

## Uddybet gennemgang af centrale aspekter af ISTDP

Oversættelse af uddrag fra Habib Davanloos artikel "Intensive Short-Term Psychotherapy with Highly Resistant Patients, part 1. Handling Resistance", International Journal of Short-Term Psychotherapy, Vol.1, 107-133 (1986). John Wiley & Sons, Inc.

### Indledning

Et af hovedmålene i alle former for dynamisk psykoterapi, er at gøre patienten i stand til at opleve sine sande følelser, men dette kan kun opnås ved at overkomme modstand. Fænomenet modstand er næsten universelt, og var allerede at finde i de tidligste case-fremstillinger af Breuer og Freud mellem 1880 og 1900. Som vi nu forstår, er den en uundgåelig konsekvens af den grundlæggende mekanisme, der ligger til grund for neuroserne, nemlig tendensen til fortrængning af følelser for så vidt de er smertefulde og uacceptable. Som et resultat heraf, sætter patienten enhver hindring i vejen for at se disse følelser bragt op til overfladen. Modstand er en stærk kraft, og terapeutens udfordring vedrører de kræfter, han kan mobilisere imod den. Breuers løsning, senere anvendt af Freud, var at anvende den kraft, der findes i hypnotisk suggestion. Idet Freud fandt denne metode utilfredsstillende, mestendels fordi mange patienter ikke kunne hypnotiseres, erstattede han den med suggestion i vågen tilstand. Men også denne metode fandt han upålidelig og udmattende, og det var her han tog hvad der skulle blive et afgørende skridt.

Det må huskes på, at kræfterne til støtte for modstanden ikke er de eneste kræfter i spil i den terapeutiske situation. På den anden side er de fortrængte følelser og erindringer, der kæmper for at komme til udtryk, og som så at sige er terapeutens allierede. Freud kom til den erkendelse, at hvis patienten blev bedt om blot at sige alt hvad der faldt denne ind, ville disse følelser og erindringer vende tilbage i forklædt form, og kunne med lidt hjælp bringes ind i bevidstheden. Denne erkendelse udviklede sig til den fundamentale regel om fri association i den psykoanalytiske teknik, der anvendes i dag. Her overlader terapeuten indledningsvist kontrollen til patienten, og selv om han ikke ophører med at lede sessionen, gør han det på en langt mere subtil og upåtrængende måde. Han er særligt opmærksom på at forsøge at svække modstanden gennem tolkning, idet han sigter mod at tillade fortrængt materiale at nå frem til bevidstheden.

Hvad Freud umuligt kunne have forudset var de komplikationer, denne tiltagende passive metode ville lede til. Nogle af dem er overføringsneurose, regression, afhængighed af terapeuten, endeløs overdetermination og "uendelig analyse".

Så godt som alle forsøg på at vende denne tendens og udvikle en effektiv korttidspsykoterapeutisk teknik har baseret sig på at lægge en del af kontrollen og mere af motivkraften tilbage i terapeutens hænder. I stedet for at følge med, hvor end patientens associationer leder hen, retter terapeuten aktivt patientens opmærksomhed mod et bestemt problem, der gøres til et "fokus" i terapien. Malan har fremhævet hvordan ordet "fokus" nu anvendes af adskillige forfattere på området, ofte ganske uafhængigt af hinanden. Malan gør det dog ligeledes klart, at evnen til at opretholde et fokus i høj grad afhænger af en omhyggelig udvælgelse af lydlyde og højt motiverede patienter med en underliggende enkelhed i sin psykodynamik. Det samme gælder for teknikken udviklet af Sifneos. Resultatet er, at sådanne teknikker kun er anvendelige for et lille segment af patientpopulationen. Faktum er, at hoveddelen af patienter lider af langvarige

komplekse psykoneurotiske lidelser og karakterneuroser, og hverken er velmotiverede eller lydhøre, men dårligt motiverede og højt modstandsprægede. Det er dette problem, der må løses hvis korttidsterapi skal have nogen gennemslagskraft på udbuddet af psykoterapi og på samfundets mentale sundhed. Derfor var det frem for alt dette problem, jeg dedikerede mig til at løse, og på hvilket jeg mener endeligt at have fundet en løsning. Den nærværende artikel er den første i en serie i hvilken forskellige aspekter af denne form for terapi vil blive beskrevet og diskuteret.

