

Redaksjonelt

I dette nummer av *Matrix* er det tre artikler, en fra hvert land i Skandinavia. Denne fordeling er utmerket, likeledes at både menn og kvinner er representert som forfattere. Det samme er tilfelle med nummerets fire bokanmeldelser.

Det gleder oss videre at artiklene hver på sin måte tar opp meget aktuelle temaer innen psykoterapi som ikke har vært belyst så meget i vårt tidsskrift før: *Per-Einar Binder* og *Eystein Våpenstad* lar relasjonell psykoanalyse og nevrobiologi møtes i arbeidet med å forstå alvorlig psykopatologi. *Gudrun Olsson* beskriver psykoterapeutisk praksis ut fra en narrativ tilnærming, som mange er opptatt av for tiden. Og *Morten Hesse* drøfter en samfunnsmessig faktor av betydning for psykoterapeutisk praksis og forskning, nemlig markedsøkonomisk "sponsing" av utvikling av psykologiske tester. De tre artiklene "kler hverandre" i sin ulikhet i tema og skrivestil.

I artikkelen "Der huset brenner – relasjonelle psykoanalytiske og nevrobiologiske perspektiver på psykoser og alvorlig personlighetspatologi" beskriver *Binder* og *Våpenstad*, to norske psykologer, hvordan et fruktbart samspill mellom de forskjellige grenene innen moderne relasjonell psykoanalyse og den nyere hjerneorganiske forskning er mulig. Artikkelen kan betraktes som ganske banebrytende i vårt faglige miljø; den er både nyansert og fylldig i sin gjennomgang av relevante problemstillinger og litteratur fra fagområdene.

Gudrun Olsson, svensk professor ved Aalborg universitet, beskriver i artikkelen "Psykotereuters sjålv-bilder" den "narrative vending", som de siste år har kommet innen både filosofi, sosiologi, utviklingspsykologi og psykoterapi. Hun viser hvordan denne tilnærming er fruktbar for forståelsen av både terapeuters og pasienters selvbilde, og presenterer en studie der terapeuter blir spurt om å fortelle om en terapitime der de syntes det hendte noe betydningsfullt i arbeidet med en pasient. Selve artikkelen er også utformet i en berettende, narrativ stil.

Den danske psykolog *Morten Hesse* setter viktige spørsmål under debatt i artikkelen "Licenspenge bag psykologiske tests: En nødvendighed eller en hindring

for kvalitetsudvikling". Utviklingen av tester er i stor grad støttet økonomisk fra selskapene som skal markedsføre og selge dem. Hesse beskriver hvordan testforskningen står i fare for å bli bundet av kommersielle krav, og at kvaliteten av reliabilitet og validitet derved er truet. Så er altså heller ikke vi psykologer forskånet fra å kunne bli forført av firmaer som vil "bruke" oss – vi har nettopp her i Norge hatt et offentlig opprop fra mange leger mot avhengigheten av legemiddelfirmaene når det gjelder etterutdanning og forskning.

Det utgis mange bøker på skandinaviske språk om psykoterapi eller nærliggende fagområder, og det er en viktig oppgave for *Matrix* å vise interesse for dem, og finne anmeldere. Jan Nielsens anmeldelse av den siste boken til den norske psykologen Anne-Lise Løvlie Schibbye er skrevet i en diskusjonsform som gjør at den også fungerer som et debattinnlegg. Denne store boken vil kanskje bli stående som hovedverket til den meget erfarne og skrivekyndige psykoterapeuten Løvlie Schibbye. Hennes betoning av *dialektisk relasjonsforståelse* har vært en rød tråd i alle hennes bøker.

Birgit Erichsen anmelder et av hovedverkene innen en annen, kanskje beslektet, terapiretning; *gestaltpsykologien*. Det er "gestaltpsykologiens far" Fritz Perls' beskrivelse av sin metode. Boken er en ny utgivelse av den danske oversettelsen. Kristen Kistrup tar for seg *recovery*-begrepet som har begynt å få sin anvendelse i Danmark, i sin anmelder av Alain Topors bok: "Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser". Boken er oversatt fra svensk. Topor er psykolog og sjef for forsknings- og utviklingsenheten ved SPO Psykiatrin Södra i Stockholm.

Den siste anmeldelsen er av Siv Boalt Boëthius, om Per Magnus Johanssons bok om *den svenske psykoanalysens historie*. Boken har med både beskrivelse av metodikken ved å skrive en slik faghistorie, presentasjon av viktige svenske psykoanalytikerens virksomhet og personlige liv, en sammenfatning av svensk psykoanalyse historie på 1900-tallet, samt beskrivelse av den kritikk og selv-kritikk som har vært reist innen svensk psykoanalyse.

Ellers må vi gjøre våre lesere oppmerksomme på at redaksjonen har besluttet å forlate det såkalte Vancouversystemet som litteratur-referanse-system fra og med det neste nummer. Vi går med det over til et system som blant annet *Nordisk Psykologi* og *Psyke og Logos* bruker, samt mange andre av våre skandinaviske og engelskspråklige tidsskrifter. Vi vil gi konkret instruksjon om dette i neste nummer av *Matrix*.

Vi håper at våre lesere både blir inspirert til å sende artikler, debattinnlegg, anmeldelser og andre tekster til tidsskriftet, samt til å anbefale kolleger og andre i arbeidsmiljøet og abonnere. God lesning!

Haldis Hjort

Der huset brenner – relasjonelle psykoanalytiske og nevrobiologiske perspektiv på psykoser og alvorlig personlighetspatologi

Matrix 2004; 2, s. 96-122

Per-Einar Binder
Eystein Victor Våpenstad

Denne artikkelen presenterer, diskuterer og sammenlikner samtidige relasjonsorienterte psykoanalytiske tilnæringer til alvorlig personlighetspatologi og psykose. De psykoanalytiske perspektivene blir også sammenliknet med nevrobiologiske perspektiver på personlighetsutvikling og relasjonelle traumer. Erfaring betraktes i dag som avgjørende for hjernens utvikling. Teorier og behandlingsmodeller for psykose og alvorlige personlighetsforstyrrelser har historisk hatt stor innflytelse på utviklingen av både interpersonlig teori og objektrelasjonsteori, herunder det nykleinianske. I dagens psykoanalyse finner vi mindre vektlegging av psykotiske tilstander, men vesentlige bidrag til teori om, og behandling av, personlighetsforstyrrelser. Den relasjonelle psykoanalysen, representert ved Mitchell, Aron, Bromberg og Davies & Frawley vektlegger terapeutens subjektivitet i det relasjonelle feltet, den defensive tilbaketrekning fra menneskelig kontakt og den intense overførings/motoverførings interaksjon som oppstår i arbeid med denne pasientgruppen. Den nykleinianske tilnærmingen, representert ved blant andre Steiner, Joseph og Alvarez, vektlegger på en liknende måte dynamikken i overføring og motoverføring "her og nå", emosjonell tilbaketrekning fra nær kontakt og håndteringen av overveldende destruktiv affekt. De intersubjektive teoriene til blant andre Stolorow, Brandchaft, Atwood og Orange, vektlegger i større grad betydningen av empatiske brudd og mangelen på opplevelsesmessig validering. Et felles fokus innen disse samtidige psykoanalytiske bidragene er innvirkningen affektive relasjoner har på tanke, forestilling og selv-opplevelse, og dette fokus muliggjør også en forenlighet med moderne nevrobiologiske perspektiver.

21. årgang nr. 2

Introduksjon

Freuds perspektiv på menneskelivet tok form som en fundering over erfaringen av å "ikke være herre i eget hus". Det vil være følelser, ønsker og begjær som unndrar seg bevisste intensjoner og refleksjon, som befinner seg utenfor hva en person i det alminnelige tenker som en del av "seg selv". Freuds (1) teorier omkring narsissismen og magisk tenkning ga ansatser til en forståelse av psykosene og den mer alvorlige personlighetspatologi. Han så for seg at det ved livets begynnelse, i den primære narsissismen, er en sviktende sondering mellom jeg'et og den andre, mellom indre og ytre, mellom fantasi og realitet. I psykosene forestiller Freud seg at det skjer en tilbakevending til denne tilstanden, en tilbaketrekning fra den relasjonelle involvering og en svikt i sonderingen mellom indre og ytre. Med disse mer teoretiske betraktninger stopper imidlertid også Freuds interesse for psykosene og mer alvorlig personlighetspatologi. En klinisk utforskning av slike tilstander ble noe han betraktet som umulig å gjennomføre innenfor den psykoanalytiske behandlingssituasjon, selv om vi med dagens linser vil kunne se at flere av hans pasienter hadde relativt omfattende psykopatologi. Freud tenkte at en overføringsrelasjon ikke lot seg etablere i lidelsesbilder hvor et kardinalkjennetegn er at libidoinvestering er trukket vekk fra objektene.

I psykoanalysen etter Freud har nettopp arbeidet med psykososer og alvorlig personlighetspatologi dannet utgangspunkt for så vel teoretisk som klinisk nybrottsarbeid. Heller enn å anta at mennesker med disse tilstandene skulle mangle kapasitet til å inngå i en overføringsrelasjon, har en sett at en nettopp med denne pasientpopulasjon får overføringsrelasjoner en intensitet og en type av innhold som det behøves nye begreper for å kunne tenke rundt og forstå. Til tross for dette, ser vi at psykoanalytisk tenkning av mange betraktes som reservert for behandlingen av de nærmest "friske" nevrotikere. Og vi ser en økende biologisk tendens i forståelsen av alle psykiske lidelser, og de mer alvorlige psykiske lidelsene i særdeleshet. Den biologiske og nevrofysiologiske forskningen på disse lidelsene er noe vi ønsker velkommen, men ser samtidig faren ved å miste av syne en grunninnsikt i de psykoanalytiske relasjonsperspektivene: *Å leve et godt og meningsfullt liv, innebærer kapasitet til å emosjonelt sett leve i et forhold med gjensidighet til andre.*

Når vi her vil ta for oss både psykososer og alvorlig personlighetspatologi, er dette fordi psykoanalysen ser en kontinuitet mellom disse lidelsesgruppene: En person som kun ser mennesker i sine omgivelser som enten bare gode og varme eller kun kalde og avvisende, har på tross av stor forskjell i fungering og

Der huset brenner

alvorlighetsgrad, en svikt i symbolfunksjonen som er grunnleggende lik svikten hos den personen som hevder at nabolaget skjuler engler og djevler.

Vi vil i denne artikkelen ta for oss og drøfte et utvalg samtidige og relasjonsorienterte psykoanalytiske bidrag, og særlig undersøke:

1) Hvilke modeller tilbyr de relasjonsorienterte perspektiver i psykoanalysen for forståelse og behandling av alvorlig psykopatologi?

Det epistemologiske utgangspunktet innen denne tradisjonen er i hovedsak kunnskap fremkommet innenfor pasient-terapeut dyaden. I og med den rivende utvikling som har funnet sted innenfor nevrobiologi og empiriske spedbarnsstudier, finner vi det viktig å også undersøke:

2) Kan nevrobiologisk og mer kvantitativt orientert utviklingsforskning utgjøre en komplementær kunnskapskilde for den relasjonsorienterte psykoanalysen?

Vi vil gjøre et utvalg av samtidige psykoanalytiske perspektiv som vi anser som særlig sentrale, og spesielt ta for oss den relasjonelle psykoanalysen (2), den nykleinianske gruppen (3, 4, 5) og intersubjektivitetsteorien (6). Deretter sammenholder vi og drøfter disse perspektivene i forhold til den nevropsykoanalytiske forståelsesmåten som nå er under utvikling, blant annet representert ved den amerikanske psykologen Schore (7, 8, 9).

Den historiske bakgrunnen – objektrelasjonsteori, interpersonlig psykoanalyse og selvpsykologi

Interessen for psykoser og alvorlig personlighetspatologi har vært nøkkelen til mye av den teoretiske, så vel som den kliniske videreutvikling av psykoanalysen de siste sytti år. En tidlig klinisk ansats finner vi hos Ferenczi (10, 11), som gjennom sine eksperimenter med psykoanalytisk teknikk søkte å utvide psykoanalysens kliniske nedslagsfelt. Fra tiden før andre verdenskrig og fremover finner vi at arbeidet med psykoser og alvorlig karakterpatologi hos Klein (12, 13) og hennes gruppe ledet til en mer omfattende konseptualisering av hva de regner som basale former for emosjonell relatering: *Den paranoid schizoide posisjon* med en dominerende eksternaliserende tendens og "projektiv identifikasjon" på den ene side, og *den depressive posisjon* med håndtering av ansvar for egne impulser og følelser, evne til å holde ut skyldfølelse og gjensidig relatering på

den andre. Bion (14) videreutviklet Klein sin teori om projektiv identifikasjon til å bli en teori om emosjonell kommunikasjon: Det individ som legger egne følelser "over i" den andre, har et behov for at den andre skal kunne "romme" disse følelser så de blir håndterbare.

Winnicott (15) utviklet fra trettitallet og frem gjennom sekstitallet også mye av sin teori og arbeidsmetodikk med utgangspunkt i klinisk arbeid med mer alvorlig psykopatologi. Han ville med kliniske og utviklingspsykologiske begreper som "holding" og "speiling" vise hvordan de mest grunnleggende og dyptgripende former for identitetsdannelse og kapasitet for relatering vil kunne utspille seg på parallelle måter i et mor-barn forhold og i psykoterapi. Der et moderskap eller foreldreskap fra barnets subjektive synsvinkel ikke var "godt nok", vil det inntreffe et brudd i fornemmelsen av å være et selv hjemmehørende i en verden med tilgjengelige andre. De "utenkelige angster" tar over; og en sviktende kontinuitet i selvopplevelsen og vonde og destruktive bindinger til andre kan bli mønstre som organiserer et helt menneskeliv. Fairbairn (16) tar tilnærmet samme utgangspunkt når han ser på paradokset ved at de "brente barn" ikke skyr ilden, men heller synes å oppsøke den gang på gang i form av problematiske forhold til andre. Der vonde og utilfredsstillende relasjoner har preget en barndom, vil barnet kunne ta skylden på seg selv ved å bli den "fæle", og samtidig idealisere omsorgspersonene som svikter når barnet lever i en fullstendig avhengighet til dem: Det er bedre å være en djevel i en verden styrt av gud, enn å være en engel i helvete.

I USA utviklet blant andre Sullivan og Fromm-Reichmann hva som etter hvert ble kalt den "interpersonlige psykoanalysen". De var på førti- og femtitallet pionerer i arbeidet med alvorlig psykopatologi. Sullivan (17, 18) utformet en teori om personligheten som tok utgangspunkt i hvordan relasjoner med ømhet, bekreftelse og anerkjennelse fra andre danner basis for hva som er mulig å forstå som "meg". Han ser videre hvordan svikt og overveldende angst i slike relasjoner fører til tilbaketrekning fra emosjonell kontakt, rigide samhandlingsmåter og uklare, skremmende fornemmelser og ideer om hva både "meg" og den andre er. Kohut (19) utviklet fra syttitallet av liknende antagelser om svikt i selvutviklingen, men går i sin "selvpsykologi" veien om en rekonseptualisering av Freuds narsissismeteori for bedre å kunne forstå og behandle narsissistiske karakterforstyrrelser: Narsissimen har en egen utviklingslinje som innebærer at barnet fra sine tidligste dager er avhengig av spilende bekreftelse, empatisk resonans og idealiserbar styrke fra sine omsorgspersoner. Hvis dette mangler, får

Der huset brenner

barnet en sviktende selvutvikling med opplevelse av tomhet, meningsløshet, angst og utilfredsstillende relasjoner.

Som vi ser av bidragene fra den tidlige objektrelasjonsteorien, den interpersonlige psykoanalysen og selvpsykologien, er fokus ikke lenger bare knyttet til det manglende herredømme i eget hus som Freud beskrev; dvs. hvordan deler av personligheten unndrar seg refleksjon og bevisst kontroll. Vi har fått et fokus som i større grad retter seg mot desperasjonen og den utenkbare angst som utspiller seg der ikke identiteten og de basale objektrelasjonenes "hus" i tilstrekkelig grad er bygget – vi befinner oss endog i situasjoner hvor den psykiske smerten er overveldende og hvor "huset brenner".

Relasjonell psykoanalyse

Relasjonell psykoanalyse representerer delvis et nytt perspektiv. Denne tradisjonen bygger på en "selektiv integrasjon" av elementer innenfor relasjonsperspektivene i psykoanalysen – slik en finner dem i den interpersonlige, selvpsykologiske, nykleinianske, britisk uavhengige og tilknytningsteoretiske tradisjonen (20). Dette er en bevegelse som har sitt fotfeste i USA, og den synes i sin kliniske tilnærming å være preget av at den pasientpopulasjon en her møter som psykoterapeut eller psykoanalytiker som regel har større eller mindre grad av personlighetsproblematikk – men sjeldent psykoser. Vi vil i det følgende konsentrere oss om Mitchell sitt overordnede bidrag fordi han er en teoretisk og klinisk lederskikkelse i denne tradisjonen, og deretter se nærmere på særlig Bromberg (21), Ghent (22) og Davies & Frawley (23) sine bidrag, da disse nettopp har interessert seg eksplisitt for mer alvorlig personlighetspatologi.

Mitchell (20, 24) er særlig opptatt av hvordan Sullivans perspektiv på hvordan selvet dannes og opptrer innenfor det *ytre* "interpersonlige felt" kan integreres med perspektivene på den *indre virkeligheten* som vi finner i objektrelasjonsteoriene. Mitchell er inspirert av Fairbairns antagelse om at tendensen til å repetere smertefulle samhandlingsformer kan henge sammen med behovet for å bevare et mellommenneskelig bånd. Relasjonsvansker kan ha sitt opphav i ubevisste solidaritetsbånd til indre foreldrefigurer som kun har vært mulig å nå gjennom samhandlingsformer som har vært destruktive og hvor grunnleggende behov ble forsaket. Å oppgi en eksplosiv og voldsom væremåte kan for eksempel kjennes som et tap av kontakt med en indre foreldrefigur, hvor nettopp voldsomhet og eksplosivitet kjennetegnet hele emosjonaliteten i samspillet. Med bakgrunn i Sullivan, Fairbairn, Winnicott, Bowlby og Loewald, blir Mitchells prosjekt å

formulere en psykoanalyse hvor den indre virkeligheten antas å veve seg inn i den faktiske samhandling her og nå – hva han kaller den "relasjonelle matrisen". I den relasjonelle matrisen vil fortidens bånd til andre kunne gjenskapes og gis ny form i faktiske samspill, "indre" biologiske behov blir fortolket og får mening gjennom ytre samhandlingsscenarier, prototypiske bilder av selv og andre får form og tekstur; det blir et interaksjonelt felt hvor "individet stiger frem og kjemper med å få kontakt og å artikulere seg selv" (20, s. 3, vår oversettelse). I terapi kan for eksempel et indre bånd til en depressiv omsorgsperson gis form av en nedtonet og svært tilbakeholden samhandling med terapeuten, eller et bånd av smertefull forvirring gir opphav til en kontakt preget av kaos og gjensidig oppgitthet. I samhandlingen vil terapeuten uunngåelig bli dradd inn som følende og tenkende subjekt. Med bakgrunn i sitt eget liv vil han eller hun også ha egne selvaspekter og former for selvopplevelse knyttet til depressiv affekt eller forvirring. Disse sidene ved organiseringen av terapeutens eget selv vil være med på å bestemme utformingen av samspillet. Det å kunne ha en oppmerksomhet rundt hvordan disse sidene i terapeuten blir aktivert, kan bli utgangspunktet for å forstå hva som skjer både mellom pasient og terapeut og "i" pasienten.

Kjernen i psykopatologi blir således forstått som en tendens til å repetere livsbegrensende, skuffende og destruktive samhandlingsmåter, og den svikt i forestillingskraft som innebærer at pasienten klynger seg til disse av angst for å gå inn i det ukjente, erfare livet på nye måter og komme til nye sinnstilstander. I psykoterapi og psykoanalyse tenker Mitchell at veien må gå fra å sammen med pasienten bli kjent med den relasjonelle matrisen innenfra, forholde seg åpen og samtidig undersøkende til det samspill som oppstår og begynne å tematisere dette som en måte å være sammen på. Derfra tenker Mitchell at veien går videre til å etter hvert hjelpe pasienten å ekspandere sitt rom for meningskaping og oppmerksomhet, å kunne leke med en flerfoldighet av forestillinger om seg selv, andre og livet, og å kunne eksperimentere med nye måter å være i forbindelse med emosjonelt betydningsfulle personer.

Bromberg (21) går fra en liknende overordnet teoretisk og klinisk referanseramme mer konkret inn på de utfordringer vi blir stilt overfor i arbeidet med narsissistisk, schizoid og borderline personlighetspatologi. Bromberg har som sitt utgangspunkt at et "selv" i sitt vesen, vil være mangfoldig og sammensatt – det vil alltid romme ulike selv-tilstander som korresponderer med måter å være sammen med andre på. Han tenker seg at dissosiasjon i seg selv er et

normalpsykologisk fenomen; at vi vil skyve visse selvtilstander til side, og la oss oppsluke av andre, der dette er hensiktsmessig. Mental sunnhet vil derfor være kontakt, utveksling og fleksibilitet mellom ulike selv-aspekter og selvtilstander:

"helse er ikke integrasjon. Helse er evnen til å stå i rommene mellom virkeligheter uten å tape noen av dem. Dette er hva jeg tror selv-akseptering betyr og hva kreativitet virkelig handler om – evnen til å føle seg som ett selv, mens en er mange". (21, s. 186, vår oversettelse)

Personlighetspatologi blir på bakgrunn av dette forstått som enten for rigid identifisering med ett eller noen få selvaspekter eller selvtilstander på bekostning av andre, eller som en løs og tidvis dissosiativ veksling mellom i og for seg motstridende del-selv. I Bromberg sin tenkning blir traumeperspektivet helt sentralt; det er de overveldende opplevelser av smertefull samhandling som ligger til grunn for den patologiske dissosiasjonen. I den mer ekstreme enden av spekteret, beskriver Bromberg tilstander hvor selvbevaring totalt går på bekostning av vekst, hvor hele opplevelsen av et mellommenneskelig "her og nå" blir umulig å representere mentalt uten en følt fare for traumatisering; det vil være pasienter som føler hat og frykt mot den levende nåtid. Influert av Fonagy (25), beskriver han dette som omfattende grad av svikt i "mentaliserings" – en sviktende kapasitet for tanke og oppmerksomhet om både egne og andres behov og følelser. I arven etter Ferenczi tenker Bromberg at sider ved pasientens selv er blitt "ofret" for å opprettholde et bånd av kontakt med omsorgspersonene også der samhandlingen har vært overveldende smertefull, og at dette "barn i den voksne" må finne sin plass i relasjonen til terapeut eller analytiker. Bromberg forstår således den karakterdannelse som vi finner ved personlighetsforstyrrelsene som et "skall" av rigiditet som har til hensikt å avverge overveldende angst. Denne angst er knyttet til å ha behov og følelser i forhold til andre som oppleves grunnleggende avvisende, utnyttende eller emosjonelt utilgjengelige. I terapien eller analysens relasjonelle matrise, vil både dette "skall" og dets innside måtte finne sitt uttrykk: "Innenfor" skallet er dissosierte aspekter av selvet, hver på sitt vis, begrenset i sin sosiale utvikling og på en eller annen måte et "barn" som trenger selvuttrykk gjennom interpersonlig eksistens" (21, s. 146).

Hvordan skal så terapeut eller analytiker møte disse barnlige selv-aspekter hos pasienten? I det terapeutiske arbeidet vil terapeutens eller analytikerens oppgave langt overskride hva vi tradisjonelt tenker som tolkningsarbeid. Bromberg

(21) fremhever at viktige terapeutiske funksjoner innebærer å oppdage og gi anerkjennelse til disse sider ved pasienten. Terapeut eller analytiker vil kunne bekrefte, henvende seg til og gå inn i dialog med de tidlige dissosierte følelser knyttet til både raseri og skuffelse, og behov for nærhet. Alle disse sidene vil kunne komme tilsyne i overføringsforholdet. Terapeutens subjektivitet, særlig i kraft av det emosjonelle nærvær og engasjement blir således avgjørende. Heller enn å relatere seg gjennom det rigide "skall" som vi finner hos den alvorlig personlighetsforstyrrede, vil gjennom en slik "interpersonlig prosess av gjenkjenning, terapeutisk regresjon, konfrontasjon og forståelse, en integreert voksen begynne å tre frem, en voksen som endelig kan akseptere sitt eget impulsliv, føle seg autentisk, og handle med omsorg for seg selv og andre" (21, s. 145, vår oversettelse).

