

## Indholdsfortegnelse

Redaktionell kommentar . . . . .	2
Vivi Maar, Inger Poulsen Dutton, Helle Dittmann, Randi Gregersen og Mette Bentz: <i>Terapeutisk alliance i forældrebehandling</i> . . . . .	4
Michael Münchow: <i>Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugs- behandling</i> . . . . .	31
Karin Egberg Thyme, Eva C. Sundin, Birgit Lindström, Britt Wiberg, Nils Larsson, Inga Sjöberg og Marianne Wikman: <i>Förändringar av vestibulismärtor, psykiskt mående och välbefinnande samt upplevelser av själv och andra</i> . . . . .	49
Merete Sæbø Torvanger: <i>Traumatisering og bevissthetsstrøm</i> . . . . .	72
Bog anmeldelse	
Olov Dahlin: <i>Bjarne Sode Funch, Bjarne Jacobsen og Peter la Cour (red.) Livstemaer i eksistens-psykologisk perspektiv</i> . . . . .	94

\*\*\*

## Table of Contents

Editorial . . . . .	2
Vivi Maar et al.: <i>Therapeutic alliance in treatment of parents</i> . . . . .	4
Michael Münchow: <i>No/yes please! Frustration and gratification in treatment of addictions</i> . . . . .	31
Karin Egberg Thyme et al.: <i>Changes of Vulva Vestibulit pain</i> . . . . .	49
Merete Sæbø Torvanger: <i>Trauma and consciousness</i> . . . . .	72
Book Review	
Olov Dahlin: <i>Bjarne Sode Funch, Bjarne Jacobsen og Peter la Cour (eds.) Livstemaer i eksistens-psykologisk perspektiv</i> . . . . .	94

# Redaktionell kommentar

Detta årets första nummer spänner över både djup och bredd, både diskussion och granskning av etablerade terapier och presentation av nya behandlingsformer.

Vivi Maar, Inger Poulsen, Helle Dittman, Randi Gregersen och Mette Bentz har i *Terapeutisk alliance i forældrebehandling*, som en del i det samnordiska EPOS projektet för utvärdering av psykodynamisk psykoterapi, studerat föräldrabehandlingen, som är en del av psykoterapi med barn och unga. Innehållsrik och mycket tänkvärd läsning med ett flertal kliniska illustrationer om hur föräldrabehandlingen kan stödja barnpsykoterapin - eller i värsta fall motverka densamma.

Michael Münchow diskuterar i sin artikel *Nei/Ja tak! Frustration och gratifikation i misbrugsbehandling, psykodynamiske perspektiver i forhold til kognitive traditioner og tolvtrinsprogrammet* problematiken med den terapeutiska hållningen och det problematiska i en alltför neutral sådan. Artikeln kan säkert blåsa nytt liv i en sedan länge pågående debatt och läsare som känner sig stimulerade till detta välkomnas ge bidrag till vår debattsida i kommande nummer.

Karin Egberg Thyme, Eva C. Sundin, Birgit Lindström, Nils Larsson, Britt Wiberg, Inga Sjöberg och Marianne Wikman presenterar i *Förändringar av vestibulitmärtnor, psykiskt mående och välbefinnande samt opplevelser av sjelv og andra – en systematisk pilotstudie av sex unga kvinner med vulva vestibulit som gjennomgått tidsbegrensad bildpsykoterapi*, og muligheter som bildpsykoterapi kan oppna i arbeidet med psykosomatiska symptom. Även denna artikel är rikligt illustrerad och mycket tankeväckande.

Psykoanalysen benyttet tidlig litteratur og teater i utforskningen av vesentlige tema i den menneskelige væren. S. Freuds analyser av Sofokles og Shakespeare sine drama er vel kjent. W.R. Bion hadde også stor innsikt i hvordan den indre verden kunne illustreres gjennom teater. I sin siste selvbiografiske bok "A

Memoir of The Future" lar han seg selv komme i tale gjennom flere forskjellige stemmer. Han hadde en tid Samuel Beckett i behandling og de to gikk også på teater sammen. D. Melzer hadde også en tett kobling til det litterære som uttrykksform for det indre. Merete Sæbø Torvanger følger opp denne tradisjon i sin opplysende og spennende analyse av Sarah Kanes Crave. Hun ser i sin artikkel på traumet og dets tragiske effekt, som kan innebære smadring og fragmentering av indre dialog. Vi får gjennom hennes analyse innsikt i, hvordan et teaterstykke kan gi et sterkt uttrykk for hvordan forskjellige stemmer i et fragmentert selv kan ytre seg gjennom bevisstheten.

Olav Dahlin anmelder boken "Livstemaer" som han betegner som en folkeopplysningsbok. Som alltid i sine velfunderte anmeldelser kommenterer han ved kontraster og viktige strømninger i tiden. Boken er redigeret av Bjarne Sode Funch, Bjarne Jacobsen og Peter la Cour.

Redaktionen önskar god läsning och ser fram emot, gärna livliga, diskussioner i våra spalter om artiklarna.

*Göran Ahlin*

*Svein Tjelta*

# Terapeutisk alliance i forældrebehandling

Matrix 2007, 1, s. 4-30

Vivi Maar, Inger Poulsen Dutton, Helle Dittmann,  
Randi Gregersen og Mette Bentz

*Udviklingen af terapeutisk alliance i forældrebehandling beskrives på baggrund af en kvalitativ analyse af seks behandlingsforløb med forældre, hvis børn parallelt hermed har modtaget individuel psykoterapi. Undersøgelsen er en del af et interskandinavisk projekt, der udgår fra Ericastiftelsen i Stockholm (EPOS).*

*Der tages afsæt i spørgsmålene om, hvordan det særlige ved forældrebehandling kan defineres, samt hvilke temaer og processer der er karakteristiske ved den terapeutiske alliances udvikling i forældrebehandling. Universitetsklinikens praksis og den teoretiske baggrund for denne præsenteres. Dernæst beskrives den terapeutiske alliance som begreb. Analysen beskriver karakteristiske processer i henholdsvis etableringsfase, midterfase og afslutningsfase, og alliancens dynamiske udvikling eksemplificeres.*

*Der peges på den udfordring, forældreterapeuten møder ved at skulle tage vare på flere relationer samtidig, udvise fleksibilitet i terapeutisk position samt være opmærksom på den stadige vekslen mellem emotionelle og kognitive elementer i relationen.*

*Nøgleord: forældrebehandling, terapeutisk alliance, forældreterapeut.*

Vivi Maar, fhv. lektor ved Universitetets Psykologiske Klinik, Institut for Psykologi, Landemærket 9, DK-1119 København K, tlf. 35 32 49 00. Supervisor og specialist i psykoterapi.

E-mail: [vivi.maar@psy.ku.dk](mailto:vivi.maar@psy.ku.dk)

Inger Poulsen Dutton, socialrådgiver, psykoterapeut. E-mail: [inger.poulsen@psy.ku.dk](mailto:inger.poulsen@psy.ku.dk)

Helle Dittmann, specialpædagog, psykoterapeut. E-mail: [helle.dittmann@psy.ku.dk](mailto:helle.dittmann@psy.ku.dk)

Randi Gregersen, specialpædagog, psykoterapeut. E-mail: [randi.gregersen@psy.ku.dk](mailto:randi.gregersen@psy.ku.dk)

Mette Bentz, cand. psych. aut. E-mail: [mettebentz@pc.dk](mailto:mettebentz@pc.dk)

Når børn har brug for at komme i individuel psykoterapi, vil der oftest blive stillet krav til forældrene eller de nærmest pårørende om på en eller anden måde at indgå i behandlingen. Her er det af stor betydning, at der skabes så god en kontakt til forældrene som muligt, således at de kan få indsigt i og bidrage til forståelsen af problemerne og derigennem kan medvirke til at befordre barnets videre udvikling. Undertiden kan det dog være vanskeligt at skabe en terapeutisk alliance med forældre, der bringer deres barn til psykoterapi på grund af de særlige vilkår, forventninger og betingelser, der knytter sig til behandlingsforløbets etablering. Dette har vi ønsket at beskrive nærmere gennem en analyse af en række behandlingsforløb, hvor nogle af de problemer, der er karakteristiske i forbindelse med etablering og opretholdelse af en terapeutisk alliance i forældrebehandling, kommer til udtryk.

## Baggrund

Artiklen udspringer af det interskandinaviske forskningsprojekt EPOS (Erica Process and Outcome Study), som etableredes ved Ericastiftelsen i Stockholm i 2000 (Carlberg, Larsson & Odhammar, 2003). Det introduceredes til universitetsklinikken af daværende gæsteprofessor Siv Boalt Boëthius. Projektet har som mål at undersøge proces og udbytte i forbindelse med målbeskrevet, tidsbegrænset psykoanalytisk orienteret børnepsykoterapi og parallel forældrekontakt.

Da vi ved den psykologiske klinik ved Institut for Psykologi, Københavns Universitet siden 1950 har tilbudt og udviklet forskellige former for psykoanalytisk orienteret børnepsykoterapi (Schultz Jørgensen & Almstrup, 1990), fandt vi det naturligt og spændende at indgå i dette projekt.

EPOS-projektet bygger på tidligere undersøgelser af forandringsprocesser i børnepsykoterapi (Carlberg 1999) og af terapeuters følelsesmæssige reaktioner i børnepsykoterapi (Holmquist & Armelius, 1994, Hjulmand, 2002), samt på en samlet oversigt over forskning vedrørende børnepsykoterapi (Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Disse tre undersøgelser bygger på resultater, som er fremkommet i international forskning (Fonagy & Target, 1996).

Familier med børn i alderen 5 til 12 år blev tilbudt at deltage i den danske del af EPOS-projektet, såfremt deres barn efter en udredning skønnedes egnet til individuel psykoterapi af mindst 1 års varighed, og forældrene var villige til at deltage i parallelle forældresamtaler hver eller hver anden uge. Rammerne og målene for terapierne formuleredes så tydeligt som muligt ved terapiens start. Terapeuterne var dels uddannede erfarne børne- og forældreterapeuter fra klinikens faste stab (socialrådgiver, specialpædagoger og psykologer), dels yngre psykologer i videreuddannelse. Behandlingsarbejdet blev udført som et

teamwork mellem børne- og forældreterapeut – og i de fleste tilfælde under supervision, ligesom der afholdtes regelmæssige team- og projektkonferencer.

### *Teoretisk baggrund for forældrebehandling*

Klinikken behandlingsarbejde var fra starten af 50'erne mest inspireret af Anna Freuds teorier (1926, 1945), og hovedvægten i behandlingen blev lagt på barnets psykoterapi, mens forældrene, oftest alene moderen, orienteredes om forløbet og informerede om barnets udvikling. I takt med at der i klinikken i tiltagende grad blev fokuseret på objektrelations- og tilknytningsteorier (f.eks. Klein 1952b, 1964, Winnicott 1958, 1960, 1993), blev der skærpet opmærksomhed omkring relationen mellem forældre og barn, og man tillagde forældrebehandlingen stadig større vægt.

Målet for forældrebehandlingen er at hjælpe forældrene til at skabe bedre betingelser for barnets fortsatte udvikling ved at øge deres empati for barnets vanskeligheder og deres forståelse af symptomerne og af deres egen eventuelle andel i vanskelighedernes udformning. Dette kan bl.a. ske ved, at der gennem forældreterapeutens empati skabes mulighed for en øget "*facilitating environment*", som Winnicott kalder det, et rum, som kan befordre udvikling. Man søger at øge forældrenes "*holding*", bl.a. deres mulighed for at etablere og fastholde en sikker og tryk situation, og at give dem indsigt i, hvordan barnet bedst vil kunne hjælpes (Winnicott, 1960). Hvis dette lykkes, vil det samtidig kunne bidrage til at øge deres selvværd i forældrerollen.

Barnet er afhængigt af sit nærmeste opvækstmiljø. Det kræver opmærksomhed på familiens livssituation og belastningsfaktorer. Behandlingen indeholder derfor ofte både psykosociale og intrapsykiske komponenter (Engelse Frick, 1998).

Mens forældrearbejdet tidligere fortrinsvis betragtedes som et arbejde med barnets ydre sociale relationer, fokuseres der i dag gennemgående mere på behandlingen af forældrene selv. Forældrebehandling i forbindelse med børnepsykoterapi har ifølge Orrenius (1994) udviklet sig til "*en særlig konstart*", der rummer forskellige terapeutiske metoder og særlige måder at forholde sig på. Forældreterapeuten må således inden for en terapeutisk ramme værne om flere forskellige relationer samtidig og må hurtigt kunne skifte mellem at tage stilling til ydre, sociale omstændigheder, søge at nå til forståelse af barnet og dets samspil med forældrene og arbejde med forældrenes egen oplevelse af sig selv som forældre og som selvstændige personer.

De krav, der kan stilles til forældrene, afhænger naturligvis af deres ressourcer og motivation. Terapeuten må derfor til stadighed afstemme sine interventioner

efter forældrenes parathed til at beskæftige sig med forskellige relationer og områder.

De fleste forældrebehandlinger vil indeholde både støttende og terapeutiske elementer, og den indsigt, forældreterapeuter kan få i ubevidst materiale, må ofte anvendes på anden måde end for eksempel ved direkte fortolkning. Det forhindrer dog ikke, at der kan arbejdes med den terapeutiske alliance, med forældrenes modstand og motivation for behandling, men det kræver indlevelse og varsomhed af forældreterapeuten, hvis forældrene skal have mulighed for at føle sig forstået i processen.

### *Visitation og introduktion til det forestående behandlingsforløb*

Inden familierne blev tilbudt at deltage i EPOS-projektet, undersøgte deres forventninger og forudsætninger for at indgå i en behandling ved en række indledende samtaler. Ud fra forældrenes beskrivelse af familien og problemerne foretoges et skøn over forældrenes parathed til selv at indgå i behandlingen, om det for eksempel ville være muligt at opnå en terapeutisk alliance med forældrene og at nå frem til en fælles behandlingskontrakt.

En del familier møder med en generel mistro til autoriteter og offentlige instanser og kan indledningsvis på grund af tidligere erfaringer have negative forventninger, som det kan være væsentligt at vise sig forstående overfor. Der kan ligge en særlig opgave i at søge at motivere forældrene, så de kan forstå og acceptere nødvendigheden af behandlingen. Undertiden udvikler denne forståelse sig dog først hen ad vejen. Er der for eksempel tale om ubevidste bindinger eller projektioner mellem forældre og barn, kan dette ikke forklares indledningsvis (Rustin, 2000). Hyppigt vil det være forældrenes ressourcer, der sætter grænser for barnets terapi, derfor kan vurderingen af disse være lige så vigtig som bedømmelsen af barnet (Jarlemark, Lönnquist & Ånstrand, 2000).

Forældre vil ofte være ambivalente, når de søger hjælp til deres barn. Af og til viser dette sig på et senere tidspunkt i behandlingsforløbet, selv om forældrene indledningsvis har virket motiverede for behandling. Generelt forekommer det vanskeligt for forældre at måtte søge behandling og overlade deres barn til en terapeut. For nogle betragtes det som et bevis på, at de er utilstrækkelige som forældre og ikke kan leve op til egne og andres forventninger. Det kan opleves narcissistisk krænkende og vil kunne medføre, at forældrene bliver sensitive over for en forventet kritik. De kan ofte føle sig umyndiggjort og kan kæmpe med modstand, oplevelse af hjælpeløshed, desperation, skyld og skam i forbindelse med tidligere eller aktuelle traumer. Undertiden vil forældre både idealisere og være ængstelige over for forældreterapeuten, der let opfattes som ekspert i for-

ældreskab, men måske også som dommer over forældrenes egnethed (Klauber, 1998).

### *Forskellige former for forældrebehandling*

Ikke alle forældre magter at indgå lige intensivt i forældrebehandling. Engelse Frick (1998) og Rustin (1998) har opdelt forældrebehandling i fire kategorier, der beskriver, hvor forskellig kontakten med forældrene kan se ud.

1. Minimumskontakt, med det formål at orientere forældrene og opnå deres støtte til at beskytte barnets terapi (anvendes fortrinsvis i tilfælde, hvor det drejer sig om psykisk syge eller svært belastede forældre, eller forældre i anden behandling).
2. Information og uddannelse med henblik på at støtte forældrene i deres forældrefunktion, fremme deres forståelse og empati for barnet og vise omsorg for forældrenes svære situation, så de kan forstå og rumme barnets udvikling.
3. Konfliktbearbejdende behandling af forældrenes forhold til barnet på både ubevidst og bevidst niveau. Der foretages "et oversættelsesarbejde" fra barnets symptom til forældrenes egen problematik, for eksempel i tilfælde med udtalt projektiv identifikation.
4. Konfliktbearbejdende behandling af forældrenes egne konflikter. Her fylder forældrenes problemer så meget, at det undertiden kan blive vanskeligt at nå ind til og arbejde med forældre-barn-relationen.

Ud fra vor analyse af forældrebehandlingsforløb vil det fremgå, at forældrene ikke sjældent bevægede sig over flere af de ovennævnte kategorier, enten i forbindelse med udvikling af større tillid og åbenhed i den terapeutiske kontakt, eller modsat som reaktion på oplevet skuffelse eller frustration i forløbet.

### *Behandlingen stiller krav til forældrene*

Forældre finder det ofte krævende at deltage i forældrebehandling. Det er derfor væsentligt, at de ikke føler sig "*hægtet af*" behandlingen eller "*reduceret til informanter*" (Almstrup & Gregersen, 2001), men at de oplever at have en indflydelse, og at der lyttes til deres bekymringer. I en spørgeskemaundersøgelse, hvor forældre beskrev deres kontakt og samarbejde med den børnepsykologiske klinik (ibid., s. 41), udtrykte forældrene således ønske om større gennemsigtighed i



behandlingsarbejdet, da det kunne gøre det mere meningsfuldt for dem som forældre at deltage og samtidig øge deres forståelse af, hvad børnerterapi er.

Forældre har brug for at føle sig respekterede som aktive deltagere i behandlingen ved at give information og ved selv løbende, at blive informeret om barnets behandling. Hvis forældrene fornemmer accept og omsorg fra deres terapeut, kan det medvirke til at skabe håb om bedring og udvikling. Terapeutens empati for forældrene kan således være medvirkende til at øge deres egen empati for barnet. Når forældreterapeuten er empatisk og lyttende, erfarer de ubevidst, hvad det vil sige at blive mødt med forståelse (Mortensen, 2001).

I nogle behandlingsforløb kan der være stærke overføringsreaktioner, som ofte nonverbalt lægges ind i relationen til terapeuten. Det kan undertiden føre til tilsvarende modoverføringsreaktioner hos terapeuten som for eksempel irritation og vrede over at blive tillagt egenskaber, som man ikke genkender. Her gælder det for forældreterapeuten om at bevare sin neutralitet og finde en position, som tillader, at de fælles mål opretholdes, samtidig med at respekten for forældrenes integritet og bæreevne bevares (Vitger, 1999). I sådanne tilfælde synes det særlig vigtigt at have mulighed for supervision og kollegialt samarbejde med det øvrige behandlingsteam, således som der gennem årene har været tradition for på universitetsklinikken.

## Terapeutisk alliance i forældrebehandling

Vi vil i det følgende ridse nogle linjer op til forståelse af begrebet om den terapeutiske alliance i et mere alment perspektiv på den terapeutiske proces og dernæst sætte det i relation til forældrebehandling.

### *Generelt om terapeutisk alliance*

Begrebet *terapeutisk alliance* hidrører fra den individuelle psykoterapi og er især udviklet inden for den ego-psykologiske referenceramme som et begreb for de mere rationelle, realitetsbaserede aspekter af relationen mellem klient og terapeut (f.eks. Greenson & Wexler, 1969). Som led i senere bestræbelser på at operationalisere begrebet, udskiller Gaston (1990, citeret fra Jørgensen, 1998) fire elementer, som indgår i den terapeutiske alliance:

- (1) patientens involvering i terapien, herunder tillid til terapeuten/den terapeutiske metode og villighed til at investere sig selv i det terapeutiske arbejde,

- (2) patientens arbejdskapacitet med fokus på patientens evne til introspektion, afbalanceret impuls kontrol og evne til at berette om intime og pinefulde oplevelser i samværet med terapeuten,
- (3) terapeutens evne til at forstå og leve sig ind i patientens vanskeligheder, herunder terapeutens tekniske færdigheder og kontaktevne, og endelig
- (4) enighed om terapiens mål og metode.

En del forfattere peger på, at *den terapeutiske alliance ikke opbygges en gang for alle, men både udfordres og udbygges løbende*. Således udskiller Horvath og Greenberg (1994) tre faser af det terapeutiske forløb med hver sine udfordringer for alliancen:

- *Etableringsfase*: De første sessioner kan ses som et "window of opportunity", som indsnævres for hver session. En manglende etablering af fælles mål kan f.eks. hænge sammen med, at terapeuten undlader at indgå i realistisk forhandling om proces og varighed og dermed overser klientens forventninger, f.eks. om umiddelbar lettelse eller helbredelse.
- *Midterfase*: Her ses forskellige udviklingsmønstre, tilbagegang og fornyelse af alliancen. Inden for forskellige terapeutiske retninger er der enighed om, at alliancebelastninger bør have terapeutens øjeblikkelige opmærksomhed, og at reparation af brud er en essentiel del af terapeutisk udvikling. Afhængig af teoretisk position kan udfordring af alliancen ses som gentagelser af klientens medbragte objekt-relationelle temaer, eller som specifikke i forhold til den aktuelle relation, som begge parter har et medansvar for, eller som betinget af begge dele.
- *Afslutningsfase*: De bevægelser, der sker i den terapeutiske alliance i forbindelse med afslutning tænkes at have betydning for, om klienten kan fastholde de forandringer, der er sket via terapien. Hvis klienten ikke oplever sig som en vigtig agent i forandringen, men tillægger terapeuten al forandring, øges risiko for tilbagefald.

Terapeutisk alliance bygger såvel på klientens som terapeutens bidrag til relationen. Den har både en emotionel dimension: en grundlæggende tillidsfuld følelsesmæssig relation, og en kognitiv dimension: grader af enighed om det fælles projekt, dets mål og metoder. Alliancen har forskellige vilkår og udfordringer på forskellige tidspunkter i behandlingen.

I vor bearbejdning af de aktuelle sagsforløb har vi ladet os inspirere af ovennævnte opdeling af alliancens udvikling i tre faser og anvender disse for at indfange flest mulige nuancer i behandlingsforløbet.

## *Det særlige ved terapeutisk alliance i forældrebehandling*

Når vi har valgt at fokusere på den terapeutiske alliance med forældre i forældrebehandling, er det, fordi der her stilles særlige udfordringer til terapeuten. Forældrebehandling er oftest en mere kompleks proces end individuel terapi af mange tidligere nævnte grunde. Det skaber nogle særlige betingelser, som det er nødvendigt at tage hensyn til, hvis der skal skabes grobund for en terapeutisk alliance.

- *Kontrakt.* Forældrebehandling ligger i et krydsfelt mellem vejledning og terapi og opererer som før nævnt på flere niveauer. Det kan gøre det mere uklart for begge parter, hvad der skal tales om og hvordan. Forældre har vidt forskellige holdninger til, hvorvidt deres personlige liv og dets samspil med barnets vanskeligheder skal drøftes. Det kan være vigtigt at adressere dette eksplicit, samtidig med at det nok ikke kan aftales en gang for alle, idet forældrenes parathed til at tale om vanskelige sider vil være tæt forbundet med den tillid, de har til terapeuten. Selve behandlingsdesignet, hvor børne- og forældrebehandling her er to adskilte forløb, kan undertiden være svært at acceptere for forældrene, og det kræver som udgangspunkt, at der orienteres grundigt om hensigten med dette.
- *Motivation.* Forældrene kommer som oftest ikke i terapi på grund af egne behov, men fordi forældrebehandling er en del af barnets behandling. Nogle forældre føler sig magtesløse over for barnets problemer og er ivrige efter at få hjælp, mens andre føler sig presset eller tvunget til det, fordi skolen eller andre instanser mener, barnet har brug for behandling. I forældrebehandling kan vi derfor møde mennesker, for hvem den reflekterende samtale er fremmed, og hvis holdninger til børn og familieliv varierer.
- *Det dobbelte fokus på både forældrene og barnet.* Forældrebehandling har i modsætning til individuel terapi en person uden for terapien i fokus: nemlig barnet. Når forældres egne problemer drøftes, er der den særlige dimension samtidig at forstå problemets betydning for samspillet med barnet. Det får betydning for, hvilke temaer det synes vigtigst at gå ind i. I praksis undrer nogle forældre sig over at blive spurgt om deres egen baggrund, når det er barnet, der er problemer med. Det kan være provokerende at blive mindet om ubehag fra sin egen barndom, og det kan give

anledning til kritik og forbehold over for terapeuten. Terapeuten må derfor søge at gøre det forståeligt, hvorfor der fokuseres på forældrene selv, så der kan opnås enighed om denne arbejdsmåde. En særlig vanskelighed består i, at forældreterapeuten undertiden kan have mål, som er svære at gøre fælles og eksplicite. Det kan f.eks. være ønsket om, at forældrene opnår større indlevelse i eller et mere realistisk syn på barnet.

- *Forældreevne er et sårbart område.* Som Engelse Frick (1998) fremhæver, kan forældres skyld, skam, eller angst i forbindelse med barnets vanskeligheder stå i vejen for et samarbejde om behandlingen, f.eks. i form af kritik eller benægtelse. Dette bør ikke forveksles med manglende motivation.
- *Terapeuten er potentielt en del af det sociale system.* Nogle forældre har, allerede før de kommer i terapi, erfaringer med at blive bebrejdet eller berøvet deres selvbestemmelse af professionelle hjælpere. De kan føle sig overvåget eller frygte at blive diskvalificeret af psykologen, hvis de taler åbent om problemerne. Hafstad og Øvreide (2004) omtaler denne erfaring som en objektposition, der, hvis den opleves som umyndiggørelse, kan forringe forældrenes mulighed for at handle selv og varetage deres omsorgsopgave.

Man kunne spørge, hvorvidt begrebet terapeutisk alliance i grunden stadig er en relevant optik, når forældrebehandling har så forskellige vilkår fra individuel terapi. Når vi finder det meningsfuldt at anvende begrebet terapeutisk alliance, er det for at fastholde, at emotionelle og kognitive elementer i relationen spiller sammen og potentielt befrugter hinanden, også i forældrebehandling. Forældrebehandling kan – som vi ser det – ikke reduceres til at give råd og vejledning i opdragelse af barnet. Forældrebehandling sigter mod at give forældrene oplevelsen af en empatisk relation med rummelighed for irrationelle elementer, og denne erfaring kan fungere som model for forholdet mellem forældre og barn.

Forældrebehandling har antaget mange former og har historisk set levet som et stedbarn ved siden af den egentlige børneterapi. Ved at systematisere erfaringer fra seks terapeutiske forløb ønsker vi at invitere til refleksion over den terapeutiske alliances betydning i behandling af forældre. De terapeutiske forløb vil blive præsenteret i det følgende afsnit.

## Den aktuelle undersøgelse

### *Formål og problemstillinger*

Gennem en kvalitativ analyse af behandlingsforløb med forældrene i den her beskrevne danske del af EPOS-projektet har vi søgt at udlede nogle erfaringer, der synes at have mere almen klinisk værdi, idet de belyser egenarten af den terapeutiske alliance i netop forældrebehandling.

Gennem analyse af behandlingsforløbene søger vi at indkredse:

- *i hvilken udstrækning samarbejdet og kontakten med forældrene kan beskrives ud fra begreberne omkring terapeutisk alliance.*
- hvilke særlige temaer eller processer der karakteriserer etableringen og opretholdelsen af terapeutisk alliance mellem forældre og terapeut.
- hvordan behandlingsforløbet og samarbejdet med forældrene kan beskrives ud fra de tidligere nævnte typer af forældrebehandling (Engelse Frick, 1998).

Først præsenteres de familier, som har deltaget i projektet, derefter redegøres der for metoden i den kvalitative analyse, hvorefter vi sammenfatter og diskuterer resultaterne af analysen. I konklusionen vil vi samle de teser om alliance i forældrebehandling, som analysen har peget på, og som vi finder væsentlige for det videre arbejde med forældre.

### *De seks EPOS-familier*

For at deltage i undersøgelsen skulle familierne være egnede til at indgå i parallelle, tidsbegrænsede terapiforløb. Herudover blev forældrene som del af EPOS-projektet bedt om at udfylde skemaer ved start, hver tredje måned og ved afslutningen af terapien (Carlberg, Larsson & Odhammar, 2003). Skemaerne indeholder dels åbne spørgsmål, dels spørgsmål, hvor samtalerne vurderes via forskellige udsagn, f.eks. *"gennem samtalerne får man hjælp til at forstå noget nyt, som har at gøre med de problemer, vi kom for"* eller et andet eksempel: *"jeg forstår ikke, hvad samtalerne skal gøre godt for"*. Der bliver også spurgt om, hvilke mål man har for forløbet, og om målene har ændret sig undervejs. Både børne- og forældreterapeuter udfyldte tilsvarende skemaer og blev desuden bedt om at beskrive deres egen måde at forholde sig på, samt vigtige ændringer i terapien i den forløbne periode.

Tre drenge og tre piger i alderen seks til elleve år deltog i projektet og gik i individuel, psykodynamisk psykoterapi en gang ugentlig. Terapiforløbene

strakte sig over 10 til 15 måneder Et behandlingsforløb ophørte efter ønske fra forældrene efter 11 måneder, mens et andet blev afbrudt efter 10 måneder på grund af terapeutens ophør.

Parallelt med barnets behandling deltog forældrene i samtaler med en anden terapeut en gang ugentlig eller hver 14. dag, en enkelt dog i perioder hver tredje uge. I alt har otte forældre deltaget i forældresamtaler.

Inden for projektets tidsramme viste det sig i nogen grad vanskeligt at finde familier, som opfyldte projektets kriterier for deltagelse. Ud over de seks familier, som har deltaget i EPOS-projektet, har der i visitationsperioden til projektet fra december 2002 til december 2003 været henvist seks andre familier med tre drenge og tre piger i alderen syv til ti år. Disse blev alle visiteret og viderehenvist til anden behandling, da de af forskellige årsager ikke skønnedes at være motiverede eller egnede til at indgå i projektet.

### *Henvisning og undersøgelse*

Tre af projektets seks familier blev henvist via skole- og institutionssystemet, en af de seks via egen læge, en via kommunal rådgivning og en via sundhedsplejerske.

Børnene blev henvist på grund af stressreaktioner, angst, emotionelle forstyrrelser, specifikke indlæringsvanskeligheder, neurologiske forstyrrelser, samværskonflikter og omsorgssvigt.