### Teknikkens principper

Som et resultat af min erfaring indtager jeg et kompromisløst standpunkt over for mange spørgsmål, som fortsat er genstand for udtalt uenighed og forvirring. Jeg mener, at dynamisk psykoterapi kan være ikke blot effektiv, men unik i sin effektivitet, at terapeutiske effekter skabes af specifikke frem for nonspecifikke faktorer, og at den essentielle faktor er patientens oplevelse af sine sande følelser om nutiden og fortiden.

Målet med teknikken er derfor at gøre patienten i stand til at opleve sine sande følelser så hurtigt som muligt, og i den højeste grad, han er i stand til at bære. Næsten enhver patient ankommer til den terapeutiske time i en ambivalent tilstand, som rummer såvel bevidste som ubevidste komponenter. På terapeutens side er den *terapeutiske alliance*. Den bevidste komponent af denne består i patientens vilje til at få det bedre, til at samarbejde med terapeuten, til at fortælle sandheden selv om den er smertefuld samt at se forstyrrende følelser i øjnene. Den ubevidste komponent består i tendenser til at kommunikere på måder, der først tillader terapeuten at slutte sig til, hvad der foregår under overfladen, og sidenhen at bringe dette frem i lyset og tillade patienten at opleve det.

Placeret i opposition til dette er patientens *modstand*. Den bevidste del af denne består i overlagt tilbageholden af information, som patienten ved er betydningsfuld, mens den ubevidste del består i en række af defensive manøvrer, som enhver terapeut er bekendt med – vaghed, distance, tavshed, intellektualisering, hele spektret af obsessive forsvar samt et bredt spektrum af regressive forsvar etc. Så godt som ethvert øjeblik i enhver session rummer en blanding af disse komponenter, og der findes et kontinuum fra fuldstændig alliance til fuldstændig modstand, som igen begge rummer et kontinuum fra at være fuldt bevidst til helt ubevidst.



Terapeutens opgave er at grave efter følelser idet han kontinuerligt monitorer balancen mellem modstand og terapeutisk alliance. Der er naturligvis få patienter, der knapt viser nogen modstand og meget nemt kan ledes i kontakt med sine følelser. Langt størstedelen af patienter enten starter i modstand, eller bliver hurtigt modstandsprægede det øjeblik smertefulde områder nærmes. I den klassiske metode håndteres modstand med *tolkning*, og hvis dette gentagne gange fejler, ved at vente på at noget nyt udvikler sig – for at et pres skal bygges op inde i patienten, ofte gennem overføringen, som tillader modstanden at overkommes. Men hvad hvis dette ikke sker? Så

begynder den terapeutiske proces at køre i ring, som de mange svigtede patienter, der henstilles til endnu et terapeutisk forløb vidner om.

Hvad jeg har opdaget er, at modstanden, selv hvis ekstrem, kan håndteres gennem en proces af udfordring og pres. I den klassiske teknik er modstand en alvorlig hæmning; i min teknik bydes den velkommen som en indikator for, at smertefulde konflikter ikke blot er ved at tilnærmes, men kan bringes op til overfladen og løses. Hver gang modstanden gennemtrænges er der en markant og umiskendelig øgning i den terapeutiske alliances styrke.

Hele processen begynder i det indledende samtale, som derfor kan bruges som illustration. De eneste forskelle på den indledende samtale og sessioner i løbet af terapiens hovedforløb er, at patientens reaktioner her må observeres endnu mere omhyggeligt, og at der desuden må optages omhyggelig psykiatrisk, medicinsk og social anamnese. Hvis han på noget tidspunkt udviser tegn på at blive alvorligt forstyrret af terapeutens interventioner, eller præsenterer en historik, der indikerer at han med al sandsynlighed vil blive det, må terapeuten modificere sin teknik derefter. Givet at terapeuten udviser årvågenhed, er det min erfaring, at utilsigtede konsekvenser ikke ses i den indledende samtale.