Ghent (22), en annen viktig bidragsyter innenfor den relasjonelle psykoanalysen, vektlegger i fortsettelsen av denne tematikk betydningen av at pasienten finner et rom for "surrender" i den analytiske eller terapeutiske situasjonen – et begrep som kanskje best kan beskrives som en mellomting mellom å "overgi seg" og å "hengi seg". Dette er noe som vil komme i tillegg til å analysere det karakterfestede "skallet", eller hva vi med Winnicott kan beskrive som det "falske selvet", innenfor registeret av motstandsfenomenet. Det blir i følge Ghent helt sentralt at pasienten gis rom til å gi seg hen og gi seg over til de følelsene som melder seg der pasienten våger å gi slipp på den kontroll den karakterfestede defensiviteten gir. Ghent påpeker at dette terapeutisk sett er et langt mer krevende prosjekt enn å helt enkelt gi "påfyll" av trygghet, rammer og empati. Hos borderlinepasienten vil denne form for "overgivelse" i perioder av terapien opplevelsesmessig kunne ligge farlig nær den perverterte og masochistiske "underkastelse". Å overgi seg i noens nærvær har en vesentlig distinksjon i forhold til å overgi seg *til* noen, og terapeut eller analytiker må være parat til å analysere indikasjoner på masochistiske eller sadistiske samspill som kan opptre der den potensielt omdannende og vekstfremmende overgivelse vekker for stor angst.

Relasjonell terapi – endringsfasiliterende innsikt eller innsiktsfasiliterende endring?

Med denne modellen for endring, som vi vil finne klare paralleller til hos Winnicott (26) og Bollas (27), skisserer Ghent (22) hvordan han beveger seg nærmere en "transformasjonell" modell for psykoanalyse (i.e., gjennom kuren kommer innsikten) heller enn en "informasjonell" (innsikten kurerer). Dette er en forståelse av den analytiske prosessen som *reiser en rekke spørsmål om behand-*

lingsteknikk, særlig med hensyn til formen og uttrykket av analytikerens eller terapeutens emosjonelle engasjement. I behandlingen av personlighetspatologi er det jo særlig dette engasjementet som blir satt på prøve (28). Terapeuten kan kjenne stort "trykk" i retning av å handle på egne følelser som vekkes i samspillet, og må, om han på ulike vis velger å handle på dem, kun gjøre det ut fra en rasjonelt begrunnet overbevisning om at det vil tjene den terapeutiske prosessen, og ikke bare være utløp for egne behov. I behandlingen av voksne som har vært utsatt for seksuelle overgrep, advarer Davies & Frawley (23) mot den farlige og sentimentale kollusjon som kan oppstå hvis terapeuten helt enkelt går inn i rollen som "redningsmann" og pasienten i rollen som "offer". Muligheten for å bli kjent med hele registeret av følelser i det misbrukte barnets dissosierte verden vil da bli borte: I overførings-motoverføringsforholdet vil begge måtte få (den smertefulle) mulighet til å bli kjent med hele rollescenariet og gjennomarbeide følelsene knyttet til dem – som offer, misbruker og redningsmann. Empati er nødvendig, men ikke nok – det vil være sadistiske og selv-misbrukende aspekter ved pasienten som må analyseres, og fortolkning av primitive patologiske prosesser er nødvendig. Samtidig beskriver Davies & Frawley at dette innebærer noe mer enn det "informativ" og å kun gi innsikts-tolkninger, terapeuten må "gå inn" i denne opplevelsesverden av smertefulle posisjoner i motoverføringsforholdet heller enn å prøve å stille seg utenfor og kun fortolke den.

Nettopp i de ulike oppfatninger omkring den ytre formen og uttrykket for terapeutens eller analytikerens emosjonelle engasjement, ser vi at en av dagens kanskje viktigste og mest levende debatter foregår innenfor den relasjonelle psykoanalysen. På den ene fløy finner vi Maroda (29), som fremmer tesen om at mange pasienter, særlig med personlighetspatologi, kun kan bli kjent med egne følelser gjennom å bli kjent med den emosjonelle respons som deres væremåte vekker hos terapeuten. Under slagordordspregede overskrifter som at "emosjonell hemmethet er overvurdert" og "vis noe følelse" taler hun for en bruk av selvavsløringer som nok mange vil oppleve som radikal og utfordrende. I en mellomposisjon finner vi Aron (30), som tematiserer hvordan alle pasienter på sett og vis vil være innstilt på å "lese" terapeutens emosjonelle subjektivitet, men legger mer vekt på å analysere hvordan pasienten "bruker" det han ser i sin spesifikke utforming i overføringsforholdet, enn han legger vekt på selvavsløringen som sådan. Likevel vil Aron selektivt formidle personlige sider ved seg selv for å kunne utforske selve relasjonen som er oppstått mellom ham og pasienten, en relasjon hvor han selv jo er en uløselig del.

På den andre fløy finner vi Greenberg (31) som taler for å bevare et nøytralitetsideal. I relasjonelle termer rekonseptualiserer han dette som at pasienten får anledning til å være til stede i et spenningsforhold hvor det både gis rom for å oppleve analytikerens som et "gammelt" objekt i overføringsforholdet, og samtidig ta til seg ny emosjonell erfaring av terapeuten som et "nytt" objekt med en annen emosjonell responsivitet enn hva han eller hun fant i sine tidligere relasjoner. Nettopp en slik debatt omkring emosjonell involvering synes svært viktig i den teoretiske refleksjon over arbeidet med alvorlig personlighetspatologi, hvor vi alle som behandlere vil kunne komme til å oppleve våre yttergrenser av følelsesmessig stormfullhet dersom vi våger å ta skrittet inn i intensive terapeutiske prosesser.

Nykleinianerene – psykisk tilbaketrekning og destruktive ekvilibrium

Den kleinianske psykopatologiforståelse var opprinnelig knyttet til en ny tenkning omkring ødipalitet. Klein (32) mente at barnets oppdagelse av foreldreparet skjedde mye tidligere enn det Freud hadde beskrevet. Fokus ble flyttet til spedbarnslivet, og de tidlige forestillinger om foreldrene, både mor og far. Dermed fikk far en større rolle i barnets psykologiske utvikling allerede fra starten. Klein mente at barnet meget tidlig, kanskje bare etter noen uker, blir klar over at det er flere personer rundt det. Til å begynne med er dette først og fremst en forestilling om forholdet mellom deler av personer, men etter hvert vil barnet utvikle og oppdage foreldreparet som hele objekter. Klein mente at barnets forhold til denne stadig økende viten om mor-far-barn situasjonen, hadde stor betydning for ønsket om å lære og utforske, noe hun kalte den epistemofile impuls. Denne prosessen, hevdet Klein (33), kunne først og fremst beskrives som en serie "deprivasjoner". Å erkjenne at mor også har en relasjon til far, og at de to sammen har en relasjon som barnet står utenfor, er vanskelig å tåle på et tidspunkt i livet hvor barnet er fullstendig avhengig av og overlatt til foreldrene. Barnets evne til å tåle "deprivasjonene" det påføres gjennom den tidlige erkjennelse av den ødipale situasjon har ut fra både Kleins egen tenkning og de nykleinianske bidragene stor betydning for utviklingen av realitetskontakten. Men Klein understreker at internaliseringen av det gode morsobjektet er forutsetningen for psykisk utvikling og vekst, selv om hun også sterkt vektlegger det å kunne stå i og forholde seg til mellommenneskelig skuffelse og begrensning som en forutsetning for å kunne bli utforskende til realiteten.

Der huset brenner

Denne forståelse av ødipaliteten leder hen mot den kleinianske teori om den depressive posisjon: Den mentale tilstand som primært preges av kontakt med realiteten og evnen til å forstå og tåle at den andre har andre behov, tanker og forestillinger (12). Denne tilstand står som forskjell til den mer umodne paranoid-schizoide posisjon, som kjennetegnes av en primitiv benekting av den andre som separat og med utstrakt bruk av projeksjon og splitting for å holde ubehaget ved realiteten unna (13, 34). Den kleinianske teori beskriver skillet mellom nevrotisk og mer alvorlig psykopatologi i lys av hvordan en person i sin indre virkelighet makter å emosjonelt forholde seg til trepersonskonteksten mor-far og barn. I mer nevrotisk psykopatologi er det strevet med å endelig oppgi den ødipale kamp om den ønskede forelder som utgjør grunnlaget for symptomene. Men den depressive posisjon er dominerende, foreldrenes relasjon er erkjent, og forskjellen mellom foreldrene og barnet, generasjonsgrensene, er oppdaget. I mer alvorlig psykopatologi vil det være forbundet med store vansker å forholde seg til den ødipale trepersonskonteksten. Det vil her oppleves overveldende å skulle erkjenne foreldrenes unike relasjon.

Det "nykleinianske" bidraget utvider forståelsen av personlighetsutviklingen til å omfatte hvordan samspillet og relasjonen med de faktiske omsorgspersoner bidrar til å konstituere emosjonaliteten og den indre fantasiverden. Dette ser vi først med Wilfred Bions teori om hvordan spedbarnets fantasier og følelser må "rommes" for at en sunn utvikling skal finne sted. Dette har også ført frem til en utvidet dialog med den mer akademisk orienterte utviklingspsykologi og tilknytningsforskning. I den moderne kleinianske tenkning er et "godt nok" foreldrenærvær og således et trygt tilknytningsbånd minst like viktig som den ødipale deprivasjon for barnet og den voksnes psykiske helse (3).

Prosjektiv identifikasjon og "containment" (å romme)

Ut fra nykleiniansk teoribygning vil det være spedbarnslivets foreldre-barn samspill som blir bestemmende for utvikling av sunnhet eller patologi. Bakgrunnen for dette ligger i en antakelse om at spedbarnet har et intenst emosjonelt indre liv, og er svært sensitivt for hvordan det blir møtt av omgivelsene rundt. Skal spedbarnet kunne utvikle en evne til å tåle og håndtere angst og ubehag, trenger det hva Bion (14) kaller "reverie" – at foreldrene med ro og omtanke kan "grunne" over hva barnet sliter med. Bion tenker at det er en normal tendens til projektiv identifikasjon hos spedbarn, forstått som at et lite barn ikke kan kommunisere med ord, og derfor må kommunisere ved å ha en emosjonell virkning på sine nærmeste. Barnets nødvendige projeksjoner

stiller store krav til foreldrenes evne til reverie. Hvis mor selv er i ubalanse eller er urolig, vil hennes evne til å romme barnets projeksjoner, fordøye dem og gi dem tilbake med mening, være sterkt redusert. Hun makter dermed ikke å respondere på spedbarnets kommunikasjon på en emosjonelt hjelpsom måte (35). Barnet vil da introjisere et objekt som er fiendtlig til forståelse og verden kan oppleves som uten mening. Barnet vil i en slik situasjon likevel forsøke med alle midler å bevare forestillingen om et godt morsobjekt. Det splitter vekk mors onde sider, og holder hennes utilgjengelighet borte fra bildet av mor som god. Det andre avspaltede morsaspektet, forestillingen om mor som truende og utilgjengelig, kan da fremstå som en ytre fiendtlig kraft som prøver å ødelegge den gode forbindelsen til morsfiguren. Men der spedbarnet utsettes for større ytre påkjenninger enn det kan tåle, vil det oppleve mer angst enn det kan håndtere, og en kronisk form for splitting vil oppstå (14).

Nykleinianernes syn på personlighetsorganisering ved alvorlige psykiske lidelser

Nykleinianerne tenker at den emosjonelle måte å forholde seg til andre på, og de gjensidige samspill som da oppstår, vil kunne ha en grunnleggende kontinuitet fra spedbarnstid og over i voksen alder. På samme måte som at barnet "legger ut" følelser og fantasier som vil kunne påvirke og berøre omsorgspersonene, vil pasientens projeksjon kunne berøre analytikeren eller terapeuten. Joseph (4) mener at projektiv identifikasjon brukes for å bevare pasientens narsissistiske og omnipotente balanse. Gjennom projektiv identifikasjon blir ubehagelige sider ved relasjonen til betydningsfulle andre holdt borte, slik som avhengighet, frykt for tap, misunnelse og skyld. Det kan for eksempel være pasienter som til stadighet kan få andre rundt seg til å kjenne litenhet og ubetydelighet, mens pasienten selv kun er i kontakt med en fornemmelse av å være suveren. Joseph mener pasienten ubevisst bruker projektiv identifikasjon for å påvirke den ytre virkeligheten og dermed bevare en tilstand av "psykisk ekvilibrum", både på et indre plan og i forhold til andre. Steiner (5) har arbeidet videre med dette, og beskriver det som karakterforankrede former for "psykisk tilbaketrekning". Forandring vil i slike tilstander kjennes truende, selv om vi utenfra sett ville si at det var forandringer til det bedre. For eksempel vil det å knytte seg til noen kunne kjennes som en katastrofe, fordi det ville innebære et brudd med den trygghet som ligger i en "suveren uavhengighet".

Men dette fører til at det blir umulig å utvikle evnen til å forstå at andre personer har et indre med en psyke som er forskjellig fra deres egen og at andre kan ha

Der huset brenner

sine egne tanker (34). Når slike pasienter blir konfrontert med en situasjon som krever denne evnen vil dette kunne vekke intens frustrasjon og angst knyttet til å "tape" seg selv, egne behov og sitt eget perspektiv. Deres reaksjon kan bli å forsøke å "ødelegge den andres indre" gjennom subtile former for agering som hindrer den andre i å tenke egne tanker og bringe sitt eget perspektiv tilsyne. Dette kan for eksempel være når pasienten forsøker å fylle timen med en ustoppelig, intens og ekstremt detaljert oppramsing av hva som har skjedd siden sist, eller når et barn i terapi involverer terapeuten i en suggestiv monoton lek som tapper terapeutens oppmerksomhet. I mer ekstreme tilfeller kan det skje gjennom fysisk vold (selvskading) mot sin egen bevissthet om atskilthet og andres annerledeshet, eller gjennom vold for å stoppe den andres stemme og tanker direkte (36).

Implikasjoner for pasient/analytiker-relasjonen

Psykoanalyse og psykoterapi med pasienter med alvorlig psykopatologi (psykoser og personlighetsforstyrrelser) innebærer store tekniske utfordringer for analytiker eller terapeut, ikke minst på grunn av sterke og ofte ubehagelige motoverføringsfølelser som slike pasienter kan bidra til å skape. Joseph (4) påpeker at mange av disse pasientene som en hovedtendens ikke er ute etter selvforståelse. Snarere søker de trygghet og sikkerhet fra alt det som plager dem gjennom å opprette et mentalt ekvilibrium mellom seg og analytikeren, noe som igjen hindrer forsøk på forståelse, innsikt og forandring. Hvordan skal da en terapi eller analyse bli mulig? Joseph setter nettopp overførings-motoverføringsdynamikken i sentrum for å forstå terapeutisk prosess og endring. Dette kan for eksempel ta form av et scenario hvor analytikeren føler seg kald og avvisende, mens pasienten gir uttrykk for å kjenne seg som et offer for en utilnærmelig og selvsentrert autoritet. Kanskje kan endog analytikeren komme til å handle på en kjølignende måte fordi det emosjonelle samspillet mellom dem nettopp har aktivisert disse sidene ved ham eller henne. Samtidig vil analytikeren kunne føle seg truet i sitt eget "ekvilibrium", som gjerne er knyttet til å være, og bli opplevd som, generøs og empatisk. Første steg må da være å bli klar over hva som skjer, mens neste steg er å begynne å tenke og reflektere over hva som emosjonelt sett utspiller seg i relasjonen (3). Analytikerens evne til å romme betyr at pasientens projiserte elementer har maktet å komme "inn under huden" på analytikeren og at analytikeren der inne har klart å gi dem en mening, noe Pick (37) kaller gjennomarbeiding i motoverføringen. Først deretter kan arbeidet med å gi tilbake til pasienten starte, noe som i den kleinianske tradisjonen som regel knyttes til bruk av tolkninger.

Hvis analytikerens hopper over arbeidet med å gå inn i det tenkende og forstående modus, men lever ut den projektive identifkasjonen, kan dette i *øyeblikket* gi pasienten en mer positiv overføring til analytikerens. Men det vil også kunne øke pasientens tvil omkring analytikerens holdbarhet. Feldman (38) mener at pasienten vil oppleve analytikerens agering av den projektive identifkasjon som et uttrykk for analytikerens egen angst, usikkerhet og behov. Det gjør ofte pasienten enda mer usikker på om analytikerens vil tåle, og holde ut, pasientens projeksjoner. Skal pasienten kunne makte å ta inn igjen i sin egen psyke en oppfatning av, og relasjon til, objektet (analytikerens) som kompleks, integrert og forskjellig, må analytikerens på sin side stå imot trangen til å leve ut den projektive identifkasjonen.

Steiner (5) hevder at hos pasienter med alvorlig psykopatologi som fungerer på et paranoid-schizoid nivå, vil det å bli rommet av analytikerens føre til lindring, men det vil ikke i seg selv være tilstrekkelig for å oppnå vekst og utvikling. En av grunnene til dette er at denne lindring er avhengig av at det rommende objektet (analytikerens) alltid er tilgjengelig. Pasienter av denne typen kan ikke tolerere en virkelig adskillelse fra det rommende objektet og makter ikke selv å internalisere rommende egenskaper ved analytikerens. Trusselen (opplevd eller reell) om å miste analytikerens fører til voldsom angst og til bruken av omnipotente fantasier som sørger for at illusjonen om full kontroll over analytikerens bevares.

Det nykleinianske i forhold til den relasjonelle psykoanalysen

Den nykleinianske gruppen har vært en viktig inspirasjon for den relasjonelle psykoanalysen, men at den samtidig har trekk ved seg som skiller de to retningene. Det mest iøyenfallende er hvordan begreper knyttet til ødipalitet blir benyttet også i forståelsen av mer alvorlig psykopatologi. En slik begrepsbruk kan lett virke forvirrende og til dels fremmedgjørende for dem som befinner seg utenfor det nykleinianske miljøet. Når en går inn på et mer konkret nivå, og "oversetter" hvordan begrepet "ødipalitet" blir benyttet for å beskrive en rekke ulike emosjonelle konstallasjoner i mor-far-barn dynamikken, kan imidlertid flere av disse antakelsene fremstå som mer klinisk relevante og mindre spekulative. Den sterke tendensen vi finner i denne gruppen til å konsekvent beskrive kliniske fenomener i lys av tidlig foreldre-spedbarn interaksjon, blir også en forskjell til andre perspektiver. Mange av dem som har funnet nykleinianismen inspirerende innenfor den relasjonelle gruppen har tolket for eksempel Betty

Der huset brenner

Josephs beskrivelse av pasientens forhold til terapeuten som "det gode brystet" metaforisk for her og nå kvaliteter ved interaksjonen.

Den nykleinianske gruppens arbeid med pasienter med alvorlig psykopatologi har vært til inspirasjon for mange. De åpner for en samtale omkring det emosjonelle samspillet mellom pasient og terapeut "her og nå" som kan være svært essensielt, særlig i vanskelige faser av terapi med dårlige pasienter. Klein ga imidlertid langt på vei aggressiviteten en autonom rolle i det å organisere relasjoner, og vi kan hos blant annet Betty Joseph fortsatt finne en betoning av aggressiviteten som en *iboende* destruktiv kraft (eller som en del av barnets *fantasi* omkring sine objekter, mer enn som realiteter ved objektene) heller enn som en aversiv reaksjon på opplevde traumer og svik. Dette innebærer en fare for å overbetone det aggressive, og feilfortolke pasientens intensjoner som manipulative og kontrollerende, der de kanskje heller kan være desperate former for selvbevarelse eller kontaktsøken. Dette er imidlertid en debatt som i dag også blir reist innad i den kleinianske gruppen, særlig i Alvarez sine arbeider (3).

Deler av den nykleinianske gruppen synes fortsatt mest knyttet til en "in-formasjonell" modell for terapeutisk endring, hvor det blir lagt stor vekt på tolkningen og den innsikten som denne gir som endringsfasiliterende faktor. Samtidig finner vi i Alvarez, Steiner og Joseph sin forståelse av det emosjonelle samspillet i den terapeutiske settingen også åpninger for å betrakte analytisk og terapeutisk endring i hva vi med Ghent (22) kan kalle et "transformasjonelt" perspektiv.

Intersubjektivitetsteori

Den selvpsykologiske retningen har i likhet med den relasjonelle psykoanalysen vokst seg stor og mangfoldig. I dag vil en i tillegg til nyutforminger av Kohuts klassiske selvpsykologi, slik som hos Ornstein (39), finne for eksempel Lichtenberg et al. (40) og Beebe & Lachman (41) sine teorier som tar utgangspunkt i motivasjonssystemer og utviklingsteori, og Orange & Atwood, Stolorow (6) sin fenomenologisk orienterte intersubjektivitetsteori. Vi vil i det følgende særlig ta utgangspunkt i de sistnevnte forfattere, da disse på en utførlig måte går inn og undersøker de former for psykopatologi som vi her er opptatt av.

Mens Kohut (19) er kjent som en bidragsyter til psykoanalysens utvidede nedslagsfelt, uttrykker han seg paradoksalt nok relativt pessimistisk om muligheten for psykoanalytisk behandling av borderline og psykotiske lidelser. På dette

feltet kommer imidlertid Stolorow, Brandchaft og Atwood (42) med tydelige teoretiske så vel som kliniske bidrag. I likhet med den relasjonelle psykoanalysen (43) vil intersubjektivitetsteorien tone ned noe av den dikotome tenkningen som egopsykologien og den klassiske selvpsykologien har bygget opp omkring lettere og mer alvorlig psykopatologi – ofte konseptualisert som et skille mellom "konflikt" og "mangel" eller "defekt". Enhver indre konflikt har et utviklingsmessig opphav i et intersubjektivt felt hvor visse former for utviklingsmessig adekvat responsivitet fra omsorgspersonene har manglet, og den indre konflikts løsning er bestemt av den intersubjektive dialog hvor den på ny kommer til syne (42). Og på den annen side: Enhver selvpatologi vil kunne romme konflikter, i særdeleshet knyttet til det å ha behov og følelser som en frykter vil føre til avvising. På dette vis vil ikke den mer relasjonelle eller intersubjektive psykopatologiforståelse eller behandlingstilnærmingen bare være reservert pasienter med mer omfattende "defekt"-patologi, slik vi finner det i for eksempel Otto Kernbergs (44) tenkning. Slik vi også ser det i den nykleinianske tradisjonen, er det her en tendens til å forstå "nevrosen" mer relasjonelt og "selvpatologien" mer konfliktorientert. Det vil essensielt sett være de samme basale utviklingsmessige behov som er involvert der psykisk smerte blir til psykisk symptomatologi. Men der svikten i adekvat responsivitet fra omgivelsene har vært størst, vil rommet for symboldannelse – og således muligheten for indre konflikter og kompromissdannelser – være mindre.

I likhet med den kleinianske gruppen, vil intersubjektivitetsteorien anta at alvorlig psykopatologi kan ha sine røtter i svært tidlige traumatiske emosjonelle samspill. Fra en noe annen synsvinkel, beskriver Beebe & Lachmann (41) hvordan de finner paralleller i både funksjonelle og mer dysfunksjonelle emosjonelle samspill studert i en kontekst av foreldre-spedbarn interaksjon, og interaksjon i psykoterapi og psykoanalyse. I forhold til den kleinianske gruppen vil imidlertid intersubjektivitetsteorien i større grad vektlegge kontekster for meningsdanning her og nå når de beskriver for eksempel psykotisk symptomatologi eller "enactments" ved borderline-tilstander.

