

Hvorfor tror vi at vi kan snakke oss friske?

En undersøkelse av samtaleterapi i lys av sosial representasjonsteori

Ruth Vilkenen



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21.10.14

**Hvorfor tror vi at vi kan snakke oss friske?
En undersøkelse av samtaleterapi i lys av
sosial representasjonsteori.**

© Ruth Vilkenen

2014

Hvorfor tror vi at vi kan snakke oss friske?

Ruth Vilkenen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Ruth Vilkenen

Tittel: Hvorfor tror vi at vi kan snakke oss friske? En undersøkelse av samtaleterapi i lys av sosial representasjonsteori

Veileder: Erik Stänicke

Det er absurd at man kan snakke seg ut av en depresjon. Mange av oss vet ikke hvordan det hele begynte: hvorfor begynte vi å snakke som behandling av psykiske lidelser? Noen vil nevne at det skjedde noe på Freuds tid, og vi kan kanskje se for oss de tidlige pasientene – de hysteriske kvinnene – som Freud snakket med mens de lå på divanen. I denne oppgaven vil jeg undersøke hvor samtaleterapien kom fra, og hvorfor den kom. Jeg har valgt sosial representasjonsteori som rammeverk. Sosial representasjonsteori, utviklet av Moscovici på 60-tallet, hevder at sosiale representasjoner blir til som respons på samfunnets behov for å forstå noe – kanskje et nytt og ukjent fenomen som har tatt form i samfunnsutviklingen (2000). Sosiale representasjoner gir oss mulighet til å kommunisere om og interagere i forhold til det nye objektet – for eksempel samtaleterapien.

Sosiale representasjoner er alltid i endring ettersom de er sosiale av natur: de formes kontinuerlig gjennom kommunikasjon og interaksjon. Samtaleterapien har endret seg fra Freuds tid til den dag i dag. Derfor har jeg også lurt på hva man i ulike terapiretninger tenker om snakking som behandling. Hva er det vi tror snakkingen gjør som er terapeutisk, hva er det snakkingen forsøker å endre, og hva ønsker man egentlig å oppnå i en samtaleterapi? Jeg tror slike spørsmål til en viss grad kan besvares av psykoterapiforskning. Sosial representasjonsteori hevder likevel at sosiale representasjoner i større grad er et resultat av samfunnets hukommelse og behov for sammenheng, enn av vitenskapelige funn. Det er også flere kunnskapsunivers enn vitenskapen som påvirker våre sosiale representasjoner, i tillegg til kultur og samfunnsmessig kontekst. Dette, og med tanke på at samtaleterapien er et relativt abstrakt fenomen, gir rom for at samtaleterapien kan forstås og praktiseres på en rekke ulike måter. Det er altså grunn til å undre seg over hva dagens mangfoldige terapifelt gjenspeiler av grunnleggende antakelser. Dette gjelder både for den som skal oppsøke samtaleterapi, og den som skal finne sin retning som terapeut. Jeg valgte ut to terapiformer, kognitiv terapi og psykoanalytisk terapi, og intervjuet en representant fra hver retning (Anders Zachrisson og

Asle Hoffart) med hensikt å trengje inn i deres personlige sosiale representasjon av samtaleterapi. Deretter sammenlignet jeg disse to variantene med formål å oppdage noe av essensen i hver terapiretning, og hvilke forskjeller som foreligger. Jeg valgte å vektlegge hvordan disse terapiretningene forholder seg til meningsdanning ettersom jeg vil påstå at det moderne selvet står ovenfor et relativt selvstendig meningsdannelsesprosjekt – som både aktualiseres i, og aktualiserer samtaleterapi.

«Den som øker sin kunnskap, øker sin smerte» (Forkynneren 1, 18).

Forord

Min inspirasjon til å skrive denne oppgaven kom av min egen tvil rundt at samtaleterapi kan være virksomt. Gjennom studieløpet har jeg alltid opplevd det som absurd at det å snakke kan endre menneskers psykiske plager. Jeg har lurt på hvor ideen om å snakke som behandling kom fra, og hva man egentlig tenker at snakkingen gjør med plagene våre. Hvordan kan det ha seg at det å snakke om en depresjon kan fjerne den? Jeg har også vært nysgjerrig på hva det egentlig innebærer at det finnes så mange ulike terapiformer. Særlig har jeg vært opptatt av å sammenligne psykoanalytisk og kognitiv terapi ettersom de for meg fremtrer grunnleggende forskjellige.

Jeg vil først og fremst takke min kloke veileder Erik Stänicke! Jeg har vært heldig som har fått ha en veileder som deler min lidenskap for krysningspunktet mellom psykologi og filosofi. Vi har hatt mange og lange samtaler som til tider har gjort meg svimmel, men som har vært uvurderlige, både personlig og faglig.

Deretter vil jeg takke min kjære mor som har gitt meg sine refleksjoner og støtte gjennom hele prosessen. Takk til Reidar Ommundsen og Agnes Andenæs for innspill i forhold til metode. Jeg vil også takke Anders Zachrisson og Asle Hoffart som ville dele av sin kunnskap og klokskap i det som ble lange og øyeåpnende intervjuer.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstillinger	1
2	Metode.....	3
2.1	Sosial representasjonsteori	3
2.2	Det tenkende samfunnet	4
2.3	Hva er en sosial representasjon?.....	4
2.3.1	Det sosiale aspektet	5
2.4	Hvordan dannes sosiale representasjoner?	6
2.4.1	Det konsensuelle og reifiserte univers	7
2.4.2	Forankring og objektivisering	7
2.5	Kritikk av sosial representasjonsteori.....	8
2.6	Anvendelse av teorien i denne oppgaven	9
3	Første del: Hvorfor begynte vi å snakke som behandling?	10
3.1	Innledning.....	10
3.2	Det historiske bakteppet for samtaleterapien.....	12
3.3	Bakteppet: den magiske tilnærming	13
3.4	Bakteppet: den religiøse tilnærming.....	15
3.5	Bakteppet: den vitenskapelige tilnærming	17
3.6	Hvordan kan samtaleterapi ha vært med på å tilgjengeliggjøre vitenskapelig kunnskap?.....	18
3.6.1	Medisinsk progresjon og den medisinske analogi.....	18
3.6.2	Psykoterapeutiske forløpere	19
3.6.3	Oppdagelsen av hypnose	20
3.6.4	Personifisering av pasienten.....	21
3.7	Hvordan kan samtaleterapien ha vært med på å gjøre samfunnsendringer mer forståelige?	22
3.7.1	Vitenskapens fremgang	22
3.7.2	En gryende kapitalisme	23
3.7.3	Sekularisering og individualisering.....	24
3.8	Det moderne selvet	25
3.9	Hvordan tok samtaleterapien form?	26

3.9.1	Forankring og objektivisering	27
3.9.2	Det nye i samtaleterapien	29
4	Andre del: Hvorfor snakker vi som behandling i dag?	31
4.1	Innledning	31
4.2	Metode	32
4.2.1	Metodologiske utfordringer	34
4.3	Resultater	35
4.3.1	Menneskesyn	35
4.3.2	Snakkingens funksjon og det kurative	37
4.3.3	Den terapeutiske relasjon	39
4.3.4	Den psykiske lidelsen	41
4.3.5	Terapiens mål	43
4.4	Diskusjon	44
4.4.1	Mennesket som meningsskapende	45
4.4.2	Meningsskapende samtale	47
4.4.3	Meningsskapelse i relasjon	48
4.4.4	Mening og lidelse	49
5	Oppsummering	52
5.1	Første del	52
5.2	Andre del	53
6	Avsluttende tanker	56
6.1	Er samtaleterapi en ekte representasjon?	56
6.1.1	Samtaleterapi som eksistensielt forsvar	56
6.1.2	Samtaleterapi som produkt av individualisering og sekularisering	57
6.2	Forsvar av samtaleterapi	59
	Vedlegg	62
	Litteraturliste	65

1 Innledning

Året var 1880 da Anna O. ble syk. Dr. Josef Breuer, en kjent nevrofysiolog, var behandleren hennes og diagnostiserte henne for å lide av hystera (Launer, 2005). Anna led av en rekke alvorlige symptomer som paralyse, anestesi og en hel rekke andre psykiatriske symptomer. Breuers behandling utviklet seg som et resultat av imøtekommelse av Annas egne ønsker: han anerkjente at Anna ble bedre av å fortelle oppdiktede fortellinger, en metode hun selv kalte for «pipefeining». Breuer brukte også hypnose slik at hun kunne huske vonde følelser hun hadde opplevd i forbindelse med farens død. En annen del av behandlingen gikk ut på at symptomer kunne fjernes ved å identifisere ulike hendelser som opprinnelig hadde trigget dem. Annas selvforeskrevne behandlinger utført av en velvillig og original lege var begynnelsen på utviklingen av samtaleterapien. «Snakkekuren» som Breuer selv kalte denne behandlingsformen, ble på slutten av 1800-tallet gradvis en del av medisinen, men var likevel ukjent for de aller fleste. I dag er samtaleterapi derimot et velkjent behandlingsalternativ for psykiske lidelser. Samtaleterapi har vokst seg til å bli et stort og mangfoldig felt, og det eksisterer mange former for samtaleterapi side om side. Samtaleterapi er ikke lenger en akademisk finurlighet eller en behandling forbeholdt aristokratiet, men er anvendt i alle lag i vårt vestlige samfunn.

Man kan jo undre: hvor kom samtaleterapien fra, og hvorfor kom den på sent 1800-tall? Til tross for at samtaleterapien er et allment akseptert fenomen tror jeg at det for mange av oss er uklart hvorfor snakking ble kur. Jeg lurer også på hva man egentlig tenker om samtalen som terapi i dag: hvorfor tror vi at det å snakke om det som plager kan gjøre at plagen blir mindre? Dagens mangfoldige terapifelt kan tenkes å gjenspeile ulike antakelser om snakking som behandling.

1.1 Problemstillinger

I første del av oppgaven vil jeg se på dannelsen av samtaleterapien i lys av sosial representasjonsteori. Sosial representasjonsteori er en teori utviklet av Serge Moscovici på 60-tallet. Jeg lurer på hvorfor samtaleterapi ble lansert, og hvorfor akkurat da? Uttrykte samtaleterapien et nytt behov, og i så fall hvilket? Jeg mener dette spørsmålet er interessant som mer enn en historisk analyse, men også fordi dette bakteppet utgjør grunnlaget for hvordan samtaleterapi har blitt utviklet, forstått og anvendt til den dag i dag. Samtaleterapien

betraktes gjennom sosial representasjonsteori som et produkt av en sosialkonstruktiv prosess i datidens samfunn. Jeg mener at en belysning av samtaleterapiens dannelse gjennom sosial representasjonsteori fungerer godt i å påminne oss om at innholdet i en sosial representasjon ikke er gitt, men er påvirket av den aktuelle kontekst. Cushman (1992) skriver om viktigheten av å plassere samtaleterapien i en historisk kontekst nettopp for å ikke stivne i en oppfatning av hva det er:

If we do not situate psychotherapy in its historical context, I am concerned that we will not do justice to the brave and creative effort that it is, nor will we be able to see our way to new constructions of theory and practice that will extend our capacity to help others (s. 23).

På samme måte vil dagens sosiale representasjon av samtaleterapien være påvirket av samfunnsmessige faktorer, kultur, vitenskap og en rekke andre forhold. Moscovici fremhever også viktigheten av å bevisstgjøre seg sosiale representasjoner for ikke å ta dem for gitt, og bli styrt av dem: «(...) we ourselves are fashioned in relation to them. I would even go so far as to say that, the less we think about them, and the less we are aware of them, the greater their influence becomes» (2000, s. 26).

I andre del av oppgaven vil jeg se på hvordan samtaleterapien i nåtid er ulikt representert. Jeg vil bruke psykoanalytisk terapi og kognitiv terapi som eksempler på to ulike varianter av denne representasjonen. Dette vil jeg gjøre ved å ta en annen vei enn gjennom faglitteraturen, og derfor intervjuer en representant fra hver av disse terapitradisjonene. Gjennom intervju mener jeg å kunne undersøke hvordan den sosiale representasjonen av samtaleterapien kommer til uttrykk hos konkrete personer i en konkret kontekst. Ved å analysere hvordan den sosiale representasjonen av samtaleterapien manifesterer seg hos to personer tilhørende to ulike terapitradisjoner, vil jeg kunne oppdage ulikt representasjonelt innhold. Dette innholdet vil kunne avdekke viktige antakelser om samtaleterapien som til en viss grad også representerer hver av disse terapitradisjonene. Den sosiale representasjonen av samtaleterapien inneholder viktige antakelser om hva terapiens mål er, hvilken rolle snakkingen har, hva det er man forsøker å endre - for å nevne noe.

2 Metode

2.1 Sosial representasjonsteori

Sosial representasjonsteori er det teoretiske rammeverket for oppgaven. Moscovici's teori ble lansert i boken «La psychanalyse, son image et son public» i 1961. Moscovici tok utgangspunkt i Durkheims sosiologiske teori om kollektive representasjoner. En kollektiv representasjon var i følge Durkheim et stabilt konsept som er delt av mennesker i et samfunn (Moscovici & Duveen, 2000). Durkheim var ikke opptatt av å undersøke hvilke prosesser som hadde generert disse representasjonene. Han var opptatt av å identifisere og beskrive dem, og anvendte dem som modeller i å forstå hvorfor et samfunn var som det var. Moscovici utvidet denne teorien, og fremholdt at representasjoner ikke bare er kollektivt delte objekter, men at de både påvirkes av og påvirker selv sosial atferd og kommunikasjon (Moscovici & Duveen, 2000). Representasjonene er i så måte ikke stabile, men interaktive og dynamiske av natur – altså sosiale fenomener heller enn konsepter. Moscovici's tilnærming til representasjoner er derfor sosialpsykologisk, og Durkheims sosiologisk. Moscovici hadde et ønske om å ikke bare ha en deskriptiv tilnærming til representasjoner, men trenge inn i representasjonene for å oppdage deres indre struktur og dynamikk (2000). Hvor kommer sosiale representasjoner fra, og hvordan påvirker de vår sosiale interaksjon? Moscovici var altså, i motsetning til Durkheim, opptatt av hvordan representasjoner ble dannet. Han fremholdt at det er i den sosiale kommunikasjonen i et samfunn, hverdagsdiskursen, at de tar form (2000). I hans bok fra 1961 var ambisjonen å studere hvordan psykoanalysen, som et nytt kulturelt fenomen, tok plass i det parisiske samfunnet (Bauer & Gaskell, 2008). Han undersøkte hvordan det urban-liberale, det katolske og det kommunistiske miljøet responderte på psykoanalytiske ideer, og hvordan disse ble integrert gjennom ulik kommunikasjon innad i de tre gruppene. I den urban-liberale gruppen diffundererte de psykoanalytiske ideene uten at det ble utvist særlig motstand mot dem. I det kommunistiske miljøet ble psykoanalysen forstått som et imperialistisk redskap, og dermed avvist. I det katolske miljøet ble psykoanalysen satt i sammenheng med skriftemålet, men de seksuelle aspekter ble avvist. Moscovici studerte på denne måten hvordan psykoanalysen ble ulikt representert på samme tid (Bauer & Gaskell, 1999).

Sosial representasjonsteori er altså et sosialpsykologisk rammeverk for å studere psykososiale fenomener i et moderne samfunn. Teorien fremholder at sosialpsykologiske fenomener, som

for eksempel samtaleterapien, kun kan forstås dersom de blir sett på som innebygd i historiske, kulturelle og makrososiale forhold (Wolfgang Wagner et al., 1999).

2.2 Det tenkende samfunnet

Teorien baserer seg på antakelsen av at samfunnet først og fremst er et tenkende samfunn. Det vil si at i vårt møte med verden er representasjoner alltid involvert ved at den ytre verden gjenskapes i vår indre verden: «The paramount fact about human interactions is that they are happenings, that they are psychologically represented in all of the participants» (Moscovici & Duveen, 2000, s. 26). Sosiale representasjoner eksisterer også på et individuelt nivå, men den individuelle meningsdannelse baserer seg først og fremst på sosial kommunikasjon heller enn hvert enkeltindivids kontakt med den ytre, materielle verden. Det er på denne måten allmennkunnskap genereres (Moscovici & Duveen, 2000). Sosial representasjonsteori kan beskrives som en sosialkonstruktivistisk teori fordi man tenker at sosial representasjon er nødvendig for at et fenomen skal ta form i et samfunn og altså konstrueres i vår indre verden (Wolfgang Wagner et al., 1999). Likevel oppfatter jeg ikke Moscovici som sosialkonstruktivistisk på den måten at han forsøker å fremstille sosiale representasjoner som rene konstruksjoner: teorien tar ikke stilling til hvorvidt det kan foreligge et objektivt grunnlag for en representasjon. Ei heller tar teorien stilling til om representasjoner kan være unødvendige eller undertrykkende, og dermed forsøke å ugyldiggjøre dem. Sosial representasjonsteori er deskriptiv i sin tilnærming, og vurderer ikke om det er grunnlag for at en sosial representasjon skal finnes eller ikke. I stedet fremholder Moscovici at sosiale representasjoner finnes fordi de svarer på et behov i samfunnet. Hvorvidt man kan være kritisk til det behovet sier teorien ingenting om.

2.3 Hva er en sosial representasjon?

En sosial representasjon defineres av Moscovici på følgende måte:

A system of values, ideas and practices with a twofold function: first to establish an order which will enable individuals to orient themselves in their material and social world and to master it; and secondly to enable communication... by providing a code for social exchange and a code for naming and classifying unambiguously the various aspects of their worlds and their individual and group history (1973, s. xiii).

Sosiale representasjoner gjør individer i stand til å orientere seg i sin verden, og muliggjør kommunikasjon. Slik kan objektet, gjennom å bli sosialt representert, bli delt av en gruppe og mellom grupper. Sosial representasjonsteori hevder også at representasjoner er preskriptive, dvs. at de trenger seg på oss og gir uunngåelige føringer for hvordan vi oppfatter virkeligheten (Moscovici & Duveen, 2000). De er også dynamiske, dvs. at de kommer og forsvinner igjen. Den tidligere diagnosen hysteria er et eksempel på en forsvunnet kategori for psykisk lidelse. Når den kollektive erfaringen endres av ulike grunner, kan sosiale representasjoner miste sin funksjon og dermed forsvinne. Som allerede nevnt vil det alltid eksistere ulike sosiale grupper om hverandre i et samfunn, og fenomener vil bli ulikt representert i disse ulike gruppene (Bauer & Gaskell, 2008).

2.3.1 Det sosiale aspektet

Moscovici kom med en viktig utvidelse av Durkheims teori om kollektive representasjoner, nemlig representasjoners sosiale natur:

For all cognition, all motivation, and all behavior only exist and have repercussions in so far as they signify something, and signifying implies, by definition, at least two people sharing a common language, common values and common memories. By saying that representations are social we are mainly saying that they are symbolic and possess as many perceptual as so-called cognitive elements (2000, s. 74).

Sosiale representasjoner ligger altså til grunn for vår tenkning, motivasjon og samhandling. De gjør det mulig for oss å oppfatte og kommunisere om det samme.

Det tenkende samfunnet kan også sees på som bestående av ulike sosiale grupper (Wolfgang Wagner et al., 1999). Den sosiale gruppens delte forståelse av verden og av objektene i den, gir grunnlag for at man kan kommunisere og interagere innad i gruppen og med andre grupper. En representasjon produseres gjennom denne kommunikasjonen - en kollektiv elaborasjon som representerer objektet, og gjør det til del av den sosiale virkeligheten (Wolfgang Wagner et al., 1999). I tillegg bidrar representasjonen til prosesser som former sosial kommunikasjon og atferd. Representasjoner kan således forstås som en aktivitet (prosessen hvor man representerer noe) som gir et observerbart produkt (en sosial representasjon) (Bauer & Gaskell, 1999; Jodelet, 2008). En sosial representasjon er dermed sosial på to måter: den er et resultat av sosiale prosesser, og den bidrar til å muliggjøre sosiale

prosesser. For eksempel kan en sosial representasjon være et produkt av profesjonell aktivitet (Moscovici & Duveen, 2000). Eksempelvis samtaleterapi som resultat av at Breuer gav medisinsk behandling uten medisin. Etterhvert som en sosial representasjon tar form og blir del av allmennkunnskapen bidrar den også til gruppens sosiale identitet (Wolfgang Wagner et al., 1999).

2.4 Hvordan dannes sosiale representasjoner?

Sosiale representasjoner dannes ved at noe nytt og ukjent settes inn i systemer av det som allerede er kjent - det nye blir konvensjonalisert: «The purpose of all representations is to make something unfamiliar, or unfamiliarity itself, familiar» (Moscovici & Duveen, 2000, s. 37). Grunnantakelsen er at alle sosiale representasjoner blir skapt ut av samfunnets hukommelse, og på denne måten blir kollektivt dannet: «Objects, individuals and events are perceived and understood in relation to previous encounters and paradigms» (Moscovici & Duveen, 2000, s. 39). Moscovici mener altså at samfunnet er i mye større grad styrt av hukommelse og konvensjon, enn av fornuft. Dette er blant annet hvorfor han kaller dem «sosiale» representasjoner. Sosiale representasjoner og allmennkunnskap er altså alltid et sekundært, modifisert produkt av ny kunnskap.