Tre af de seks børn blev psykologisk undersøgt inden terapistart, et barn var psykologisk undersøgt inden henvisningen, og to børn startede i terapi uden forudgående psykologisk undersøgelse, da sagerne syntes tilstrækkeligt belyst gennem henvisning og indledende samtaler. Ved terapistart er samtlige børn, der indgår i EPOS-projektet, vurderet med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) og Children Global Assessment Scale (CGAS). Sidstnævnte indgår i DSM-IV, begge er oversat til dansk og afprøvet på børn inden for en normalpopulation (Goddman et al., 2000, Schaffer et al., 1993). Endelig vurderedes børnenes psykiske funktionsniveau med Hampstead Child Adaption Measure (HCAM), (Schneider, 1999, Carlberg, Larsson & Odhammar, 2003).

### *Om familierne*

Når man ser på *social status* for de otte forældre, der deltog i behandlingen, var fem i arbejde, to under uddannelse og en på barselsorlov.

Med hensyn til *civilstatus* var en familie gift, fem familier var skilt, og heraf levede tre familier i nye parforhold. I de fem af familierne var der en eller flere søskende.

Til vurdering af familierne anvendtes vurderingsinstrumentet: *Psykosocial belastning af betydning for psykisk velbefindende*. Det indgår i DSM-VI og består af 25 kategorier, som tænkes at have indflydelse på barnets livssituation. Det fremgik heraf, at der i alle seks familier var *"Relationsproblemer mellem voksne i familien (uenighed/skilsmisse)"*, ligesom der for alle familier var *"Oplysning om misbrug i familien (mor/far/søskende/øvrige)"*. I fem familier var der *"Oplysning om psykiske lidelser i familien"*, *"Andre relationsproblemer i familien"* og *"Relationsproblemer i forhold til kammerater"*. I tre familier var der tale om, at *"Barnet var eller havde været skilt fra mor/far"*, ligesom der i tre familier var *"Arbejdsløshed hos forældre"*. Der var således tale om familier, som i ret udpræget grad havde psykosociale belastninger.

### *Koordinerende arbejde med og omkring familierne*

Der har i hele behandlingsperioden været kontakt til et bredt spektrum af instanser i form af afholdte møder sammen med familierne i skoler og daginstitutioner eller ved udfærdigelse af erklæringer (til Statsamt) og ansøgninger omkring sociale hjælpeforanstaltninger (pædagogisk psykologisk rådgivning, social- og sundhedsforvaltning). I et par tilfælde blev der foretaget nærmere udredning ved børnepsykiater og neuropsykolog.

### *Metode ved den kvalitative analyse*

De data, der indgår i den kvalitative bearbejdning, er dels journaler over de afsluttede behandlingsforløb, dels de skemaer, som forældre og terapeuter har udfyldt ved start, hver tredje måned og ved afslutningen. Disse skemaer giver os data fra både terapeuters og forældres perspektiv (Carlberg, Larsson & Odhammar, 2003).

Journalerne er skrevet af terapeuterne og indeholder løbende referat af hver enkelt samtale. Journalerne forholder sig ikke specifikt til den terapeutiske alliance, men afspejler løbende både samtalerne temaer og forældreterapeutens oplevelse af kontakten og viser således indirekte noget om alliancen, set fra terapeutes perspektiv.

Bearbejdningen af de indsamlede data er foregået i en tværfaglig gruppe bestående af projektleder, som også fungerede som supervisor, flere af børne- og forældreterapeuterne samt en psykolog, der ikke har deltaget i nogen af behandlingsforløbene.

Fremgangsmåden bestod først af en detaljeret gennemgang af den enkelte sag, hvor både journalbeskrivelser og skemabesvarelser blev sammenholdt for at

give så fyldig en forståelse af sagen som muligt. Dernæst fulgte en diskussion i det tværfaglige team. I teamet drøftedes sagen på baggrund af teori om terapeutisk alliance og om forældrebehandling. Dette mundede ud i en opsummering af alliancens udvikling i hver enkelt sag.

Næste skridt var en sammenligning af de seks sagers allianceudvikling for at udlede karakteristiske temaer og processer med henblik på beskrivelse af forskellige typer af terapeutisk alliance. De to trin: kondensering af materialet og sammenstillingen med teori om forældrebehandling og terapeutisk alliance er således foregået sideløbende.

## Resultater

### *Beskrivelse af karakteristiske temaer og processer i behandlingsforløbene*

I det følgende vil vi præsentere hovedlinjer og tendenser fra analysen af de seks behandlingsforløb. Vi vil fremhæve træk, som de udfolder sig i hver af alliancens tre faser med udgangspunkt i alliancens elementer, således som beskrevet i afsnittet om "terapeutisk alliance".

### *Etableringsfasen*

Etableringsfasen i de seks forældrebehandlingsforløb er på den ene side præget af bestræbelser på at opnå enighed om mål og arbejdsform, og på den anden side af en forsigtighed og afventen fra begge sider. Terapeuterne giver sig tid til at lære familien at kende og blive klar over, hvordan de bedst kan samarbejde med familien. Dette ses bl.a. af den moderate optimisme, som kommer til udtryk i terapeuternes målformuleringer. Det tager tid for forældrene at bringe deres forbehold frem og at finde ud af, om terapeuterne vil kunne hjælpe. En udtrykker f.eks. uvished om, hvorvidt terapeuten kan "*se barnet på den rigtige måde*".

Den måde, hvorpå familien er kommet i kontakt med klinikken, ser i den indledende fase ud til at påvirke deres forhold til forældreterapeuten. De, der selv henvender sig, er mindre forbeholdne. De udtrykker lettelse over at få hjælp og er mere optimistiske med hensyn til, hvad der vil kunne komme ud af behandlingen. En skriver f.eks.: "*Min mistanke igennem mange år om, at der er noget galt med mit barn, er blevet bekræftet!*".

De, der er henvist af skole eller lignende, udtrykker større forbehold og ambivalens med hensyn til at involvere sig, f.eks.: "*Hvor meget skal jeg vende vrangen ud på mig selv?*".



Trods indledningsvis skepsis vokser tilliden ofte, efterhånden som forældrene bliver fortrolige med terapeuterne og arbejdsmåden. Dog er der også enkelte eksempler på, at skepsis intensiveres. I et forløb søgte terapeuterne at invitere til en mere indsigtsgivende form for behandling, end forældrene ønskede, og forældrene reagerede efterfølgende med gradvis at lukke i og trække sig.

Den indledende fase kan meningsfuldt ses som en særlig følsom periode for etablering af den terapeutiske alliance. Det ses tydeligt, at både terapeuters og forældres syn på hinanden og på behandlingen justeres og tilpasses, hvilket en forældre beskriver således: *"I starten var jeg ikke meget for at åbne mig, men nu er jeg blevet mere tryk"*. Forældreterapeuterne i vor analyse giver typisk udtryk for en del optimisme i begyndelsen med hensyn til, hvilket udbytte de forventer, familien vil kunne have af behandlingen. Senere viser det sig ofte, at der er flere problemer og belastninger end oprindeligt omtalt, således at forældreterapeuterne må nedjustere deres forventninger.

Terapeuterne oplever familiens hjælpsøgen som en positiv faktor for etablering af alliancen, men undertiden kan familiens store forventninger til behandlingen give terapeuten *"en følelse af overvældelse og afmagt"*. Den gradvise etablering af alliancen beskrives f.eks. af en terapeut, der i starten udtrykker usikkerhed på alliancens kvalitet på grund af klientens noget studse kontaktform. Senere i forløbet forstås denne kontaktform som forældrens *"uvanthed med at formulere sig og reflektere over egen livssituation"* og ikke som udtryk for en mangelfuld alliance.

### Midterfasen

Det er i midterfasen, det egentlige arbejde med vanskelighederne foregår. Her sker der en gradvis tilnærmelse til de mere smertefulde sider. Samtidig ser midterfasen i vore behandlingsforløb ud til at indebære en stabilisering af samarbejdet og relationen, ikke som en jævnt glidende bevægelse, men via en stadig afprøven mellem distance og involvering. Der ses flere eksempler på brud og reparation af alliancen. Det er bemærkelsesværdigt, at mens forældreterapeuterne undervejs er kompromissøgende og undertiden nedjusterer deres forventninger, vurderer forældrene ofte senere i forløbet kontakten som mere hjælpsom, end terapeuterne gør. Det fremgår af analysen, at det oplevede udbytte ikke kun er knyttet til målopfyldelse, men måske også til mere subtile oplevelser af at blive mødt med empati og at have fået nye synsvinkler på problemerne i takt med udviklingen af den alliance, det er blevet muligt at etablere.

### *Det dobbelte fokus – forældre og barn*

Den opnåede enighed står sin prøve i midterfasen, ikke én gang for alle, men som en stadig afstemning eller forhandling. Denne drejer sig bl.a. om, hvor meget af forældrenes egen livshistorie og familiens dynamik der skal tales om, – om der fortrinsvis skal fokuseres på barnets problem, eller om flere temaer kan tages op. Behandlingsforløbene fordeler sig på et kontinuum, hvad angår denne fokusering. I et af forløbene fokuseredes i perioder så meget på forældrens aktuelle oplevelse af tillid til og svigt fra terapeuten, at det kunne være svært at få tid til at tale om barnets vanskeligheder. Dette blev dog et vigtigt led i behandlingen, idet denne mor herved kunne gennemføre nogle af sine mål og med stolthed oplevede at kunne skabe forandringer i familiens liv. I den anden ende af spektret fandtes et forældrebehandlingsforløb, hvor en far afviste at tale om sit eget liv og sin egen betydning for barnets vanskeligheder, men kun ønskede at tale om barnet og dets behandling. De fleste af forældrene nævner, at de har opnået større forståelse for barnet gennem at tale om sig selv. F.eks. skriver en mor: *"Jeg er som mor begyndt at tænke over, hvorfor jeg reagerer som jeg gør, og det smitter af på mit barn"*.

Paralleliteten mellem forældrebehandling og børneterapi ses tydeligt i to tilfælde, hvor der opleves stilstand og fremgang på nogenlunde samme tidspunkter i de to forløb. I et forløb udtrykker forældrene skepsis over for forældrebehandlingen, når det går dårligt med barnet hjemme, men er mere positive over for den, når der optræder en bedring hos barnet. Forældrebehandlingen har i de øvrige tilfælde haft en mere selvstændig betydning for forældrene som et holdepunkt i en vanskelig periode.

### *Den kognitive dimension*

Betydningen af den rationelle overensstemmelse mellem forældreterapeutens og forældrenes forestilling om, hvad der skal tales om og hvordan, sættes klartest i relief i de tilfælde, hvor der optræder forskelle. I to af sagerne har terapeut og forældre tydeligt forskellige forventninger, idet forældrene håber at få flere konkrete handleanvisninger og råd, end de faktisk får, ligesom de udtrykker en vis utilfredshed ved at tale om sig selv og med at være udelukket fra barnets terapi. Disse forældre vurderer forventeligt terapien mere blandet i skemaerne end de øvrige forældre, men det er interessant, at de alligevel angiver, at samtalerne er en støtte, og at de har fået hjælp til noget. En siger f.eks.: *"Vi har fået nogle værktøjer. Nogle var gode – andre var mindre gode"*.

Mange forældre fremhæver det vigtige i at få *"vendt sine tanker"* eller at *"læsse*

*sine bekymringer af og få respons på det*". I et par af forløbene optræder undervejs uenighed mellem forældre og terapeut om konkrete forhold, f.eks. om den rette hjælp til barnet. Dette bliver der talt om, uden at det ændrer ved forældrenes oplevelse af at blive støttet og forstået. Det peger på, at den rationelle overensstemmelse ikke nødvendigvis afhænger af det konkrete indhold,, men snarere af en gensidig forståelse og tillid til, at man i fællesskab vil søge at nå frem til det bedst mulige for barnet og familien.

### *Den emotionelle dimension*

Halvdelen af forløbene bærer præg af stor tillid fra forældrenes side, og relationen til terapeuten får tydeligt en følelsesmæssig betydning. Denne betydning kan bidrage til at forklare, at forskelle i konkrete holdninger til barnet kan rummes, uden at forældrene afskriver behandlingen. Den følelsesmæssige betydning ses både af den tillid, hvormed forældrene talte om sårbare temaer, og i et af tilfældene af, at forælderen oplevede afbud og aflysninger fra terapeut som personlige svigt.

I andre behandlingsforløb forekom den følelsesmæssige tilknytning mere begrænset. I et tilfælde synes dette at hænge sammen med forældrenes kritik af fokus og behandlingsdesign. I et andet tilfælde fortæller en forælder faktisk og uden affektiv involvering. Det viste sig at være en forælder, der havde svært ved at leve sig ind i barnets situation, men stærkt ønskede at få hjælp og gradvis fik gavn af at spejle sig i terapeutens indlevelse. Den terapeutiske alliance var her overvejende båret af mere rationelle elementer, men gav samtidig anledning til, at forælders egen empati udvikledes.

Det er værd at bemærke, at de emotionelle aspekter af alliancen ikke nødvendigvis følges ad eller samvarierer med de mere kognitive aspekter af alliancen. Den alliance, hvor det emotionelle aspekt er bæredygtigt, ser ud til at kunne bære en del belastning af alliancen i form af f.eks. afbud, uenighed eller konfrontation med ubehagelige temaer, hvilket gør det muligt at fortsætte arbejdet. Samtidig ses som nævnt også et eksempel på, at en god kognitiv overensstemmelse med tiden kan give plads for udvikling af empati.

### *Brud og reparation af alliancen*

At alliancen er under stadig udfordring og genetablering ses især i et af de seks behandlingsforløb. Her reagerede forælderen stærkt på små ændringer eller tegn, der oplevedes som forbehold fra terapeuten side. Hvis terapeuten måtte aflyse en session, udeblev forælderen fra den næste, og de følgende sessioner

kredsede om følelsen af svigt og vrede mod forskellige instanser. Denne forælder oplevede at få følelsesmæssig støtte til egen udvikling undervejs i forløbet. Det peger på, at bearbejdningen af rammebrud og svigt har styrket snarere end svækket alliancen.

I et andet behandlingsforløb viste det sig, at individuel terapi ikke hjalp barnet tilstrækkeligt, og denne ophørte derfor. Dette var til stor skuffelse for moderen og kunne betragtes som en belastning af alliancen. Moderen accepterede dog terapeutens tilbud om fortsat forældrebehandling og fik således bearbejdet denne skuffelse i terapien, frem for at forlade behandlingen. Forældreterapeuten blev et vigtigt holdepunkt i samarbejdet med skolen og andre instanser i forsøg på at få den rette hjælp til barnet.

I et tredje behandlingsforløb lykkedes det ikke i samme grad at fastholde samarbejdet: En mor besluttede sig for at afslutte før det aftalte tidspunkt, så snart hun oplevede en vis bedring hos barnet. Dette forløb havde undervejs været præget af forskelle i forventninger til, hvad terapien skulle dreje sig om. Disse eksempler illustrerer belastninger af alliancen, som næppe er ualmindelige, og som fordrer stor opmærksomhed fra terapeutens side for at sikre det fortsatte samarbejde.

### *Afslutningsfasen*

Den grundlæggende tillid og alliance, der på forskellig vis blev opnået i etablerings- og midterfasen, ændredes ikke synderligt i afslutningsfasen. Den tillid og følelsesmæssige alliance, der var opstået mellem forældre og terapeut syntes gennemgående at skabe større åbenhed hos forældrene, også når det i afslutningsfasen drejede sig om at klare møder med andre instanser. Her var forældrene bedre i stand til at lytte og stille krav og syntes ofte at opfatte terapeuten som en slags "advokat", der kunne hjælpe dem til at opnå bedre samarbejde med såvel skole, skolepsykolog som socialforvaltning.

I afslutningsfasen forekommer brud på kontinuiteten i behandlingen i form af afbud og udeblivelser hos enkelte familier. Dette kan måske være udtryk for, at familierne generelt har fået det bedre og dermed ikke har det samme behov for samtaler, eller det kan ses som udtryk for frygt for igen at stå alene med problemerne og for en følelse af at være blevet svigtet.

Både forældre og terapeut fokuserede i afslutningsfasen på de forandringer, der var sket i behandlingsforløbet såvel med forældrene selv som med barnet. I de fleste forløb fandt forældrene, at barnet havde udviklet sig, hvilket der også blev givet udtryk for fra skoler, daginstitutioner og fra børnetereapeuterne.

Generelt udtrykker forældrene ved afslutningen, at samtalerne og samarbejdet

har været en hjælp og en støtte. *"Det har været rigtigt godt, jeg er ked af, at det er slut, jeg har lært, hvordan man kan tackle problemerne anderledes", "samtalerne er en god støtte, og man forstår noget nyt, det er anderledes at tale her, end med veninderne", "det er vigtigt at få vendt tingene og få råd, man kan bruge i dagligdagen".*

### *Anvendte typer af forældrebehandling*

I de seks beskrevne forældrebehandlingsforløb har den mest fremherskende arbejdsmåde været den, der fokuserer på *"information og uddannelse af forældre med henblik på at støtte forældre i deres forældrefunktion, fremme deres forståelse og empati for barnet"* (type 2, efter Engelse Frick, 1998). Næst hyppigst anvendt er den type, der omhandler bearbejdning af delvis ubevidste vanskeligheder i forældrenes relation til barnet: *"konfliktbearbejdende behandling af forældrenes forhold til barnet på både ubevidst og bevidst niveau"* (type 3, efter Engelse Frick 1998).

I samtlige af de seks forløb veksles der over tid mellem flere forskellige typer af forældrebehandling. Måden afhænger dels af den aktuelle alliance mellem terapeut og forældre, dels af i hvor høj grad forældrene er i stand til at reflektere over egen andel i problemerne, og endelig af hvor akut belastet forældrene er af aktuelle problemer, hvad enten det er med barnet eller i andre sammenhænge.

### Diskussion

I det følgende vil vi først diskutere aspekter af metoden, og derefter vende tilbage til en diskussion af analysen af den terapeutiske alliance i behandlingsforløbene.

### *Resultaternes gyldighed*

Flere ting spiller ind, når man skal vurdere gyldigheden af vore resultater. Flere forældre har fundet det svært at udfylde skemaerne og har nogle gange helt undladt dette. Det ville have været ønskeligt at interviewe forældrene på forskellige tidspunkter i forløbene, men det har ikke været muligt inden for rammerne af dette projekt.

Terapeuternes perspektiv er fyldigere repræsenteret i skemaer og journalmateriale. Det faktum, at det terapeutiske team har været involveret i bearbejdningen, har givet en nærhed til de konkrete forløb ud fra terapeuternes synsvinkel. Dette betyder naturligvis også, at vurderingerne kan være præget

af en vis subjektivitet. Dette er der dog i nogen grad søgt kompenseret for i forbindelse med det samlede teams drøftelse og nuancering af problemstillingerne. Subjektiviteten er yderligere søgt begrænset ved, at behandlernes synspunkter suppleres af den mere distante synsvinkel fra en udenforstående psykolog.

Den beskrevne analyse indebærer en kondensering af materialet ud fra en bestemt synsvinkel, nemlig med henblik på den terapeutiske alliance. Vores tilgang til det skrevne materiale kan i denne sammenhæng siges at være teoristyret i og med, at vi tager udgangspunkt i den etablerede teoretiske konstruktion om terapeutisk alliance og "leder efter" den i vore forældre-behandlingsforløb. Vi er klar over, at vi samtidig udelader mange andre væsentlige synsvinkler på de beskrevne behandlingsforløb. Værdien af analysen ligger for os som behandlere i, at hver enkelt sags udvikling af terapeutisk alliance gør os en smule klogere på det felt af muligheder, man som forældreterapeut træder ind i.

### *Klinikeren som forsker*

At arbejde med eksplicite mål for behandlingen er historisk set ingen selvfølge for terapier inden for den psykodynamiske referenceramme. Det hænger især sammen med ønsket om en fri udfoldelse af associationer og udviklingsprocesser, der ikke bør præciseres på forhånd (f.eks. Bion, 1989).

Når vi ønsker at se nærmere på udvikling af terapeutisk alliance, er målsætninger og enigheden om de fælles mål imidlertid betydningsfulde (Gaston, 1990, i C. R. Jørgensen, 1998). Forældre og terapeuter har i dette projekt udfyldt skemaer hver for sig, og skemaerne fortæller os noget om parternes opfattelse af det fælles projekt, som terapien er.

Selve det at udfylde skemaer har haft betydning for arbejdet. Terapeuterne i dette projekt har således alle oplevet, at det at nedskrive mål for behandlingen og at genoverveje dem hver tredje måned har stimuleret deres tanker og skærpet deres opmærksomhed på, hvordan de arbejder. De fleste oplevede det inspirerende, men det fremgår samtidig af besvarelsene, at den skematiske form tilfører et vist præg af tvang eller stivhed.

At genoverveje målene hver tredje måned kan give større opmærksomhed på svingninger i kontakten med klienten, fordi man konfronteres med, hvad man tænkte i tidligere skemaer. Det har især givet større opmærksomhed på de mål, der ikke kunne indfries, og har bevirket, at vanskeligheder i familien og i terapiforløbet er trådt tydeligere frem. Det har for flere forældreterapeuter skabt større klarhed og struktur og synes at have hjulpet til at fastholde fokus i situationer, hvor behandlingsforløbet påvirkes af mange akutte begivenheder i familiernes liv. Skemaerne synes således at hjælpe terapeuter til ikke at blive

overvældet af det umiddelbart præsenterede, men til at bevare et mere langsigtet perspektiv på det terapeutiske forløb.

I forhold til den terapeutiske alliance synes skemaerne at have hjulpet til at tydeliggøre bevægelser i kontakten og til at bevidstgøre forældreterapeuten om bestræbelser på at tilpasse arbejdsformen til forældrenes særlige behov og ressourcer.

For forældreterapeuterne har det at skulle rumme terapeut- og forskerrolle i samme person undertiden repræsenteret et etisk dilemma, som også kendes fra andre undersøgelser (Sandahl & Wilberg, 2003). For eksempel når det drejer sig om, i hvor høj grad man kan lægge pres på klienter, som i forvejen er belastede, for at motivere dem til at besvare de forskningsskemaer, de på forhånd havde lovet at udfylde.

### *Perspektiver på forældrebehandling*

Analysen peger på flere aspekter, som efter vores mening er væsentlige at have for øje, når man har forældre i behandling parallelt med barnets terapi.

### *Grundig information i starten af behandlingsforløbet*

Det ses indirekte af behandlingsforløbene, at en grundig introduktion til behandlingen er betydningsfuld, ligesom det er væsentligt at invitere til et samarbejde ud fra forældrenes egen formåen og forståelse af problemerne. Det gælder både i forløb med indledende skepsis, og i forløb, hvor alliancen etableres lettere, mens der senere optræder forbehold. Det understreger for os at se vigtigheden af at forklare meningen med behandlingsformen, med legen og med terapeutens adfærd, samt at give plads til at drøfte forældrenes undren og forbehold. Det understreger også forældrenes behov for en løbende orientering om overordnede temaer i børneterapien, i lighed med det Almstrup og Gregersen foreslår (2001).

Den betydning, introduktion og forståelse af "behandlingskontrakten" har for udviklingen af den terapeutiske alliance, ses især i det forløb, hvor forældreterapeut og forældre kan siges at have forskellig dagsorden med hensyn til, hvad der skal tales om. Den tilsyneladende implicite gensidige forståelse i begyndelsen synes at have "snydt" terapeuterne, således at disse ikke tydeligt nok fik forberedt forældrene på begge de terapeutiske forløbs kompleksitet eller fik forhandlet om fokus og målsætning for forældrebehandlingen. En tydeligere indledende ambivalens hos forældrene ville måske have ansporet terapeuterne til en mere grundig introduktion og sikring af gensidig forståelse.

Det peger på vigtigheden af, at forældreterapeuten er opmærksom på mulig divergens i opfattelse af målsætningen for behandlingen. En sådan divergens kan i sig selv betragtes som en belastning af alliancen og vil kunne medvirke til at gøre forældrene mere skeptiske, såfremt det ikke nøje diskuteres med forældrene. Gennem introduktionen – som man kunne kalde forhandling om fælles mål og midler – kan den terapeutiske position tilpasses, og alliancen etableres, idet der opstår en realistisk forventning til samarbejdet hos begge parter.

### *Vekslen mellem forskellige typer af forældrebehandling*

Det er værd at bemærke, at ingen af behandlingsforløbene svarede til en enkelt af de beskrevne behandlingstyper (Engelse Frick, 1998), men at der veksledes mellem forskellige måder at behandle familiens vanskeligheder på. Forældreterapeuterne går ind og ud af forskellige terapeutiske positioner i samme behandlingsforløb i takt med forældrenes udvikling og holdning. I individuel terapi anses dette undertiden for at være antiterapeutisk, mens det i vore forløb ser ud til at styrke alliancen og sikre en smidig tilpasning til det, som tilliden og enigheden mellem terapeut og forældre kan bære. Det, der påkalder sig en mere direkte information og støtte fra forældreterapeutens side, synes især at være akutte belastende sociale begivenheder uden for terapien, idet disse til forskel fra individuel terapi tages mere direkte ind i forældrebehandling i forsøg på at øge den samlede udviklingsstøtte til barnet.

At holde muligheden åben for at anvende flere forskellige strategier og flere typer af forældrebehandling inden for samme behandlingsforløb, kan hjælpe forældreterapeuter til at justere deres forventninger, så de er i samklang med den faktiske alliance. Dette svarer til, hvad Vitger (1999) kalder neutralitet: At finde en bevægelig position i forhold til klientens behov.

I de beskrevne behandlingsforløb får terapeuterne viden om mere omfattende problemer og belastninger i den enkelte familie, jo bedre de lærer familien at kende. Det kan i nogle tilfælde virke overvældende på den enkelte terapeut og undertiden medvirke til en omprioritering af terapeutens mål og forventninger.

Erfaringsmæssigt er det desværre ikke ualmindeligt at møde en ophobning af sociale, psykiske og helbredsmæssige problemer i familierne. Mortensen (2001) giver udtryk for, at forældre, der ikke går fuldt ind for behandlingen, ikke bør tilbydes terapi. Fælles for vore sager er, at det lykkes at opnå et bæredygtigt forhold, hvor forældrene oplever sig støttede, selvom der er tale om forældre, der indledningsvis er reserverede og nervøse for, hvad behandlingen indebærer og måske er forbeholdne over for det sociale system. At stille en entydig motivation



som betingelse for behandling ville udelukke mange af de familier, som har store psykosociale udfordringer at slås med. Den tidligere omtalte fleksibilitet, hvad angår terapeutisk position, har måske netop som sin styrke, at den sætter terapeuten i stand til at undgå at agere på de negative forventninger, klienter ud fra tidligere erfaringer kan møde dem med.

### *Dobbelt fokus: på forældrene og på barnet*

I flere af forløbene fremtræder det som et dilemma for forældreterapeuterne at balancere mellem at fokusere på barnets og på forældrenes egen udvikling. Dette ser vi som et grundvilkår for forældrebehandling, uden at det behøver at betyde, at der opstår en egentlig modsætning. Målet må være at søge i retning af en syntese, hvor de to indfaldsvinkler ikke udelukker, men supplerer hinanden.

I EPOS-projektet har forældreterapeuterne i spørgeskemaer formuleret eksplicite mål for terapien og løbende forholdt sig til, hvordan det er gået med at nå dem. Dette har ikke været en del af den hidtidige arbejdsmåde ved universitetsklinikken, men har gjort dilemmaer mellem at fokusere på forældrenes egne behov og på barnets mere tydelige. Nogle terapeuter angiver for eksempel, at skemaerne har hjulpet dem til at fastholde fokus på barnet, således at forældrebehandling ikke "overvældes" af alt, hvad der aktuelt sker i familiens liv.

### *Alliancens aspekter følges ikke ad*

Den terapeutiske alliance består af en emotionel såvel som en kognitiv dimension (C. R. Jørgensen, 1998). De behandlingsforløb, hvor alliancen skønnedes at lykkes godt, er imidlertid meget forskellige, hvad angår samspillet mellem disse to dimensioner. I et forløb opsøges terapeuten som ekspert, kontakten forbliver overvejende formel, uden ret meget emotionelt medsving. Den affektfattige kontaktform kunne synes at stå i kontrast til den gode alliance, men denne forælder møder stabilt op og udvikler gradvis mere empati for sit barns oplevelser gennem terapeutens indlevelse. Dette peger på, at også en formel kontakt med fokus på konkret indhold kan indeholde betydelige emotionelle elementer.

I et andet forløb viser forælderen stor tillid til terapeuten på trods af indledende forbehold og bevarer gennem hele forløbet en sårbarhed over for små svigt fra terapeuten side. Her er relationens emotionelle betydning for moderen meget tydelig, mens de formelle dele af relationen, som fremmøde eller enighed om mål, har været mere svingende. Disse forløb peger på, at de emotionelle og de formelle sider af alliancen kan understøtte hinanden, men at de ikke nødvendigvis følges ad.

De udfordringer, den terapeutiske alliance udsættes for, kan ses både som udslag af familiens eller forældrerens dynamik og mestringsstil og som udtryk for noget, der sker mellem forældreterapeut og forældre. Vort materiale er ikke egnet til at udskille disse faktorer fra hinanden, men giver indblik i et komplekst samspil mellem disse.

### *Terapeutens betydning for den terapeutiske alliance*

Terapeutens færdigheder og indlevelsessevne har naturligvis betydning for den terapeutiske alliance (Gaston 1990, i Jørgensen, 1998). I vor analyse ses eksempler på, at terapeuten tilpasser sig den konkrete forælders særlige kontaktmåde, f.eks. i et forløb, hvor terapeuten er mere støttende og fleksibel med hensyn til tidspunkter end vanligt, som reaktion på at klienten let oplever sig svigtet. I et andet forløb går terapeuten ind på forældrenes konkrete måde at tale om problemerne på, og det er til stor hjælp for forældrene. To familier står i akutte vanskeligheder, og det giver anledning til, at terapeuten inddrager socialrådgivende bistand sideløbende med det mere terapeutiske indhold.

Der er også eksempler på, at terapeutens indlevelse fungerer som en slags rollemodel for omsorg – en omsorg, som både undrer forældrene og stimulerer dem til større indlevelse i barnet.

