



Cecilie Thommessen
Oslo

Er det lydtette vegger her? Utfordrende fenomener i den terapeutiske relasjon i lys av kontroll-mestringsteori

I denne artikkelen rettes oppmerksomheten mot utfordringer i etablering av terapeutisk allianse. Utfordrende fenomener i terapi kan eksempelvis være pasienter som viser mistillit til behandleren, eller tilsynelatende motarbeider sin egen prosess. Kontroll-mestringsteori tilbyr kliniske begreper som kan være med på å forklare relasjonelle utfordringer i terapi. For å belyse dette nærmere, presenterer jeg prosessen i en ungdomsterapi som ble gjennomført i en CL - barne - og ungdomspsykiatrisk virksomhet¹ på et sykehus. Ungdomsterapien danner dermed omdreiningspunktet for begreper som *pasientens ubevisste plan*, *patogene antakelser* og *tester*. Om behandleren består pasientens tester, vil dette styrke den terapeutiske relasjonen, og endring blir mulig. Relasjonell uttesting kan forstås som instruksjoner pasienter gir, bevisst eller ubevisst, om hvordan behandleren skal jobbe sammen med dem.

Til Kaja-syndromet

Jeg skulle ønske du bare kunne forvandle deg til en brukket arm. Da ville det vært så mye enklere. Da kunne jeg få gips rundt deg, og vips så hadde du blitt frisk igjen. Det hadde vært så deilig, da hadde jeg kunne gått på

ski med familien, spilt fotball, løpt og masse annet gøy. Det hadde vært en frihet. Så jeg lurer på bare en ting Kaja-syndromet: Hvorfor måtte du komme og invadere min kropp, min gode, snille kropp? Hva har jeg gjort for å fortjene det? Det hender jeg gråter, ikke av glede, men fordi jeg nettopp ikke er som alle

andre, så Kaja-syndromet: hvis du går bort, kan jeg ikke garantere at jeg slutter å gråte, men de tårene som kommer, kommer nok da av glede. Med vennlig hilsen Kaja.

Disse ordene skriver Kaja i et brev til sin funksjonsnedsettelse. Kaja² er opprinnelig en frisk jente som i løpet av barneskolen ble rammet av en tilstand som legene ikke helt kunne forklare. Gymlæreren hennes la merke til at den ene armen til Kaja begynte å låse seg fast. Det syntes som at armen plasserte seg ufrivillig bak ryggen. Med tiden stivnet Kaja mer og mer til i kroppen, og utviklet feilstillinger som hindret henne i de fleste bevegelser. Evnen til å bevege seg ble såpass begrenset at Kaja ble frarøvet gangfunksjonen sin, og hun ble nødt til å bruke rullestol til all forflytning. Jeg vender tilbake til Kaja senere i artikkelen.

Kontroll-mestringsteori

Kontroll-mestringsteori er utviklet av psykoanalytiker og forsker Joseph Weiss og kollegaer i San Francisco Psychotherapy Research Group. Teorien sier noe om hvordan menneskesinnet fungerer, hvordan psykopatologi utvikles og hvordan psykoterapi virker (Silberschatz, 2005). Navnet bygger på to prinsipper: 1) mennesker utøver en betydelig grad av kontroll over bevisste og ubevisste psykologiske prosesser, og denne kontrollen reguleres av en vurdering av trygghet eller fare, 2) mennesker er høyt motiverte for å mestre psykologiske konflikter og traumer. Teorien (heretter omtalt som KMT) har vært gjenstand for betydelig vitenskapelig forskning og fått bred empirisk støtte (Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss et al., 1986).