Hvorfor skjer det at samfunnet fra tid til annen står ovenfor noe nytt og ukjent? Teorien hevder at tomrom av mening gjør at nye sosiale representasjoner dannes for å fylle det tomrommet som er oppstått (Moscovici & Duveen, 2000). Eksisterende kunnskapssystemer har altså kommet til kort i å forklare det nye og ukjente. Det er særlig samfunnsendringer og ny vitenskapelig kunnskap Moscovici mener bidrar til det nye og ukjente, og altså et påfølgende forklaringsproblem. Det ukjente vil drive oss mot «the act of representation». Moscovici mener at det er reduksjonistisk å forsøke å oppspore enkeltagenter som årsak til nye representasjoner, og mener at man må anerkjenne kompleksiteten ved at det kan foreligge bidrag fra historisk, kulturell og økonomisk kontekst, samt kollektive og individuelle motivasjoner (2008). Han mener også at det er flere kunnskapsunivers enn vitenskapen som bidrar til dannelsen av sosiale representasjoner: ideologi, filosofi og kunst for å nevne noen. Allmennkunnskap, og tilhørende sosiale representasjoner, må også modifiseres når samfunnsendringer har ført til en virkelighet som divergerer fra den virkeligheten man tidligere var kjent med. Sosiale representasjoner omhandler altså både hvordan ny kunnskap blir

representert og integrert i allmennkunnskapen, og hvordan endringer fører til modifikasjoner av allmennkunnskapen.

2.4.1 Det konsensuelle og reifiserte univers

Moscovici (2000) deler det tenkende samfunnet inn i to ulike univers for å beskrive hvilken plass sosiale representasjoner opptar: det konsensuelle og reifiserte universet. Det konsensuelle universet består av sosiale representasjoner som skapes, brukes og rekonstrueres av individene for å forstå og gi mening til den virkeligheten de iakttar. Man kan sammenligne dette universet med allmennkunnskapen hvor mennesket selv vurderer og måler fenomener. Det konsensuelle universet består av likeverdige individer, og ingen har større definisjonsmakt enn andre. Alle mennesker er likestilte observatører i møte med virkeligheten man lever i. Moscovici mener at alle ønsker å føle seg hjemme i det konsensuelle univers. De sosiale representasjonenes funksjon er å: «(...) restore collective awareness and give it shape, explaining objects and events so that they become accessible to everyone and coincide with our immediate interests» (2000, s. 36). De sosiale representasjonene bevarer den kollektive forståelsen ved å gjøre det ukjente tilgjengelig gjennom å gi det form.

I det reifiserte universet er kunnskapssystemene solide og lite påvirkelige. Dette universet består av ulike klasser og roller hvor individene ikke lenger er likestilte. Kompetanse avgjør grad av deltakelse i denne delen av det tenkende samfunnet. Her kommer utdanning og profesjon inn som viktige faktorer. Vitenskap er grunnlaget for det vi forstår som det reifiserte univers, og er dermed en kilde til det ukjente som sosiale representasjoner må håndtere i det konsensuelle univers. Vitenskapen, og det reifiserte universet, strekker seg etter å opprettholde empirisk tyngde og er dermed styrt av den ytre verden. Sosiale representasjoner, og det konsensuelle universet, styres på sin side etter dette universets indre verden, nemlig ved å etterstrebe konsensus, identitet og stabilitet.

2.4.2 Forankring og objektivisering

Sosiale representasjoner dannes gjennom to prosesser: forankring og objektivisering. Forankring går ut på å redusere det nye og ukjente fenomenet slik at det passer inn i en kjent kategori eller bilde, og på denne måten sette det inn i en allerede eksisterende kontekst. Dette gjør man ved å navngi eller å klassifisere (Moscovici & Duveen, 2000). Den nye sosiale representasjonen og det tilhørende vokabularet trer inn i hverdagspråket, og blir sosialisert.

Etter at samtaleterapien ble etablert som sosial representasjon, kunne man tenke at «galskap» var kurerbart på samme måte som en fysisk sykdom, og ingen permanent tilstand slik man kunne tenke før (Moscovici & Duveen, 2000). Samtaleterapi ble altså «forankret» i den medisinske modellen.

Objektivisering er et begrep som beskriver en annen dannelsesprosess av sosiale representasjoner. I stedet for å sette det ukjente inn i et allerede eksisterende, kjent system må man snu noe abstrakt til å bli noe konkret gjennom bruk av et ikon, metafor eller trope (Wolfgang Wagner et al., 1999). Man gjør det ukjente til en del av virkeligheten ved å overføre noe helt intellektuelt til den fysiske verden. Dette viser at ord ikke bare representerer, men også skaper i den fysiske verden. Samtaleterapi som et materialisert virke utøvd av ulike profesjonsgrupper er et eksempel på hvordan den abstrakte ideen om samtaleterapi har blitt objektivisert, og har en tydelig plass i dagens samfunn.

2.5 Kritikk av sosial representasjonsteori

En sosial representasjon må svare på hva noe er, og hvorfor det er. Sosial representasjonsteori har blitt kritisert for å være for omfattende, og begrepsmessig utydelig. Forskning som har anvendt sosial representasjonsteori er svært divergerende - noe mange mener skyldes nettopp teoriens uklarhet (Howarth, 2006). Det er også et spørsmål om hvilken plass en sosial representasjon opptar i den kollektive bevissthet: er en sosial representasjon noe vi kan være kritisk bevisst og dermed påvirke og eventuelt avvise, eller handler vi i et representasjonelt felt som er en akseptert konstruksjon av virkeligheten? Basert på min lesning av Moscovici tror jeg at begge deler sant. Sosiale representasjoner former vår tenkning og kommunikasjon, men man kan også bevisstgjøre seg dem og utøve motstand.

Howarth (2006) oppsummerer tre hovedaspekter ved teorien som kritiseres for å være mangelfulle, eller utydelige. Det første gjelder forholdet mellom psykologiske prosesser og sosial praksis som nevnt over: Hvor mye innvirkning har sosiale representasjoner på vår virkelighet? Ligger sosiale representasjoner til grunn for handling uten at man er bevisst dette, eller er det snakk om en refleksiv holdning til representasjoner? Det andre er at teorien ikke spesifiserer hvorfor noen representasjoner «vinner» over andre. Det koeksisterer ulike kunnskapssystemer hvorav noen får større plass og legitimitet enn andre, en slags maktkamp mellom ulike ideer. Howarth (2006) mener at det foreligger maktforskjeller mellom ulike

grupper i forhold til en slik definisjonsmakt uten at teorien sier noe om dette. Det tredje er at teorien sier ikke sier noe om at det konsensuelle universet, allmennkunnskapen, også kan ha en påvirkning på det reifiserte univers.

2.6 Anvendelse av teorien i denne oppgaven

Moscovici (2000) mener det er viktig med en metodisk pluralisme for å studere sosiale representasjoner. Han poengterer også at eksperimentelle metoder er viktige, men at de kan komme til kort i å gripe komplekse sosiale representasjoner: «Their value is indisputable when studying simple phenomena that can be taken out of context. But this is not the case for social representations which are stored in our language and which were created in a complex human milieu» (s. 75). Jeg bruker sosial representasjonsteori både som grunnlag for en historisk analyse, og som rammeverk for intervjuer og fortolkning av materialet.

I første del av oppgaven belyser jeg altså dannelsen av samtaleterapi som sosial representasjon. Analysen går ut på å identifisere hvilke samfunnsendringer og vitenskapelige nyvinninger som kan ha bidratt til behovet for en samtaleterapi. Jeg vil også forsøke å beskrive hvordan samtaleterapien ble representert i samfunnet - altså hvordan det ble plassert inn i den eksisterende allmennkunnskapen. I andre del av oppgaven vil jeg undersøke innholdet i dagens sosiale representasjon av samtaleterapien, og bruker psykoanalytisk og kognitiv terapi som eksempler på representasjonen. Dette vil jeg gjøre ved å intervju en representant fra hver terapiretning, og sammenligne innholdet i deres sosiale representasjon av samtaleterapi.

3 Første del: Hvorfor begynte vi å snakke som behandling?

3.1 Innledning

Jeg vil i denne delen av oppgaven ved litteraturgjennomgang undersøke hvorfor «snakkekuren» oppstod i lys av sosial representasjonsteori. Som nevnt i innledningen ble samtaleterapi gradvis integrert som en del av medisinen på slutten av 1800-tallet, og er i dag en velkjent og institusjonalisert behandlingsform for mennesker med psykiske problemer. Jeg undrer meg over hvorfor samtalen ble en behandlingsform, og hvorfor akkurat da. Det som Breuer kalte for «snakkekuren» velger jeg å oversette med «samtaleterapi». Dette er et nøytralt begrep i forhold til de ulike historiske terapitradisjonene, og i forhold til mangfoldet av ulike terapimetoder som finnes i dag. Med begrepet samtaleterapi mener jeg alle former for psykoterapi, historiske og nåtidige, som har til felles at de anvender samtalen som hovedingrediens i behandlingen. Jeg er interessert i samtaleterapien som sosial representasjon, hvor fellesnevneren er at snakkingen regnes som kurativ. Litteraturen jeg baserer meg på i den historiske analysen er i hovedsak av Philip Cushman (1992), Jan Ehrenwald (1976), Henri Ellenberger (1994) og Stanley W. Jackson (1999) (alfabetisk rekkefølge). Forfatterne skriver om psykoterapiens og psykiatriens historie fra ulike perspektiver. Ehrenwald og Jackson var begge psykoanalytikere, og forfattere av en rekke bøker og vitenskapelige artikler som omhandlet psykoterapiens og psykiatriens historie. Disse to mener jeg er i stor grad nøytrale i sin gjengivelse av psykoterapiens historie til tross for at de begge var psykoanalytisk orientert. Cushman er også psykoanalytiker, men har i tillegg en hermeneutisk teoretisk orientering som gjør at han er mer spekulativ og fortolkende i sin historiske gjengivelse. Ellenberger var psykiater og kriminolog. Han anses av mange for å være psykiatriens første historiker. Litteraturutvalget har den svakheten at de fleste av forfatterne tilhører en psykoanalytisk retning, og dette kan begrense mulige perspektiver. I min lesning opplever jeg likevel ikke at dette preger litteraturen i særlig grad, men det er en opplysning man kan ta med seg. Jeg vil også presisere at gjennom litteratursøkingen fikk jeg inntrykk av at en stor andel av forfattere som har skrevet om psykoterapiens og psykiatriens historie har en psykoanalytisk tilhørighet.

Som beskrevet i metodedelen har jeg valgt å bruke sosial representasjonsteori for å belyse samtaleterapiens dannelse, og vil derfor forsøke å forklare hvorfor det oppstod et samfunnsbehov for en samtaleterapi. Sosiale representasjoner skapes og dør ut i sosiale prosesser, og det er disse prosessene som kan gi svar på hvorfor sosiale representasjoner dannes og faller bort: «As a consequence, in order to understand and to explain a representation, it is necessary to start with that, or those, from which it was born» (Moscovici & Duveen, 2000, s. 27). Hvilke prosesser gav opphav til samtaleterapien? For å undersøke dette er det nødvendig å analysere hvilken historisk kontekst samtaleterapien ble født inn i. Wolfgang Wagner et al. (1999) understreker også nødvendigheten av et historisk perspektiv i det man skal studere sosiale representasjoner:

Being a social psychological approach to studying the regularities of social life, social representation theory cannot do without a historical perspective. The meanings of social objects which exist in a group today were also shaped by events in the past. (...) The approach of social representations allows us to capture macrosocial phenomena in their historical totality and dynamics (s. 4)

Cushman (1992) mener at ved hjelp av det historiske perspektivet blir vi i stand til å verdsette og se mulighet for videreutvikling av samtaleterapien. Jeg vil også se på hvorfor samtaleterapien tok form som resultat av forankringsprosesser. Moscovici (2000) hevder at når en ny sosial representasjon skal ta form, vil den tilpasses og forankres i allerede eksisterende kategorier. Slik blir det nye satt inn i en kjent kontekst. Dannelsen av en sosial representasjon er en prosess, og det er viktig å huske på at man ikke helt nøyaktig kan tidfeste dannelsen av den sosiale representasjonen av samtaleterapien. Man kan argumentere for at kunnskap om snakkingens positive effekter var kjent mye tidligere enn på slutten av 1800-tallet. Likevel var det et vendepunkt i det Breuer sammen med sin pasient Anna O. systematisk gjennomførte denne behandlingen i rammene av et lege-pasient-forhold. Jackson (1999) hevder at pasientens snakking fikk en ny betydning i Breuer og Anna O. sin samtid:

Toward the end of the nineteenth century, though, the role of talking in psychological healing gradually came to be emphasized in a rather different way. Increased attention was given to talking in general as «psychotherapeutics» took shape as a distinct clinical endeavor. But what was novel was the emerging realization of the value of the patient's talking and the considerable attention that it began to receive (s. 105).

Jeg tror at samtaleterapi, behandling for psykiske lidelser hvor snakkingen var sentral, representerte noe nytt, og derfor måtte bli integrert i allmennkunnskapen som en ny sosial representasjon. Det er også etablert enighet i litteraturen jeg har anvendt om at samtaleterapiens startpunkt kan plasseres til slutten av 1800-tallet, og at Breuer og Freud særlig kan krediteres for å ha vært sentrale i å plassere samtaleterapien inn i en klinisk ramme.

3.2 Det historiske bakteppet for samtaleterapien

Historisk sett har det alltid eksistert ulike tilnærminger til psykologisk helbredelse. Jackson (1999) skriver om den lange og rike tradisjonen for psykologisk helbredelse:

Long before some physicians, in the nineteenth century, began to be designated as «psychiatrists», there were philosophers who were referred to as physicians of the soul, and, later, Christian confessors came to be called physicians of the soul. Just as the physicians have ministered to the psychologically distressed over many centuries, the cure of souls has had a long and rich tradition both in the history of philosophy and in the history of confession and pastoral care (s. 11).

Jeg vil undersøke historiske tilnærminger til psykologisk helbredelse fordi de har lagt et grunnlag for samtaleterapien som sosial representasjon. Når man skal begynne å beskrive historiske tilnærminger til psykologisk helbredelse, er det ikke gitt hvor man skal begynne. Vurderingen blir et spørsmål om dokumentasjon: hvilke funn har antropologisk og historisk forskning gitt oss, og hvor sikre er de i å si oss noe om urmenneskets tilnærming til psykologisk helbredelse? Et annet spørsmål man kan stille seg er om slik kunnskap er relevant for samtaleterapiens historie. Ellenberger (1994) mener at det foreligger en uavbrutt historisk sammenheng mellom de tidligste dokumenterte funn av forekomst av psykologisk helbredelse i prehistorisk tid, og moderne samtaleterapi: «Historically, modern dynamic psychotherapy derives from primitive medicine, and an uninterrupted continuity can be demonstrated between exorcism and magnetism, magnetism and hypnotism, and hypnotism and the modern dynamic schools» (s. 48). Ehrenwald (1976) bekrefter denne oppfatningen:

If mental healers were to be summoned to the patient's bedside in the order of their appearance in history, the magician or medicine man would be the first one to answer the call. He would be followed by the philosopher-priest of various religious

denominations, who would, in turn, yield his place to the scientifically oriented psychotherapist. (...) But their goal would be the same: to cure psychological (and sometimes physical) ills by essentially psychological means (s. 17).

De ulike litterære kildene jeg anvender velger entydig å begynne med medisinmannen: den magiske, også kalt primitive, tilnærmingen til psykologisk helbredelse. Det virker som at litteraturen, med noe variasjon, velger å identifisere i hovedsak tre historiske tilnærminger til psykologisk helbredelse: den magiske, den religiøse og den vitenskapelige. Man kan undre seg over begrunnelsen for denne inndelingen, men det kan synes som det har noe med hvor man plasserer den helbredende kraften å gjøre. Ehrenwald (1976) gir disse tre tilnærmingene tilleggsnavn som demonstrerer dette poenget: den magiske tilnærmingen kalles «søken etter omnipotens» som reflekterer denne tilnærmingens tro på at medisinmannen eller magikeren, er i besettelse av en allmakt som kan projiseres på naturens lover. Den religiøse tilnærmingen kalles «søken etter frelse» som reflekterer at plasseringen av den helbredende kraften ikke er hos den utøvende helbrederen, men tilhører en guddom eller Gud. Den vitenskapelige tilnærmingen kalles «søken etter kunnskap og mestring» som reflekterer at den helbredende kraften i større grad er overlatt til naturens lover, og at ved å tilegne seg større kunnskap om den ytre verden kan man anvende denne i forsøk på psykologisk helbredelse. Ehrenwald (1976) fremhever at det ikke foreligger et skarpt skille mellom disse «veiene» til psykologisk helbredelse, ettersom de har store fellestrekk og overlapper i tid.

3.3 Bakteppet: den magiske tilnærming

Som nevnt begynner vi altså med den magiske tilnærmingen. Ehrenwald (1976) hevder det foreligger en slående likhet mellom ulike kulturer hva angår magisk praksis med mål om det vi i dag kaller psykologisk helbredelse. Troen på magikerens omnipotens, som iakttager og utøver av overnaturlige krefter, var utgangspunktet for hvordan man tenkte man kunne oppnå helbredelse. Ånder og overnaturlige krefter fungerte som både årsaksforklaring (besettelse av onde ånder) og teori om kur (åndsutdrivelse). Ord, som er sentralt i samtalerapien, var ikke uten betydning i en slik magisk forståelse av helbredelse. Ehrenwald (1976) skriver om hvordan ord ble brukt i trylleformularer, ritualer og tempelhelbredelser som bærende av magisk, helbredende kraft: «The curative agent is the spoken or written word, the solemn ritual - and both the patient's and the magician's belief in their efficacy» (s. 29).

Håndspåleggelse var en annen mye brukt prosedyre gjennom antikken og middelalderen i den vestlige verden. Man trodde at en helende og overnaturlig kraft kunne overføres til den lidende fra en helbreder gjennom fysisk kontakt med det syke mennesket. Etterhvert utviklet sivilisasjoner seg mot en mer empirisk-rasjonell tilnærming til helbredelse, men magien ble bevart gjennom å bli tillagt ekstraordinære tilstander som søvn, transe og ekstase.

Drømmetolkningen som en kilde til helbredelsesprosesser har røtter som går langt tilbake, og har vedvart helt frem til i dag: «Belief that dreams contain clues as to the proper way of treatment can be found all over the world, from classical antiquity to the present» (Ehrenwald, 1976, s. 61).

Parallelt med den magiske tilnærmingen fantes det i antikken et viktig unntak, nemlig blant de greske filosofene. Mange av ideene som ble utviklet i dette miljøet samsvarer i stor grad med nåtidens tenkning. De greske filosofenes ideer ble avbrutt av Romerrikets fall, og ble ikke gjenopptatt før i renessansen. Jackson (1999) skriver om hvordan filosofenes tenkning gjenspeilte et skifte i hvordan man brukte ord i utøvelse av psykologisk helbredelse:

«Gradually a shift took place: the magico-religious overtones waned and the words were addressed directly to the sufferers in an effort to change them or influence them for their own good» (s. 30). De greske filosofene representerte en ny empirisk-rasjonell tilnærming til psykologisk helbredelse, og en anerkjennelse av ordets kurative egenverdi: «In the traditions of philosophy, the power of the word has been central or important or primary in healing efforts. Talking and listening have thus been particularly important (...)» (Jackson, 1999, s. 11). Dette er en vektlegging av ordets egenverdi som man ikke finner igjen før på slutten av 1800-tallet med samtalerapiens utvikling.

