

MICHAEL DUPONT

USIKKERHEDSSTRATEGIER

Psykiateres håndtering af terapeutiske krisesituationer med skizofrene patienter

I løbet af 1990'erne opstod der i human- og socialvidenskaberne en stigende interesse for at undersøge avancerede arbejdsfællesskaber – betegnet af nogle som *ekspertsystemer*. En del af denne interesse har angået videnskabens tekniske, institutionelle og samfundsmæssige betingelser. Og i forlængelse af dette er der kastet lys over eksperternes måder at forholde sig til deres arbejdes institutionelle og samfundsmæssige vilkår (Giddens 1994; Beck 1997). Diskussionen har mange aspekter, men det interessante i mine øjne er forsøget på at etablere en samfundsanalyse, der tager udgangspunkt i *refleksivitet* frem for at fokusere på ekspertsystemernes politiske, økonomiske og materielle forudsætninger. Der er tale om et fokusskift, som vi kunne betegne som overgangen fra at analysere forudsætningerne for ekspertise til at analysere potentialerne i ekspertisen. Herved udvides og nuanceres den mere traditionelle kritiske analyse af ekspertsystemernes samfundsstatus. Det synes nu at være påtrængende nødvendigt at genoverveje den samfundsmæssige betydning af eksperternes refleksivitet: Det forventes fra offentligheden side, at eksperterne i deres autoritetsudøvelse i stigende omfang inddrager overvejelser over, hvordan de forvalter autoriteten på en for samfundet forsvarlig måde. Med andre ord er der grund til at dvæle ved eksperternes måder at *positionere* sig i forhold til den opmærksomhed, der er rettet mod deres arbejde og deres refleksioner over egne arbejdsbetingelser og arbejdsresultater.

I denne artikel vil jeg kaste lys over et bestemt ekspertsystem og bestemte eksperter, nemlig det psykiatriske hospital og de psykiatriske psykoterapeuter. Jeg vil her karakterisere, hvordan terapeuterne forholder sig til og håndterer usikkerhed i deres daglige kon-takt til psykiatriske patienter. Når jeg vælger at fokusere på terapeuternes håndtering af usikkerhed, skyldes det, at vi her får mulighed for at overveje situationer, hvor de daglige arbejdsnormer og arbejdsrutiner udfordres. Vi får også mulighed for at undersøge, hvordan eksperten (terapeuten) forholder sig til beskaffenheden af sine arbejdsbetingelser og sit ansvar som ekspert. Men lad mig give en kort baggrundsbeskrivelse for mit fokus på usikkerhed.

I årene 1999-2001 foretog jeg – som et led i mit ph.d-arbejde – et etnografisk feltarbejde på Psykiatrisk Hospital i Århus. Jeg undersøgte psykiaternes daglige arbejde med skizofrene patienter, og i løbet af feltarbejdet fik jeg mulighed for at foretage et dobbeltinterview med en kvindelig overlæge og en mandlig reservelæge i almen psykiatri. Interviewet udviklede sig til at blive en diskussion mellem de to læger og mig, hvor sam-

talen centrerede sig omkring disse to lægers erfaringer med at arbejde med skizofrene patienter og de vanskeligheder, som opstår i behandlingskontakten til skizofrene. På et tidspunkt forklarede overlægen, hvordan hun fra tid til anden kunne føle sig magtesløs over for de skizofrene patienters vanskeligheder. Hun anskueliggjorde, hvordan hun håndterede sådanne situationer på følgende måde:

Jeg sad og tænkte på et billede, som måske siger noget om det her. Altså det handler om ... hvordan man kan lære at leve med usikkerhed på mange punkter. Og bevare en profession-nalitet i det. Jeg er nødsaget til at gøre det rent fysisk, hvis jeg er sammen med en patient, som bringer mig langt ude i tovene ... påvirker mig følelsesmæssigt. Jeg er nødt til at have fornemmelse af at have en nærmest fysisk frakke omkring mig. Så jeg har fornemmelsen af, at patienten taler til den professionelle person, som vedkommende ser, men også taler til mig, som privatperson, som er inden i det professionelle. Det giver mig et rum – i den her visualisering af det – til at kunne gå i en eller anden dialog med mig som privatperson og så den professionelle, som vedkommende taler til. Hvis patienten bliver vred eller såret, er det utrolig vigtigt at kunne være til stede og indrømme over for sig selv, at jeg blev ramt som person, jeg blev følelsesmæssigt meget påvirket. Men det at erkende, at patienten egentlig rettede tingene til en anden end mig som privatperson – nemlig til den professionelle – giver et felt til at kunne overveje, hvad var det egentlig, det handlede om, og hvorfor er det egentlig, at patienten behandler andre mennesker på den her måde. Jeg må huske på, at tingene ikke kun er, som patienten siger det. Der er også andre ting. Det, jeg prøver at sige noget om, er, at i det uddannelsesforløb, man går igennem som terapeut, kan man få nogle teknikker og en erfaring og en støtte til at kunne udholde og være til stede i en situation, hvor man er påvirket. Det ændrer jo ikke ved, at man er påvirket. Det er en del af vores arbejdsfelt at kunne erkende, hvordan man bliver påvirket, men så bringe det ud af nuet til en overvejelse over, hvorfor er det nu, at den her person behandler omgivelserne på den her måde, for så at kunne være til stede som hjælper til at få patienten til at være til stede på andre måder.