Nettopp dette meningsdanningsperspektiv blir sentralt for Stolorow, Brandchaft og Atwoods (42) forståelse av borderlinepatologi. Her stiller de seg sterkt kritisk til så vel diagnosesystemenes som Kernbergs (44) mer tradisjonelle egopsykologiske forståelse av disse pasientene. De ser den væremåte som ofte klassifiseres som borderlinepatologi som indikasjoner for behov knyttet til spesifikke arkaiske selvobjektsbånd, og forstyrrelser i disse båndene. "Selvobjektsbånd" forstås her vidt – de er knyttet til de sentrale "du får meg til å føle meg" aspek-

tene ved relasjoner. Således vil disse båndene dreie seg om hvordan andre ut fra personens subjektive opplevelsesperspektiv har funksjoner knyttet til å kunne "speile" pasientens verdi og initiativ, å kunne la seg idealisere som en sterk og støttende omsorgsiver, å kunne være med på å regulere en grunnfornemmelse av kontinuitet i livet og gi mening til følelser og mentale tilstander. Vi kan si at i intersubjektivitetsteorien trer det defensive element i disse lidelsesformene i bakgrunnen, og i forgrunnen kommer de utilfredstilte mellommenneskelige behov, den sviktende kapasitet for subjektiv meningsdannelse og strategiene for å kompensere slike mangler.

Den tendens til skiftende representasjoner av selv og andre som ofte blir beskrevet som en avvergemessig "splitting", blir av Stolorow et al. (42) heller forstått som en sviktende kapasitet for syntetiserende meningsdanning. "Ustabiliteten" er videre et uttrykk for et behov for at terapeuten på en konsistent måte skal empatisk forstå og akseptere pasientens ofte konfliktfylte følelser, slik at de kan integreres og få mening i selve det intersubjektive feltet. I forlengelsen av dette hevder de at "borderline" vanskelig kan sees som en patologisk tilstand utelukkende lokalisert i pasienten: Borderline er heller et sett fenomener og tilstander som stiger frem i et intersubjektivt felt, bestående i et svakt, sårbart selv i sviktende arkaiske selvobjektsbånd. Med bakgrunn i dette, antar de at borderline-pasienten ikke i en *primær* forstand søker å manipulere sin terapeut aggressivt. Ønsket om å få terapeuten til å føle seg impotent og rasende oppstår først når "pasientens uenighet, måter å hevde seg og primære ønsker om å ha sin egen subjektive erfaring empatisk forstått, har blitt konsistent ikke-responderet til" (42). Spørsmålet om pasientens "fungering" blir således knyttet nært sammen med terapeutens evne til å forstå og adekvat kunne kommunisere med pasientens opplevelsesverden. I et klinisk eksempel, "Caroline", undersøker de for eksempel betydningen av at terapeuten klarer å ha innlevelse med de brudd i selvopplevelse og kontaktopplevelse som selv små avbrudd i terapien kunne gi.

Atwood og Stolorow (45) tar videre for seg hvordan også pasienter med mer omfattende selv-patologi og psykoser vil gå inn i visse former for "enactment", hvor pasienten gjentar et indre smertefullt minne gjennom et samhandlings-scenario med andre, for eksempel et forhold mellom en voksen som utnytter og et barn som blir utnyttet, gjerne med rollene nå byttet om. Smerten blir her søkt håndtert gjennom handling, heller enn tematisk minne og symbolisering. Nettopp svikten i symbolisering, forstått som "konkretisering", blir et sentralt

element i forståelsen av all symptomdannelse, men særlig innenfor mer alvorlige relasjonsforstyrrelser og psykoser (42, 45).

”Konkretisering” kan minne om hva Segal (46) med et kleiniansk utgangspunkt beskriver som ”symbolsk ekvivalens”, men blir av intersubjektivitetsteoretikerne i større grad satt inn i en kontekst hvor konkretiseringen har til hensikt å bevare opplevelse av mening og sammenheng der fragmentering og kaos truer. Dette blir bestemmende for deres terapeutiske og teoretiske holdning til så vel åpen destruktivitet som seksuelle perversjoner: ”Såkalt seksuell og aggressiv ”utagering” begrepettes ikke i termer så som et defekt ”mentalt apparat” som mangler ”impulskontroll”, men heller i form av en persons behov for handlingsmessig iscenesettelse for å få tyngdepunkt i en truet subjektiv verden” (45, s. 92, vår oversettelse).

Stolorow, Atwood og Orange (47) analyserer psykotisk symptomatologi med bakgrunn i den sterke tendensen til konkretisering. De tar utgangspunkt i at den psykotiske person i sin utviklingshistorie i for liten grad har fått validert sine persepsjoner og emosjonelle reaksjoner av sine omsorgspersoner. Derfor vil de også i sviktende grad kunne tro eller stole på sine egne opplevelser. En slik person vil være særlig sårbar når han eller hun opplever sterke emosjonelle påkjenninger, og stadig mangler noen til å kunne validere sin opplevelsesmåte. Personen vil da utvikle vrangforestillinger som symbolsk konkretiserer den erfaringen som i sviktende grad lykkes i å bli subjektivt opplevd og reflektert rundt; opplevelse av å bli følelsesmessig invadert av en annen omdannes til antakelser om forgiftet mat, en tilstand av tvil omdannes til hånende stemmer. Graden av konkretisering og omfanget av vrangforestillingene beskrives av Stolorow og medarbeidere som proporsjonal med behovet for validering av den subjektive og emosjonelle sannhet i pasientens opplevelse – dessverre oftest med det resultat at pasientens utsagn heller betraktes som ”galskap”, og valideringen uteblir. Den terapeutiske tilnærming til psykosene blir på bakgrunn av dette å empatisk ”dekodere” pasientens subjektive realitet gradvis, og å etablere et terapeutisk bånd hvor pasientens tro på sin egen personlige og emosjonelle realitet kan bli konsolidert.

Betyr dette at borderlinetilstander og psykoser kun kan forstås som et manglende ”påfyll” i forhold til så vel tidlige som senere selvobjektsbånd? Som tidligere nevnt, vil intersubjektivitetsteoretikerne trekke frem at det også er et konfliktelement i selv-patologi; pasienten vil ha funnet handlemåter som har til hensikt å hindre en retraumatisering. For eksempel å skulle være ”suveren”

Der huset brenner

og selvtilstrekkelig for å unngå nærhet eller å unngå å vise sårbarhet av angst for å bli utnyttet eller avvist. Imidlertid synes intersubjektivitetsteoretikerne å ville fremheve det *kompensatoriske* elementet ved slike væremåter heller enn det *defensive*. På bakgrunn av dette stiller de seg for eksempel svært kritisk til enkelte representanter for kleiniansk orientert psykosebehandling, som sterkt betoner det aggressive elementet som en patogen kraft i seg selv, og primært ser den paranoide angst i tilknytning til ubevisste fantasier om straff for egne aggressive intensjoner. Det synes å være faren for "patient-blaming", som alltid er til stede i så vel psykoterapi som miljøterapi med disse pasientgruppene som Stolorow og medarbeidere vil til livs. Imidlertid finner vi det rimelig å hevde at så vel Steiners (5) teori om "psykisk tilbaketrekning", Brombergs (21) antakelse om defensiv bruk av dissosiasjon og Davies & Frawley (23) sine beskrivelser av sadistiske og selv-misbrukende selv-aspekter klarer å skape både teoretisk refleksjon og mulige kliniske tilnæringsmåter til svært iøyenfallende defensive og destruktive væremåter hos disse pasientgruppene. Med sine "analytikerensentrete" tolkninger viser også Steiner (5), hvordan dette kan kommuniseres til pasienten uten å bli anklagende. Det er vår erfaring at det også vil være sterkt behov for å kunne reflektere rundt og få innsikt i denne del av den subjektive og mellommenneskelige realiteten. *Samtidig opplever vi at Steiner, Bromberg, Davies & Frawley nettopp også gjør dette på en måte som burde gi tilstrekkelig rom for empatisk forståelse til å komme i kontakt med disse pasientene, og ikke belaste dem med ytterligere selvanklager.* Vi ser også at det er klare paralleller mellom intersubjektivitetsteorien og for eksempel Winnicott og Sullivan sine perspektiv, uten at disse perspektivene trekkes inn som mulige konstruktive bidrag. Når Stolorow, Brandschaft og Atwood trekker frem andre teoretikere og andre tradisjoner, blir det i stor utstrekning for å fremheve hvordan de er forskjellige fra dem og hvor de er uenige med dem. Men etter vår mening utnytter de ikke det dialogiske potensial i slike drøftinger – hvordan forskjeller i teoretiske perspektiv kan utfylle og berike hverandre.

Det nevropsykoanalytiske perspektiv

I den nye nevropsykoanalytiske forsknings- og teoritradisjonen har en søkt å skape et integrativt alternativ som nettopp tar for seg samspillet mellom det mellommenneskelige miljø og nevrobiologien. Vi kan dele det nevropsykoanalytiske bidraget inn i to deler, og gjør denne grove oppdelingen for å vise hvordan koblingen mellom nevrovitenskap og psykoanalyse har i seg svært ulike utgangspunkt hva gjelder etiologi og forståelse av alvorlig psykopatologi.

På den ene siden har vi det prosjektet som ønsker å gjøre psykoanalysen mer "stueren" ved å bruke begreper og forskningsmetoder fra nevrologi, nevropsykologi og naturvitenskap til å finne det nevrologiske "grunnlaget" for psykoanalysen. Det hevdes at dette er i Freuds ånd og at Freuds mål eller ønske var å finne det organiske grunnlaget for psykens fungering. Representanter for denne retningen er Kandell (48, 49) og Solms & Turnbull (50).

På den andre siden har vi prosjektet med å finne sammenhengen mellom dårlige relasjonelle og intersubjektive vilkår for tidlig utvikling, og senere nevrologiske avvik og hjerneorganisk skjevutvikling. Det dreier seg om hvordan hjernen utvikler seg gjennom samspill med miljøet rundt barnet, det vil si, de primære omsorgspersonene. Hjernen vokser og utvikler seg med stor fart i de første leveår og det er i dag liten tvil om at deler av denne utviklingen i stor grad styres og påvirkes av barnets relasjoner til sine nærmeste (51, 52, 53, 54, 55, 56, 57).

Hvordan står så de relasjonelle tilnærmingenes antakelser om at selvet oppstår og dannes innenfor en "relasjonell matrise" eller et "intersubjektivt felt" i forhold til dette nevrobiologisk orienterte utviklingsperspektivet? Hjernens utvikling er spesielt stor og rask de første to leveårene, og spesielt viktig er de første måneder av livet. I denne fasen er barnet særlig avhengig av visse relasjonserfaringer, og følgelig sårbart for mangler, hindringer og negative utfall i den relasjonelle omsorg. Spesielt gjelder det den tidlige relasjonen mellom foreldre og barn. Det nyfødte barnets hjerne består av et enormt antall nevroner som ennå ikke er satt sammen i funksjonelle nettverk. Den primære utvikling av hjernen foregår som stadig nye koblinger mellom nevroner og grupper av nevroner til synapser. Koblingen mellom nervecellene er avhengig av en tilsvarende kobling mellom mennesker, eller sagt på en annen måte: Barnet trenger samspill med foreldrenes utviklede og modne hjerne for å kunne utvikle sin egen hjerne (56).

Denne forskningen underbygger betydningen av det tidligste mor-barn samspillet for utviklingen av psykopatologi, noe vi finner innenfor den nykleinianske gruppen og i intersubjektivitetsteorien. Hvis barnets primære omsorgsrelasjon er for dårlig, eller hvis barnet utsettes for overgrep og/eller følelsesmessig neglisjering, vil utviklingen av nevrologiske strukturer i hjernen bli skadelidende. For eksempel kan stress-utløste nevrokjemiske stoffer (hormoner, neurotransmitorer) føre til celledød i en sårbar spedbarnshjerne (52, 54). Hjernens utvikling er i stor grad erfaringsavhengig (57) og bruksavhengig (7). Ved mishandling

Der huset brenner

vil deler av barnets hjerne bli overutviklet, mens neglekt og mer subtile, men varige emosjonelle mangler i omsorgen, kan føre til at andre deler av hjernen ikke blir stimulert og dermed atrofiere (9). Det lille barnets hjerne er meget tilpasningsdyktig, og omtales som *nevroplastisk* (51). Nevroner er konstruert for å kunne forandre seg som respons på ytre signaler. Slik lagrer nevronene i hjernen informasjon (54). Skadelige tidlige erfaringer eller alvorlige mangler i den daglige omsorg kan føre til nevrobiologiske skader, som igjen kan gjøre at barnet utvikler en rekke forskjellige problemer som lærevansker, forsinket språkutvikling, manglende empati, hyperaktivitet, distraherbarhet, forstyrrende atferd eller ekstrem vaksomhet (58).

Erfaringens rolle i hjernens utvikling

Det skiller ofte mellom to måter hjernen utvikler seg på i relasjon til sitt ytre miljø. Disse to måtene beskrives av Greenough & Black (59) som henholdsvis erfaringsforventet og erfaringsavhengig (experience-expectant og experience-dependent).

Med erfaringsforventet menes at deler av barnets hjerne kun utvikles i spesielle perioder. Barnet blir født med en genetisk programmert overproduksjon av synapser i deler av hjernen som skal fange opp og delta i et forventet samspill med spedbarnets miljø (57). De nervebaner og synapser som blir utviklet og styrket er avhengig av innholdet i og kvaliteten på det kontinuerlige samspill med den primære omsorgspersonen. Ønsket om å forholde seg til omsorgspersonen er genetisk forutbestemt, men utfallet av samspillet er avhengig av omsorgspersonens svar på barnets søken. Det er denne genetiske forutbestemthet som styrer de erfaringsforventede periodene i hjernens utvikling. Dette samspillet dreier seg om sensorisk input, hvordan spedbarnet blir håndtert, foreldrenes blick og stemmer, og foreldrenes svar på spedbarnets tilknytningsatferd. Fravær eller dårlig samspill i disse kritiske periodene vil bety at enkelte funksjoner ikke utvikles eller blir sterkt reduserte. Det kan dreie seg om deler av synsfunksjonen, språkutvikling og tilknytning.

Det spesielle ved den erfaringsforventede utvikling er at hjernen synes preprogrammert til å være innstilt på spesiell miljøpåvirkning i en avgrenset periode. Når denne perioden er over, "ukkes døra" for denne type miljøpåvirkning for akkurat denne delen av hjernen (57), og dermed for bestemte typer mentale funksjoner.

Ved erfaringsavhengig utvikling er miljøpåvirkningens rolle mer generell og ikke fastlagt til spesielle genetisk bestemte perioder. Denne utviklingen er unik for barnet og for hver mor/far-barn relasjon. Den erfaringsavhengige utvikling skaper nye synapser som følge av nye erfaringer. Slik skapes og formes personlige og unike trekk ved barnet. Et slikt perspektiv synes i høyeste grad forenlig med perspektivet på selvet som dannet innenfor den "relasjonelle" matrisen, betydningen av containment og antagelsen om hvordan selvet og følelsene får mening innen det intersubjektive feltet. Vektleggingen av hva som faktisk må gis barnet danner et korrektiv til Freuds antagelser om frustrasjonen og deprivasjonen som livets læremestre.

For utvikling av alvorlig psykopatologi vil det være naturlig å tenke at mangelen på viktige erfaringer i kritiske perioder, som ved ekstreme neglekt-tilstander, er en viktig faktor. Det kan for eksempel være en manglende mulighet for barnet til å utvikle tilknytningsatferd (60, 61).

Den andre alvorlige fare for utvikling av psykopatologi er knyttet til den erfaringsavhengige utvikling av hjernen. Her dreier det seg om uheldige, belastende og stress-fremkallende erfaringer som barnet utsettes for. Dette kan være traumatiske situasjoner som spedbarnet umulig kan komme ut av (52, 58, 62). Det kan være overgrep av fysisk og/eller psykisk art, eller eksponering for et miljø med høy grad av vold, rus og ustabilitet. Fellesnevner for disse erfaringene er den omfattende mangel omsorgspersonene viser i å kunne regulere spedbarnets sterke affekter (7, 9, 55).

Forløpet av den erfaringsbestemte utviklingen vil selvsagt også kunne interagere med eventuelle organisk betingede dysfunksjoner, som det også finnes flere indikasjoner på i forhold til spesielt schizofreni (63). Det blir imidlertid her særlig sentralt å sette fokus på hvordan slike dysfunksjoner vil kunne innvirke på forholdet til barnets miljø, for eksempel hvordan det kan påvirke terskelen for hva som oppleves som overveldende og traumatisk. Det er mange måter å møte et vart og sårbart barn på. Også når vi inkluderer organiske sårbarheter vil relasjonene på en dyptgripende måte påvirke hjernens utvikling.

Utviklingen av et barns hjerne er avhengig av forutsigbarhet og kontroll. Ved overgrep og neglekt vil forutsigbarhet og kontroll bli forstyrret i avgjørende negativ grad (52). Hjerneorganisk skjer dette blant annet ved at det utvikles for få synapser, at viktige deler av hjernen under- eller overutvikles, og ved sterk og langvarig utløsning av kroppens stressrespons, med blant annet utskillelse

Der huset brenner

av kortisol, overbelastning av immunsystemet og overproduksjon av ulike neurotransmittorer. Alt dette er skadelig for en sårbar hjerne i utvikling.

Tidlige negative interpersonlige erfaringer er ofte starten på et vedvarende mønster av neglekt, overgrep eller opplevelse av vold og bråk mellom foreldrene. Den stressende situasjonen blir stadig repetert. Spedbarnets behov for forutsigbarhet og kontroll er fullstendig knyttet til den primære omsorgspersonens reliabilitet (57). Men når den personen som skal regulere og mildne barnets stressrespons, er den samme som skaper denne responsen, kan barnet komme i en kronisk tilstand av katastrofe. Denne kroniske traumetilstanden er svært skadelig for hjernens utvikling (54, 64).

Van der Kolk (64) beskriver hvordan deler av det limbiske system og assosierte deler av cortex gjennom vedvarende traumetilstander kan bli satt i en kronisk alarmberedskap, som overstyrer frontale deler av hjernen og fører til voldelighet og hyperaktivitet. Det er de frontale deler av cortex, nærmere bestemt de orbitofrontale deler som skal styre og regulere atferd (8). Arnsten (65) beskriver hvordan den prefrontale cortex skades ved kronisk stress. De funksjoner som blir skadelidende er blant annet evnen til å planlegge og organisere, til å holde tilbake upassende reaksjoner og impulser, og evnen til å unngå distraksjoner. Skader i disse "executive functions" vil kunne gi et symptombilde ikke ulikt ADHD.

Sluttord

Vi har her undersøkt forståelsesrammene for alvorlig psykopatologi innenfor tre nyere relasjonsperspektiv – den relasjonelle psykoanalysen, den nykleinianske gruppen og intersubjektivitetsteorien. Vi ser en rekke klare fellestrekk. Alle tre vil forstå symptomatologien ved alvorlig psykopatologi i en kontekst av utilstrekkelige emosjonelle samspill, hvor personen har tapt tilgang på relateringsformer som sikrer sammenheng i selvopplevelse og klar persepsjon av andre, og hvor tilbaketrekningstendenser dominerer. Det foreligger i dag neurobiologiske perspektiver og forskningsfunn som vektlegger hvordan visse former for hjerneorganisk utvikling er avhengig av erfaringer innenfor et relasjonelt miljø. Emosjonell neglisjering og mishandling vil således også få klare negative konsekvenser for hjernens utvikling. Dette kan igjen sees som neurobiologiske korrelater til den tilbaketrekning fra emosjonell kontakt og etablering av private og konkretistiske meningsstrukturer som de relasjonelle perspektiv i psykoanalysen beskriver.

Vi ser her muligheten for å betrakte det nevrobiologiske perspektivet som en supplerende heller enn en konkurrerende forståelsesmåte. Mellom de ulike psykoanalytiske perspektivene finner vi imidlertid en ulik vektlegging av konfliktelementet i patologiforståelsen, hvor deler av den kleinianske gruppen bruker et begrepsapparat der alvorlig patologi sees i lys av destruktive primalscenefantasier. Hos andre kleinianere finner vi et sterkere fokus på reelle relasjoner i både fortid og nåtid, i tillegg til ubevisste fantasier knyttet til disse. Konflikter og dissosiasjon knyttet til selvaspekter som kjennes uforenlige hos disse pasientene, og deres beskyttelsesstrategier i form av "skall" eller "psykisk tilbaketrekning", blir et fellestrekk i patologibeskrivelsen både i den relasjonelle psykoanalysen, intersubjektivitetsteorien og den "mykere" del av den kleinianske tradisjon, slik som hos Alvarez, Steiner, Feldman og de senere skriftene til Joseph. Vi synes imidlertid å finne en mer markant nedtoning av konflikt, særlig knyttet til aggressiv affekt og internaliserte sadistiske relasjoner, i intersubjektivitetsteorien. Intersubjektivitetsteorien synes derimot i liten grad å gå inn i dialog med den relasjonelle og nykleinianske psykoanalysen på felt hvor det er naturlig, for eksempel vil Steiner sin beskrivelse av "analytikersentrerte" tolkninger ligge nært opp til det lyttesperspektiv som anbefales i intersubjektivitetsteorien. En parallell tendens til å overse intersubjektivitetsteorien og den relasjonelle psykoanalysen finner vi også hos flere nykleinianere, med Alvarez som et klart unntak. Synsmåtene i disse tradisjonene har både sentrale likheter og forskjeller som etter vårt syn gjør det ønskelig med en større grad av dialog og utveksling mellom dem.

Referanser:

1. Freud, S. (1914). *On narcissism: An introduction*. S. E. 14
2. Mitchell, S. A., Aron, L. (Eds.) (1999). *Relational Psychoanalysis: The emergence of a tradition*. New York: Analytic Press.
3. Alvarez, A. (1992). *Live company: psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London: Routledge.
4. Joseph, B. (1989). *Psychic equilibrium and psychic change*. Eds. M. Feldman & E. Bott Spillius. London: Routledge.
5. Steiner, J. (1993). *Psychic retreats: Pathological organisations in psychotic, neurotic, and borderline patients*. London: Routledge.
6. Orange, D. M., Atwood, G. E. & Stolorow, R. D. (1997). *Working intersubjectively. Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, N. J.: Analytic press.
7. Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
8. Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 8, 59-87.

Der huset brenner

9. Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22, 201-269.
10. Ferenczi, S. (1955). *Final contributions to the problems & methods of psycho-analysis*. New York: Basic Books.
11. Ferenczi, S. (1988). Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 196-206.
12. Klein, M. (1940). Mourning and its relations to manic-depressive states. I *Love, guilt and reparation: and other works 1921-1945*. (ss. 344 – 369). London: Virago Press. (1998).
13. Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. I *Envy and gratitude: and other works 1946-1963*. London: Virago Press. (1988).
14. Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. New York: Basic Books.
15. Winnicott, D.W. (1965). The theory of the parent-infant relationship. I *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
16. Fairbairn, W. R. D. (1943). The repression and the return of bad objects (with special reference to the 'war neuroses'). *British Journal of Medical Psychology*, 19, 327-341.
17. Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
18. Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
19. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
20. Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
21. Bromberg, P. M. (2001). *Standing in the spaces. Essays on clinical process, trauma and dissociation*. New York: Analytic Press.
22. Ghent, E. (1990) Masochism, submission, surrender: Masochism as a perversion of surrender. *Contemporary Psychoanalysis* 26, 108-136.
23. Davies, J. M. & Frawley, M. G. (1994) *Treating the adult survivor of childhood sexual abuse. A psychoanalytic perspective*. New York: Basic Books.
24. Mitchell, S. A. (2000). *Relationality: From attachment to intersubjectivity*. New York: The Analytic Press.
25. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
26. Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London Tavistock.
27. Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books.
28. Våpenstad, E. V. (2003). Selvavsløringer og nyere psykoanalyse. Om terapeutens subjektive bidrag. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 848-856.
29. Maroda, K. J. *Seduction, surrender, and transformation. Emotional engagement in the analytic process*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
30. Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
31. Greenberg, J. R. (1991). *Oedipus and beyond. A Clinical Theory*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
32. Klein, M. (1928). Early stages of the oedipus conflict. I M. Klein, *Love guilt and reparation*. (ss. 186-198). London: Vintage. (1998).

