv psykoterapi ofte knyttet til psykoanalytisk kunnskap om psykisk lidelse, psykisk utvikling og endring.

Bakgrunnen for denne artikkelen er at det virker som dette behandlingstilbudet er nedprior-

itert i det offentlige psykiske helsevern til fordel for kortere behandlingsløp. Noe av grunnen til dette tror jeg kan komme av at intensiv psykoterapi er en tidkrevende behandlingsform og slik sett kan oppfattes å stå i et konfliktforhold til krav om pasientgjennomstrømming og kostnadseffektivisering i helsevesenet. Ser vi til forskningen viser den at intensiv behandling har en god effekt på barn med relativt omfattende og komplekse psykososiale vansker som har vedvart over lang tid (Verhaugt-Pleiter, A., Zevalkink, J., Scheemts, M.G.J. 2008; Fonagy og Target, 1998).

Selv om det ideelt sett skulle vært slik at intensiv psykoterapi var en del av et mangfold av behand-

lingsformer innen det offentlige psykiske helsevern for barn og ungdom, er det i praksis ikke slik. Det er vel heller slik at spørsmålet om ”hvilken form for psykoterapi skal poliklinikken tilby barnet/ungdommen?”, egentlig er overflødig fordi det på poliklinikken ikke finnes så mange ulike former å velge i. Det er ikke sikkert at det på klinikken er ansatt en behandler som er utdannet psykoterapeut med fordypning i intensiv psykoterapi. Det vil si at noen av de barna som strever mest står i fare for ikke å få den behandlingen som de har behov for.

Hvem tilbyr vi intensiv psykoterapi?

Etter en utredning står man overfor spørsmålet om hva slags behandlingsform som er mest hensiktsmessig for barnet og dets familie. Et av spørsmålene kan være: skal man tilby psykoterapi og i så fall hvilken psykoterapi? I enkelte saker vurderer man at barnet og dets familie er i behov av intensiv psykoterapi. Når jeg skriver ”barnet” har jeg en ni-ti åring i tankene. Det utelukker ikke at intensiv psykoterapi også kan være hensiktsmessig for yngre barna. Det er mange eksempler på for eksempel at sterkt traumatiserte adoptiv barn, har fått god hjelp av intensiv psykoterapi.

En annen inngang til spørsmålet om psykoterapi kan være at man etter en eller annen form for utredning starter opp en behandling som for eksempel foreldre-barn samtaler og etter en tid opplever at noe mer må til for å hjelpe barnet. Hva dette ”noe mer” skal være avhenger av saken, men noen ganger kan det være intensiv psykoterapi.

Når et barn blir henvist til poliklinikken har de ofte hatt vansker over lenger tid. Som regel er det en bekymring hos omgivelsene knyttet til symptomene hos barnet. Symptomene uttrykker at noe er i veien. Symptomene til barnet har delvis en sammenheng med barnets forhold til omgivelsene. Slik sett er et barns psykiske vansker ikke bare et tegn på et indre hos barnet, men at noe har låst seg fast ikke bare hos barnet, men også i forhold til omgivelsene. Derfor er det viktig å inngå et samarbeid ikke bare med foreldrene, men også skolen/barnehagen barnet går. Det finnes en rekke grunner til å være forsiktig med en individuell behandling av barn. En grunn er betydningen av familiedynamikken omkring barnets vansker.

Oftentimes er barnets vansker delvis en del av samspillet mellom familiemedlemmene og symptomene kan være tegn på konflikter eller uhåndterbare affekttilstander i familien. Dette gjør ikke psykoterapi umulig, som kontraindikasjoner er de relative og ikke absolutte. Situasjonen krever en refleksjon og en avveining hvis man skal gå i gang med et individuelt behandlingsarbeid.

Det er viktig at det legges til rette for gode og praktiske behandlingsrammer og teamarbeid er en viktig del av dette (Landmark og Lohne, 2010). Det er viktig at når man tilbyr intensiv psykoterapi er det bare en del av et helhetlig behandlingsopplegg rundt barnet og familien. Når det gjelder barn og ungdom er vi også avhengige av å tenke på systemene pasienten er en del av, særlig familie og skole, og ha gode samarbeids relasjoner til disse systemene i barnets liv. For eksempel, når det gjelder et så omfattende og tidkrevende prosjekt som intensiv behandling er det viktig at foreldrene synes behandlingen gir mening og at de er i en livssituasjon hvor behandlingen er praktisk gjennomførbart.

Det er mange faktorer å forholde seg til når man stiller spørsmålet om hvem vi tilbyr intensiv psykoterapi og jeg vil avgrense diskusjonen til tre beslektede begreper: 1. Indikasjoner; 2. Egnethet; 3. Tilgjengelighet. Dette er begreper som sier noe på individnivå.