Kjennetegnet ved de greske filosofenes syn på psykologisk helbredelse, særlig den retoriske skolen, var vektleggingen av rasjonalitet som kurativ agent. Uhelse skyldtes begrensninger av rasjonalitetens råderett i et menneske. «Pasjoner» som det ble kalt, var sjelelige forstyrrelser, irrasjonelle og unaturlige bevegelser i mennesket (Jackson, 1999). Filosofiens prosjekt var dermed å fremme det lidende menneskets rasjonelle side gjennom dialogen: «A method of questioning and answering that divided, defined, categorized and abstracted» (Jackson, 1999, s. 24). Dialogen hadde overtalelse av den lidende som mål, men Platons videreutvikling, dialektikken, fokuserte på å oppdage og avsløre sannhet i forsøk på å oppnå en sunn sinnstilstand preget av selvkontroll og harmoni, også kalt sophrosyne. Jackson (1999) skriver

om hvordan Platons dialektikk vektla den lidende sitt bidrag, og man kan tenke at det er likhetstrekk mellom Platons tenkning og den senere samtaleterapien: «(...) Plato dealt with a healer's words as interventions that could lead to a verbal catharsis for the sufferer. In this latter case, words were also brought forth from the sufferer in the process» (s. 100). Antikkens filosofer var også moderne i sitt syn på psykopatologi i sin forkastelse av åndeteori, men anerkjennelse av sjelelige sykdommer eller forstyrrelser. Jackson (1999) nevner Cicero, en romersk politiker og skribent, som et eksempel på en betydningfull person i antikken med moderne tanker om hvordan sjelelig sykdom kunne behandles: «Treatment was to be individualized both according to the person and according to the form of the distress. Also he noted that «distress . . . can be entirely rooted out when we have disentangled its cause» (s. 26). Til tross for at mye av den overnevnte tenkningen og praksis har store likheter med samtaleterapien, er det mange som mener at dette ikke var etablert som en terapeutisk praksis, men heller ble sett på som idealer og biprodukter ved å være et godt menneske og en god lege. Det er også andre aspekter ved antikkens filosofer sitt syn på psykologisk helbredelse som skiller dem fra samtaleterapien, blant annet det ensidige fokuset på rasjonalitet som kurativ agent og vektleggingen av helbrederens ord som det viktigste elementet i psykologisk helbredelse. Platon representerte riktignok et unntak fra dette.

3.4 Bakteppet: den religiøse tilnærming

Den magiske tilnærmingen ble etterfulgt av den religiøse. Ehrenwald (1976) beskriver hvordan den religiøse tilnærmingen var annerledes i forhold til den magiske: «(...) it represents a new technique to deal with pain, suffering and all the rest of the calamities of life. While magic confines itself to spiritual first-aid, as it were, ancient Buddhist, Taoist and early Christian doctrine seek a long-term solution» (s. 83). Psykisk helse og uhelse hadde altså sammenheng med livsstil: dersom man levde i tråd med religionens påbud ville konsekvensene bli fravær av psykiske plager. Synd og fornektelse av Gud ble satt i sammenheng med psykisk uhelse. Religion innebar også troen på psykologisk helbredelse som hadde sin kilde i overnaturlige krefter eller en monoteistisk Gud. Forståelsen av psykopatologi hadde også mye til felles med den magiske tilnærming ved at man baserte seg på åndeteorier. Den religiøse forståelsen av psykopatologi utviklet seg etter hvert i en mer moderat retning, og med mindre vektlegging av demonologi og ånder. Eksorsismen og åndeteori i forståelsen av psykopatologi etterlot seg likevel noen biprodukter som fikk

betydning for videre utvikling av psykoterapi: fokus på seksualitet og dens implikasjoner på mentale lidelser og en vag erkjennelse av det ubevisste sin rolle (Ehrenwald, 1976).

Kristendommen bar også med seg forløpere til den senere samtaleterapien særlig tydelig i form av det katolske skriftemålet, men også vektleggingen av det kurative ved psykologiske prosesser som anger og aktiv bot. Ellenberger (1994) nevner også «cure of souls» (Seelsorge): en praksis, på norsk kalt sjelesorg, som utviklet seg i protestantiske samfunn som kan tenkes å ha hatt særlig stor innflytelse på senere psykoterapi. Det obligatoriske skriftemålet ble forlatt, og mange protestantiske prester gikk videre fra skrifting og syndsforlatelse til å være aktive i å frembringe løsninger på personens livsproblemer. Ellenberger (1994) mener denne type praksis klart ligner dagens korttidspsykoterapier. I sammenheng med dette utviklet det seg en klar oppfatning om «den patogene hemmelighet»: at mennesker ofte led av en forstyrrende hemmelighet som var rot til problemene deres. Sjelesorg kunne ha som funksjon å lette menneskers lidelse ved at den patogene hemmelighet kom til overflaten gjennom samtale. Man kan kalle dette en form for katarsiseffekt som skulle bli en viktig modell i den tidlige samtaleterapien. Ellenberger (1994) mener at kunnskapen om den patogene hemmelighet etterhvert spredte seg til bl.a. legfolk og magnetisører. Ofte ble hypnotisk praksis kombinert med oppfatningen om den patogene hemmelighet slik at hypnosen kunne fungere som et middel i «å avsløre» denne. Konseptet om den patogene hemmelighet vedvarte, og ble tatt opp i psykoanalysen (Ellenberger, 1994). Sjelesorgpraksis innebar viktige empiriske steg mot utvikling av samtaleterapien (Ehrenwald, 1976). I tillegg tok kristen praksis av sjelesorg, skriftemål og monastisk medisin med seg vektlegging av forståelse og kjærlig omsorg som verdier i møte med de som var syke i kropp og sinn.

På slutten av 1800-tallet var «Christian Science» et previtenskapelig fenomen som kombinerte troen på Gud som kilde til helbredelse med et vitenskapelig språk (Ehrenwald, 1976). Bevegelsen ble en motpart til datidens rent mekaniske behandlingsmetoder i møte med psykopatologi fremmet av den rådende vitenskapelige materialismen. Kristen vitenskap etterlot også viktige bidrag til videreutviklingen av moderne samtaleterapi: vektleggingen av psyken, det bevisste og det ubevisste, som opprinnelse til sykdom i stedet for et organisk grunnlag, ideen om at enhver sykdom kan helbredes ved hjelp av rent psykologiske metoder og fokuset på troen og suggestibiliteten til den troende som avgjørende for behandling.

3.5 Bakteppet: den vitenskapelige tilnærming

Freud (1913) skriver om hvordan mennesket gjennom historien har hatt ulike oppfatninger av egen maktposisjon i verden:

In the animistic stage man ascribes omnipotence to himself; in the religious he has ceded it to the gods, but without seriously giving it up, for he reserves to himself the right to control the gods by influencing them in some way or the other in the interest of his wishes. In the scientific attitude towards life there is no longer room for man's omnipotence; he has acknowledged his smallness (...) (s. 88).

Freuds utsagn kan diskuteres: Har vi ikke gjennom samtaleterapien gjort oss selv «store» ved å plassere den helbredende kraften i oss selv?

Jeg har nå beskrevet den magiske og den religiøse tilnærmingen til psykologisk helbredelse, og hvordan disse har etterlatt spor som vitenskapen bærer med seg på ulike måter. Videre skal jeg beskrive hvordan psykologisk helbredelse ble konseptualisert og praktisert etter at den magiske og religiøse tilnærmingen i økende grad ble forkastet til fordel for gjenoppbliving av antikkens idealer. På tidlig 1900-tall var psykoterapi i stor grad definert som en metode for bruk av psykologiske virkemidler i å oppnå terapeutisk effekt på kroppen. Jackson (1999) skriver at det tok lang tid før det ble etablert en allmenn anerkjennelse av at psyken kunne være syk, uten at det forelå et organisk grunnlag: «(...) definitions emphasized that the goal was to employ the mind's influence gainfully for the treatment of bodily diseases. Then, with gradually increasing frequency, references appeared to the use of these psychological methods for the treatment of disorders of the mind» (s. 6).

Til nå har jeg forsøkt å beskrive det historiske bakteppet forut for den vitenskapelige tilnærming til psykologisk helbredelse. Det er denne tilnærmingen jeg vil gi mest plass ettersom det er i denne konteksten samtaleterapien oppstod. Det var i vitenskapens tidsalder at de moderne samfunnsendringene og vitenskapelig nyvinningene fant sted som dannet grunnlaget for samtaleterapiens fødsel.

3.6 Hvordan kan samtaleterapi ha vært med på å tilgjengeliggjøre vitenskapelig kunnskap?

I følge sosial representasjonsteori oppstår sosiale representasjoner der det finnes et tomrom i systemet av sosiale representasjoner. Slike tomrom hevdes å oppstå bl.a. fra popularisering av vitenskapelige teorier som ikke kan forklares ut fra eksisterende allmennkunnskap. Jeg vil nå forsøke å beskrive den nye vitenskapelige kunnskapen som man kan tenke i større grad ble tilgjengelig gjennom samtaleterapien som sosial representasjon. Denne tilgjengeliggjøringen er som nevnt en måte å gjøre det som er ukjent kjent ved å integrere det nye i allerede kjente kunnskapssystemer: «The act of representation is a means of transferring what disturbs us, what threatens our universe, from the outside to the inside, from far off to nearby» (Moscovici & Duveen, 2000, s. 39). De ulike avsnittene jeg skisserer overlapper, og noen er viktigere og mer relevant enn andre i å forklare samtaleterapiens dannelselse.

3.6.1 Medisinsk progresjon og den medisinske analogi

Det tok tid før den medisinske analogien ble etablert forståelsesramme i møte med psykopatologi, selv om psykopatologiske tilstander lenge hadde vært kjent. På begynnelsen av 1800-tallet, forut for samtaleterapien, begynte den medisinske psykoterapien å vokse frem hvor emosjonelle problemer ble sett på som analogt til fysisk sykdom. Dette ledet til en medikalisert behandling av rent psykologiske tilstander, for eksempel nevrasteni (Cushman, 1992). Denne medisinske forståelsen av psykopatologi, også drevet frem av den gryende kapitalismens fokus på økonomisk produktivitet, la et viktig grunnlag for den senere samtaleterapien:

(...) by conceiving of emotional problems as analogous to physical illness (i.e., in need of hygienic practices), the movement led to their medicalization and objectification. It was then possible, in a more banalized and objectified atmosphere, for psychotherapy to be calculated according to quantifiable measures such as the amount of time and money expended during treatment (Cushman, 1992, s. 40).

Fremskritt innen medisinsk vitenskap var også med på å gradvis danne et skille mellom organiske og ikke-organiske lidelser. Dette var et viktig skritt i utviklingen av en større forståelse og aksept for psykisk lidelse, som dermed etterhvert tydeliggjorde et presserende behov for en psykologisk behandling. Micali (1993) skriver om hvordan skillet mellom

organiske og ikke-organiske lidelser ble tydelig gjennom at man ikke klarte å frembringe kunnskap om organisk etiologi for en rekke lidelser, for eksempel hysteri:

Because of advances in pathology and bacteriology, doctors were achieving a new level of etiological understanding for many infectious and neurological diseases. During the late 1870s and 1880s laboratory researchers isolated specific microbial pathogens for cholera, tuberculosis (...) in dramatic succession. But precisely this sort of hard-and-fast information on the material origins of the illness was lacking for hysteria (s. 503).

Hvorvidt det foreligger et organisk eller psykologisk grunnlag for ulike lidelser er fremdeles en høyst aktuell diskusjon, for eksempel i forhold til kronisk utmattelsessyndrom (ME).

Den medisinske analogien hvor psykisk lidelse blir konseptualisert som en fysisk sykdom med symptomer og diagnosespesifikk behandling har eksistert frem til den dag i dag. Mange kritiserer den medisinske analogien i møte med psykiske problemer, og mener at denne konseptualiseringen er reduksjonistisk: psykopatologiske tilstander blir forsøkt kategorisert i ulike diagnoser på bekostning av det idiosynkratiske ved hvert enkelt tilfelle. Kritikken går også på analogiens implikasjon om latent årsak, og hvordan denne forståelsen går på bekostning av tilstandens kompleksitet og systemiske natur. Wampold (2001) mener at den medisinske modellen for konseptualisering av psykoterapi er uegnet fordi modellen bærer med seg prinsipper som samsvarer dårlig med psykoterapiens natur. Kritikken går særlig på den medisinske modellens vektlegging av spesifisitet. Wampold (2001) mener at dersom den medisinske modellen skulle vært et meningsfullt rammeverk, måtte forskning vist at det er de spesifikke terapeutiske ingrediensene som er de viktigste. Forskning peker på at generelle faktorer som derimot er avgjørende for terapeutisk utfall. Spesifisitet er også et problematisk ideal i forhold til kategorisering av psykopatologi, og med tanke på at psykiske lidelser kan forklares gjennom mange ulike psykologiske teorier.

3.6.2 Psykoterapeutiske forløpere

På slutten av 1800-tallet oppstod det flertallige former for systematisk psykoterapi etterhvert som flere og flere organiske teorier ble lagt bort i møte med psykopatologi. Disse er forløpere til den senere samtaleterapien. Psykoterapi definerer jeg som psykologisk behandling med bruk av både psykologiske og organiske/mekaniske virkemidler. Psykoterapi hadde dype

historiske røtter, som jeg tidligere har vært innom. Historiske forløpere lå der som bakteppe og muligens inspirasjon til samtaleterapien. Ehrenwald (1976) hevder at de likevel var mangelfulle, som for eksempel antikkens retorikk eller overtalelseskunst: «But its exclusive emphasis on reason left it helpless in the face of pain and suffering stemming from deeper levels of human personality. Mankind had to wait two more millennia for a new, truly scientific attack upon the problem» (s. 168). Som nevnt hadde også den katolske og protestantiske kirken lagt noe av grunnlaget for de mer moderne formene for psykoterapi i form av skriftemålet og sjelesorg.

De moderne psykoterapiene forut for samtaleterapien spant fra somnambulisme, mesmerisme, mind cure, moralsk behandling og en rekke andre typer behandling og la til sammen et grunnlag for samtaleterapien. Jeg skal nevne en av de mer betydningsfulle, nemlig mesmerismen. Mesmerismen var en klar forløper til hypnose og suggestiv behandling som senere ble sentralt i utviklingen av konseptet om det ubevisste, og dernest samtaleterapien. Mesmerisk behandling baserte seg på en sykdomsforståelse hvor alt kunne forklares ut i fra forstyrrelser i en mystisk væske som forbandt det levende med det ikke-levende (Ehrenwald, 1976). Mesmerismen var, etter dagens standard, en uvitenskapelig behandlingsmetode, men promoterte ideer som har blitt permanente: individer kunne lide av indre emosjonelle forstyrrelser forårsaket av rent intrapsykiske forhold heller enn en negativ ytre påvirkning, en kognitivisme innebærende en vektlegging av tankers potensiale som destruktive for helsen og et syn på helbredelse som en identitetsendring fra et falskt til et ekte selv (Cushman, 1992). I tillegg var mesmeristens viktigste verktøy i behandlingen hans empati og inntoning ovenfor pasienten. Pasientene kunne under behandling ofte falle inn i en slags transe- eller søvnaktig tilstand. Inntoning og empati ble viktig for å forstå hva som skjedde med pasienten. På denne måten tydeliggjorde mesmerismen empati som en essensiell faktor i psykologisk behandling (Jackson, 1999).

3.6.3 Oppdagelsen av hypnose

Observasjonen av at noen pasienter behandlet med mesmerisme kunne henfalle til en søvnaktig tilstand ble videre utforsket av Braid (1795-1860), samtidig som han forkastet mesmerismens ideer om den mystiske væsken (Ehrenwald, 1976). Oppdagelsen av hypnosen la grunnlaget for det senere arbeidet til Breuer og Freud som involverte eksperimenter med hypnose. Hypnosen viste også at bevisstheten hadde flere nivåer eller lag. Dette dannet

grunnlaget for videreutvikling av teorier om det ubevisste. Liebeault, Bernheim og Charcot var noen av de som brukte hypnose som behandlingsmetode og som forsket på fenomenet. De foregrev og banet vei for det Freud senere skulle formulere i klartekst i sine teorier, da særlig angående det ubevisste (Ehrenwald, 1976). Janet, som levde samtidig med Freud og var en lærling av Charcot, var særlig nær i å nærme seg beskrivelser av bevissthetens struktur som resultat av å ha jobbet med hypnotisk behandling av pasienter: «His discovery of motor and sensory automatisms, of two coexisting or alternating states of consciousness, or «forgetfulness» of «abandoned psychological phenomena», paved the way for Freud's revolutionary formulation(...)» (Ehrenwald, 1976, s. 260).

3.6.4 Personifisering av pasienten

På andre halvdel av 1800-tallet skjedde et gradvis skifte i hvordan man i medisinsk praksis betraktet pasienter. Man gikk gradvis bort fra å se på pasienter som kasus, til å se på dem som sammensatte personer. I tillegg, som resultat av sekulariseringen, opererte man med personlighet heller enn moralsk karakter som hovedingrediens i et selv (Cushman, 1992). Moralsk karakter var et begrep med religiøse overtoner, og som også ble knyttet opp til en mer religiøs forståelse av psykiske problemer. Det vestlige samfunnet ble stadig mer sekularisert, og personlighetsbegrepet sørget for en areligiøs beskrivelse av mennesket hvor trekk og egenskaper ikke hadde sammenheng med moralsk integritet og synd. Personlighet var summen av kvaliteter som gjorde at man ble likt av andre. Psykiske lidelser ble i større grad ble knyttet opp til personlighet, og hvordan man som enkeltindivid mestret ens sosiale og sosioøkonomiske univers (Cushman, 1992). Medisinen fikk på denne måten et større intrapsykisk fokus enn tidligere.

Medisinen forholdt seg altså i økende grad til pasienter med nyanserte, mangefasettete personligheter. Mesmerismen hadde også bidratt med et økt fokus på viktigheten av behandlerens sympati ovenfor pasienten. Både medisinen og den gryende psykoterapien ble i stadig større grad opptatt av pasienten som en person heller enn et kasus, og man erkjente viktigheten av pasientens følelser i relasjon til legen (Jackson, 1999). Denne personifiseringen av pasienten, med både kompleks personlighet, følelsesliv og sårbarhet, bidro også til at pasienten fikk ta større plass i behandlingen. Pasienten kunne i større grad uttrykke sitt, og legen måtte da innta en mer lyttende posisjon. Nettopp dette kom til å bli et viktig element i samtaleterapien som skilte denne behandlingsformen fra andre psykoterapier. Jackson (1999)

skriver om hvordan pasientens egen snakking skulle bli en avgjørende faktor i psykologisk helbredelse:

(...) what was novel was the emerging realization of the value of the patients' talking and the considerable attention that it began to receive. Although it was not new to recognize the significance of what the patient had to say, the patient's words began to be viewed as a crucial factor in psychological healing, in quite new ways (s. 105).

I dag kan man observere at det har vært et nytt skifte i fokus i møte med pasienter som kan minne om det jeg beskrev forut for denne personifiseringen av pasienten. Mange mener at pasienter i dag i stor grad forstås ut i fra diagnostikk heller enn som en kompleks person med sin livshistorie og unike symptomatologi. Grant (2011) hevder at kognitiv atferdsterapi, som er en utbredt terapiform i dagens helsevesen, skaper såkalte «passive selv», dvs. reduksjonistiske representasjoner av mennesker for å få dem til å passe inn i diagnosekategorier og behandlingsprotokoller. Han mener at man på denne måten mister verdifull informasjon i behandlingen, og behandler pasienter som om de bare er sine psykiske problemer.

3.7 Hvordan kan samtaleterapien ha vært med på å gjøre samfunnsendringer mer forståelige?

Tomrom i systemet av sosiale representasjoner oppstår som nevnt også ut fra endringer i samfunnet som man ikke lenger kan forklare ut i fra eksisterende kunnskapssystemer. Jeg vil nå beskrive de samfunnsendringer som dannet grunnlaget for samtaleterapien. Disse samfunnsendringene kan egentlig ikke skilles fra hverandre; de henger sammen, overlapper og var gjensidig forårsakende. Jeg velger likevel å forsøke å skille mellom dem for å tydeliggjøre, og fordi litteraturen jeg anvender har forsøkt samme tilnærming.

3.7.1 Vitenskapens fremgang

Som allerede nevnt overtok vitenskapen på mange måter for magi og religion som epistemologiske utgangspunkt, og de empirisk-rasjonelle idealene fra antikken ble gjenopptatt. Med renessansen begynte denne utviklingen som blomstret for fullt i opplysningstiden. Renaissance hadde to viktige effekter på medisinen: en desentrering fra behandlerens makt (evt. omnipotens), og en ny og større frihet for intellektuell progresjon og

empirisk basert utforskning av menneskets natur (Ehrenwald, 1976). Cushman (1992) skriver om hvordan vitenskapens idealer vant frem i det vestlige samfunnet, og satte sitt preg på menneskene: «The bourgeois self was a secular, rational, subjective, divided, sexually conflicted, linear self that viewed the world as objectifiable and quantitative» (s. 28). Moderne samfunnsendringer bidro ytterligere til vitenskapens dominans: «Increased industrialization, urbanization, and secularization caused renewed interest in the physical world, the humanities, science, commerce, and rationality» (s. 25). Ehrenwald (1976) beskriver hvordan de moderne psykoterapiene gjenspeilte hvordan empirisk-rasjonelle idealer stadig fikk større råderett på bekostning av religion:

Scientific psychotherapy reverts once more to the quest for mastery and control. Yet in doing so it differs from the magic approach in the more realistic attitude with which it pursues this goal. The man of science, in contrast to the magician, bases his actions on premises which can be tested and verified in the light of practical experience (s. 157).

Man kan også tenke seg at idealiseringen av kunnskap kan ha bidratt til samtaleterapiens oppblomstring ettersom denne kunne by på kunnskap om seg selv, særlig etter at teorien om det ubevisste ble etablert i samfunnet.