33. Klein, M. (1926). The psychological principles of early analysis. I M. Klein, *Love guilt and reparation*. (ss. 128-138). London: Vintage. (1998).
34. Feldman, M. (1997). Splitting and projective identification. I R. Schafer (Ed.), *The contemporary kleinians of London*, (ss. 119-139). Madison, Connecticut: International Universities Press.
35. Daniel, P. (1997). A kleinian view of early development as seen in psychoanalysis in children and adults. I M. Moskowitz, C. Monk, C. Kaye & S. Ellman (Eds.), *The neurobiological and developmental basis for psychotherapeutic intervention*, (ss. 155-188). New Jersey: Jason Aronson.
36. Gabbard, G.O. & Wilkinson, S.M. (1996). *Borderlinebehandling og modoverføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
37. Pick, I. B. (1997). Working through in the countertransference. I R. Schafer (Ed.), *The contemporary kleinians of London*, (ss. 348 – 367). Madison, Connecticut: International Universities Press.
38. Feldman, M. (1997). The dynamics of reassurance. I R. Schafer (Ed.), *The contemporary kleinians of London*, (ss. 321 – 343). Madison, Connecticut: International Universities Press.
39. Ornstein, P. H., Ornstein, A. (2003). The function of theory in psychoanalysis: A self psychological perspective. *Psychoanalytic Quarterly*. 72, 157-182
40. Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. & Fosshage, J. L. (1992). *Self and motivational systems: Towards a theory of psychoanalytic technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic press.
41. Beebe, B. & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: co-constructing interactions*. London: The Analytic Press.
42. Stolorow, R. D., Brandschaft, B. & Atwood, G. E. (1987). *Psychoanalytic treatment. An intersubjective approach*. Hillsdale: The Analytic Press.
43. Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
44. Kernberg, O. F. et al. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books, c1989.
45. Atwood, G. & Stolorow, R. D. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
46. Segal, H. (1957/1988). Notes on symbol formation. I E. B. Spillus (Ed.) *Melanie Klein Today. Developments in theory and practice. Volume 1: mainly theory*. London: Routledge.
47. Stolorow, R. D., Atwood, G. E. & Orange, D. M. (2002). *Worlds of experience. Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
48. Kandell, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American journal of psychiatry*, 155, 457-469.
49. Kandell, E. R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American journal of psychiatry*, 156, 505-524.
50. Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world*. London: Karnac.
51. Balbernie, R. (2001). Circuits and circumstances: the neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of child psychotherapy*, 27, 237-255.
52. Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain – A review. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41, 97-116.

53. Pally, R. (2000). *The mind-brain relationship*. London: Karnac Books.
54. Perry, B. D., Pollard, R.A., Blakley, T. L., Baker, W. L., Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits." *Infant Mental Health Journal*, 6, 271-291.
55. Schore, A. N. (2003). Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. I M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma. Attachment, mind, body and brain*, (ss. 107-167). New York: W. W. Norton.
56. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York: The Guilford Press.
57. Glaser, D. (2003). Early experience, attachment and the brain. I J. Corrigan & H. Wilkinson (Eds.), *Revolutionary connections. Psychotherapy and neuroscience*. (ss. 117-134). London: Karnac books.
58. Thomas, J. M. (1995). Traumatic stress disorder presents as hyperactivity and disruptive behavior: Case presentation, diagnoses and treatment. *Infant mental health journal*, 16, 306-317.
59. Greenough, W. & Black, J. (1992). Induction of brain structure by experience: Substrate for cognitive development. I M. R. Gunnar & C. A. Nelson (Eds.), *Minnesota Symposia on Child Psychology, 24: Developmental Behavioural Neuroscience* (ss. 155-200). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.
60. Gunnar, M. R. (1998). Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Preventative Medicine*, 27, 208-211.
61. Solomon, J. & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory. I J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization*, (ss. 3-32). New York: Guilford Press.
62. Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence". I J. D. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (ss. 124-149). New York: Guilford Press.
63. Marengo, S. & Weinberger, D. R. (2000). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: Following a trail of evidence from cradle to grave. *Development and Psychopathology*, 12, 501-527
64. van der Kolk, B. A. (2003). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. I M. F. Solomon & D. J. Siegel (Eds.), *Healing trauma. Attachment, mind, body and brain*, (ss. 168-195). New York: W. W. Norton.
65. Arnsten, A. (1999). Development of the cerebral cortex: XIV. Stress impairs prefrontal cortical function. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 38, 220-222.

Psyko-terapeuters själv-bilder

Matrix 2004; 2, s.123-143

Gudrun Olsson

Syftet med denna kvalitativa studie är att utifrån en narrativ utgångspunkt försöka formulera den psyko-terapeutiska praktikens erfarenhet. Studiens övergripande frågor handlar om vad som karaktäriserar de ögonblick eller situationer i en psyko-terapi då något terapeutiskt gynnsamt tycks ha inträffat och hur psyko-terapeuters självrepresentation framträder vid dessa gynnsamma tillfällen. Psyko-terapeuter ombads att berätta om ett specifikt tillfälle då de ansåg att något gynnsamt skett i en psyko-terapi. Berättelsetexterna analyserades utifrån självrepresentationen. Vilken bild vill psyko-terapeuter ge av sig själva i de goda skeenden de berättar om? Och hur göres självbilden trolig? Det diskuteras hur man genom att framhäva det problematiska i en situation och sedan markera en vändning till det bättre kan hävda en speciell självbild.

Inledning

Den psyko-terapeutiska erfarenheten

Den psyko-terapeutiska erfarenheten kan inte förmedlas på något enkelt sätt. När vi reflekterar över vilka värden som är vägledande för gott psyko-terapeutiskt arbete hamnar vi ofta i ett katalogiserande över terapeutegenskaper såsom förmåga till empati och självanalys, patientegenskaper såsom motivation och vilja till förändring eller vi betonar arbetsalliansens värde för det gemensamma arbetet. Kanske vi låter patienten bli bärare av en diagnos, som på något sätt skulle kunna avslöja hur det framtida arbetet kommer att gå. Men diagnoser tvingar alltid in personer i en form som är mindre än de själva och diagnoser tenderar att beskriva människor i deras värsta ögonblick, inte i deras bästa. Ett katalogiserande säger inte särskilt mycket om det psyko-terapeutiska arbetets verklighet, om psyko-terapi som praxis. Praxis betyder handling, och praktisk kunskap har av Rolf (1) beskrivits som förmåga till goda handlingar.

Frågan blir hur goda handlingar kan skiljas från handlingar som inte är goda. Såsom Reeder (2) påpekar, kan inte det goda ges en abstrakt bestämning utan det goda kan enbart utövas. Polanyi (3) säger att den kvalificerade praktiska kunskapen vilar på regler, som ordnar en mängd möjliga handlingar i bättre eller sämre, bra eller dåliga. Men reglerna är vaga, svårformulerade, föränderliga, kontextberoende och mångtydiga – och måste så vara. De har en tyst dynamisk funktion och modifieras inför de nya situationer som dyker upp.

Hur kan vi som forskare bidra till att formulera den psykoterapeutiska praktiken erfarenhet? Min utgångspunkt är att undersökningen av praktikens problem bör vägledas av praktikens vetenskapsteori (4, 5). Den psykoterapeutiska praktiken handlar om att förstå människors upplevelsevärldar, att hantera problematiska, förbryllande, osäkra situationer, att skapa mening i det som tycks sakna mening. I ett intersubjektivt perspektiv vilar den psykoterapeutiska erfarenheten på det unika mänskliga mötet. I praktikens vetenskapsteori utgör dialogen den grundläggande modellen för kunskapsbildning. Kunskapen växer således fram utifrån dialogen mellan forskare och deltagare, mellan berättare och lyssnare eller mellan läsare och text. Forskaren deltar i den värld som han/hon studerar, vilket innebär att forskningsprocessen inte kan skiljas från det som undersöks. Vad man vet är inte skilt från den som vet. Kunskapen formas av forskarens liv och person. Om man skulle försöka förstå praktiken utifrån den kunskapsteori som är dominerande inom universiteten, nämligen teknisk rationalitet, kan praktiken komma att reduceras till instrumentell problemlösning (6), vilket bygger på den falska föreställningen att praktikern skulle syssla med lösningen av ett väldefinierat, avgränsat problem.

Det narrativa vetandet

Vidare utgår jag från att berättande är ett speciellt vetande och en grundläggande mänsklig aktivitet. Berättandets funktion är att organisera och förmedla erfarenhet. Vi berättar för att skapa sammanhang i våra liv och för att bygga värderingar. Men dessutom formas våra liv och våra relationer av våra berättelser. Att vi lever våra liv i enlighet med berättelserna är just innebörden i den narrativa metaforen (7). Hur vi bygger upp berättelser, väljer ord, framställer oss själva säger mer om vem vi är än vad vi tidigare trott. Vad än en berättelse handlar om, kan man säga att den på en nivå alltid handlar om berättaren själv. En själv-bild framträder eller bilder av "multiple selves" gestaltas i berättelsens form. Som Stiles (8) framhåller, ligger fördelen med att i forskningssammanhang använda berättelser i att man i stunden ofta kan återberätta ett skeende

även om man inte förstår det. Berättelser inbjuder därmed till tolkningar som går bortom berättarens artikuleringsförmåga. "We live in a storied world", säger McLeod (9). Men ofta uppskattas berättelser bara som underhållning, och vi tar dem inte på allvar. Vi ställer oss ofta frågan om berättelsen är sann eller påhittad, "bara en historia". Emellertid är det narrativa vetandet av annat slag än det paradigmatiske vetandet (10). Dessa båda kunskapsformer visar på skilda vägar när det gäller att konstruera verkligheten. Det paradigmatiske vetandet är rotat i vad vi brukar kalla (natur)vetenskap och vilar på vissa antaganden och procedurer; det är abstrakt, opersonligt, fritt från socialt kontext, logiskt och prediktivt. Man söker det universellt sanna över tid och plats. Sant blir det som överensstämmer med en "yttre" verklighet.

Det narrativa vetandet är inbäddat i en social värld, som är känd både för berättare och lyssnare. En berättelse återger något konkret som redan hänt – inte något som brukar hända; berättelsen bygger på en rad faktiska omständigheter och händelser men också på avsikter, tankar, känslor, vilja, överväganden, beslut. Alla dessa enskilda händelser kommer inordnas i en mänskligt handlande värld, och händelserna binds samman till en meningsfull helhet, en kedja med ett ursprung, en riktning och ett slut. En sådan struktur med en början, en händelseutveckling och ett slut utgör det minsta krav man kan ställa på en berättelse. Om berättelsen inte följer detta mönster, upplevs den som egendomlig eller ofullständig. Men många menar att en god välformad berättelse har en mera komplex struktur, som exempelvis återfinns i Labov och Waletzky's (11) tidiga modell. Avgörande är dock att händelserna ordnas i en bestämd tidsföljd. Därmed förmedlas berättelsens inneboende "nextness" (Och vad hände sedan?). Om ordningsföljden ändras, ändras också innehållet i berättelsen. Vidare skall berättelsens poäng framgå. Lyssnaren eller läsaren skall inte behöva fråga sig varför detta berättades. Den narrativa sanningen kommer således mera att bygga på hur väl en berättelse lyckas förmedla förståelse och sammanhang, på dess förmåga att övertyga, än på historiska fakta, även om det inte behöver föreligga något motsatsförhållande mellan den narrativa sanningen och den historiska sanningen (12).

Utifrån detta perspektiv kan man säga att psykoterapi är en plats, där vissa historier berättas på visst sätt: Vem är jag? Vad vill jag? Vad bekymrar mig? De berättas till en lyssnare som har mandat av kulturen att höra sådana historier (9). Människor måste få berätta de historier de behöver och på det sätt de själva väljer.Handledningssituationen är på motsvarande sätt en plats där nya berättelser formas utifrån vad terapeuter hört, sett och upplevt.

Meta-narrativ

Terapeuter avslöjar vanligen inte berättelser om sina personliga problem för sina patienter. På en annan nivå kan man emellertid påstå att varje reflektion, varje kommentar eller tolkning som terapeuten kommer med, faktiskt är ett redskap för att kommunicera en berättelse bit för bit, en berättelse om vad livet handlar om, hur det bör levas, en berättelse om det goda livet. Exempelvis förmedlas bilder av självförverkligande, bemästrande, autonomi och ansvar. Det går inte att låta bli att förmedla en berättelse om det goda livet till patienter, och berättelsen kommer att fungera som en allmän, övergripande berättelse, en meta-narrativ, som patienter utgår från då de formar sin livsberättelse. Den teori som en terapeut använder sig av fungerar också som en meta-narrativ. Kanske det förhåller sig så att all teori kräver en narrativisering för att den skall bli hanterlig som kunskap. Schafer (13) summerar de mest använda psykoanalytiska meta-narrativen. Freud använde två narrativa strukturer. Den ena strukturen börjar med barnet som ett vilddjur (detet) och slutar med ett domesticerat vilddjur som tämjts av frustrationer. I den andra narrativen framställs människans psyke som en maskin, "den mentala apparaten", som fungerar som ett slutet system med en viss mängd energi. Maskinen har mekanismer till sitt förfogande (försvarsmekanismer). Melanie Kleins meta-narrativ börjar med ett ursinnigt barn vid bröstet. Livet börjar med galenskap vilket betyder att vi också tar in andras galenskap och vi fortsätter att vara mer eller mindre galna – även om det finns hopp. Heinz Kohut' barn drivs av en nästan instinktliknande strävan att förverkliga ett sammanhållet själv men hindras ständigt av omgivningens empatiska misslyckanden.

Begreppet meta-narrativ hjälper oss bort från kravet på en "sann" terapi-teori. Den teori vi utgår från blir bara en berättelse bland många andra. Detta i sin tur kan hjälpa oss att få en mer rimlig hållning till vetenskap och "säker" kunskap. Psykoterapi blir inte längre en "behandling", där en expert behandlar en icke-expert – även om asymmetrin i vissa avseenden aldrig bör upphävas – utan en arena för berättelser. Och forskningssituationen blir inte längre en situation där en "observatör" iakttar en annan persons reaktioner efter att personen utsatts för påverkan – må det vara en påverkan i termer av en "lågdostrapi", eller väl avvägda överföringstolkningar, som portioneras ut efter en manual – utan båda personerna ryms inom den vetenskapliga berättelse som skapas och båda är inblandade i skapandet. Det är på en arena som medskapare till berättelser som jag nu kommer uppehålla mig i mitt försök att systematisera och ge röst åt den psykoterapeutiska erfarenheten.

Studien

Studiens övergripande frågor handlar om vad som karakteriserar de ögonblick eller de situationer i en psykoterapi då något terapeutiskt gynnsamt tycks ha inträffat och hur psykoterapeuters själv-representation framträder vid dessa gynnsamma tillfällen. Med hjälp av psykoterapeuters berättelser tänker jag mig att ögonblicken kan "frysas" och bli föremål för analys.

Psykoterapeuterna i studien hade alla nyligen avslutat en 3-årig legitimeringsgrundande psykoterapiutbildning med psykoanalytisk inriktning. De hade en tidigare yrkesidentitet som exempelvis kurator, läkare eller psykolog och hade arbetat i dessa yrken 10-20 år. Vi kan förmoda att den period då psykoterapeuter just avslutat en kvalificerad psykoterapiutbildning är en känslig övergångstid eftersom de då lämnas att själva forma sitt arbets-ego. Jag bad dem att skriva en berättelse: "Berätta om ett tillfälle då du tycker att något terapeutiskt bra hänt i en terapi med en patient". Jag har tagit del av ca 100 skrivna berättelser.

Urvalet av de 9 berättelser, som jag kommer använda mig av som exempel, grundas på bredd. En kvalitativ analys syftar just till att ge så många perspektiv som möjligt. Bredden har tagit sig uttryck på olika sätt. Kvinnliga och manliga terapeuter berättar om sina kvinnliga respektive manliga patienter (även om antalet kvinnliga terapeuter som berättar om kvinnliga patienter överväger), både vuxen- och barnterapi förekommer, patienternas problematik är mycket skiftande, olika faser i terapiförloppen finns representerade, händelserna är hämtade från olika tidpunkter i en session. Framställningen av berättelserna är byggd på en sammanfattning men oftast är själva kärnan återgiven i en relativt orörd form.

Det är möjligt att urskilja två olika sätt, på vilka vi kan närma oss psykoterapiberättelser. (1) Vi kan inta ett utifrån-perspektiv, ett "narrative-as-text"-perspektiv. Här utgår man exempelvis från identifierade berättelser i transkriberade terapi-sessioner eller i andra texter och analyserar dem utifrån någon frågeställning. McLeod och Balamoutsous (14) studie av en transkriberad terapisesion, där de identifierade olika aspekter av en narrativ process utgör exempel på ett sådant utifrån-perspektiv. (2) Vi kan närma oss psykoterapiberättelser genom att fokusera på den subjektiva upplevelsen av själva berättandet och den funktion berättandet kan tänkas ha. Rennies (15) studie av hur patienter upplever berättandet utgör här ett exempel.

Den inriktning jag valt är ett "narrative-as-text"-perspektiv. Jag tror dock att de båda inriktningarna med fördel skulle kunna förenas. En berättelsetext från en psykoterapi- eller handledningssituation kan "komma till liv" genom att vi också tar del av hur patienter och terapeuter upplever själva aktiviteten att berätta. Vad innebär berättandet för dem?

Hur tolkning av berättelsetexter kan gå till har jag beskrivit utförligt i tidigare arbeten (16, 17). Här kan i korthet nämnas att jag inspirerats av Ricoeurs (18) tankar om hermeneutisk texttolkning. Det är viktigt att notera att den skrivna diskursen, texten, är olik den diskurs som en gång var en levande dialog. I dialogen är de som samtalar närvarande inför varandra och det mellanmännliga klimatet kan avläsas av båda parter. För att förstå vad den andre säger kan man stödja sig på exempelvis intonation, mimik, gester, medan den skrivna diskursen inte kan "räddas" med hjälp av sådana ledtrådar. I den talade diskursen riktas talet till en annan person som är närvarande. I den skrivna diskursen riktar man sig till vem som helst som kan läsa. Det tycks således som om den skrivna diskursen innebär en slags alienation. Emellertid sker något mycket avgörande då texten intagit det levande talets plats; texten öppnas upp för obegränsad läsning och är inte längre bunden till den tid och plats, där dialogen ägde rum. Detta innebär att man slipper den dialogiska situationens begränsningar. Texten söker en läsare och hänger i luften i en slags "oavgjordhet" tills den mött en uttolkare. Genom tillägnelse har läsaren möjlighet att göra texten till sin egen. Genom förståelse och tolkning låter man det som var främmande och distanserat tala igen. Jag utgår således från att en annan läsare finner andra tolkningar än de jag funnit, läser texten på sitt sätt. Som Stiles (8) påpekar, skulle "konsensus" tyda på konformitet. Min uppgift är emellertid att förankra eller grunda mina tolkningar i data så att en läsare kan förstå hur jag kommit fram till tolkningarna. Vidare är min uppgift att reflexivt uppmärksamma den roll min subjektivitet spelar genom hela forskningsprocessen (19).

Jag har genom den rubrik jag givit varje berättelse-exempel försökt fånga ett framträdande drag i terapeuters självrepresentation.

Självrepresentationen

Att söka sin egen röst

Att å ena sidan införliva ideal och normer, och å andra sidan finna en egen stil, ett eget uttryck kan betraktas som själva kärnan i formandet av en psyko-

terapeutidentitet. I följande exempel illustreras hur en kvinnlig terapeut försöker förhålla sig till idealiserade teorier och hur hon söker sin egen röst. Hon berättar om en patient, en kvinna i 40-årsåldern som missbrukat amfetamin sedan tonåren. Patienten har dock varit drogfri under de drygt fyra år som terapin har pågått. Vi kommer in i berättelsen vid en tidpunkt som präglas av stillastående.

”Efter sommaruppehållet kändes det som att terapiprocessen avstannat, som att patienten var på väg att möta mer depressiva känslor men inte vågade, utan backade och föll in i ett idealiserande eller nedvärderande förhållningssätt. Jag tyckte att jag försökte tolka på materialet och dra in det i överföringen. Jag kunde få ett visst gehör, men sedan återgick patienten mer till klyvning och det kändes som vi stod på samma fläck och stampade. Jag uppfattade det som en kris i terapin. Jag tänkte att jag begär ’time-out’. Jag tog upp med patienten hur jag uppfattade det, att hon bar på en sorg, som var så svår att kännas vid att varje gång hon närmade sig den så backade hon, att vi behövde prata om det. Kvinnan visar en lättnad och säger att hon är medveten om att där finns en sorg. ’Jag vill inte känna sorgen men jag vet att jag behöver’, säger hon”.

Terapeuten framställer sig som en person som låter sig inspireras – eller terroriseras – av teorier i allmänhet och Melanie Kleins teori i synnerhet. Hon framstår som distanserad, då hon exempelvis talar om patienten som återgår till klyvning. Bitvis har berättelsen en abstrakt och något teknisk framtoning. Terapeuten säger exempelvis att hon ”försökte tolka på materialet och dra in det i överföringen”. Det låter som hon har ansträngt sig för att omsätta teorierna i det praktiska arbetet, eller kanske snarare anpassat verkligheten efter teorierna. Trots idoga ansträngningar, ”jag tyckte att jag försökte tolka...”, uppstod stillaståndet. Ur stillaståndet växer emellertid en ny självrepresentation fram, då terapeuten söker sig bortom teorier och ”måsten”. Utan tvekan är det terapeuten som bryter stillaståndet. Hon gör det genom att inom sig fatta ett beslut, begära ’time-out’, kanske ett uttryck för att i viss mening ge upp den läroboksstyrda hållningen och söka sin stil.

Terapeutens relationsskapande

Föreställningen om att människors psykologiska problem kan förstås utifrån tidiga problematiska relationer är en väl etablerad ”sanning” inom psykoanalytisk psykoterapi. Om det är en relation som en gång var orsak till lidandet,

torde det senare i livet också vara en relation som kan läka, tycks logiken vara. Den psykoterapeutiska relationens förändringspotential utgör en slags bas i den psykoterapeutiska praktiken, och psykoterapeuters självbild präglas i stor utsträckning av just deras förmåga att träda i relation, att erbjuda sig själva som goda relaterande "objekt". Om brister i relaterandet blir synliga, om ingen relation skapas, blir detta naturligtvis en utmaning för terapeuten. Terapeuten börjar leta bland sina redskap. Ett sådant redskap är meta-kommunikationen, samtalet om vad som sker i relationen här-och-nu och vad som inte sker. Följande berättelse illustrerar den frustration som kan upplevas hos terapeuten då relaterandet inte är sådant som terapeuten önskar det. Vi kommer in i berättelsen då en kvinnlig terapeut upptäckte att patienten, också kvinna, reagerade märkligt vid de tillfällen då terapeuten talade om deras inbördes relation. Patienten tittade bort, hörde inte. Detta pågick några månader. Terapeuten började känna sig allt sämre till mods inför att fortsätta med denna typ av meta-kommunikation. Så fattade hon ett beslut.

"Till sist har jag bestämt mig för att konfrontera patienten med hennes beteende och jag säger: 'Varje gång när vi har pratat om det som har hänt här i rummet har du reagerat märkligt, du har inte tittat på mig, inte hört vad jag har sagt, inte svarat på mina frågor. Det kändes som om du inte ville erkänna att vi hade en relation'. Patienten svarade: 'Ja, det stämmer, jag har svårt med relationer'. Det hände ett genombrott i terapin. Patienten har slutat att reagera konstigt på överföringstolkningar. Hon har berättat om sin rädsla för närhet och beroende. Jag har känt att den terapeutiska processen har kommit igång när vi har övervunnit detta hinder. I handledningen kom det fram att det också handlade om min egen rädsla för närhet och beroende".

Mellan raderna framskymtar terapeutens irritation över att inte vara i relation med patienten. Troligen hade hon tänkt sig att deras inbördes relation skulle fördjupas då hon förde den på tal, men i stället tycktes patienten vilja förneka existensen av terapeuten. Detta gör terapeuten arg. I hennes konfrontation kan vi höra en anklagande ton, men budskapet är klart och rakt på sak. Förmodligen vill terapeuten visa sig som just en "rak" person med förmåga att skapa goda relationer. I sin längtan efter ett äkta relaterande, ser terapeuten samtidigt sina egna brister i relaterandet. Det gäller att sopa rent framför egen dörr! Det är terapeuten som utifrån sin frustration fattar ett beslut om att för patienten göra sig själv synlig liksom deras inbördes relation.