De ovennævnte eksempler kan illustrere betydningen af forældreterapeutens *holding*-kapacitet (Winnicott 1960), der kan defineres således: *Terapeutisk angiver holding terapeutens etablering og fastholdelse af en sikker og tryk situation, de faste rammer og den implicite kontinuitet i psykoanalytiske behandlingsforløb, hvorved holding nærmest ækvivaleres med de terapeutiske rammebetingelser og optimale befordrende forudsætninger, ("the holding environment")*, (Hjulmand, i Olsen, O. A. (ed.) 2002). Ved at søge at etablere en "*holding environment*" kan forældreterapeuten medvirke til at skabe et rum for udvikling. Af vores materiale ses det, at forældrene gennemgående via den formidlede indsigt og forståelse, de har fået for barnets situation, og via deres øgede opmærksomhed på samspillet i familien har kunnet bidrage aktivt til både barnets og deres egen udvikling.

## Konklusion

Ud fra en kvalitativ analyse af seks forældrebehandlingsforløb beskriver artiklen nogle af de vilkår, der gives for etablering, udvikling, brud og reparation af den terapeutiske alliance. Analysen peger på flere aspekter, som det er væsentligt at medtænke, når man har forældre i behandling parallelt til barnets terapi.

- Forældrenes oplevede udbytte af forældrebehandlingen er ikke kun knyttet til målopfyldelse, men til mere subtile oplevelser af at være blevet mødt med empati og at have fået nye synsvinkler på problemerne. Således kan forældrebehandlingen få en selvstændig betydning, der ikke nødvendigvis er afhængig af udfaldet af barnets terapi.
- At stille krav til forældre om en entydig motivation som betingelse for behandling ville udelukke mange af de familier, som har de største sociale udfordringer at slås med. Der må gives plads til at bearbejde indledende ambivalens og negative forventninger til behandlingen.
- Forældrebehandlingsforløb veksler typisk mellem behov for information og behov for en mere konfliktbearbejdende tilgang. At holde muligheden for flere typer forældrebehandling for øje inden for samme forløb kan hjælpe forældreterapeuter til at justere deres forventninger, så de er i samklang med den arbejdsalliance, som det på det givne tidspunkt er muligt at opnå. Dette kræver stor fleksibilitet i den terapeutiske position.
- Inden for den terapeutiske ramme må forældreterapeuten værne om flere relationer samtidig og må således kunne skifte mellem at tage stilling til ydre sociale omstændigheder og søge at nå til forståelse dels af barnet og dets samspil og dels af forældrene. Dette kræver indlevelse, respekt og varsomhed.
- At balancere mellem et fokus på barnets udvikling og på forældrenes egen udvikling kan fremstå som et dilemma. Dette ser vi som et grundvilkår for forældrebehandling. Målet må være at søge i retning af en syntese, hvor de to vinkler ikke udelukker hinanden.
- Analysen peger på, at de emotionelle og de kognitive sider af den terapeutiske alliance kan understøtte hinanden, men de udvikles ikke altid i samme takt. Det er vigtigt for forældreterapeuten at medtænke dette i sin forståelse af relationen.
- Det teoretiske begreb *terapeutisk alliance* kan bidrage til en uddybet og mere nuanceret forståelse af processerne i en forældrebehandling, som forløber parallelt med barnets terapi.

## Litteratur

- Almstrup, O. og Gregersen, R. (2001): Når forældrene får ordet – forældres beskrivelser af deres kontakt og samarbejde med en børnepsykologisk klinik, hvor deres barn er i psykoterapi. *Nordisk Psykologi*, 53 (1) 27-46.
- Bergensträhle, M. & Rosenlind, G. (2000): Relationen barn-forælder som udgangspunkt vid forældrebehandling. *Mellanrummet – tidskrift för barn-och ungdomspsykoterapi*, nr. 3, 48-54.

- Bion, W. R. (1989): *Elements of Psycho-analysis*. London: Karnac.
- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (1998): *Forskning om barn- och ungdomspsykiatri. En kunskapsöversikt*. Stockholm: Ericastiftelsen.
- Bordin, E. S. (1994): Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. i Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (eds.), *The Working Alliance – Theory, Research, and Practice* (13-38). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Borg, M. (1994) *Föräldrabehandling i samspel*. Rapport nr. 6, Stockholm: Ericastiftelsen.
- Bose, A.-M. & Englund, E. (2000): Föräldraterapi och barnpsykiatri i relation till varandra. *Mellanrummet – tidskrift för barn- och ungdomspsykiatri* nr. 3, 32-41.
- Carlberg, G. (1999): *Vändpunkter i barnpsykiatri. Psykiaterers erfarenheter av förändringsprocesser*. Akademisk avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck AB.
- Carlberg, G., Larsson, I. & Odhammer, F. (2003): Lägesrapport från EPOS-projektet. *Mellanrummet*, nr. 8, 36-50.
- Engelse Frick, M. (1998): Föräldrabehandling vid parallell barnterapi. *Psykisk Hälsa* 3, 1998, s. 251-264.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996): Predictors of outcome in child psychotherapy: A retrospective study of 763 cases of the Anna Freud centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 44, 1. 27-77.
- Freud, A.(1926): *The Psychoanalytical Treatment of Children*. London: Hogarth Press, 1946.
- Goodman, R. et al. (2002): The development of well-being assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 645-655.
- Green, V. (2000): Therapeutic space for re-creating the child in the mind of the parents. I Tsiantis et al. (eds.) *Work with Parents – Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents*. London: Karnac Books.
- Greenson, R.R. og Wexler, M. (1969): The Non-transference Relationship in the Psychoanalytic Situation. *International journal of Psychoanalysis*, 50.
- Hafstad R. og Øvreide, H. (2004): *Forældrefokuseret arbejde med børn*. Århus: Systime Academic.
- Hjulmand, K. (2002): Holding, i Olsen, O.A. (red.): *Psykiodynamisk leksikon*. København: Gyldendahl.
- Holmquist, R. & Armelius, B.-Å. (1994): Emotional reactions to psychiatric patients. Analysis of a feeling word list. *Acta Psychiat. Scand.*, 90, 204-209.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1994): Introduction, i Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (Eds.), *The Working Alliance – Theory, Research, and Practice* (13-38). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Jarlemark, H., Lönnqvist M., & Ånstrand, K. (2000): Hur ska vi få in vort barn i almanackan? *Mellanrummet*, 3, 42-47.
- Jørgensen, C.R. (1998): Den terapeutiske alliance. *Psyke & Logos*, 1998, 19, 148-190.
- Klein, M.(1952b): The origins of transference, i *Envy and gratitude and other works*, 1946-1963. New York: Delacorte Press.
- Klein, M. (1964): Love, guilt and reparation, I Klein, M. & Riviere, J.: *Love, hate and reparation*. New York: Norton and Co.

- Klauber, T. (1998): The significance of trauma in work with parents of severely disturbed children, and its implications for work with parents in general. *Journal of Child Psychotherapy*, 24(1): 85-107.
- Mortensen, V. (2001): Forældrearbejde i børneterapi – partnerskab eller terapi? *Matrix* 2001; 1-2, s. 57-72.
- Orrenius, A.M. (1994): Vilken hjälp kan föräldrar få när barnet går i psykoterapi? I Boalt Boëthius, S., Kihlbom, M., Orrenius, A.M. (eds.): *Psykoterapi med barn och ungdommar då, nu och sedan. Ericastiftelsen 1934 -1994*. Rapport nr. 5, Stockholm: Ericastiftelsen.
- Rustin, M. (1998): Dialogues with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 24 No. 2 1998: 233-252.
- Sandahl, C. & Wilberg, T. (2003): Forsker og terapeut i samme person – Det går an! *Matrix* 2003, 3, 305-314.
- Schaffer, D. et al. (1983): A childrens global assessment scale (CGAS). *Arch. Gen. Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Schultz Jørgensen, P. & Almstrup, O. (eds.)(1990): *Børn og Terapi, Universitetets børnepsykologiske Klinik 40 år*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Stern, D.N. (1995): *The Motherhood Constellation. A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sutton, A. & Hughes, L. (2000): The Psychotherapy of parenthood. *Mellanrummet – tidskrift för barn- och ungdomspsykoterapi*, nr. 3, 13-22.
- Target, M. & Fonagy, P. (1992): The Hampstead Child Adaption Measure. London.
- Tsiantis, J., Boëthius, S.B., Hallerfors, B., Horne, A. and Tischler, L. (eds.) (2000): *Work with parents: psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents*. London: Karnac Books.
- Vitger, J. (1999): Om neutralitet. *Matrix* 1998/1999; 4, s. 255-271.
- Winnicott, D.W. (1958): Advising Parents i *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*, Tavistock Publications, London.
- Winnicott, D.W. (1960): The theory of the parent – infant relationship. I: Winnicott, D. W: *The Maturational Processes and the Facillitating Environment*. London: Karnac Books.
- Winnicott, D.W. (1993): *Talking to Parents*. USA: Addixon-Wesley Publishing Company.
- Aagaard, S. (2002): Terapeutisk alliance. I Olsen, O.A. (ed.): *Psykodynamisk leksikon*. København: Gyldendal.

## Abstract

Maar, V. et al.: Therapeutic alliance in treatment of parents. *Matrix*, 24, 4-30  
*Based on a qualitative analysis, the development of therapeutic alliances during the treatment of parents is described. The data consist of six treatment cases with parents, whose children were simultaneously in individual psychotherapy. The study is part of an inter-Scandinavian project based at Ericastiftelsen in Stockholm (EPOS).*

*The study starts by raising questions as to how treatment with parents can be defined and which themes and processes that characterize the development of a therapeutic alliance with parents.*

*The practice of the University Clinic of Copenhagen concerning the treatment of parents, and its theoretical background is presented. The concept of therapeutic alliance is described. The analysis underlines characteristic processes in the phase of establishment, in the middle phase, and the termination phase. The dynamic development of the therapeutic alliance is exemplified.*

*The challenges that meet psychotherapists working with parents are pointed out: The importance of taking several different relationships into consideration at the same time, the need for flexibility in therapeutic position, and of being aware of the interplay between emotional and cognitive elements in the relationship between parents and psychotherapist.*

# Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugsbehandling

Psykodynamiske perspektiver  
i forhold til kognitive traditioner  
og tolvtrinsprogrammet

Matrix 2007, 1, 31-48

Michael Münchow

*Denne artikel omhandler behandlingstekniske aspekter ved misbrugsbehandling. Artiklens formål er at belyse dilemmaer i opretholdelsen af en analytisk holdning ved misbrug. At skulle sige 'Nej', 'Ja' eller 'Tak' til et stof eller til en relation fungerer som ledetråd gennem artiklen. Behandlingstekniske begreber herunder frustration, abstinensregel og neutralitet problematiseres. Den analytiske tilgang sættes i kontrast til kognitive behandlingsteknikker og tolvtrinsprogrammet. Modifikationer af den analytiske holdning præsenteres ved forskellige psykodynamiske behandlingstilgange. Artiklen bygger på en begrebsgennemgang med misbrug som klinisk fokus og suppleres med en illustration fra et konkret døgnbehandlingstilbud. Artiklen afsluttes med en etisk dimension i misbrugerens forhold til stoffet og til et andet menneske.*

*SØGEORD: Misbrug, Behandlingsteknik, Frustration, Neutralitet, Etik*

*Michael Münchow, cand.phil., M.A. Psykoterapeut, Gruppeanalytiker og Lektor på Den Sociale Højskole i København.*

*Adresse: Gammelgang 5, 2300 København S, E-mail: [munchow@get2net.dk](mailto:munchow@get2net.dk)*

Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugsbehandling

## Indledning

**H**vad sker der, når vi siger henholdsvis "Nej/Ja, tak" – i forhold til stoffer og i forhold til hinanden?

For langt de fleste misbrugere udgør stoftrang et vedvarende problem. At kunne sige 'Nej' og udskyde tilskyndelsen til stofindtagelse er en betingelse for at opnå og fastholde forandring. Håndteringen af udsættelse og impulsfrustration slår igennem på mange planer. Rastløsheden og irritabiliteten ved nyerhvervet stoffrihed er velkendt. Den opleves både kropsligt, psykisk, mellemmenneskeligt og socialt.

Et grundelement i psykodynamisk teknik og den analytiske holdning er vægtningen af neutralitet, abstinensreglen og en frit flydende opmærksomhed. Imidlertid kan denne afventende indstilling fremme misbrugerens oplevelse af frustration i en grad, så stoftrangen tager overhånd med afbrydelse af den tentative behandlingsalliance til følge. Det er derfor ikke overraskende, at psykodynamiske tilgange til misbrugsbehandling lader sig modificere i retning af en mere rådgivende og støttende holdning.

En langt mere aktivt støttende, direktiv og rådgivende indstilling gør sig omvendt gældende inden for kognitive traditioner. Dette forekommer velindiceret som behandlingsform ved misbrug, specielt i den tidlige stoffrie fase, hvor misbruget som uhensigtsmæssig adfærd er fokus for behandlingen. Opmuntring af klienten, validering og eksplicit tiltro – et 'Ja' til klienten – kan udgøre væsentlige momenter i behandlingen.

I den stoffri misbrugsbehandling spiller selvhjælpsgrupperne og tilbuddene baseret på tolvtrinsprogrammet (AA og NA) en betydelig rolle. Frustration og gratifikation er også her centrale for misbrugerens restitution. Forvaltningen af misbruget i ædruelighed – for så vidt som misbrug betragtes som en kronisk lidelse – sker på betingelse af identificeringen af sig selv som misbruger, erkendelse af magtesløsheden over for stoffet, overgivelsen af sig selv til en højere magt, samt tilknytningen i taknemlighed til fællesskabet med andre, som er lig en selv.

Har en psykodynamisk forståelse af frustration og gratifikation i tilgangen til misbrug derfor noget særligt at tilbyde, eller er den analytiske holdning en akilleshæl, som fordrer alternative tilgange? Forståelse af misbrug som en afhængighedsproblematik åbner for et relationsperspektiv og dermed for vigtigheden af en mere langsigtet interpersonel restitution for nogles vedkommende.



## Stoftrang

*"Presset kommer efter du er igennem abstinenserne... Selv om du undgår de gamle steder... vil der altid være venner og bekendte... som presser dig til at skaffe stoffer for dem, når du kender nogen, hvis hus de ikke kan nærme sig. For de fleste brugere er det indre pres mod tilbagefald nådesløst. Dougie udtrykte trangens intensitet, 'Hver gang jeg går ud i mit køkken, ser jeg skeen stikke ud over bordkanten, min mave begynder at knurre, og hjertet banker.'"*

En tidligere misbruger, Stewart (1987)

## Behandlingsteknik i psykodynamiske traditioner: Frustration, abstinens og neutralitet

Stoftrangen er en første udfordring i al misbrugsbehandling. Den har både en indre og en ydre dimension, og forebyggelsen af tilbagefald må ske på flere fronter. Psykoterapi udgør ét blandt mange tilbud til stofmisbrugere, individuelt eller i gruppe. Ud fra en psykodynamisk tradition er det vigtigt at vurdere, hvorvidt den grundlæggende behandlingstilgang og teknik harmonerer med vilkårene og behovene i den kliniske virkelighed. Her bliver frustrationsbegrebet særlig relevant tillige med behandlingstekniske termer som abstinensregel og neutralitet.

Med henvisning til artiklerne om frustration, abstinens og neutralitet af henholdsvis Køppe (2002) og Aagaard (2002a), (2002b) i Psykodynamisk Leksikon (2002) knytter frustrationsbegrebet sig hos Freud nært til driftslæren og beskrives af Køppe (2002) som en "ulystbetonet tilstand, der opstår i individet, når målet for en drift eller et ønske ikke nås." Som sådan er en stor del af menneskelivet præget af frustration, idet målet for vore drifter og ønsker i vid udstrækning må se sig modificeret. Det pointeres videre, at der i psykoanalysen ikke lægges større vægt på objektets reelle tilstedeværelse, fordi det fantaserede objekt spiller en større rolle. Som bemærket af Laplanche & Pontalis (1976) har frustrationsbegrebet for Freud desuden en aktiv dimension, idet '*Versagen*' ('forsage') er noget, man aktivt foretager sig i forhold til et objekt, og ikke alene er noget, man udsættes for. Hos Melanie Klein finder frustrationsbegrebet udbredt anvendelse, ofte i kombination med sin modpol, gratifikation. Ud over at være nært knyttet til afvænningen fra brystet bemærker Klein (1945), at også terapeutens fravær kan fremprovokere vrede på baggrund af tidligere frustrationer som aktualiseres i overføringen. Således kommer frustrationsbegrebet til at spille en vigtig rolle i overføringsarbejdet. Med Bion (1961) indtager gruppelederen en afventende holdning og bringer gruppen i en tilstand af frustration, som fremmer tilsy-

Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugsbehandling

nekomsten af grundantagelsesmønstre og regressive tilstande. Efterfølgende har gruppelederen som frustrerende aktør haft afgørende betydning for tilvejebringelsen af en dynamik, der fremmer udforskningen af primitive processer i grupper.

Abstinensbegrebet eller forestillingen om afholdenhed angår såvel analytikerens som analysandens holdning, jf. Aagaard (2002a). Analytikeren må på den ene side sikre sig imod emotionel forførelse. Samtidig opfordres analysanden til ikke at reagere på driftstilskyndelser såsom forelskelse i forbindelse med terapien. Den side af abstinensreglen, som vedrører modoverføring og analytikerens indstilling som henholdsvis kølig-distant eller varm-nærværende, er desuden i de senere år blevet diskuteret livligt bl.a. på baggrund af Kohuts (1977) empatibegreb.

Abstinensbegrebet leder behandlingsteknisk naturligt over i neutralitetsbegrebet, jf. Aagaard (2002b). Dette har dels en etisk dimension, hvor terapeuten bør indtage en ikke-fordømmende indstilling i forhold til religiøse, moralske og sociale værdisæt. Dels angår neutraliteten terapeuten's mentale indstilling som værende åben for klientens udfoldelse og associeren. Neutralitetsbegrebet hos Freud (1912) foreskriver tillige, at terapeuten afstår fra pædagogiske ambitioner på klientens vegne og afholder sig fra rådgivning. Nyere udforskning af modoverføringselementer har kvalificeret neutralitetsbegrebet, og som det påpeges af bl.a. Kohut (1977), udgør terapeuten's "kontinuerlige psykiske deltagelse" en væsentlig motiverende faktor for terapien. Thomä & Kächele (1985) taler om neutralitet som en integration eller navigation i en række spændingsfelter, herunder åbenhed (hverken forudindtaget eller uinformeret) og følelsesmæssig besindighed (hverken let at forlede eller uopnåelig), (citeret i Aagaard, 2002b).

## Stoftrang i gruppe

*"På et gruppemøde i et terapeutisk bofællesskab for stofmisbrugere falder samtalen en fredag morgen på morgenmaden og de forskellige slags ost og müesli på bordet. Gruppen bliver opstemt og ivrig i fejringen af morgenmåltidets mangfoldige muligheder. Da iveren lægger sig, bemærker terapeuten, at stoftrang nok kan komme til udtryk på mange måder. Stemningen daler og et medlem fortæller om, at han om natten har været plaget af voldsom stoftrang og overvejer at forlade bofællesskabet. Det viser sig endvidere, at nogle gruppe-medlemmer har planlagt en fest i forbindelse med deres forestående weekendbesøg i hovedstaden. Episoden fører til en lavmælt alvorlig samtale og refleksion over den vedvarende stoftrang. Flere af gruppens medlemmer ender med at aflyse besøgsplanerne og blive i bofællesskabet weekenden over."*

## Behandlingstekniske problemer ved misbrug

Eksemplet viser den eufori, som kan gribe en gruppe misbrugere og være udtryk for stoftrang. Terapeutens dilemma er, hvor meget plads denne ofte kreative energi gives, og hvorledes gruppen bringes til at bearbejde vanskelighederne og farene ved opstemthed, uden at terapeuten kommer til at fremstå som fordømmende. I individuel terapi kan et tavst og afventende møde med stoftrang selv sagt være skadeligt. Ved misbrugsbehandling gør der sig derfor særlige forhold gældende, hvorved den analytiske håndtering af frustration, abstinensregel og neutralitet bliver problematisk. Frustrationstilstande er notorisk fremherskende og vanskelige at styre ved misbrug. Når det gælder opretholdelse af stoffrihed og tilbagefaldsforebyggelse spiller håndteringen af trangen til selve objektet, primærstoffet, en afgørende rolle.

Abstinens har en særlig prægnant betydning i forbindelse med misbrug. Her gælder afholdenheden fra misbrugerens side i første række stofindtagelsen. Fysiske såvel som psykiske abstinensstilstande kommer derfor til at præge terapien og sætter abstinensbegrebet 'i anden potens', afholdenhed fra ageren kombineret med trangen til stoffet. Inddæmning af stofindtagelsen påvirker også det psykoterapeutiske arbejde med misbrugere i forhold til modoverføringen, hvor problemer med afholdenhed kan gøre misbrugeren ugle set. Mange terapeuter afviser at arbejde med påvirkede eller ikkeafholdende klienter. Misbrugerens alliance med sit stof snarere end med terapeuten kan vække mismod eller afsky hos sidstnævnte. Mulige afhængighedssyndromer hos behandleren kan endvidere spille en rolle. At arbejde med misbrug kan være misbrugsinducerende hos behandleren, fordi stoftrang har en tilbøjelighed til at smitte. Endelig er en del af behandlergruppen ofte selv gamle misbrugere i restitution eller recovery, og identificering med en tilbagefaldstruet misbruger kan bringe behandlerens egen stoffrihed i fare.

Også neutralitetsbegrebet kan synes problematisk ved misbrug. Om end man stadig måtte afholde sig fra ambitioner på klientens vegne – særlig hvis man vil undgå fortvivlelse og udbrændthed – så er misbrugeren specielt i den tidligere restitutionsfase så rådvild, skrøbelig og sårbar over for tilbagefald, at decideret støtte og et omsorgfuldt godt råd er mere end velindiceret. Og selv hvis man tager Thomä & Kächeles (1985) mere nuancerede neutralitetsbegreb til sig, så bliver navigeringen mellem de opstillede modsætningspar alligevel for høj sø og kan fordrø, at sejladser indstilles, og at man søger havn fra udforskning og eksploration i simple adfærdsanvisninger.

Når der nu har vist sig gennemgribende vanskeligheder ved at opretholde basale analytiske behandlingstekniske forskrifter ved misbrug, så rejser spørgs-

målet sig: Er den psykodynamiske tilgang overhovedet er anbefalelsesværdig? Til afklaring af dette kan det være behjælpeligt at vende blikket mod andre behandlingstraditioner herunder de kognitive for at sammenligne, hvorledes disse klinisk meget vanskelige betingelser håndteres her.

## Teknik i kognitive behandlingsformer ved misbrug: Validering, alliance, frustrationstolerance, motivation og netværk

En række behandlingstekniske begreber inden for kognitive behandlingstraditioner er relevante i forhold til misbrugsbehandling. Som kontrast til det psykodynamiske perspektiv skal opmærksomheden her rettes mod begreberne validering, alliance og motivation samt betydningen af lav frustrationstolerance.

Valideringsbegrebet udfoldes blandt andet i den såkaldte dialektiske adfærdsterapi udviklet af Marsha Linehan (1993). Om end denne tager udgangspunkt i behandlingen af borderlinepatienter, så er valideringsbegrebet også relevant ved misbrug. Dels findes mange misbrugere inden for dette spektrum, men misbrugere er desuden tit marginaliserede i en grad, så udgangspunktet for omgivelsernes møde med dem er mistænkeliggørende, underkendende og invaliderende. Heard & Grønlund (2006) angiver seks valideringsstrategier: 1) At lytte og observere fordomsfrit, 2) Præcis spejling, 3) Eksplicitering af ikke-verbaliserede tanker, følelser og adfærdsmønstre, 4) Validering af tidligere opvækstvilkår eller biologisk betinget sårbarhed, 5) Validering af den aktuelle situation og 6) At patienten behandles som et almindeligt medlemmenneske. Der ses en vægtning af tydelighed og ligefrem kommunikation i en bekræftende atmosfære. Validering karakteriseret ved accept fungerer endvidere nært og "dialektisk" i samspil med forandringskabende problemløsningsstrategier i forhold til den problematiske adfærd, som misbruget udgør.

Hvad angår terapeutens forhold til misbrugere noterer Beck et al. (1993), at behandlingsalliancen som oftest er baseret på et mål af ufrivillighed eller tvang ved behandlingens begyndelse, en mistænkelighed fra begge parter forårsaget af mulig kriminalitet, det at være på kant med 'systemet' samt den demografiske kløft mellem misbrugeren og terapeuten, som ofte kommer fra meget forskellige sociale baggrunde. Derfor vægtes en række elementer i den terapeutiske alliance, herunder opbygning af tillid, grænsesætning, beskyttelse og håndtering af fortrolighed, opretholdelse af troværdighed og en samarbejdsånd, afholdelse fra sammensværgelse, appel til positiv selvfølelse samt håndtering af magtkampe. I samarbejdspektivet fremstår evnen til at indgå kompromis som centralt, og terapeutens fleksibilitet kan bestå i inddragelse af misbrugeren i formuleringen

af dagsordenen for en sessions indhold samt terapiens mere langsigtede tilrettelæggelse inden for, hvad der forbliver, en overvejende styret terapiform.

Et vigtigt begreb til forståelse af misbrugsadfærden er for Beck et al. (1993) den såkaldt lave frustrationstolerance (*Low Frustration Tolerance*, LFT). Personer med LFT er ifølge Beck tilbøjelige til: a) at overdrive graden af tab ved modgang og de langsigtede følger af disse tab, b) bebrejde den formodet skyldige for modgangen, c) opleve ekstrem vrede, d) have lyst til at straffe de skyldige samt e) at overse andre strategier for at nå deres mål, såsom problemløsning. Denne tilbøjelighed, som kan føre til tilbagefald, påkalder sig en interventionsform, der griber ind i den kædereaktion af tanker, antagelser og handlinger, som er karakteristisk for den kognitive forståelse af misbrugets onde cirkel, som også Nielsen & Thomsen (2005) skitserer.

Ved håndtering af stoftrang beskrives terapeuten som aktiv på flere planer. Det kan være gennem indøvelsen af forskellige distraktionsteknikker, hvor opmærksomheden på stoftrangen afledes ved at tænke på noget andet, hvor højrisikosituationer identificeres og undgås, hvor nøje planlægning af dagens aktiviteter finder sted, og hvor kontakt til beskyttende netværk sikres. Det bemærkes, at det terapeutiske arbejde rettes specifikt mod misbruget som objektet eller genstandsfeltet for terapeutens og misbrugerens samarbejdende opmærksomhed og motivation.

Denne grundtilstand af motivation er naturligvis langt fra givet på forhånd, og motivationssamtalen (*motivational interviewing*, MI) som udviklet af Miller & Rollnick (2002) udgør da også et vigtigt behandlingsteknisk moment i kognitiv tilgang. På overfladen kan det synes, som om misbrugerens indgydes motivation, hvilket i lighed med f.eks. 'ansvarliggørelse' rummer en logisk selvmodsigelse. Imidlertid tager Rollnick & Miller (1995) klart afstand fra en udefra kommende påvirkning af misbrugerens og understreger dennes autonomi, således at motivationssamtalen tjener til at fremkalde misbrugerens iboende ønske om forandring. Her bliver det misbrugerens egen opgave at give udtryk for og løse den ambivalens, som omgiver såvel misbrug som udsigten til at stoppe eller reducere indtagelsen. Forholdet mellem terapeut og misbruger beskrives som et partnerskab eller kammeratskab i øjenhøjde.

Hidtil har fokus været på psykoterapi. Imidlertid er det usikkert og uoverskueligt, hvad der sker, når misbrugerens forlader terapilokalet og går ned i gaden. Baseret på en betingningsmodel og misbrugerens tilbøjelighed til kontroltab og tilbagefald ved udsættelse for betinget stimulus argumenterer Galanter (1999) for en såkaldt netværksterapi. Netværksterapien har til opgave helt konkret at sammensætte et netværk af personer, som kan fungere tilbagefaldsforebyggende. Metoden består blandt andet af en kortlægning af misbrugsadfærden

med vægt på identificering af følelser, handlingsmønstre og situationer, som kan lede op til stofindtagelse. Antallet af nøglepersoner varierer med et gennemsnit på to til tre. Terapeutens rolle bliver her at være en slags opgavefokuseret holdleder, som hjælper til afholdenhed eller stoffrihed. Netværket som sådan er derfor ikke i terapi. Men vi er nu langt hinsides psykoterapien, og alligevel er det vigtigt at inddrage den sociale dimension eller miljøet, fordi et lille fejltrin i den store verden kan gøre så betydelig en forskel.

## Tolvtrinsprogrammet – bevægelse og gruppeidentitet

Så godt som alle behandlingstraditioner, der arbejder med stoffrihed eller betydelig reduktion i stofindtagelsen, forholder sig til tolvtrinsprogrammet, grundprincipperne for Anonyme Alkoholikere (AA) (1989) eller deraf afledte bevægelser såsom Narcotics Anonymous (NA). Mange behandlingsformer, kognitive såvel som psykodynamiske, anbefaler, at misbrugeren går til møder eller i hvert fald afprøver tilbuddet som en mulighed. Med 2,2 millioner medlemmer i 120 lande alene inden for AA påpeger Emrick, C.D. & Tonigan, J.S. (2004) denne sociale bevægelses ubetvivlelige succes med indflydelse på både behandlingssektoren, misbrugspolitik og den offentlige mening. I københavnsområdet afholdes der i Anonyme Narkomaner (AN) (2006) 45 ugentlige møder fordelt på alle ugens dage. Selv om der ikke er tale om psykoterapi, så fylder tilbuddet dog så meget i behandlingsmiljøet, at det kalder på refleksion. Skal man ganske kort sige noget om relationerne medlemmerne imellem og i forhold til bevægelsen, så kan man tage udgangspunkt i de tolv trin og de tolv traditioner, hvor sidstnævnte angiver retningslinjerne for bevægelsens virke. Misbrugeren erklærer sig indledningsvis magtesløs over for stoffet og henvender sig til en højere magt, Gud (som han eller hun forstår ham), til at bistå i opnåelse og fastholdelse af stoffrihed. En selvansagelse af misbrugets historie og interpersonelle konsekvenser leder til en søgen mod forsoning med ens medmennesker, hvor det er muligt. Denne åndelige vækkelse er vedvarende og munder ud i en stillen sig til tjeneste for andre misbrugere. Tjenesten forvaltes inden for fællesskabet af misbrugere, som er strengt egalitært. Alle er misbrugere for altid, om end misbruget forvaltes i stoffrihed. Bevægelsen sikrer rammerne om mødegrupperne, hvor anonymiteten værner om ligeværd og imødegår, at nogen drager personlig fordel af fællesskabet. Møderne varierer fra gruppe til gruppe, men er karakteriseret ved nogle få simple indledende ritualer som et tændt lys, oplæsning fra de tolv trin og traditioner, en bøn og en indledning ved mødelederen. Mødet kan dernæst bestå i, at de deltagere, som ønsker at tale, deler, hvad de måtte have på hjertet, ofte i forhold til deres misbrug. Bidragene modtages i reglen med et fælles "Tak!",

så der skabes en horisontal solidaritet koblet med den underliggende vertikale orientering mod "Gud". Undertiden knyttes én misbruger til en anden med længere stoffrihed som vejleder eller såkaldt sponsor. Medlemskab står åbent for enhver, der ønsker at ophøre med at tage stoffer.