Patogene antakelser

En sentral påstand i KMT er at mennesker danner seg antakelser om seg selv og andre for å bevare tilknytningen til viktige omsorgspersoner. Disse antakelsene bygger i stor grad på en vurdering av trygghet eller fare. Traumatiske emosjonelle erfaringer er eksempler på opplevd fare for at tilknytningen kan bli brutt. Trygghet innebærer på motsatt side en opplevelse av at tilknytningen blir opprettholdt. Ifølge modellen forstås traumer

som situasjoner der en blir overveldet av angst eller frykt, og der en forsaker egne utviklingsbehov, som rom for å ha egne følelser og behov, for ikke å såre eller bli såret av nære tilknytningspersoner (Silberschatz, 2005). Der egne utviklingsbehov kan true relasjonen til viktige tilknytningspersoner, vil barnet prioritere å bevare tilknytningsrelasjonen (Binder, 2008). Antakelser om seg selv og andre som formes i forbindelse med traumatiske erfaringer, omtales som ”patogene”, og kan begrense livsutfoldelse og være opphav til stor psykisk smerte (Binder, 2008). Endring skjer blant annet ved at patogene antakelser blir avkreftet i terapi, og teorien hevder at pasientene har en plan for dette i møte med terapeuten, som de både er seg bevisst og ubevisst. Weiss (1993) beskriver hvordan patogene antakelser avkreftes, ved å 1) bruke den terapeutiske relasjon, 2) bruke innsikt fra den terapeutiske prosess og 3) utsette terapeuten for tester. KMT skiller mellom to ulike typer tester, omtalt som *overføringstester* og *passiv-om-til-aktiv-tester* (Silberschatz, 1986; Foreman, 1996). I den første testen prøver pasienten å undersøke om terapeuten vil traumatisere den på samme måte som de tidligere har erfart i nære tilknytningsrelasjoner. Dette kan eksempelvis være ved å sjekke ut om terapeuten også reagerer med forakt dersom pasienten viser svakhet, slik far gjorde i oppveksten. I den andre testen prøver pasienten å traumatisere terapeuten på samme måte som den selv har opplevd, med håp om at terapeuten viser hvordan angrep, eksempelvis i form av devaluering, kan håndteres på en hensiktsmessig måte. Pasienten identifiserer seg med terapeutenes kapasitet. Om samhandlingen med terapeuten bidrar til å avkrefte patogene antakelser, vil dette gi rom for vekst og endring i retning av tidligere forsakede utviklingsmål (Binder, 2008).

Kaja

Tilstanden til Kaja minner om Cerebral Parese, men oppfyller ikke kriterier for diagnosen da CP innebærer en varig engangsskade i perioden fra fosterliv til 2-årsalder. Hennes gradvise funksjonstap mangler dermed en medisinsk forklaring og et navn, til tross for at bildediagnostikk har vist cerebrale endringer. Det er ikke kjente holdepunkter for at psykososiale forhold eller belastninger i Kajas oppvekst forklarer utviklingen av hennes

nevrologiske tilstand. I forbindelse med sitt fysiske funksjonstap valgte foreldrene at Kaja skulle gjennomføre intensiv trening. Hensikten bak treningsmetodikken var å trene de friske områdene i hjernen slik at de overtar funksjonene for de skadede områdene.

På sykehuset, der hun fikk sin oppfølging, la enkelte fagpersoner merke til at Kaja, som var kjent for å være en sprudlende og glad jente, ble økende innelukket. Foreldrene til Kaja antok at hun sannsynligvis ikke ville ta i mot tilbud om å møte en psykolog. I et felles møte med Kaja, foreldrene og henviser, presenterte jeg meg selv og hva slags tilbud vår avdeling for barn og unges psykiske helse har. Hun sa ja til videre kontakt. Kaja var 15 år gammel da vi møttes for første gang. Da Kaja ble henvist vår avdeling, trente hun om lag tre timer daglig. Det hersker stor uenighet i det nevrologiske fagmiljøet omkring effekten av treningsmetoden.