Från ambition till självreflektion

Inte sällan präglas psykoterapeuters självbild av höga ambitioner, krav på effektivitet och duktighet. Lekens glädje och frihetskänslan, som man tidigare kunde erfara i sitt yrkesutövande, kan förefalla oändligt långt borta, då kraven om att göra rätt, att vara rätt väller fram som riktiga ångesttjut från både den inre och den yttre verkligheten. Ibland får man en känsla av att terapeuter föreställer sig att de befinner sig på ett slagfält. Utmaningen handlar om att leva i en ångestladdad konflikt mellan att å ena sidan göra allt rätt och bra för att behålla sin patient eller för att leva upp till bilden av en god terapeut, och å andra sidan försöka hantera utmanande känslor som vrede och avund. I följande exempel kastas läsaren rakt in i ett stillastående, som troligen uppkommit just ur en sådan inre konflikt. En kvinnlig terapeut berättar om en terapi med en kvinnlig patient.

”Det kändes som om terapin gått i stå, att vi fastnat i något slags ömse-sidigt idealiserande. Vi undvek något väsentligt som inte fick komma in i terapirummet. Det finns mycket hat, vrede och avund i denna patient. Hon fullkomligt kunde slita människor i stycken (verbalt). Men hennes vrede och hat riktades inte mot mig eller terapin. Måste terapin skyddas? Och av vem i så fall? Vad ligger hos mig? Orkar jag bära allt detta hat? Jag kunde känna hur jag duckade inför hennes våldsamma attacker. Detta är en utbildningspatient, och jag vill så gärna göra något bra. Vad är bra? Rätt? Vad är rätt? Jag kunde känna hur jag missade något väsentligt i mig själv, min egen lekfullhet och kreativa förmåga för att jag nödvändigtvis måste göra något bra och rätt”.

En motbild kan dock ges utrymme i självbilden, nämligen bilden av en reflekterande psykoterapeut, som genom att vända blicken inåt kommer till insikt om hur prestationen blir lekens fiende. På det sättet kan en självrepresentation komma att omfatta en rörelse, en pendling mellan ambition och självreflektion. Utifrån ett stillastående och utifrån en känsla av att något undviks fattar terapeuten ett beslut.

”Jag bestämde mig för att möta och undersöka min egen ångest och mina känslor istället för att undvika. Jag tänkte att kanske kan vi börja möta detta hemska, fasansfulla inom patienten som än så länge inte kan uttryckas i ord – trots patientens verbala begåvning och utbildning. Känns det så här mycket inom mig – hur känns det då inom henne? Detta med

att nödvändigtvis vara så duktig är ju ett problem för mig också... Terapin börjar röra på sig igen. Hon börjar prata om det fasansfulla 'trollet' inom sig, som hon absolut inte vill veta av, hur hon förlägger det till sin syster och sin mage."

Terapeuten som jonglör

Man skulle kunna bekriva den psykoterapeutiska praktiken som en dialogisk hermeneutik. Denna praktik kan sägas rymma ett avstånd mellan två förståelsehorisonter, som måste överbryggas. Patienten som lever med sin problematik, sin vardagsförståelse, sin uppfattning om var "felet ligger" och vad som borde göras åt det, representerar en horisont. Den professionella terapeuten, som befinner sig på ett visst avstånd från patientens upplevda perspektiv, men som har ett särskilt kunnande om psykologiska sammanhang, representerar en annan horisont. I en tolkande dialog mellan patienten och terapeuten, försöker terapeuten förstå patienten, föreställa sig och leva sig in i patientens liv. Terapeuten försöker närma sig patientens förståelsehorisont, men inte bara det. Dialogen måste också rymma en nyskapande potential, där terapeuten bidrar med sitt specifika kunnande, erbjuder patienten nya sätt att förstå sin livssituation på, erbjuder nya tolkningsramar. Patientens ursprungliga självförståelse kan därmed överskridas. Horisontsammansmältningen gör att man kan förstå något utöver det man redan har förstått. Följande berättelse illustrerar hur mening blottläggs genom tolkning, och i ett dynamiskt spel mellan föregripande helhetsförståelse och deltolkningar kan mönster mejslas ut. Patienten och terapeuten (båda kvinnor), konstruerar mening utifrån sina olika horisonter och förhandlar om den. Likt en jonglör låter terapeuten flera "sanningar" existera. Hon kan ha flera bollar i luften samtidigt – sina egna och patientens.

"Något terapeutiskt bra hände när jag började undersöka tillsammans med patienten hur det kunde komma sig att hon kommit för sent på sista tiden. Hennes tankar omkring detta kretsade till en början kring att det borde vara skönt för mig att kunna pusta ut; så hade hon själv tänkt om hennes klient kommit för sent. Sedan kom vi in på att det blev mindre tid över för vårt gemensamma job. Så hade hon aldrig sett det. Hon tyckte då att hon skulle försöka komma i tid, fast hon försökte verkligen varje gång att inte komma för sent, sade hon. Hon sade att detta att komma för sent nog var en revolt mot fadern. Hon ville inte vara som han, så sträng och noga. Jag påpekade att hon genom sin revolt orsakade att vi inte hann jobba så mycket som vi skulle

kunnat och att hon på det viset skadat sig själv. Hon verkade omskakad över att man kunde se resultatet av revolten så.....Hon kom inte längre för sent”.

Terapeuten som bärare av kaos

Vissa berättelser ger en förtätad bild, både av en psykoterapiprocess och av psykoterapiens övergripande mål. Exempelvis beskrivs en process där det som är osmält, osorterat och outhärdligt blir uthärdligt och ges mening i dialog med en annan människa. Och terapeutens självrepresentation är färgad av hur det osorterade kan bäras. Om terapeuten förmår att upprätthålla sin hållande och tänkande funktion kan patienten identifiera sig med detta förhållningssätt och återta, införliva, det som är hans/hennes eget. Om allt läggs på bordet, synliggöres, kan nya sammanhang skymta och nya strukturer byggas. Det som återtas är inte något i grunden nytt, men sammanhangen, kategorierna är nya. Att skapa nya sammanhang kan ses som ett av psykoterapiens primära mål. Följande berättelse handlar om en ung, lindrigt begåvningshandikappad kvinna. Det sätt på vilket patienten presenterar sig utgör själva utmaningen för terapeuten (en kvinna).

”Hon kommer till denna timma upprörd och ångestfull till bristningsgränsen. Hon ser ut att kunna explodera vilken sekund som helst. Hon har inte tagit av sig vantar, mössa eller jacka, utan står bara mitt i rummet och svar osammanhängande. Plötsligt tar hon av sig mössa och vantar och slänger dem i golvet. Så börjar hon hysteriskt slita upp allt hon har i fickorna och slänga det runt i rummet. Kam, borste, patient-bricka, småpengar, sedlar, färdtjänstkort m.m. ligger i en enda röra. När fickorna är tömda sätter hon sig på knä på golvet. Hon är som utmattad i kroppen och tittar uppgivet på allt som ligger utspritt på golvet. Hon sträcker sig lite tafatt efter något. Jag sa’ då att det kanske också var så att hon vill försöka tala om för mig att just så här rörigt känns det också inne i henne just nu. ’Ja, just så’, svarade hon, ’vill du hjälpa mig att samla ihop alla saker’. Vi kröp omkring på golvet tillsammans och letade reda på alla saker. Allt vi hittade lade vi på bordet. Medan vi letade började hon sakta gråta. När alla saker väl låg på bordet, föreslog jag att vi skulle sortera dem i högar så som de hörde ihop med varandra. Hon sorterade. När det var färdigt, gjorde hon en gest mot bordet och sa’: ’Det enda jag vill är ju att få ordning i mitt liv’. Så stoppade hon omsorgsfullt ner de olika högarna i sina jackfickor. Sedan grät hon stilla resten av timmen”.

Patienten, som berättar om sig själv via sin handling, via iscensättning, har burit med sig alla dessa ting, de personliga tillhörigheterna (de egna osorterade känslorna) och kastar ut dem just i terapeutens rum. Detta kan ses som en vädjan till terapeuten att ta hand om allt detta inre outhärdliga. Fickorna är överfyllda. Det är som om patienten vill pröva om terapeuten kan uthärda kaos och om hon kan sortera känslor och forma tankar.

Ramens väktare

Patienters attacker mot den terapeutiska ramen kan vara kraftfulla och ursinniga. Förmår terapeuter värna om det rum de upplåtit, ett rum inom vars stabila väggar tänkande kan bli möjligt? Och hur går det till då de försöker återupprätta den ram som håller på att falla samman? I följande exempel är det just som ramens och rummets väktare som terapeuten framställer sig själv, och hon provas hårt.

En ung kvinna har sökt terapi på grund av svår panikångest och fobier. Fobierna har ökat i styrka och kringskurit hennes liv. Efter en lång bakgrundsorientering kommer vi in i berättelsens mest dramatiska ögonblick.

”...När vi talar om hennes rädsla för att känna biverkningar (av medicinering) ökar ångesten. Hon ser skräckslagen på mig, som om hon vilken sekund som helst ska rusa ut ur rummet. Jag säger: 'Du vill ut härifrån'. 'Ja', skriker hon, 'du måste följa med mig, ta mig härifrån!' 'Vart vill du att jag ska följa dig?' säger jag. 'Ut bara', skriker hon. Hon gråter hejdlöst och är fullständigt panikslagen och ifrån sig. 'Du vill att jag ska rusa ut med dig på gatan här ute?' frågar jag. 'Ja, jag vill till min mamma, hon sitter på ett café någonstans därnere. Ut bara, vill jag. Snälla kan du inte göra det', bönar hon. 'Du vill till din mamma', svarar jag, och försöker tänka. 'Jag kan inte tänka mig att rusa ut med dig på gatan och leta efter någon. Jag vill att vi stannar här, du och jag, och ser om det går att förstå vad det är som händer'. Hon sitter kvar och sessionen kan fortsätta och vi kan tänka lite grand när lugnet sprider sig och hon får gråta färdigt.”

Patienten är som ett ursinnigt, skrikande barn, som vill till sin mamma, men hon är inte beredd att rusa ut ensam. Hon vill ta med sig terapeuten ut ur rummet. Terapeuten försöker vinna tid för att återfinna sin förmåga att tänka. Så samlar hon sig till den avgörande interventionen. Hon säger klart ifrån att hon inte kommer rusa ut tillsammans med patienten. Lika klart uttrycker hon hur

hon vill ha det: "Jag vill att vi stannar här, du och jag, och ser om det går att förstå vad det är som händer". Terapeutens klara budskap bidrar förmodligen till att patienten kan börja komma till ro.

Försoning

Föreställningen om hur psykoterapi skall bedrivas, idealen, kan skilja sig avsevärt från hur verkligheten faktiskt gestaltar sig. I det spänningsfältet skall en självbild dansa. Kommer självbilden att präglas av skuld och skam eller av försoning i förhållande till det egna ofullkomliga arbetsjaget? I följande berättelse bildar en manlig terapeuts belägenhet utgångspunkten. Hans inre osäkerhet och oreda förstärks genom den faktiska rumsliga oredan.

"Det tillfälle jag kommer att tänka på är då jag träffade en 9-årig pojke i terapi. Det var vid något av de tillfällena i början av terapin då jag kände mig osäker i rollen och i arbetet som barnterapeut. När jag anländer till terapirummet med min egen osäkerhet och ångest, möter mig ett kaos som jag absolut inte räknat med. Hela rummet var en arbetsplats och ingen hade förvarnat mig. Jag gör ett desperat försök att göra i ordning, men jag inser att det är en omöjlig uppgift. I detsamma anländer pojken och hans mamma. Vi går in i ett angränsande rum och jag känner mig överhettad i hela skallen och känner mig helt upptagen av mig själv. Nåväl, mamman lämnar sonen kvar hos mig och jag hittar tydligen något att sitta på. När jag får en stund på mig 'ser' jag plötsligt att han finns där. Han verkar inte alls vara bekymrad över att ingenting var som det skulle vara utan ser sig nyfiket runt. Då frågar jag honom: 'Vad gör vi nu?' Han har redan upptäckt att i rummet fanns allt han redan behövde just nu, nämligen ritpapper, pennor och diverse kontorsmaterial. Han började genast att använda det som fanns tillgängligt. Jag hade inte sett och upptäckt något av detta."

Terapeuten presenterar sig som osäker i sin roll som barnterapeut, och det rum han har att erbjuda sin patient är i kaos. Han tycks skämmas över att inte ha något bättre att ge honom. Skammens rodnad lyser i hans ansikte. Verktygen är i oordning. Han själv har bringats ur sin balans. Emellertid tycks terapeuten samtidigt se på sig själv med en försonande blick. Han låter läsaren förstå att händelsen utspelade sig på ett tidigt stadium i hans professionella utveckling. Att då känna sig osäker är naturligt. Kanske han också vill säga att han inte skulle hantera situationen på samma sätt i dag. Dessutom kan vi påstå att det krävs en viss mognad och just säkerhet för att kunna göra en god berättelse om

sin osäkerhet och om det pinsamma minnet. Terapeuten är beredd att se på sig själv i backspegeln och se på en episod då rollerna var ombytta, då patienten fick agera som terapeut för sin terapeut. Det är patienten med sin obekymrade och nyfikna inställning som spelar huvudrollen vad gäller den positiva utvecklingen. Med hjälp av en viss distansering till sig själv och med hjälp av humor visar terapeuten att det är möjligt att integrera sådant som i stunden väcker obehag och därmed kan han försonas med sig själv.

Att stå emot objektifiering och kontroll

Att behålla sin autonomi och stå emot patienters kraftfulla försök till objektifiering och kontroll kan vara en stor utmaning, och självbilden kan präglas av denna utmaning. En kvinnlig terapeut berättar om sitt första möte med en patient, en man. Vi anar patientens problematiska liv, hur han kommer till detta möte medförande sin erfarenhet av att ha varit patient. Vi anar terapeutens problematiska arbetssituation, hur hon till mötet har med sig erfarenheten av att vara vikarie i en organisation, där hennes roll på förhand är definierad. En person byts ut mot en annan. Det förnekas att relationer är unika. Hon skall "överta" en kollegas patienter. Hennes patient är just en sådan person som skall "övertas". Läsaren får träda in i berättelsen några veckor efter att terapeuten börjat sitt nya arbete.

"Då jag nyligen påbörjade mitt nya job, fick jag 'ta över' ett antal patienter från den person jag vikarierar för. En manlig patient som blivit lovad att 'fortsätta' sin terapi hos vikarien (mig) ringer upp mig några veckor efter att jag börjat. Han skäller ut mig för att jag inte kallat honom och kräver att få veta varför, vilka dagar jag ska jobba. Han vill ha exakt samma dag och samma tid som han hade hos sin tidigare terapeut, X. I stället för att gå in i detta, så konstaterar jag att det måste vara jobbigt för honom att terapeuten slutat och att han låter mycket besviken. Han får en tid, en annan veckodag och en annan tid. Patienten är nöjd med det.

När han kommer för första gången, så säger han omedelbart: 'Jag vill veta vad X har berättat för dig om mig. Jag vill veta exakt så att det inte blir några missförstånd.' ... Jag säger ungefär så här: 'Du förväntar dig att du ska fortsätta din (förra) terapi hos mig. För mig är du en helt ny person. Jag har information om dig via din journal och via X. Oavsett vad det är för information så betraktar jag inte det som så väsentligt just nu. Jag vill träffa dig några gånger så att du får berätta för mig om dina svårigheter,

din levnadshistoria och om vad du förväntar dig av en psykoterapi. Sen kan vi besluta om vi ska fortsätta att träffas eller inte.' Patienten slappnar av, ser lättad ut och börjar spontant berätta om sina svårigheter.

Patienten vägrar erkänna att hans terapeut är borta, utbytt. Han skall ha det precis som förr. Han är handlingskraftig och ursinnig. Den nya terapeuten tillåts inte vara en egen unik person. Patientens vrede över att ha blivit övergiven av sin gamla terapeut och sorgen förknippad med förlusten tar sig uttryck i stor misstänksamhet och kraftfulla försök att kontrollera det nya objektet. Men terapeuten accepterar inte att bli betraktad som ett objekt, varken av patienten eller systemet. Hon återupprättar sig själv som subjekt. Hon intar sin subjekt-position dels genom att ge tider oberoende av de tider patienten förut haft, dels genom att säga: "För mig är du en helt ny person". Terapeuten visar sig förmögen att stå emot objektifiering och kontroll.

Utforskande av egna motiv

I själva berättandet ges terapeuter möjlighet att utforska egna motiv. I vissa berättelser tycks terapeuter använda sig av denna möjlighet på ett påtagligt sätt. Man bearbetar vad som hänt, söker sin professionella identitet, undersöker vad som är möjligt att göra och var gränserna för det lämpliga kan tänkas finnas. I en berättelse är det en manlig terapeuts gåva till patienten, en kvinna, som utgör utgångspunkten. Gåvan består av en artikel i en tidning. Terapeuten introducerar på ett tidigt stadium i berättelsen tanken att "ett agerande kan vara både bra och dåligt", och i linje med detta konstaterande låter han en och samma berättelse få illustrera både något bra och något dåligt. Förmodligen vill terapeuten ge en bild av sig själv som en öppen, frågande, reflekterande person, men samtidigt är det uppenbart att han brottas med ett problem. Retoriskt ställer han sig frågan varför han ger en gåva. Hela berättelsen genomsyras av denna undran. Framförallt försöker han bestämma sig för om handlingen var bra eller dålig. Hans förhållande till sin egen handling är ibland överjagsbetonat: "Får man verkligen ge sin patient en gåva?". Ibland lugnar han sig med tanken att patienten faktiskt uppskattade gåvan: "Hon uppskattar mycket att jag tänkt på henne, inte så mycket tidningen – utan tanken. Hon visar det i ett varmt leende och i att hon flera gånger upprepar att hon är så glad att jag tog tidningen med till henne". Och han lugnar sig med "att mycket är 'tillåtet' under förutsättning att fokus inte lämnar patientens inre upplevelser". Men han kommer inte till ro utan tycks oroas över den innebörd gåvan fick för patienten, "att bekräfta att patienten inte själv kunde skaffa det hon behöver eller att hon försattes i en skuldsituation gentemot terapeuten".

Han tycks plågsamt medveten om att gåvan kan vara ett uttryck för egen otillräcklighet i terapeutrollen och om dess kompensatoriska innebörd: "En annan betydelse kan vara ett försök att kompensera, att vara en god förälder – om jag nu inte kan vara en tillräckligt bra terapeut".

Sammanfattning och diskussion

Självrepresentationen

De bilder som terapeuterna ger av sig själva i berättelserna kan betraktas som väsentliga bidrag till formandet av en psykoterapeutidentitet. Vari består denna identitet och hur kan den hävdas, göras trolig? Bilden av terapeuten som *söker sin egen röst* framtonar, där terapeuten försöker förhålla sig till idealiserade teorier. Bilden av en *relaterande* terapeut framträder. Själva psykoterapins grundförutsättning är att befinna sig i en djup relation till en annan människa och att använda relationen i förändringssyfte. Patienter kan dock göra allt för att förstöra det relaterande de innerst inne längtar efter. Terapeutens förmåga att stå emot *objektifiering och kontroll* sätts då på prov och självrepresentationen byggs upp kring denna förmåga. Patientens inre sammanhang kan vara sönderslaget, och terapeutens *hållande och bärande* av psykisk smärta med bibehållen förmåga att kunna *tänka* blir viktiga komponenter i självbilden. Ett inslag i det symboliska hållandet är att *slå vakt om den terapeutiska ramen* då den utsätts för attack; att återskapa rum att tänka i blir en del av självrepresentationen. Den terapeutiska attityd, som framtonar i självbilden, präglas av öppenhet i förhållande till *flera sanningar* och villighet att *utforska egna motiv*. Med hjälp av *själv-reflektion* kan självkänedom erövrats och rörelseriktningen ändras. En *försonande* inställning i förhållande till egna brister kan integreras i det professionella yrkes-jaget.

Labov (20) framhöll att berättaren alltid framställer sig själv i förskönat ljus. Jag har inte kunnat upptäcka några tydliga försköningar. Detta kan sammanhänga med att det i terapeutens skolning ingår att man skall sträva efter en så ärlig och illusionsfri hållning som möjligt. I berättelserna visade terapeuterna vilka känslor och utmaningar de brottades med. Självbilderna präglades av både patient-inducerad och terapeut-inducerad motöverföring. Det är dock viktigt att notera att själva uppgiftens karaktär, att erinra sig goda tillfällen – till skillnad från dåliga – naturligtvis frammanar goda aspekter av självbilden. Kanske man kan säga att berättarens uppgift är att göra denna självbild trolig.

Och här tar man hjälp av den struktur utifrån vilken berättelser byggs upp. Det som kommer att utvecklas till något bra har alltid föregåtts av något mindre bra. Genom att först framhäva det problematiska, svårhanterliga, utmanande och därefter skildra hur man lyckas, skapas inte bara spänning åt berättelsen utan berättaren framstår som skicklig. Trots svårigheterna, lyckas terapeuten. Återigen kan vi dock reflektera över hur uppgiftens karaktär kan ha bidragit till just denna typ av utsagor. I mitt syfte att framlocka berättelser, inte rapporter, efterfrågade jag specifika tillfällen då man uppfattade att något gynnsamt skett. I en mer fenomenologiskt präglad ambition att komma tillbaka "till sakerna själva" eftersträvade jag så konkreta situationer som möjligt, detaljerade, täta, rika gestaltningar. Jag efterfrågade inte goda förlopp. Jag bad inte om beskrivningar av gynnsamma processer. Jag utgick från att en berättelse alltid rymmer ett förlopp, ett skeende.

Varje berättelse är i viss mening relationell. Den inbegriper en publik, en läsare eller en lyssnare (14), och mottagaren påverkar det sätt på vilket berättaren berättar, vad som sägs och inte sägs. Mishler (21) talar om "a joint construction of meaning". Frågan är hur jag som medskapare till terapeutberättelserna bidragit till att just dessa självbilder kom att framträda. Även om berättelserna aldrig formades utifrån en direkt dialog mellan mig och berättaren, kan man nog förnimma hur föreställningen om mig som läsare ändå finns i det tysta samtalet som pågår inom berättaren. Hur kommer jag bedöma berättelserna? Utgör de tillräckligt bra exempel på goda tillfällen? Terapeuters upptagenhet av om de gjort rätt kan ha fått extra näring genom uppgiftens karaktär. Uppgiften kan således ha aktiverat minnen av prestationskaraktär, vilket bidragit till att en speciell självbild kommit träda fram i ljuset. Här hade det varit intressant att veta hur terapeuterna upplevde själva nedskrivandet av berättelserna. Var det en värdefull upplevelse? Kom deras förståelse att fördjupas i något avseende? Innebar skrivandet att de emotionellt distanserade sig från upplevelsen eller drogs de åter in i ett dramatiskt skeende? Var uppgiften förenad med oro? Och varför valdes just dessa exempel? Rennie (15) visade i sin studie om berättandets funktion i psykoterapi att patienter genom att berätta kunde både "ha kakan och äta den". De använde den narrativa strukturen för att skydda sig från alltför obehagliga känslor men samtidigt sattes en rörelse igång genom det engagemang som berättandet skapade, och patienter kom i kontakt med djupare känslor och närmade sig sina svårigheter.

Stillastående och kaos

Vad har föregått det som kommer att utvecklas till något terapeutiskt gynnsamt? Två typer av problematiska situationer kan urskiljas, (1) *stillastående* och (2) *kaos*.

(1) Stillaståndet kan ta sig olika uttryck. Terapiprocessen har avstannat, gått i stå, "vi stod och stampade på samma fläck", eller de båda parterna i dialogen har fastnat i ett ömsesidigt idealiserande. Patienten har återgått till tidigare förhållningssätt, han/hon kommer för sent eller på andra sätt undviker terapeuten genom att inte höra eller titta bort. Läget tycks låst. Trots terapeutens idoga arbete, ansträngningen att förstå och kommunicera sin förståelse, tycks inget hända. Det förväntade inträffar inte.