Accept fremstår som et nøglebegreb for bevægelsen. Accept af magtesløsheden over for stofferne, en accept af "Guds" mulige hjælp, men også en accept af sidemanden eller -kvinden, idet mødedeltagerne opfordres til at lytte til ligheder snarere end forskelle medlemmerne imellem. Den britiske gruppeanalytiker Martin Weegmann (2004) ser gruppen som en lederløs gruppe og fremhæver gruppens identifikationsproces, dels med mødelederens indledning, men dernæst som udtrykt ved resonansen med det på mødet anslåede tema, som gengives fra forskellige sider og bliver til en tværgående indsigt gennem lytteprocessen. Den rækkefølge af bidrag, som udspiller sig på mødet, udgør, som Khantzian (1994) påpeger det, narrative traditioner af historiefortælling, deling og bevidning af andres lidelse. At fortælle sin livshistorie, som er en del af mødekulturen, bliver til en narrativ identitetsdannelse og modifikation i takt med ens helbredelsesproces. Her er den terapeutiske instans så at sige fællesskabet i gruppen. I tolvtrinsprogrammet er abstinens selvsagt et hovedmål, hvor den menneskelige restitution finder sted gennem en narrativ gruppeidentitet. Dette kan opleves som opofrelse af individualitet, hvorfor tilgangen ikke passer alle. Men vægtningen af mellemmenneskelig støtte, accept og tilgængelighed i en atmosfære af ydmyghed for kræfter større end en selv udnytter fællesskabet eller gruppens potentiale.

## Klinisk kontekst: Et terapeutisk bofællesskab

I forlængelse af de skitserede behandlingstekniske problemer ved misbrug og den baggrundskultur, som tolvtrinsprogrammet er en del af, skal der gives et eksempel på klinisk indtænkning af kombinationen mellem kognitive og psykodynamiske tilgange under samme tag. Denne kombination baserer sig på erfaringer fra et stoffrit døgnbehandlingstilbud i et terapeutisk bofællesskab med intensiv gruppebehandling. Projektet er beskrevet i en række publikationer, herunder Kongstad & Madsen (1997) og Solberg (1999).

Huset vægter en miljøterapeutisk tilgang med flere gruppetilbud samt supplerende individuel psykoterapi. Bofællesskabets ca. 20 brugere er inddelt i praktiske arbejdsgrupper – køkken, rengøring og have/vedligeholdelse – og disse arbejdsgrupper udgør en basisgruppe og forankringsrum gennem hele døgnbehandling, som varer gennemsnitligt et halvt år. Udover de praktiske gøremål mødes disse praktiske grupper tre gange ugentligt i 1½ time til refleksionsmøder

Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugsbehandling

ledet af en psykolog/psykoterapeut og en behandler med tidligere misbrugsbaggrund.

Da der imidlertid gør sig forskellige problemstillinger gældende afhængig af længden af stoffrihed, er der etableret tre fasespecifikke grupper, som mødes en eller to gange ugentligt: Fundamentet, Mellemgruppen og Erfaringsgruppen. Den første fokuserer meget på fastholdelse af stoffrihed og håndtering af stoftrang. Mellemgruppen har som overordnet arbejds punkt at lære at leve med de følelser, som vælder frem, efterhånden som stoffriheden konsolideres, og den oplevelsesmæssige adgang til blandt andet tab og svigt gør sig gældende. Erfaringsgruppen har til opgave at udforske og bearbejde de relationsproblematikker, som udspiller sig i gruppen her og nu, men som også er knyttet til de relationer, der naturligt gør sig gældende i huset og i brugernes forhold til betydningsfulde andre uden for huset. Ud over de nævnte faste grupper findes tilvalgsgrupper, herunder en sorg/krisegruppe, en tilbagefaldsgruppe og en naturgruppe. Individuelle samtaleforløb tilbydes supplerende ved særlige behov. Øvrige faste møder er daglige morgen- og aftenmøder for hele huset samt et ugentligt fællesmøde. Brugere er i kontakt med hinanden uden for gruppesessionerne, ligesom de understøttes i tilknytning og kontakt til de relationer udenfor behandlingen, som kan være befordrende for deres videre restitution i efterbehandlingsfasen.

Brugere opfordres endvidere til at deltage i NA-møder, når de er på weekend, og der køres fra huset til møder flere gange hver uge for dem, der ønsker det. For at sikre brugernes stoffrihed gælder der en række regler specielt under de første 30 dage. Her må man bl.a. ikke tage på weekend, adgang til mobiltelefon er begrænset, man må de første dage kun forlade huset i følgeskab med en gammel bruger. Da huset er stoffrit, forlader brugerne døgnbehandlingen ved tilbagefald, men kan efterfølgende visiteres til nyt døgnbehandlingsforløb.

## Mødet mellem kognitive og psykodynamiske traditioner

Behandlingsteoretisk er døgnbehandlingen som så megen misbrugsbehandling eklektisk og tværfaglig. Således tilstræbes det, at de faste grupper ledes af en eks-misbruger og en psykolog/psykoterapeut som co-terapeuter. Disse faste grupper har en støttende holdning og er dels praktisk orienterede om løsningen af de tilhørende arbejdsopgaver. Men også gruppens indre dynamik tematiseres med en betydelig vægtning af gruppesammenhæng (cohesion), læring ved efterligning, ansvarliggørelse, restitution som en proces, håndtering af konflikter og forskellighed samt fortælling af livshistorie. Grupperne bearbejder misbrugsproblemer såsom stoftrang udløst af konflikter, jf. LFT, og de ældre brugere oplever sig selv anerkendte som rollemodeller for de nyligt stoffrie. De faste gruppers



indbyrdes rivaliseren og konkurrence er med til at cementere en gruppeidentitet, der for første gang for mange orienterer sig mod et fælles bedre for alle. Endelig er disse grupper medium for arbejdet med afslutning af døgnfasen og overgang til efterbehandling. Afslutningstemaet bliver centralt i forhold til gruppen og huset som helhed, men også på baggrund af afskeden med stofferne og den adskillelsesproblematik, som ligger i stofafhængigheden.

De fasebestemte grupper, Fundament, Mellemgruppe og Erfaringsgruppe er mere specifikke i anvendelsen af behandlingstraditioner. Fundamentet er mere kognitivt inspireret med kortlægning af tanke- og adfærdsmønstre samt identificering af mulige faldgruber. Mellemgruppen er støttende i forhold til oplevelse af følelser, f.eks. ved svigt og tab og koncentrerer sig om håndtering af sårbarhed og udviklingspotentialer. Erfaringsgruppen er specifikt psykodynamisk orienteret og ledes på et gruppeanalytisk grundlag. Her spiller lederen en tilbagetrukket rolle, og der arbejdes med håndtering af frustration, refleksion over egne udsagn og rolle i interaktionen med de øvrige gruppemedlemmer, forståelse af interaktionsmønstre på baggrund af egen livshistorie samt bearbejdelse af disse. Refleksionskulturen fra denne gruppe søges bibragt huset som helhed, idet de ugentlige fællesmøder for hele huset har et moment af undersøgende kultur. Som det ses, er der et samspil mellem kognitive og psykodynamiske tilgange samtidig med, at rådgivningsinterventionen ligger i forlængelse af den tolvtrins-tradition, som udgør baggrunden for flere af eksmisbrugerne.

## En rolle i huset

*Hans er først i tyverne og visiteres til bofællesskabet som led i en afsoning. Ved sin ankomst til bofællesskabet bliver han bedt om at deponere sin mobiltelefon, hvilket han protesterer kraftigt imod. Dette udløser et akutmøde med lederen af døgnbehandling, og det er alene udsigten til den ufravigelige konsekvens af at skulle vende tilbage til fængslet, såfremt han ikke indordner sig, som får ham til modvilligt at tage reglen til efterretning. De efterfølgende dage går stor set på samme måde med konstante sammenstød omkring reglerne, udmåling af konsekvens og følgelig mismodig accept. På gruppemøderne i sin faste gruppe får han nænsomt feedback på sin adfærd, men de ældre gruppemedlemmers råd og refleksioner synes at prelle af på ham. I hvert fald skal han ikke nyde noget af at give indtryk af eftergivenhed. Efter en uges tid uden mobiltelefon og med indskrænket bevægelsesfrihed i det meget lokale lokalområde melder der sig en rastløshed snarere end vrede. Stoftrang og en angst for muligt tilbagefald. Stadig har han vanskeligt ved at tage noget af det gruppen siger til sig, og da han ikke i lang tid har forsøgt at indgå i et arbejdsfællesskab, isolerer han sig også på det*

*praktiske område i huset. Denne manglende deltagelse bringer ham igen på kant med huset og behandlingspersonalet, fordi han ikke i praksis kan siges at følge behandlingen, hvorfor konsekvensen i form af afsoning i fængslet atter melder sig. En morgen bliver han så set foran huset iført en blå kedeldragt og en fejekost. Han har med gruppens stiltiende billigelse påtaget sig rollen som en slags vicevært. Der bliver fejtet og klippes buske i rimeligt omfang, og når der kommer besøg til huset af sagsbehandlere udefra, kan han præsentere sig som vicevært og vække forbløffelse over et så velbemandet behandlingstilbud. Gradvist inkas-serer rollen en vis anerkendelse fra huset som han formår at tage til sig. Da han måneder senere skal forlade huset og evalueres af de andre på et fællesmøde, slår relationstilknytningen igennem, og det bliver til en bevæget afsked.*

## Regler, roller og relationer

Ovenstående viser restitutioner som en relationsproces. Misbrugeren kommer fra en relation til stoffet som ulovligt. Dette medfører en socialisering som kriminel med en ofte betydelig strafamme. At være konstant på kant med loven betyder, at den behandlingssøgende misbruger tit primært udmåler sin kontakt med omverdenen i form af konsekvens og straf, hvor der hele tiden spilles op mod omgivelsernes forventelige 'Nej!'.

Processen fra regel til relation i forhold til omgivelserne kan være lang og træg og kræver undertiden, at misbrugeren 'spiller normal' som en rolle, indtil det opleves trygt at have et hverv og et ansvar, at blive mødt med bekræftelse og anerkendelse i form af et 'Ja!'.

I begyndelsen af behandlingen fylder reglerne mest i kontakten til omverdenen. Al reaktion fra omgivelserne opleves som et 'Nej!', hvis konsekvenser han nøje må afveje. Han bliver tilbudt en plads i en gruppe med en tilhørende arbejdsrolle, som han ikke rigtig vil vide af. Relationer til de andre i huset er reduceret til at absolut minimum. Men efterhånden vendes denne pyramide af regler, roller og relationer fra at stå på hovedet til at blive stadig mere forankret i relationer. En forsimplende illustration som alligevel indfanger, hvad en gruppe eller et hus kan formå, og som ville være vanskeligt at forestille sig ved individuel intervention alene.

## Modifikationer: Psykodynamisk gruppeterapi

En række alternative behandlingstilgange, traditioner og en klinisk kontekst er blevet skitseret i kontrast til den indledende præsentation af psykodynamiske begreber om frustration, abstinens og neutralitet. I lyset af dette er det relevant

at uddybe en psykodynamisk tilgang til misbrug. Man kan vælge at følge tråden fra tolvtrensprogrammet og misbrugets sociale sider og begynde med at fokusere på håndteringen af terapeutens holdning og rolle i grupperegi. Den særlige kvalitet ved at blive lyttet til i gruppe og hørt af flere andre samt at få muligheden for at finde sin egen stemme i kølvandet på andres udsagn og vidnesbyrd leder tilbage til temaet om den terapeutiske relation, når det gælder misbrug. Det er velkendt, at gruppeterapi anses for den mest anbefalelsesværdige terapiform ved misbrug, jf. Flores (1997) og Khantzian et al. (2004). Khantzian begrundet dette med selve det helende i at være sammen med andre, muligheden for at etablere mellemmenneskelig tilknytning, samt gruppen som værende et korrektiv ved selvoptagethed, modafhængighed og svigtende evner til at styre og regulere følelser, selvværd og adfærd, specielt selvbeskyttelse. Edward Khantzian har været banebrydende på misbrugsområdet og er måske mest kendt for formuleringen af den såkaldte selvmedicineringshypotese, hvor Khantzian (1985) anskuer stofindtagelsen som et forsøg på at kompensere for de nævnte svigtende evner, for så vidt som de fører til uudholdelig psykisk lidelse. Herved fritages misbrugeren fra skylden over at være havnet i misbrug, men får samtidig ansvaret for sin egen restitution. Khantzian et al. (1990) er endvidere medudvikler af den såkaldte modificerede dynamiske gruppeterapi for stofmisbrugere (MDGT). Modificeringen består især i et primært fokus på håndtering af a) følelser, b) relationsproblemer, c) svigtende selvbeskyttelse og d) mangelfuldt selvværd. I den forbindelse bliver det gruppelederens opgave at etablere en atmosfære, der sikrer mod tilbagefald, og som er kendetegnet ved tryghed og øget kontrol over eget liv. Derved bliver terapeuten væsentlig mere aktiv og venlig og afholder sig fra at udforske smertefulde følelser og ubevidst materiale. Der fostres en egalitær kultur, hvor gruppelederne identificerer sig horisontalt med hinandens lighedspunkter i oplevelsen af ikke at være alene og isoleret, men hvor gruppelederen dog samtidig er parat til at intervenere og lede gruppens fokus tilbage mod de fire kerneområder skitseret ovenfor. Samtidig med at terapeuten vægter misbrugers styrker og helende potentiale, udgør opmærksomhed på sårbarhed et væsentligt moment i behandlingen. Der knyttes også an til den såkaldt støttende og ekspressive behandlingstradition som udviklet af bl.a. Luborsky (1984). Her lægges der eksplicit afstand til en neutral behandlerposition, da en støttende holdning ses som en betingelse for, at den ekspressive dimension kan modtages og understøttes. Samtidig fastholdes det synspunkt dog, at psykodynamisk psykoterapi i en modificeret form stadig er velindiceret selv i den tidlige stoffri fase. Herved står Khantzian og hans kolleger i modsætning til en række forfattere, der henviser psykodynamisk terapi til et senere tidspunkt i behandlingen, herunder Kaufman (1994) og Flores (1997). Førstnævnte anbefaler

Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugsbehandling

kognitiv adfærdsorienteret terapi initialt, mens Flores henviser til manglende affektiv stabilitet som kontraindicerende for psykodynamisk behandling til at begynde med. Terapeuten bliver altså meget mere støttende og gratificerende og fremmer, som det sås ved MDGT, misbrugerens selvværd, tro på forandring og helende potentiale.

## Selvpsykologiske og gruppeanalytiske perspektiver

Philip Flores (2004) har udviklet en forståelsesramme for misbrug baseret på tilknytningsteori og selvpsykologi. Han fokuserer på betydningen af relationen til stoffet som mangelfuld tilknytning, og samtidig understreger han den terapeutiske alliances betydning som det vigtigste element i en vellykket behandling. Flores vægter gruppens betydning som selvobjekt, der kan fungere som en sikker base eller en slags overgangsobjekt i den relationelle restitution som er behandlingens væsentligste opgave, hvorved han alluderer til Kohut, Bowlby og Winnicott. Gruppens mulighed for at tilbyde gensidighed i et empatisk miljø angives som afgørende for den psykiske vækst, der kan hjælpe misbrugeren på afstand af den ødelæggende tilknytning til stoffet. I refleksionen over terapeutens rolle og position griber Flores interessant nok tilbage til frustrationsbegrebet. Han påpeger, at misbrugere har svært ved at håndtere det regressive moment, som opleves i grupper, hvor lederen betjener sig af en frustrerende teknik som skitseret af f.eks. Bion (1961) og Ezriel (1973). I stedet gør han sig til fortæller for en bedst mulig eller såkaldt 'optimal frustration', der fostrer den fine balance i tilfredsstillelsen af misbrugerens afhængighedsbehov, indtil vedkommende gradvist selv bliver i stand til at kontrollere egne destruktive følelser og impulser. I den forbindelse styrkes gruppesammenhængen, og gruppen antager status af et selvobjekt som beskrevet af bl.a. Pines (1998) og Karterud (1999). Med henvisning til det terapeutiske bofællesskab kunne man gå et skridt videre selvpsykologisk og betragte hele huset som et selvobjekt. Det er sikkerheden i huset, som nødvendiggør, at brugere i tilbagefald må forlade det. De enkelte gruppetiltag bliver undergrupper, 'del-selvobjekter', i huset som overordnet værested eller ontologisk ramme for restitutionen. Den narrative og hermeneutiske dimension, som Sigmund Karterud (1999) også udfolder i gruppeanalysen, ses eksplicit i tolvtrinsmøderne og knyttes i bofællesskabet til en specifik gruppekontekst, husets eller enkelte grupper historie. Herved bliver en psykodynamisk referenceramme forklarende og behandlingsteknisk inspirerende for en mulig tilgang til misbrug.

## Terapeutisk alliance – Overføringsproblemer i trekantsdramaet

Det skulle være tydeliggjort, at selv om der er alvorlige problemer omkring fastholdelsen af en traditionel analytisk holdning ved behandling af misbrug, så medfører dette langt fra, at en psykodynamisk tilgang til misbrug ikke kan være velindiceret både som forklaringsmodel og klinisk interventionsform. Et springende punkt, som påvirker behandlingsteknikken, er konsekvensen for overføringen af misbrugerens egen tilknytning til stoffet. Weegmann (2002) illustrerer dette forhold som en trekant med misbruger, behandler/klinik og stoffet i hver sit hjørne. Orientering i dette landskab bliver altid en slags trevejskommunikation eller forhandling, som behandleren er nødt til at indstille sig på at være en del af, hvis man vil gøre sig forhåbninger om at nå misbruger. Det er nok dette trekantsdrama, der i så udpræget grad frustrerer behandleren og muligvis dennes selvfølelse, og som gør, at så mange ved hjælp af eksklusionskriterier skærmer sig mod kontakten med misbrug. Omvendt præsenterer trekanten en form for skyggefuld andethed eller alteritet, som det kan være en spændende udfordring at træde ind i. Man er i denne situation ikke bare på intersubjektivitetens gyngende grund, men må bestandig se den tentative tilknytning til misbruger truet, eller i hvert fald skrøbeliggjort, af et overordentlig destruktivt attraktionsmoment, en bekendt og samtidig ubekendt tredje, som til hver en tid kan afstedkomme afbrydelse af behandlingskontakten.

### Forholdet til den Anden

*En bruger fortæller efter fem års stoffrihed, at han er nået til at indgå i et parforhold, og at dette nær har skræmt ham fra vid og sans. Det pludselig at stå i forhold til at andet enestående menneske har tydeliggjort for ham den flugt fra intimitet som misbruget også var udtryk for. Undgåelsen af intimitet i hans stoffri og betydeligt forbedrede liv var vedblevet. Stor social omgangskreds og livlig mødeaktivitet i bl.a. NA opleves nu som et dække mod det at forholde sig til et andet menneske som en vitterlig Anden.*

### Alteritet og etiske dimensioner

I anskueliggørelsen – regler, roller og relationer – var sidstnævnte sat i flertal. Det er relationer, som restitueres. Men kan disse helt begribes som flertal? Man mindes, når talen falder på stoffer – 'drugs', så er de også i flertal. Når 'Stoffer' er blevet ens bedste ven, så er det for alvor, problemerne opstår. I trekantsdramaet mellem Misbruger, Hjælper og Stoffer er det denne tredje instans, andetheden,

Nej/Ja, tak! Frustration og gratifikation i misbrugsbehandling

den forplumrede alteritet, som kan vise sig problematisk selv efter lang tids stoffrihed. Fra regler over roller til relationer: Derfra og til at kunne stå i nært forhold til et enkelt andet menneske, som forekommer anderledes, indtagende og samtidig fordrende, kan kræve et yderligere stykke relationsarbejde, som indbyder til etiske refleksioner. Det ansvar, den anden åbenbarer som fordring – lader det sig begribe som bare én blandt mange relationer? En mulig kilde til refleksion ligger i filosofen Emmanuel Lévinas' (1981) overvejelser om det andet menneske som uendeligt anderledes. Jo tættere vi er på et andet menneske, jo mere åbenbarer dennes forskellighed sig for mig. Den anden er uendelig anderledes og åbner for en dimension af respekt, som ikke kan reduceres til forståelse. I mødet med den anden åbner sig tillige en mulighed for taknemlighed. Den gave, som relationen til den anden udgør, kan dog ikke byttes og trænger sig på som noget altid anderledes end det, jeg havde forventet. Det 'Tak!', som måtte indfinde sig for den andens nærvær, finder således sted i kraft af en vis provokation. Måske en relationsorienteret misbrugsbehandling på dette grundlag, eller etisk afgrund, ad åre kunne vinde indpas som et særligt alternativ. Derved ville vores individualitet og angivelige autonomi kunne vise sig i stedet som singularitet konstitueret i samspil med radikalt anderledes andre. Det 'Tak!', vi så tit og selvfølgelig betjener os af, ville følgelig resonere på en helt anden måde.

'Nej/Ja, tak!' er derfor en kort opsummering og fortætning af en sejlivet proces anskuet gennem behandlingsmæssige dilemmaer i psykoterapi ved misbrug. Men det er samtidig nogle små og tilsyneladende uanselige ord, der i det daglige understøtter menneskeligt samvær, og hvis indlejring i talen har betydelige konsekvenser for vore indbyrdes relationer.

## Litteratur

- Aagaard, S. (2002a). Abstinensregel. In Andkjær Olsen, O., *Psykodynamisk Leksikon*. København: Gyldendal.
- Aagaard, S. (2002b). Neutralitet. In Andkjær Olsen, O., *Psykodynamisk Leksikon*. København: Gyldendal.
- Anonyme Alkoholikere (1989). Dansk oversættelse af: *Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Woman Have Recovered from Alcoholism, 3<sup>rd</sup> Edition*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1976. København: A.A. s Servicekontor.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guildford Press.
- Emrick, C.D. & Tonigan, J.S. (2004). Alcoholics Anonymous and Other 12-Step Groups. In Galanter, M & Kleber, H. (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment (3<sup>rd</sup> edition)* (433-443). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

- Flores, P. (1997). *Group psychotherapy with addicted persons – An Integration of Twelve-Step and Psychodynamic Theory, 2nd Edition*. New York: Haworth Press.
- Flores, P. (2004). Addiction as an attachment disorder: implication for group psychotherapy. In Reading, B. & Weegmann, M. (Eds.), *Group Psychotherapy and Addiction* (1-18). London: WHURR.
- Freud, S. (1912). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*, G.W. 8. (Råd til lægen ved den psykoanalytiske behandling). [Da.udg.: *Afhandlinger om behandlingsteknik*. København: Hans Reitzel 1992].
- Galanter, M. (1999). *Network Therapy for Addiction: A New Approach, Expanded Edition*. New York: Guilford.
- Heard, H.L. & Grønlund, C. (2005). Dialektisk adfærdsterapi: Problemløsning i behandling af borderline personlighedsforstyrrelse. In Mørch, M. & Rosenberg, N.K. (Red.), *Kognitiv terapi – Modeller og metoder* (225-248). København: Hans Reitzel.
- Karterud, Sigmund (1999): *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax, 1999.
- Kaufman, E. (1994). *Psychotherapy of Addicted Persons*. New York: Guilford Press.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259-1264.
- Khantzian, E.J., Golden-Schulman, S.J. & McAuliffe, W.E. (2004). Group Therapy. In Galanter, M & Kleber, H. (Eds.), *Textbook of Substance Abuse Treatment (3rd edition)* (391-403). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Khantzian, E.J., Halliday, K.S. & McAuliffe, W. (1990) *Addiction and the Vulnerable Self. Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers*. New York: Guilford Press.
- Klein, M. (1945). The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties. In *Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945* (370-419). London: Random House, 1988.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int. Univ. Press.
- Kongstad, A. & Madsen, J.L. (1997). *Midtvejsrapport Projekt Memmeske*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Køppe, S. (2002). Frustration. In Andkjær Olsen, O. (Red.), *Psykodynamisk Leksikon*. København: Gyldendal.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1972). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Lévinas, E. (1981). *Otherwise than Being or Beyond Essence*. Translated by Alphonso Lingis. The Hague: Nijhoff.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour (2nd edition)*. New York: Guilford Press. [Da.udg.: *Motivationsamtalen*. Kbh.: Hans Reitzel, 2004].
- Nielsen, P. & Thomsen, B.L. (2005). Kognitiv terapi ved misbrug og afhængighed. In Mørch, M. & Rosenberg, N.K. (red.), *Kognitiv terapi – Modeller og metoder* (249-269). København: Hans Reitzel.

- Rollnick, S. & Miller, W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Pines, M. (1998). The self as a group: the group as a self. In Pines, M. (Ed.), *Self Experience in Group* (24-29). London: Jessica Kingsley.
- Solberg, U. (1999). *Projekt Menneske: Oversat misbrugsbehandling*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.
- Stewart, T. (1996). *The Heroin Users (Revised Edition)*. London: Pandora.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1987). *Psychoanalytic Practice*. London: Springer.
- Weegmann, M. (2002). The psychodynamic assessment of drug addicts. In Weegmann, M. & Cohen, R. (Eds.), *The Psychodynamics of Addiction*. London: WHURR.
- Weegmann, M. (2004). Alcoholics Anonymous: group therapy without the group therapist. In Reading, B. & Weegmann, M. (Eds.), *Group Psychotherapy and Addiction* (27-41). London: WHURR.

## Abstract

Münchow, M.: No/yes please! Frustration and gratification in treatment of addictions. *Matrix*, 24, 31-48.

*This article concerns technical aspects of maintaining a therapeutic alliance in addiction. The purpose of the article is to highlight dilemmas of the analytic position in addiction treatment. Saying 'Yes' or 'No' to a substance or another human being will serve as an undercurrent throughout. The concepts of frustration, gratification and related technical terms will be scrutinized. The analytic approach will be placed in contrast to cognitive modes of treatment and the twelve step programme. Various modifications of the analytic position will be presented through alternative psychodynamic approaches to treatment. The article is based on a conceptual review with addiction as a clinical focus and is supplemented with a clinical illustration of an actual residential treatment programme for addicts. The article ends with an ethical dimension of the addict's relation to the substance and to another human being.*

**KEYWORDS:** *Addiction, Technique, Frustration, Neutrality, Ethics*



# Förändringar av vestibulitsmärter, psykiskt mående och välbefinnande samt upplevelser av själv och andra

– en systematisk pilotstudie av sex unga kvinnor med vulva vestibulit som genomgått tidsbegränsad bildpsykoterapi

Matrix 2007, 1, s. 49-71

Karin Egberg Thyme, Eva C. Sundin, Birgit Lindström, Britt Wiberg,  
Nils Larsson, Inga Sjöberg och Marianne Wikman

*I denna pilotstudie användes tidsbegränsad individuell bildpsykoterapi och klottermålning som form och metod som ett förfaringssätt att hjälpa kvinnor med långvarig vestibulitsmärta. Undersökningen genomfördes i form av en före-efter studie i kombination med en uppföljningsstudie 3 månader efter avslutade 15-sessioners bildpsykoterapi. Sex kvinnor med vulva vestibulit deltog. Såväl semistrukturerade intervjuer som självskattningsformulär användes för att undersöka hur bildpsykoterapi påverkar kvinnorna vad gäller deras upplevelse av förändringar av vestibulitsmärter, psykiskt mående och välbefinnande samt upplevelser av själv och andra. Smärtbedömning genomfördes inför bildpsykoterapin och upprepades tre månader efter avslutad bildpsykoterapi. Deltagarnas bildarbete analyserades utifrån form, färg*

Karin Egberg Thyme, PhD candidate, Eva C. Sundin, PhD, Birgit Lindström, RN, Britt Wiberg, PhD, Nils Larsson, RN, Inga Sjöberg, MD, Marianne Wikman, MD.

Korrespondens: Karin Egberg Thyme, Institutionen för klinisk vetenskap, Enheten för psykiatri, Umeå universitet, S-901 85 Umeå, Sverige.

och rörelse. Resultaten visade att fem av de sex deltagarna upplevde lindrigare smärta tre månader efter avslutad terapi. Bildanalyserna indikerade att en förändringsprocess initierats. Slutsatsen av denna pilotstudie är att bildpsykoterapi med dess underliggande tillåtande struktur tycks påverka unga kvinnors upplevelser av vulva vestibulit i positiv riktning. Studiens resultat underströk också vikten av att en noggrann bedömning av den terapiesökandes förmåga att tillgoda göra sig tidsbegränsad bildpsykoterapi görs inför terapin.

SÖKORD: Bildpsykoterapi, Vulva vestibulitis, VAS, IES, SCL-90, IIP, och SASB

## Bakgrund

**V**ulva vestibulit beskrivs ibland som ett sentida smärttillstånd. I själva verket är det snarare en fråga om ett återupptäckt besvär. Redan under slutet av 1800-talet beskrev Skene (1898) detta tillstånd av smärta och sveda vid beröring av den del av slidan som kallas för vestibulum. Under senare tid har problematiken åter uppmärksammats (Friedrich, 1987; Bohm-Starke, & Rylander, 2000). Reissing, Binik, Khalife, Cohen, & Amsel (2004) menar att vestibulit är den vanligaste formen av smärtor i vulva hos kvinnor i fertil ålder. Detta bekräftas i en svensk populationsbaserad studie (Danielsson, Eisemann, Sjöberg, & Wikman, 2001) där resultaten visade att 13 % av kvinnorna i åldrarna 20-29 år hade långvariga och svåra samlagssmärter. Även om många unga kvinnor drabbas av vestibulit smärtor, förekommer detta smärttillstånd hos kvinnor i alla åldrar (Bohm-Starke, & Rylander, 2000; Danielsson, et al., 2001; Sellgren, Voog, & Zöger, 2000). Från USA rapporteras en prevalens på 15 % bland kvinnor som söker gynekologisk öppenvård (Goetsch, 1991). Forskare tycks i dag vara överens om att genesen till vulva vestibulit är multifaktoriell (Bohm-Starke, & Rylander, 2000; Danielsson, et al., 2001; Bergeron, Binik, Khalifé, & Pagidas, 1997) och förordar samarbete mellan olika specialkunniga medicinska och paramedicinska yrkesgrupper i syfte att öka förståelsen och bredda behandlingsalternativen för kvinnor med vestibulit smärtor (Danielsson, et al., 2001; Sellgren, et al., 2000; Nylander Lundqvist, & Bergdahl, 2003).