1. Indikasjoner

Indikasjoner er sett på som en veileder eller angivning om en bestemt behandling på bakgrunn av symptomer eller fakta i pasientens historie. En kontra-indikasjon er tilsvarende en anvisning om at en behandling ikke skal anvendes. Begrepet indikasjoner referer ofte til distinkte tegn eller symptomer eller en konstellasjon av tegn som et kriterium for anvendelse av behandlingen.

Diagnose kriterier og indikasjoner er ofte knyttet tett sammen. Indikasjoner forstått på denne måte finner vi også i dag når det gjelder diskusjonen om strategier for behandlingsvalg. Når man hevder at diagnosetyper skal være retningsgivende for hvilken behandlingstype som bør anvendes er det denne tekningen som ligger bak. Tanken er at spesifikke teknikker har spesifikke effekter på en gitt tilstand, uavhengig av hvem som gir terapien

og hvem som mottar den. For eksempel kognitiv atferdsterapi overfor angsttilstander og tvangstilstander. Barn med atferdsvansker responderer best på kognitiv atferdsterapi kombinert med funksjonell og strukturert familiebehandling. ADHD-tilstander lar seg best behandle ved såkalt multimodal terapi – en behandling sammensatt av flere metoder.

Innenfor en psykoanalytisk tenkning mener man at for de fleste psykiske lidelser er diagnoser et ufullstendig utgangspunkt for valg av behandling. Diagnoser dreier seg om det manifeste, observerbare mønster og symptomer, og favner ikke det latente nivå – de underliggende prosesser og struk-

...i psykoterapi med barn retter man seg primært mot å arbeide med de underliggende psykologiske prosesser som bidrar til å produsere og opprettholde barnets vansker.

turer som produserer og vedlikeholder barnets vansker. I praksis vil forståelse av de underliggende psykiske prosesser være avgjørende for hva vi tenker barnet og familien har behov for. Dette vil ikke si at diagnostisering og forskningen som knytter diagnosekategorier og ulike behandlingsformer sammen, er irrelevant. I den kliniske praksis er det vel slik at

for å lage oss et bilde av barnets vansker og behandlingsbehov drar vi veksler på generell kunnskap og kontekst kunnskap som for eksempel informasjon om barnets liv og familiedynamikken.

Shirk og Russell (1996) fremhever at i psykoterapi med barn retter man seg primært mot å arbeide med de underliggende psykologiske prosesser som bidrar til å produsere og opprettholde barnets vansker. Barn som har vansker knyttet til basale psykologiske prosesser er i behov for behandling over lengre tid og barn med så omfattende vansker er ikke en gang i uka tilstrekkelig, men utfallet er godt hvis de får et mer intensivt tilbud (Verhaugt-Pleiter, et.al., 2008).

Mange barn som kommer til det offentlige psykiske helsevern strever med forstyrrelser knyttet til basale psykiske prosesser som bearbeide inntrykk, etablere fellesfokus, regulere egne følelser. Dette er vansker som ofte er forstått som nevro-psykologiske forstyrrelser. Enkelte er hypersensi-

tive for inntrykk og blir fort overveldet. Noen har vansker med å etablere en intersubjektivitet og oppleve kontakt med et annet menneske. Andre har vansker med å gripe mening og forstå hvorfor andre gjør som de gjør. Andre har vansker med å skille fantasi og virkelighet, det er en manglende sammenheng i den indre verden, svakt oppmerksomhetsspenn, svak hukommelsesfunksjon og språkvansker. De kan videre ha forstyrrelser knyttet til mentale representasjoner av selv og/eller andre; svak frustrasjonstoleranse; vansker med affekt regulering; vansker med å differansiere selv-andre.

Barn som strever med flere av disse tingene vil ha betydelig vansker i samspill og samvær med andre mennesker. Avhengig av graden og hvor lenge vanskene har vedvart vil det kunne få alvorlige konsekvenser for deres emosjonelle, kognitive og sosiale utvikling. Når vi klarer å se vanskene i basale psykologiske prosesser i sammenheng med barnets subjektive opplevelsesverden får barnets atferd også en psykologisk mening, men det forutsetter at man forstår den psykiske realitet til barnet. For å forstå barnets psykiske realitet er det viktig å utrede barnets subjektive opplevelser og tause relasjonserfaringer (Landmark og Lindstad, 2008). Målsettingen med en behandling av et barn vil ikke være å endre de basale psykologiske prosessene, men å arbeide med det de utviklingspsykologiske konsekvensene disse vanskene har ført med seg for barnet. Innen psykoanalytisk tenkning vil man særlig være opptatt av de relasjonelle konsekvensene. For eksempel vil man fokusere på det barnet tar for gitt vil skje i samvær og samspill med andre mennesker.