(2) I andra berättelser föregås den goda utvecklingen av kaos. Det kaotiska sätt på vilket patienten presenterar sig utgör själva utmaningen. Patienten presenterar sig exempelvis i upplösning, ångestfylld till bristningsgränsen, skräckslagen, beredd att rusa ut ur rummet, han/hon svär osammanhängande, skriker, gråter hejdlöst, kräver att få veta något "exakt" eller ringer och skäller ut terapeuten. För att ytterligare förstärka bilden av en besvärlig patient kan redan i bakgrundsorienteringen vävas in beskrivningar som att "hon fullkomligt kunde slita människor i stycken (verbalt)" eller "hennes försök att få mig gå med i hennes fobiska värld är envist, kraftfullt, pressande". I andra berättelser består den problematiska situationen av det kaotiska sätt på vilket terapeuten presenterar sig. Det kan vara ett rum i oreda, som speglar terapeutens inre oreda eller det kan vara den förvirring terapeuten skapar kring sig själv genom att ge patienten en gåva.

Vändpunkter

Gergen och Gergen (22) urskiljer tre grundläggande berättelseformer, progressiv narrativ, regressiv narrativ och stabil narrativ. I en progressiv narrativ sker en rörelse mot ett bestämt mål. I en regressiv narrativ avlägsnar man sig alltmer från målet. I den stabila narrativen sker ingen förändring alls. En berättelse byggs sedan upp genom att man kombinerar dessa tre former på olika sätt. I terapeuternas berättelser om de goda ögonblicken kan vi se två olika berättelsekonstruktioner. (1) Berättelsen börjar med en stabil narrativ, ett stillastående. En progressiv narrativ tar sedan över. Något händer, som gör att en positiv utveckling kommer igång. (2) Berättelsen börjar med en regressiv narrativ, kaos

råder och svårigheter tornar upp sig, men sedan ändras plötsligt skeendet och genom en progressiv narrativ förmedlas ett lyckligt slut.

Övergången från en narrativform till en annan skulle man kunna beskriva som en vändpunkt, "a point of no return". Ett skeende vänder. I terapeutberättelserna markeras vändpunkter på olika sätt, exempelvis genom att terapeuterna anger att de fattat ett beslut ("Till sist bestämde jag mig för att möta och undersöka min egen ångest"), eller de bestämmer sig för att konfrontera patienten med vad de hört och sett, de bestämmer sig för att börja undersöka något tillsammans med patienten eller de begär "time-out".

I andra berättelser markeras inte vändpunkten med hjälp av ett manifest angivet beslut. Det framgår dock att ett beslut fattats även här, men beslutsprocessen är "tyst". Dessa berättelser inleds ofta med en stor dramatik, patienten kommer till sessionen i upplösning, är ursinnig, krävande eller terapeutens rum är i kaos. Det beslut terapeuten fattar framgår av själva berättelsens handling, "the complicating action". Terapeuterna finner en avgörande intervention, de rätta orden, i rätt ögonblick, de värnar om ramen och rummet, de förmedlar sin förståelse av varför patienten kan känna sig som han/hon gör, de återupprättar sig själva som subjekt eller försöker samla ihop sig för att kunna "se".

Det Elliott och Shapiro (23) i sin forskning benämner "significant change events", avgörande händelser där patienter erfar en förändring i medvetande eller i upplevelsen av sig själva, har likheter med de vändpunkter jag har beskrivit. Flera parter, patienter, terapeuter, forskare försökte identifiera de händelser som upplevts hjälpande. Man syftade till att förstå det sammanhang i vilket den viktiga händelsen uppstod, vad som kännetecknade den utvalda episoden samt konsekvenserna av händelsen. I en studie undersökte Watson och Rennie (24) patienters subjektiva upplevelser av viktiga ögonblick, "significant moments". Patienter ombads att i terapiesessioner identifiera tillfällena då de upplevde att något ändrades för dem. Det visade sig att ögonblicken upplevdes som viktiga av främst två skäl. Patienter fick möjlighet till symbolisk representation av erfarenhet samtidigt som de reflexivt började undersöka och värdera sina upplevelser så att vägar för alternativa handlingsmöjligheter öppnades. De gynnsamma tillfällena som terapeuterna i min studie berättade om innehöll också ofta beskrivningar av en patient som blev förmögen att formulera sin erfarenhet i ord och som började reflektera kring denna erfarenhet.

I terapeutberättelserna blev det tydligt att vad som uppfattades som något gynnsamt är byggt på terapeuters värderingar, och dessa värderingar är i sin tur förankrade i en kultur. Exempelvis är det bra att vara i kontakt med sina känslor, att kunna uttrycka dem och benämna dem. Dessutom finns det en värdering i själva valet av känslouttryck och kraften i uttrycket. Alla uttryck är inte lika bra. "Att gråta stilla" är bra. "Att gråta hejdlöst och vara panikslagen" är mindre bra. Walsh, Perrucci och Severns (25) undersökte vilka värderingar som ligger till grund för psykoterapeuters uppfattning om psykoterapi. De antog att terapeuters värderingar avslöjas i deras identifiering av goda ögonblick. "What's in a good moment"? Psykoterapeuter på olika utbildnings- och erfarenhetsnivåer skulle identifiera goda ögonblick i en psykoterapi. Vissa gemensamma värderingar återfanns hos de flesta. God psykoterapi bedrivs på en djup nivå, där man undersöker känslor, tankar, önskningar och konflikter. God psykoterapi främjar förändring i patienters vanemässiga antaganden. I god psykoterapi behöver patienter använda mindre försvarsstrategier och tar mer ansvar för sina handlingar. Emellertid var kanske de mest intressanta resultaten att det var mycket stor variation mellan de olika grupperna både i valet av goda ögonblick och i underliggande värderingar. Tvärtemot vad man förväntade sig, var den största variationen bland de mest erfarna terapeuterna. Forskarna framhöll värdet av den typ av forskning som tillåter olikheter i värderingar att framträda.

Sammanfattningsvis kan vi kanske påstå att det i forskningen om viktiga händelser, goda ögonblick ligger ett implicit antagande om vändpunkter eller vändpunktsliknande förlopp. Något blir inte gott utan att det föregåtts av något mindre gott. Och kanske berättelser, narrativiseringen av erfarenhet, sätter strålkastarljuset på vändpunkter. Det är vändpunkten som berättaren tar till sin hjälp då han/hon skall förmedla sitt budskap. Det är svårt att föreställa sig en berättelse utan vändpunkt. Berättelsens struktur verkar i övertygandets tjänst. Genom att antyda vändpunkter, framhäva det problematiska i en situation och sedan markera en vändning till det bättre kunde terapeuternas självbilder göras trovärdiga.

Litteratur

1. Rolf, B. (1995). *Profession, tradition och tyst kunskap*. Nora: Nya Doxa.
2. Reeder, J. (2001). *Hat och kärlek i psykoanalytiska institutioner*. Stockholm: Brutus Östlings bokförlag symposion.
3. Polanyi, M. (1946). *Science, faith and society*. London: Oxford University Press.
4. Olsson, G. (1999). Praktiken i Akademia. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2, 99-121.

5. Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University Press.
6. Schön, D. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Aldershot: Arena.
7. White, M. & Epston, D. (2000). *Narrativ terapi*. Stockholm: Mareld.
8. Stiles, W. (1993). Quality control in qualitative research. *Clinical Psychology Review*, 13, 593-618.
9. McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage Publications.
10. Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
11. Labov, W. & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: Oral versions of personal experience. In: Helms, J. (Ed.) *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle: University of Washington Press.
12. Spence, D. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: W.W. Norton.
13. Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry*, 7, 29-53.
14. McLeod, J. & Balamoutsou, S. (1996). Representing narrative process in therapy: qualitative analysis of a single case. *Counselling Psychology Quarterly*, 9, 61-76.
15. Rennie, D. (1994). Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychotherapy*, 31, 234-243.
16. Olsson, G. (2002). Goda ögonblick i psykoterapi – ett berättelseperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 195-202.
17. Olsson, G. (2002). Att förhålla sig till komplexitet. *Nordisk Psykologi*, 54, 313-333.
18. Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the social sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
19. Rennie, D. (1995). On the rhetorics of social science: Let's not conflate natural science and human science. *The Humanistic Psychologist*, 23, 321-332.
20. Labov, W. (1972). The transformation of experience in narrative syntax. In Labov W. (ed.) *Language in the inner city: Studies in the black english vernacular*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
21. Mishler, E. (1986). *Research interviewing: Context and narrative*. Cambridge: Harvard University Press.
22. Gergen, K. & Gergen, M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. In Sarbin T. (ed.). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.
23. Elliott, R. & Shapiro, D. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. In Toukmanian S. & Rennie D. (eds.). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. London: Sage.
24. Watson, J. & Rennie, D. (1994). Qualitative analysis of clients' subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 500-509.
25. Walsh, R., Perucci, A. & Severns, J. (1999). What's in a good moment: A hermeneutic study of psychotherapy values across levels of psychotherapy training. *Psychotherapy Research*, 9, 304-326.

Licenspenge bag psykologiske test: en nødvendighed eller en hindring for kvalitetsudvikling

Matrix 2004; 2, s. 144-150

Morten Hesse

Test, der er underlagt licenser, er vidt udbredte i psykologiske undersøgelser, både til klinisk brug og forskningsbrug. Pengene fra licenser kan støtte videre forskning, kvalitetsudvikling, udvikling af manualer, materiel til scoring, og automatisk fortolkning af test. Imidlertid er kommercielle vilkår for administration og anvendelse af test et tveægget sværd, der giver testformidlere incitamenter til at overbetone positive sider ved deres test og underbelyse eller overse begrænsninger. Blandt de problemer, der er forbundet med kommercielle vilkår er problemer med fortolkning af normer, problemer med forskellige former for validitetsindeks og justerede værdier (løgneskalaer, mm.) og, i forhold til Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, problemer med kvaliteten af de studier, testens egne forfattere har udført for at validere den. Det konkluderes, at uafhængig forskning er afgørende for at kontrollere gyldigheden af en undersøgelsesmetode til såvel klinisk brug som forskningsbrug, at licenssystemet hindrer snarere end fremmer denne uafhængige forskning, og at licenssystemet kan bidrage til at fastholde fremgangsmåder, der har et dårligt empirisk fundament, som udelukkelse af protokoller på basis af validitetskalaer eller justering af værdier på basis af ubrugelige skalaer for over- eller underrapportering.

Indledning

"[...] the validity of a psychological test, when used in clinical assessment, must be evaluated and established for each individual to whom the test is administered." Ben-Porath og Waller, her efter Piedmont og kolleger (1)

Et kernepunkt i god psykologisk behandling er en hensigtsmæssig kortlægning af den problematik, der skal behandles. Når man som psykolog vælger sine undersøgelsesmetoder i forbindelse med et behandlingsforløb, har man en naturlig forpligtelse til at vælge de videnskabeligt set bedst underbyggede metoder, der inden for de tilgængelige ressourcer findes til at undersøge et psykologisk spørgsmål. Det er de færreste psykologer, der har tiden eller ressourcerne til at gennemgå den tilgængelige forskning, og hyppigt er den primære kilde til viden om test og spørgeskemaer de kurser og materialer, som forhandlere af spørgeskemaer og test giver.

Der findes en række test, der er anvendt bredt i forskningen, som sigter mod at undersøge brede aspekter af personligheden og psykopatologi, som Rorschach-testen, MMPI, MCMI, TAT, SCL-90, BSI, og selvfølgelig mere snævert fokuserede test, som HAM-D, BDI, BAI, MADRS, ASI, WAIS, og et hav af andre. Visse af disse undersøgelsesmetoder anvendes under kommerciel licens. Det gælder både de bredspektrede personlighedstest, og nyere udgaver af de mere snævert fokuserede.

Licensen betyder, at der er penge til at finansiere forskning, herunder udarbejdelse af normer og testvalidering, og udvikling af manualer og guidelines til at score, software til at lave rapporter, og så videre (2).

Spørgsmålet er bare: Får brugerne, dvs. de psykologer som tester, bedre data, når de bruger de kommercielle vs. de ikke-kommercielle undersøgelsesredskaber? Og dermed: Bliver behandlingen af den enkelte patient bedre informeret af de kommercielle redskaber? Spørgsmålet er temmelig afgørende, fordi den forskning, som vurderer værdien af undersøgelsesmetoder udgør grundlaget for, at der bliver udarbejdet gyldige, og dermed brugbare, undersøgelser. Sådanne undersøgelser ligger til grund for, eller bidrager til, så alvorlige afgørelser som den relevante behandlingsplan, forældreegnethed, behandlingsdomme og afslutning af behandling i forbindelse med behandlingsdomme.

Vi ved fra medicinens område, at pengene bag forskning kan have indflydelse på resultaterne af forskningen (3). Der er nok i mindre omfang tale om, at ubehagelige resultater direkte bliver holdt bevidst tilbage, eller omfortolket ved kun at rapportere data på en måde, der er i overensstemmelse med sponsorerens interesser. I langt højere grad er der sandsynligvis tale om, at det er i de mange skøn i gennemførelse og fortolkning af et forskningsprojekt, at forskerne bli-

Licenspenge bag psykologiske test:
en nødvendighed eller en hindring for kvalitetsudvikling

ver farvet i deres vurderinger, når de selv er økonomisk afhængige af bestemte resultater. Men gælder det også psykologiske undersøgelsesmetoder?

MCCI-III

Et enkelt eksempel fra psykologiens område kan kaste lys over, hvordan forskning kan blive påvirket af pengene bag, til skade for validiteten af de undersøgelser, der gennemføres af psykologer til brug for behandling. Det drejer sig om den tredje generation af den test, der kaldes Millon Clinical Multiaxial Inventory, v. III (MCCI-III). Denne test er ganske populær (4), og tidligere versioner af testen har været anvendt i undersøgelser i Norden (5, 6). Louis Hsu fra Fairleigh Dickinson University gennemgik den forskning, som blev præsenteret i de to manualer fra testens udviklere (7). I den første manual fra 1994 blev der præsenteret særdeles beskeden støtte til testens validitet, både i forhold til mere akutte problemer, som depression og angst, og i forhold til personlighedsforstyrrelserne. Afhængigt af område varierede testens validitet i den første manual fra at være ringere end et helt tilfældigt gæt, til på to områder, stof- og alkoholproblemer, at være rimelig, men ikke overvældende. Forfatterne selv og andre kritiserede efterfølgende denne første undersøgelse, fordi de diagnoser, der blev anvendt som sammenligningsgrundlag i mange tilfælde blev stillet efter blot én præsentationssamtale, og ikke et diagnostisk interview. Der var andre problemer med undersøgelsen, som inkluderede et stærkt svingende engagement mellem de involverede behandlingsenheder, og uklarhed om de deltagende diagnostikeres kvalifikationer.

Derfor blev der gennemført en ny undersøgelse til den 2. udgave af manualen, som kom i 1997. I 2. udgave blev testresultaterne langt bedre: Hsu har beregnet dem til i gennemsnit at blive mere end 3 gange bedre, med en vis variation alt efter, hvordan man opgør testens validitet. Men selv om forfatterne til undersøgelsen selv var godt tilfreds med den, så var der alvorlige problemer med den ifølge Hsu. Han fremhæver især såkaldt kriterieforurening (eng. Criterion contamination): Kriterieforurening foreligger, når den test, man angiveligt vil afprøve, har mulighed for at påvirke de kriterier, som man vil anvende til at sammenligne med testresultatet:

De klinikere som deltog i 1997 valideringsstudiet blev instrueret ... i ikke at "inkludere patienter, for hvem de klart kunne huske MCCI-III scores" ... Men det bør bemærkes, at det, at en kliniker ikke "klart kunne huske [patientens] MCCI score", ikke er det samme, som at der ikke kan foreligge en påvirkning af

resultaterne i form af kriterieforurening.

(7, s. 420, min oversættelse, MH).

Således argumenterer Hsu for, at hvis man først har set testresultatet, og i øvrigt er en tilfreds bruger af testen, så er der en risiko for, at man rent faktisk bliver påvirket i sin vurdering af patienten efterfølgende. En argumentation der er i overensstemmelse med almindelige normer for testvalidering. Hsu konkluderer, at vi ikke ved ret meget om, hvorvidt MCMI repræsenterer noget, der svarer til personlighedsforstyrrelsesdiagnoser eller kliniske diagnoser, og at det tætteste vi kommer er de relativt beskedne, og i nogle tilfælde direkte negative, resultater fra 1994-manualen. Helt så galt står det nok ikke til. Der er andre, der har lavet undersøgelser af testens validitet i de tidligere versioner, og fundet en vis støtte for, at den faktisk måler noget, der er relateret til personlighedsforstyrrelser (8, 9). Men udover at den nye version ikke er undersøgt på en tilfredsstillende måde, synes der så afgjort at være problemer med spørgeskemaet, eksempelvis med hensyn til dets validitetstest, dvs. test, der er lavet til at undersøge, om folk "snyder" eller over- eller underrapporterer (10, 11), og med hensyn til dets evne til at skelne mellem normalgrupper og andre grupper (12).

Normer og standarder

Et argument for kommercielle test går på, at det er nødvendigt at have såkaldte testnormer for at kunne fortolke resultater af testen. Normer og standarder for test bygger på den forestilling, at afvigelse indenfor en gruppe på et bestemt mål er tegn på afvigelse. Logikken er som følger: Hvis man eksempelvis hører til den undergruppe af befolkningen, der på ethvert givet tidspunkt har en temperatur, der ligger i de højeste 2% af befolkningen, så har man feber, og er sandsynligvis syg. Hvis man har et nedtrykt humør, træthed og anhedoni, på et niveau, der svarer til de mest triste 2% af befolkningen, så er man sandsynligvis deprimeret. Hvis man derfor har et i øvrigt gyldigt mål for enten kropstemperatur eller depression, så kan man, hvis man ved hvor værdierne for de højeste 2% af befolkningen er, og hvor befolkningsgennemsnittet er, måle sig frem til, hvorvidt en person befinder sig i de øverste 2% og er enten deprimeret eller har feber.

Sådanne normer har altså gyldighed for en given gruppe, på hvem de er lavet. Findes der nu en gruppe, der har et andet gennemsnit, så vil normerne være direkte misvisende. Hvad angår psykologiske mål, så er det nok nødvendigt at gå et skridt videre og sige, at ikke blot skal gennemsnitsværdier være fundet for nye grupper, det er også nødvendigt at kende til, hvordan testen rent faktisk

Licenspenge bag psykologiske test:
en nødvendighed eller en hindring for kvalitetsudvikling

fungerer i disse nye grupper. Kropstemperatur varierer normalt relativt lidt mellem mennesker, og næppe overhovedet mellem kulturer. Men følelsesmæssige problemer, og personlighedsmæssige problemer, varierer ikke så lidt, både i omfang og udtryk. Og ikke blot mellem kulturer, men også imellem grupper med forskellig beskæftigelse, forskellige aldersgrupper, mellem psykisk syge og sunde, og mellem mennesker med forskellige subkulturelle tilknytningsforhold. Disse variationer gør, at gyldigheden af en test af personlighedsmæssige problemer formodentlig altid bør være undersøgt specifikt for den gruppe, man ønsker at undersøge, før man anvender en test.

I den kliniske hverdag er det næppe muligt som udgangspunkt at lave en rimelig evaluering af en test på en tilsvarende gruppe, før man implementerer anvendelsen af en test i sin organisation, endsige at finde en gruppe, der svarer til hver enkelt klient. Men alle, der arbejder med personlighedsundersøgelser i den ene eller anden form, ved, at deres personlige erfaringer med testen ikke altid svarer til manualens vejledninger og normernes fingerpeg. Derfor er de lokale erfaringer måske faktisk lige så gode som udgangspunkt for anvendelse af en undersøgelsesmetode som publicerede normer, og under alle omstændigheder et nødvendigt supplement.

Validitetsskalaer

Et populært træk ved mange undersøgelsesmetoder er de såkaldte validitetsskalaer. Det er skalaer, der skal vise, om en informant giver selvmodsigende svar, eller forsøger at være "særligt god" ved at underrapportere symptomer, eller "særlig dårligt" ved at overrapportere symptomer. Visse spørgeskemaer, herunder MCMI-III og Minnesota Multiphasic Personality Inventory [MMPI-2], giver justerede skalaer, hvor man giver respondenterne en højere eller lavere værdi, afhængigt af højden på validitetsskalaer. Tyder validitetsskalaen således på underrapportering, så opjusteres visse værdier, men tyder den på overrapportering, så nedjusteres værdier tilsvarende.

Den eksisterende forskning viser desværre, at sådanne validitetsskalaer ikke i særlig høj grad er i stand til at differentiere imellem gyldige og ugyldige test, men at de typisk giver alt for mange invalide test, også blandt test, der på andre kriterier har en udmærket gyldighed (1).

Piedmont og hans kolleger anvendte eksperimentelt validitetsskalaer fra to vidt udbredte og meget anvendte spørgeskemaer, NEO-PI og MPQ, og fandt, at ikke

alene var validitetsskalaerne dårlige til at skelne holdbare og uholdbare protokoller, de var også uanvendelige i forhold til at justere værdier på de enkelte underskalaer. De justerede værdier var i langt de fleste tilfælde mindre valide end de ujusterede, hvilket medfører, at de justerede svar, man får fra de vidt udbredte spørgeskemaer faktisk kan forventes at være dårligere end de rå scores.

Alternativer til kommercielle test

Der er ganske givet kommercielle instrumenter, hvis validitet er bedre undersøgt end MCMI-III. Men under alle omstændigheder vil den kendte validitet af en undersøgelsesmetode nødvendigvis være begrænset til en relativt begrænset gruppe, og i andre tilfælde vil selv skalaer, der har vist sig at have gyldighed i flere forskellige grupper vise sig at være helt ubrugelige i nye grupper. Disse forhold gør, at forskning og evaluering af psykologiske målemetoder må være en løbende proces, frem for en afsluttet proces, der kan føres tilbage til "normerne" for testen eller "valideringsstudiet" (13).

Et andet centralt alternativ er anvendelse af den diagnostiske nomenklatur, og de ikke-kommercielle test der er udviklet direkte på basis af denne nomenklatur.

Afsluttende bemærkninger

Den ovenstående kritik af penge i test skal ikke primært rettes mod eksemplet, altså MCMI-III, men har konsekvenser mere bredt for værdien af undersøgelsesmetoder.

Både i tilfælde, hvor test er åbne, og hvor de har en kommerciel basis, er det afgørende vigtigt, at der foreligger uafhængig forskning, som bekræfter det, som den oprindelige gruppe bag et skema har konkluderet. Hvad de ovenstående eksempler understreger er, at når der er tale om en undersøgelsesmetode, der er underlagt en licens, så bliver denne problematik med stor sandsynlighed skærpet. Og de mest udbredte argumenter for de kommercielle spørgeskemaer, herunder tilstedeværelsen af manualer og normer, og inklusionen af validitetsskalaer, giver tilsyneladende information af svingende værdi. Validitetsskalaer og anvendelse af justerede værdier er i de tilfælde, hvor de har været undersøgt, dårligere end ingenting, og normer er ikke nødvendigvis gyldige for den gruppe, man undersøger, eller de forhold, hvorunder man undersøger. Dette fører os igen tilbage til Ben-Porath og Wallers udsagn fra 1992: "[at] gyldigheden af

Licenspenge bag psykologiske test:
en nødvendighed eller en hindring for kvalitetsudvikling

en psykologisk test til anvendelse i klinisk praksis skal undersøges og fastslås i relation til hver enkelt individ, der undersøges ved hjælp af testen”.