Kajas plan med behandlingen

Ut fra KMT er det mulig å teoretisere over bakgrunnen for Kaja sitt tilstandsbilde, og hvilken plan Kaja har for sin terapi. KMT kan slik danne utgangspunktet for en kasusformulering. Den overordnede hensikten med en kasusformulering er å danne hypoteser om mulige patogenese prosesser bak bestemte symptomer, og hva som bør være fokus for behandlingen (Winters et al, 2007). Binder (2008) understreker at en kasusformulering alltid er hypotetisk og alltid skal reformuleres underveis i terapiforløpet. Det er sentrale her er derfor en oppmerksomhet på hva Kaja trenger i den terapeutiske relasjonen for å få det bedre med seg selv og i sine relasjoner.

Funksjonstapet, som rammet Kaja gjennom oppveksten, var en kjede av traumatiske erfaringer for Kaja, foreldrene og hennes søsken. De fryktet for livet hennes, og hvor tapet av ferdigheter ville ende. I sin streben etter å tilpasse seg disse dramatiske endringene kan jeg forestille meg at Kaja utviklet patogene antakelser. Kajas antakelser kan ha vært: *Jeg må trene hardt og disiplinert for å bevare tilknytningen til mine foreldre og til de fagpersonene som skal hjelpe meg til å gjenvinne mitt opprinnelige funksjonsnivå. Om jeg viser sinne og fortvilelse, blir foreldrene mine engstelige og bekymret.* For å avkrefte denne

antakelsen i terapi med meg, er det nærliggende å tenke at Kajas plan med behandlingen kan være av denne karakter: *Finnes det et rom for meg, selv om jeg ikke trener eller lykkes med mine treningsmål? Er det mulig å dele vanskelige følelser med en annen?*

For å avkrefte sine patogene antakelser, kan vi tenke oss at Kaja utsetter behandleren for såkalte overføringstester ved å vise sterke affekter, for eksempel sinne eller sorg, for å sjekke om behandler blir like bekymret eller engstelig som foreldrene. Når det kommer til passiv-om-til-aktiv-tester, kan Kaja prøve å få behandleren til å kjenne på det samme som hun har opplevd, for eksempel usikkerhet og utilstrekkelighet, i møte med kravene om å trene disiplinert. Lykkes behandleren med å hjelpe Kaja på tilsvarende måter som Kaja prøver å lykkes med sine treningsmål?

Første behandlingstime

Kaja tydeliggjorde for meg at færrest mulig måtte få vite at hun skulle starte samtaler med en psykolog. *Er det lydette vegger her?* spurte Kaja i første time. *Jeg tror vi kan være trygge på at ingen utenfor kan høre det du har å si* svarte jeg. *Det er ikke nødvendigvis noe jeg har å si, men jeg trenger å gråte og å skrike høyt.* Kaja sa videre at dette behovet melder seg både på skolen og hjemme. Hvis hun viser gråt og fortvilelse, spør foreldrene hva som plager henne. Dette har hun ikke alltid svar på, og Kaja misliker at foreldrene blir bekymret for henne. Jeg fortalte Kaja at musikkterapeuten på sykehuset disponerer et lyd-isolert rom. Om Kaja ville, kunne vi lage en avtale med musikkterapeuten om å få bruke det rommet. Kaja stilte seg positiv til det, og neste avtale foregikk der sammen med musikkterapeuten. I rommet ble vi invitert til å gjøre ulike øvelser der stemmen skulle få uttrykke seg, mer enn å synge fint. Kaja grep denne muligheten, og ville at også neste avtale skulle skje sammen med musikkterapeuten. I denne første timen oppfattet jeg at Kaja ga instruks om hva hun trengte, nemlig å få uttrykke følelser. Jeg fikk også vite at disse følelsene gjorde foreldrene bekymret. Bekymringene hos foreldrene syntes å bidra til at Kaja satte egne utviklingsbehov til side. Videre sikret hun trygge betingelser for disse følelsene innenfor lydette vegger.

Er det overvåkningskameraer her?