### **Overordnet beskrivelse af processen**

Jeg har udarbejdet grundlæggende typer af interventioner, tilpasset ethvert træk fra patientens side. Disse interventioner er jeg ofte nået frem til intuitivt, og det er da kun i tilbageblik at jeg har været i stand til teoretisk at beskrive, hvad jeg har foretaget mig. Hver intervention er yderst specifik og leder som regel til en tilsvarende specifik reaktion fra patienten. Resultatet er, at det er muligt at beskrive en generel retning i den terapeutiske proces, inddelt i et antal faser. Den præcise rækkefølge varierer naturligvis fra et case til det næste; ikke alle faser findes nødvendigvis i alle cases, og visse faser kan det være nødvendigt at gentage. Ikke desto mindre udgør den følgende skematiske fremstilling et godt rammeværk inden for hvilket de faktiske begivenheder kan beskrives, og det kan bruges som en guide til enhver der ønsker at forstå metoden og ønsker at lære, hvordan den anvendes.

En afgørende forskel fra den klassiske metode er, at motivkraften i samtalen i højere grad ligger i terapeutens hænder, frem for i patientens. I begge teknikker består processen i en interaktion mellem de to partnere i den terapeutiske proces; men hvor sekvensen i den klassiske metode er materiale, tolkning, respons, er sekvensen i min metode langt bedre beskrevet efter formen aktiv intervention, respons, efterfulgt af yderligere aktiv intervention. Stærkt tryk lægges på patientens oplevelse af den fortløbende interaktion med terapeuten. Hvert segment består således i en karakteristisk parring af intervention og respons.

Centralt i min metode for korttidsdynamisk psykoterapi er udfordring af modstanden og en udvidet brug af overføringen, hvilket må forstås inden for rammerne af den proces, det dynamiske samspil mellem terapeut og patient udgør.

De forskellige faser i den indledende samtale kan beskrives som følger:

### **Pres for følelse**

Som allerede nævnt, ankommer næsten enhver patient i en ambivalent tilstand, idet han på den ene side ønsker hjælp, men på den anden ønsker at tildække og undgå emner, der er smertefulde for ham. I en indledende samtale indleder terapeuten ofte med et simpelt spørgsmål, så som "Kan du fortælle mig om, hvad der plager dig?", "Kunne du tænke dig at fortælle mig om de problemer, du har?", på hvilket patienten kommer med et indledende svar, ofte omhandlende symptomer eller en nutidig situation i hans liv. I en terapeutisk session kommer patienten som regel med sådanne udspil, uden at det er nødvendigt at udspørge ham. Hvorom alting er, kan fasen med pres for følelse begynde. Denne starter med enkle forespørgsler om uddybelse, "Kan vi kigge på det?", "Kan du fortælle mig mere om det?". Som respons herpå vil patienten tillade en smule af sandheden at komme til syne, men oftest holder han fortsat en meget stor del skjult. Før eller siden vil han beskrive en situation, der enten vækker følelser eller som burde gøre det. Terapeuten spørger først patienten, hvad han føler. Som svar herpå vil patienten ofte skøjte hen over sandheden ved at beskrive den med relativt harmløse termer, så som "nervøs", "utilpas", "forvirret", og selv hvis han taler med stærkere ord så som "irriteret", "vred" eller "ked af det", er dette ofte en måde at bruge ord til at undgå sin sande oplevelse af følelserne, og således at forekomme at besvare terapeutens spørgsmål, uden egentlig at gøre det. Terapeuten forsøger at trænge igennem forsvaret: "Hvad oplever du når du føler dig nervøs, utilpas, irriteret, ked af det?".