Referencer:

1. Piedmont, R. L., McCrae, R. R., Riemann, R., & Angleitner, A. (2000). On the invalidity of validity scales: Evidence from self-reports and observer ratings in volunteer samples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 582-593.
2. Hunsley, J., Meyer, G.J. (2003). The Incremental Validity of Psychological Testing and Assessment: Conceptual, Methodological, and Statistical Issues. *Psychological Assessment*, Vol. 15, No. 4, 446-455.
3. Baker, C.B., Johnsrud, M.T., Crismon, M.L., Rosenheck, R.A., Woods, S.W. (2003). Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *Br J Psychiatry*, 183, 498-506.
4. Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R. & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 54-60.
5. Ravndal, E., Vaglum, P. (1998). Psychopathology, Treatment Completion and 5 Years Outcome A Prospective Study of Drug Abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 15, No. 2, 135-142.
6. Nielsen, P., Røjskjær, S. (2002). Dobbeltbelastede alkoholmisbrugere i døgnbehandling, *NAT*, 19 (2).
7. Hsu, L.M. (2002). Diagnostic Validity Statistics and the MCMI-III. *Psychological Assessment*, Vol. 14, No. 4, 410-422
8. Rossi, G., Hauben, C., Van den Brande, I., Sloore, H. (2003). Empirical evaluation of the MCMI-III personality disorder scales. *Psychol Rep*, Apr; 92 (2), 627-42.
9. Craig, R.J., Olson, R.E. (2001). Adjectival descriptions of personality disorders: a convergent validity study of the MCMI-III. *J Pers Assess*, 77 (2), 259-71.
10. Charter, R.A., Lopez, M.N. (2002). Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III): the inability of the validity conditions to detect random responders. *J Clin Psychol*, 58 (12), 1615-7.
11. Morgan, C.D., Schoenberg, M.R., Dorr, D., Burke, M.J. (2002). Overreport on the MCMI-III: Concurrent Validation With the MMPI-2 Using a Psychiatric Inpatient Sample, *Journal of Personality Assessment*, 78, 288-300.
12. Boyle, G.J., Le Déan, L. (2000). Discriminant validity of the illness behavior questionnaire and Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in a heterogeneous sample of psychiatric outpatients. *J Clin Psychol*, 56 (6), 779-91.
13. Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. In Mervielde, I., Deary, I., De Fruyt, F. & Ostendorf, F. (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 7, 7-28). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.

Hjemmeside for open-source personlighedsundersøgelser: <http://ipip.ori.org>

Bokanmeldelser

Matrix 2004; 2, s. 151-168

Om dialektik, psykoterapi og relationer

Diskussion af A.L. Løvlie Schibbys
En dialektisk relasjonsforståelse
Universitetsforlaget, Oslo, 2002
400 sider, ca. 475 Dkr.

Jan Nielsen

Indledning – om bogen

Med titlen *En dialektisk relasjonsforståelse* og undertitlen – *i psykoterapi med individ, par og familie* blev min nysgerrighed vakt, da bogen præsenterede sig i et boghandlervindu. Og med sin visuelt indbydende forside bestående af et abstrakt mønster i blå, hvide og brun-grå fragmenter, og navne og begreber som *Hegel, angst, Kierkegaard, mentalisering, relationsforstyrrelser, Stern, samværseskema* ... figurerende, var der ingen vej udenom – den måtte læses!

Forfatteren, den norske psykolog *Anne-Lise Løvlie Schibbye* har arbejdet ved Psykologisk Institut på Universitetet i Oslo i 30 år, og der beskæftiget sig med såvel forskning, og undervisning som klinisk praksis. Hun har skrevet en række artikler, fagbøger og populærvideenskabelige

værker – af bogens referenceliste fremgår i alt 17 titler fra Schibbys hånd.

Der er tale om en meget grundig og ambitiøs fagbog indenfor den vanskelige genre 'psykoterapi'. Grundigheden afspejles også kvantitativt, idet bogen er på 400 sider, rummende 12 kapitler, plus en omfattende og *up-to-date* referenceliste. Det ambitiøse ses bedst af indholdsfortegnelsen. Bogen er struktureret i tre overordnede dele, nemlig *Det metateoretiske perspektiv* (del I, p. 15-52), *Psykologisk teori* (del II, p. 53-230) og *Psykoterapeutisk praksis* (del III, p. 231-383).

Som det fremgår af sidetallene er del II den mest omfattende, hvilket umiddelbart karakteriserer bogen og dens omdrejningspunkt – nemlig den psykologiske teori. Schibbye udspænder sin tekst mellem det metateoretiske niveau (del I) og psyko-

terapeutisk praksis (del III), og det er her hendes budskaber og hovedvægt lægges – på den dialektiske relationsforståelse. Dialektikken skulle gerne føre læserens tanker hen på Hegel og hans filosofi. Og relationsforståelse på klassiske tilknytningsteorier og dens moderne derivater, *ad modum* Stern.

Det dialektiske perspektiv

Når man skal skrive om psykoterapi og formidle det komplekse stof som den psykoterapeutiske kontakt og relation udgør, kan man enten gå ind og folde den næsten uendelige række af temaer ud, eller man kan forsøge at begrænse mangfoldigheden via abstraktioner – en slags essens. Schibbye gør for så vidt begge dele, hvilket umiddelbart også synes at være den mest farbare vej ud af det skitserede dilemma.

Grundlaget i Schibbyes menneskesyn og metateori hviler på Hegels filosofi, og hendes psykologi hviler på en forståelse af selvet som relationelt:

”Dialektikkens bidrag...er å gi oss et perspektiv, et perspektiv som, i likhet med eksistensialismen, utvider vår forståelse av «selvet i relasjon», altså vår forståelse av selvet og av relasjoner. I likhet med eksistensialismen motsetter dialektikken seg det kartesianske og positivistiske vitenskapsidealet. Det betyr

at dialektikken mener at mennesket ikke er forutsigbart, kvantifiserbart og ikke utvikles på en lineær måte, fra A til B. For å forstå individet må fokus rettes mot sammenhenger og relasjoner. Årsakssammenhenger er sirkulære, det vil si gjensidige.” (p. 36)

Schibbyes utviklingsforståelse base-res på dialektikken. Hun mener, at menneskets bevidsthed (og selvbevidsthed) bliver til sammen med eller i relation til et andet menneskes bevidsthed. Barnet får sin egen selvforståelse – i sidste ende sit selv – via relationen til sine omsorgspersoner. Gennem relationen til sine forældre bliver barnet både knyttet til sine forældre, og på samme tid udvikles dets selvbevidsthed via selvafgrensning. Relationer skaber både ydre og indre rum.

Terapeutisk og teknisk kommer Schibbye især til at lægge vægt på begrebet *anerkendelse*, med henvisning til Hegel, der ”mener at selvbevisstheten eksisterer bare som anerkjent av en annen selvbevissthet.” (p. 40). Mennesket kommer altså til sig selv via den anden – og omvendt – via anerkendelse.

Videnskabsteoretisk betyder dette, at mennesker kun kan mødes *subjekt til subjekt*, og at objekt(-ivering) er en yderliggørelse, dvs. en måde *ikke* at være i en relation på. Dette synspunkt har metodologiske og erkendelsesmæssige konsekven-

ser, som Schibbye forholder sig til indledningsvist, mens hun på det kliniske felt primært fremhæver subjekt-subjekt perspektivets etiske konsekvenser og i mindre grad de tekniske/terapeutiske dilemmaer, et sådant synspunkt rummer.

Diskussion og vurdering

Hvem er målgruppen for denne bog? I forordet nævner Schibbye 'psykologi-studerende, psykologer, psykiatere...' i nævnte rækkefølge. Bogen har tydeligvis et pædagogisk sigte og synes velegnet til undervisningsbrug, bl.a. fordi opbygningen er meget logisk, der bygges lag-på-lag (først metateori, så psykologisk teori og endelig den kliniske praksis). Bogens didaktiske kvaliteter forstærkes desuden af, at Schibbye har konstrueret en case-familie, der anvendes til at illustrere begreber og kliniske pointer. Endelig defineres bogens mange begreber grundigt og anvendes løbende bogen igennem, så læseren bliver fortrolig med disse.

På den anden side er det også en svær bog. Først og fremmest fordi Schibbyes projekt er ambitiøst. Hun forsøger noget som mange før, og angiveligt også efter hende vil tage livtag med, nemlig at binde de forskellige niveauer, som den kliniske psykologi består af, sammen til en mere helstøbt teori. På den måde kan man sige, at Schibbye går imod

strømmen og tidsånden ved at insistere på at finde en sammenhængende teori. Tendensen i dag må jo siges at hælde over mod det eklektiske, at teknificere den kliniske praksis og dermed bekymre sig mindre om de store linier.

Men Schibbyes styrke – det ambitiøse projekt at insistere på en 'rød tråd' – bliver dog også hendes achilleshæl. Hun bliver for *hooked* på sit eget projekt og mister dermed den kritiske distance til sit emne. Det er synd, fordi der kan komme noget postulerende over hendes argumentation. Det ses især i del III om 'psykoterapeutisk praksis', hvor de lidt tunge begreber fra metateorien (fx *anerkendelse, subjekt-subjekt forhold, intersubjektivitet, dialektik* ...) forekommer uvante i klinisk sammenhæng.

I del II om *Psykologisk teori* ligger hovedvægten på *det relationelle selv* og er meget aktuel med inddragelse af folk som Stern, Fonagy, Tronick m.fl. Schibbye tillægger barnets relationelle udvikling central betydning og især dens emotionelle aspekter ved at fokusere på begreber som fx affektindtoning, vitalitetskonturer og intensitetsniveauer. Kernebegrebet bliver dog *selvafgrænsning*, og Schibbyes pointe er, at kun med en tilstrækkeligt god selvafgrænsning bliver det muligt for individet at tænke og reflektere. På bedste dialektiske vis sættes selvafgrænsning op mod tilknytning.

Schibbys psykologiske model af individet spændes dermed ud mellem tilknytning og selvafgrænsning, som er et godt begrebspar at tænke videre med!

Inden for dette spændingsfelt beskrives de psykopatologiske tilstande under betegnelsen 'udvikling af relationsforstyrrelser'. Som i meget moderne klinisk-psykologisk og psykoterapeutisk litteratur taler Schibbye heller ikke gerne om diagnoser og er meget konsekvent i at betragte psykopatologi ud fra et relationsforstyrrelsesperspektiv. Heri er hun på linie med K.V. Mortensens *Fra neuroser til relationsforstyrrelser*¹. Hvor Mortensen viser diskrepansen mellem de såkaldte relationsforstyrrelser og de psykiatriske diagnoser (ICD 10 og DSM IV), forholder Schibbye sig mere afvisende til de diagnostiske traditioner, hvilket bliver diskutere ud fra begrebet *reification*:

"Jeg bruger altså begrepet som et samlebegreb for det som ikke er i proces, som kan observeres som et objekt, og som, dersom det er i bevægelse, er bevæget udenfra, og som vi kan predikere og styre" (p. 29).

Schibbye er bl.a. inspireret af Bateson (1972), når hun som videnskabsteoretisk omdrejningspunkt advarer

1 Anmeldt i Matrix (juli 2002): vol. 19, no. 2.

mod en tendens blandt klinikere til at 'tingsliggøre' patienter og deres vanskeligheder. Desværre anvender Schibbye reificeringsbegrebet på en til tider moraliserende måde (som noget forkert), fremfor at tage den påtrængende diskussion om observatørens bidrag i vurderingsprocessen (diagnostisering).

Selvom bogen, især i starten kan virke komprimeret og teoretisk 'tung', må man under alle omstændigheder kreditere Schibbye for hendes insistensen på, at den kliniske praksis (herunder psykoterapi) har et teoretisk grundlag, som oven i købet ikke er så lige til. Schibbys teoretiske perspektiv er på samme tid velkendt og alligevel originalt, idet hun kombinerer nogle filosofiske sværvægttere med moderne bidrag til psykoterapi (fx Sterns). Relationer og tilknytningsteori bliver derfor den kerne, hvorom teksten udfoldes, hvilket udgør et stærkt netværk med betydelig forklaringskraft.

På den anden side kan man mangle, at Schibbye udfordrer sig selv og sin egen teoretiseren. I stedet står hun i fare for at falde i en velkendt grøft, nemlig at bruge sine teorier til at forklare så meget som muligt – som for at demonstrere deres potentiale. Dette er en faldgrube, mange vil kunne nikke genkendende til, men som Popper (Collin & Køppe 1995) har fremført, så står og falder hypoteser og teorier med deres evne til at blive falsificeret. Det

er måske et meget ideelt krav, men man må forvente at forskere indtager en kritisk distance til deres egne ideer og hypoteser.

Perspektiver

Man kan vist roligt sige, at det relationelle synspunkt i psykoterapi og spædbørnsforskning er på fremmarch i disse år (fx Stern 2004). Men er der ikke risiko for, at der kan komme noget postulerende ind via gen-tagelsen af dette perspektiv? På den ene side synes det at være et fremskridt, at det klassiske driftsbegreb er blevet lukket ind i det relationelle rum, hvilket der synes at være god klinisk ræson i. Omvendt kan der være en fare for, at driftsbegrebet næsten forsvinder ud af de kliniske teorier. Driftsbegrebet og dets derivater – had, kærlighed, destruktion, aggression, begær ... synes jo stadigvæk, både i klinikken og udenfor, at udgøre væsentlige bestanddele af den moderne psykologi².

Som nævnt i indledningen er undertitlen på bogen – *psykoterapi med individ, par og familie*, og Schibbye viser da også ret overbevisende den relationelle terapeitoris anvendelighed på disse tre områder, ikke mindst på par- og familiefrenten. Det er her hendes tekst er stærkest, da det rela-

tionelle perspektiv jo netop kan fol-des ud i par- og familierelationerne. De egentlig psykoterapeutiske og tekniske afsnit (del III), der primært er baseret på individuel behandling, virker omvendt mindst nyskabende, og klassiske fænomener som 'mod-stand', 'overføring' og 'modoverfø-ring' synes noget sparsomt behand-let.

Med det relationelle perspektiv i forgrunden kunne det være inter-essant, hvis Schibbye også havde inddraget grupper og gruppeterapi i sin (kon-)tekst. Det relationelle perspektiv er jo netop 'rendyrket' i gruppeterapi, og især gruppeana-lysen har et dialektisk syn på rela-tionen mellem individ og gruppe. Schibbye kunne derfor med fordel have inddraget gruppeanalysen, fx Foulkes (1973), hvor netop det dialektiske perspektiv på individ og gruppe ville kunne belyse og uddybe hendes relationelle synspunkter.

Afslutning

Lad mig slutte denne gennemgang af Schibbys grundige og inspirerede bog med to citater, der meget godt demonstrerer tonen i bogen. De er begge fra bogens afsluttende kapi-tel:

"Dette har vært en fortelling om hvor-dan individet blir et selv sammen med andre, og om hvordan dette sel-vet utvikles og feilutvikles i relasjoner.

2 Se Blum 2003 for en aktuell diskussion af mere klassiske psykoanalytiske be-greber vs. relationelle.

Relasjonsforståelsen er blitt brukt for å belyse partnervalget så vel som det som skjer i forholdet mellom foreldrene og barnet når den nye familien dannes. Siste halvdel er viet psykoterapi, der tanken er at anerkjennende dialoger skaper relasjoner som gir muligheter for endring i individet, par og familier." (p. 382)

*"Begge disse holdningene er også mer enn holdninger – de er det vi **er**. Som terapeuter **er** vi anerkjennende og undrende." (p. 382 – Schibbys fremhævelse).*

I det første citat ser vi den *nøgterne* Schibbye, der meget koncentreret får indfanget bogens essens. Det andet citat viser den *engagerede* og *begeistrede* Schibbye, der kan bringe inspiration og energi til feltet, men som måske også falder lidt i sin egen reificeringsfælde – nogle gange er terapeuter andet end anerkendende og undrende!

Denne blanding, mellem det *nøgterne* og *inspirerede*, gør Schibbye til en læseværdig forfatter, der både tør give sig i kast med de store spørsmål og deres betydning for den kliniske hverdag – bogen kan hermed anbefales.

Referencer

- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. New York, Ballentine Books.
- Blum, H.P. (2003). Psychoanalytic Controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 84: 497-513.
- Collin, F., Køppe, S. (1995). *Humanistisk videnskabsteori*. København, Danmarks Radios Forlag.
- Foulkes, S.H. (1973). The Group as Matrix of the Individuals Mental Life. In *Selected Papers. Psychoanalysis and Group Analysis*. London, Karnac Books 1990.
- Frølund, L. & Nielsen, J. (1997). Om tilegnelsen af den psykoanalytiske tænkemåde set fra den lærendes perspektiv. I J. Gammelgaard og S. Lunn (eds.). *Om psykoanalytisk kultur – et rum for refleksion*. København, Dansk psykologisk Forlag.
- Mortensen, K.V. (2001). *Fra neurose til relationsforstyrrelse*. København, Gyldendal.
- Nielsen, J. (2004). Curriculum og erfaring – et spændingsfelt for klinisk psykologisk supervision. *Nordisk Psykologi*, 56 (2). 155-176.
- Nielsen, J. (2004d). Terapeutens eksperimentelle rum – om supervision og læreprocesser – *in preparation*.
- Rønnestad, M. H. & Reichelt, S. (1999). *PsykoteraPiveiledning*. Oslo, Tano Aschehoug.
- Stern, D. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York, W.W. Norton.

Fritz Perls:
Gestaltterapiens metode
Gyldendal, 2002, genudgivelse

Anmeldt af Birgit Erichsen

Gyldendal har valgt at genudgive den danske oversættelse af "The Gestalt Approach" – et af hovedværkerne af gestaltterapiens fader, Fritz Perls. På amerikansk er den udgivet som bind 1 af et tobindsværk. Det andet bind er Eye Witness to Therapy (på dansk Gestaltterapien). I den amerikanske chefredaktør Rene Spitzers indledning hedder det, at de to værker kan læses hver for sig. Perls arbejdede på begge disse bøger frem til sin død i 1969. De fremstår tilsammen som et billede af gestaltterapien, som Perls så den ved afslutningen af sit eget aktive liv som terapeut og teoriudvikler.

Denne anmeldelse vedrører kun Gestaltterapiens metode.

Perls er ikke nogen sprogligt udviklet teoretiker. Hans tanker og teoribygning fremstår på en enkel, ligefrem og klar måde, men man skal ikke af den grund underkende den solide teoretiske forankring i hans teoretiske og psykoterapeutiske arbejde.

Perls bygger sin psykologiske teori på den oprindeligt perceptionspsykologiske retning, gestaltpsykologi, idet det samtidig – i tråd med

denne – pointeres, at helheden er mere end summen af delene. Det er med andre ord ikke tilstrækkeligt blot at præsentere gestaltterapiens grundbestanddele, stable dem oven på hinanden og så kalde det gestaltterapi.

Homeostase-synspunktet eller princippet om selvregulering er udgangspunktet for en forklaring af menneskets motivationsstruktur. Motivation opstår som følge af en ubalance. Når denne danner forgrund, opstår tilskyndelsen til handling, hvorefter der igen er balance, indtil en ny figur bryder frem.

Gestaltterapeuten arbejder holistisk og feltteoretisk. Han lytter til, hvad patienten fortæller om, hvad han tænker, hans rollespil og hans handlinger. Gestaltterapien kan med dette udgangspunkt koncentrere sig om væren her og nu, idet patienten bringer den historie og de mønstre med sig ind i nuet, der stadig har betydning.

Med udgangspunkt i feltteorien bliver der skudt genvej gennem diskussionen fra psykoanalytisk funderede traditioner om fænomener som overføring og modoverføring.

Såvel patienten som terapeuten er en del af feltet. "Studiet af den måde mennesket fungerer i sine omgivelser på, er studiet af, hvad der foregår i kontakt-grænseområdet mellem individet og dets omgivelser", sd. 26 eller sagt på en anden måde "Organisation plus omgivelser er lig med felt.", sd. 28.

Perls taler om utålmodighed (impatience) som basis for positiv kathexis og angst (dread) som basis for negativ kathexis. Emotioner er det brændstof, der driver værket.

Perls' opfattelse af spektret psykisk sundhed/sygdom er egentlig også ganske enkelt (*for* enkelt) selv i betragtning af, at han har skrevet bogen i 1969. Der er de sunde – og de er bestemt ikke de fleste. Så er der neurotikerne – som nok nærmere er de fleste. Hertil kommer de psykotiske, som er nogle få – men måske alligevel flere end man rent klinisk ville diagnosticere som psykotiske i dag. Det psykoterapeutiske udgangspunkt er at arbejde med de kontaktgrænseforstyrrelser, der manifesterer sig i kontakten mellem terapeut og klient og at få (gen)oprettet en sund og opmærksom relation.

Perls definerer kontaktforstyrrelserne introjektion, projektion, konfluens og retrofleksion og beskriver dem. Der kan ikke eksistere en årsagssammenhæng mellem elementer, der udgør et hele – så i forholdet organisme/omgivelse eller sjæl/legeme eller individ/omgivelser

kan ingen part ses som ansvarlig for sygdom hos den anden part. Ved at arbejde med kontaktgrænseforstyrrelserne bliver det muligt for patienten at etablere en sund adskillelse som forudsætning for integritet og vækst.

Patienten kommer ikke tomhændet og historieløs til terapeuten – han kommer derimod med sine manipulationer og kontaktabrydelser. Gestaltterapeuten er ikke interesseret i hvorfor'erne – men i hvordan.

"Hvis patienten erkender sine egne afbrydelsers hvordan – de tidligere og de nuværende – hvis han virkelig oplever sig selv afbrydende sig selv og *føler* de måder, hvorpå han gør det, kan han arbejde sig igennem sine afbrydelser ind til sit virkelige selv og de handlinger, han ønsker at udføre", sd. 61. Gestaltterapeuten søger efter processen. Den gamle mester fremhæver, at den ortodokse (læs psykoanalytiske) terapeut bruger overføring som forklaring på den terapeutiske proces, og at overføring "ikke er kontakt, men noget, der forhindrer kontakt". Kontakt involverer nemlig en værdsætning af det, den anden virkelig er, ikke hvad man fortolker, han er. Med reference til Freud siger Perls, at det, der er aktivt i terapien, er dét, der ikke har været og ikke dét, der har været.

En psykoanalytiker ser ikke patienten, som han er, hvis han er sporet ind på at se eller befordre at

patienten udvikler overføring (som senere fortolkes).

Metoden sigter mod, at klienten bliver klar over sine selvafbrydelser og finder eller genfinder sin selvstøtte og således når frem til sit ægte selv. Måske er klienten også efter denne proces ulykkelig, men så er det ikke en neurotisk følelse af ulykkelighed, men en ægte emotion som kan gennemlevs.

Når klienten er i stand til at sige – og mærke "Nu er jeg opmærksom", (sd. 72) er han nået meget langt. Denne sætning nedbrydes yderligere til "Hvad laver du?", "Hvad føler du?"; det kan udvides til "Hvad ønsker du?", "Hvad forventer du?" Patienten sættes med disse grundlæggende spørgsmål, som fremmer opmærksomhed, i en uholdelig frustration i mødet med terapeuten. Terapeuten fastholder sin fokusering indtil det øjeblik, hvor patienten bliver opmærksom på, hvad han selv laver. Modstand viser sig på mange måder – en af dem, som er ganske velkendt for terapeuter, er, at patienten (tilsyneladende) ikke forstår spørgsmålet og på denne måde afbryder patienten kontakten –. Perls'udtryk for dette er "semantiske vanskeligheder".

Perls har her i et af sine sidste værker ikke forladt sin oprindelige opfattelse af aggression fra "Ego, Hunger and Aggression" (1947) – at arbejde med vreden, de fraspaltede emotioner mv. drives af den dentale

aggression, og der sker en omstrukturering/assimilering.

Ved læsningen af denne genudgivelse ser jeg tilbage til starten af 70'erne da gestaltterapien var kommet til Danmark – bragt med sig af amerikanere og hurtigt viderebragt af danskere og andre skandinaver. Snart fik gestaltterapien et omdømme som konfronterende, voldsomt og drevet af mere eller mindre narcissistisk prægede terapeuter. Det var teknikkerne mere end teorien, der i første omgang ramte Skandinavien. Begreber som den tomme stol, den varme stol og et af gestaltbønnens mantraer: "Jeg er ikke i denne verden for at leve op til dine forventninger" gav legitimitet til opgør med børn, forældre, arbejde, samfund og you name it. Gestaltterapeutiske klienter fra 70'erne ømmer sig stadig lejlighedsvis over de konfronterende metoder fra dengang. Derfor er det også rart at konstatere, at Perls selv er opmærksom på nødvendigheden af såvel empati som sympati i forhold til klienten – og at det teoretiske fundament er solidt.