I en av de neste behandlingstimene kikket Kaja rundt seg og spurte om det var overvåkningskameraer i behandlingsrommet. Jeg svarte nei på dette, og minnet samtidig om min taushetsplikt. Videre i samtalen reagerte Kaja med sinne på at jeg tok notater underveis. Jeg fortalte Kaja om min journalplikt, og at notatene er viktige redskaper for meg som behandler. Kaja sa at hun ikke ønsket at jeg skulle ivareta journalplikten i tilfelle andre mennesker kunne komme til å lese hennes journal. Kaja viste et økende sinne, og ba meg uttrykkelig å slette alle notatene om henne. I et forsøk på å trygge Kaja, forklarte jeg at journalnotater fra vår avdeling ligger på et skjermet område i hennes journal. Hun ba meg innstendig om ikke å skrive notater, og i videre samtaler lot jeg være å ha notatblokk i fanget. Kaja gjorde det meget klart for meg at jeg ikke måtte blande meg inn i treningen hennes. Hun fortalte om uenighet blant leger og fysioterapeuter da jeg undret meg over hva slags trening hun holdt på med. Enkelte leger anbefalte Kaja å ta injeksjoner med Botox som spasmedempende behandling. Disse anbefalingene var imidlertid i strid mot den treningsmetoden som hun hadde holdt på med, og i tråd med dette, sa Kaja strengt: "Og DU skal ikke få meg til å ta Botox!".

Det jeg i denne timen opplevde som mistillit, kan i følge KMT forstås som overføringstester for å sjekke ut om jeg reagerte på samme måter som foreldrene i forbindelse med uttrykk for vanskelige følelser. Kaja utfordret meg på flere områder som behandling. Jeg kjente på uro og usikkerhet i møtet med Kaja. Jeg fikk tanker som: *Hvorfor virker denne kontakten med meg så truende?* og *Kanskje hun trenger en eldre og mer kompetent behandler enn meg?* Om vi legger KMT til grunn for å forstå hva som skjedde i møtet mellom oss, ser vi at forventningene og kravene om å prestere ble gjort aktive overfor behandleren. Det var mye som stod på spill for at Kaja skulle klare å gjenvinne sin funksjon. Kaja inntok på et vis posisjonen til foreldrene/fagpersoner som veileder i treningsmetoden, for å sjekke om behandleren forholdt seg på en selvrepresenterende måte.

Da vi hadde hatt kontakt i over halvannet år, ønsket Kaja å avslutte behandlingen. Hun hadde begynt på videregående opplæring, og kommet

i en klasse hun trivdes i. På denne tiden var hun fortsatt redd for at noen skulle kunne komme til å få vite hva hun delte med meg, og hun ville ikke at jeg skulle sende noen epikrise. Jeg ble sittende igjen med en opplevelse at vi egentlig ikke hadde kommet skikkelig i gang, og jeg var usikker på om samtalene i det hele tatt hadde vært nyttige for Kaja. Med respekt for at løsrivelse er et viktig utviklingstema i hennes alder, ble vi likevel enige om å avslutte kontakten. Kaja var en ungdom jeg stadig tenkte tilbake på, og som jeg ønsket at jeg kunne forstå mer av. At dette ønsket skulle bli oppfylt, visste jeg ikke da.

Behandlingsforløp nummer to

Kajas foreldre tok ny kontakt ett år etter for å si at Kaja ønsket å gjenoppta samtalene. Da vi møttes igjen, inviterte jeg Kaja til å si noe om hva som motiverte henne til å fortsette samtalene. Kaja fortalte at hun hadde noen påtrengende og tilbakevendende tanker, som hun ikke klarte å vedkjenne seg. Hun viste meg et dikt hun hadde skrevet, som viste hvor hardt hun forsøkte ikke å tenke disse tankene. Jeg sa til Kaja at jeg i jobben min hører om alle slags tanker, og at jeg tåler å høre om hva som plager henne. Kaja ble stille. Vi var stille lenge. Noen tårer presset seg frem hos Kaja, og etter en stund bygde det seg opp en intens gråt. Hun gråt hardt og lenge. Da hun ble roligere, sa hun at hun hadde tanker som hun mente ikke var hennes, og at hun skammet seg over dem. Så sa hun videre at disse tankene handlet om å ville drepe personer hun er glad i, og hun beskrev en sterk redsel for å besitte de samme onde kreftene som terroristen Anders Behring Breivik.