Alle disse spørgsmål er tilsyneladende uskyldige og lige til; men faktisk sender de i det skjulte et stærkt budskab, nemlig at terapeuten ønsker at forstå den givne situation til bunds, ønsker at vide nøjagtigt hvad patienten oplever, og at han ikke vil lade sig nøje med undvigelser og halve sandheder. Patienten opfanger meget hurtigt dette budskab, og bliver før eller siden – oftest før – ubevidst på vagt over for, at hans mest smertefulde områder står til at blive undersøgt. Dette giver anledning til den næste fase.

### **Intensivering af modstanden**

Modstand tager form af en serie af forsvar. Nogle af de oftest forekommende er: taktiske forsvar så som vaghed, forsigtig sprogbrug, undvigen, afledningsmanøvrer etc.: en bred vifte af obsessive forsvar så som intellektualisering, rationalisering, isolation og rumination; eller en bred vifte af regressive forsvar så som projektion, introjektion, grådlabilitet etc.

### **Klarifikation af forsvarene**

Terapeutens første tilnærmelse til forsvarene foretages med det formål at klarificere hvert enkelt af dem som de opstår, mens han fortsat udøver et pres mod oplevelsen af følelserne. Dette har den virkning yderligere at intensivere og udkrystallisere modstanden, at bringe den frem i lyset hvor den kan udfordres yderligere. Denne klargørelse leder gradvist over i den næste fase:

### **Udfordring af modstanden**

Denne teknik er radikalt forskellig fra den psykoanalytiske teknik, og af alle dens elementer er det nok udfordring og pres mod modstanden, der er mest fremmede for den traditionelle psykoanalytiske tilgang som de fleste terapeuter er trænedede i. Der er ikke plads til en udtømmende fremlæggelse af det vældige emne, de forskellige former for udfordring udgør. Nogle få eksempler må række til at formidle deres kvalitet og klang:

*Udfordring af taktiske forsvar; Anmodning om beslutsomhed som en udfordring til vaghed*

*PT: Måske nærer jeg en foragt mod min mand.*

*TE: Hvorfor siger du "måske"? Enten gør du, eller også gør du ikke.*

-----

*PT: Jeg tror ikke mit sexliv var tilfredsstillende*

*TE: Du tror? Du er ikke sikker?*

*At konfrontere patienten med hans manglende hukommelses selektive karakter*

*PT: Det er for længe siden til at komme i kontakt med.*

*TE: Hvordan er din hukommelse normalt? Har du hukommelsesproblemer?*

*Skarpe beskrivelser af patientens defensive manøvrer*

*TE: Du efterlader alt i det uvisse, lader det hænge frit i luften.*

Det er af afgørende betydning at understrege at disse ord ikke er rettede mod patienten selv, men mod hans forsvar, og at de igangsætter en proces hvorved patienten vender sig mod sine forsvar og lader ham erkende hvor kontraproduktive og forkrøblende de i virkeligheden er.

### **Udfordring til den terapeutiske alliance; pres for at opgive forsvarerne**

I løbet af og efter perioden med udfordring, er det ofte vigtigt at appellere direkte og udfordrende til patientens terapeutiske alliance, om at forlade sin modstandsprægede position, med et retorisk spørgsmål: "Hvad har du tænkt dig at gøre ved det?".

### **Intensivering af overføringen**

Under overfladen er virkningerne af den gentagne udfordring intense, vidtrækkende og dybtgående, og tager form i en skarp øgning af overføringsfølelser. Disse følelser er yderst komplekse og kan rumme enkelte eller samtlige af følgende komponenter. Det første lag er som regel patientens vrede mod terapeuten for ikke at tillade ham at anvende sine vanlige forsvar. Dette knyttes an til alle de fortidige situationer der har vakt hans vrede, og sammen med dette kommer som regel en betydelig angst. Under vreden ligger der dog ofte en ganske anderledes følelse: en varm værdsættelse af, at et andet menneske går så vidt for at feje hans facade bort og komme hans sande jeg nært. Endeligt, side om side med denne ubevidste angstbetonede skyldfølelse over nærhed, spirer en erkendelse af dens ødelæggende konsekvenser op – forpassede muligheder og ødelagte relationer op igennem patientens liv. De heraf resulterende følelser af sorg og anger er sandsynligvis endnu mere smertefulde, og patienten kan gøre brug af vreden for at forsvare sig imod dem. Resultatet af den potentielle mobilisering af alle disse blandede, smertefulde og angstbetonede følelser er derfor en yderligere intensivering af modstanden, men modstand af en ny slags, nemlig overføringsmodstand.