Når jeg uddrager dette udsagn fra en næsten tre timer lang samtale, skyldes det, at udsagnet for mig at se afspejler en central problemstilling i den psykiatriske ekspertise: Det terapeutiske arbejde med sindslidende rummer tilsyneladende ikke blot teknisk-faglige udfordringer, som kan optrænes gennem uddannelse, men indebærer også personlige udfordringer.

I den daglige praksis opstår der situationer, hvor usikkerhed og uvished præger den diagnostiske og behandlingsmæssige arbejdsproces, og hvor psykiatere ikke altid kan leve op til de videnskabelige og samfundsmæssige forventninger, der samler sig omkring hospitalsbehandlingen af sindslidende. Fra mine observationer af den psykiatriske diagnostik og behandling har jeg fået indblik i, at det ofte er uhyre vanskeligt at stille præcise diagnoser f.eks. for patienterne, der viser symptomer på skizofreni, da skizofreniens sygdomsbillede kan være sammensat af ledsagesymptomer, som ikke er sygdommen iboende. Hertil kommer, at de metoder, der anvendes til sygdomsudredning, indebærer samtale; netop kommunikation kan i mange tilfælde være besværet af de skizofrenes svigtende evne til at afkode budskaber og give klare svar på behandlerens spørgsmål. Kontakten til de skizofrene besværes også af, at skizofreni ændrer patienternes virkelighedsopfattelse og personlighed. Herved svigter også evnen til at erkende sygdommens realitet. Disse patienter mangler ofte forståelse for, at deres tilstande er behandlingskrævende. Ændringerne i personlighed og adfærd påvirker også de skizofrenes sociale integritetsfølelse, og i en behandlingssammenhæng betyder disse sygdomsforhold, at

psykiatere ofte må fratage patienterne deres selvstændighed og overtage ansvaret for deres tilværelse. Endvidere betyder de psykologiske problemstillinger ved skizofreni, at psykiateren ofte må konfronteres med patienter, der udviser stor modstand og skepsis over for de behandlingsmetoder, der tilbydes. Og i mødet med de ofte brutale eller psykisk belastende adfærdsudtryk, som skizofrene kan udvise, er behandlerne ofte stillet i ekstreme situationer, der provokerer deres ekspertintegritet og dømmekraft. I mange tilfælde kan psykiateren således blive personligt påvirket alene ved kontakten til de skizofrene.

I disse tilfælde er de terapeutiske arbejdsnormer og den teoretiske viden, der ligger til grund for disse normer, ikke altid tilstrækkeligt anvendelige til at løse krisesituationerne. Som overlægen antyder i citatet ovenfor, beror håndteringen af en terapeutisk konflikt på den enkelte terapeuts erfaringer. Disse erfaringer har terapeuten først og fremmest indhentet gennem samtaler og samspil med sindslidende. Terapeuten kan derfor være nød-saget til at foretage en personlig vurdering af de aktuelle kliniske problemstillinger og måderne, hvorpå psykiateren bør interagere med sine patienter. I overlægens tilfælde forestillede hun sig en „frakke“ bl.a. for at forstå, hvordan hendes professionalitet påvirkede patienten. For mig at se visualiserer overlægen ikke denne „frakke“ for at skjule sin sårbarhed og dermed holde en professionel facade. Overlægens opfattelse af sin professionalitet indebærer overvejelser over hendes sårbarhed, som er en af hendes arbejdsbetingelser. „Frakken“ er derfor ikke en skal, men et analytisk redskab, hun bruger til at afgrænse et fiktivt rum, inden for hvilket hun forsøger at håndtere sin usikkerhed. Og pointen for overlægen er, at denne usikkerhed er en lige så vigtig del af hendes identitet som professionel behandler som den indsats, hun yder i almindelighed.

Overlægens visualisering er imidlertid ikke et gængs arbejdsredskab i psykoseterapien. Hendes krisehåndtering afspejler således ikke en kollektiv terapeutisk norm, men er et særegent personligt arbejdsprincip. Alligevel er det min påstand, at et sådant arbejdsprincip deler nogle grundtræk med andre terapeuters håndtering af usikkerhed i den terapeutiske kontakt til skizofrene. For at belyse disse grundtræk vil jeg i denne artikel inddrage en mindre interviewundersøgelse, jeg foretog med ni psykoterapeuter, der alle havde en behandlingskontakt til skizofrene patienter. Min informantgruppe bestod af både psykiatere og psykologer. I undersøgelsen ønskede jeg at få belyst, hvorledes terapeuterne håndterer de situationer, hvor der opstår usikkerhed eller konflikter med den skizofrene patient i den psykoterapeutiske proces. Mit sigte var at undersøge, om der var nogle gennemgående mønstre i måderne, hvorpå terapeuterne opfattede deres indivi-duelle krise- og usikkerhedshåndtering. De adspurgte terapeuter var alle tilknyttet et forskningsprojekt TIDIS (Tidlig og dynamisk intervention over for skizofreni), som gennemføres på Psykiatrisk Hospital i Århus. Projektet er en del af det nationale forskningsprojekt i skizofreni – kaldet „Det Nationale Skizofreniprojekt“, som i disse år undersøger, hvordan en tidlig og vedholdende psykoterapeutisk indsats påvirker behandlingen af unge skizofrene, der i alderen 16-35 år har oplevet førstegangspysykoser (Valbak 1997).

Mine interviews var semistrukturerede, blev gennemført på informantens eget kontor og var af ca. 45 minutters varighed. De blev optaget på bånd, som blev transskriberet efterfølgende og udsagnene anonymiseret. Ved hvert interview, men på forskellige tidspunkter i samtalen, stillede jeg bl.a. følgende spørgsmål. Har du nogensinde følt dig magtesløs over for din patient? Hvad gjorde du i en sådan situation?