3.7.2 En gryende kapitalisme

Det føydale samfunnet, hvor mennesker hadde vært bundet til sin posisjon i samfunnsordenen, ble gradvis løst opp med det frie markedets inntog. En oppmyking av disse sosioøkonomiske strukturene gjorde individet mer mobilt, og friere til å delta i en mer flytende markedsøkonomi. Den tradisjonelle institusjonaliseringen av menneskelivet i storfamilien, lokalsamfunnet og tradisjonen ble på denne måten avvirket. Dette førte også til et individ som stod fritt og selvstendig i å forme sitt liv (Madsen, 2010). Madsen (2010) hevder at individualisering var en uungåelig konsekvens av de store strukturelle endringer som bl.a. kapitalismen medførte. Cushman (1992) mener at reklame, som var et av kapitalismens biprodukter, ble en kanal for å formidle en stadig mer individualistisk og intrapsykisk tankegang: «Advertising attempted to cure by implying that products would magically transform the customer's life. Ads associated the product with happy, clean, vigorous (and increasingly «popular») models and «imaginary states of being» (s. 36). Reklame og konsumerisme ble også viktige verktøy i å familiarisere samtaleterapi som fenomen: «(...) contemporary capitalism (especially the hegemony of advertising in the

service of a rampant consumerism) have been a tremendous stimulus to psychotherapy's growth and popular acceptance» (Cushman, 1992, s. 57).

3.7.3 Sekularisering og individualisering

Parallelt med vitenskapens fremmarsj ble gradvis religionens betydning redusert. Den religiøse forståelsesrammen ble forkastet til fordel for den empirisk-rasjonelle som kunne gi objektiv og konkret kunnskap om verden og mennesket. Som nevnt skjedde en dramatisk endring i forståelsen av psykopatologi etter at religiøse teorier ble forkastet til fordel for empirisk baserte teorier. Åndteorier ble erstattet med den medisinske analogi. Tidligere hadde man søkt til religion for å få svar på det som var ukjent i verden, men nå kunne man gjennom vitenskapen få svar angående virkeligheten der ute. Religionens skrumpende betydning førte også til at det ble ens egen oppgave å definere hva som var rett og galt.

Individualisering kan sees på som både årsak til og konsekvens av kapitalismen (Cushman, 1992). Sekularisering og individualisering var også sammenhengende prosesser i det at det moderne selvet i større grad begynte å søke sannhet og mening i seg selv som erstatning for religionen. Madsen (2010) hevder at individualiseringens ideal om menneskets selvtilstrekkelighet gjorde at de tradisjonelle, kollektive og religiøse skikkene ble mindre troverdige. Nietzsche (1997) uttalte de kjente ord som beskrev religionens utviskede rolle i det moderne samfunnet: «Gud er død». Han mente at det eksisterte en kollektiv meningskrise i Europa i det 20. århundre ved at sekulariseringen slo sprekker i det etablerte verdensbildet. Nietzsche hevdet at dette gav mennesket mulighet til å stå i et aktivt forhold til tilværelsen og meningsdannelse. Cushman (1992) beskriver hvordan menneskets sannhetssøken i større grad ble rettet innover heller enn oppover, og hvordan Freuds teori om det ubevisste bidro til dette:

Before the 19th century, the unknown was thought to reside in the external world.

Slowly, however, with the increased belief in rationality, science and calculation, the unknown became removed from or calculated out of the external physical world, and relocated. Freud «found» it in the interior of the self, hidden and secret: the unconscious (s. 28).

Sekulariseringen kan man altså tenke at bidro til individualisering ved at man ikke lenger søkte sannhet hos en ytre, høyere makt, men i oss selv. Individualisering kan beskrives som et ideal hvor mennesket er aktivt velgende og skaperen av sitt liv og sin identitet (U. Beck,

1992). Ved at Gud ble borte ble vi altså mer opptatt av vårt eget sinn, og fikk en voksende selvbevissthet ettersom sannheten nettopp lå der: «The modern age featured an overarching valorization of the unique individual who was politically free, unencumbered by community, religion, and tradition and who contained within himself or herself all hope for transcendence and meaning» (Cushman, 1992, s. 27). Bauman (2013) hevder at det moderne selvets identitet i større grad ble en oppgave i forhold til tidligere hvor identitet var noe man tok for gitt.

3.8 Det moderne selvet

Samtaleterapi er i aller høyeste grad et anliggende for enkeltindividet, en behandling for en enkelt psyke. Det er derfor relevant å se hvordan samfunnsendringene og den nye vitenskapelige kunnskapen manifesterte seg i det moderne selvet: «It is a self that has been configured in order to conform to the requirements of a particular era» (Cushman, 1992, s. 25). Ved å se på utviklingen av samtaleterapien parallelt med utviklingen av det moderne selv, kan man forstå mer av hvorfor det var samtaleterapien som vant frem av psykoterapiene. Det var jo nettopp det moderne selvet som hadde behov for samtaleterapi. I dette avsnittet baserer jeg meg på Cushman (1992) som forsøker å plassere psykoterapiprosjektet i en sosial og historisk kontekst. Dette mener jeg ligger nært opp til sosial representasjonsteori i det at samfunnsforhold blir brukt til å forstå hvorfor noe nytt utvikles. Som nevnt hevder Moscovici (2000) at representasjoner er sosiale, det vil si at de produseres gjennom kommunikasjon og interaksjon mellom mennesker. Både selvet og samtaleterapien er altså sosiale størrelser som kan tenkes å ha tatt form ut i fra noen av de samme forholdene.

Cushman (1992) mener at selvet konfigureres på en måte som skal gjøre det konformt til samfunnets krav. Han karakteriserer det moderne selvet som «bounded, masterful, hypertrophied» (s. 25), og baserer seg i dette på forfattere som Foucault, Heidegger, Poster, Taylor og Wachtel. Cushman (1992) beskriver det nye moderne selv som en utfordring for staten: «The state had to develop ways to control a new kind of subject: more mobile, less constrained by tradition and religion, less confined by role, and less predictable. Feudal restrictions and roles had been broken (...)» (s. 25). Det moderne selvet var gjennom den flytende markedsøkonomien friere til å skape egen økonomisk vekst fremfor å være bundet til en kollektivistisk økonomi. Kapitalismen bidro på denne måten til en økende individualisering, sammen med den økende sekulariseringen. Vitenskapens idealisering av rasjonalitet og kunnskap gjorde Gud overflødig, og i stedet for å søke svar oppover ble

individet i større grad søkende innover i seg selv etter svarene. Selvet ble i økende grad isolert ettersom gruppetilhørigheten og tradisjonene ble svekket. Religionens bortfall skapte også et moralsk forvirret individ som stilte nye spørsmål om sannhet, rett og galt. Det stod nå ovenfor en mer usikker virkelighet, hvor ens egen identitet skulle defineres mer uavhengig av både Gud og gruppe (Cushman, 1992; Madsen, 2012). Dette førte nødvendigvis til et selv med en større selvbevissthet ettersom det stod ovenfor nye spørsmål som: hvem er jeg? Hva er sant? Ens egen identitet ble en oppgave å finne ut av (Bauman, 2013).

På mange måter hadde det moderne selvet gjort seg selv til definisjonsmakt i forhold til hva som var sant og ikke. Det var likevel en utilstrekkelighet i det moderne selvet, som Freuds teori om det ubevisste sørget for. Ettersom det ubevisste var utilgjengelig for individet selv, måtte det hjelpes av en som kunne assistere selvet i å finne svarene inne i sitt eget dyp. På denne måten forsvant ikke den psykologiske helbrederen - en rolle hvis dype historiske røtter jeg har beskrevet tidligere. Den foucaultiske analyse (Foucault, Sandmo, Engelstad, & Falkum, 2000) beskriver hvordan bl.a. samtaleterapien ble et redskap for staten i å kontrollere det uforutsigbare moderne selvet, og var på denne måten et maktmiddel. Det moderne selvets frie tanker og ideer ble truende mot samfunnets stabilitet, og ved å anvende Freuds teori om det ubevisste som impliserte at man måtte inntre i individets private for å avdekke sannheten om det fortrenge, kunne staten utvikle institusjoner for å gjøre nettopp dette. På denne måten kunne staten utøve en kontroll «innenfra», eksempelvis gjennom samtaleterapien.

Oppsummerende vil jeg bruke Cushman (1992) sin beskrivelse av det moderne selvet, selvet som skulle trenge samtaleterapien: «We could describe this turn-of-the-century self as confused and faceless. It was beset by feelings of derealization, moral confusion, and a lack of a sense of meaning and place in society» (s. 36).

3.9 Hvordan tok samtaleterapien form?

Jeg har nå beskrevet de historiske røttene til tenkning og praksis knyttet til psykologisk helbredelse gjennom tre ulike tilnærminger: den magiske, den religiøse og den vitenskapelige. Dette har jeg gjort fordi en ny sosial representasjon som samtaleterapien alltid vil bygge på det som er kjent, det som ligger i den kollektive hukommelsen. Videre har jeg utdypt hvordan det moderne samfunnet opplevde store endringer og vitenskapelige nyvinninger som ble forårsakende til et presserende behov for en ny sosial representasjon: en psykologisk

behandling som kunne møte individet som stod ovenfor denne nye virkeligheten. Madsen (2012) mener at det moderne selvets nye identitetsprosjekt aktualiserte menneskevitenskapene og ekspertgrupper rettet mot enkeltmennesket. Samtaleterapien er i høyeste grad et eksempel på dette.

3.9.1 Forankring og objektivisering

Samtaleterapien tok konkret form ved å bli forankret i en rekke allerede eksisterende og kulturelt tilgjengelige kategorier – en prosess som Moscovici kaller «symbolsk mestring» (W. Wagner, Kronberger, & Seifert, 2002). Det nye objektet blir sammenlignet med kjente og kulturelt tilgjengelige kategorier som fungerer som modeller. Symbolsk mestring gjør at det nye objektet blir akseptert og integrert.

Samtaleterapien ble forankret i en vitenskapelig kontekst: behandlingen var areligiøs, og ble utført av leger og etterhvert psykologer. Vitenskapelige prinsipper lå til grunn for behandlingen: psyken ble antatt å være underlagt av logiske årsakssammenhenger heller enn vilkårlighet. Systematisk undersøkelse og innhenting av informasjon var grunnlag for terapeutiske intervensjoner (Ehrenwald, 1976). Sekulariseringen førte til at åndeteorier og gudskonseptet ble dermed forlatt som forklaringsmodeller, og den kurative kraften lå kun i dyaden: pasient og behandler. Fokuset på moralsk karakter ble også forlatt, og ble erstattet av et mer areligiøst personlighetsbegrep. Likevel var den religiøse forståelsesrammen viktig for samfunnets representasjonelle aktivitet. Moscovici (2000) beskriver hvordan skriftemålet fungerte som en modell for å forstå psykoanalysen:

The unknown becomes included in an acknowledged category. Thus when trying to define and make more accessible the psychoanalyst's dealings with his patient – that medical treatment without medicine – some people will compare it to a confession. The concept is thus detached from its analytical context and transposed to one of priests and penitents. Method of free association is likened to the rules of confession. In this way what seemed paradoxical and offensive becomes an ordinary normal process (s. 39).

«Bekjennelse» og dens kurative effekt ble et viktig element i samtaleterapien. Kristendommens vektlegging av tro kan tenkes å ha bidratt til legitimeringen av samtaleterapiens intrapsykiske fokus. Konseptet om den patogene hemmelighet ble også

videreført til den tidlige samtaleterapien, og kan sies å ha overlevd helt frem til i dag. Ellenberger (1994) skriver om hvordan den patogene hemmelighet ble oppdaget av protestantiske prester, så tatt opp og modifisert i psykoanalysen, og deretter har blitt gjenoppdaget av sjelesørgere: «The circle was now completed: The therapy of the pathogenic secret, which had started from the «Cure of Souls», had returned to it in a modernized form» (s. 46).

Samtaleterapien ble forankret i den medisinske analogi hvor psykisk lidelse ble sett på som analogt til fysiske sykdommer. Hygienebegrepet kan også tenkes å ha formet samtaleterapien hvor snakkingen ble representert som en form for renselse, og det ubevisste nettopp var en beholder for eventuell uhygiene. De psykoterapeutiske forløperne (mesmerisme, mind cure osv) til samtaleterapien ble representasjonelle utgangspunkt som forståeliggjorde en behandling av psyken uten medisinske eller mekaniske metoder. Psykiatrien ble innlemmet i medisinen, og samtaleterapien ble etterhvert en behandlingsform i psykiatrien. På denne måten ble samtaleterapien forankret i en medisinsk kontekst hvor etterhvert sykdomsmodellen ble modell for psykisk lidelse.

Oppdagelsen av hypnosen la grunnlaget for en anerkjennelse av at bevisstheten kunne ha flere nivåer. Det ubevisste ble en viktig komponent i den tidlige samtaleterapien - psykoanalysen. Ethvert menneskelig uttrykk, symptom og drømmefragment tenkte man at kunne spores tilbake til en bevisst eller ubevisst årsak. Teorien om det ubevisste bidro til et behov for samtaleterapi ved at det ble nødvendig for det moderne individ å assisteres av en annen for å helbrede psykisk lidelse. Samtaleterapien ble en måte å tilgjengeliggjøre disse områdene i psyken. Moscovici (2000) hevder at ny kunnskap kan skape angst i et samfunn nettopp fordi det er ukjent, og ikke har blitt integrert i allmennkunnskapen. Teorien om det ubevisste kan tenkes å ha hatt en slik effekt: det moderne selvet stod ovenfor en ny erkjennelse av at man ikke hadde full oversikt over sitt eget indre, og at man kunne inneholde noe som var ukjent for en selv. Samtaleterapien kan tenkes å ha vært en måte å håndtere denne angsten på.

Samtaleterapi ble forankret i en tid hvor kapitalismen var på fremmarsj, og behandlingen ble etterhvert representert som et produkt som kunne gi gunstige effekter i en tid hvor kunnskap om sitt eget selv ble formidlet som et mål. Cushman (1992) hevder at samtaleterapien som rammeverk for å forstå psykopatologi, også muliggjorde kapitalismens resulterende forbrukskultur:

The unseating of religion as the dominant arbiter of deviance (...) was indispensable to capitalism's growing hegemony, because the moral codes of traditional religion were hostile to the obsessive consumption of modern commodities. The Mental Hygiene movement furthered that historical process by substituting psychological science, a discourse that claimed to be detached from all moral codes, in place of religion (s. 40).

3.9.2 Det nye i samtalerapien

Det som var nytt i samtalerapien var at setet for det kurative var plassert et annet sted enn tidligere. Det kurative ordet hadde tidligere kommet fra helbrederen: magikerens trylleformularer, de greske filosofenes overtalende ord, prestens syndsforlatelse og mesmeritørens transeinduksjon som noen eksempler. I samtalerapi kom det kurative fra den lidende selv - snakkingen var i seg selv var helbredende. Det råder en enighet i litteraturen jeg har anvendt om at man kan snakke om et historisk vendepunkt for dette fokusskiftet, nemlig tilfellet Anna O. og hennes behandler Breuer. Jackson (1999) skriver om hvordan det på denne tiden ble oppdaget at pasientens snakking tjente til flere formål: « (...) in addition to the basic communicative uses of words, the patient's talking was recognized as serving a range of expressive purposes such as catharsis or abreaction, confession, confiding, and, to varying degrees, free association or some modification thereof» (s. 109).

Bollas (2013) mener at Freud, som videreutviklet og formulerte det Breuer såvidt påbegynte i sin «snakkekur» med Anna O., gjorde en transformerende oppdagelse gjennom psykoanalysen. Han kaller dette «the Freudian Moment». Bollas mener at mennesket har et fylogenetisk behov for å rapportere sitt indre liv til en annen for å overleve, og at psykoanalysen var en fullendelse av det mennesket alltid hadde vært på søken etter:

For thousands of years there has been an unconscious preconception of psychoanalysis. We - and by «we» I mean human beings - have been searching for the Freudian Moment, which is a realization of this preconception. When Freud formalized the reporting and the reception of the dream he realized this phylogenetic preconception and a relation we had been seeking for tens of thousands of years was now in place (2013, s. 2).

Som jeg har beskrevet har mennesket hatt en rekke ulike tilnærminger til psykologisk helbredelse, men «snakkekuren» og psykoanalysen (som var samtalerapiens tidligste form)

brakte med seg noe helt nytt i det at pasienten selv skulle rapportere sitt indre liv, og den andre skulle først og fremst lytte. Bollas (2013) mener altså at det var denne formen mennesket hadde lett etter i tusener av år. Han forklarer menneskets behov for å dele sitt indre med vår uunnngåelige eksistensielle angst, samt vår utilstrekkelighet i å takle denne alene: «Existence was frightening and a single mind was not adequate to think the human condition. (...) early man knew that to survive mental life, it was essential to have the assistance of the other» (s. 1). Jackson (1999) hevder at samtalerapien, i form av psykoanalysen, gjorde en banebrytende formulering av ideen om at pasientens egen snakking kunne forandre den psykiske smerten:

It had long been assumed that the patient's words were important in conveying the nature of the complaint and in answering questions so that the doctor might come to understand the illness and so prescribe usefully. But significant additional meaning for the patient's words was now being realized. On the basis of Breuer's work and Freud's own experience, Freud developed the formulation that the patient's talking would eventually allow the hidden memory of a traumatic experience to come into awareness once again; that, as the thoughts and images making up that memory were talked about, the accompanying affects would be evoked once again; that, gradually, through putting all this into words, a disturbing memory and its associated affects would be dissipated; and that, as a result, the symptom into which said hidden memory and strangulated affect had been converted would disappear (...). The patient is, as it were, getting rid of it by turning it into words (s. 107).

4 Andre del: Hvorfor snakker vi som behandling i dag?

4.1 Innledning

I denne delen av oppgaven vil jeg forsøke en annen vei i å besvare spørsmålet: hvorfor tror vi at vi kan snakke oss friske? Jeg er interessert i hvordan samtaleterapien ser ut i dag. Hva slags meningsinnhold er det vi gir dette fenomenet, og hvilke antakelser bærer vi med oss i tenkning og praksis knyttet til samtaleterapi? Behandlingsforskning kunne gitt noen evidensbaserte svar på hva det er som er kurative faktorer i samtaleterapien, men jeg er interessert i hva vi tror om dette - altså vår sosiale representasjon. Vår sosiale representasjon av samtaleterapien informeres av forskningen, men som tidligere beskrevet er ikke allmennkunnskapen et direkte produkt av slik reifisert kunnskap. Som den historiske analysen i første del av oppgaven har forsøkt å vise, så er en sosial representasjon et produkt av en rekke andre kontekstuelle forhold. Med tanke på at sosial representasjonsteori hevder at det er sosiale representasjoner som ligger til grunn for vår atferd, mener jeg at denne er viktigere og mer interessant enn forskningsfunn.

Moscovici studerte hvordan psykoanalysen ble ulikt representert av ulike grupperinger i det parisiske samfunnet. Psykoanalysen som sosial representasjon tok altså ulik form i ulike grupper i samfunnet: «In the different social segments the form and contents of communication differ leading to varied representations of psychoanalysis» (Bauer & Gaskell, 1999, s. 164). Jeg mener at samtaleterapien som sosial representasjon har tatt mange ulike former, og dette gjenspeiles i det mangfoldet av ulike terapiformer vi finner i dag. En del av oss vet også i grove trekk hvordan de ulike terapiformene arbeider på ulike måter. Det jeg tror er mer ukjent for oss er hvordan de ulike terapiformene, variantene av den sosiale representasjonen av samtaleterapi, kan innebære ulikt meningsinnhold: jeg mistenker at de divergerer i antakelser om hva som er målet med terapi, forståelsen av psykopatologi, samtalens kurative funksjon og andre grunnleggende spørsmål. Jeg vil forsøke å tydeliggjøre noen av forskjellene mellom kognitiv og psykoanalytisk terapi, og diskutere disse. Jeg tror ikke det er mulig å gi en komplett beskrivelse eller forståelse av hva kognitiv eller psykoanalytisk terapi egentlig «er». Men som Foss (1990) skrev om sitt eget forsøk på å avdekke psykoanalysens hemmelighet i møte med åtte kjente, franske psykoanalytikere kan

lesningen av det følgende «gi tilgang til begreper og bilder som man kan strekke sin erfaring ut i» (s. 1).

I et hav av terapiformer har jeg valgt ut det jeg mener er de to viktigste retningene, og som jeg tror også er signifikant forskjellige, nemlig psykoanalytisk terapi og kognitiv terapi. Jeg har intervjuet en ekspert fra hver av disse to retningene, og som også ville definere seg som representant for sitt fag. Noen vil kunne si at skillet mellom kognitiv terapi og psykoanalytisk terapi tilhører en gammeldags polarisering, at dagens terapifelt er mer eklektisk og pragmatisk enn tidligere, og at teoretisk tilhørighet burde være underordnet. Jeg mener likevel at disse to retningene fremdeles lever i beste velgående, og at det er interessant å sammenligne dem selv om mange terapeuter integrerer teori og teknikk fra begge leirer. Det pragmatiske valget av hvilken orientering man i ethvert tilfelle anvender, bærer likevel med seg ulike antakelser som er avgjørende for forståelsen av pasienten og hva slags terapi som blir utført. I tillegg finnes det fremdeles i dag mange terapeuter som definerer seg som «rent» kognitive eller psykodynamiske terapeuter. Denne delen av oppgaven vil forsøke å identifisere essensen i de to sosiale representasjonene av samtaleterapien, forhåpentligvis uten å banalisere eller redusere fenomenet.