### **Direkte udspørgen om overføringen**

Terapeuten må være vel beredt på at bemærke tegn fra patienten, der indikerer at modstanden rummer et fremtrædende overføringsselement. Disse kommer ofte fra nonverbale udtryk for anspændthed, så som knugen af armlænene, dybe suk, ufrivillig smilen eller simpelthen at

patienten bliver tiltagende passiv og immobil. I det rette øjeblik, når spændingen er blevet tilstrækkeligt manifest, bryder terapeuten ind med et spørgsmål, "Hvad føler du lige nu?". Dette indleder en videre cyklus af modstand og udfordring.

### **Udfordring af modstanden i overføringen**

Det, der nu udfolder sig, er en række af forsvar mod patientens overføringsfølelser. Disse følelser er komplekse, rummende elementer af vrede, angst, sorg og smertefulde følelser. Forsvarerne udfordres i vid udstrækning på samme måde som tidligere; men terapeuten må samtidigt være yderst opmærksom på, at forsvarerne kan være lige så meget imod nærhed, sorg og smertefulde følelser som mod vrede, og hvis dette er tilfældet, at ændre sin tilgang tilsvarende.

### **Den direkte kollision med modstanden**

Den videre intensivering af modstanden i denne fase kan resultere i, at samtalen lader til at gå i ring og være i fare for at gå helt i stå. Her må terapeuten bringe sin mest kraftfulde intervention i spil. Denne er at fremhæve situationens realitet, nemlig at patienten forsøger at underkue den terapeutiske proces, og at hvis han fortsætter med at gøre dette og i sidste ende har held med det, så vil terapeuten være ubruelig for ham. Denne intervention rummer tre afgørende elementer. Først, på bestemt vis at placere ansvaret hvor det hører til, nemlig hos patienten selv. For det andet, en konfrontation rettet mod den bevidste terapeutiske alliance, med den implikation at med mindre patienten gør sit yderste for at være ærlig, kan han ikke hjælpes. For det tredje, en afgørende meddelelse til patientens ubevidste, nemlig en implicit tolkning af de destruktive impulser, både som de forefindes i overføringen og som rettet indad mod patienten selv.

### **Direkte oplevelse af overføringsfølelserne**

Resultatet af al dette pres og udfordring er endeligt at forsvarerne udmattes og patienten bliver i stand til at opleve sine overføringsfølelser direkte. Dette kommer ikke i et eksplosivt udbrud, men med en stille indre intensitet.

### **Mobilisering af den ubevidste terapeutiske alliance**

Effekten heraf er dramatisk. Der er et øjeblikkeligt fald i spændingen og en følelse af lettelse, der er en stigning i sand motivation og fremkomsten af stærke positive følelser for terapeuten, idet patientens ubevidste nu er låst op og den ubevidste terapeutiske alliance mobiliseret, og ofte viser der sig en stærk meddelelse der kaster lys over vigtige aspekter af patientens neurotiske kernekonflikt.

### **En empirisk observation og en bemærkning om patientens følelser i overføringen**

Her må jeg bibringe en observation af overvældende praktisk og teoretisk vigtighed. Ved gennemgang af transskriptioner af mange indledende samtaler, fandt jeg følgende: at hvor terapeuten har opnået et større gennembrud med en modstandspræget patient, fulgtes dette næsten uvægerligt af en passage hvori patienten blev konfronteret med sine følelser i overføringen og var i stand til at erfare og anerkende dem. Disse følelser kunne rumme et element af vrede, men denne vrede kunne også være et forsvar mod underliggende smertefulde følelser, og under dette ses altid stærke positive følelser. Måden hvorpå vreden vækkes er afgørende. Det er indlysende ikke af terapeutisk værdi blot at gøre patienten vred, eksempelvis ved at håne ham.