Ved det første spørgsmål fik jeg mulighed for at udforske de begreber og metaforer, der samler sig omkring terapeuternes opfattelser af de problemer og konfliktsituationer, der kan opstå i den langsigtede psykoterapi for skizofrene patienter. Imidlertid rummer spørgsmålet om magtesløshed en række implikationer for undersøgelsen af terapeuternes opfattelser af eget arbejde. Magtesløshed er ikke blot det modsatte af magt, men kan anskues som en subjektiv oplevelse af, at det ikke er muligt at stabilisere de forhold, der måtte have være årsag til den kritiske situation. Anskuet på denne måde rummer magtesløsheden en risiko for eksistentiel usikkerhed, angst eller panik. Erstatningen for denne magtesløshed behøver således ikke at være magt, men kan tænkes at være opnåelsen af *kontrol* over de forhold, der har vist sig at have en foruroligende og hæmmende indvirkning på individet i en given situation. Spørgsmålet om magtesløshed åbner for, at terapeuten kan foretage frie associationer mellem begrebet magtesløshed og de konkrete erfaringer, han eller hun har gjort sig i terapeutiske samtaler. Jeg opnåede derved, at terapeuten tegnede konturerne af, hvad han eller hun opfattede som sin ekspertises muligheder og begrænsninger eller kort sagt: *terapeutens personlige syn på sin egen ekspertise*. Og dermed skulle det også være muligt at lade terapeuten afdække karakteren af sin personligt tilegnede position som ekspert, hvilket inkluderer erfaringer af magtesløshed.

Jeg vil nu karakterisere de normer, der knytter sig til håndteringen af konfliktsituationer i behandlingen af skizofrene. Derefter skitserer jeg, hvorledes mine informanter forholdt sig til de usikkerheder, der kan opstå i behandlingskontakten til skizofrene.

Normer for psykoseterapi af skizofrene

Ifølge WHO's diagnostiske kriterier for skizofreni-lidelsen, kan diagnosen stilles, hvis en patient i over 6 måneder har oplevet enten hallucinationer, tankeforstyrrelser eller vrangforestillinger, og at der desuden ikke kan påvises anden organisk forstyrrelse som årsag til symptomerne (WHO 1992). I det daglige kliniske arbejde udgør behandlingen ofte en kombination af psykofarmaka og social genoptræning, hvor der ikke tilbydes en individuel psykoterapi. Imidlertid har man på Psykiatrisk Hospital i Århus implementeret forskningsprojektet TIDIS, hvor ca. 50 % af de patienter, der hvert år inkluderes til projektet på Psykiatrisk Hospital i Århus tilbydes 45 minutters individuel psykoseterapi pr. uge med en erfaren terapeut. De ni terapeuter, der deltog i min interviewundersøgelse arbejder til dagligt på forskellige afdelinger på Psykiatrisk Hospital og er samtidig involveret i et forskningsrelateret psykosoterapeutisk forløb under TIDIS.

I denne forskningssammenhæng har man på Psykosoterapeutisk Afd. E udarbejdet nogle manualer til brug for uddannelse og praktisering af psykoseterapi af skizofrene (Rosenbaum & Thorgaard 1996a, 1996b). Manualerne indeholder en række teoretiske betragtninger over de sygdomsaspekter, der bør fokuseres på i terapien. Og der præsenteres overvejelser over, hvilke terapeutiske teknikker, der er hensigtsmæssige at bruge i den terapeutiske proces over for skizofrene. Således rummer manualerne viden om den terapeutiske ekspertise. Men for mig at se er det ikke det eneste, der afspejles i manualerne. De er samtidig *repræsentationer af de normer*, som ifølge Psykosoterapeutiske Afdeling bør gælde for den terapeutiske ekspertise. I indledningen til manualerne formuleres følgende generelle synspunkt:

Vi mener, i al sin enkelthed, at jo længere sygdommen forløber uden intervention, des alvorligere udvikler *sygdomsprocesserne* sig. Jo tidligere man kan intervenere med behandling, des bedre er prognosen. Vi antager også, at jo mere vedholdende behandlingen kan udføres og modtages, des bedre er behandlingsresultatet og dermed prognosen (Rosenbaum & Thorgaard 1996a:1; kursiv tilføjet).

Endvidere formuleres det, at man i den terapeutiske del af TIDIS sigter mod at udforske:

[...] hvilken betydning meget tidlige og senere barndomsoplevelser har på psykologisk udvikling og på voksen mental funktion. Dette gælder uanset og endda især, om det er fremkommet af genetisk disposition til f.eks. øget *sårbarhed* (op.cit.:18; kursiv tilføjet).

Jeg har kursiveret ordene „sygdomsprocesser“ og „sårbarhed“, da de udgør to nøgleord i den psykoterapeutiske forståelse af skizofreni (Zubin 1977). Ifølge det perspektiv, der udstikkes i manualerne, er de skizofrene disponeret til ikke at kunne tolerere og overkomme frustrationer, og vil derfor være mere sårbare over for kriser og konflikter i tilværelsen end normale individer (op.cit.:19). Sygdomsprocesserne udvider sig i omfang, når patienten over længere tid oplever forringelse eller tab af sine kognitive og adfærdsmæssige orienteringsmuligheder og færdigheder. Forfatterne fremsætter her en psykoanalytisk arbejdstese, som lyder: „Ethvert psykopatologisk symptom beskytter mod noget, der er endnu værre [...] og dette endnu værre er selvmordet eller selvmordsimpulsen“ (op.cit.:25).