Jeg har selv kun set Perls på videooptagelser – men har hørt om ham fra mange, der har kendt ham og arbejdet sammen med ham. Jeg kan godt se hans praksis som en omsætning af den metode, han her i bogen fremlægger ganske nøgternt – nærmest lidenskabsløst. Men det er også indlysende, at denne arbejdsstil ikke bare kan kopieres som

et overfladefænomen og anvendes af andre terapeuter.

Gestaltterapien hviler på et solidt grundlag af erkendelsesteoretisk, filosofisk, psykologisk og psykiatrisk tankegods. Modsætningen til psykoanalysen er klart trukket op.

Den terapeut, der er i stand til at anvende den gestaltterapeutiske forståelse, har med "hverdagsneurotikeren" et godt redskab til at give patienten mulighed for at en proces hen mod en bedre livskvalitet.

I den aktuelle amerikanske gestaltterapi, som jeg kender den i amerikansk udgave fra Gary Yonteff, og i den danske udgave, er der sket en yderligere accentuering af terapeutens empatiske støtte til patientens arbejde.

Så vidt jeg kan se ud fra Gestaltterapiens metode, er der i den aktuelle gestaltterapi tale om en nuancering og en personlig forvaltning af

den gestaltterapeutiske metode, der ikke grundlæggende fraviger det udgangspunkt, Perls tegner konturerne af i denne bog. Bogen har altså stadig en eksistensberettigelse ud over det rent historiske.

Det er vigtig, at gestaltterapeuter sammen med den praktiske træning er opmærksomme på det teoretiske grundlag for deres arbejde. I modsat fald vil risikoen for overgreb på klienternes grænser øges.

Det er helt afgørende, at en terapeut kan arbejde med klientens selvafbrydelser og være til stede her og nu og i relationen uden at være forstyrret selv eller blive det i samvær med patienten.

Det er godt, at denne lille bog er genudgivet – og jeg håber den bl.a. finder anvendelse i de forskellige gestaltterapeutiske uddannelser, således at det teoretiske fundament bevares.

Alain Topor:
Recovery.
At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser
København: Hans Reitzels Forlag, 2003
336 sider. Pris: 350 kr.

Anmeldt af Kristen Kistrup

Recovery, eller det at komme sig helt eller delvist efter en alvorlig sindslidelse, er et nyt begreb i Danmark. Nogle mener, at vi taler om et paradigmeskifte væk fra et eksisterende "kronicitetsparadigme".

Det var brugerbevægelser og Videnscenter for Socialpsykiatri, som først satte recovery på dagsordenen i Danmark.

Folketinget vedtog den 29. maj 2001 en opfordring til regeringen om, "at der i 2002 tages initiativ til forsøg, hvor perspektivet om at blive helbredt (recovery-perspektivet) sættes i centrum". Samtidig anbefalede Udvalget vedrørende bedre samspil i psykiatrien og socialpsykiatrien i sin rapport, at der gennemføres tværsektoriel forskning og eventuelle forsøg med recovery.

"Rapporten over Videnscenter for Socialpsykiatri recovery-forprojekt, marts-juli 2002", der er udgivet af centret, fremlægger væsentlig international dokumentation for recovery og giver en værdifuld og enkel indføring i begrebet. I rapporten betones, at recovery-perspektivet har

tilbud til såvel behandlings- som socialpsykiatri.

I 2002 udgav Videnscenter for Socialpsykiatri Alain Topors to bøger om "At komme sig" og "Vendepunkter". Bøgerne bliver flittigt læst og Alain Topor er desuden en ofte brugt foredragsholder i Danmark. Alain Topor er formentlig den mest vidende ekspert på området i Skandinavien.

Bøgerne er skrevet på basis af det samme indhold, som nærværende bog – nemlig Alain Topors afhandling med en litteraturgennemgang *Managing the contradictions – Recovery from severe mental disorders* (2001) og en empirisk undersøgelse af det at komme sig efter alvorlige lidelser. Bogen, som samler begge temaer, er oversat fra svensk efter "Återhämtning från svåra psykiska störningar".

Alain Topor er psykolog og chef for Forsknings- og Udviklingsenheden ved SPO Psykiatrien Södra i Stockholm. Han fungerer som forskningsleder ved Institutionen för Socialt Arbete, Stockholms Universitet. Han har tidligere arbejdet inden for

socialforvaltningen og psykiatrien som familierapeut.

Bogen giver en grundig indføring i litteraturen bag recovery og en beskrivelse og fortolkning af undersøgelsens interview af 16 personer – med en narrativ tilgang.

Bogens første del (litteraturgennemgangen) har fem temaer: Kroniske sygdomme og det at komme sig, sandsynligheden for at komme sig, pessimismens årsager, behandlinger og behandlingsresultater og metoder til at komme sig.

Det er ikke tilfældigt, at indledningen begynder med "kroniske sygdomme" – efterfulgt af et spørgsmålstegn. Alain Topor er ikke i tvivl om, at kronicitetsbeskrivelsen af sindslidelser har taget overhånd, og at behandleren bevidst eller ubevidst støtter den syge i at tilpasse sig en tilværelse som kronisk patient. En holdning, som (hvis han har ret) ikke efterlader meget håb hos patienten og dennes pårørende. Det påpeges, at begrebet *kronisk* anvendes både i den psykiatriske forskning og praksis, uden at være klart defineret. Andre beslægtede temaer (*forestillingen om "den skizofrene" som kvalitativt anderledes end andre mennesker og vanskelighederne ved at etablere pålidelige diagnosekategorier*) beskrives og uddybes med eksempler fra Topors omfattende litteratursøgning. Diagnosticering ses som et våben: "Valget af diagnosekriterier er en måde, hvorpå man på forhånd

kan begrænse antallet af personer der kommer sig" (side 44). Det er en af flere eksempler på, at Topor i sin litteraturgennemgangs grundighed synes at have haft et klart sigte: at påvise psykiatriens intention om at hæmme eksistensen af recovery. Diagnosen som et positivt redskab, hvor behandleren på videnskabelig basis tilrettelægger sit behandlingstilbud, levnes der ikke plads til i bogen. Det til trods for, at diagnosticering også kan have en plads i et recovery-orienteret behandlingssystem. En "pro et contra"-tilgang endsig en modhypotese kommer ikke på tale. Litteraturgennemgangen ses fra én vinkel – forfatterens!

Denne ensidighed kan virke hæmmende for mange læsere. Men det kan anbefales, at man holder ved og holder ud. Recovery er af så stor betydning og litteraturgennemgangen i bogen så grundig, at det næsten kan accepteres.

"Det at komme sig betragtet som en proces" (side 52) introducerer en af recovery-begrebets vigtigste pointer, hvor W. A. Anthony citeres for "... at komme sig er en dybt personlig og unik proces som omfatter ændrede holdninger, værdier, følelser, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve på, som giver et tilfredsstillende og konstruktivt liv med håb inden for rammen af de begrænsninger sygdommen skaber." Vi taler om en personlig proces, som

omgivelserne (netværk og professionelle) kan hæmme – eller støtte.

De korte kapitler *Sandsynligheden for at komme sig, Behandlinger og behandlingsresultater* og *Behandlinger og behandlingsresultater* fører (på side 79) frem til en konklusion, som forekommer noget pessimistisk set fra et behandlersynspunkt: "For øjeblikket savnes der for bestemte psykiske sygdomme specifikke behandlingsindsatser der medfører at en overvejende andel af patienterne kommer sig. Behandlingsverdenen havner derfor nemt i en tung, skjult pessimisme som medfører at skizofreni karakteriseres som en kronisk sygdom, dvs. en sygdom med et iboende naturligt forløb som ikke på afgørende vis lader sig påvirke udefra, og som varer resten af livet."

Det er i bogens første dels sidste og omfattende kapitel (*Metoder til at komme sig*) at læseren for alvor introduceres til litteraturen bag recovery. I *Sammenfatning – afslutning* på side 130 ridses den aktuelle viden inden for området op og sættes i perspektiv til hospitalspsykiatriens aktuelle virkelighed, hvor afinstitutionalisering fører til distriktspsykiatriske behandlingstilbud i sammenhæng med sociale støtte-, hjælpe- og rehabiliteringsindsatser. Patienten behandlet i eget miljø på egne betingelser.

Beskrivelsen af forskningens udfordringer på området afslutter bogens første del – og lægger op til

anden del, hvor Topor selv kommer med et bud på en metode.

Udgangspunktet for bogens anden del er, som beskrevet i første del, at hverken kronicitet eller det "at komme sig" er entydige begreber. Der må derfor foretages nogle valg på baggrund af kompromiser. Resultatet er interviews med 16 personer (otte kvinder og otte mænd), som i en eller anden forstand var kommet sig helt eller delvist (socialt). Fokus er to spørgsmål: Hvad gør de mennesker, der kommer sig efter alvorlige psykiske lidelser? Og: Hvad er det, der hjælper dem i denne proces?

En forståelse af forskellige narrative formers betydning og deres plads i sin tid knytter an til tolkningerne af erfaringer fra flere stadier: vendepunkter på vejen nedad, vejen nedad – til bunden, vendepunktet/vendepunkter på vejen opad og vejen opad. Her finder man en mængde citater, som illustrerer patienternes situation. Eksempelvis patienten, som beskriver psykosen som "månens bagside" og udtaler: "Men det jeg forstår ved månens bagside er også lige præcis det der skete med Apollo 13, at de en stund var helt afskåret fra verden, og det er *det* der sker i en psykose. Man er helt ensom i et landskab hvor ingen tidligere har været." Et billede, som er til at forstå.

Bogens sidste fire kapitler (*Materielle forudsætninger – hvornår, hvor og*

med hvad?, Søgen er et tabt jeg, Andre – med og modaktører og At håndtere modsætninger – det sammensatte individ rummer de interviewedes og forfatterens erfaringer med og syn på det svenske behandlings- og støttesystem, som ikke er så forskelligt fra det danske. Dialogen opleves ikke altid optimal – og respekt og ansvarlighed ej heller.

Det sidste kapitel samler på en måde trådene og sætter recovery i

perspektiv. Der beskrives "kløfter" og problematisering af psykiatriens bestræbelser på at indordne sig i det traditionelle naturvidenskabelige felt, men også (til sidst) betydningen af, at fordybelse skærper vores opfattelse, hvorved vi kan opnå forøget indsigt.

Lad bogens udgangsreplik være en opfordring.

Læs den – og få øget indsigt i recovery.

Per Magnus Johansson
Freuds psykoanalys.
Band III: Arvtagare i Sverige del 2.
Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB 2003.

Anmeldt af Siv Boalt Boëthius

Beskrivningen av psykoanalysens utveckling i Sverige "Freuds Psykoanalys" av Per Magnus Johansson är ett unikt idéhistoriskt arbete. I "Arvtagare i Sverige del 2" presenteras Alfhild Tamm, Gunnar Nycander, Gösta Harding och Stefi Pedersen. Boken bygger på publicerade arbeten i andra sammanhang än de psykoanalytikerna själva skapat, på historiska arkiv som överlämnats till författaren samt på arkiv som tillhör Svenska Psykoanalytiska Föreningen och S:t Lukas i Stockholm. Annat viktigt material utgörs av intervjuer med drygt hundratalet personer. En förutsättning för båda böckerna är att de utvalda personernas liv är avslutade.

Det är ett imponerande arbete som författaren redovisar och boken ger en engagerad, faktaspäckad och intresseväckande beskrivning av psykoanalysens framväxt. Enskilda personers verksamhet och hur man har förhållit sig till psykoanalysen som teori och behandlingsmetod från starten fram till våra dagar beskrivs. Boken torde ha ett betydande intresse för alla som vill veta mera om psykoanalysens historia.

Det första kapitlet innehåller en metodologisk diskussion om arbetet med att skriva psykoanalysens historia. I de kapitel som presenterar de fyra personerna beskrivs deras verksamhet utifrån relevanta publikationer samt hur dessa togs emot. Därefter ges en bild av deras personliga liv.

De presenterade psykoanalytikerna

I kapitel två presenteras *Alfhild Tamm* (1876-1959), som var läkare och en av de mest drivande krafterna i arbetet med att etablera det psykoanalytiska tänkandet i Sverige. Hon var specialiserad på röst- och talrubbingar och ägnade sig som skolläkare åt att försöka förstå elever med inlärningssvårigheter.

Parallellt med intresset för talpedagogiska problem engagerar Tamm sig i arbetet med att etablera psykoanalysen i Sverige. Hon skriver artiklar och en bok som presenterar psykoanalysen och dess tillämpningar. År 1934 bildas den Finsk-Svenska Psykoanalytiska Föreningen med Tamm som ordförande. Föreningen har få medlemmar, hon är den enda

handledaren och svarar ensam för den läroanalys som ges i föreningen. Alfhild Tamm är ordförande till 1947.

Därefter presenteras *Gunnar Nycander* (1900-1964), som också var läkare. Tillsammans med Hanna Bratt grundande han år 1934 Ericastiftelsen och var institutionens föreståndare från 1941-1945. Han valdes till Psykoanalytiska Föreningens ordförande 1947, men lämnade föreningen på eget initiativ 1953 efter inre stridigheter. Han fortsatte att utbilda och handleda en grupp psykoterapeuter och att skriva.

Nycander intresserar sig för livsåskådningsfrågor och publicerar 1933 en bok om "homosexualitetens psykofysik", som väcker debatt. Han skriver även om moralfrågor och deras förhållande till religion och psykologi. Nycander disputerar år 1950 på en avhandling med titeln "Personlighetsutveckling på avvägar". Fokus ligger på hur barns aggression kommer till uttryck.

Mot bakgrund av att både Gunnar Nycander och Gösta Harding var verksamma vid *Ericastiftelsen* ger författaren i kapitel fyra en presentation av institutionens historia. Beskrivningen omfattar tiden från starten 1934 fram till 1971 då Harding gick i pension. I kapitel fem undersöks *Gösta Hardings* (1906-1976) arbete och insats. Både Gunnar Nycander och Gösta Harding var, i tur och ordning, ordfö-

rande inom Svenska Psykoanalytiska Föreningen. Men de lämnade båda föreningen och tog avstånd från de delar, som de upplevde som alltför dogmatiska. Författaren konstaterar att de förblev den freudianska traditionen trogna, även om de stod utanför dess huvudfåra. Båda två gjorde betydande insatser såväl på ett praktiskt plan som i sina respektive författarskap. Båda var också under skilda perioder ansvariga för verksamheten vid Ericastiftelsen och Gösta Harding efterträdde Nycander som överläkare 1945.

Författaren har när det gäller Gösta Harding fått tillgång till hans personliga anteckningar, vilket ger en unik bild av hur han tänkte om och såg på sitt arbete och på Ericastiftelsens verksamhet. Det är uppenbart att Harding hade en förmåga att formulera sig och beskriva det han såg, på ett sätt som väcker intresse och författaren har lyckats integrera detta med sin egen stilistiska förmåga. Det gör att kapitlet om Harding är ett av de mest intressanta i boken, kanske just på grund av den mer personliga tonen.

I kapitel sex diskuteras problemet med analytiker som inte är läkare och i kapitel sju tas *Stefi Pedersen* (1908-1980) upp. Hon var utbildad i Berlin och flydde under dramatiska omständigheter till Sverige i slutet av andra världskriget. Hon hade en betydande seminarieverksamhet och var drivande inom "Tidskrift

för psykoterapi". I perioder arbetade hon med människor med stora svårigheter och hon funderade tidigt över de så kallade gränsmänniskorna, invandrare och flyktingar, barn som växte upp med ensamstående föräldrar och/eller i språklig torftighet. Rotlösheten blev ett genomgående tema i hennes verk och hon hade bland annat överlevande från koncentrationsläger som sina patienter.

Stefi Pedersen hade en akademisk utbildning men var inte läkare, vilket innebar svårigheter i en tid då en medicinsk utbildning stod högt i kurs. Hon invaldes i Psykoanalytiska Föreningen 1955, blev utbildningsanalytiker och handledare. Hon skrev ett stort antal artiklar som publicerades i olika sammanhang. De väsentligaste artiklarna har delats in i tre grupper: exilen och dess konsekvenser, konsten och skapandet samt artiklar publicerade i *The International Journal of Psycho-Analysis*.

Psykoanalysens historia

I kapitel åtta sammanfattar författaren psykoanalysens historia i Sverige under 1900-talet och tar upp frågor som varit av stor betydelse under lång tid inom den psykoanalytiska världen, inte bara Sverige. En sådan fråga är synen på grundutbildningen som läkare respektive psykolog.

En andra fråga gäller läroanalysens eller utbildningsanalysens framväxande betydelse. En tredje fråga är psykoanalytikernas relation till den akademiska världen, något som varit aktuellt under hela 1900-talet och fortfarande är det. Endast tre av de här aktuella psykoanalytikerna disputerade. Några utnämndes till hedersdoktorer mot slutet av sin levnadsbana. På det hela taget kan man dock säga att det stora flertalet psykoanalytiker har stått utanför universitet och författaren konstaterar att de praktiskt verksamma psykoanalytikerna gör så än idag.

Kritiken av psykoanalysen och självkritik

Avslutningsvis tas kritiken av Freuds psykoanalys upp och författaren anser att psykoanalysen från början har utsatts för två typer av kritik. Företrädare för den ena formen av kritik är inte överens med Freud i något avseende, men åsiktsskillnaden hindrar inte att en grundläggande respekt för Freud bibehålls. Psykoanalysen har av den andra typ av kritiker under sin hundraåriga historia anklagats för bl.a. att den är fångad i ett patriarkaliskt förtryckarsystem, för tidskrävande och dyr, att den är ovetenskaplig eller saknar terapeutisk effekt eller att den kan vara farlig. Moderna kritiker har även hävdats att Freud

ljög och undanhöll för honom gravande uppgifter.

Några tänkvärda reflektioner utifrån den kritik som riktats mot psykoanalysen och dess företrädare redovisas. En aspekt är att Freud av vissa idealiserades på ett sätt som torde väckt motvilja. En annan är den tendens till isolering och avståndstagande från omvärlden som många psykoanalytiska föreningar har utvecklat. Det faktum att ansvariga för Freuds efterlämnade brev har valt att hemlighålla delar av hans brevväxling och att nationella psykoanalytiska föreningar har haft sina arkiv stängda för ickemedlemmar och obundna forskare är ett

annat exempel. En tredje aspekt är att utbildningen till psykoanalytiker har skett utanför universiteten, i föreningar styrda av psykoanalytikerna själva, där ledarna inte sällan haft stort eget intresse i institutionen. Författaren frågar sig om det är möjligt att inom dessa privata föreningar skapa en kritisk inställning och en forskningsmiljö där ett fritt vetenskapligt utbyte kan ske? Att dessutom såväl Freud som hans arvtagare tillskrivit den så kallade läroanalysen en avgörande betydelse för att nå yrkesskicklighet kan också ha bidragit till att misstänkliggöra yrkeskåren.

Abstracts

Per-Einar Binder & Eystein Victor Våpenstad: The house is burning – relationally oriented psychoanalytic and neurobiological perspectives on psychosis and serious personality disturbance. Matrix 21; 2, 96-122

This article presents, discusses and compares contemporary relationally oriented psychoanalytic approaches to serious personality-disturbance and psychosis. The psychoanalytic perspectives are also compared to neurobiological perspectives on personality development and relational trauma. The current emphasis on experience-dependent processes in brain development makes these approaches compatible. The theory and treatment of psychosis and disturbed personality states have historically had a huge impact on the development on both interpersonal- and object relational theory. In contemporary psychoanalysis there has been less emphasis on psychotic states, but significant contributions to theory and treatment of personality disorders. Relational psychoanalysis, represented by among others Mitchell, Aron, Bromberg and Davies & Frawley, point out the importance of the therapist's subjectivity in the therapeutic relationship, the defensive retreats from human contact, and the often intense transference-countertransference interaction with this population of patients. The neokleinian approaches of Steiner, Joseph and Alvarez in a similar way emphasises the transference-countertransference emotional dynamic in the "here and now", the emotional retreat from close contact, and the handling of overwhelming destructive affect through the concepts of "psychic retreats" and "psychic equilibrium". The intersubjective approach of Stolorow, Brandchaft, Atwood and Orange on the other side, give more weight to the role of empathic failure and lack of experiential validation in both the aetiology and the here and now intersubjective fields of these patients. A common focus in these contemporary psychoanalytic approaches is the impact of affective relationships on thought, imagination and self-experience, and this focus also makes possible a compatibility with recent neuroscientific contributions on brain development.

Key words: relational psychoanalysis, personality disturbance, psychosis, neuropsychology

Gudrun Olsson: Self images of psychotherapists. Matrix, 21; 2, 123-143

This qualitative study is an attempt to articulate the experience of psychotherapeutic practice and to formulate what may characterize good praxis. Special focus is on what images psychotherapists want to convey about themselves and how to make those images trustworthy. One point of departure is the notion that we live in a storied world, and the study is based on psychotherapists' narrative ways of knowing. Psychotherapists' stories about good moments in their work with clients are analysed with regard to self-representation. It is discussed how a particular image of self is made credible by emphasizing the problematic feature of a situation and then formulating a turning-point.

Key words: Psychotherapist, self image, good moments, narrative

Morten Hesse: Licence money in psychological tests: a necessity or a hindrance for development of quality? Matrix, 21; 2, 144-150

Tests that are under commercial licence are widely utilized in psychological assessment and in the research of psychotherapy. The money from licence payments may be used for research, development of manuals and software for scoring and interpretation of tests. However, commercial conditions for the administration and use of tests may have its down-sides as well. Such conditions may give test developers an incitement to over-emphasize positive aspects of their tests and over-look or minimize the test's limitations. Among the problems of tests that are specifically associated with commercial conditions are norms, validity indexes and adjusted values, and, notably, problems with the quality of the original studies that are referred as evidence for the validity of the test scales. Examples of these problems are given from the MCMI-III. It is concluded that the licence system is a hindrance for independent research, necessary to assess the true validity of instruments for personality assessment, and that the licence system may contribute to the continued utilization of counter-productive methods, such as the exclusion of protocols based on invalidity scales, or the use of adjusted scores, based on scales for over- or under-reporting.

Key words: Psychological testing, validity, financing

Forfatterliste

Per-Einar Binder, dr. psychol. Specialist i klinisk psykologi, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen
per.binder@psykp.uib.no

Eystein Victor Våpenstad, cand. psychol. Specialist i klinisk psykologi, privat praksis, Oslo.
vaapenst@online.no

Gudrun Olsson. Professor, Aalborg universitet, Institut for Kommunikation.
gudrun@hum.aau.dk

Morten Hesse, cand. psych., ph.d.-studerende. Århus Universitet, Center for Rusmiddelforskning, Københavnsafdelingen. *mortenhesse@crf.dk*

Jan Nielsen, cand.psych., ph.d. Adjunkt i klinisk psykologi ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet. *jan.nielsen@psy.ku.dk*

Birgit Erichsen, cand. psych., gestaltterapeut. Uddannelseskonsulent ved Kriminalforsorgens Uddannelsescenter. *birgit.erichsen@tdcadsl.dk*

Kristen Kistrup, cand. med. Psykiatrioverlæge ved H:S direktionen. *kki@hsd.hosp.dk*

Siv Boalt Boëthius, psykoanalytiker, leg. psykolog. Professor ved Stockholms universitet, Pedagogiska Institutionen. *siv@ped.su.se*

Seminar med psykoanalytiker
Anthony Bateman, London
om

**MENTALISERING OG MENTALISERINGSBASERET
BEHANDLING AF BORDERLINE
PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER**

Tid: 23. - 24. September 2004, kl. 9.00 - 16.00

Sted: Festsalen, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Mølleparkvej 10, 9000 Aalborg.

Arrangør: Psykoterapeutisk Forum i Nordjylland

Pris: Kr. 1600 for medlemmer, 1800 for ikke medlemmer.

Tilmelding: Indbetaling af beløbet på **Giro 0016779628**, Psykoterapeutisk Forum i Nordjylland v/kasserer Jette Staal, Grebjerg 4, Gjøl, 9440 Aabybro

Yderligere information fås hos formand, cand. psych. Claus Hugaard Jacobsen, tlf. 9635 9016 eller email claus@hum.aau.dk