4.2 Metode

Metoden jeg anvender i denne delen av oppgaven er forankret i et kvalitativt perspektiv hvor analyse og tolkning av ord er fremgangsmåten. Jeg har fulgt en metodologisk prosess (Haavind, 2000) hvis ulike steg jeg her skal beskrive. Jeg anvendte intervju som metode for å trenge inn i to ulike representasjoner av samtaleterapi. Kvale (2007) sin beskrivelse av «det konseptuelle intervjuet» mener jeg samsvarer med mitt:

An interviewer may here want to chart the conceptual structure of a subject's, or a group of subject's, conceptions of phenomena (...). The questions will explore the meaning and the conceptual dimensions of these terms, as well as their positions and links within a conceptual network (s. 71).

Det første steget i den metodologiske prosessen var å formulere hva formålet med intervjuene var: nemlig å avdekke essensen i den sosiale representasjonen av samtaleterapi i henholdvis kognitiv terapi og psykoanalytisk terapi, og deretter sammenligne. Det neste steget var å formulere intervju spørsmål som skulle dekke de dimensjoner jeg mener er essensielle

komponenter av samtaleterapien. Det ble deretter utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg) som ble sendt til intervjuobjektene noen uker i forkant av intervju. Intervjuobjektene ble selektert på bakgrunn av deres ekspertise og erfaring, samt at de definerer en tydelig teoretisk tilhørighet til henholdsvis kognitiv og psykoanalytisk tradisjon. Anders Zachrisson sa seg villig til å representere psykoanalytisk terapi. Han er utdannet psykolog, privatpraktiserende psykoanalytiker, og ansatt som førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Asle Hoffart representerer kognitiv terapi. Han er også utdannet psykolog og veileder i kognitiv terapi, seniorforsker ved Forskningsinstituttet på Modum Bad og professor II ved Universitetet i Oslo.

Til tross for heterogenitet innad i hver terapeutiske retning, sa intervjuobjektene seg villige til å fungere som representanter for sin retning. Selv om både psykoanalytisk og kognitiv terapi er pluralistiske felt, antar jeg at forskjellene er større på tvers av disse retningene enn innad i hver retning. J. S. Beck og Beck (2011) mener at ulike former eller avarter av kognitiv terapi har fremdeles bevart det grunnleggende: «These adaptations have changed the focus, techniques, and length of treatment, but the theoretical assumptions themselves have remained constant» (s. 2). Man kan også lure på om enkeltindivider kan fungere som representanter for en sosial representasjon. I følge sosial representasjonsteori manifesterer en sosial representasjon seg både i enkeltindivider, og i kommunikasjonen mellom dem: «Representations are embodied in communication and in individual minds, shared in a way similar to language» (Bauer & Gaskell, 1999, s. 167). På bakgrunn av dette mener jeg det er meningsfullt å studere sosiale representasjoner på individnivå. Jeg mener også at Zachrisson og Hoffarts faglige tyngde gir dem autoritet i forhold til å representere hvert sitt felt.

Neste steg var datainnsamlingen; intervjuene. I mine intervjuer deltok jeg selv aktivt i utforskningen av fenomenet samtaleterapi. Det er viktig å presisere at jeg hverken kan eller bør være en forutsetningsløs forsker hverken i intervjuene eller i det videre analysearbeidet (Haavind, 2000). Jeg står i dialogisk posisjon med intervjuobjektene, og innehar selv en sosial representasjon av samtaleterapien ettersom jeg på lik linje med dem er et medlem av et kunnskapssamfunn. Kvale (2007) beskriver formen i det konseptuelle intervjuet som jeg mener ligner på formen i mine intervjuer: «A conceptual interview may also be in the form of a joint endeavour to uncover the essential nature of a phenomenon, such as in Socrates and Agathon's inquiry to establish the essence of beauty» (s. 71). Intervjuene varte i 60-90 minutter og ble tatt opp på lydbånd. De tok utgangspunkt i en intervjuguide som

intervjuobjektene hadde fått mulighet til å lese på forhånd. Intervjuspørsmålene ble innledet med en påstand som gjenspeiler det jeg mener er en tatt for gitt-antakelse om samtaleterapi. Deretter fulgte en rekke improviserte oppfølgingsspørsmål for å komme til bunns i det innledende spørsmålet.

Metoden for analyse samsvarer med det Kvale (2007) kaller intervjuanalyse som teoretisk lesning. Kvale (2007) skriver om at det i de siste tiårene har blitt produsert flere innflytelsesrike intervjubaserte studier som ikke har anvendt noen systematiske analytiske verktøy: «This may perhaps suggest that recourse to specific analytic tools becomes less paramount with an extensive and theoretical knowledge on the subject matter of an investigation, and with a theoretically informed interview questioning» (s. 117).

Analysemetoden jeg brukte er basert på min subjektive fortolkning. Jeg brukte materialet til å søke etter innvendige sammenhenger som intervjuobjektene formidlet. Dette steget i den metodologiske prosessen bestod av gjentatt lytting til materialet hvor korte oppsummerende rapporter ble skrevet for hvert intervjuspørsmål. Deretter ble intervjumaterialet forsøkt kategorisert ut i fra registrering av ulike temaer på tvers av de opprinnelige intervjuspørsmålene. De to intervjuene ble aktivt sammenlignet med utgangspunkt i disse temaene for å oppdage likheter og forskjeller i språk, forklaringsnivå, innhold osv. Til slutt ble det skrevet en kontinuerlig, fortolkende tekst med transkriberingsutdrag. Jeg valgte å skille mellom en resultatdel og en diskusjonsdel. I resultatdelen forsøker jeg å gjengi svarene til Zachrisson og Hoffart uten å trekke for mange slutninger som går utover materialet. I diskusjonsdelen tolker jeg i større grad, og bruker litteratur for å underbygge dette. I denne delen tok jeg mindre utgangspunkt i resultatene, men utbroderte tolkningene i en mer fri retning.

4.2.1 Metodologiske utfordringer

Ettersom jeg selv står for både datainnsamlingen og dataanalysen vil jeg, som alle metodeverktøy, kun plukke opp deler av materialet og være blind for noe annet. Refleksivitet (Giddens, 2013) er et metodisk begrep som beskriver dette problemet angående forskerens subjektivitet. Refleksivitet omhandler også forskerens granskning av egne forventninger, holdninger og reaksjoner, og hvordan disse personlige bidragene påvirker forskningsprosessen. For å håndtere dette subjektivitetsproblemet er det altså viktig med transperens, gjennomsiktighet, i forhold til hvordan forskeren, altså jeg, i dette tilfellet

påvirker både datainnsamlingen og analysen. Jeg har forsøkt å føre en kontinuerlig refleksjon rundt hva jeg bringer med meg både i intervjuene og i analysen. Et viktig bidrag fra min side er at jeg som sisteårsstudent på psykologi profesjon har etterhvert funnet tilhørighet i psykodynamisk/psykoanalytisk terapiretning. Dette gjør blant annet at jeg har mer kunnskap om psykoanalytisk terapi enn om kognitiv terapi.

En annen metodologisk utfordring er at intervjuobjektene selv har sin individuelle fortolkning av samtaleterapi, og kan i så måte ikke være en «perfekt» representant for hverken psykoanalytisk eller kognitiv terapi. Objektiv kunnskap om hva psykoanalytisk og kognitiv terapiretning legger i begrepet samtaleterapi, er umulig. Dette aspektet mener jeg rimer godt med sosial representasjonsteori som hevder at den representasjonelle aktiviteten er en kontinuerlig prosess som stadig er i endring gjennom sosial kommunikasjon og atferd. Det finnes i følge teorien ingen «objektivt sann» sosial representasjon - den eksisterer i og mellom mennesker. På bakgrunn av dette mener jeg det heller ikke finnes en objektivt svar på hvordan samtaleterapi forstås i kognitiv og psykoanalytisk terapi. Innholdet i den sosiale representasjonen av samtaleterapi er stadig i endring, og ser ulikt ut mellom grupper og innad i grupper. I intervjuene foregår det også, gjennom samtale med meg, en refortolkning hos intervjuobjektene. Den subjektive erfaringen, altså forståelsen av samtaleterapi, er i stadig endring. Dette kalles dobbel hermeneutikk i metodeteori (Giddens, 2013). Ved å ha gitt rom for elaborasjon, både ved å ha gitt intervjuobjektene intervju spørsmålene på forhånd og ved å gi dem god tid til å svare i intervjuet, mener jeg det er grunn til å tro at det som fremkommer av materiale representerer deres sosiale representasjon av samtaleterapien på en tilfredsstillende måte.

4.3 Resultater

4.3.1 Menneskesyn

Samtaleterapi er en behandling av mennesket, og det ligger derfor antakelser om mennesket i enhver type samtaleterapi; et menneskesyn. Som nevnt i første del av oppgaven skjedde det på andre halvdel av 1800-tallet en bevegelse fra å betrakte pasienten som et kasus til en sammensatt person i medisinen (Jackson, 1999). Noen mener at man i dagens helsevesen har tilbakevendt til en kasuistisk tilnærming til pasienter bl.a. som følge av krav om effektivitet. Det er ikke gitt hvilket menneskesyn og antakelser en terapeut møter sin pasient med, og jeg

undrer meg over om det kan foreligge ulike menneskesyn i psykoanalytisk terapi og kognitiv terapi. Jeg begynner altså med det mest grunnleggende, og forsøker å gripe tak i hvilket menneskesyn jeg opplevde ble formidlet av Zachrisson og Hoffart.

I samtale med Zachrisson tenkte jeg at begrepet «menneskesyn» har en mer åpenbar relevans i psykoanalytisk terapi, ettersom terapien i følge ham henvender seg til «hele» mennesket – personligheten. Zachrisson beskrev terapiens oppgave slik: «Vi bistår i fødselen av personligheten». Menneskesynet som ligger til grunn virket for meg holistisk: man kan ikke unngå å behandle hele mennesket ettersom det er en sammenheng mellom ulike domener i psyken som ikke kan isoleres fra hverandre. Ut i fra Zachrissons påstand synes det også å ligge en antakelse om at terapi kan bidra til å fremskape noe som allerede er: mennesket tar ikke en vilkårlig form, men har noe iboende som kan fødes frem i terapi. Dette mener jeg også ble formidlet i Zachrissons påstand om at terapeuten aldri kan vite hvordan pasienten skal leve sitt liv – dette er noe pasienten må oppdage på egen hånd. I samtale med Hoffart virket begrepet «menneskesyn» mindre relevant. Den kognitive terapien avgrensner sitt domene, og ble av Hoffart beskrevet som «problemorientert» og som «en analysemetode». Denne avgrensningen kan tenkes å utydeliggjøre hvilke antakelser man i kognitiv terapi har om mennesket. Hoffart vektla viktigheten av at terapien ikke skal skape personlighet, men løse problemer gjennom at pasienten gjør seg nye erfaringer. Terapeuten skal i så måte «bare» være «en hjelper til å gjøre nye erfaringer» (Hoffart).

Zachrisson formidlet at man i psykoanalytisk terapi betrakter mennesket som uoversiktlig for seg selv; denne utilgjengeligheten gjenspeiles i fokuset på det ubevisste. Terapiens oppgave blir derfor blant annet et tilbud om å oppdage sitt eget selv og «gjenoppta kontroll over det ubevisste» (Zachrisson). Psykoanalytisk terapi kan som sagt bare bistå i denne oppdagelsen som pasienten selv må gjøre: «En side ved det psykoanalytiske synet på mennesket er at vi ikke kan vite hvordan våre pasienter skal leve sine liv». Ut i fra dette tenkte jeg at til tross for at mennesket er utilgjengelig for seg selv, så tenker man at oppdagelsen av sitt eget indre er et selvstendig prosjekt: sannhet kan ikke gis fra terapeuten. Jeg mener å skimte et syn på mennesket som sannhetsbærende, og hvor sannhet ikke kan konstrueres i samråd med en annen.

Zachrisson beskrev det modne mennesket som et menneske som innehar et «realistisk syn på virkeligheten», dvs. at man kan forholde seg til et komplekst og komplisert bilde av verden og

seg selv. Det synes som at realisme og evne til å sammenholde motsetningsfylt kunnskap om virkeligheten fremheves som verdifulle menneskelige egenskaper. Zachrisson fremhevdde også mennesket som et relasjonelt vesen: «Modning er et relasjonelt problem: i økende grad at vi klarer å flytte oppmerksomhet fra vår egen navle til å se oss selv i relasjoner». Han mente også at i tilfeller av såkalte løvetannbarn vil en psykoanalytiker være på jakt etter minst ett godt objekt i pasientens livshistorie. Dette mener jeg også gjenspeiler et syn på mennesket som avhengig av relasjoner.

Kognitiv terapi oppfatter jeg i større grad forutsetter mennesket som sammenhengende og oversiktlig. Det fraværende fokuset på det ubevisste synes for meg å reflektere at man tenker mennesket i stor grad er «herre i eget hus»: det er i følge Hoffart ikke et mål å forsøke å tilgjengeliggjøre psykisk, ubevisst materiale i terapi. Man forholder seg til de konkrete problemer pasienten rapporterer, og forlater ikke dette fokuset. Hoffart sa at i de tilfeller hvor pasienten ikke vet for eksempel hva han vil, må han selv oppdage dette gjennom erfaringer. Utprøving av ulike erfaringer vil gi pasienten denne kunnskapen – man går altså ikke veien gjennom analyse for å avdekke dette.

Hoffart fortalte at utgangspunktet for en terapi er det pasienten kommer med, og pasienten blir i så måte «tatt på ordet». I samtale med Hoffart opplevde jeg at han beskrev mennesket som grunnleggende rasjonelt: i terapi bistår terapeuten pasientens rasjonelle evne til å frembringe korreksjoner av sin forstyrrede kognisjon, og å utarbeide løsninger. Hoffart gjentok viktigheten av at mennesket kan lære nye og mer hensiktsmessige måter å tenke på gjennom «å erfare at dette virker». Jeg fikk inntrykk av at han fremhevdde mennesket som et læringsbestemt individ hvor korrigerende handlinger er den viktigste metoden for endring.

4.3.2 Snakkingens funksjon og det kurative

Hva er snakkingens funksjon i samtaleterapien? Som nevnt i første del av oppgaven fikk snakkingen en ny posisjon på slutten av 1800-tallet ved at man innså at pasientens egen snakking kunne tjene til flere terapeutiske formål (Jackson, 1999). Både Zachrisson og Hoffart vektla snakkingen som sekundær, men på veldig forskjellig grunnlag. Zachrisson mente at snakkingen er sekundær fordi lyttingen er primær: «Det budskapet vi formidler er et resultat av vår innlevelse i pasientens indre verden som vi prøver å oppnå ved å lytte. Vi lytter så empatisk vi kan, vi lytter tålmodig og vi prøver å lytte uten forutsetninger.» Videre sa han

at det en psykoanalytiker produserer av ord skal være en respons på hva han hører i eksplisitt tale og undertekst. Pasientens snakking er derimot avgjørende i psykoanalytisk terapi fordi det er i samtalen man arbeider; her ligger materialet som er kilde til informasjon og bearbeidelse. Zachrisson fremhevd «containment» som en av snakkingens viktigste kurative funksjoner: å bekrefte pasientens opplevelse, og at terapeuten deler den «til grensen for selv å la seg overveldes». I dette ligger det en ny relasjonell erfaring som er endrende. Zachrisson sa at det første steget i en endringsprosess er opplevelsen av å være i relasjon med en annen som forsøker å forstå. Han mente at det er det relasjonelle terapien har mulighet til å henvende seg til - det kurative skjer i relasjon. En annen funksjon ved snakkingen er i følge Zachrisson å bidra til større innsikt hos pasienten ved at terapeuten påpeker og tolker. Ved å avdekke sider ved selvet som tidligere har vært skjult, kan man «gjenerobre erfaringer, og bearbeide disse på en ny og mer realistisk måte» (Zachrisson). På denne måten mente Zachrisson at man beveges man mot realismen og «ser virkeligheten som den er». Dette mente han ville utvide friheten i møte med mennesker og verden, i stedet for å «sitte fast i låsende hemninger».

Hoffart mente at snakkingen er sekundær som kurativ agent, og sa seg enig i at snakkingen er mindre viktig i kognitiv terapi enn i en psykoanalytisk terapi. Han sa at «snakkingen er mer et middel», og fremhevd korrigerende handlinger som den primære kurative agenten. Snakkingens funksjon er å bygge opp forutsetninger for at korrigerende erfaringer kan finne sted. Hoffart mente altså at det terapeutiske arbeidet hovedsaklig skjer mellom timene: «Det kan forekomme små korrigerende erfaringer i snakkingen, men det går mest på å få tro på behandlingen». I følge Hoffart er snakkingen og det intellektuelle arbeidet hele veien knyttet til erfaringene man gjør seg. Han mente at det er viktig å opparbeide en forståelse for hva som driver problemet slik at denne forståelsen kan bidra til motivasjon til å gjøre seg nye, korrigerende erfaringer. I motsetning til Zachrissons ideal om lytting uten forutsetninger, fortalte Hoffart at en kognitiv terapeut lytter etter sammenhenger som forskningen har bekreftet. Hoffart formidlet at snakkingen er et intellektuelt arbeid hvor man systematisk og problemorientert forsøker å identifisere problemet og de vedlikeholdende faktorene: «Kognitiv terapi er en analysemetode som tar utgangspunkt i det konkrete fenomenologiske» (Hoffart). Han mente at terapeutens rolle i terapi er å lede pasientens oppmerksomhet og informasjonsprosessering slik at dette kan bli oppnådd raskest mulig. På denne måten er det å snakke å bryte unnvikelsen og tilbaketrekningen slik at man oppnår kontakt med problemet.

Zachrisson og Hoffart var enige om at et viktig aspekt ved endringen kommer av at man gjennom snakkingen oppsøker smertepunktene. Hva man gjør med den aktualiserte smerten er derimot ulikt. Zachrisson sa at «noe av snakkekuren handler om å bistå i gjøre det utholderlige til noe som kan holdes ut». Han stilte også spørsmålet: «hvordan kan man bearbeide noe dersom man løper fra det?» I psykoanalytisk terapi synes det å være et poeng å være i og utholde smerten for å undersøke og arbeide med innholdet. I kognitiv terapi vil man være problemfokuseret og løsningsorientert ved å finne måter å endre smerten på. Hoffart brukte ordene «korrigerende erfaringer» gjentatte ganger. Han var tydelig på at det kurative ligger i nettopp dette. Det synes å foreligge en forskjell i hva man tenker om tid: i psykoanalytisk terapi synes det å være meningsfullt å bli i smerten for å lære å utholde den, mens man i kognitiv terapi vil forsøke å være løsningsorientert for å raskest mulig endre smerten.

4.3.3 Den terapeutiske relasjon

På slutten av 1800-tallet skjedde som sagt et skifte i fokus hvor pasientens snakking fikk en ny og mer betydningsfull rolle. Dette, sammen med personifiseringen av pasienten, gjorde at behandleren forholdt seg til en mer aktiv og kompleks pasient. Behandleren måtte innta en mer lyttende posisjon (Jackson, 1999). Lege-pasient-forholdet kan tenkes å ha endret seg som følge av dette, noe som også ble aktuelt i den tidlige samtaleterapien. Hva tenker man om den terapeutiske relasjonen i kognitiv og psykoanalytisk terapi?

Hoffart og Zachrisson mente at det er avgjørende at terapirelasjonen er en godartet, tillitsfull relasjon. Zachrisson mente at en god relasjon også er en del av det terapeutiske: «En side ved den psykoterapeutiske kuren ligger ved at man tilbyr en godartet relasjon med en bestemt forutsigbarhet». Det virket likevel som at det var kvalitative forskjeller i hva man tenker om hva forholdet mellom pasient og terapeut er. Zachrisson formidlet at den terapeutiske relasjonen var det viktigste redskapet man har i terapi ettersom det er relasjon terapien kan og skal henvende seg til. Zachrissons eksempel på «containment» gjenspeiler nettopp dette. Containment definerte han slik: terapeuten kan gjennom empatisk innlevelse fenomenologisk dele pasientens smerte, for slik å gjøre den utholdelig for pasienten selv. Jeg tenker at terapeuten gjennom et slikt arbeid kan tenkes å måtte bli en sentral person i pasientens liv, og at den terapeutiske relasjonen i seg selv blir et viktig element i terapien. Zachrisson bekreftet dette: «Psykoanalysen har de siste tiår fått et større fokus på kvaliteter ved relasjonen mellom

pasient og terapeut». Den terapeutiske relasjonen blir i seg selv et objekt for analyse. Zachrisson beskrev at samtalen i terapien «slår en bro mellom mitt og ditt sinn». Han mente også at terapiforløpet er en erkjennelsesprosess også for terapeuten. Det virker altså som at den psykoanalytiske terapeuten involveres i pasientens prosesser i stor grad - også emosjonelt. Zachrisson mente også det var viktig at terapeuten hadde en «realistisk beskjedenhet» i møte med pasientens spørsmål, og dermed motstå fristelsen av å fremstå som «en som vet».