Med dette fokus på skizofreniens sårbarhedsaspekter sigter manualerne mod at formulere en række holdepunkter – eller normer – for den terapeutiske indsats og for terapeutens håndtering af patienternes sårbarheder. Det formuleres bl.a., at man for at behandle skizofreniens sygdomsproces må fokusere terapien på det at være blevet syg og være syg, og terapeuten „skal hjælpe og støtte patienten til at bevare den følelsesmæssige kontakt med den sygdomserkendelse, der stadig eksisterer [...]“ (Rosenbaum & Thorgaard 1996b). Endvidere bør den terapeutiske samtale have en fast dialogstruktur og patienten skal hjælpes til større *sygdomserkendelse*. Hermed menes, at der bør rettes fokus på oplevelsen af at være syg og at have ændret identitet – f.eks. grundet hospitals-indlæggelsen. (op.cit.: 6).

De mest interessante normer, der etableres af forfatterne bag manualerne angår terapeutens håndtering af egne psykologiske reaktioner i kontakten til de skizofrene. Det er netop her, terapeutens usikkerhed bliver synlig og her, hvor terapeutens håndtering af egen usikkerhed kan få afgørende indflydelse på behandlingskontakten til den skizofrene. Det udtrykkes, at terapeuten bør udvise empati og indleve sig opmærksomt i de udsagn og kropslige tegn, som patienten giver undervejs. Terapeuten må endvidere forvalte sin empati gennem vejledende spørgsmål, der får begge parter til at bevæge sig hen mod at kunne indgå en terapeutisk alliance. Hermed menes, at patienten hovedsageligt må bringes til erkendelse af, at terapien er et gunstigt sted at begynde, hvis patientens sygdomssituation skal ændres til det bedre. Alliansen dannes som regel uhyre langsomt, men kan – når den er stabiliseret – skabe den fælles forståelsesramme, der er nødvendig for at alle øvrige målsætninger kan indløses (op.cit.:9,13).

Ifølge manualerne indebærer psykoseterapi af skizofrene, at terapeuten identificeres med de negative ambivalente følelser, som den skizofrene ikke er i stand til at rumme. Terapeuten karakteriseres som det første „ikke-imaginære“ menneske, der påtager sig en

lyttende og indfølelse position (op.cit.:41). Uheldigvis kan en sådan psykotisk *over-føring* af indre billeder til ydre, reelle personer resultere i det modsvarende: terapeuten overfører egne ubevidste eller fortrængte psykiske forhold til patienten, hvilket kaldes *modoverføring*.

Når jeg fremhæver disse psykoanalytiske begreber, er det, fordi det er omkring sådanne begreber, at manualerne karakteriserer den usikkerhed, der kan opstå hos terapeuten under kontakten til den skizofrene. Modoverføringer kan f.eks. ske, hvis terapeuten lader sig rive med af de psykotiske udsagn og tager dem – i et øjeblik mangler på koncentration – for at være udsagn om virkeligheden. Eller det kan være, at terapeuten lader sig påvirke af patientens modløshed, negative holdninger, angst og vrede i forhold til det drøftede emne (op.cit.:46-8). I manualerne nævnes et eksempel på modoverføring:

En patient fortæller sin terapeut, at han har bollet med en kvindelig medpatient på terrænet, og at det var en ubehagelig oplevelse. Han tilføjer: 'Jeg kunne ikke få rejsning.' Terapeuten mener, at hun bør fortælle, at sådan kan det gå for mænd en gang imellem, og at det slet ikke er så sjældent. Patienten benægter, at han skulle have det som andre mænd. Terapeuten forsikrer ham atter om, at han ikke skal tage det så tungt. Patienten udbryder herefter, at det værste var, 'at Vordingborg-spir faldt ned imellem de to'. Terapeuten indser nu, at hun har taget overføring for virkelighed, og forsøger nu i stedet at korrigere patientens vrangforestilling. Der er langt fra Vordingborg-spir til dér, hvor parret befandt sig. Efter noget tavshed spørger patienten, om terapeuten har læst om den berømte person, der skar sin venindes underliv op? Terapeuten mærker et kort stik af ængstelse og får senere i supervisionen mulighed for at analysere, hvorledes der har været meget mere på tale i samtalen, end hun først havde følt (op.cit.:56).

Ifølge manualerne er modoverføring uheldig for samtaleforløbet, da det er her, terapeuten kan miste sit analytiske overblik, miste fornemmelse for, hvad der gemmer sig bag patientens udsagn, og miste fornemmelse for den rolle, terapeuten bør indtage i interaktionen med den skizofrene. Modoverføringen hindrer således, at empatien kan bevares som en førsteprioritet for den terapeutiske indsats og hindrer, at vigtige symptomer og reaktioner kan opdages i tide og sættes i det rette kliniske relief. Er terapeuten sløj, ukoncentreret, irriteret over, at patienten måske modarbejder den terapeutiske situation, eller hvis terapeuten er opgivende over for patienten, er der sket en modoverføring. Den kan evalueres i en senere supervision: Her kan terapeuten få mulighed for at give udtryk for, hvordan terapiforløbet og dets afkast blev oplevet. Samtidig kan terapeuten hjælpes til at fastholde sit analytiske fokus på patienten og bringes til erkendelse af, hvilke personlige psykiske forhold, der måtte have forhindret, at dette fokus kunne opretholdes (op.cit.:43, 53-5).