I brevet til sin funksjonsnedsettelse skriver Kaja: *Hvorfor måtte du komme og invadere min kropp, min gode, snille kropp. Hva har jeg gjort for å fortjene det?* Dette kan leses som bestrebelse på å forstå hvorfor nettopp hun ble rammet av en voldsom tragedie. Hvordan kan vi da med hjelp av KMT forstå hvilke svar hun lander på? Når legene ikke har kunnet svare på hennes spørsmål om hvorfor hun ble rammet av sykdom, ligger den nærmeste forklaringen for Kaja hos seg selv. Når barn utsettes for traumer, er forståelsen av opplevelsene ofte synonym med feil eller mangler ved seg selv fram-

for ved nære omsorgspersoner eller andre tilfeldigheter (Silberchatz, 2005). På denne måten kan vi forstå nærmere hennes redsel for å være et menneske som besitter onde krefter. Det kjente utsagnet til psykoanalytiker W.R.D. Fairbairn illustrerer dette:

It is better to be a sinner in a world ruled by God than to live in a world ruled by the Devil. A sinner in a world ruled by God may be bad; but there is always a certain sense of security to be derived from the fact that the world around is good. (1952, s. 66–67).

Om jeg anvender KMT som grunnlag for å forstå Kajas utsagn i samtalen gjengitt over, vil en mulig patogen antakelse være *Mitt sinne er farlig, jeg er ond*. Det er nærliggende å tro at Kaja, som lever med en tilstand som hindrer henne på flere områdene i livet – å ikke kunne bevege seg fritt, være avhengig av mye bistand fra foreldre og andre, oppleve sosial isolasjon – vil kjenne på reaksjoner som redsel, sinne og sorg. Denne patogene antakelsen kan være et resultat av at behovene for å uttrykke vonde følelser er med på å true relasjonene til de som gir henne omsorg og støtte, nemlig foreldrene og fagpersoner hun har tillit til. Evnen til å regulere emosjoner et viktig utviklingsmål i barne- og ungdomsalder (Jacobsen & Svendsen, 2010). Med et blick på emosjonsregulering kan Kajas tvangstanker med voldelige fantasier, eller morderisk raseri, også oppfattes som forsvar mot ubehagelige følelser.

I timene med meg var det som om hun sjekket ut hva hun kunne tillate seg å si og å dele. Jeg anvendte derfor *affektiv inntoning* som et hensiktsmessig og viktig fokus i den terapeutiske kontakten med Kaja. Affektiv inntoning kan forstås som "(...) en ikke-språklig empatisk prosess, der det nettopp er barnets opplevelse og indre følelsetilstand som inntones" (Røed Hansen, 2012, s. 75). Moderne utviklingspsykologi har studert hvordan relasjonelle egenskaper ved det tidlige samspillet mellom barn og omsorgsgivere kan ha overføringsverdi til det terapeutiske rommet (Stern, 1985; Røed Hansen, 1991). Med en oppmerksomhet på min egen kroppsholdning, blick og stemmeleie, tonet jeg meg inn på Kaja sin slitenhet, tristhet og irritasjon. Jeg erfarte flere ganger at Kaja ofte smilte samtidig

som hun fortalte om vanskelige erfaringer. Framfor å speile hennes smil, forsøkte jeg å være bevisst på å tone meg inn på hennes indre tilstand.