Hoffart mente at en terapeut i hovedsak er en problemløser, en aktiv og ledende «gjeter» for pasienten. Han var tydelig på at terapeuten ikke er representant for «modenhet», men er ekspert på psykologisk kunnskap og problemløsning: «Jeg skal være en problemløser, ikke en som vurderer andres modning» (Hoffart). Relasjonen mellom pasient og terapeut beskrev han som en samarbeidsrelasjon, og kan kanskje forstås som å stå litt på utsiden av pasientens «egentlige» liv. Man kan jobbe med pasientens relasjonsmønster, men terapeuten skal bevare sin rolle som kunnskapsformidler og «gjeter» av pasientens informasjonsprosessering. Terapirelasjonen, sett i perspektivet av kognitiv terapi, kan tolkes som å være mer isolert fra pasientens liv, og ligner mer en lærer-elev-relasjon. I intervjuet med Hoffart fikk jeg også inntrykk av at det er pasientens samtale med seg selv, heller enn samtalen mellom terapeut og pasient, som er den viktigste. Det som samtales om mellom pasient og terapeut er i så måte en hjelp i å bidra til pasientens indre arbeid. Man kan ut i fra dette tenke at den terapeutiske relasjonen gis en mindre omfattende rolle i kognitiv terapi. Hoffart vektla også viktigheten av terapeutens formidling av profesjonalitet og tillit for å muliggjøre terapi. Dette er kanskje et enda viktigere mål i denne terapiformen med tanke på den kognitive terapeutens tydelige ekspertrolle. Hoffart fortalte at man i kognitiv terapi vil tilrettelegge for at pasienter kan oppleve mestring og følelse av aktiv deltakelse i det terapeutiske arbeidet. Hoffart sa at det er viktig å «forklare behandlingen, og gi pasienten et overbevisende rasjonale». Det at terapeuten ikke «skjuler kortene sine», men forholder seg i all hovedsak til det pasienten formidler, og er åpen om arbeidsmåte og mål, gjør at jeg tenker at denne relasjonen kan oppleves tryggere enn sammenlignet med en psykoanalytisk terapirelasjon. Hoffart mente det var viktig at terapeuten var problemfokuseret, og altså ikke forlater det fokuset som er pasientens bestilling.

4.3.4 Den psykiske lidelsen

Hva er det Zachrisson og Hoffart tenker at samtalerterapien skal endre? Å utforske hva psykisk lidelse er, hvis man ser bort i fra den åpenbare subjektive opplevelsen av psykisk smerte, blir raskt et spørsmål om etiologi. Som jeg har beskrevet i første del av oppgaven har det historisk sett vært mange ulike syn på hva psykisk lidelse forårsakes av. I den religiøse tilnærming til psykologisk helbredelse anvendte man bl.a. åndeteorier: psykisk lidelse var et resultat av synd, og man tenkte i ytterste konsekvens at «galskap» var besettelse av onde ånder. Mesmer tenkte på sin side at psykisk lidelse skyldtes forstyrrelser i en mystisk væske som forbandt det levende med det ikke-levende (Ehrenwald, 1976). Jeg mener at våre antakelser om hva psykisk lidelse i sin essens består av - overordnet diagnostiske kategorier - vil være avgjørende for hva terapi kan tilby.

Zachrisson og Hoffart var enige om at den medisinske modellen egentlig er en uegnet metafor for det vi kaller psykisk lidelse. Psykisk «sykdom» finnes ikke: psykisk lidelse oppstår i det disponerende forutsetninger i pasienten interagerer med omgivelsene rundt på en uheldig måte. Det var også enighet om at psykisk lidelse ikke er et gitt fenomen, men at definisjonen må ta utgangspunkt i et epistemologisk og etisk standpunkt. Hva som er sant og hva som er rett og galt, er spørsmål som i stor grad er kulturelt betinget. Det var også enighet om at det ikke er terapiens oppgave å være formidler av svar på slike spørsmål, men at respekt for pasientens frihet til å velge er nødvendig.

Zachrisson vektla den interpersonlige sfæren som viktigst i å forstå hvordan et menneskes disposisjon i interaksjon med omgivelsene kan utvikle psykisk lidelse. Den relasjonelle dimensjon er utgangspunktet for forståelsen av hvorfor psykisk lidelse har oppstått. Zachrisson hevdet at hendelser i pasientens liv kan være viktige i å forstå utviklingen av en psykisk lidelse, men graden av deres betydning vil være et resultat av individets relasjonserfaringer. Man kan dermed tolke det slik at det psykoanalytiske synet på psykisk lidelse er at det først og fremst er et relasjonelt problem. Den psykoanalytiske forståelsen av psykisk lidelse tar også det ubevisste med i betraktning. Zachrisson vektla at fortrenkning likevel ikke var nok for å forstå psykisk lidelse: «Mentale problemer handler ikke bare om borttrenkning av smertefulle erindringer som virker fra det ubevisste, men det handler også om å være i indre tilstander som man ikke holder ut». Han formidlet at symptomer må forstås som evakuering fra disse indre, smertefulle tilstander. På bakgrunn av dette kan man tenke at

symptomer forstås som meningsbærende, og dermed er en ressurs på den måten at de er en viktig kilde til informasjon. Symptomene er altså uttrykk for noe latent, og må analyseres for å få tak i «kjernen». Zachrisson omtalte psykiske lidelser som en form for «stillstand», altså et fravær av bearbeidelse hvor man ikke får symbolisert den psykiske smerten. Dette hindrer naturlig «vekst», som han kalte det. Jeg oppfattet det også slik at Zachrisson formidlet et syn på psykisk lidelse som en kontinuum: psykisk smerte er naturlig og uunngåelig, og terapi kan bidra til å holde ut den livssmerte vi alle opplever på ulike måter. Zachrisson siterte Freud i denne sammenheng: «Psykoanalysen kan forvandle den nevrotiske misæren til mer alminnelig menneskelig ulykkelighet». Zachrisson gav også smerten en positiv rolle i det at den skaper motivasjon for endring.

Hoffart mente at terapeuten alltid må ta utgangspunkt i pasientens opplevelse: den psykiske lidelsen er utelukkende de problemer som pasienten opplever. Symptomene som bevisst oppleves utgjør den psykiske lidelsen. Problemene er gjerne forbundet sammen i et logisk system som man i terapi kan oppdage, men man tenker ikke at de har en latent, skjult årsak som er utilgjengelig for pasienten selv. Hoffart mente at endringen ikke skjer på et globalt plan, men ved å isolere problemet og oppdage hva som vedlikeholder det her og nå. Hvorfor disse vedlikeholdende kreftene, ofte knyttet til pasientens håndtering, har blitt som de har blitt er ikke et utgangspunkt for endring: «Det gjør ikke noe om man får mer innsikt og lurer på hvor ting kommer fra, men dette er ikke terapiens oppgave» (Hoffart). Endringen ligger altså ikke i dypdykk i pasientens forhistorie: «Man kan godt prøve å finne erfaringer som forklarer det, men det er bare store globale sammenhenger man kan finne som ikke er viktig. Det viktige er modeller som gjør at man kan finne hva som driver problemet her og nå. Det er psykologiens store bidrag» (Hoffart). Hoffart begrunnet dette også med at sammenhenger mellom tidligere erfaringer og aktuelle symptomer ikke er meningsfulle fordi de ikke har prediktiv verdi.

Hoffart mente at psykiske problemer gjerne oppstår ved maladaptiv håndtering av negative erfaringer. En slik type erfaring har blitt generalisert. Læringsaspektet synes altså å være viktig i den kognitive forståelsen av psykopatologi. Endringen skjer derfor, som jeg har vært inne på, i stor grad gjennom korrigerende erfaringer. Det virker for meg som at kognitiv terapi vektlegger avgrensning som et ideal: både at terapien begrenser seg i å kun henvende seg til det problemet pasienten rapporterer, og den avgrensning som ligger i forståelsen av

problemet. Det terapeutiske arbeidet er også avgrenset i det at korrigerende erfaringer vektlegges som viktigste endringsmekanisme. Det synes også som at den psykiske lidelsen ikke sees på som en ressurs til å oppdage mening, men som problemer som skal løses. For å gjenta Hoffart: innsikt kan være et biprodukt av dette arbeidet, men ikke et mål for terapien som sådan.

4.3.5 Terapiens mål

Hva er det man vil forsøke å oppnå med terapien - hva er det endelige målet? Breuers behandling av Anna O. tok i stor grad form som følge av Breuers imøtekommelse av hennes ønsker. Hun opplevde å bli bedre av å dikte historier («pipefeing»), og forsøkte sammen med Breuer å oppspore tidligere hendelser som hadde skapt symptomene hennes (Launer, 2005). Det er ikke godt å si hva Breuer tenkte var det endelige målet med behandlingen, men trolig var det et mål å gjøre noe med symptomene hun opplevde (paralyse, anestesi osv).

Zachrisson og Hoffart var overordnet sett enige om at terapi skal forsøke å gjøre mennesker i stand til å fungere: å være i stand til å leve på en måte slik man selv synes er tilfredsstillende. Zachrisson formidlet at for å komme dit må man evne å holde ut sin «livssmerte» uten å bli overveldet av denne. Dette oppnår man ved at terapien bidrar til å styrke og bygge opp pasientens egen evne til å bearbeide og lære av erfaring, evne til å symbolisere denne, og å kunne dele den. Det kan virke som at det «å leve med» smerten er et viktigere mål enn å forstå og «løse» den. Ved innsikt og forbedret evne til bearbeidelse blir man i større grad frigjort og mer «herre i eget hus» (Zachrisson). Bearbeidelsen innebærer, i følge Zachrisson, «evnen til å lære av sine erfaringer». Zachrisson vektla nettopp frigjøring som et sentralt mål for terapi: «Psykoanalysen kan bidra til utvidelse av frihet. Evnen til å tenke fritt og realistisk, og ikke sitte fast i mønstre, låsende hemninger, men at man faktisk kan møte andre mennesker, verden og utfordringer med en relativ frihet. Slik kan man forholde seg til det hele slik som det er, i stedet for å ha en derformerende forutinntatt mening om hvordan det er». Frihet kobles altså sammen med evne til å tenke realistisk. Jeg forstår det slik at realisme, å se virkeligheten mer som den er - sannhet - er et viktig mål i psykoanalytisk terapi. Zachrisson presiserte at terapien kan «stelle såret», men at pasienten selv står ansvarlig for å lege seg selv. Han vektla, som jeg har nevnt tidligere, at psykisk smerte er naturlig forekommende i et liv. Det finnes altså ikke lenger et ideal om den «ferdig analyserte pasienten». Terapiens mål

er å bistå mennesker i «å tåle psykisk smerte ved å bearbeide den på en slik måte at man ikke overveldes, lammes eller får panikk» (Zachrisson).

Hoffart på sin side har et annet språk for dette terapeutiske målet: det handler ikke om å holde ut smerte, men å identifisere de faktorer som bidrar til at problemet vedvarer. Ved å håndtere disse på best mulig måte kan man eventuelt bli kvitt problemet, eller optimalisere hvordan man lever med det. Målet for kognitiv terapi er å gjøre noe med problemene pasienten opplever, det rent fenomenologiske, slik at de ikke lenger hindrer en i å tilfredsstille ulike behov. Hoffart oppsummerte den kognitive terapiens mål på følgende måte: «Å skape en endring i problemene pasienten kommer med». Igjen synes jeg avgrensning er en kvalitet som karakteriserer den kognitive terapien. Det terapeutiske målet skal respondere på pasientens bestilling, og i utgangspunktet ikke gå utover denne.

Jeg har såvidt vært inne på dette med modenhet. Jeg spurte Zachrisson og Hoffart om man kan tenke at et av samtalerapiens mål kan gå utover det å håndtere den psykiske smerten, og også fremdyrke modning hos pasienter. Zachrisson mente at terapien på sitt beste kunne «jevne veien» for de hindringer som hemmet modning: «Jeg forbinder modning med en form for realisme. At vi ser virkeligheten uten å la vårt syn helt domineres av ønsketenkning, ideologi, ideer eller romantikk. Det modne mennesket forholder seg til en mer komplisert eller kompleks verden enn et umodent menneske. Den modningen skjer langt på vei av seg selv». Han mente også at modning er et relasjonelt anliggende, og at modning innebærer å flytte oppmerksomhet fra oss selv til andre. Modning, mener han, er normalprosessen, og uteblevet modning er en forstyrrelse. Hoffart var mer ukjent med dette begrepet i terapeutisk kontekst. Han mente at modning hadde med ansvarlighet å gjøre. Hoffart mente riktignok at det ikke er terapiens oppgave å bidra til modning, og at en terapeut ikke er kvalifisert til dette: «De redskapene jeg har, og meg som person, har ikke grunnlag for å vurdere andres modning. Jeg skal være en problemløser».

4.4 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg med utgangspunkt i hva jeg lærte gjennom intervjuene, og på bakgrunn av teoretisk lesning, fortsette min tolkning og sammenligning av psykoanalytisk

terapi og kognitiv terapi. Denne sammenligningen har som mål å ekstrahere essensielle aspekter ved disse to variantene av den sosiale representasjonen av samtaleterapien.

Jeg mener at det er interessant å se på hvordan kognitiv og psykoanalytisk terapi forholder seg til meningsdannelse ettersom mitt syn er at det moderne individet, nå som på slutten av 1800-tallet, står overfor et relativt selvstendig meningsdannelsesprosjekt. Bakgrunnen for dette har jeg forsøkt å beskrive i første del av oppgaven. Jeg støtter meg til Madsen (2010) som beskriver hvordan det moderne mennesket gradvis ble autoritetsløst ved at fellesskapet, religionen og kollektive meningsstrukturer mistet sin posisjon. Han mener at Freud med sin innføring av psykoanalysen, den tidligste formen for samtaleterapi, flyttet moralens forankring fra autoritet (f.eks religion) til selvet. På denne måten er menneskets egen meningsdannelse blitt en autoritet. «Den terapeutiske etos», som Madsen (2010) kaller det, tilbyr et religionslignende system av kollektiv mening. Meningsdannelsesprosjektet tror jeg altså er høyst aktualisert i samtaleterapi, og vil derfor se på hvordan kognitiv og psykoanalytisk terapi tilnærmer seg dette prosjektet. Jeg opplever at disse to terapiretningene representerer ulike tilnærminger til dette prosjektet, og at det manifesterer seg i tenkningen rundt samtaleterapi. Jeg velger derfor å fokusere på de ulike aspektene ved samtaleterapien, som gjennomgått i resultatdelen, i lys av dette meningsperspektivet. Dette perspektivet mener jeg også fanger opp noe av essensen i disse to terapiformene, og tydeliggjør ulikhetene.

4.4.1 Mennesket som meningsskapende

Jeg opplever at mennesket som snakker i en psykoanalytisk terapi betraktes som sannhetssøkende, og mener at dette også reflekteres i psykoanalytisk litteratur. Grotstein (2004) sier i klartekst hva han mener sannhetens rolle er i psykoanalysen: «Psycho-analytic procedure presupposes that the welfare of the patient demands a constant supply of truth as inevitably as his physical survival demands food» (s. 1082). Min tolkning baserer seg blant annet på det faktum at man i psykoanalysen nettopp arbeider med den opplevde smerten, symptomene, for å oppdage mer av det som er sant, men som for en selv er utilgjengelig. I denne «avdekkingen» av selvet virker det som at det foreligger en antakelse om et «sant selv» i motsetning til et konstruert selv. Den kjente psykoanalytikeren Winnicott sitt begrep om «true self» (1960) kan assosieres med en slik antakelse. Zachrissons beskrivelse av terapi som jordmorhjelp i fødselen av personligheten mener jeg også reflekterer tanken om at mennesket har en iboende sannhet om seg selv. Denne oppdagelsen av eget selv virker i følge Zachrisson

frigjørende, og man beveges mot realisme. Sannhetsbegrepet virker altså tilstede i psykoanalytisk tenkning på minst to måter: både at mennesket søker det, men også at man har en iboende sannhet om sitt eget selv. Wilfred Bion (1962) sitt begrep om «O» mener jeg er et særlig godt eksempel på at man forholder seg til sannhet i et psykoanalytisk menneskesyn. Bion mente at det i alle mennesker finnes en emosjonell sannhet (O) om våre erfaringer, men som vi ikke tåler, og dermed ikke har fullstendig tilgang på. Bions begrep om alfafunksjonen beskriver at vi mennesker har en sannhetsdrift som naturlig beveger oss mot å komme nærmere O.

Den psykoanalytiske arbeidsmåten går som nevnt blant annet ut på å danne sammenhenger mellom aktuelle symptomer og tidligere erfaringer: «Psychoanalytic thought helps knit together different domains of experience: past and present, waking and sleeping, thinking and feeling, interpersonal events and the most private fantasies» (Mitchell, 1995, s. 1). Jeg oppfatter at det psykoanalytiske integreringsarbeidet forsøker å sammenstille en helhet i mennesket. Kanskje kan man tenke at psykoanalytisk terapi innebærer et menneskesyn hvor helhet og sannhet er paralleller. Killingmo (1989) sin inndeling av psykopatologi i konflikt- og mangelpatologi mener jeg samsvarer med bildet jeg tegner. Det er som om det «sanne» selvet er et selv hvor ulike deler ikke står i motsetning til hverandre (konfliktpatologi), eller er manglende (mangelpatologi). Pasienten får gjennom det terapeutiske arbeidet innsikt i sammenhengene og manglene i sitt eget indre, hvilket kan muliggjøre frigjøring og heling. Foss (1990) beskriver hvordan teorien om det ubevisste likevel forteller oss at en komplett innsikt og frigjøring er et umulig prosjekt: «Men jakten er forgjeves (på kjernen i en selv). Akkurat det ligger i Freuds oppdagelse av det ubevisste» (s. 11). Det synes som at man streber mot en helhet, en kjerne eller en sannhet, som alltid vil være relativt utilgjengelig. Psykoanalytisk tenkning, hvor det ubevisste er sentralt, formidler på denne måten at mennesket alltid vil være uoversiktlig for seg selv: «Med oppdagelsen av det ubevisste føyer psykoanalysen seg inn i rekken av vitenskaper som fratrar mennesket illusjonen om å spille en sentral rolle» (Foss, 1990, s. 10). Psykoanalysen tilbyr altså ikke et sted for å oppdage den fulle sannhet, men danner et rom for sannhetssøken hvor bearbeiding av ens erfaringer kan skje:

Psykoanalysens bidrag består imidlertid ikke i å skjenke oss en komplett forståelse, enten man nå nærmer seg den gjennom lesning eller legger seg på divanen som ledd i

en behandling. I sistnevnte tilfelle blir man heller gitt et rom hvor egne erfaringer kan gjennomarbeides (Foss, 1990, s. 1).

Berge og Repål (2010) beskriver noe jeg mener gjenspeiler at menneskesynet som forvaltes i kognitiv terapi ikke fremhever mennesket som sannhetssøkende: «Kants grunnide er at vi ikke har tilgang til en virkelighet som lar seg avbilde slik den er i seg selv. Dette er i tråd med vår tids kognitive psykologi» (s. 37). Jeg tolker ut i fra intervjuet med Hoffart og lesning av relevant teori, at kognitiv terapi formidler et syn på virkeligheten som har innfunnet seg med at sannheten er utilgjengelig. J. S. Beck og Beck (2011) bekrefter dette poenget ved å vektlegge kraften som ligger i ens egen virkelighetskonstruksjon: «It is not the situation in and of itself that determines what people feel, but rather how they construe a situation» (s. 30). Virkeligheten er altså en som konstrueres i stedet for at man søker en «sann» virkelighet. Terapien oppgave kan ut i fra dette tenkes å bestå i å konstruere forestillinger som kan være adaptive for pasienten. I intervjuet med Hoffart opplevde jeg at han formidlet et syn på mennesket som rasjonelt: med sokratisk utspørring og veiledning kan pasienten selv oppdage sine maladaptive tankemønstre, og dermed korrigere disse gjennom handling. Det virker som det ligger en antakelse av at mennesket streber etter rasjonell tilpasning, heller enn sannhet. Jeg oppfatter dermed at det i kognitiv terapi foreligger en konstruktivistisk tilnærming til virkeligheten hvor rasjonalitet er en verdi som settes foran realisme. Ved å erfare at ens tidligere maladaptive antakelser avkrefte, konstruerer man nye måter å forholde seg som er mer hensiktsmessige. Muligens gjelder dette konstruktivistiske tankesettet også ideen om selvet: ens eget selv kan også formes i stor grad som en tilpasning til verden, heller enn at det har en iboende sannhet om seg selv.