Supervisionen af den enkelte terapeut fungerer som et rum for kritisk refleksion over terapiens overordnede og specifikke målsætninger. Men det er også et sted, hvor den enkelte terapeuts metodiske indfaldsvinkler, kliniske overvejelser og personlige problemstillinger ved særligt besværlige terapeutiske forløb kan drøftes åbent med støtte fra kolleger.

Supervisionen af terapeuter og det arbejds materiale, der er skrevet til brug for det terapeutiske arbejde, indebærer således to ting. For det første er terapeuternes praksis allerede genstand for faglige evalueringer – internt blandt terapeuterne. De svar, jeg modtog i min interviewundersøgelse med terapeuterne, må således formodes at afspejle den kritiske refleksion, som terapeuter ugentlig foretager omkring deres eget arbejde ved

konferencer og supervisioner. For det andet betyder terapeuternes kritiske evaluering, at informanternes svar synes at være præget af særlige måder at diskutere ekspertiseudøvelsen i disse lokale hospitalsrammer. Selv om svarene afspejler individuelle opfattelser (og således varierer fra person til person), er der visse gennemgående strukturer at finde. Disse strukturer kan tænkes at afspejle, at terapeuternes refleksioner foretages i overensstemmelse med den måde, hvorpå man normalt rådgiver hinanden internt i det psykia-triske arbejdsfællesskab.

De normer, jeg her har beskrevet, har alle det til fælles, at de fremstiller den terapeutiske ekspertise i overensstemmelse med et særligt psykologisk-teoretisk perspektiv, der betegnes som *psykodynamisk*. Hermed menes et fokus på relationen mellem terapeut og patient med særlig vægt på de ubevidste reaktioner, der udspiller sig imellem de to samtaleparter.

De normer, der angives i manualerne, henviser således til en bestemt terapeutisk videnskabstradition. Den enkelte terapeut kan relatere sig til disse og søge *almene* forklaringer og løsninger på de usikkerhedsoplevelser, der kan opstå i kontakten til den skizofrene. Normerne udgør med andre ord kontekstuaafhængige, kollektive anskuelser over terapeutens usikkerhedshåndtering. Således står de terapeutiske normer i et modsætningsforhold til den enkelte terapeuts *erfaredede usikkerhed*. Denne anden dimension skal vi nu se nærmere på.

Den erfarede usikkerhed og de terapeutiske strategier

Mine interviews med de ni terapeuter peger i retning af, at der findes forskellige måder, hvorpå terapeuterne anskuer de usikkerheder, der opstår i samværet med de skizofrene, og hvordan disse problemer bør håndteres. Hvor nogle terapeuter opsøger kolleger for hjælp til at forstå og håndtere den usikkerhed, der kan opstå under den terapeutiske proces, gør andre terapeuter brug af usikkerheden *undervejs* i den terapeutiske interaktion med patienten. For mig at se henviser denne forskel ikke til to typer terapeuter. Forskellen synliggør, at der findes forskellige *strategier til håndtering af usikkerhed*. Svarene fra de ni terapeuter tyder på, at denne ekspertise for nogle indebærer at turde bearbejde usikkerheden i samspillet med patienten. For andre synes det afgørende at bevare en professionalitet i tilfælde af usikkerhed og vente med at undersøge usikkerheden, til efter den terapeutiske session er tilendebragt. Da jeg spurgte mine informanter om, hvorvidt de havde oplevet sig magtesløse over for deres patienter, og hvordan disse oplevelser blev håndteret, modtog jeg bl.a. følgende tre svar:

Det har jeg da. Det kaldes 'projektiv identifikation'. Ubevidst overfører man negative følelser. Det prøver man at tage med i supervisionen for at få det drøftet. Med magtesløshed er der risiko for at brænde ud og tage for meget på sig. Det kan skyldes behandlingsmæssige ambitioner, hvor man tror, man er Gud og kan helbrede patienten.

En anden udtrykte sig således:

Ja. Man bruger sin evne til at reflektere, skabe en vis distance, sådan at magtesløsheden får lov at være der, men ikke fylder det hele. Man søger ikke at komme væk fra den, men giver den plads, samtidig med at man tænker over, hvad den gør, og hvorfor den er der.

Jeg forsøger at være med magtesløsheden og få informationer fra den. Hvis jeg ikke kan gøre det selv, finder jeg en supervisor eller kollega. Det giver en refleksiv distance. Der ser jeg min egen rolle eller position, så jeg kan ændre den, og terapien kan flytte sig. Jeg kan godt finde på at sige, at det her vækker en stor magtesløshed: 'Kan du hjælpe mig med at forstå, hvorfor det giver mig en magtesløshed?'

Endelig svarede en tredje:

Ja, jeg oplever magtesløshed og får supervision. Jeg fortæller, at jeg ikke helt forstår patienten. I min teori ligger der noget om, at hvis jeg føler mig magtesløs, handler det om, at patienten også føler sig magtesløs. Så kan vi begynde at snakke om det. Patienten [den skizofrene] har ikke så godt et forsvaret, men de kan opfange stemninger, de ved ikke, hvad de handler om, de kan bare mærke, at her er ikke rart, eller de er sure på mig. Og det kan jeg godt finde på at sige til dem. Det kan godt være på et tidspunkt, hvor jeg ikke selv er nået til at vide, hvad det er, der er på færde.