Olika teorier har framförts angående faktorer som påverkar ökningen av nervändar (Bohm-Starke, Hilliges, Brodda-Jansen, Rylander, & Torebjoerk, 2001) i slemhinnorna i vestibulum, som exempelvis p-piller, kondom, svamp- och urinvägsinfektioner, antibiotikabehandling och stress. Flera behandlingsmetoder har prövats mot vulva vestibulit smärtor (Bergeron, et al., 1997; Reid,

Greenberg, Daoud, Husain, Selvaggi, & Wilkinson, 1988; Bornstein, Shapiro, Goldshmid, Goldik, Lahat, & Abramovici, 1997). Även studier har genomförts i syfte att utvärdera akupunkturbehandling (Danielsson, Sjöberg, & Östman, 2001; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retzlaff, 1992). För närvarande utprövas såväl kroppsorienterade som psykologiska behandlingsmetoder för detta smärttillstånd vid Vulvamottagningen, Universitetssjukhuset i Umeå. Tyvärr görs sällan systematiska utvärderingar av dessa behandlingsförsök. Ett undantag är en ännu inte publicerad pilotstudie av drömarbete i grupp för kvinnor med vulva vestibulit (Sundin, 2001). Denna studie visar att kvinnorna efter avslutat drömgruppsarbete i genomsnitt upplevde att vestibulitsmärtorna hade lindrats något. Forskare har också föreslagit att vulva vestibulit är ett psykosomatiskt symptom (Danielsson, et al., 2001; Frisch, et al., 1992; Bodden-Heidrich, Koppers, Beckmann, Ozornek, Rechenberger, & Bender, 1999).

Faktorer som har betydelse vid uppkomsten och utvecklandet av psykosomatiska symptom är, å ena sidan den totala stressbördan och å andra sidan genetiska och psykologiska faktorer i kombination med individens copingstrategier (Währborg, 2003). Ytterligare faktorer förknippade med psykosomatiska symptom och sjukdomar är individens svårigheter att uppfatta affekter i den egna kroppen och bearbeta dem emotionellt och kognitivt (Sivik, & Theorell, 1995). Olika kliniker och författare (Mattsson, Egberg, Armelius, & Mattsson, 1995; Theorell, 1998; Norin Olsson, 1999; Skjærven, 1999; Ryff, & Singer, 1998) har visat att behandlingsformer som uppmuntrar patienter med besvärande psykiska och psykosomatiska symptom att engagera kroppen ger gynnsamma effekter.

Att långvariga smärttillstånd kan försvåra individens möjligheter att uppnå god psykisk hälsa beskriver Ryff, & Singer (1998). De listar sex faktorer som samverkar till god psykisk hälsa: a) accepterande av att vara den man är; b) upplevd kontroll över sin omgivning och sitt liv; c) positiva relationer med andra människor; d) personlig utveckling; e) känsla av ett meningsfullt liv samt f) självständighet. Studier visar också att kvinnor med vestibulitsmärtor har problem i relation till andra människor (Danielsson et al., 2001) och i sexuella förhållanden (Meana, Binik, Khalifé, & Cohen, 1997; Jantos, & White, 1997) samt att dessa kvinnor ofta har nedsatt livskvalitet, depressiva symptom och ångest (Sellgren, et al., 2000; Nylander Lundqvist, & Bergdahl, 2003; Jantos, & White, 1997).

Studier har visat att bildpsykoterapi kan vara en användbar behandlingsmetod vid psykosomatiska tillstånd (Theorell, 1998; Norin Olsson, 1999), men hittills har inte någon studie av bildpsykoterapi vid vestibulitsmärtor publicerats. En form av bildpsykoterapi är "klottermetoden", som ursprungligen

konstruerades av Cane (1983) i ett försök att frigöra kreativitet hos sina studenter. Metoden utvecklades senare av Betensky (1995) till en terapeutisk metod som gav utrymme att utforska egna symboler och initiera en symboliserings- och integreringsprocess. Betensky hade ett fenomenologiskt (Merleau-Ponty, 1945/1997) förhållningssätt och klotterpapperets uppgift var att "härbärgera" (Bion, 1959/1967) och "hålla" (Winnicott, 1960) affekter som patienten uttryckt i färger och former tills en symboliseringsprocess kunde starta där patienten utvecklade en ny förståelse för sig själv. Bildens potential att "härbärgera", "hålla" och bearbeta affektmaterial (Nathanson, 1992) samt processa psykiskt primärmaterial (Englund, 2004) åskådliggörs i följande två exempel från bildpsykoterapi-sessioner hämtade från den förste författarens (KET) egna kliniska verksamhet. Den första målningen uttrycker en person i ett trängt läge på en balkong. Bilden visar på manifest nivå på risken i att ta ett farligt språng (hopp) från den. På latent nivå igenkände terapipatienten känslan av att vara trängd och hotet av att känna en känsla av hopp. I det andra exemplet målar en person spridda fläckar, vilka väcker en känsla av ensamhet. Bilden kompletteras med röda streck på papperet, när känslan av ilska igenkänns i kroppen och den känslan riktas ut mot omgivningen. Vinjetterna belyser hur måleri i terapi kan fungera som vägledare till känslor och upplevelser, som förankras och processas i bilden. Under det avslutande reflekterande samtalet förankrar patienten sina upplevelser kognitivt och emotionellt och därigenom öppnas förutsättningar och möjligheter till förändringar av patientens upplevelse av sig själv och andra.

Viktor Sklovskij (1917/1925) menar att konstens uppgift är att fördröja människans varseblivning och förhindra en automatiserad upplevelse av omvärlden. Här överensstämmer konstens med bildpsykoterapiens funktion – att förlänga varseblivningsprocessen. I övrigt är konstnärlig gestaltning en personlig penselskrift ämnad för publik. Bildpsykoterapi, däremot, handlar om ett intersubjektivt möte i ett avskilt rum, där patient och terapeut med bildens hjälp undersöker och bringar ordning i det som är patientens personliga känslor, tankar och minnen. Att arbeta med patientens bilder ger möjligheter till flera perspektiv. Forsberg (1996) menar att "... inget på förhand givet problem löses i bildrummet, men det finns en möjlighet att där överblicka många sammanhang samtidigt..." (s. 3). Schaverien (1992) beskriver bildpsykoterapi med följande ord: "...it is not the psychological processes which are different from other forms of analytical psychotherapy, but the means of their becoming accessible to consciousness" (s. 38).

I föreliggande studie användes individuell bildpsykoterapi utifrån klottermålning som form och metod (Betensky, 1995; Cane, 1983). Deltagarna ombads att med slutna ögon arbeta stående så att hela kroppen kunde enga-

geras i målningen i syfte att kroppsminnen (Anzieu, 2000; Schaverien, 1992) kunde frigöras. Klottermetoden används här för att i möjligaste mån undvika krav och stress med hänsyn till att unga kvinnor generellt sett (Ambjörnsson, 2003; Knapp, 2004) och kvinnor med vestibulitmärtor i synnerhet anses ha en hög ambitions- och prestationsnivå och har svårt att uttrycka känslor (Bohm Starke, & Rylander., 2000; Linnros, & Töj, 2004). Ett annat skäl var att kvinnor med vulva vestibulit i en tidigare studie hade visat sig kunna tillgodogöra sig drömgruppsarbete (Sundin, 2001) – en metod som innefattar ett medvetet utforskande bildarbete utifrån omedvetna processer och primärprocessmaterial (Englund, 2004).

## Syfte

Syftet med denna pilotstudie är att undersöka hur tidsbegränsad bildpsykoterapi som behandlingsmetod påverkar sex unga kvinnor med diagnosen vulva vestibulit. En frågeställning är att, med hjälp av kvantitativa analyser av kvinnornas fysiska och psykiska mående och välbefinnande samt upplevelser av själv och andra, uppmätt direkt före, direkt efter, samt 3 månader efter avslutad bildpsykoterapi, undersöka eventuella förändringar över tid i dessa variabler. En andra frågeställning är att undersöka om kvalitativ analys av deltagarnas berättelser under tre semistrukturerade intervjuer och videoinspelade terapisesessioner, samt av deras presenterade bilder visar på att förändring har skett. En tredje frågeställning undersöker om de kvantitativa och kvalitativa analyserna stödjer varandra.

## Metod

### *Design*

Denna pilotstudie genomfördes i form av en före-efter studie i kombination med en uppföljningsstudie 3 månader efter avslutad tidsbegränsad bildpsykoterapi (Mann, 1976). Såväl kvalitativa som kvantitativa undersökningsinstrument har använts. De kvalitativa analyserna syftar till att fördjupa förståelsen av de kvantitativa analyserna av data från självskattningsskalorna.

### *Deltagare*

Sex kvinnor (n=6) deltog i den föreliggande pilotstudien. Deltagarna, här benämnda A, B, C, D, E och F, var i åldrarna 18-25 år med en genomsnittlig ålder

av 21 år (SD = 2.56). Kvinnorna hade på eget initiativ sökt sig till Kvinnokliniken vid Norrlands universitetssjukhus (NUS) i Umeå, där de erbjöds att delta i en 1-årig pilotstudie, som innebar att deltagaren gavs möjlighet att genomgå individuell, tidsbegränsad bildpsykoterapi. Inklusionskriterier var att deltagarna skulle vara nydiagnostiserade och inte fått behandling för vestibulismärtan tidigare. En kvinna (n=1) avbröt sitt deltagande i bildpsykoterapin på grund av att hon ansåg att hennes arbetstider förhindrade hennes deltagande.

Tillgängliga data från en normgrupp, eller jämförelsegrupp, har använts i syfte att jämföra dessa skattningar med de skattningar som deltagarna i denna pilotstudie lämnade. För *Impact of Event Scale* (IES) presenteras jämförelsedata (Lloyd, Watson, Waites, Meyer, Eeles, Ebbs, & Tylee, 1996) från en grupp bestående av 62 kvinnor, som fyllt i skalan utan att skattningarna relaterades till en viss händelse eller kris. För *Inventory of Interpersonal Problems* (IIP) har 69 individer som sökt medicinsk vård och behandling vid en vårdcentral använts (Alden, Wiggins, & Pincus, 1990), för *Symptom Check List* (SCL-90) används normdata från en grupp av 707 svenska kvinnor (Fridell, Cesarec, Johansson, & Malling Thorsen, 2002). För självbildsskattningarna med *Structural Analysis of Social Behavior* (SASB) presenteras medelvärdesskattningar från 52 individer (24 män och 28 kvinnor) (Granberg, Armelius, & Armelius, 2001), och för skattningar av hur mamma agerade finns data från en jämförelsegrupp bestående av 20 individer (8 män och 12 kvinnor) (Armelius, & Armelius, 1999).

## Undersökningsinstrument

*Både självskattningsinstrument och intervjuer har använts i denna pilotstudie.*

*Visual Analog Scale* (VAS) (Carlsson, 1983). Egenskattning av smärta på en skala mellan 0-10 poäng.

*Utvärderingsinstrument för vulva vestibulit* (Wickman, 2001) konstruerades för denna studie, och innehåller frågor om vestibulismärtan i förhållande till det egna sexuallivet och dagliga aktiviteter.

*Impact of Event Scale* (IES). IES (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) mäter subjektiva krisupplevelser med skalorna "Påträngande upplevelser" och "Undvikande beteende". Kritiska gränser enligt Horowitz (Horowitz, Field, & Classen, 1993; Sundin, & Horowitz, 2002; Sundin, & Horowitz, 2003) utgör 8.5 för en normal fungerande individ. Individer som upplevt en traumatisk händelse skattar mellan 8.5 och 18, och de med en PTSD-diagnos skattar 19 eller mer.

*Symptom Check List-90*. SCL-90 (Derogatis, 1983; Derogatis, & Derogatis, 1996;

Karterud, Friis, Irion, & Mehlum, (1995) innehåller tio delskalor: interpersonell känslighet, aggressivitet, paranoida symtom, ångest, fobiska symtom, somatisering, depressiva symtom, psykotiska symtom, tvångsmässiga symtom, och en tilläggsskala.

*Inventory of Interpersonal Problems*. IIP (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988) innehåller 127 items som mäter olika aspekter av individers interpersonella fungerande. En förkortad version av IIP användes konstruerad av Alden, Wiggins, & Pincus (1990).

*Structural Analysis of Social Behavior*. SASB's (Benjamin, 1974) självskattningsformulär angående dels självbild, dels bilder av hur mamma och pappa agerade mot respondenten när informanten var 5-10 år gammal, användes. I SASB ordnas påståenden om 'sig själv' och föräldern i åtta kluster, eller delskalor, tre har en positiv laddning; tre har en negativ laddning; ett kluster anger att man upplever sig själv/föräldern som spontan/gav mig utrymme och ett kluster anger att man upplever sig själv/föräldern som kontrollerande.

*Individuell intervju*. Den semistrukturerade intervjun, som konstruerades för denna pilotstudie, innehåller frågor om aktuell psykosocial livssituation, generell mående, mående i förhållande till vestibulitbesvären och diagnosbeskedet samt förmåga att förhålla sig till vestibulitbesvären och uttrycka känslor. Den individuella intervjun genomfördes före bildpsykoterapi, vid bildpsykoterapiens avslutning och 3 månader efter avslutad bildpsykoterapi.

### *Undersökningsprocedur*

En erfaren läkare vid Vulvamottagningen på Kvinnokliniken, NUS ställde diagnos och administrerade VAS vid smärtbedömningen både före terapistart och 3 månader efter avslutad terapi. Hon hade i övrigt ingen insyn i datainsamlingen. Deltagarna fyllde i självskattningsformulären i anslutning till intervjuerna. En sjuksköterska på Kvinnokliniken, NUS administrerade formulären direkt före terapin, direkt efter terapin, samt 3 månader efter avslutad terapi.

### *Individuell bildpsykoterapi – Klottermetoden*

Bildpsykoterapien skedde individuellt med en session per vecka om 60 minuter vid varje tillfälle under sammanlagt 15 tillfällen. Terapipatienten instruerades att ta en krita av valfri färg i vardera handen. Stående och med slutna ögon uppmanades hon att klottra i 1 till 2 minuter på ett stort papper (150 cm × 200

Bildpsykoterapi för kvinnor med vulva vestibulit

cm) som var fäst på en skiva på väggen. Under de första fyra terapisesionerna fick patienten instruktioner om hur klottret skulle utföras; under den första sessionen uppmantrades spontant klottrande utan riktning och mening, vid den andra sessionen uppmanades till klottrande med en horisontell riktning, vid den tredje sessionen med en vertikal riktning och vid den fjärde sessionen skulle linjerna korsa varandra. Efter varje klotter ställde psykoterapeuten frågan "Vad ser du? " Hon uppmanade patienten att känna efter vilka färger och former som drog till sig hennes blickar och intresse, därefter fortsatte patienten att med vattenfärger eller kritor utveckla det som hon markerat.

### *Bildpsykoterapeuten*

Bildterapeuten var en erfaren kvinnlig leg. psykoterapeut, som var anställd vid Psykiatriska kliniken, Norrlands universitetssjukhus.

### *Analysmetoder*

*Kvalitativa data.* Analys av deltagarnas berättelser vid de tre semistrukturerade och ljudinspelade intervjuerna genomfördes med avseende på upplevelser av förändring av social livssituation, vestibulitbesvär, copingstrategier och förmåga att uttrycka känslor.

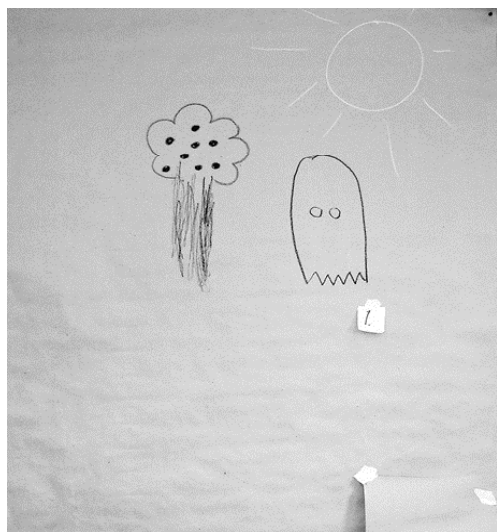
En fenomenologisk granskning av deltagarnas videoinspelade terapisesioner gjordes samt deras presenterade bilder analyserades med fokus på förändring med avseende på form, färg och rörelse.

*Kvantitativa data.* Data från självskattningsskalorna vid de tre mättillfällena undersöktes på individnivå samt jämfördes med normvärden och kontrollgruppsvärden.

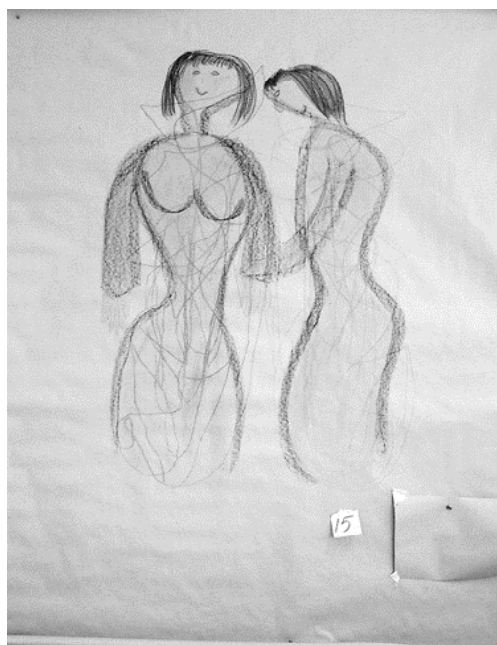
### *Etiska överväganden*

Denna studie har godkänts av Forskningsetiska kommittén vid Umeå universitet. Samtliga deltagare informerades om studiens uppläggning och syfte samt att deltagande i studien var frivilligt, data behandlades konfidentiellt och anonymt. Deltagarna fick också ge sitt skriftliga samtycke att delta i studien.





Figur 1



Figur 2

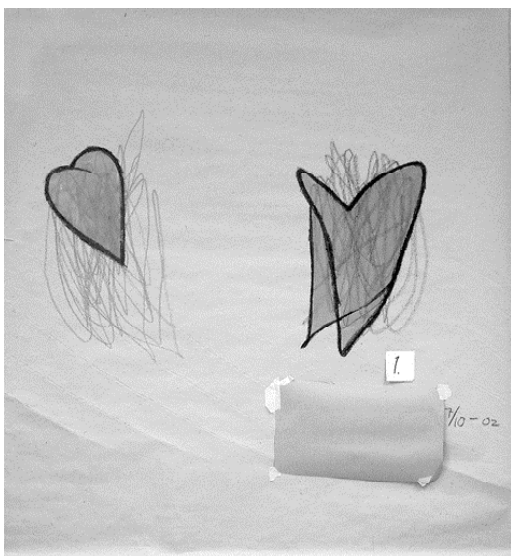
med både krita och vattenfärg blir det en orange kvinna sedd framifrån och en blå kvinna sedd från sidan. Armarna förbinder de båda figurerna. Kvinnorna i bilden uppfattas av E, dels som självrepresentationer där den orangea figuren är öppen för omvärlden och den blå döljer sidor, dels som objektrepresentatio-

## Resultat

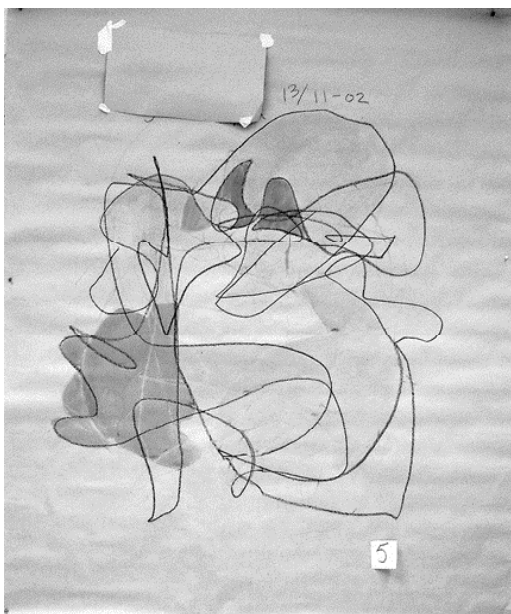
### *Deltagarnas bilder*

Ett genomgående drag i de bilder som deltagarna ritade under bildpsykoterapin var att de rörde sig alltmer på en allt större del av papperets yta som därmed togs i anspråk för bilduttrycket. De bilder som deltagare E ritade under sessionerna 1 och 15 illustrerar denna tendens förutom hur hon utformade sitt första och sitt femtonde klotter. Deltagare E fick vid båda tillfällena instruktionen att låta andningen vara som en motor för armarnas rörelser.

Figur 1 (session 1) visar det ursprungliga täta zick-zack klotteret i blått och rosa. Det vänstra får därefter en vågig rundel med småcirklar i, och över det högra sätts under ett upp- och - nedvänt U med två små cirklar placerade i jämnhöjd under valvet. Klotteret kompletteras med en sol till höger. Deltagare E beskrev att äppelträdet berättar om farmor, ensam kvar i den äldre generationen, spöket uttrycker känslan av rädsla och att solen är självklar del i bilden. I klotteret i figur 2 (session 15) använder deltagaren armarna expansivt i både vertikal och horisontell riktning. Vid betraktande av bilden ser deltagare E först en figur med dess spegelbild. När linjerna förstärks



Figur 3



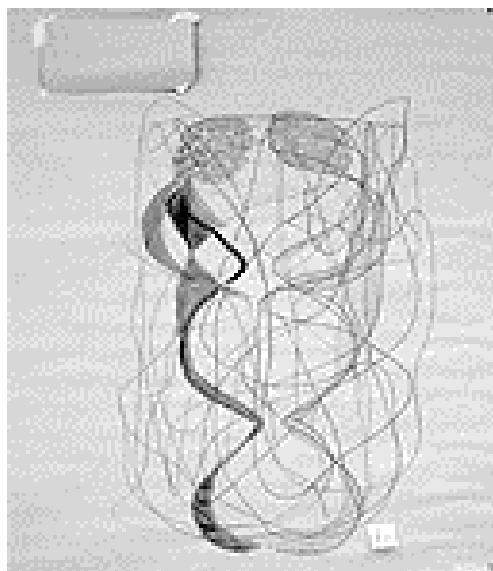
Figur 4

ner där den blå figuren åskådliggör hur vänner har stöttat E.

Figur 1 och 2 illustrerar också en annan gemensam trend i de sex deltagarnas bildarbete: *bilduttrycket tenderar att gå från litet stela, försiktiga och trevande former till mer flödande och kraftfulla*. En ytterligare tendens visar på att *bilderna stegvis bildar ett sammanhang*, vilket exemplifieras i figurerna 3-5 som deltagare C ritade under sessionerna 1, 5 och 6.

Dessutom visar figurerna 3-5 på *förändringar i avstånd mellan formerna på pappret*. Klottret i figur 3 är deltagare C's första klottret och instruktionen är att använda andningen som en motor. Bilden visar på ett grönt hjärta till vänster och ett rött till höger kantade med blå färg. Det röda hjärtat är delat i den nedre spetsen. C menar att de båda hjärtana uttrycker upplevelsen av att tänka på sig själv (grönt) och tänka på andra (rött). Det röda hjärtat med två hjärtspetsar beskriver dessutom såväl C's ansikte vänt utåt mot omvärlden som ett ansikte vänt inåt. C önskar sig *ett* hjärta som rymmer båda färgerna. I figur 4 (session 4) är instruktionen att låta strecken i klottret korsa varandra. Klottret utfördes

med en grå krita i vänster hand och svart i höger, det upptar stora delar av pappret. När klottret fördjupades efter bildterapeutens fråga "Vad är det du ser?" tog deltagare C vattenfärg och målade blått i tre trekanter mitt i bilden. Sedan lade hon orange färg inom två av svarta linjer avgränsat område runt de blå tre-



Figur 5

och därefter det vänstra ansiktet. Den vänstra figuren fick en blå kropp och den högra en grön. C kommenterade att figurerna var jämlika till skillnad från den tidigare sessionens bild (figur 4) och att de visade fram något som de bar med armarna för varandra.

*Deltagarnas berättelse avslutningsvis till terapeuten om upplevelsen av bildpsykoterapin.* Deltagare A menade att hon inte tyckte att bildpsykoterapin gett henne särskilt mycket hjälp vad gällde vestibulitmärtorna samt att det varit svårt att koppla terapin till henne själv som person, trots det hade terapin gett henne nya tankar om sig själv. Deltagare B berättade att hon upplevde att hon haft nytta av bildpsykoterapin, att hon hade mycket mindre besvär av vestibuliten under bildpsykoterapin än före terapin. Deltagare C berättade att ibland hade det varit svårt att koppla bort tankarna *när hon målade* och när hon lyckades med detta så kändes det värdefullt att vara i bildpsykoterapin. Deltagare D betonade att de samtal hon hade tillsammans med bildterapeuten innan och efter det att hon arbetat med en bild kändes viktiga. Deltagare E beskrev sin upplevelse av sin sista bild "... bilden är oändlig. Man kan byta mellan olika sidor som man kan koppla till sig själv". F sade att hon upplevde att ritandet i bildpsykoterapin hade varit mycket bra för henne, att det varit rogivande.

kanterna. Avslutningsvis lade hon grön färg på den högra figuren och röd färg på den vänstra. Den gröna färgen återkom på vänster sida om den röda. Deltagare C såg att den stora figuren har ett stänk av blå färg under det högra ögat och hon säger att figuren gråter. Hon berättade vidare att tåren är en kärlekstår för att den stora figuren håller om och tycker mycket om den lilla figuren. Vid kommande session klottrade C fritt utan instruktioner med en grön och en lila krita. Hon berättade att hon ser två personer i klotret. Hon tog därefter vattenfärger och började färglägga först det högra ansiktet

## Individuella intervjuer

Redovisningen av de individuella intervjuerna fokuserar på eventuella skillnader i upplevelser som rapporterades av gruppen kvinnor som vid den medicinska bedömningen efter bildpsykoterapin angav att deras smärta hade minskat och den kvinna som uppgav sig ha mer smärta vid tremånadersuppföljningen än vid bildpsykoterapins start.

*Generellt mående.* Vid intervjun *före* bildpsykoterapin upplevde de fem kvinnor som bedömdes ha lägre smärtstatus vid uppföljningen (A, C, D, E, F) att de mådde bra och att de trivdes med sin tillvaro. Samtliga studerade och sammanbodde med sin pojkvän. Flera kvinnor i denna grupp berättade dock att de ofta upplevde en hög grad av stress, och att de tenderade att ställa höga krav på sig själva och sin omgivning. Flertalet beskrev att de var rädda för att misslyckas och att de plågades av dåligt självförtroende. Dessa kvinnor beskrev sig själva som ambitiösa, pliktrogna människor som ofta visade upp en glad, trevlig och socialt välfungerande attityd. Vid tiden för den första intervjun levde B ensam. Hon berättade att hon upplevde att hennes sociala situation var problematisk såväl i förhållande till studier som till andra människor. *Efter* bildpsykoterapins avslutning beskrev fem kvinnor (A, C, D, E, F) att de generellt sett mådde bättre vid terapins slut än de gjorde då bildpsykoterapin startade. Vid intervjun efter bildpsykoterapin berättade B att hon fortfarande mådde dåligt. Hennes arbets-situation och sociala förhållanden var osäkra. Vid *3-månadersuppföljningen* uttryckte gruppen på fem kvinnor (A, C, D, E, F) att de märkte av mindre stress, ökat självförtroende och en djupare förståelse av egna reaktioner.

*Mående i förhållande till vestibulitbesvären och diagnosbeskedet.* Vid intervjun *före* bildpsykoterapin beskrev de fem kvinnorna (A, C, D, E, F) att det var en lättnad att få diagnosbeskedet, att det var positivt att få vetskap om vad som var deras problem. De berättade att de upplevde att de blev tagna på allvar. Vid intervjun *före* bildpsykoterapins start berättade B att hon inte hade känt lättnad då hon fick diagnosbeskedet. *Efter* avslutad bildpsykoterapi uppgav flera av de fem kvinnorna (A, C, D, E, F) att de upplevde att smärtan minskat under tiden för bildpsykoterapin, och att deras tankar och känslor kring vestibulitbesvären hade förändrats. De tyckte att de märkt att stressupplevelser och dåligt mående ökade smärtupplevelsen. Vid intervjun efter bildpsykoterapin sade B att hennes vestibulit smärtor hade kommit tillbaka efter att de hade varit borta under hela bildpsykoterapin, men att smärtorna nu var mindre jämfört med hur det var före terapin. Vid *3-månadersuppföljningen* uttryckte de fem kvinnorna (A, C, D, E, F) att de hade fått mer distans till smärtproblematiken. På ett liknande sätt berättade B att hon nu upplevde att vestibulit smärtorna var länkade med att hon gjorde goda upplevelser.

*Förmåga att förhålla sig till vestibulitbesvären och att uttrycka känslor.* Före bildpsykoterapi berättade de fem kvinnorna (A, C, D, E, F) att när de mådde dåligt så upplevde de det som att vestibulitbesvären visade att det var fel på dem och att de aldrig skulle må bättre. Flertalet upplevde att vestibulitbesvären var mindre intensiva när de mådde bra. B upplevde smärtorna som ett straff, hon hade mer ont när hon var glad. Omedelbart *efter* bildpsykoterapi rapporterade de fem kvinnorna (A, C, D, E, F) att de mer sällan mådde dåligt till följd av vestibulitbesvären. B berättade att hon ofta tänkte att hennes liv skulle ha varit annorlunda om hon inte haft vestibulit.

Vid *3-månadersuppföljningen* uttryckte några av kvinnorna i gruppen (A, C, D, E, F) att vestibulitbesvären inte var så centrala längre utan tyckte att det viktiga var att må bra inombords. Generellt sett förmedlades en upplevelse av att det går lättare att prata om sig själva nu. Det går bättre att formulera sina känslor i ord. Vid uppföljningen beskrev B att hon fortfarande upplevde att vestibulitbesvären var värre när hon mådde bra.

### *Självskattningsdata*

Först presenteras resultatet av smärtbedömningarna. Därefter följer deltagarnas skattningar på det utvärderingsinstrument som konstruerades för denna studie presenteras nedan. Deltagarnas självskattningar på de standardiserade instrument som användes i studien presenteras därpå.