4.4.2 Meningsskapende samtale

De greske filosofenes dialog og dialektikk er to samtalemetoder jeg var inne på i første del av oppgaven. Jeg mener disse skildrer noe av forskjellen mellom samtalen i kognitiv og psykoanalytisk terapi, hvor to ulike tilnærminger til meningsdannelse kommer til uttrykk. Dialogen var en type samtale som stilte spørsmål og fant svar for å adskille, definere, kategorisere og abstrahere. Dialogen var i pakt med retorikken som hadde overtalelse som overordnet mål. Dialektikken var en annen type samtale som Platon utviklet senere. Denne samtalen hadde som mål å oppdage og avdekke sannhet for å oppnå større kunnskap om selvet. Dialektikken la vekt på hvordan motsetninger gikk opp i en høyere enhet. Kognitiv

terapi mener jeg er en parallell til dialogen i det at terapeuten fungerer som en instruktør i å systematisere pasientens virkelighetsbilde, og i kraft av sin ekspertrolle forsøke å «overtale» eller lære pasienten til å endre dette på en hensiktsmessig måte. Psykoanalytisk terapi, som dialektikken, forsøker i stedet å søke sannhet gjennom å integrere motsetningsfylt kunnskap - en utfordrende og tidvis smertefull prosess. Målet er å oppnå større kunnskap og innsikt om ens eget selv og virkelighet. I kognitiv terapi oppfatter jeg at man forholder seg til det perseptuelle fordi man «ikke har tilgang til en virkelighet som lar seg avbilde slik den er i seg selv». Man forholder seg til ens subjektive virkelighet, avbildet, fremfor «det sanne bildet». Menneskets opplevde lidelse knyttes til hvordan det forholder seg til avbildet - den virkelighet han opplever.

4.4.3 Meningsskapelse i relasjon

Meningsaspektet manifesterer seg også i den terapeutiske relasjon. Jeg oppfatter at man i psykoanalytisk terapi antar at mennesket trenger assistanse fra en annen for å søke større mening - ettersom det ubevisste er utilgjengelig for en selv. Som allerede nevnt er det likevel tydelig at man i psykoanalytisk terapi betrakter terapeuten kun som en som kan bistå pasienten i sin sannhetssøken, uten å være førende i denne: «Svaret tilligger ikke analytikerens, men den som spør. Gjennom å analysere overføringen åpnes man for den enkeltes sannhet, som verken kan bli gjenstand for teori eller kunnskap» (Foss, 1990, s. 13). Det at mennesket er avhengig av relasjon for å oppdage, men samtidig ikke kan adoptere andres sannheter, viser hvor sentral betydning relasjonen har i psykoanalytisk terapi. Kun i relasjon kan utvikling skje, men denne utviklingen må også gi rom for et selvstendig arbeid. Den terapeutiske relasjonen kan altså gi svar, men uten at terapeuten formidler dem. Dette kan skje fordi den terapeutiske relasjonen blir et sted hvor pasientens indre verden kan utspille seg i motsetning til å analysere den intellektuelt. Gullestad og Killingmo (2013) beskriver hvilken relasjonell kvalitet som da oppstår: «Terapeuten er ikke lenger en nøytral observatør, men deltar i et emosjonelt samspill med pasienten» (s. 14). Grotstein (2004) beskriver Bions begrep om containment, som jeg mener viser hvordan terapeuten og pasienten i aller høyeste grad er involvert i hverandre: «(...) the analyst must relinquish or suspend his/her Cartesian mode of 'understanding' the analysand in favor of 'becoming' them, a component of the act of containment» (s. 1085).

I kognitiv terapi tolker jeg det slik at fokuset er på pasientens konstruksjon av mening, fremfor hvordan pasienten utspiller sin relasjonelle virkelighet ovenfor terapeuten. Dette mener jeg gjenspeiles i Berge og Repål (2010) sin beskrivelse av kognitiv terapi: «(...) en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre» (s. 15). Fokuset er på menneskets indre samtale med seg selv, og det er en samtale som skal utvikles i rasjonell eller hensiktsmessig retning. Berge og Repål (2010) beskriver hvordan pasienten i kognitiv terapi blir «tatt på ordet» - noe jeg mener gjenspeiler en tillit til at mennesket er grunnleggende sett rasjonelt: «I kognitiv terapi rettes søkelyset mot hva pasienten faktisk tenker, og ikke hva terapeuten tror at denne tenker - eller enda verre: hva terapeuten synes at pasienten burde tenke» (s. 16). Jeg tolker det slik at mennesket betraktes på denne måten som mer selvstendig: den indre dialogen er tilstrekkelig, og man har ikke et grunnleggende behov for å rapportere sitt indre til en annen. Man antar at mennesket er i relativt stor grad «herre i eget hus», men at terapien kan bidra til økt refleksjon (Berge & Repål, 2010). Man kan forstå det slik at relasjon gis en mindre betydningsfull rolle i kognitiv terapi, men denne påstanden har blitt kritisert av tilhengere av kognitiv terapi: «Etter vår mening er det derfor en feiloppfatning at kognitiv tilnærming ikke legger vekt på relasjonen. En kvalitativ god relasjon mellom klient og terapeut er en forutsetning for et godt terapeutisk forløp. (...) Hovedfokuset er ikke på hva som skjer i relasjonen der og da i timen, - kjent fra noen terapiformer, - selv om det også fokuseres. Fokus er på det som faktisk foregår i naturlige settinger klienten til en hver tid befinner seg i» (Matre, 2007, s. 25-26). Den terapeutiske relasjonen er altså viktig i det at den må være godartet for at pasienten kan være mottakelig for endring, men den er ikke selv objekt for analyse, slik som i psykoanalytisk terapi. Terapeutens rolle blir også en ganske annen ettersom pasienten betraktes som nokså selvgående: «I kognitiv terapi skal terapeuten ideelt sett fremstå som en ledsager eller guide, en instruktør i stoisk form» (Berge & Repål, 2010, s. 11).

4.4.4 Mening og lidelse

Meningsaspektet mener jeg også gjør seg gjeldende i synet på psykopatologi. I psykoanalytisk terapi er lidelsens grunnlag utilgjengelig for pasienten selv, og henger sammen med hele personligheten som Gullestad og Killingmo (2013) beskriver: «Mange fenomener som i sin fremtredelsesform fortøner seg som adskilte og ulikeartede, med denne teoriens briller blir sammenhengende og kan forklares ut i fra et felles grunnlag» (s. 16). Smerten er altså uløselig

sammenbundet med hele personligheten, og kan manifestere seg på mange ulike måter samtidig. Gjennom analyse av de ulike symptomene oppdager man altså sitt eget selv, ikke bare symptomenes opprinnelse. Smerten blir en ressurs på den måten at den er en sentral kanal til informasjon og meningsdannelse. Jeg opplever at det ligger en antakelse om at slik kunnskap om eget selv er en smertefull erkjennelsesprosess. Grotstein (2004) beskriver hvordan pasienten må velge mellom fornektelse eller aksept av en smertefull sannhet: «The analysand has the choice either of evasion of the awareness of the painful emotional experience, or of choosing to accept its truth by being willing to suffer it» (s. 1087). Foss (1990) beskriver hvordan terapien kan gi et rom for bearbeidelse, og at dette kan bli en hjelp i å leve med og vokse på den naturlig forekommende livssmerten:

Nettopp fordi psykoanalysen åpner oss for noe av ulykken ved å være menneske, kan den paradoksalt nok hindre oss i å stivne i en oppfatning av oss selv som et skjebnens stebarn eller som en tragisk figur med aner til romantikken. For mislyden, med klangbunn i forskjellen mellom hva vi søker og hva vi finner, kan også være en kilde til liv og kreativitet. Eller i hvertfall til livskunst (s. 12).

Grotstein (2004) mener at det er behovet for sannhet som kan forklare hvorfor pasienten blir i terapi til tross for at dette innebærer å oppsøke smertepunktene: «(...) the truthdrive constitutes the force behind the analysand's remaining in analysis in the face of frustration and emotional pain. The reward is truth. The truth is real and can somehow be dealt with—because it is sought» (s. 1092). Meningsdannelse og smerte synes å virke som uløselig sammenbundet i psykoanalytisk terapi.

I kognitiv terapi oppfatter jeg et mer optimistisk syn på psykisk lidelse: det er symptomer som kan endres. Den opplevde smerten forårsakes av at man har konstruert mening som ikke er gunstig. J. S. Beck og Beck (2011) beskriver hvordan dysfunksjonell tenkning kan rekonstrueres til en som er mer adaptiv: «The cognitive model proposes that dysfunctional thinking is common to all psychological disturbances. When people learn to evaluate their thinking in a more realistic and adaptive way, they experience improvement in their emotional state and in their behavior» (s. 3). Terapien kan altså, ifølge J. S. Beck og Beck (2011) hjelpe til å endre meningsdannelsen til en som er mer realistisk og adaptive: «The therapist seeks in a variety of ways to produce cognitive change - modification in the patient's thinking and belief system - to bring about enduring emotional and behavioral change» (s. 2). At

virkeligheten skal konstrueres på en måte som er adaptiv mener jeg kolliderer med sannhetssøkenen i den psykoanalytiske terapien som beskrevet over. Jeg tolker det slik at den kognitive terapiens forståelse av psykopatologi dreier seg mye om uhensiktmessig konstruksjon av mening. Fokuset er altså ikke på å komme i kontakt med «sannheten», virkeligheten som den egentlig er, men å konstruere mening som er både realistisk og adaptiv.

5 Oppsummering

5.1 Første del

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse følgende spørsmål på to måter: hvorfor tror vi at vi kan snakke oss friske? Først ville jeg undersøke hvor fenomenet kom fra gjennom en historisk analyse i rammen av sosial representasjonsteori. Deretter ville jeg undersøke dagens sosiale representasjon av samtaleterapien, og valgte å sammenligne kognitiv og psykoanalytisk terapi.

Samtaleterapien er ung av dato, og oppstod i Wien på slutten av 1800-tallet. Som jeg har skrevet om tidligere stod det moderne, vestlige selvet ovenfor nye utfordringer i en tid som raskt hadde opplevd store endringer. Jeg vil påstå at det moderne selvet opplevde et dramatisk meningstap som var en viktig utløsende faktor for behovet for samtaleterapien. Det å skape mening i tilværelsen kan tenkes alltid å ha vært et grunnleggende behov for mennesket, men jeg tror det i moderne tidsalder ble forstørret, og stod i motsetning til tidligere uten en klar meningsleverandør. Jeg tror at meningsdannelse er nødvendig i det man opplever psykisk lidelse, og at samtaleterapien ble en arena for dette.

Påstanden om dette meningstapet begrunner jeg med de endringer som hadde tatt tydelig form i Vesten på slutten av 1800-tallet: det moderne mennesket levde i en tid hvor vitenskap og rasjonalitet ble opphøyd. Vitenskapen formidlet et ideal om kunnskap - kanskje bidro dette til menneskets kunnskapstørst i forhold til seg selv. Sammen med vitenskapens fremgang ble Gud lagt død. Sekulariseringen førte til at man forlot en tidligere omfattende virkelighetsforståelse og autoritet. Den høyt ansette kunnskapen måtte innhentes et annet sted enn fra religion. Vitenskapen var også begrenset i hva den kunne gi svar om. Dette etterlot mennesket i en ny og mer usikker virkelighet med flere spørsmål enn før. Teorien om det ubevisste gjorde ens virkelighet ytterligere ukjent ved å tydeliggjøre menneskets utilstrekkelighet i å kjenne seg selv. Det moderne menneskets selvbevissthet vokste i takt med den økende individualiseringen: individet ble gjennom kapitalismen frigjort fra tidligere kollektivistiske økonomiske systemer - nå var det hver mann for seg selv. Religionens fellesskap var oppløst, og urbaniseringen gjorde at folk flyttet fra sine hjem. Den nye og usikre virkeligheten, kunnskapstørsten i fravær av klare svar og ens eget indre som

utilgjengelig i et stadig voksende selv - skapte et presserende behov for meningsdannelse. Behov for mening er ingen psykisk lidelse, men det er sannsynlig at dette aspektet ved det moderne selvet også manifesterte seg i psykopatologi. Psykopatologi, som ikke er et moderne fenomen, kunne heller ikke lenger behandles medisinsk ettersom organiske teorier i økende grad viste sin utilstrekkelighet som forklaringsmodeller. En religiøs tilnærming til lidelsen var ikke lenger relevant for det moderne selvet. En behandling uten medisiner og uten Gud ble løsningen: samtaleterapien.

5.2 Andre del

I dag finnes det ulike samtaleterapier - altså ulike varianter av denne sosiale representasjonen, og jeg har sammenlignet to av disse: psykoanalytisk terapi og kognitiv terapi. Jeg er interessert i hvordan disse terapiformene forholder seg til meningsdannelse ettersom det gir avgjørende implikasjoner for hvilken terapi som tilbys det moderne menneskets meningsdannelsesprosjekt. Jeg nevnte tidligere dialog og dialektikk som jeg mener illustrerer den ulike tilnærmingen til meningsdannelse i kognitiv og psykoanalytisk terapi. For å videreutvikle denne analysen vil jeg også trekke frem Georg Wilhelm Friedrich Hegel og Immanuel Kants erkjennelsesteorier. Platons dialektikk gikk som sagt ut på hvordan motsetningsfylt kunnskap gikk opp i en høyere enhet. Hegel mente at den dialektiske prosessen i menneskets bevissthet er en kontinuerlig, progressiv bevegelse mot helhet: bevissthetens bestanddeler er ikke statiske, men utvikles til høyerestående bestanddeler som på nytt og på nytt konstituerer ny sannhet (Berthold-Bond, 1995). Denne utviklingen når aldri et endepunkt. Når en bestanddel i bevissheten viser seg gjennom erfaring å være ukomplett må den kanselleres, og bringes til et høyere nivå. Motsetningsfylt erfaring syntetiseres på denne måten som gjør at bevisshetens bestanddeler må endres. Hegel mener at mennesket beveges stadig mot transcendens, og den dialektiske prosessen strekker seg mot «det absolutte». Bevisshetens naturlig forekommende smerte og utilfredshet skaper denne bevegelsen. For Hegel er det derfor ikke et skille mellom virkelighetens fremtredelser og sannhet – vi beveges mot det sanne gjennom å erfare mer og mer av virkelighetens fremtredelser. Erfaringen endrer altså bevissheten. Kant mente på sin side at betingelsene for vår erfaring, kategoriene (tilsvarer Hegels begrep om bevisshetens bestanddeler), er ubevegelige (Allison, 2004). Tingen i seg selv (Ding an sich) kan ikke erfares, kun fremtredelsene (Erscheinungen). Kunnskap om tingen i seg selv, objektiv kunnskap, kan

likevel frembringes dersom man utforsker betingelsene, kategoriene, som ligger til grunn for erfaring. Dette utgjør grunnlaget for vår erkjennelse. Det er altså ikke erfaringene våre med virkelighetens fremtredelser som beveger oss mot «tingen i seg selv».

Jeg tolker det slik at kognitiv terapi forholder seg til fremtredelsene: terapeuten tar utgangspunkt i det pasienten fenomenologisk opplever. Dette står i motsetning til det jeg opplever er det psykoanalytiske synet: terapien skal søke sannhet, eller kunnskap om «tingen i seg selv». Kanskje ligger det en antakelse i kognitiv terapi om at naturlig erfaring og kunnskap syntetiseres i en prosess slik at man i utgangspunktet vil av seg selv utvikles mot noe mer «realistisk» eller komplett. Dette kan assosieres med Hegels dialektiske prosess. I psykoanalytisk terapi tolker jeg det slik at man søker kunnskap om erkjennelsesgrunnlaget, kategoriene, for å gi mening til erfaringen. Det pasienten forteller gis mening gjennom å utforske erkjennelsesgrunnlaget, beveggrunnene, for det han opplever. Det er som at erfaringen bestemmes av et statisk erkjennelsesgrunnlag som terapien skal forsøke å avdekke. Dette mener jeg gjenspeiler et mer kantiansk syn. Erkjennelsesgrunnlagets statiske natur mener jeg gjør det naturlig å snakke om sannhet, i motsetning til det hegelianske synet hvor bevissthetens bestanddeler er i kontinuerlig endring. Denne stadige utviklingen og endringen gjør det vanskeligere å snakke om at det kan foreligge en fullstendig «sannhet» i bevisstheten. Kognitiv terapi kan tolkes for å ha en hegeliansk tilnærming til meningsdannelse: erfaringen har en naturlig endrende effekt på pasientens virkelighetsforståelse. I følge Hegel fører dette mennesket mot noe mer komplett, eller absolutt – og dette er muligens en antakelse man kan oppspore i kognitiv terapi. Psykoanalytisk terapi synes å ha et syn som tilsier at erfaringen må forstås ut i fra erkjennelsesgrunnlaget. Ved å frembringe kunnskap om erkjennelsesgrunnlaget kommer man nærmere sannheten om det. Den psykoanalytiske terapien kan frembringe slik kunnskap som siden kan endre erfaringen til en som er mer basert på sannhet.

I følge sosial representasjonsteori finnes en sosial representasjon fordi det er et samfunnsmessig behov for den (Moscovici & Duveen, 2008). Man kan tenke at det derfor eksisterer behov for både en psykoanalytisk terapi, og en kognitiv terapi ettersom de eksisterer side om side i dag - og til og med kombineres i integrative terapiformer. En terapi hvor meningsdannelsen skal søke sannhet, en annen terapi hvor mening man danner er i tråd med ens egen erfaring. En terapi hvor man er herre i eget hus, en annen hvor man erkjenner at

man er styrt av ukjente krefter, men som man forsøker å forstå. Gjenspeiler disse to terapiformene ulike aspekter ved det moderne selv?

6 Avsluttende tanker

6.1 Er samtaleterapi en ekte representasjon?

Et annet spørsmål man kan stille seg er: det at noe finnes, og at det altså i følge sosial representasjonsteori eksisterer et behov for fenomenet, gir det nødvendigvis fenomenet sin leverett? En representasjon er, som navnet tilsier, «bare» et avbilde. Den ikonoklastiske mistanke er en posisjon som går ut på en fundamental mistenkeliggjøring av all representasjonell aktivitet (Bauer & Gaskell, 1999). En mildere variant vil åpne opp for å snakke om mer eller mindre adekvate og inadekvate representasjoner, og kan bidra til refleksjon rundt hvilke sosiale representasjoner vi opererer med. Sosial representasjonsteori er deskriptiv i sin beskrivelse av dannelsen av sosiale representasjoner, og sier ikke noe om hvorvidt representasjoner er ekte, falske eller adekvate og inadekvate. Det kan være nyttig å reflektere over hvilke sosiale representasjoner vi kan ta for gitt, og hvilken rolle vi gir dem i livene våre. Som tidligere beskrevet oppstår en sosial representasjon som en respons på samfunnets behov for å skape mening. Kan det tenkes at den representasjonelle aktiviteten som da skjer, skapelsen av mening - representasjonen - kan fylle dette behovet på en inadekvat måte? Kan det tenkes at en sosial representasjon kan ta form som en flukt fra noe annet? At tomrommet av mening oversettes til et «falskt» behov? Man kan for eksempel tenke at dagens bruk av sosiale medier ikke gjenspeiler et «ekte» behov, men kanskje i større grad er konstruert. Noen vil også mene at bruken av sosiale medier erstatter behovet vi har for nærhet til andre mennesker – både psykisk og fysisk. Kan det tenkes at kognitiv terapi, psykoanalytisk terapi - eller hele samtaleterapien som sådan - er en inadekvat erstatning for noe annet?

6.1.1 Samtaleterapi som eksistensielt forsvar

Becker (1975) skriver i sin bok «The Denial of Death» om hvordan den menneskelige sivilisasjon er et omfattende forsvarsverk mot det faktum at vi alle skal dø. I følge Beckers «terror management theory» har vår moderne sivilisasjon utviklet en rekke sofistikerte forsvarsmekanismer som vår emosjonelle og intellektuelle respons på vårt grunnleggende overlevelsesinstinkt. Becker (1975) mener at mennesker har en dualistisk natur: et fysisk og et symbolsk selv. I vårt symbolske selv kan vi omdanne vår mortalitet gjennom heroisme.

Heroisme får oss til å tro at vi er med på noe som er evig, og at vår symbolske selv på den måten blir udødelig, i motsetning til vårt fysiske selv. Dette «udødelighetsprosjektet» kan ta ulike former. Becker (1975) mener at psykiske lidelser er et resultat av et feilende forsøk på heroisme, og dødeligheten blir en realitet man må ta innover seg. Ut i fra Beckers tankesett kunne man spekulert i om samtaleterapien er et eksempel på en slik forsvarsmekanisme - en måte å håndtere mortalitetens angst.