Disse tre svar viser en interessant variation:

I det første svar opfattes magtesløsheden som et problem, der kan forvaltes ved anvendelse af den gældende terapeutiske viden og samtidig danne baggrund for, at der skabes ny viden omkring patienten. Terapeuten refererede til den teoretiske forståelse for magtesløshed og anskuede den som „projektiv identifikation“. Denne terapeut forstår magtesløsheden som en psykisk reaktion, der kan opstå, hvis man har „behandlingsmæssige ambitioner“ med sin patient. Begrebet „projektiv identifikation“ er ganske vist en præcis teknisk betegnelse for den mekanisme, hun har oplevet ved at føle sig magtesløs. Men idet hun inddrager dette begreb, mobiliseres samtidig den teoretiske forståelsesramme (og den videnskabstradition), inden for hvilken hun arbejder og anskuer sin indsats som terapeut. Den faglige kontekst og det kollektive miljø, der kendetegner supervisionen, definerer hendes forståelse for magtesløshedsfølelsen. Men disse aspekter er på afstand af behandlingskontakten til den skizofrene.

Jeg vil derfor foreslå, at denne måde at håndtere usikkerhed på kan opfattes som en *neutraliserende strategi*. Idet man håndterer usikkerheden gennem supervision og ved anvendelse af faglige begreber, neutraliseres magtesløshedens individuelle aspekter: Magtesløsheden omdannes fra at være bundet til de konkrete samspilmekanismer i behandlingssituationen og bliver nu et udtryk for den terapeutiske ekspertises abstrakte og kollektive aspekter.

I det andet citat viser den pågældende terapeut, at det er nyttigt at skabe „en vis distance“ fra magtesløsheden, dog uden helt at neutralisere den. Hun ønsker ikke at flygte fra magtesløsheden i situationen. Hun finder det afgørende at „søge informationer fra den“ og måske ligefrem indrømme over for sin patient, at hun oplever sig magtesløs. Hun ønsker at gøre oplevelsen til *en ressource til indhentning af viden om patienten og om hendes betydning som samtalepartner for patienten*.

Jeg vil foreslå, at denne måde at håndtere usikkerhed på kan opfattes som en *integrerende strategi*. Magtesløsheden transformeres ikke, den adresseres ikke andetsteds hen: den relateres derimod til den terapeutiske proces og til terapeutens individuelle oplevelse af sit samspil med patienten. Herved opfatter den pågældende terapeut magtesløsheden som en væsentlig del af den ekspertise, hun udøver i mødet med patienten.

I det tredje citat giver terapeuten udtryk for, at hun vil søge hjælp i supervisionen, hvis hun oplever magtesløshed. Men hun har en formodning om, at hvis hun føler sig

magtesløs, handler det samtidig om, at patienten føler sig magtesløs. Citatet rummer for mig at se en blanding af de to foregående strategier til håndtering af usikkerhed. I en vis forstand gøres usikkerheden til genstand for samtale mellem terapeuten og patienten. Men forståelsen for dens opståen (og håndteringen af den) indrammes af et perspektiv på patientens *aktuelle sindstilstand og psykiske problematik*. Herved håndteres magtesløsheden ikke kun som et mellemværende mellem terapeuten og patienten, men også som en slags „diagnostisk redskab“. Hun kan herved spore patientens tilstand af utilpashed ved at iagttage sin egen utilpashed i situationen. Terapeuten anskuer sin magtesløshed *ved at spejle sig i patientens tilstand*. Og idet hun gør dette, bliver magtesløsheden ikke længere kun et psykologisk aspekt ved terapeuten og den terapeutiske ekspertise. Den bliver samtidig et grundlæggende symptom på patientens vanskeligheder.

Jeg vil foreslå, at denne måde at håndtere usikkerhed på kan opfattes som en *symboliserende strategi*. Idet terapeuten magtesløshedsfølelse anskues i lyset af patientens problemstillinger, spejlvendes magtesløshedsfølelsen. Den bliver et udtryk for (et symbol på) den sygdom, som den terapeutiske ekspertise sigter mod at bearbejde.

Jeg har her undersøgt tre former for strategier til håndtering af usikkerhed i den terapeutiske kontakt med skizofrene patienter. Jeg er overbevist om, at der kunne fremdrages endnu flere strategier, men har valgt at samle opmærksomheden på disse, da de i tilstrækkelig grad viser nogle af de grundlæggende måder, hvorpå usikkerheder håndteres. For mig at se hænger strategierne nøje sammen med det terapeutiske arbejdes karakter og problemstillinger. Og valget af strategier for den enkelte terapeut synes at afhænge af terapeuten personlige indstilling til sit arbejde og sin autoritet.

Spørgsmålet er nu, hvilken betydning valget af usikkerhedsstrategi har for de arbejdsnormer, der samler sig om den terapeutiske ekspertise. Er der med andre ord en forbindelse mellem de terapeutiske normer, jeg har præsenteret i begyndelsen af artiklen, og de strategier, der anlægges af den enkelte terapeut?