Det håpefulle prosjektet

Et tilbakevendende tema i samtalen var hvordan Kaja stod i midten av flere motstridende råd om hva som var best fysisk behandling. I en time hos meg fortalte Kaja om stor skyldfølelse hver eneste stund hun ikke trente eller gjorde lekser. Hun beskrev en hverdag som handlet om trening, lekser og skole. Treningen ble selve symbolet på det håpefulle prosjektet om at Kaja skulle gjenvinne sitt opprinnelige funksjonsnivå. I tråd med hva jeg tidligere artikulerte som Kajas patogene antakelser, handler den intensive treningen ikke bare om en fysisk bedring av hennes funksjon, men også en måte å opprettholde tilknytningen til viktige personer i hennes liv. For ikke å rokke ved disse viktige relasjonene, ser jeg for meg hvordan Kaja forsaket egne utviklingsbehov, det være seg å protestere mot treningen og andre råd, eller vise sinne og fortvilelse over at hun ble rammet av en så alvorlig tilstand. Kaja kjente dyp forpliktelse til å vise målbare resultater av treningen i møtet med fagpersonene som veiledet i metoden. I første behandlingsperiode parkerte Kaja meg på en plass der jeg ikke fikk lov til å mene noe om treningsprinsippene hun fulgte, og jeg var dermed meget tilbakeholden med å ytre noe om dette i hele denne første perioden. I neste behandlingsperiode opplevde jeg derimot at Kaja begynte å orientere seg mot nye relasjoner, eller det Binder (2006) omtaler som *meningsbærende andre*. På videregående skole opplevde Kaja vennskap på en måte hun ikke hadde erfaring med i skolegangen tidligere. Med et nytt nettverk av venner begynte Kaja å få sorgreaksjoner over at hun tidligere isolerte seg fra det sosiale for å bruke kreftene sine på trening. Hun begynte å omtale treningen som en flukt fra det sosiale. Det syntes som at hun i andre fortsettelse av den terapeutiske kontakten begynte å se tilbake på oppveksten sin i et nytt lys, og hun åpnet opp for å kjenne på følelser som hun ikke våget tidligere.

Seksualitet som utviklingsoppgave

To måneder etter at vi tok opp igjen kontakten, formidlet Kaja at det var ett bestemt tema hun trengte å bringe inn. Hun sa at hun var usikker om hun torde å gjøre det. *Jeg har begynt å bli usikker på om jeg liker gutter eller jenter* sa Kaja. *Så fint at du klarte å si det her. Det er ett av mange spørsmål ungdommer stiller seg* responderte jeg. Kaja lurte videre på om jeg hadde et intervju eller annet som kunne avklare om hun var heterofil, lesbisk eller bifil. Jeg delte videre noen tanker om at dette ofte innebærer en utforskning der hun kjenner etter i kropp og følelser i møte med andre mennesker. I kommende samtaler snakket vi mye om det å oppdage og å forstå sin seksuelle orientering. Kaja formidlet i timene hvor tungt det ville være å tilhøre to forskjellige minoriteter. Det at Kaja etter hvert kunne forholde seg til sin seksualitet i timene, kan oppfattes som tegn på at hun hadde kommet i spor med sine utviklingsbehov. Fokuset i samtalene gikk fra kroppen som gjenstand for trening og disiplin, til kroppen som et sted for lyst og lengsler om å være nær et annet menneske. Dette var krevende temaer for Kaja å snakke om, og hun kunne tidvis bli irritert om jeg eksempelvis spurte om hun var forelsket i noen.