*Smärtstatus – Självskattning av vestibulitmärtan (VAS).* Fem deltagare (A, C, D, E och F) redovisar en lägre smärtstatus efter bildpsykoterapi jämfört med före psykoterapi. Deltagare E's VAS-bedömning från 3-månadersuppföljningen saknas, men i den tredje intervjun förmedlar hon att hon är "mycket på bättringsväg". Deltagare B bedömde sin smärta som högre och hon hade gynekologiska problem vid den avslutande smärtbedömningen.

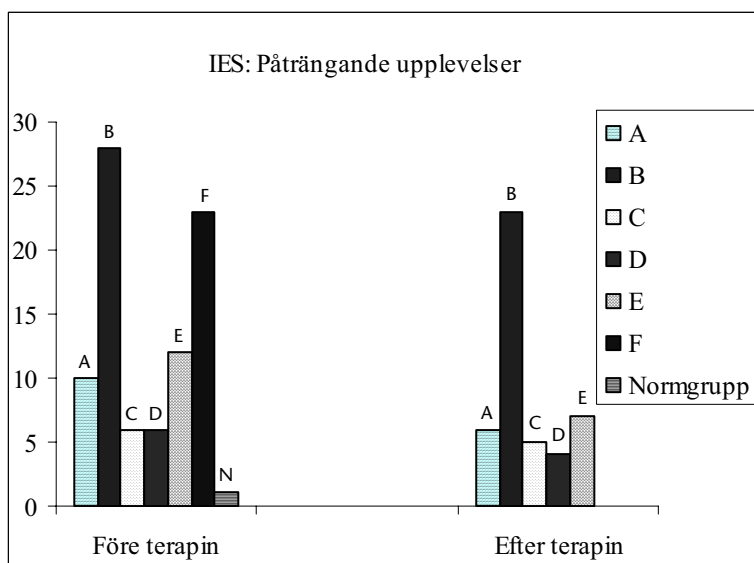
*Utvärderingsinstrument för vulva vestibulit.* Vid mätningen *före* terapin uppgav deltagarna att de ansåg att sexualiteten är ganska viktig (n = 3) eller mycket viktig (n = 3) i deras liv. Något färre, eller ungefär hälften av deltagarna upplevde smärtor i slidmyrningen efter samlag (vid föremätningen: n = 4; vid uppföljningsmätningen: n = 3). Vid föremätningen uppgav två deltagare att de aldrig hade samlag p.g.a. sina vestibulitsymtom och/eller andra skäl; vid uppföljningsmätningen uppgav ingen av deltagarna att de avstod från samlag. Samtliga deltagare uppgav att de kände smärta då de t.ex. cyklade eller red, medan mycket få upplevde smärta vid sexuell upphetsning eller sexuella fantasier; då deltagaren tänkte på sin vulvavestibulit; i samband med att deltagaren använde tampong eller bar "tightly" byxor. Vid föremätningen uppgav en av deltagarna (D) att

hon haft ganska intensiva smärtor i slidmynningen som stört hennes sexualliv relativt ofta under den senaste veckan medan de övriga deltagarna uppgav att de mer sporadiskt hade upplevt måttliga smärtor. Vid den mätning som genomfördes vid terapiavslutningen rapporterade samma D att hennes smärtor var betydligt lindrigare och förekom mera sällan. Vid uppföljningsmätningen var D's smärtupplevelser åter mer frekventa och intensiva, dock inte i nivå med de smärtor hon upplevde vid föremätningen. Både vid föremätningen och vid terapiavslutningen skattade B att hon hade relativt obetydliga smärtor som förekom ganska sparsamt, men vid uppföljningsmätningen visade hennes skattningar på att hon ofta upplevde intensiva smärtor som störde hennes sexualliv. Denna förändring fick sin förklaring i den avslutande intervjun där hon meddelade att hon blivit sexuellt aktiv sedan föremätningen och att denna aktivitet också förorsakat andra personliga problem.

*Stress och krisreaktioner (IES).* Då deltagarna skattade sina stress- och krisreaktioner med IES ombads de att ange den händelse som utlöste krisreaktionerna. De flesta av deltagarna knöt sina skattningar till stress i livshändelser (kravfyllda situationer i arbetsliv/studier; relationskonflikter; ekonomiska svårigheter), som av många skulle betraktas som vardagliga, rapporterade pilotstudiens deltagare att de upplevde höggradiga. En av deltagarna angav att hennes skattningar berörde stress och krisreaktioner i relation till hennes vestibulitbesvär medan en annan angav att källan till stressreaktionerna var relaterade till sexualitet.

Deltagare B och F skattade värden som indikerade allvarlig stress, vid mätningen *före* var deltagare F's skattning 23 på "Påträngande upplevelser" och 18 på "Undvikande beteende" och för deltagare B var skattningarna 28 resp. 17. Tyvärr saknas skattningar för deltagare F från mätningen omedelbart efter bildpsykoterapin. Vid 3-månaders *uppföljning* var deltagare F's skattningar 31 respektive 20 och för deltagare B var skattningarna 27 respektive 28. Dessa värden kan ha ett samband med att B i den avslutande intervjun omtalade att hon höll på att separera från sin sambo. Även om flera av pilotstudiens deltagare har skattat betydligt lägre, såväl före bildterapi som vid uppföljningen, så är de inte riktigt nere på den nivå som normgruppen skattade: På Påträngande upplevelse var denna grups medelvärdes-skattning 1.1, och på Undvikande beteende var den 1.3.

I figur 6 nedan presenteras deltagarnas skattningar före samt alldeles efter bildpsykoterapin på delskalan "Påträngande upplevelser". Som jämförelse vid föremätningen finns medelvärdet för jämförelsegruppen.



Figur 6. Skattningar av Påträngande upplevelser före och efter bildterapi. (Staplarna presenteras i bokstavsordning; F's stapel saknas efter terapin)

*Generella symptom och besvär (SCL-90).* Utifrån deltagarnas skattningar av de 90 frågorna i SCL-90 beräknades värdena för subskalorna. I tabell 1 redovisas medelvärdena på delskalorna för gruppen samt normalvärden. Deltagarnas medelvärdes-skattningar både före och efter behandlingen och efter ytterligare tre månader redovisas.

I tabell 1 ser vi att gruppen tycks skilja sig från normalgruppens framför allt genom höga medelvärdes-skattningar på SCL-90 i subskalorna "Interpersonell känslighet", "Somatisering", "Depression" samt "Tvångssymtom" vid det första mättillfället. Vi ser även att vid den andra mätningen direkt efter bildpsykoterapin har VV-gruppens och normalgruppens medelvärden närmast sig varandra samtliga skalor. Vid den tredje mätningen slutligen, efter ytterligare tre månader, har medelvärdes-skattningarna återgått till initiala värden. Här förefaller dock finnas en bestående symptomreduktion i delskalorna "Interpersonell känslighet" och "Depressiva symptom".

*Interpersonella problem (IIP).* Utifrån deltagarnas skattningar av sina interpersonella problem på IIP beräknades 8 delskalor: Problem med att vara: (alltför) dominant, hämndlysten, kall, hämmad, undfallande, tillmötesgående, uppgiven och påträngande. Här presenteras deltagarnas skattningar vid mätningen före bildpsykoterapin. Som figur 7 visar så gav samtliga deltagare i denna studie

låga skattningar vid det första mättillfället på de flesta av IIP's delskalor. Till exempel har D skattat "0" på 3 delskalor, vilket syns i diagrammet som en frånvaro av stapel. Dessa skattningar anger att hon upplever att hon inte har några som helst problem med att vara "(alltför) dominant", "hämnlysten" och "undfallande" i relationer till andra. Nästan samtliga deltagare skattar relativt högt på delskalorna som mäter problem med att vara "tillmötesgående" respektive "uppgiven".

Tabell 1. Deltagarnas (VV) skattningar på delskalorna i SCL-90 före och efter bildterapi jämfört med svenska normvärden.

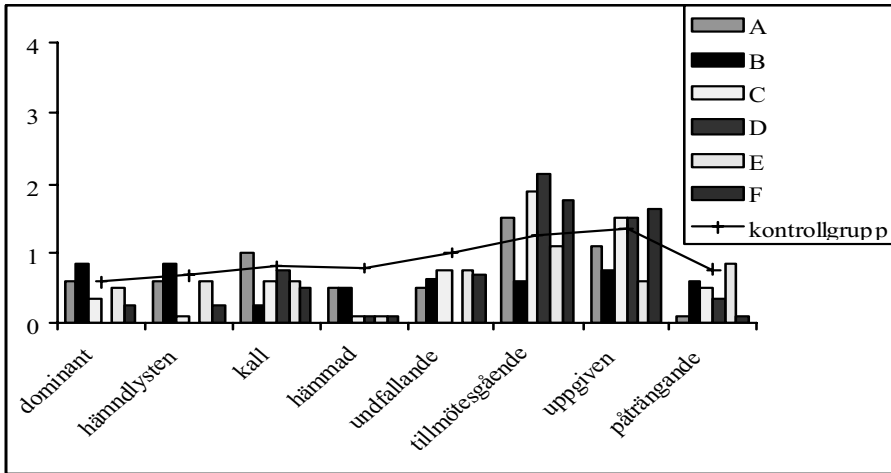
SCL-90 delskalor	Mätningar			
	Normalvärden	VV, Före	VV, Efter	VV, Efter 3 mån
Interpersonell känslighet	.55	.91	.44	.69
Aggressivitet	.39	.39	.27	.25
Paranoidt tänkande symtom	.41	.44	.17	.63
Ångestsymtom	.56	.67	.30	.65
Fobisk ångest	.16	.10	.11	.25
Somatisering	.49	.71	.45	.69
Depressiva symtom	.72	1.13	.51	.96
Psykotism	.23	.32	.10	.13
Tvångssymtom	.65	1.07	.40	1.08
Andra besvär	*	.74	.62	.89

\* föreligger ej (Karterud et al., 1995)

Figur 7 visar att deltagarna genomgående hade låga skattningar på IIP vid den första mätningen. Deltagarna kände sig initialt något mindre "hämmade" och något mer "tillmötesgående" och "uppgivna" jämfört med medelvärdesskattningarna i kontrollgruppen.

*Självbild (SASB)*. I tabell 2 kan vi se de genomsnittliga självbildsskattningarna för deltagarna i studien. Skattningarna i tabellen ligger i nivå med det som betraktas som relativt normalt såväl före behandlingen som efter. En jämförelse av självbildsskattningarna över tid visade att den genomsnittliga skattningen för pilotstudiens deltagare tycktes ha en mer positiv och mindre negativ självbild vid terapins avslutning. Om vi ser till medelvärdesskattningarna vid 3-månaders uppföljning så har denna förbättring bibehållits.





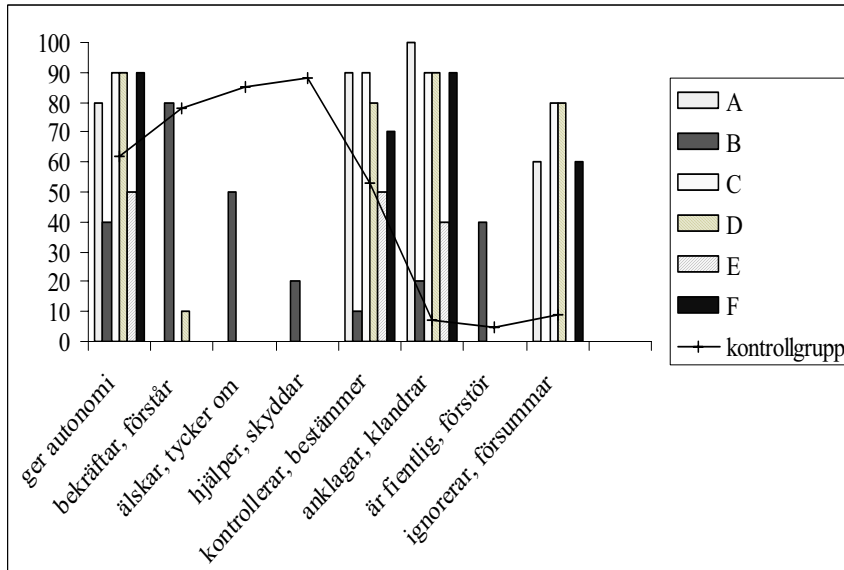
Figur 7 Deltagarnas individuella skattningar av interpersonella problem vid mätningen före bildterapi. (Staplarna presenteras i bokstavsordning)

Tabell 2. Deltagarnas (VV) självbildsskattningar före och efter bildterapi jämfört med genomsnittsskattningar för normalgrupp (n=52)

SASB	Normal- grupp (n=52)	VV gruppen		
		Mätning Före	Mätning Efter	Mätning Efter 3 mån.
spontant själv	40	32	32	38
accepterar och utforskar sig själv	61	42	54	58
älskar och tar hand om sig själv	58	48	66	60
vårdar och utvecklar sig själv	58	44	53	40
bevakar och kontrollerar sig själv	52	42	32	37
anklagar och förtrycker sig själv	26	32	26	36
avvisar och förstör sig själv	16	22	16	26
dagdrömmer och försummar sig själv	19	18	14	27

Bilder av hur mamma agerade vid deltagarnas 5-10 års ålder (SASB). När det gäller de positiva respektive negativa bilderna av mamma vid 5-10 års ålder så skilde sig deltagarna A, C, D, E och F från B, som i sin tur påminde om normalgruppens skattningar. Deltagarna i denna pilotstudie, med undantag för B, presenterade höga skattningar av de negativa klustren och låga skattningar

av de positiva. Gruppens skattningar av pappa vid deltagarnas 5-10 års ålder har samma profil, dvs. deltagarna minns pappas agerande som negativt och i låg utsträckning kärleksfullt. I figur 8 visas skattningarna från mätningen före bildterapi, men dessa har inte förändrats nämnvärt vid terapins avslutning eller vid 3-månaders uppföljningen.



Figur 8. Deltagarnas skattningar av mammas agerande då deltagaren var 5-10 år. (Staplarna presenteras i bokstavsordning)

## Diskussion

Självskattningen av smärtan mätt i VAS och kvinnornas berättelser i intervjuerna antyder att dessa kvinnors upplevelser av vestibulitsmärtna har mildrats. En förklaring till detta kan vara att smärtorna kan, i linje med vad som föreslagits av andra forskare (Danielsson, et al., 2001; Bergeron, et al., 1997) vara betingade av generella stressupplevelser, och att dessa stressupplevelser kan ha påverkats i positiv riktning av bildpsykoterapi. Vi uppfattar också att samarbetet mellan kvinnokliniken och terapeuten gav deltagarna i studien och i bildterapi en tillförsikt inför behandlingsalternativet. Denna observation om betydelsen av en god samverkan bland behandlarna är i linje med andra forskares förslag när det gäller bemötande av kvinnor med vulvavestibulit (Danielsson, et al., 2001; Sellgren, et al., 2000; Nylander Lundqvist, & Bergdahl, 2003).

Av intervjuerna framkommer att deltagarnas från början fundersamma inställning till bildarbete efter hand byttes till intresse och engagemang. Trots den initiala osäkerheten använde deltagarna bilden att uttrycka sig i redan från start. Intervjuns betydelse, förutom som bedömningssamtal var, att den gav deltagarna utrymme för introspektion inför terapistarten. Deltagare C konstaterade under sin första session att hon inte delgivit intervjuaren om sin situation och att hon funderat över sitt sätt att hålla en fasad även när hon sökte hjälp. Att deltagare B's problematik framstod som alltför svår för tidsbegränsad bildpsykoterapi under behandlingens gång hade förbisetts vid den första intervjun. Detta är ett viktigt memorandum inför bedömningssamtal i framtiden. Trots allt kunde deltagare B dra nytta av bildarbetet, vilket visade sig i att hennes vestibulitmärtor försvann under terapin. Hennes smärtor återkom dock när terapin avslutats, och hon har hjälpts vidare att söka ytterligare terapi.

Resultatet av den fenomenologiska analysen av färg, form, rörelse och utnyttjandet av papperets yta ger vid handen att deltagarna efterhand tog *papperets yta i anspråk för bilduttrycket*, att *stela, försiktiga former och trevande former blev mer kraftfulla*, att *avståndet mellan formerna på papperet förändrades* och att *bilderna efter hand bildade ett sammanhang*. Allteftersom terapin fortskred blev bilderna i bildprocessen mer expressiva och sammansatta och deltagarna valde fler färger, av typen kritor och vattenfärg, och målade sina former på en allt större del av papperets yta (figur 2, 4 & 5). Det föreföll som att kvinnornas motivation, liksom den terapeutiska alliansen, stärktes, och deltagarna fann ett värde i att externalisera, dvs. att klottra samt därefter projicera känslor (Betensky, 1995; Cane, 1983) och inre upplevelser av bilden som svar på frågan "Vad ser du"? Uttalanden från kvinnorna när de öppnade ögonen efter att ha klottrat var ofta "Jaha, blev det så, det hade jag inte trott" följt av en stunds gemensam begrundan där målare och terapeut lät själva målningsakten och bildens färger och former sjunka in i medvetandet. Efter vidare målning, ändringar och tillägg, gavs betraktaren ytterligare utrymme till förvåning samt mer känslor. Tankar formulerades i ord med fokus på frågan: "Vad säger detta om dig?" I bilden blir på detta vis upplevelserna riktigt verkliga och synliga för och tänkbara att granska (Englund, 2004). I boken "*Ögonblickets psykologi*" undersökte Stern (2004) små affektiva intersubjektiva enheter, vilket i denna studie blev synonymt med den målade bilden. Förutom fenomenen i sig i bilden, finns det något annat förborgat i den. Det liknas här vid vitalitetsaffekter som har med motivering, lust och spänning att göra och som deltagarna visade i intresset av att utforska sina bilder. Det är terapeutens ansvar att förhindra att det förflutna och framtiden invaderar nuet (Stern, 1985) och terapeut och patient har att göra bilden tillgänglig emotionellt och verbalt utan att tillrättalägga den med många ord och intellektualiseringar. Fenomenens unika

positioner på papperet är uppfordrande i sig själva. Deltagarna får genom bilden ett nytt modus att uttrycka sig i och bilden åstadkommer en amodal perception som fördjupar självverfarenheten och relationen till andra. En förändring i den yttre bilden ger indikationer på en påverkan av deltagarnas självbild (Isacson, & Norlén, 2005).

Resultaten av det mätinstrument som skattar krisreaktioner (IES) (fig. 6) indikerar att samtliga deltagare utom B och F befinner sig inom normalintervallet beträffande "påträngande upplevelser" både initialt och finalt. Deltagarna B's och F's skattningar visar att de är traumatiserade vid tidpunkten för båda skattningarna. I samtliga tre intervjuer talar B om uppväxttidens allvarliga traumatiska upplevelser och vid den tredje intervjun beskriver F att hon befinner sig i en relationskris. Vid den tredje intervjun meddelar deltagarna A, C, D, E att de upplever sig mindre stressade. Deltagarnas individuella stressprofiler, vilka är ett sätt att beskriva individens upplevelse av stress (Sivik, & Theorell, 1995) tycks ha påverkats av bildarbetet.

Tendensen i resultaten av symptomskattningsskalan SCL-90 (tabell 1) visar på lägre skattningar av symptom vid den andra mätningen och åter en högre vid den tredje. Förändringar i positiv riktning förekommer likväl, en större i subskalan "interpersonell känslighet" och en mindre i "depressiva symptom". Deltagarnas erfarenheter i bildpsykoterapin kan ha bidragit till en bättre kontakt med grundaffekterna (Nathanson, 1992) i kroppen och bättre förmåga att processa känslor. Deltagarna sporras av upplevelsen att ha satt varierande ord på smärtan vilket intervjun visar. "Det går bättre att formulera mina känslor i ord numera".

Skalan som mäter interpersonella problem (IIP) (fig. 7) visar att deltagarna före terapin känner sig mindre "hämmade", något "uppgivna" och alltför "tillmötesgående" i förhållande till jämförelsegruppen. Skattningarna stöder deltagarnas utsagor, i intervjuer och i bildpsykoterapin, om svårigheter att sätta gränser. De signalerar om att deltagarna upplevde sig själva som offer, eller upplevde att de var stigmatiserade (Goffman, 1972). I uppföljningsintervjun sade en av deltagarna att hon inte längre kände sig som ett offer, och en annan deltagare berättade att hon börjat uppleva att hon var en attraktiv kvinna.

Gruppens genomsnittliga självskattning av självbilden med SASB (tabell 2) är relativt lik jämförelsegruppens. På delskalorna "accepterar och utforskar sig själv" och "älskar och tar hand om sig själv" är den medelvärdeskattningen som gavs tre månader efter det att bildpsykoterapin avslutats högre än den var före bildpsykoterapin. Deltagarnas utsagor i uppföljningsintervjun pekar också på att deltagarnas självbild förändrats (Isacson, & Norlén, 2005). Ett möjligt antagande är att deltagarnas skattningar av dessa kluster vittnar om en vitalisering.

Många av deltagarna (undantaget deltagare B) gav av minnesbilden av mammas agerande då deltagaren var 5-10 år gammal skattningar i SASB (figur 8) som visar på lägre skattningar i de positiva klustren och högre i de negativa än för jämförelsegruppen. Skattningarna är höga i såväl klustren "ger autonomi" och "kontrollerar" som "anklagar och klandrar". Deltagarnas skattning av "ger autonomi" är ungefär i nivå med jämförelsegruppens skattningar medan deras skattning av "anklagar och klandrar" är betydligt högre. Dessa skattningar kan förefalla ange att deltagarna hade komplicerade och konfliktyllda upplevelser redan under uppväxttiden. Att balansera mellan att ta egna beslut samtidigt som mamma bestämmer ter sig naturligt som liten men, här verkar samspelet ha störts av klander. En uppväxtmiljö's otillräckliga gensvar eller klander med avseende på egna initiativ och uttryck för känslor kan orsaka en känsla av vanmakt i förhållande till de egna affektupplevelserna som i sin tur kan vålla svårigheter med att tolka affekter (Ryff & Singer, 1998; Linnros, & Tööj, 2004).

Den här pilotstudien visar att samtliga deltagare upplevde relativt hög stress i vardagliga situationer som jämnåriga troligtvis inte skulle uppfatta som särskilt påfrestande, orsaken tros ligga i skam och rädsla. Psykiska påfrestningar kan, i samspel med andra faktorer, bidra till olika sjukdomar och människor inom alla sociala skikt drabbas av stressrelaterade sjukdomar, kvinnor i större utsträckning än män (Lundberg, & Wentz, 2004). I en studie fokuserad på unga kvinnors förhållanden pekar Ambjörnsson (2003) på unga kvinnors påfrestningar i olika livssituationer med höga krav och litet eget beslutsutrymme. Unga kvinnor tycks få dubbla budskap från omvärlden om hur de skall agera. De förväntas parallellt följa samhällets värderingar då det gäller kön (*gender*), sexualitet och etnicitet och att "vara sig själva". Denna uppmaning är förvillande lik den som deltagarna skattat och rädslan för kritik vardagligt nära, stressar. Var och en deltagare antas genom bilden ha blivit litet mindre självkritisk vilket för med sig positiva förändringar.

Sammanfattningsvis visar de positiva förändringarna sig i lägre smärtskattningar i VAS, i bildernas förändringar till uttryck och innehåll, i lägre skattningar i subskalorna "interpersonell känslighet" och "depression" i SCL-90 och i självbildsskattningar av den genomsnittliga förändringen i klustren "accepterar och utforskar sig själv" och "älskar och tar hand om sig själv" i SASB. De kommer också till uttryck i deltagarnas utsagor i uppföljningsintervjun. Slutsatsen av pilotstudien är att de diskuterade förändringarna hos deltagarna i studien pekar på att bildpsykoterapi kan vara en gynnsam behandlingsmetod för kvinnor med vulva vestibulit, dock bör antalet terapiesessioner anpassas till den individuella patientens behov.

## Referenser

- Alden, L. E. Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.
- Ambjörnsson, F. (2003). *I en klass för sig. Genus, klass och sexualitet bland gymnasietjejer*. Stockholm: Ordfront förlag.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bergeron, S., Binik, Y., M., Khalifé, S. & Pagidas, K. (1997). Vulvar vestibulitis syndrome: A critical review. *Clinical Journal of Pain*, 13, 27-42.
- Betensky, M. (1995). *What do you see?* London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Bodden-Heidrich, R., Kupperts, V., Beckmann, M.W., Ozornek, M.H., Rechenberger, I. & Bohm-Starke, N. & Rylander, E. (2000). Vulvavestibulit svårbehandlat tillstånd med oklar etiologi. *Läkartidningen*, 97, 4823-4836.
- Cane, F. (1983). *The artist in each of us*. Washington DC: Baker-Webster Printing Co.
- Danielsson, I., Eisemann, M., Sjöberg, I., & Wikman, M. (2001). Vulvar vestibulitis: a multifactorial condition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 456-461.
- Derogatis, L. R. & Derogatis, M. F. (1996). SCL-90-R and the BSI. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (p. 323-335). 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P.J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). The Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-895.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. R., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale. A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Karterud, S., Friis, S., Irion, T., & Mehlum, L. (1995). An SCL-90-R derived index of the severity of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9, 112-123.
- Lloyd, S., Watson, M., Waites, B., Meyer, L., Eeles, R., Ebbs, S., & Tylee, A. (1996). Familial breast cancer: a controlled study of risk perception, psychological morbidity and health beliefs in women attending for genetic counseling. *British Journal of Cancer*, 74, 482-487.
- Norin Olsson, B. (1999). Symbolisering och bildskapande i relation till psykosomatik. I: Grönlund, E. (red.), *Konstnärliga terapier* (s.165-173). Stockholm: Natur och Kultur.
- Nylander Lundqvist, E. & Bergdahl, J. (2003). Vulvar vestibulitis: evidence of depression and state anxiety in patients and partners. *Acta Dermato-Venereologica*, 83, 369-373.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Schavieren, J. (1992). *The revealing image. Analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Routledge.
- Sellgren, U., Voog, E. & Zöger, S. (2000). Ytliga samlagssmärter ett komplext syndrom. *Läkartidningen*, 97, 5343-5345.
- Sivik, S., Theorell, T. (1995). *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.

- Sundin, E. C. & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209.
- Sundin, E. C. & Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's Impact of Event Scale. Evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65, 870-876.
- Theorell T. (red.) (1998). *När orden inte räcker till*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Währborg, P. (2003). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.

En fullständig referenslista kan erhållas efter direkt hänvändelse till Karin Egberg Thyme.

## Abstract

Egberg Thyme, K. et al.: Changes of Vulva Vestibulit pain. *Matrix*, 24, 49-71.

*BACKGROUND: Vulva vestibulit has been known since the 19th century. The pain is located at the area of vestibulum at the vagina. The cause of the pain is unknown, but today researchers agree that the cause is multidimensional. The aim is to investigate pain at vestibulum, psychic health, and self-image after limited art therapy.*

*METHOD: Participants were six women newly diagnosed with vulva vestibulitis. Data was collected before and after the psychotherapy, and from a 3-month follow-up. At the same measurement points, personal interviews were performed focusing on the participants' psychosocial experiences and conditions according to pain from vestibulum. The pain was measured at inclusion and at the 3-months follow-up. The participants' images were analysed of form, colour, and texture.*

*RESULTS: The result showed that five participants were judged to have less pain at the follow-up. When the mean rates for stressful events were investigated for four of the participants, the level of stress showed ratings at every assessment that were in the interval for individuals not having traumatic experiences. For two participants the ratings indicated that they had traumatic experiences. After psychotherapy, the participants' mean rates of self-image and general patterns of reactions were improved. The progress continued for self-image and the symptoms of interpersonal sensitive and depression at the 3-month follow-up, but declined in other respects.*

*CONCLUSIONS: The selection of therapy patients for limited art psychotherapy is a most difficult and vexing problem and includes a hazardous moment. The clinical implications must be recognised in order to offer limited art psychotherapy only those who might benefit from it.*

*Individual art psychotherapy is promising for women with vulva vestibulitis. Nevertheless, we suggest that the number of sessions in therapy should be individual in the future.*

*KEYWORD: Art psychotherapy, Vulva vestibulitis, VAS, IES, SCL-90, IIP, and SASB*

# Traumatisering og bevissthetsstrøm

En analyse av rom og foranderlighet  
i Sarah Kanes *Crave*<sup>1</sup>

Matrix 2007, 1, s. 72-93

Merete Sæbø Torvanger

*Artikkelen er en analyse av Sarah Kanes drama *Crave* (1998), som omhandler en bevissthet og dens bevegelser, og derfor er spesielt godt egnet til å belyse ulike menneskelige fenomen. Hvilke psykologiske og patologiske sinnstilstander fremstiller *Crave*? Med psykoanalytisk og nærlesende metode, og en psykoanalytisk teoriramme, vises dramaets presentasjon av en personlighets splittede og fragmentariske vesen, og traumets og psykosens forstyrrelser. Dramaet er således en verdifull analogi til fenomenen vi kjenner godt fra terapirommet: Organiseringen av det indre sjeleliv ved psykotiske tilstander, og vanskelige/umulige relasjoner som følge av dette. Dramaets forløp ligner et heldig terapiforløp, der det foregår en endring fra en kaotisk, spredt og fragmentert strøm av vanskelig identifiserbare stemmer – eller forfølgende indre objekter – til en mer integrert og helhetlig personlighet.*

Det er lang tradisjon for å analysere litterære tekster innen psykoanalysen, og slik prøve ut, klarlegge og utvikle psykoanalytisk teori. Denne artikkelen er en analyse og tolkning av Sarah Kanes drama *Crave* fra 1998. Dramaet synes spesielt godt egnet for å analysere og utdype menneskelige fenomen, fordi det kan sies å omhandle en bevissthet og dens bevegelser. Hvilke psykologiske og patologiske sinnstilstander belyser dette postmoderne dramaet?

*Merete Sæbø Torvanger, psykiater og stipendiat ved institutt for litteraturvitenskap ved Universitetet i Bergen. Postadresse: Nystuveien 19, N-5019 Bergen, Norge.*



Kanes drama er generelt preget av det fragmentariske og det kaotiske. Heller enn en dialogisk form i et relasjonelt og intersubjektivt dramarom, synes det å være et indre rom som utspiller seg i *Crave* – et bevissthetsrom. Det er derfor hensiktsmessig å analysere dramaet med psykoanalytisk teori og metode, spesielt Sigmund Freuds topografiske modell av *det ubevisste, det før-bevisste og det bevisste*. Det ubevisste "består av" fortrenge impulser, særlig fikserte barndoms-ønsker. Primærprosessenes kondensering og forskyvning dynamiserer "innholdet". Sterkt ladet med instinktuell energi søker de ofte ulystbetonte impulsene å gjenoppta aktivitet i det bevisste. Dette kan først skje etter sekundærprosessenes sensur, som søker å hindre ubevisste ønsker og deres derivater gjeninntreden i det før-bevisste. "Innholdet" i det før-bevisste, som ikke-bevisste kunnskaper og minner, er tilgjengelig for bevisstheten. Bevisstheten skiller mellom ytre og indre persepsjoner, og har en mer selektiv kontroll over lystprinsippet (Laplanche & Pontalis 1988: 474; 325-6; 84).