Den terapeutiske ekspertises orden og stabilitet

På baggrund af mit interviewmateriale har jeg identificeret tre forskellige strategier til håndtering af usikkerhed. Jeg har valgt at betegne dem som henholdsvis neutraliserende, integrerende og symboliserende. I mine øjne er det interessante ved variationen ikke, at der gives forskellige måder, hvorpå terapeuterne håndterer den samme grundlæggende usikkerhed. Det interessante er, at der findes forskellige former for usikkerhed, som udtrykker forskellige praktiske aspekter af det terapeutiske ekspertarbejde. Relaterer vi nu de terapeutiske arbejdsnormer til disse usikkerhedsstrategier, tydeliggøres et spændingsforhold: Arbejdsnormerne henviser til de standardiserede tilgange, der anlægges til det terapeutiske ekspertarbejde. Og normerne sikrer, at dette arbejde stabiliseres omkring nogle grundlæggende handlingsprincipper. I modsætning hertil reflekterer usikkerhedsstrategierne forskellige måder, hvorpå den enkelte terapeut kan håndtere og dermed *stabilisere* den behandlingskontakt, som netop synes truet af usikkerhed. Den terapeutiske ekspertises stabilitet kan med andre ord ikke defineres af ét bestemt sæt definerende normer (eller principper). Ekspertisen afstemmes snarere af den enkelte terapeuts *erfaringsbaserede* forståelse for, hvorledes magtesløshed kan håndteres bedst muligt. Overlægen, som jeg refererede i begyndelsen af artiklen, giver udtryk for denne erfaringsdimension på følgende måde:

Der er en meget stor indbygget tvivl hos os om vores forståelsesramme, for det arbejde, vi gør, er selvproducerende [...] om vi i virkeligheden ikke bærer tvivlen i os? Jeg har tvivlen i mig, hele tiden, jeg kan opfatte mig selv fuldstændig frit flagrende [...] ved jeg overhovedet noget om noget som helst? Er det ikke sådan, at vores viden er en form for vrangforestilling? Så er det vigtigt, at man har et liv ved siden af. At kunne gå ud i sin have og være sig selv.

Og reservelægen kommenterede på overlægens udsagn:

Ja, jeg kender godt den der oplevelse af, at man tænker, ved du egentlig noget om noget som helst, hvad ved du egentlig? Alting er svævende, og det kan være svært at forstå, hvad det er, man egentlig har med at gøre, og man kan komme i tvivl om utrolig meget fagligt. Men jeg tror også, at det er en stor fordel i en eller anden eksistentiel, ja arbejdsfilosofisk henseende, at man kan tvivle. Jeg tror, at det gør, at man er mere velegnet til at være psykiater, hvis man har åbenheden. Altså, hvis man er meget skråsikker, så tror jeg, det kan være meget svært at få en god kontakt med patienterne. Man bliver for selvhævdende og distanceret. Man er nødt til at have den åbenhed, ja på den måde [...] det er næsten helt psykopatologisk at sige det [...] 'porøsitet' [...] den gennemtrængelighed [...] den finger-spidsfornemmelse for, hvad der egentlig rører sig. Den bliver man nødt til at dyrke som psykiater. Derfor tror jeg, det er et nødvendigt træk, eller i hvert fald et fordelagtigt træk, ligesom at kunne betvivle det, man har med at gøre.

De to psykiatere giver her udtryk for deres personlige erfaringer af krise og konfliktsituationer. De antyder, at disse erfaringer til stadighed justeres i forhold til deres patienter og de terapeutiske forløb, der arbejdes i.

Det interessante ved disse personlige erfaringer af kriser eller konflikter er, at de hverken kan standardiseres i regler eller kondenseres i en art „social kontrakt“ blandt psykiaterne: Den enkelte terapeuts valg af strategier synes at være afledt af den konkrete krisesituations karakter og en kritisk stillingtagen til, hvad der bør være en fagligt forsvarlig reaktion på magtesløsheden. Jeg vil derfor mene, at den enkelte terapeuts valg af usikkerhedsstrategi i vid udstrækning beror på egne arbejds erfaringer og kun i mindre grad beror på en normbaseret tilgang til krisehåndteringen.

Det forekommer naturligt, at terapeutens færdigheder i almindelighed indhentes gennem den uddannelse og det miljø, hvor den terapeutiske ekspertise er tilegnet. Færdighederne, eller kompetencerne, er således afhængige af den viden og de arbejdsnormer, der gælder for det terapeutiske arbejdsmiljø. Terapeuternes færdigheder er således videnskabsafhængige. Men de er ikke *videnskabsbetingede*. Den enkelte terapeuts valg af usikkerhedsstrategi hviler i høj grad på den pågældende terapeuts personlige tilgang til arbejdets problemstillinger i kontakten til de skizofrene. Valg af usikkerhedsstrategier synliggør dermed bestemte elementære mønstre i terapeuternes praksis. Men valget af disse strategier er ikke altid i overensstemmelse med den terapeutiske videnskabsnormer eller diskurser. Noget tyder således på, at den enkelte terapeuts valg afspejler en diskrepans mellem to former for stabilitet i det terapeutiske arbejdsmiljø: De terapeutiske normer (og repræsentationen af disse normer, f.eks. i manualerne) udgør én form for stabilitet: Der skabes en bestemt videnskabelig *orden*, når terapeuterne *kollektivt* opretholder og legitimerer en bestemt brug af specifikke terapeutiske teknikker og arbejdsbegreber. Terapeuternes valg af usikkerhedsstrategi udgør en anden form for stabilitet. Den knytter sig til den *individuelle terapeuts arbejdsorden*, dvs. måder, hvorpå hun praktiserer sin viden og sine erfaringer i den specifikke behandlingskontakt med patienten.