En 15 år gammel gutt henvist for stor tilbaketrekning og vansker med sosialt samvær med jevnaldrende, kan illustrere dette. Han kom til klinikken etter et psykisk sammenbrudd. Foreldrene måtte hjelpe ham til det meste i hverdagen. Han klarte å gå på skolen. Tidligere hadde han vært svært flink på skolen, men skolefaglig hadde han falt det siste halve året. I anamnesen kom det frem at han egentlig hadde hatt vanskeligheter med jevnaldrene hele sitt liv og foretrukket voksne. Foreldrene hadde alltid oppfattet ham som lynende intelligent og lagt forholdende til rette for hans ønske om å lære språk og statsvitenskap. Undersøkelse av ham viste normal intelligens samt vansker knyttet til å etablere en intersubjektivitet. Han viste vansker med å være i en som-om modus

Vansker med å etablere en intersubjektivitet får følger for barnets evne til å gripe omsorgsgivers mentale og emosjonelle tilstedeværelse

slik at tanker og følelser fort ble konkrete for ham. Den indre verden virket fragmentert og han hadde vanskeligheter med å skape sammenheng. Han formidlet på den ene side ønsket om distanse til andre for å oppleve oversikt og stabilitet i virkeligheten. I distansen og oversikten opplevde han en voldsom mestringsfølelse og storhet, men samtidig kunne han i distansen oppleve stor ensomhet samt livet som meningsløst og tomt. På den annen side opplevde han i relasjon til andre at noe godt ble vekket til live i ham, men samtidig aktiverte nærheten voldsomme fantasier, følelser og stort savn. Fantasiene og savnet ble ofte overveldene og

han håndterte dette ved å trekke seg tilbake. Han løste disse dilemmaene blant annet ved å splitte omgi-velsene og lage vanttetskott mellom ulike deler av sin ytre og indre verden. Han fikk diagnosen Asperger syndrom. Ved siden av veiledning til skole og foreldre og familiesamtaler, fikk gutten tilbud om intensiv psykoterapi. Han ble gitt intensiv psykoterapi for

å forhindre en videre dekompanisering samt å arbeide med affektregulering, symboliserings-evne og det han tok for gitt ville skje i samvær med andre. Målsetningen var at behandlingen på denne måten blant annet kunne hjelpe ham til å ta i bruk igjen sine indre ressurser samt at han kunne få mer fred med sine fantasier, følelser og savn; ja tillate seg å tenke sine tanker, kjenne sine følelser, kjenne kroppslige fornemmelser uten at en skrekk for kaos blir vekt i ham som utløser et sterkt behov for tilbaketrekning for å bevare en indre balanse.

Det var sikkert mange grunner til denne guttens relasjonelle vansker, men en av dem var knyttet til hans vansker med å etablere en intersubjektivitet. Vansker med å etablere en intersubjektivitet får følger for barnets evne til å gripe omsorgsgivers mentale og emosjonelle tilstedeværelse – og spedbarnets opplevelse av kontinuitet og sammenheng i kontakten. Denne vansken har trolig gjort at han ikke har klart å gripe og opprettholde omsorgsgivernes tilstedeværelse og bruke den til å

bli trygget og roet ned. På grunn av sårbarheten har han i større grad enn andre barn vært utsatt for opplevelse av brudd, kontakt igjen og brudd igjen. Intersubjektivitet er også utgangspunktet for opplevelse av seg selv og symbolisering av egne emosjonelle erfaringer. Videre kan vi tenke at han har brukt sine intellektuelle ferdigheter og her har foreldrene hjulpet til, til å finne et psykologisk sted å være som kunne gi en følelse av oversikt, stabilitet og kontroll – trygghet.

2. Tilgjengelighet og egnethet

Spørsmålet om man skal tilby intensiv psykoterapi eller ikke er ikke primært et spørsmål om redegjøre for formelle kriterier eller indikasjoner. Ovenfor så vi likevel at barn som strever i samvær og samspill med andre på grunn av vansker knyttet til basale psykologiske prosesser har vist seg å ha god nytte av psykoanalytisk psykoterapi (Verhaugt-Pleiter, et.al., 2008). Vi må også stille spørsmålet om mulighetene for at en terapeutisk prosess kan utvikle seg. Dette spørsmålet har blitt drøftet i forhold til begrepene tilgjengelighet og egnethet. Tanken er at en pasient må være tilgjengelig for behandlingen han får og tilsvarende at enkelte er utilgjengelig for visse terapiformer. Man har for eksempel ment at tilbaketrukne pasienter og umotiverte pasienter ikke kan etablere den nødvendige terapeutiske relasjonen. For eksempel er det en diskusjon om barn/ungdom med Asperger syndrom og lidelser innen Autismespekteret bør tilbys intensiv psykoterapi. I dag er det en relativt stor psykoanalytisk litteratur som peker mot at psykoanalytisk psykoterapi er til hjelp for mange av disse pasientene (Tustin, 1981; Alvarez, 1992; Rhode og Klauber, 2004). I denne litteraturen viser man hvordan det går an å komme i kontakt og kommunisere med svært tilbaketrukne barn; at mange av disse barna har et utviklingspotensiale som man ikke hadde trodd var der.