6.1.2 Samtaleterapi som produkt av individualisering og sekularisering

Som nevnt hevder Bauman (2013) at en av individualiseringens konsekvenser går ut på at identitet har blitt en oppgave: vi får muligheter til å realisere våre evner som tidligere generasjoner ikke hadde. På denne måten blir vi også ansvarlige for valg og handlinger, og resultatene vi oppnår – eller ikke oppnår. U. Beck (1992) mener at samtaleterapien er et eksempel på en samfunnsinstitusjon som forsterker individualiseringen ved at problemer, som kanskje egentlig har en sosial, politisk eller strukturell årsak, blir omdefinert til psykologiske disposisjoner. Konsekvenser av sosial ulikhet kan gjennom samtaleterapi bli omdefinert til for eksempel «lav selvfølelse». Dette er problemer som egentlig ligger på et kollektivt nivå, men som U. Beck (1992) altså mener at samtaleterapien er med på å plassere på individnivå. Prilleltensky (1989) hevder at å starte i samtaleterapi vil indirekte lære pasienten til å undervurdere de sosiale betingelser for hans eller hennes liv som vil passivisere eventuelle forsøk på å endre disse. Kan det være slik at samtaleterapi er med på å dumpe samfunnets uløste konflikter på pasienten (Madsen, 2010), og på denne måten også opprettholder sin egen eksistens?

Cushman (1995) mener det moderne selvet er et «tomt selv»: gjennom individualiseringen har det gjennomgått et merkbart tap av fellesskap, tradisjoner og kollektive meningsstrukturer. En hypotese er om samtaleterapien blir en kompensasjon for hva det ”tomme selvet” har tapt i moderne tid. Omsorgsfunksjonen familien og fellesskapet tidligere hadde kan tenkes å gjennom samtaleterapien ha blitt overtatt av profesjonelle. Dette forsterker muligens individualiseringens oppløsning av fellesskap. Symington (2006) skriver at han fra tid til annen kan bekymre seg over dette i sin praksis som psykoanalytiker:

I have had the thought from time to time that the burgeoning of psychotherapy and counselling in the present era is partly a function of the diminution of friendship in our present culture. If this is the case, then I think our culture is a very sick patient (s. 40).

Cushman (1992) mener at det moderne selvet står uten et tydelig fellesskap, og strever med å finne mening i en forvirrende og autoritetsløs virkelighet. Psykologi blir den av sosialvitenskapene som er best egnet til å behandle de vanskene og sykdommene som oppstår i denne meningskrisen. Cushman (1995) hevder at psykologien selv er et produkt av denne nye virkeligheten som er med på å skape og forårsake disse nye sykdommene. Samtaleterapien behandler det moderne selvet ved å forsterke de egenskaper som individualiseringen har brunget med seg, og som skaper denne tomheten: selvets autonome, grenseløse natur. Det moderne, selvforsynte mennesket lærer gjennom samtaleterapi at løsningen ligger i en selv – ikke i fellesskapet eller i religion.

«Den historiske utviklingen der individet blir mer fristilt, fører samtidig til at mulighetene for selvrealiseringen blir flere» skriver Madsen (2010, s. 31). Selvrealisering handler om hvordan mennesket kan utvikle sitt unike potensial på best mulig måte. Samtaleterapien kan tenkes å være et sentralt verktøy i en slik oppgave. Madsen (2010) skriver om hvordan selvrealiseringskulturen også kan bli en av grunn for mennesket. Han siterer Ehrenberg (2010) som hevder at en person blir deprimert fordi han må utstå illusjonen om at alt er mulig for ham. Individualiseringen av samfunnet har gjort at vårt eget selv er kilde til tilfredshet og lykke, men samtidig avgrunnen vi risikerer å falle ned i dersom vi blir utmattet og ikke klarer å gripe alle mulighetene som finnes.

Altså: ens eget selv kan tenkes å ha blitt setet for problemene våre, løsningene og mulighetene for utvikling. Psykologien og samtaleterapien er redskaper i å oppdage alt dette i vårt eget indre. Madsen (2010) mener det er en sammenheng mellom psykologi og religion, og at psykologien på mange måter har blitt det meningsbærende rammeverket som religionen tidligere var. Han gjengir Lears (2000) som hevder at «den terapeutiske etos» gir oss et løfte om frigjøring som ikke innebærer en Gud eller en annen transcendent størrelse, men som henvender seg for første gang i historien til selvet alene. Vår nye autoritet er oss selv og den forvalteroppgaven vi har av vårt eget indre. I lys av dette stiller Madsen (2010) spørsmål som er verdt å reflektere over: er noe gått tapt for oss på veien fra frelse til helse? Kan vi leve i en

kultur som ikke setter oss i kontakt med noe utover oss selv? Er samtaleterapien med på å opprettholde og forsterke en slik kultur?

6.2 Forsvar av samtaleterapi

Samtaleterapi er en etablert sosial representasjon i vårt samfunn - uavhengig av om vi skulle ha kritiske innvendinger til det eller ikke. Det er heller ikke til å fornekte at mange faktisk får god hjelp av samtaleterapi. Wampold et. al (1997) hevder i en metaanalyse gjort på studier av terapiutfall at det er vitenskapelig bevist at psykoterapi er «ekstremt effektivt». Lambert (2013) skriver i en oversiktsartikkel at det er produsert over 60.000 artikler om psykoterapiforskning de siste 30 årene. Metaanalyser viser et bredt funn av at samtaleterapi er gunstig på tvers av ulike behandlingsformer og psykiske lidelser. Han skriver også at grovt estimert blir to tredjedeler av mennesker som har gått i samtaleterapi bedre eller fullstendig friske. Det er altså ingen tvil om at samtaleterapien tjener til noe, og en eventuell avskaffelse av dette fenomenet ville vært kontrainuitivt med tanke på de robuste funnene som foreligger.

Som nevnt over kan man kritisere samtaleterapi for å bidra til individualisering, og at dette både kan forsterke og maskere hva som er de reelle problemene. Det moderne selvet lærer kanskje i enda større grad å finne løsninger på egen hånd (i stedet for gjennom fellesskap og i relasjon til andre) og i seg selv (i stedet f. eks på et kollektivt nivå). Denne oppfatningen mener jeg delvis kan bygge på et snevert bilde av hvordan man kan arbeide i samtaleterapi. Mitt inntrykk er at man i samtaleterapi kan arbeide med pasientens relasjoner og relasjonsmønster på en slik måte at pasientens relasjonelle fungering kan bedres. Dette tenker jeg muligens kan føre til at mennesker blir «mer relasjonelle», og dermed mindre isolerte og uavhengige. Familieterapi og systemisk tenkning som har fått større plass innen samtaleterapifeltet de siste tiår, er eksempler på former for samtaleterapi som kan tenkes å bidra til nettopp dette. Det finnes også former for individuell samtaleterapi som har en tydelig relasjonell tilnærming. Jordan (1995) mener at den relasjonelle tilnærmingen til terapi har fått mer oppmerksomhet i nyere tid, på tvers av teoretiske retninger. Hun mener at psykologiens syn på selvet har vært preget av kontroll, avgrensning og autonomi. Videre mener hun at behov for tilhørighet og emosjonell utveksling er primære, og at mye av menneskelig lidelse skyldes isolasjon og mangel på kontakt. Det intrapsykiske selvet mener hun har fått altfor stor plass, og at man i større grad må betrakte selvet som mer relasjonelt og avhengig av natur. Terapiens oppgave, mener hun, må være å beskytte og respektere menneskets interpersonlige

sårbarhet. Binder og Vollestad (2006) påstår at psykoanalysen har også fått en mer relasjonell dreining i nyere tid. Den såkalte relasjonelle psykoanalysen forstår mennesket som grunnleggende relasjonssøkende, og representerer en bevegelse bort fra den tradisjonelle psykoanalysens enpersonfokus. Vektleggingen av det relasjonelle vil jeg tro at kolliderer med det jeg opplever at Madsen (2010) antyder: samtaleterapien bidrar til å skape selvforsynte, autonome og grenseløse mennesker. I relasjonell psykoanalyse tenker man at ulike typer psykopatologi «kun kan finne sin løsning gjennom anerkjennende og gjensidige møter med et annet menneskes sinn» (Binder & Vollestad, 2006, s. 902). Man tenker at meningsskapning er noe som grunnleggende sett utspiller seg i et relasjonelt felt. Implikasjonen av dette er altså at mennesker i sin natur er avhengig av andre mennesker i sitt eget meningsdannelsesprosjekt.

Det er kanskje ikke så rart at vi tyr til samtalen når livet butrer. Symington (2006) mener at mennesket har et naturlig, iboende ønske om å snakke med et annet menneske når det har det vondt: det er et kulturløst, fylogenetisk behov. Symington (2006) mener at ved sivilisasjonens dannelse gikk kommunikasjon fra å være et middel for overlevelse, til et mål i seg selv. Dette endret mennesket til å ha et behov for å snakke for snakkingens skyld: «And civilization opens out something in the human psyche such that elements that were there to serve the needs of survival are now taken up as ends in themselves, and this transformation indicates a change in the psychic structure» (s. 39). Kanskje reflekterer samtaleterapien en sivilisert måte å håndtere smerte på. Kanskje var samtaleterapien, som Bollas (2013) hevder, en oppdagelse av noe mennesket hadde vært på leten etter lenge. Som jeg nevnte i første del av oppgaven har mennesket til alle tider brukt samtalen på ulike måter for å oppnå psykologisk helbredelse: magikeren og medisinmannen, filosofen, presten, mesmeritøren og psykologen har alle tatt i mot mennesker som trengte å fortelle om sin psykiske smerte, og få behandling. Samtaleterapi som sosial representasjon har i hvertfall dype historiske røtter å basere seg på – det er ikke et rent moderne fenomen.

Man kan også argumentere for viktigheten ved at samtaleterapien finnes som en behandlingsform for psykiske lidelser – nettopp for å ha et alternativ til det medikamentelle. Mange har de siste årene rettet søkelys mot bruk av psykofarmaka, og flere mener det foreligger et overforbruk av eksempelvis antidepressiva i dagens psykiatri (Kirsch, 2009). Kirsch (2009) viser også til flere metastudier som gjør at man kan betvile effekten av ulike psykofarmaka. Jeg mener at samtaleterapi forsøker å behandle psykopatologi der hvor

psykofarmaka kan sies å være symptomdempende. Samtaleterapi mener jeg derfor bør anerkjennes som et viktig behandlingsalternativ.

Vedlegg

Intervjuguide

Introduksjon til spørsmålene:

Jeg skriver en hovedoppgave som vil undersøke et svært grunnleggende spørsmål: hvorfor tror vi at det å snakke om smerten vår vil endre den? Med andre ord: Hvorfor snakker vi når vi har det vondt? Først vil jeg forsøke å tilnærme meg spørsmålet ved å belyse det historisk: hvorfor begynte vi å snakke som en form for kur? I den andre delen av oppgaven, som vil ta utgangspunkt i intervju, vil jeg undersøke hva vi tenker om dette i dag, og baserer meg da på tenkning innen to rådende retninger innen psykoterapi, nemlig psykoanalytisk og kognitiv terapi. Jeg er interessert i likheter og ulikheter i grunnleggende tanker om hva målet med «snakkekuren» er, hva det er vi forsøker å endre eller hva vi tenker dypest sett at menneskelig lidelse består i, og hva vi tenker er det endrende med selve snakkingen i seg selv.

Gjennom hele oppgaven baserer jeg meg på sosial representasjonsteori som teoretisk rammeverk. Denne teorien, utviklet av Moscovici på 60-tallet, hevder at vi i et samfunn opererer med sosiale konstruksjoner som har som funksjon å beskrive og muliggjøre kommunikasjon om abstrakte fenomener. Når noe nytt inntreer i et samfunn, gjerne som et resultat av samfunnsendringer eller ny vitenskapelig kunnskap, skaper dette en angst i samfunnet. Angsten fasiliterer et behov for å representere dette nye; sette det inn i en kjent kontekst eller kategori, og gi det et språk som gjør det gjenkjennelig og kommuniserbart. Ideen om «snakkekuren», samtaleterapi, er et eksempel på dette som i dag er godt etablert i allmennkunnskapen, og som i dag også finnes i ulike varianter i form av ulike terapiformer. Jeg er i min oppgave opptatt av samtaleterapien uavhengig av form og tradisjon, men at fellesnevneren er samtalen som den viktigste kurative agenten.

Jeg er klar over at både moderne kognitiv og psykoanalytisk terapi er heterogene terapiretninger, men jeg tror likevel det er flere fellestrekk innad i hver retning enn på tvers av disse to retningene. Det er det som er felles innad i hver terapiretning, er kanskje det mest essensielle i tenkningen, som også er mest relevant for det metaperspektivet på terapi som jeg

er interessert i. Jeg er også klar over at intervjuobjektene ikke er «fullgode» talsmenn for sin terapiretning ettersom hvert intervjuobjekt er posisjonert i et heterogent landskap innen sitt terapifelt. Sosial representasjonsteori hevder at sosiale representasjoner eksisterer i og mellom mennesker, og ulikheter vil derfor alltid forekomme, selv innad i en gruppe, ettersom hvert individ står for sin egen representasjonelle aktivitet.

Noe noe av det jeg vil spørre dere om kunne blitt besvart ved å gå til f. eks behandlingsforskningen. Det er likevel ikke forskningsresultater jeg er interessert i, men nettopp disse representasjonene som vi nødvendigvis må konstruere, og som er et produkt av langt mer enn hva vitenskapen til enhver tid formidler. Dessuten tror jeg at spørsmålene for det meste ikke kan besvares med henvisninger til forskning, men må ta utgangspunkt i en persons integrering av både filosofisk undring, personlige meninger og faglig orientering. Det er derfor jeg velger å intervju dere som i tillegg må kunne regnes som representanter for hver deres terapitradisjon.

1. Hva er målet med snakkingen?

Vi har i dag en forestilling om at det å snakke i terapi vil på en eller annen måte føre til at individet som oppsøkte terapi vil få det bedre, og kanskje være på et «annet sted» enn før terapien. Hva er det snakkingen, som foregår mellom pasient og terapeut, dypest sett skal føre til? Hva er målet med terapien og hvilken rolle har snakkingen i dette?

2. Hva er det samtalen skal endre?

Vi har i dag en forestilling om at mennesker kan være psykisk syke. Denne form for sykdom/lidelse gir samme rett til sykemelding som somatisk sykdom. Hva vil det si at psyken er syk? Hva tenker du er essensen i psykisk sykdom overordnet ulike spesifikke diagnosekategorier?

3. Hva er det som er det endrende med det å snakke i terapi?

Vi har i dag en forestilling om at snakkingen (og selvsagt lyttingen) er det som faktisk endrer lidelsen, og som fører individet til noe bedre enn utgangspunktet. Hva er det

med snakking, og lytting, som er endrende? Hvordan kan lidelse bli mindre som et resultat av å snakke?

Litteraturliste

- Allison, Henry E. (2004). *Kant's transcendental idealism* (Rev. and enl. ed. utg.). New Haven, Conn: Yale University Press.
- Bauer, Martin W., & Gaskell, George. (1999). Towards a Paradigm for Research on Social Representations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29(2), 163-186. doi: 10.1111/1468-5914.00096
- Bauer, Martin W., & Gaskell, George. (2008). Social Representations Theory: A Progressive Research Programme for Social Psychology. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 335-353. doi: 10.1111/j.1468-5914.2008.00374.x
- Bauman, Zygmunt. (2013). *The individualized society*: John Wiley & Sons.
- Beck, Judith S., & Beck, Aaron T. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (2nd ed. utg.). New York: Guilford Press.
- Beck, Ulrich. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Becker, Ernest. (1975). The denial of death. 1973. *New York: Free*.
- Berge, Torkil, & Repål, Arne. (2010). *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berthold-Bond, Daniel. (1995). *Hegel's theory of madness*. Albany: State University of New York Press.
- Binder, HN, & Vollestad, HS. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *TIDSSKRIFT-NORSK PSYKOLOGFORENING*, 43(9), 899.
- Bion, Wilfred R. (1962). *Learning from experience*. London: Maresfield library.
- Bollas, Christopher, & Green, André. (2013). *The Freudian moment* (2nd ed. utg.). London: Karnac.
- Cushman, Philip. (1992). Psychotherapy to 1992: A historically situated interpretation. I D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp & P. L. Wachtel (Red.), *History of psychotherapy: A century of change* (s. 21-64). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cushman, Philip. (1995). *Constructing the self, constructing America: a cultural history of psychotherapy*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Ehrenberg, Alain. (2010). The weariness of the self: diagnosing the history of depression in the contemporary age. Montreal Que.: McGill-Queen's University Press.
- Ehrenwald, Jan. (1976). *The history of psychotherapy: from healing magic to encounter*. New York: Jason Aronson.
- Ellenberger, Henri F. (1994). *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*. London: Fontana Press.
- Foss, Torberg. (1990). *Psykoanalysens hemmelighet: samtaler med åtte franske psykoanalytikere*. Oslo: Tiden.
- Foucault, Michel, Sandmo, Erling medarb, Engelstad, Fredrik, & Falkum, Erik. (2000). *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Bokklubben dagens bøker.
- Freud, Sigmund. (1913). Totem and taboo. Standard Edition (Vol. 13, pp. ix-162): London: Hogarth Press.
- Giddens, Anthony. (2013). *Social theory and modern sociology*: John Wiley & Sons.
- Grant, A. (2011). A critique of the representation of human suffering in the cognitive behavioural therapy literature with implications for mental health nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 35-40. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01623.x

- Grotstein, James S. (2004). The seventh servant: The implications of a truth drive in Bions theory of 'O'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 85(5), 1081-1101. doi: 10.1516/JU9M-1TK1-54QJ-LWTP
- Gullestad, Siri Erika, & Killingmo, Bjørn. (2013). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Haavind, Hanne red. (2000). *Kjønn og fortolkende metode: metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Howarth, Caroline. (2006). A social representation is not a quiet thing: exploring the critical potential of social representations theory.
- Jackson, Stanley W. (1999). *Care of the psyche: a history of psychological healing*
- Jodelet, D. (2008). Social Representations: The Beautiful Invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 411-430. doi: DOI 10.1111/j.1468-5914.2008.00383.x
- Jordan, Judith V. (1995). A Relational Approach to Psychotherapy. *Women & Therapy*, 16(4), 51-61. doi: 10.1300/J015v16n04_05
- Killingmo, Bjørn. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Kirsch, Irving. (2009). *The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth*. London: Bodley Head.
- Kvale, Steinar. (2007). *Doing interviews* SAGE qualitative research kit,
- Lambert, Michael J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances.
- Launer, J. (2005). Anna O and the 'talking cure'. *QJM*, 98(6), 465-466. doi: 10.1093/qjmed/hci068
- Lears, T. J. Jackson. (2000). From Salvation To Self-Realization: Advertising and the Therapeutic Roots of the Consumer Culture, 1880-1930. *Advertising & Society Review*, 1(1).
- Madsen, Ole Jacob. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforl.
- Madsen, Ole Jacob. (2012). Filosofisk praksis - et paradoksalt tilskudd i «den terapeutiske kultur». *Norsk Filosofisk tidsskrift*, 47(02), 89-101.
- Matre, Per Jostein og Jensen, Robert. (2007). Utviklingstrekk innen kognitiv terapi. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 2, 23-28.
- Micale, M. S. (1993). ON THE DISAPPEARANCE OF HYSTERIA - A STUDY IN THE CLINICAL DECONSTRUCTION OF A DIAGNOSIS. *Isis*, 84(3), 496-526.
- Mitchell, Stephen A. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*: Basic Books.
- Moscovici, Serge, & Duveen, Gerard. (2000). *Social representations: explorations in social psychology*. Cambridge: Polity Press.
- Moscovici, Serge, & Duveen, Gerard. (2008). *Psychoanalysis : its image and its public*. Cambridge, U.K. ; Malden, Mass.: Polity Press.
- Nietzsche, Friedrich. (1997). *Den muntre videnskap*. Fredriksberg: Det lille forlag.
- Prilleltensky, I. (1989). Psychology and the Status Quo. *American Psychologist*, 44(5), 795-802. doi: 10.1037/0003-066X.44.5.795
- Symington, Neville. (2006). *A healing conversation: How healing happens*: Karnac Books.
- Wagner, W., Kronberger, N., & Seifert, F. (2002). Collective symbolic coping with new technology: Knowledge, images and public discourse. *Br. J. Soc. Psychol.*, 41, 323-343.
- Wagner, Wolfgang, Duveen, Gerard, Farr, Robert, Jovchelovitch, Sandra, Lorenzi-Cioldi, Fabio, Marková, Ivana, & Rose, Diana. (1999). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 95-125. doi: 10.1111/1467-839X.00028

- Wampold, Bruce E, Mondin, Gregory W, Moody, Marcia, Stich, Frederick, Benson, Kurt, & Ahn, Hyun-nie. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes.". *Psychological bulletin*, 122(3), 203.
- Wampold, Bruce E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Winnicott, Donald Woods. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41(6), 585-595.