Et tilbakeblikk

Hvordan kan vi forstå forskjellene mellom første og andre behandlingsperiode? Jeg har i ettertid oppfattet at den første perioden i betydelig grad handlet om uttesting av den terapeutiske relasjonen. Alle spørsmålene fra Kaja om hvorvidt rommet var lydett, om det var overvåkningskamera der, om jeg kunne droppe journalplikten, at jeg ikke måtte blande meg inn i treningen hennes, kan være uttrykk for relasjonelle tester hun utsatte meg for. Ifølge KMT er motivet bak testene å sikre seg trygge betingelser for i det hele tatt å kunne avkrefte sine patogene antakelser. Det at jeg lot være å ta notater, eller ytre meninger om treningen hennes, tror jeg bidro til å etablere en trygg terapeutisk allianse.

Binder (2008) beskriver, i forbindelse med KMT, at terapirelasjonen er et sted der gamle forventninger om smertefulle måter å bli møtt på av

andre aktivt kan la seg avkrefte. Når terapeuter består denne uttestingen, blir pasienten i bedre stand til å åpne opp for mer vonde og vanskelige temaer. I Kajas tilfelle var det først i andre behandlingsperiode at hun for fullt begynte å dele hva hun har kjent en sorg og sinne for. Det var tidligst i denne runden at hun berørte temaer som ikke var til å holde ut på et tidligere tidspunkt. Den andre behandlingsperioden åpnet opp for å bruke terapeutiske ferdigheter som affektiv inntoning for å gi Kaja tilstrekkelige erfaringer med å dele vanskelige følelser med en annen. Da den terapeutiske alliansen var etablert, kunne Kaja for alvor iverksette sin plan for terapi. Det kan godt være at Kaja allerede i første behandlingsrunde var i gang med å tenke rundt sin seksuelle orientering, men den terapeutiske relasjonen trengte å bli trygg nok til å bringe temaet inn. Det var rett og slett ikke til å bære å både forholde seg til alvorlig funksjonstap og samtidig undre seg over om hun liker gutter, jenter eller begge deler.

Behovene og følelsene som tas ut i relasjonen, kan ifølge Binder (2008) fremstå for terapeuten som utålelige, og dette henger sammen med at pasienten også antar at de er utålelige. Jeg erindrer, spesielt fra første behandlingsperiode, at jeg kunne kjenne på usikkerhet og mangel på kompetanse i møtet med Kaja. Neste gang vi møttes hadde mistenksomheten hennes lagt seg, og Kaja viste tillit på måter hun ikke gjorde i første periode. Hun tillot seg å synke dypt ned i sofaen, og hun uttrykte spontant hva hun kjente der og da. Jeg merket på min side at jeg satt tryggere og mer avslappet i behandlerstolen. Bakgrunnsstøyen omkring egen kompetanse sluttet å forstyrre meg i kontakten med Kaja. Det kjentes som vi begynte å trekke i samme retning.

Avsluttende kommentarer

Med KMT følger ingen manual med teknikker, men først og fremst en kasusspesifikk tilnærming. Studier viser at behandlere som tilpasser seg pasientens ubevisste plan, er forbundet med effekt av behandling (Silberschatz, 2017). Dersom behandler ikke består pasientens tester, og på den måten bekrefter pasientens patogene antakelser,

vil behandlingen stagnere eller bidra til forverring hos pasienten. KMT fremhever at endringsmekanismer i terapi henger sammen med at behandleren intervenerer på pasientens plan. Kaja trengte å bli møtt med varme og støtte framfor grenser og styring. Med tiden ga hun slipp på den omfattende treningen til fordel for ungdomslivets gleder og sorger. Behandlingen med meg er avsluttet, og Kaja tester ut håpefulle antakelser utenfor terapirrommet.

Fotnoter

1 CL står for konsultasjon-liaison som betyr «å spørre om råd» og «å binde sammen» (fra latin: ligare) og er et tverrfaglig, forpliktende samarbeid mellom ulike fagområder. CL-psykiatri utgjør altså slik aktivitet mot somatiske avdelinger og deres personale. Det finnes en omfattende beskrivelse av tjenesten mht. oversikt, metode, pasientkategorier, verktøy og problemstillinger i Faglig veileder i barne- og ungdomspsykiatri.