Dette ville øjeblikkeligt resultere i en misalliance. Tvært imod, bliver patienten vred i en atmosfære hvor han fornemmer, både bevidst og ubevidst, at terapeuten leder ham imod hans mest smertefulde begravede følelser ud af en oprigtig og dybtfølt omsorg, en fast besluttethed på ikke at skåne ham for smerte men at lade ham se den i øjnene, med det ene formål at befri ham fra de selvdestruktive mønstre der har spoleret hans liv i så mange år. Det er afgørende at terapeuten skaber denne atmosfære fra begyndelsen. Den situation som helhed, i hvilken patienten oplever og kan anerkende sine blandede følelser sammen med en terapeut han ved konfronterer ham med smerte på grundlag af en fast besluttethed på at hjælpe ham, lader til at rumme noget særligt, der mobiliserer afgørende bevidste og ubevidste processer. Dette leder videre til en stærkt øget sandsynlighed for at patientens ubevidste vil respondere ved at afsløre dybden i nogle af de følelser, situationer og begivenheder der har ledt til hans neurose.

### **Fasen med analyse af modstanden – brugen af de to trekanter**

Læseren kan have bemærket, at der så vidt ikke har været nævnt det mindste om *tolkninger*. Dette er ikke fordi han har overset noget – inden gennembruddet er opnået er der i denne metode ingen plads til tolkninger. Dog kommer de nu til sin ret. Gennembruddet følges ofte af en lang og kompleks fase hvor udforskning af relationer uden for overføringen veksler med brugen af tolkning. Patienten behøver indsigt i *måderne hvorpå han har forsvaret sig selv* imod sine *underliggende følelser* og den *angst* der har foranlediget ham til at gøre dette. Disse tre elementer udgør "konflikttrekanten". Ydermere kan terapeuten nu begynde på meningsfuld vis at udforske den samme trekant i patientens øvrige relationer. Det er overvejende sandsynligt at patienten har forsvaret sig på den samme måde i sine nutidige relationer, eksempelvis med sin ægtefælle eller chef, og at dette mønster er blevet etableret i en fjern fortid med forældre og søskende. Terapeuten begynder derfor processen hvor den anden trekant udfyldes, overføring/nutid/fortid (TCP), hvilket vi kan kalde "persontrekanten". Den frigørelse der skabes ved erfaringen med konflikttrekanten i overføringen leder til affortrængningen af følelser, der har været begravet i mange år. TCP-tolkningen, det vil sige tolkningen af konflikttrekanten i overføringen og efterfølgende koblingen af den til det samme mønster i nutidige og fortidige relationer, er af afgørende vigtighed. Erfaringen viser igen og igen at fuldendelsen af disse to trekanter kan resultere i en hurtige og vidtrækkende terapeutiske effekter. Jo tidligere denne proces kan færdiggøres, desto mere fuldkommen og kortere vil terapien blive.

TCP-tolkninger er rettet mod videre analyse af den resterende modstand. Herved svækkes den resterende modstand til et punkt hvor den ikke længere fungerer, og nu kan terapeuten gå ind i den næste fase.

### **Direkte adgang til det ubevidste og afdækningen af kerneneurosen**

Terapeuten kan nu udforske fortiden direkte. Det er sandt at modstanden midlertidigt kan vende tilbage når smertefulde områder nærmes, men nu kan den relativt let fejles bort, som regel uden henvisning til overføringen. Som et resultat heraf kan den centrale neurotiske struktur, der er ansvarlige for alle patientens forstyrrelser endelig meningsfuldt udforskes og tolkes, og processen der skal befri ham er begyndt.