Spørsmålet om egnethet og tilgjengelighet kan ikke ses i forhold til barnet alene men terapeutens fleksibilitet, sensitivitet og evne til å komme i kontakt med barnet. Forskingen forteller oss at barn i behandling ikke først og fremst responderer på terapeutens teoretiske orientering, men på hva terapeuten faktisk gjør. Endringen skjer i møtet. I

denne sammenheng er det meningsfullt å skille mellom kontekstuavhengig og kontekstavhengig behandling. Min påstand er at psykoanalytisk orientert psykoterapi for barn og ungdom i stor grad er relasjonsorientert og kontekstavhengig. Den er ikke primært styrt av en overordnet teknikk eller mal for hvordan man skal gjøre det. Målsetningen er først og fremst å gripe det individuelle hos pasienten og komme vedkommende i møte på en utviklingsfremmende måte. En viktig del av arbeidet er å legge grunnen for større trygghet, tillit og utbygging av barnets mulighet til kontakt med omgivelsene slik at barnet får mulighet til å gjenoppta og fremme utviklingen innenfor ulike deler av sin personlighet (Leira, 1993). Det er ikke bare lett å etablere en tillitsfull og trygg kontakt til mange av barna som har vansker knyttet til basale psykologiske prosesser. Mange av dem har jo nettopp som sitt grunnleggende problem at de strever i samvær og samspill med andre mennesker, er sosialt sårbare og uttrykke, selv om de kanskje uttrykker noe annet.

Behandlers fleksibilitet og sensitivitet, kreativitet og evne til etablere en kontakt og relasjon med barnet er derfor avgjørende for å få til en meningsfull terapiprosess. Det man vel prøver på er å komme i kontakt og kommunisere med ulike deler av barnet slik at disse delene kan få mulighet til å komme inn i en relasjon og i en utviklingsprosess. Dette kan ses på som et produkt av egenskaper i terapeuten og egenskaper hos barnet.

Avslutning

Man mener at mange av den kliniske barnepopulasjonen strever med en eller annen form for nevropsykologisk funksjonssvikt. Mange av disse barna har store vansker knyttet blant annet til affektregulering, symboliseringsevne og relasjonelle vansker. Disse vanskene har på den ene side sin rot i et medfødt problem, men på den annen side har disse vanskene bidratt til å forstyrre det finstemte samspillet mellom barnet og omsorgspersonen. Vansken griper inn og vanskeliggjør blant annet etablering av kontakt og fellesfokus, regulering og trygging av barnet. Tidlige forstyrrelser i dette samspillet kan få store konsekvenser for barnets emosjonelle, kognitive og sosiale utvikling. Deler av disse vanskene kan avhjelpes med

psykoanalytisk psykoterapi. Realiteten i dag innen det offentlige helsevern synes å være at denne behandlingsformen blir nedprioritert. Følgene kan være at noen av de barna som strever mest, ikke får den behandling de behøver fordi den lokale poliklinikken ikke har behandlere som ikke har denne utdanningen.

anders.landmark@diakonsyk.no

Referanser

- Alvarez, A. (1992). *Live Company*. London: Routledge.
- Fonagy, P. & Target, M. (1998). Mentalization and the changing aims of child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1):87-114.
- Leira, T. (1993). Psykoanalytisk barneterapi – noen synspunkter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 30: 20-29.
- Rhode, M. og Klauber, T. (2004). *The Many Faces of Asperger Syndrome*. London: Karnac book.
- Shirk, S.R. & Russell, R.L (1996). *Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research*. New York/London: The Guilford press.
- Landmark, A. & Lindstad, T. (2008) Varfor gör hun på detta viset? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 3, 263-265
- Verhaugt-Pleiter, A., Zevalkink, J., Scheemts, M.G.J. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for Clinical Practitioners*. London: Karnac
- Tustin, F. (1981). *Autistic States in Children*. London: Routledge & Kegan.

Keywords, sökord, søkeord: Child psychotherapy, intensive psychotherapy, Psychodynamic psychotherapy, neuropsychiatric disorder.

Abstract: The aim of the present paper is to describe and discuss the use of psychodynamic treatment for children with neuropsychiatric disorders. The complex difficulties some of these children have, indicate the need for combined treatment including psychodynamic therapy.