2 Navnet på ungdomspasienten er anonymisert. Personen har gitt samtykke til at kasusmaterialet benyttes i denne artikkelen.

3 Navnet på treningsmetoden er utelatt av hensyn til pasientens personvern.

Referanser

- Binder, P.E. (2006). Før og nå – forståelsen av overføring i den relasjonelle psykoanalysen. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 43, 917-924
- Binder, P.E. (2008). Den håpefulle utprøving. *Tidsskrift Norsk Psykologforening*, 45, 958-968
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock Publications
- Foreman, S. (1996). The significance of turning passive into active in control mastery theory. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 106-121.
- Jacobsen, K. & Svendsen, B. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet: grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget

Røed Hansen, B. (1991). Intersubjectivity: A new developmental psychological perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28 (9), 779-788.

Røed Hansen, B. (2012). *I dialog med barnet. Inter-subjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic beliefs. In J. Weiss, H. Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Red), *The Psychoanalytic Process: Theory, clinical observation and empirical research* (s. 256-266). New York: Guilford Press

Silberschatz, G. (2005). *Transformative Relationships: The Control-Mastery Theory of Psychotherapy*. New York: Routledge

Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27, 1-13

Stern, D. (1985). *Barnets interpersonlige univers*. København: Hans Reitzel Forlag AS

Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytical process: Theory, clinical observation, and empirical research*. New York: Guilford Press.

Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York: Guilford Press

Winters, N.C., Hanson, G. & Stoyanova, V. (2007). The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, (1) 111-132

Abstract

In this article, attention is focused on the challenges of establishing a therapeutic alliance. Examples of such challenges include a patient's distrust of their therapist, and a seeming opposition to treatment. Control Mastery Theory offers clinical concepts that can play an important part in describing the relational challenges encountered in therapy. To illuminate this further, I present a youth therapy case conducted at the CL – child – and youth psychiatric department¹ of a hospital. This course of therapy is used as a focal point to examine concepts such as *the patient's unconscious plans, pathogenic beliefs*, and *tests* directed towards the therapist.

The therapeutic alliance is greatly strengthened when the therapist is able to recognize and pass such tests, making positive change possible. These relationship tests can be understood as being the patient's unconscious way of instructing the therapist on how they wish for their therapeutic alliance to function.

Abstrakt

I denne artikkelen rettes oppmerksomheten mot utfordringer i etablering av terapeutisk allianse. Utfordrende fenomener i terapi kan eksempelvis være pasienter som viser mistillit til behandleren, eller at de tilsynelatende motarbeider sin egen prosess. Kontroll – mestringsteori tilbyr kliniske begreper som kan være med på å forklare relasjonelle utfordringer i terapi. For å belyse dette nærmere, presenterer jeg prosessen i en ungdomsterapi som ble gjennomført i en CL – barne – og ungdomspsykiatrisk virksomhet¹ på et sykehus. Ungdomsterapien danner dermed omdreiningspunktet for begreper som *pasientens ubevisste plan*, *patogene antakelser* og *tester*. Om behandleren består pasientens tester, vil dette styrke den terapeutiske relasjonen, og endring blir mulig. Relasjonell uttesting kan forstås som instruksjer pasienter gir, bevisst eller ubevisst, om hvordan behandleren skal jobbe sammen med dem.

Søkeord: Kontroll-mestringsteori, terapeutisk allianse, pasientens ubevisste plan, patogene antakelser, tester, funksjonsnedsettelse, affektiv inntoning, seksualitet, CL-virksomhet

Keywords: Control Mastery Theory, therapeutic alliance, patient's goals for therapy, pathogenic beliefs, tests, disability, affect attunement, sexuality, Consultation – Liaison Psychiatry

Cecilie Thommessen er psykologspesialist med fordypning i barn og ungdom, jobber ved Allmennpoliklinikken Nedre Romerike.

cthommessen@gmail.com