For mig at se behøver disse to former for stabilitet ikke at udelukke hinanden. Hvor

normer og praksis i gængs forstand ikke behøver at være sammenfaldende, behøver stabiliteten i den normbaserede arbejdsorden således ikke at være sammenfaldende med den stabilitet, der viser sig i den enkelte terapeuts praksis. De er snarere sameksisterende, eller mere præcist formuleret: De udgør to forskelligt konstituerede niveauer af det terapeutiske arbejde. Det normative niveau foreskriver en række fælles (kollektive) betingelser for, hvorledes det er muligt at bevare en terapeutisk professionalisme i det konfliktprægede terapeutiske forløb. Her etableres en bestemt *almen orden*, inden for hvilken terapeuterne bør bearbejde deres usikkerheder. I modsætning hertil etablerer terapeutens selvstændige valg af usikkerhedsstrategier en anden form for professionalisme. Den drejer sig om at vurdere, hvorledes det for den enkelte terapeut er muligt at stabilisere behandlingskontakten på en sådan måde, at patienten føler sig imødekommet, støttet og hjulpet *til trods for*, at terapeuten oplever det vanskeligt at udføre dette arbejde.

Konklusion

Jeg har i denne artikel undersøgt, hvilke normer, der samler sig om den terapeutiske indsats over for skizofrene patienter. Og jeg har analyseret en række terapeuts udsagn om, hvordan man håndterer usikkerhed og magtesløshed i behandlingskontakten til de skizofrene. Jeg har identificeret tre grundlæggende former for strategier, der anlægges til håndtering af usikkerhed. Og jeg har påpeget, at terapeuternes valg af usikkerhedsstrategi etablerer en stabilitet i det terapeutiske arbejde, som ikke uden videre kan vurderes på baggrund af det terapeutiske arbejdes normative grundlag. Til gengæld kan de terapeutiske arbejdsnormer heller ikke suspenderes i undersøgelsen af konfliktsituationer i den terapeutiske praksis: Når valget er truffet og usikkerhedsstrategien praktiseres, tyder den *neutraliserende* og den *symboliserende* usikkerhedsstrategi på, at de terapeutiske arbejdsnormer i høj grad præger terapeutens måde at forstå og bearbejde sin magtesløshed. Begge strategier betyder, at terapeuten distancerer sig fra eller oversætter den *personlige* magtesløshed til nogle *almene mekanismer* i det psykiatriske arbejde med skizofrene patienter.

Magtesløshedsfølelser synes at være en uomgængelig del af det terapeutiske arbejde. Samtidig hermed gives der forskellige individuelle og kollektive udtryksformer for disse oplevelser af magtesløshed. Der er således grund til at problematisere, hvordan terapeuterne forvalter deres behandlingsautoritet. I mine samtaler med terapeuterne er jeg blevet overbevist om, at de videnskabelige forventninger til og normer for psykoterapi kun spiller en begrænset rolle i den terapeutiske ekspertise. Man kan udforske psykoterapien ud fra dets institutionelle og samfundsmæssige betingelser. Men denne indfaldsvinkel er ikke tilstrækkelig til at forstå terapeuternes autoritet, eftersom den kritiske stillingtagen til autoritetsudøvelsen synes at være en væsentlig del af autoriteten. Og her foreslår jeg, at et perspektiv på terapeuternes forsøg på at stabilisere deres arbejdsforhold kan eksemplificere de terapeutiske eksperters kritiske stillingtagen til deres autoritetsudøvelse. Herved er man ikke udelukkende optaget af den terapeutiske ekspertises *ideologiske og materielle fundament*, men undersøger samtidig, hvordan terapeuterne positionerer sig i forhold til deres arbejdsvilkår i tilfælde af usikkerhed. Disse vilkår defineres af såvel de terapeutiske arbejdsnormer som af patientens sygdom og problemstillinger, behandlingskontaktens karakter og forløb, samt terapeutens personlige erfaringer, psykiske

tilstand og opfattelse af eget arbejde og egne kompetencer.

En grundigere belysning af disse forholds flertydighed vil for mig at se tydeliggøre, hvordan de terapeutiske normer og den terapeutiske hverdagspraksis på hver sin måde medvirker til at stabilisere den psykiatriske ekspertise i både normale og kritiske situationer.

Litteratur

- Det Nationale Skizofreniprojekt
1998 Projektprotokol. Tidlig intervention i behandlingen af unge patienter med skizofrene psykoser. Psykiatrisk Hospital i Århus.
- Giddens, A.
1994 Tillid og Modernitet. I: A. Giddens: Modernitetens konsekvenser. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bech, U.
1997 Videnskaben hinsides sandhed og oplysning?. I: U. Bech: Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet. København: Hans Reitzels Forlag.
- McGlashan, T.H.
1996 Early Detection and Intervention in Schizophrenia: Research. Schiz Bull 22(2):305-26.
- McGorry, P.D. et al.
1996 EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. Schiz Bull 22(2):305-26.
- Rosenbaum, B. & L. Thorgaard
1996a Tidlig og vedholdende intervention ved skizofreni. 1. del. Et teoretisk grundlag med bl.a. psykopatologiske og psykodynamiske betragtninger. En forskningsmanual. Psykoterapeutisk afd. E, Psykiatrisk Hospital i Århus.
- 1996b Tidlig og vedholdende intervention ved skizofreni. 2. del. En manual for den psykoterapeutiske intervention. En forskningsmanual. Psykoterapeutisk afd. E, Psykiatrisk Hospital i Århus.
- Valbak, K.
1997 Forskningsprotokol. Psykoterapeutisk afd. E, Psykiatrisk Hospital i Århus.
- World Health Organization
1992 The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO.
- Zubin, J. et al.
1977 Vulnerability. A New View of Schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 86(2):103-26.