Den topografiske modellen anvendes sammen med de objektrelasjonelle teoriene, der de indre objektene ses som et gjenskinn av relasjonene i den ytre verden. Fortidige objektrelasjoner finnes både som integrerte, hele objekt, og som fantasmale delobjekt i bevissthetsrommet. Det er replikker i *Crave* som indikerer at traume-strukturer spiller med i dramarommet. Jeg kobler derfor an til Wilfred R. Bions teorier om *alfafunksjon, alfa- og betaelement* (Bion 1983; 1993). Det er videre replikker som tyder på at det André Green omtaler som "the dead mother" er av betydning i dramaet (Green 1986). Ut fra en hypotese om at romlighet og tidsforløp bærer i seg traumenes og fraværets pregning, studerer jeg rom- og romlighetsforholdene i *Crave* også med henblikk på dette.

## Dramaets komposisjon

*Crave* er et sammensatt og komplisert drama. Det er fire personer til stede gjennom hele dramaet: C, M, B og A. C omtaler seksuelle overgrep. M er en moden stemme, som er opptatt av at hun vil bli mor, og av å presisere at hun ikke er moren til noen av de andre i dramaet. A snakker om kjærlighet, og synes fremfor alt å søke en umulig kjærlighet, mens B formidler en delvis selvdestruktiv avhengighet. C og M er kvinner, mens B og A er menn.

Dramaet består for det meste av korte replikker på ett, eller noen få ord, ofte ufullstendige setninger. Sideteksten i *Crave* er meget sparsommelig, og den beskriver utelukkende handlinger utenfor begrepspråket: (ikke-verbale) skrik, slag, pauser og stillhet. Det gis ingen anvisninger til scenerommet, som altså er ubeskrevet for leseren. I min fortolkning indikerer dette at det ikke er et ytre, men snarere et indre rom som utspilles. Heller enn å se C, M, B og A som hele

dramapersoner, kan de betraktes som *stemmer*. Grensene mellom stemmene er mange steder så diffuse at de kan ses som introjeksjoner og projeksjoner av samme bevissthet, og dermed som et monodrama.<sup>2</sup> Imidlertid kan hver enkelt stemme også leses som enkeltsubjekt under avdekning og/eller utvikling, der dramastemmer taler med hverandre i dialog/replikker. Det er denne innfalls-vinkelen som er utgangspunkt for analysen.

En gjennomgang av visse karakteristika for dramaet – som enkelte særegne replikker, allusjoner og skrik – avdekker en ordning av teksten i en begynnelse, en midte og en slutt. Dramaets midte er dessuten dets sidetallsmessige faktiske midtpunkt. Jeg finner i tillegg to vendepunkt, som er symmetrisk plassert på hver sin side av dramaets midtpunkt: det første vendepunktet er like langt *før*, som det andre er *etter*, dramaets midte. Midtpunktet blir da et omdreiningspunkt for første og andre vendepunkt, og danner et tredje vendepunkt. Det er særlig disse fem områdene i dramaet jeg slår ned på i min tolkning: 1) begynnelse, 2) første vendepunkt, 3) midte/andre vendepunkt, 4) tredje vendepunkt, og 5) slutt.

### Tema: misbruk – formet som smadret fabel og smadret dialog

Allerede på dramaets første sider kommer det frem brokker av et sentralt tema, nemlig misbrukende relasjoner: "A [...] a small dark girl sits in the passenger seat of a parked car. Her elderly grandfather undoes his trousers and it pops out of his pants, big and purple" (Kane 2001: 157-8). Noen replikker senere sier C som en slags bekreftelse: "C Everywhere I go, I see him. I know the plates, I know the car, does he think I don't know?" (Kane 2001: 158). I begge replikkene forekommer ordet *bil*, noe som kobler dem til hverandre. Jeg tolker det derfor slik at det er C A snakket om i det første sitatet, som altså er atskilt fra Cs replikk av flere andre replikker. Også purpurfargen – som jeg ser som markerende ved sin sjeldenhet – opptrer i en fragmentert og diskontinuerlig fabel, og kommer tilbake umiddelbart før dramaets faktiske midtpunkt: "C The navy denim dress I wore at six, the elastic red and blue belt tight round my waist, nylon socks, the hard crust of scabs on my knees, the metal barred climbing frame between my legs, David – [...] Purple heather scratching my legs" (Kane 2001: 176). Sitatet gir forestillinger om nok en overgrepsscene, trolig med ytterligere en overgriper – David.<sup>3</sup> Replikken midt i dramaet kan kobles til bestefarens purpurfargede penis tidligere i dramaet: Som den purpurfargede røsslyngen mot bena til C da hun var seks år, kan også penisens plasseres mot – og mellom – Cs ben. Fabelen kan altså trekkes fra dramaets begynnelse og til dets midtpunkt. Den sterke diskontinuiteten danner en smadret dialog, noe som er en vesentlig faktor i dramaets form.

Den flytende komposisjonens smadrede dialog og smadrede fabel danner utgangspunktet for analysen av dramarommet i *Crave*. Jeg har fokus på misbruk, som er et fremtredende tema i dramaet, særlig i forhold til stemme C. Siden stemme C også klart kan knyttes til et indre, mentalt rom, vektlegger jeg analysen av denne. I min tolkning er C en voksen kvinne.

## Bevissthetsrom og foranderlighet

Dette underkapitlet om rom og foranderlighet omhandler analysen fra dramaets begynnelse, og i en bevegelse innover, frem til og med dets midte. Jeg tar utgangspunkt i én av flere motsetninger som jeg finner i dramaet. Disse motsetningene er – som to av vendepunktene – plassert symmetrisk rundt dramaets faktiske midtpunkt. Den motsetningen jeg tar for meg først viser én side ved rom og foranderlighet, nemlig allusjoner.

### *Allusjon og forskyvning til andre rom*

Motsetningen er: "M HURRY UP PLEASE IT'S TIME" – "C (*Emits a formless cry of despair.*)" (Kane 2001: 162 – 191). Ms replikk er en direkteimport fra T.S. Eliots dikt *The Waste Land* fra 1922 (Saunders 2002: 103). Det er grunn til å anta at en så tydelig allusjon til et annet verk har betydning for analyse og tolkning av *Crave*, og vi skal derfor se nøye på denne. *The Waste Land* er et dikt om åndelig oppptørkethet, og om manglende tro på fornyelse med henblikk på menneskenes daglige og seksuelle liv. Det er et symbolsk bilde på det moderne ødeland og behovet for gjenopplivelse, der ensomhet, tomhet og irrasjonell frykt, samt misbruk av seksualitet,<sup>4</sup> er fremtredende. Diktet ender paradoksalt i en velsignelse (*Norton Anthology of English Literature* 1993: 2146). En nærmere undersøkelse av *The Waste Land* viser at "hurry up please it's time" forekommer flere ganger i diktets andre del, som har tittelen "A Game of Chess". I en fotnote anføres det at: "The title suggests [...] [the play] *Women Beware Women*, which has a scene in which a mother-in-law is distracted by a game of chess while her daughter-in-law is seduced: every move in the chess game represents a move in the seduction" (Eliot 1993: 2150).

Det forekommer altså en fabel av seksuelle overgrep i Eliots dikt, tilsvarende det vi har sett for *Crave*. Diktets jeg-person henvender seg til en kvinne som har tatt abort gjentatte ganger, og én av disse tok nesten livet av henne. "Hurry up please it's time" synes å være jeg-personens oppfordring til kvinnen om å foreta seg noe, og komme seg ut av en ødeleggende livssituasjon:

It's them pills I took, to bring it off, she said. // (She's had five already, and nearly died of young George.) // The chemist said it would be all right, but I've never been the same. [...] What you get married for if you don't want children? // HURRY UP PLEASE IT'S TIME (Eliot 1993: 2152).

Denne delen av diktet avsluttes med "Good night, ladies, good night sweet ladies, good night, good night", som også var Ophelias avskjedsord før hun begikk selvmord i Shakespeares *Hamlet* (Eliot 1993: 2152). "Hurry up please it's time" kan ses som en oppfordring til å gjøre noe med et liv preget av overgrep, og om ta ansvar for seg selv. Dessuten kan replikken vise selvmordet – eller en annen form for død, for eksempel psykisk død – som alternativ om det ikke gjøres noe med misbruksrelasjonen i *The Waste Land*.

I *Crave* kommer "hurry up please it's time" fra M. M kan stå for Mor, og M er den stemmen som tar til orde for at hun vil bli nettopp mor; ta ansvar for seg selv – og for barn: "M I want a child" (Kane 2001: 157). M og jeg-personen i *The Waste Land* kommer altså med en formet, ansvarsoppfordrende replikk. Jeg ser "hurry up please it's time" i *Crave* som en *fremhevelse* (selve replikken/de store bokstavene) av *noe som er skjult* (Eliots dikt er utenfor dramateksten/de seksuelle overgrepene) – en påpekning av noe viktig, men ukjent.

Ms replikk har sin motsetning i Cs formløse, desperate skrik: "C (*Emits a formless cry of despair.*)" (Kane 2001: 191). Cs skrik er nåtidens intense følelser av formløs, rå desperasjon, som om det står om liv og død. Skriket er motsatsen til den voksne Ms oppfordring om ivaretakelse: Det er et desperat uttrykk for at C er i en selvdestruktiv, sogar livstruende, situasjon, der hun faktisk er ute av stand til å ta ansvar for eget liv. Selv om C er en voksen kvinne, er det som om det er et barn som kommuniserer her. Og stemme C kan ses som "C" for "child", der det dannes en forbindelse fra voksen-C her-og-nå, og til C der-og-da (som barn). Det oppstår således to tidsnivå i teksten, og dermed en dramatekstlig forskyvning til et annet rom: til Cs fortid som barn i rommet-der. Det dannes ekko av et fortidsrom i dramaet – der den smadrede fabelen av seksuelle overgrep en gang utspilte seg.

### *Første vendepunkt: Kjærlighetserklæring*

Vi skal se nærmere på denne forskyvningen til andre rom. Rommene antas for øvrig ikke bare å være forskjøvet i forhold til hverandre, men også å ligge kondensert oppå hverandre i Cs bevissthet. Jeg tar her utgangspunkt i den desidert lengste replikken i dramaet, som strekker seg over nesten to sider. Her er et utdrag:

**A** And I want to play hide-and-seek and give you my clothes and tell you I like your shoes and sit on the steps while you take a bath [...] and get cold when you take the blanket and hot when you don't and melt when you smile and dissolve when you laugh [...] and write poems for you and wonder why you don't believe me and have a feeling so deep I can't find words for it and want to buy you a kitten I'd get jealous of because it would get more attention than me [...] somehow communicate some of the / overwhelming undying overpowering unconditional all-encompassing heart-enriching mind-expanding on-going never-ending love I have for you (Kane 2001: 169-70).

Jeg ser dette som en kjærlighetserklæring, og i min tolkning er replikken det første vendepunktet i dramaet – et vendepunkt som setter i gang et spill mellom nåtidige og fortidige bevissthetsrom i C. For når kjærlighetserklæringen gis til akkurat C, oppstår det en uforståelig reaksjon. Hun bryter inn mot slutten av As kjærlighetsstrøm på denne måten (anført ved cesuren i den ovenstående replikken til A): "**C** (*Under her breath until A stops speaking*) this has to stop this has to stop this has to stop [...]" (Kane 2001: 170). C gjentar "this has to stop" hele elleve ganger. Kjærlighetserklæringen har passert fra A, via det ytre rom og *inn* i C, som synes å være i sin egen, indre verden der hun mumler for seg selv inntil A slutter å snakke. Det er som om kjærlighetserklæringen har utløst en voldsom forvirring *inne* i C. Replikkens enorme lengde, og dens mangel på stopp- og pauseinnslag, skaper en sterkt oppløsende og utflytende tendens. Og oppløsningen forsterkes ytterligere av den intensiteten som generelt karakteriserer kjærlighetsfølelser. Så i tillegg til å bevege oss innover mot dramatekstens kjerne, skal vi nå også bevege oss innover i C – for hva foregår egentlig her?

Med fokus på affektene inne i C skal vi prøve å danne oss et bilde av den effekten As kjærlighetserklæring har på bevisst/ubevisst-systemet i C. Bevisstheten ligger i mentalapparatets randsoner og mottar informasjon både fra ytre og indre kilder. Dens funksjoner ligger i det før-bevisste, som kan ses som sonen der det ubevisste "entrer" – eller resoneres i – det bevisste. I bevisstheten ordnes informasjonen i sansninger, og i minner som vekkes til live. (Laplanche & Pontalis, 1988: 84). Heller enn å frembringe tydelige minner og sansninger i det bevisste, synes det som As kjærlighetserklæring setter i sving et kaos preget av det ubevisste i C: Når kjærlighetserklæringen resoneres i Cs ubevisste – bak de tomme flekkene av ingenting i Cs bevissthet – kan det ubevisstes reservoar av bortgjemte erfaringer og følelser fra Cs fortidige barndom, vekkes til live som minner i det bevisste. Dette vil C selvsagt hindre. Cs massive "this has to stop" kan ses som et forsøk på å danne et tykt og pansrende skjold – mot kjærligheten. Men Cs stopp-forsøk lykkes ikke: I grenserommet mellom det ubevisste og det

ubevisste; i *det før-bevisste*, er tidligere ubevisste, potensielle minner på nippet til å tre inn i bevisstheten.

### *Traume-rom: Minner og imaginasjoner*

As kjærlighetserklæring rører ved det ubevisste, der også traumene C ble utsatt for i barndommen "er". Elizabeth Cowie sier: "Trauma is outside memory, and outside history. It is the unrepresentable, and thus it is 'The unrememberable and the unforgettable'" (Cowie 2000: 191). Utenfor minnet og utenfor språket kan ikke opplevelsene huskes, og derfor heller ikke glemmes. De forsetter å eksistere – som intenst truende element i det ubevisste. Det er dette ubevisste *traume-rommet* som aktiveres med As kjærlighetserklæring – i nåtiden – og som ligger gjemt under nåtidsrommet: "A And though she cannot remember she cannot forget" (Kane 2001: 158). Det er umulig å glemme det man ikke kan huske: Traumene er henlagt i det ubevisste nåtids-rommet-der, rommet man er blind for: "A There are no secrets. // M There is only blindness" (Kane 2001: 190). Det er noe skjult i blindsonen – som trenger seg på, og vil frem. Det er, på den ene siden, konflikt mellom instinktenes driv etter kjærlighet, og på den andre siden traumer, legemliggjort i ubevisste fantasier, som utelukker erkjennelsen av instinktene. Det blir dermed umulig for C å ta imot kjærlighetserklæringen, og traumer og fantasier gjør seg gjeldende som en skygge, som en fornemmelse: "C I believe in anniversaries. That a mood can be *repeated* even if the event that caused it is trivial or forgotten" (Kane 2001: 155, min kurs.). Heller enn minner, kommer uforståelige følelser tilbake, og repeteres i situasjoner som ligner den situasjonen der følelsene oppstod – en situasjon som nå er utenfor minnet: "Trauma is not a remembering but a return of the past as unremembered, a repetition" (Cowie 2000: 197). Traumene fra barndommen er ikke borte – de kommer igjen som utagerende repetisjon (Freud 1914g).

Mellom ulike, skjulte og glemte fortidsrom – som opprettholdes i nåtid som nåtids-rommet-der – oppstår en avdekning av ulike bevissthetslag, og dermed en passasje mellom fortids- og nåtidsrom. Og vi ser at fornemmelsen i C tiltar: "C I need to ... remember. I have this grief and I don't know why" (Kane 2001: 171). Det er ikke lenger bare en uklar stemning ("mood") i C, men en sorg – en sorg som hun ikke kjenner opphavet til, og som hun "trenger" å huske: Behovet for å huske, og følelsen av sorg, reflekteres over og formes i språket. I forbindelse med denne utviklingen kan minnene tre frem: "C A handsome blond fourteen year old, his thumbs hooked over his jeans half exposing his buttocks, his blue blue eyes full of the sun" (Kane 2001: 176). Denne tilsynelatende kjekke, unge gutten er sannsynligvis den samme som voldtar C: "C A fourteen year old steal

my virginity on the moor and rape me till I come" (Kane 2001: 178). Minnet i nåtiden bærer i seg (minst) to lag av fortid, der den "nærmeste" fortiden er selve den refererte overgrepssituasjonen med gutten. Det andre fortidslaget er en "tidligere" fortid, nemlig den tiden da overgrepene fra bestefar fant sted, og som repeteres i den andre overgrepssituasjonen. Det er altså ikke bare to fortidslag, men disse ligger i tillegg kondensert oppå hverandre i repetisjonens gjentakelses-struktur. Og, som nok et kondenseringslag, ligger minnet i nåtiden over disse igjen. Cs bevissthet antar form av et minne-rom med flere tidsnivå, der minnenes temporale dynamikk utspiller seg i intensivert form.

Men om vi ser nærmere på dette siste sitatet, ser vi at verbene "steal" og "rape" kan være i modusen konjunktiv (i presens): "a fourteen year old steal – rape". Replikken viser altså til en tenkt, ønsket, eller uvirkelig – heller enn en virkelig og historisk – hendelse. Det åpner for at det slett ikke er et minne, men snarere en *fantasi*, som kommer frem her. Dette kan også underbygges av utsagnet "rape me till I come". C kobler voldtekt og orgasme, det vil si vold og noe som vanligvis assosieres med lyst. Heller enn et reelt minne om seksuelle overgrep, synes dette å være en fantasert eller tenkt situasjon. Og mens minner har en relasjon til den ytre, historiske fortiden de er forbundet med, er ikke imaginasjonene direkte og enkelt knyttet til ytre "virkelighet": Det indre mentale rommet er preget av inntrengende persepsjoner av vold og lyst, som det er usikkert om har et indre, fantasert (Freuds *ødipusteori*: forestillinger bygget på primalscenen/primalfantasiene), eller et ytre, reelt (Freuds *tidlige hysterieteori*) opphav. Heller enn å interagere med en ytre virkelighet, synes Cs imaginasjoner å interagere med introjektive identifikasjoner, og projektive forvisninger av imaginasjonene til det ytre rommet.

### Kiastisk midtpunkt: katastrofe som vendepunkt

Nå har vi sett på mulige minner og imaginasjoner i bevissthetsrommet: C kjemper mot noe som trenger seg på – en fornemmelse, en skygge, "a mood". Seksuelle fantasier har gjort sin entré i det bevisste, og det synes som smertefulle minner er i anmarsj. Vonde minner vil man unngå, slik A og C beretter her: "**A** And though she cannot remember she cannot forget. // **C** And has been hurtling away from that moment ever since" (Kane 2001: 158). C forsøker å holde tilbake en eventuell gjenkomst av vonde minner i bevisstheten – enten ved fantasidannelse, som vi har sett på over – eller, som vi skal se på i det følgende, ved benektelse: "**C** This never happened" (Kane 2001: 194). Vi skal nå bevege oss gjennom grensen til, og inn i, dramaets faktiske midtpunkt, se at det ikke bare er en imaginasjonsdimensjon i bevissthetsrommet i dette dramaet: Det er

også dimensjoner av *forvrente* imaginasjoner. Det *ubevisstes* romlige dimensjoner er således sentrale.

### *Det romliges ubevisste: Forvrente imaginasjonsbilder*

I overgangen til dramaets faktiske midte finner jeg en replikk som understreker nettopp benektelsen: "C I *crave* white on white and black, but my thoughts race in glorious technicolor, prodding me awake, whipping away the warm *blanket of invisibility* every time it swears to smother my mind in nothing" (Kane 2001: 174, mine kurs.). Jeg tolker kravet om "white on white and black" slik at C vil ha et hvitt – uskyldens – dekke over det som står der, "svart på hvitt"; sannheten som svart skrift på hvitt ark. Dette forsterkes med uttrykket "blanket of invisibility". C tvinger et dekke ned over minnene og tankene som trenger seg på, og nekter dem adgang i det bevisste. Og benektelsen er i sin "natur" ubevisst, og således både utenfor innsikten (man kan ikke "se" inn i det ubevisste), og utenfor form-språket (som heller ikke finnes i det ubevisste). Men det nevnte sitatet er i seg selv også den språklige representasjonen av benektelsen: "I *crave* white on white and black [...] the warm blanket of invisibility" (Kane 2001: 174). Språkliggjøringen av benektelsen er innsikt i at benektelsen er en benektelse. Replikken er altså samtidig en benektelse og innsikten i benektelsen, som er benektelsens motsetning, og dermed dens opphør. Sitatet viser benektelsens dynamikk: benektelsens gang fra det ubevisste til det bevisste – gangen fra en *språkløs repetisjon*, og til en *form-språklig representasjon*.

Benektelsens opphør språkliggjøres blant annet med ordet "crave". Det er et verb som viser til basale behov forbundet med opprettholdelsen av selve livet, og det er samtidig dramaets tittel. Det forekommer dessuten bare denne ene gangen i dramaet. Dette understreker betydningen av replikken: "Crave" blir et forsøk på å benekte minnene som trenger seg på, samtidig som benektelsen smuldrer opp. Benektelsen kan ikke dekke over Cs komplekse og vanskelige følelser – lenger. På samme måte som vi tidligere så at Cs pansrende "stopp-replik" undergikk en nedbrytning, undergår nå benektelsen en nedbrytning. Her skal vi knytte an til Wilfred Bion, for denne nedbrytningen minner om det Bion kaller *alfafunksjon i revers*: kontaktbarrieren til det ubevisstes primærprosesser svikter (Bion 1983: 25). Dermed avdekkes også det ubevisstes prosesser, som for eksempel finner sted i drømmen. Heller enn at sitatet viser en vanlig våken tilstand, er det kanskje snarere slik at det er en drøm C beskriver: "C [...] my thoughts race in glorious technicolor, prodding me *awake*, whipping away the warm blanket of invisibility every time it swears to smother my mind to nothing" (Kane 2001: 174, min kurs.). Cs rasende tanker river henne ut av



søvnen på en måte som gjør at hun føler at sinnet hennes smadres til intet. Drømmetankene er persekutoriske.

Det er nærliggende å koble de persekutoriske drømmetankene til Bions begrep *betaelement*: "Beta-elements [...] are fit only for evacuation or for storage – not as memory – but as psychic noise" (Ogden 2005: 46). Betaelementene er rå, konkret følte sanseintrykk (Segal 1992: 51). Cs drømmetanker er forfølgende og forstyrrende element, som lagres som støyende psykiske fragmenter, og ikke som minner og sammenheng. Thomas H. Ogden sier: "If a person is unable to transform raw sensory data into unconscious elements of experience that can be stored and made accessible for linking, he is incapable of dreaming [...]" (Ogden 2005: 46). De forfølgende drømmefragmentene spriker i alle retninger, "prodding me awake". C er ute av stand til å sove, og ute av stand til å drømme.

I denne våken-sovende tilstanden uten drøm kommer mer av det ubevisstes element. Like etter ovenstående sekvens kommer denne replikken: "C Whenever I look really close at something, it swarms with white larvae" (Kane 2001: 175). Mylderet av hvite larver kan på den ene siden ses som et makroskopisk bilde av den kroppslige nedbrytningsprosessen, og på den andre siden som et mikroskopisk bilde av sæd-sprutens oppforstørrede innhold av sædceller i bevegelse: "C I open my mouth and I too am full of them, crawling down my throat" (Kane 2001: 175). Cs replikk tegner bildet av en delirisk tilstand, preget av manglende evne til å skille mellom drøm, illusjon og hallusinasjon, mellom søvn og våkenhet: "Instead of having a dream (experienced as a dream), the individual [...] registers only raw sensory data. For such a person, the raw sensory data (beta-elements) experienced in sleep are indistinguishable from those occurring in waking life" (Ogden 2005: 46). Oppløsningen og fragmenteringen i Cs sinn antar ikke drømmens forvrengte bilder, men snarere deliriets oppsplintrede dimensjoner, der det råder forvirring med hensyn til tid og sted. "Grensen" mellom det bevisste og det ubevisste systemet bryter sammen – og det er det ubevisstes kondenserte og forskjøvne bilder som kommer frem. Cs forsøk på å opprette forsvarsmurer og benektelse i sitt indre bevissthetsrom lykkes ikke. Det vegg- og tidløse rommet danner et tomrom, som alternativt er ubevegelig, eller så hurtig bevegelig at det er utenfor registrering: Et rom for ingenting; et rom for kaos. Følelsenes ingenting er døden, følelsenes kaos tilhører galskapen. Det oppstår en dobbel død av kaos og intethet – i dødens og angstens rom.

### *Katastrofe: Dødens tomme rom*

Vi er utelukkende i Cs indre verden av fantasi og psykosens forvrengte imaginasjonsbilder. Samtidig er dette Cs egne, rene virkelighet. Med døden og

galskapen har vi for øvrig entret dramaets midtpunkt, som dessuten er dets andre vendepunkt. Og i midtpunktet kommer følgende replikk: "I did nothing". Utsagnet finnes ikke noe annet sted i dramaet enn rundt midtpunktet, hvor det i tillegg repeteres fire ganger (Kane 2001: 176, 179, 181).<sup>5</sup> Utsagnet er av benektende karakter, og innehas alternativt av stemme C og stemme B. Når B, som representant for den voksne mannen, sier "jeg gjorde ingenting", kan den ses som en benektelse her-og-nå, samtidig som det refereres til en handling i fortidens der-og-da. Og akkurat denne benektelsen fant faktisk sted den-gang-da, for dette er den umiddelbare fortsettelse av As replikk om bestefars overgrep i bilen: "A And when she cries, her father in the back seat says I'm sorry, she's not normally like this" (Kane 2001: 158). Far benekter at datteren utsettes for traumatiske og skadelige overgrep. C utsettes ikke bare for traumer, men det benektes også at det skjer. Traumene blir ingenting.

I midtpunktet kommer dessuten replikken "I feel nothing", som også innehas av stemme C og stemme B. Replikken repeteres i dramaets begynnelse og slutt (Kane 2001: 156, 158, 175, 199).<sup>6</sup> Det er interessant at denne replikken er noe av det første som møter oss i dramaet. Den kan slik sies å være en synlig, ytre overflatetekstur, samtidig som den faktisk er en del av dramaets indre, (og foreløpig) skjulte dybdetekstur. Replikken opptrer altså i dramaets ytterkanter, samtidig som den danner forbindelseslinjer inn i det indre midtpunktet – som om den lar oss følge Cs følelsesløshet fra det ytre, og helt inn i hennes indre kjerne. Replikken er tråder av dødens ingenting, som viser en uutholdelig, angstfylt opplevelse av å være døende. Traumatiseringen setter alfafunksjonen i revers, og betaelementene som dannes "[...] cannot be linked with one another in the creation of meaning" (Ogden 2005: 45): Noe som har vært levende, dør, fordi det tappes for mening.

### *Kjærlighetsrom*

Replikken *jeg føler ingenting* finnes altså allerede i dramaets begynnelse. Og allerede i dramaets begynnelse – faktisk med dramaets første replikk – finnes sporet til en følelsesmessig død: "C You're dead to me". Et par replikker senere følger: "C Somewhere outside the city, I told my mother, You're dead to me. [...] Three summers ago I was bereaved. No one died but I lost my mother" (Kane 2001: 155). I dramaets aller første replikk er det altså mor som er sentral. Her snakker C *til* mor – uten at det sies eksplisitt – i du-form og i nåtid, mens mor ikke er til stede som person/stemme på noe tidspunkt i dramaet. I den neste replikken snakker C *om* mor i tredjeperson og i fortid. Samtidig som hatet mot, og eksklusjonen av, mor vises på det innholdsmessige plan,

vises blindhetens og benektelsens dynamikk ved hjelp av perspektivering på formplan: Perspektivspiltelsen medfører et samtidig nærvær (språklig illusjon) og fravær (virkelig) av mor, der det språklige nærværet er vist med du-formen i nåtidsreplikken, og det virkelige fraværet er vist med tredjepersons-formen i fortidsreplikken. Ved hjelp av språket dekker C over – benekter – at mor ikke er her. Det kan man forestille seg at C også gjorde i fortidens barndom. For vi kan anta at mor var mentalt fraværende da overgrepene mot C fant sted: Mor var blind for Cs lidelser, og "did nothing". I det følgende vil jeg knytte et slikt mentalt fravær an til Greens teori om "død mor-syndrom".<sup>7</sup>

At mor ikke så C og ikke gjorde noe for henne, har trolig gitt barne-C den-gang-da enda et traume, for: "[...] trauma consists of a prolonged absence of affective interaction" (Modell 1999: 80). Traumatet kan faktisk anta katastrofens karakter: "[...] [T]he mother's sudden bereavement when she has become [...] detached from her infant, is experienced by the child as a catastrophe; because [...] love has been lost at one blow" (Green 1986: 150, min kurs.). Mors mentale fravær og manglende handling gir en opplevelse av tap av mors kjærlighet den-gang-da, språkliggjort gjennom replikken *du er død for meg* fra voksen-C her-og-nå. For denne tapsopplevelsen kunne ikke representeres i språket hos barne-C: "[...] [M]aternal abandonment can only announce itself in pure absence of representation [...]" (Bollas 1999: 106). Det første kjærlighetsrommet – som fremdeles finnes i C – er ikke lenger kjærlig og nærende, men derimot smertefullt og utsultet. Og i nåtiden beskriver C seg selv slik: "C I want to feel physically like I feel emotionally. Starved"; "C Anorexia. Bulimia" (Kane 2001: 179; 173). Med anoreksi som bilde på den følelsesmessige opplevelsen av sin mentale tilstand, binder C de to tidssjiktene av fortid og nåtid, og de to språknivåene av ord (form-språk) og ordløshet (ikke-formet språk), sammen i et dobbelt værensbilde av en seksuelt og næringsmessig uttørket kropp og en følelsesmessig uttørket psyke: Cs kjærlighetsrom finnes, men er nær dødt.

En tilbaketrekning av mors tidligere sterke følelser for barnet er et massivt kjærlighetssvik, som barnet bare kan vende seg bort fra – og siden ikke orker å nærme seg igjen. Så når As kjærlighetserklæring inntreffer, dannes opptakten til en ny katastrofe: Det å motta en annens kjærlighet er det samme som i neste omgang å miste den – i et nytt, uovervinnelig tap: "B Found her // A Loved her // C Lost her // M End. // A silence" (Kane 2001: 196). C vender seg bort og flykter fra et kjærlighetsrom som én gang var levende, men så ble dødt: "C And has been hurtling away from that moment ever since" (Kane 2001: 158). Cs første kjærlighetsopplevelse er mors kjærlighetsrom som forsvant – og bare et svart smertehull det siden ikke ble mulig å nærme seg, ble stående igjen. Og når As kjærlighet for C oppstår, møter han bare bortvendelse og flukt hos C,

som fremdeles besitter et smertehull, "Arrested in [...] [her] capacity to love [...]" (Green 1986: 156).

Representert i språket fremstår kjærligheten slik: "C Someone has died who is not dead" (Kane 2001: 157). Mor er ikke død, men hennes kjærlighet for C – som en gang fantes – oppleves som et dødt punkt i Cs indre. C klarer ikke å forlate, og heller ikke kvitte seg med, dette døde punktet. Allerede i dramaets begynnelse vises altså kjærlighetens kompliserte, traumatiske og språkløse kår inne i voksen-C. Og i dramaets slutt-parti kommer dette frem: "C I love you"; "C I love her I miss her" (Kane 2001: 190; 193). Formodentlig er det mor C snakker og refererer til her: C elsker fremdeles den "døde" moren – og slik hindres alle andre i å få plass i det innkapslede kjærlighetsrommet i C. Akkurat derfor hindres også C i å leve, for dette er: "[...] love 'in the maternal necropolis' [...]" (Bollas 1999: 98). Mor lever i C som en død del av hennes kjærlighetsstruktur. Kjærligheten er en paradoks struktur. Dramaets sentrale tema er nettopp kjærligheten og dens problematiske kår: "A Only love can save me and love has destroyed me" (Kane 2001: 174). Og dette dramaets midte danner også en paradoksal struktur, en kiasme av kondensering og ingenting – i tid, rom, handlinger og følelser – og figurerer nettopp Cs kjærlighetsrom og det ubevisste som fortidig og nåtidig følelseskaos og følelsesdød.

## Forandring og fremtid

Vi har nå beveget oss fra dramaets begynnelse, og inn til og med dets midte. I det følgende skal vi bevege oss "utover" fra dramaets midte, og til dets slutt. Finnes en vei bort fra kjærlighetsrommets uttørkethet, og mot en gjenoppliving av C?

### *Tredje vendepunkt: Håp og fremtid?*

Opplevelsen av kaos og ingenting er overveldende, og kan føre til en vedvarende indre skrekktilstand av taushet og tilbaketrekning. Men det er også en annen mulighet, nemlig skrik: "C (*Emits a short one syllable scream.*) // A beat. // [...] C (*Emits a short one syllable scream.*) // A beat" (Kane 2001: 186-7). Det er totalt åtte korte enstavelsesskrik i dramaet, som alle forekommer i én og samme bolk i dramaets andre del. Jeg ser disse skrikene som uttrykk for Cs sterke, sjelelige smerte i nåtidens mentale sammenbrudd, som er forbundet med hennes fortid – slik også det formløse, desperate skriket vi tidligere har sett på, forbandt nåtids-C med barne-C. Midt i den fragmentariske bevissthetsstrømmen ytrer barne-C seg i enstavelses-skrik av sterk smerte og redsel, som ved den tidligste primitive

annihilasjonsfrykten som kjennetegner betaelementene.

Og skrikene er ikke bare overskridende redsels- og smerteskrig i nåtiden. I tillegg kan skrikene ses som noe helt annet – for det er kjærlighet og seksualitet som er opptakten til midtpunktets hallusinatoriske larvebilder. De for tidlige seksuelle erfaringene til C kan, i tillegg til å ha fremkalt redsel og smerte, også ha fremkalt barnets lyst og nytelse. Men vissheten om ens egen seksualitet, og av at det fant sted seksuelle handlinger i barndommen, medfører vanligvis sterk skyldfølelse for overgrepsofferet, slik vi ser at C uttrykker her: "C I have this guilt and I don't know why. // A Only love can save me and love has destroyed me. // C A field. A basement. A bed. A car" (Kane 2001: 174). Foruten smerte og angst, er det også en uutholdelig følelse av skyld som overvelder C. Dessuten fører vissheten om overgrepene til skam, som sammen med skyldfølelsen, bidrar til lidelsesfull uro: "A Throbbing between shame and guilt" (Kane 2001: 181). Og skylden medfører ikke bare en uro, men en ubevegelighet – en stagnasjon: "C What ties me to you is guilt" (Kane 2001: 165). Det er umulig å løsgjøre seg. Skylden og skammen låser C fast i ødeland, i: "C An empty carpark that I never can leave" (Kane 2001: 189).

### *Perspektivisk splittelse: Fortidsbarn - nåtidsvoksen*

Vi står altså overfor stagnasjon i skyld og skam knyttet til kjærlighet, seksualitet og overgrep, samt stagnasjon i frykten for tap av et nytt kjærlighetsobjekt. I forbindelse med dette skal vi gå til det jeg har nevnt som motsetninger i dramaet, som altså – i likhet med vendepunktene – er symmetrisk organisert rundt dramaets midte. Tidligere har vi sett på dikotomien "M hurry up" – "C formløst, desperat skrik" (Kane 2001: 162 – 191). Denne motsetningen ser jeg som en barn/voksen-polarisering. Den første delen (før midtpunktet) viser den voksne, som oppfordrer til ansvar for eget og andres (barns) liv. Andre ledd (etter midtpunktet) viser det livstruede barnets – eller den sammenbrutte voksnes – uttrykk i et formløst skrik.

Jeg ser også den neste motsetningen som en barn/voksen-polarisering: "C crave" – "M give, sympathise, control". Ordet "crave" finnes i en replikk vi allerede har sett på: "C I crave white on white and black [...]" (Kane 2001: 174, min kurs.). Jeg ser, som nevnt, "crave" som child's – Cs – "crave"; som barnets absolutte avhengighet av en annen. Men "crave" utsies av den voksne C i nåtiden, og da kan dette ses som et barnlig uttrykk for at det er noe hun ikke mestrer som voksen. Andre ledd av denne motsetningsstrukturen – delen som finnes like langt etter, som første ledd er før, midtpunktet – er: "M Give, sympathise, control" (Kane 2001: 182). Replikken er et direktisitat fra en fotnote i Eliots *The*

*Waste Land*, og der forklares uttalelsen slik: "Control yourself; give alms; be compassionate" (Eliot 1993: 2159).<sup>8</sup> Replikken "give, sympathise, control" viser den voksnes rolle: Den voksne har kontroll over egne instinktive behov og følelser, kan relatere seg til og gi til andre, og ha medfølelse. Replikkene i motsetningene består altså henholdsvis av barnets umodne, subjektssentrerte "crave"-fokus, som innebærer omhegning om seg selv, og av den voksnes modne relasjonsmåte, som innebærer en likeverdighet mellom to mennesker. I begge motsetningene utsies "voksenreplikken" av M, mens "barnereplikken" utsies av C. Cs replikker kan tolkes dithen at hun ikke har forlatt barndommen i stor nok grad til at hun helt og fullt entrer voksenlivet: Barnet i henne blir en enkeltstående, stagnert og umoden del, heller enn integrert som egenskap i den voksne C. Ms replikker, derimot, viser en voksen der barne-M er en integrert del.

Begge motsetningene er organisert rundt fortidens traumatiske barndom og nåtidens livshemmede voksenhet. "Hurry up"/"formløst, desperat skrik" viser voksenrollen først og barnerollen etterpå, mens "crave"/"give, sympathise, control" er organisert motsatt, slik at barne-delen kommer før midtpunktet, og voksen-delen etter. Denne reverseringen kan ses som en fremvisning av modnings- og vekstveiens retning inn i fremtiden i utviklingen fra barn til voksen. Og det er akkurat dette katastrofens mentale sammenbrudd i dramaets andre vendepunkt – i det kiastiske midtpunktet – har ført med seg: en reversering av den voksne til barnets hjelpeløse "crave"-tilstand. Samtidig danner nettopp dette Cs utgangspunkt for å erindre og bearbeide traumene hun har vært utsatt for, og dermed en mulighet for å reintegrere barne-C i voksen-C. Det er dessuten slik at de åtte enstavelsskrikene finnes like langt *etter* dramaets midtpunkt, som As kjærlighetserklæring er *før*. Mens kjærlighetserklæringen er det første av dramaets vendepunkt, er de åtte skrikene dramaets siste vendepunkt, og samtidig *sammenbruddets* vendepunkt: Mens kjærlighetserklæringen medførte en sterk oppløsning og følelsesforvirring inne i C, og slik startet ferden mot katastrofe og sammenbrudd, er skrikene nettopp en samlende brytning med, og vei ut av, kollapsen. Midt i den fragmentariske bevissthetsstrømmen ytrer barne-C seg i åtte intense skrik, som en primitiv insistering på den sjelelige smerten hun opplever. Betaelementene i C kommer til uttrykk på en ny måte – som stemmen og lyden av et ordløst barn – som vil bli hørt.

### *Apokalypsens perspektiv og rom*

I fortsettelsen av dette tar jeg utgangspunkt i min påstand tidlig i denne artikkelen, nemlig at det er mulig å se stemmene i *Crave* både som enkeltstående bevisstheter, og som uttrykk for én bevissthet. Så langt har jeg sett og tolket

stemmene som enkeltstående bevisstheter, men i dramaets siste del er det flere partier som heller kan borge for at det er én bevissthet vi har med å gjøre: "C I hate you, // B I need you, // M Need more, // C Need change." (Kane 2001: 189-90). Som det kommer frem her, står replikkene med komma mellom seg, og ikke punktum. Stemme C, B og M deler altså samme setning. Replikkene begynner likevel med store bokstaver, og ut fra tidligere kjennskap til dem, kan det hende at stemmene uttrykker individuelle behov, altså at de kan ses som enkeltstående bevisstheter: C hater mor, B trenger M – som han vil ha et forhold til, M trenger mer – et barn, og C innser det M har påpekt for henne – hun trenger en forandring i livet sitt.

Om vi beveger oss litt lenger mot dramaets slutt, kommer dette partiet: "C Why did I not die at birth // M Come forth from the womb // B And expire" (Kane 2001: 193). Nå er det ikke lenger komma mellom replikkene, og heller ikke punktum etter Bs replikk. Videre uttrykker C seg i jeg-form: C er "subjektet" i dette replikk-partiet. Det er også C som tidligere har gitt uttrykk for at livet er vanskelig å leve: "C I need a miracle to save me"; "C I'm evil, I'm damaged, and no one can save me" (Kane 2001: 172-3). M og B kan ses som empatiske lyttere, som forstår, hjelper og supplerer C med den depressive – og suicidale? – uttalelsen. Men dette er påfallende når det er manglende livsgnist og fremtidsvisjoner som uttrykkes, og dette tidligere har vært tillagt C. Det er altså mye som tilsier at det er C som uttrykker seg her – men *med flere, ulike stemmer*. Dette kan også underbygges av en replikk fra A:

A don't say no to me [...] I will lie to you from day one and use you and screw you and break your heart [...] and you will love me more each day until the weight is unbearable and your life is mine [...] I will take what I want and walk away and owe you nothing [...] (Kane 2001: 178).

Replikken viser at det C frykter aller mest, nemlig å bli misbrukt og forlatt av et nytt kjærlighetsobjekt, "blir virkelighet". Heller enn at denne redselen språkliggjøres i C, forblir den språkløs, og repeteres nok en gang i handling, der C blir misbrukt og forlatt av A. Det er imidlertid grunn til å undre seg over denne replikken: Mener A det han sier her? Erter han, eller realitetsorienterer han? C, på sin side, kan selvsagt ikke "ta" denne typen spøk/realitet, fordi den språkliggjør hennes sterke (ubeviste) frykt i møtet med nye kjærlighetsobjekt. Og replikken synes faktisk – ut fra kjennskapet vi får til stemme C i dramaet – heller å være et uttrykk for forestillinger i Cs indre liv, enn for As ønsker og følelser. Replikken tilhører i grunnen C, og kan slik ses som en projeksjon av C, der stemme A er den som språkliggjør Cs formløse språk. Replikken finnes dessuten i dramaets midtpunkt: Tydeliggjøringen vi nå ser av at C snakker med flere stemmer, ble

varslet i en splintret projeksjon nettopp i dramaets midtpunkt, der også det dramatiske sammenbruddet åpenbares.

I dramaets midte, dets andre vendepunkt, er det altså et indre sansningsperspektiv som – i likhet med fabelen og dialogen – er smadret, og spriker utover som projeksjoner i flere retninger, nærmere bestemt til de andre stemmene. Tidligere har vi sett at perspektivet var splittet i dramaets begynnelse, der C talte vekselvis til og om mor, som ikke er til stede i dramaet. I det tredje vendepunktet kommer det vedvarende smerte- og angstsskrik ut av C, og perspektivet er i bevegelse mot integrering, slik at flere stemmer utgjør ett, felles perspektiv: “**C** I am an emotional plagiarist, stealing other people’s pain, subsuming it into my own until // **A** I can’t remember // **B** Whose // **C** Any more” (Kane 2001: 195). Som tidligere er dette sitatet én felles setning der flere stemmer er involvert, og der replikkene ikke er atskilt ved punktum eller komma. Dessuten språkliggjør C at hun tar til seg – “stealing” – andres (andre stemmers) følelser. I tillegg bruker både C og A jeg-form i sine uttalelser, noe som kan tolkes dithen at A har blitt Cs “jeg”. Utsagnet starter og slutter med – det vil si at det omslutes av – Cs replikker: Det synes dermed som særlig A, og trolig også B, er blitt *tatt opp i*, og *omsluttes av C*. Dette tolkes som at stemmene nå – i motsetning til tidligere – er en del av C.

Dette innebærer en radikal endring i perspektivering: Perspektivet har gått fra at de ulike stemmene var ulike bevisstheter i dramaets første del, til at stemmene er smadrede projeksjoner av Cs bevissthet i midtpunktet, for dernest å samles og introduseres som tolerable deler av samme bevissthet mot slutten av andre del. Denne virksomheten tilsvarer Bions *alfafunksjon*, som er “[...] a set mental operations which together transform raw sense impressions ('beta-elements') into elements of experience (termed 'alpha-elements') [...]” (Ogden 2005: 45). Endringene er en nyskapende alfatransformasjon av de persekutoriske og hallusinatoriske betaelementene til “avgiftede” *alfaelement*, [...] which can be stored as unconscious memory in a form that makes them accessible for creating linkages necessary for unconscious as well as preconscious and conscious psychological work, such as dreaming, thinking, repressing, remembering, forgetting, mourning, reverie, and learning from experience (Ogden 2005: 45).

Et refortolkning av et sitat vi har sett på tidligere kan illustrere dette: “**B** Found her // **A** Loved her // **C** Lost her // **M** End. // *A silence*.” (Kane 2001: 196). Sitatet ble sett som uttrykk for umuligheten av å finne et kjærlighetsobjekt for C i nåtiden, fordi mor er levende død i henne, og fordi C frykter at et nytt objekt medfører et nytt, uovervinnelig tap. Men Cs “lost her” kan også bety at den døde moren ikke lever inne i C lenger, slik at hun heller enn å fylles med morens



nærvær som død, kan elske andre. Og den umiddelbare fortsettelsen av ovennevnte sitat viser nettopp dette: "**C** Something has lifted, // **A** Outside the city, // **B** Before the shit started, // **A** Above the city, // **C** Another dream" (Kane 2001: 196). Det er noe som letter i C, og i retning mot himmelen "above the city" har det oppstått "another dream" i henne. "The shit" er fremme i Cs minne. Endelig husker C. Nå er tiden inne for et unisont: "**All** Forget" (Kane 2001: 199). Felles-replikken uttrykker at den erindrede og bearbejdede fortiden endelig kan legges bak C, og derfor glemmes – traumene kan fortrenses.<sup>9</sup> De fragmenterte betaelementenes rå, splintrede persepsjoner og opplevelse av å være døende, mentaliseres og omdannes til alfaelementenes bearbejdede og tolerable følelser og *tanker*. Det blir mulig å lære av erfaringer, heller enn å repetere traumene (Bion 1983). Cs sinn er ikke lenger et alternerende tomrom og følelsesvirvler i katastrofens dødsrom. Hennes bevissthetsrom innehar flere, ulike deler, representert ved dramaets ulike stemmer. Det har blitt større mangfold inne i C: Stemme A er integrert som Cs "kjærlighetsrom"; stemme M som Cs voksendel, og som "selv-ivaretagelses-rom"; stemme B som Cs ønske om relasjoner med andre, og som et "også-avhengig-av-andre-rom".<sup>10</sup> C har blitt helere.

Sammenkomsten av de øvrige stemmene inne i C medførte altså først at de deltok i Cs tankelek med dødens oppløsningsstrukturer, som en instabil integrering. Integreringen synes nå mer stabil, slik at det kan dannes et helende mangfold inne i C. Hun har nye muligheter – til å føle seg elsket og til å elske. Cs to siste replikker viser at hun endelig har fått en forsoningens fred med seg selv: "**C** You're dead to me [...] **C** Happy and free" (Kane 2001: 200). Morsobjektet er dødt, C er endelig fri – og glad. Her – i slutten av dramaet – overvinnes omsider dramaets sentrale tema, nemlig kjærlighetens problematiske kår, og det lages grunnlag for opplevelse av ny kjærlighet. Dermed kan også fortids- og nåtidsaspektet i "I feel nothing/I did nothing" i dramaets midte åpnes mot fremtiden som en tydelig tidsdimensjon etter traumbearbejdelsen – og etter dramaet: "**A** Because love by its nature desires a future" (Kane 2001: 157).

Dramaets avsluttende replikker er slik: "**A** Free-falling // **B** Into the light // **C** Bright white light // **A** World without end // **C** You're dead to me // **M** Glorious. Glorious. // **B** And ever shall be // **A** Happy // **B** So happy // **C** Happy and free." (Kane 2001: 200). I dette sitatet er det mange repetisjoner fra dramaets begynnelse og midte. "White" og "glorious" gjentas fra dets midte: "I crave *white* on *white* and black, but my thoughts race in *glorious* technicolor", mens uforglemmelige "You're dead to me" gjentas fra begynnelsen (Kane 2001: 174; 155, mine kurs.). Her samler teksten trådene fra begynnelsen og midten av dramaet, i dets slutt, på samme måte som vi har sett at de ulike stemmene samles i C i dramaets slutt. Disse avsluttende linjene er dessuten uten punktum, som om denne

spiral-bevegelsen tilter, for så å ende i et slags lysglimt, i et intet. De Bibel-alluderende ordene "glorious" og "light" synes å peke mot det vakre, lyse livet, slik som i Johannes-evangeliet: "Igjen talte Jesus til folket og sa: 'Jeg er verdens lys. Den som følger meg, skal ikke vandre i mørket, men ha livets lys'" (Joh 8.12). Samtidig kan dette være et uttrykk for *det andre livet* i et paradisiske rike etter døden: "Hans hode og hår var hvitt som hvit ull eller som snø, og øynene som flammende ild [...] Ansiktet var som solen, når den skinner i all sin kraft" (Åp 1. 14-16). Disse mulige allusjonene innebærer at det ikke bare kommer til syne en fremtidsdimensjon i slutten av dramaet, men faktisk også en evighetsdimensjon – men denne innebærer samtidig døden og det hinsidige. Og her må jeg legge til at Cs opplevelse av å være fri og glad i dramaets siste replikker kanskje slett ikke betyr at traumene er bearbeidet på en slik måte at hun nå kan leve videre. Det kan snarere være at hun har samlet seg om en avgjørelse om å forlate livet – og er fri og glad over å ha funnet en "løsning", nemlig å møte døden.

Dette veldige lyset i dramaets ende kan ses som en velsignelse, på samme måte som Eliots *The Waste Land* ender i en velsignelse. Men like mye som det kan være det velsignende livets lys, kan det ses som "full stopp" i dødens lys. Med "A Happy // B So happy // C Happy and free" settes et faktisk punktum etter siste replikk, som dramaets død – i en paradoksal glede over å ha oppnådd frihet fra den uutholdelige, tærende smerten som skapelsen (av dramaet) medfører – som også er smerten ved å søke etter og finne traumene, og sine døde og forfølgende objekter, og med dette skape sin egen fremtid. Dramaets ende henses i et apokalypsens rom – det største rommet som kan tenkes – hellende enda litt mer mot døden *som fremtid*, i forhold til i dramaets begynnelse.

## Diskusjon og konklusjon

Kanes drama viser – både formelt og tematisk – effekten av ekstrem traumatisering i fortiden. Formelt sett er dramaet en fragmentert strøm av vanskelig identifiserbare stemmer. Denne formen medfører at dramaet bedriver en oppløsende praksis, der spaltene mellom bevissthetsfragmentene får stå frem med betaelementenes rå sanseintrykk. Dermed *skaper* dramaet bevissthetens spaltninger. Slik blir dramaet en *presentasjon*, og dermed en *erfaring* – heller enn en representasjon – av sammenbruddets annihilerende fragmentering.

Men dramaets form undergår omfattende endringer i dets forløp. Første del er preget av traumatiseringens alfafunksjon i revers, med spredte, persekutoriske stemmefragmenter som resultat. I andre del undergår stemmene – de fragmentariske delobjektene – hallusinasjonene – en alfafunksjonens transformasjon mot en romlig struktur av alfaelementer. Dermed erfarer leseren også at bevisst-

hetsstrømmens traumatiseringsstruktur kan undergå mentalisering, samling og heling gjennom tidens forløp. Det er imidlertid uvisst hvor stabil integreringen er, og hvorvidt samlingen av dramastemmene fører mot livet eller døden. Når dramaet kan tolkes som et monodrama får vi heller ikke innblikk i nåtidige relasjonsdannelser som stemmehelheten involveres i. Med disse forbeholdene kan *Crave* ses som en analogi til sinnets helende prosesser ved en psykoseterapi, der projeksjonenes spalter og hull i traumatiseringens fragmenterte bevissthetsstrøm, fuges igjen av alfa-transformerte introjekter, og danner en bevissthet som henger bedre sammen.

## Referanser

- Bibelen* (1991), Oslo: Det Norske Bibelselskap.
- Bion, Wilfred R. (1983 [1962a]): *Learning from Experience*, New York: Jason Aronson.
- Bion, Wilfred R. (1993 [1962b]): "A Theory of Thinking", i *Second Thoughts*, London: Karnac Books.
- Bollas, Christopher (1999): "Dead mother, dead child", i Kohon, Gregorio (red.): *The Dead Mother*, London and New York: Routledge.
- Cowie, Elizabeth (2000): "Traumatic Memories of Remembering and Forgetting", i Rossington, Michael & Anne Whitehead: *Between the Psyche and the Polis*, Aldershot, Hampshire: Ashgate Publishing Ltd.
- Eliot, Thomas Stearns (1993 [1922]): "The Waste Land", i Abrams, M.H. (red.): *The Norton Anthology of English Literature. Volume 2*, New York/London: W.W. Norton & Company.
- Freud, Sigmund (1992 [1914g]): "Erindren, gentagen og gennearbejden", i *Afhandlinger om behandlingsteknik*, København: Hans Reitzels Forlag.
- Green, André (1986 [1983]): "The Dead Mother", i: *On Private Madness*, London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Kane, Sarah (2001 [1998]): *Crave*, i *Complete Plays*, London: Methuen Publishing Ltd.
- Laplanche, Jean & Pontalis, Jean-Bertrand (1988 [1973]): *The Language of Psychoanalysis*, London: Karnac Books.
- Modell, Arnold H. (1999): "The dead mother syndrome and the reconstruction of trauma", i Kohon, Gregorio (red.): *The Dead Mother*, London and New York: Routledge.
- Ogden, Thomas H (2005): *This Art of Psychoanalysis. Dreaming Undreamt Dreams and Interrupted Cries*, London and New York: Routledge.
- Saunders, Graham (2002): 'Love me or kill me'. *Sarah Kane and the theatre of the extremes*, Manchester and New York: Manchester University Press.
- Segal, Hanna (1992 [1991]): *Dream, Phantasy and Art*, London and New York: Tavistock/Routledge.
- Shakespeare, William (1977 [1600-01]): *Hamlet Prince of Denmark*, i *The Complete Plays*, New York: Viking Penguin.
- The Cambridge Companion to Modernism* (2003 [1999]): Levenson, Michael (red.), Cambridge: Cambridge University Press.

## Noter

- 1 Artikkelen er en omarbeidelse av et kapittel i masteroppgaven *Rommet i to samtidsdrama. En komparativ studie av Nathalie Sarrautes For eit godt ord og Sarah Kanes Crave med utgangspunkt i dialogen* (Masteroppgave i allmenn litteraturvitenskap, Universitetet i Bergen 2006). Professor Lars Sætre ved Institutt for lingvistik og litteraturvitenskap, Universitetet i Bergen, har veiledet arbeidet med oppgaven.
- 2 Et monodrama er et drama der bare èn bevissthet utspiller seg.
- 3 Navnet David kan forøvrig alludere til Bibelens Kong David, som gjerne ville ekte Batseba. Hun var allerede lykkelig gift med Urias, som David sendte fremst i krigsrekene, slik at han ble drept ("uriaspost"). Da kunne David selv ekte Batseba. David ødela og misbrukte altså en kjærlighetsrelasjon.
- 4 Misbruk av seksualitet er helt sentralt i *Crave*, og jeg vil derfor påpeke at det er en gjennomgangsfigur for seksualitet i Eliots poesi: "[...] the 'apeneck Sweeney' surfaces recurrently in his poems, representing degraded and aggressive sexuality. [...] He reappears in *The Waste Land*, perverting the lifegiving urges of spring by resorting to a brothel [...]" (*The Cambridge Companion to Modernism* 2003: 145).
- 5 Den nøyaktige replikk-angivelsen er slik: "**B** I did nothing, nothing, I did nothing"; "**C** I did nothing, nothing. // **B** I did nothing"; "**C** I did nothing, nothing. // **B** I did nothing" (Kane 2001: 176; 179; 181).
- 6 Replikkene er: "**B** I feel nothing, nothing. // I feel nothing"; "**C** I feel nothing, nothing. // I feel nothing"; "**C** I feel nothing, nothing. // I feel nothing"; "**C** I feel nothing, nothing. // I feel nothing" (Kane 2001: 156; 158; 175; 199).
- 7 Kort fortalt handler *død mor-syndrom* om en tilstand der mor ikke er tilstrekkelig til stede for barnet sitt følelsesmessig sett, noe som for eksempel kan skje om mor er deprimert. Mor er blind for barnets følelser, og handler ikke i samsvar med dets behov. Dette virker i sin tur inn på barnet, som kan utvikle en tilstand der det har en opplevelse av å være *følelsesmessig dødt*.
- 8 Eliot legger frem et hinduist-sagn her. Det vises til Eliots fotnote for flere opplysninger.
- 9 Her kan vi rekapitulere sitatet fra artikkelen "Traumatic Memories of Remembering and Forgetting": "Trauma is outside memory, and outside history. It is the unrepresentable, and thus it is 'The unrememberable and the unforgettable'" (Cowie 2000: 191).
- 10 M ses som den voksne, og den som påpeker nødvendigheten av å ta ansvar og gjøre noe med en vanskelig livssituasjon. Jeg minner også om at jeg innledningsvis omtaler B som "delvis selvdestruktivt avhengig".

## Abstract

Torvanger, M.S.: Trauma and consciousness. *Matrix*, 24, 73-93.

*This article is an analysis of Sarah Kane's drama Crave (1998). Crave is a drama of consciousness, and its motions. It is therefore especially suitable to elucidate human phenomena: What psychological and pathological states of mind occur in Crave? The drama is studied in the light of psychoanalytic theories and by means of psychoanalytic and close-reading methods. Crave deals with the split and fragmented condition of a personality, limitations of consciousness, and disturbances from trauma and psychosis. This way the drama provides a valuable analogy to phenomena well known in the therapy room, namely the way traumas and psychoses tend to organize mental space, and the difficult and/or impossible relations that follow these conditions. Moreover, the course of the drama resembles the course of a therapy: There is a change from a chaotic, dispersed and fragmented flow of barely identifiable voices – or persecutory introjects – to a more stable integration of consciousness.*

**KEYWORDS:** Trauma, consciousness, psychosis, drama/literature, Sarah Kane/Crave.

# Boganmeldelse

## Livstemaer i eksistenspsykologisk perspektiv

Bjarne Sode Funch, Bjarne Jacobsen og Peter la Cour (red.)

Hans Reitzels Forlag, 2006, 196 sider, kr. 249,00

Matrix 2007; 1, 94-96

Anmeldt av Olov Dahlin

"Hvordan skaber man værdi i den verden man er sat in i?" så börjar presentationen av *Livstemaer i eksistenspsykologisk perspektiv* på bokens baksida. Står man med en bok i handen, en bok som förefaller intressant vänder man ofta på den och läser på baksidan. Är detta något som kan intressera mig, undrar man. Författarna beskrivs som "en række danske forskere". När jag läst boken måste jag dock säga att med några undantag framträder de inte som forskare i boken utan som folkupplysare. Boken förefaller att tillhöra genren "hjälp dig själv genom att fundera igenom med stöd av experter hur du lever ditt liv". I detta fall experter på existensialpsykologi. "Vi håber, at bogen kan tjene som et spejl for læserens egne overvejelser og erfaringer med livet", skriver redaktörerna i inledningen. Författarna är danskar och i många stycken av texten gömmer sig Kierkegaards tankar mer eller mindre uttalade. Jag saknar

Kierkegaards ironiska problematisering. Detta är en bok med charm och värme. Författarna skriver i en positiv anda och undviker att problematisera sitt eget förhållningssätt till sitt ämne. De fokuserar på konstruktiv tro och undviker destruktiv tvivel.

Under rubriken *Du store himmel* skriver Peter la Cour om religiositet. Jag saknar grupper, församlingar och samhället. Jag saknar *Den store hvide flok*. Även om den religiösa erfarenheten nödvändigtvis är privat och enskild, som Augustinus och Luther framhåll, finns alltid en bakgrund och ett sammanhang. Det gäller i hög grad dessa nämnda kyrkliga auktoriteter. Det existentiella perspektivet individualiserar. Grammatiken i argumentationen i de flesta av dessa texter i *Livstemaer* utgår från första person singularis. Det borde smickra den moderna hyperindividualiserade människan genom att framhålla hennes unika vara i världen. "Det er derfor det enkelte menneskes

Olov Dahlin, med.lic.,leg.psykoterapeut, privatpraktik,Stockholm. E-mail: o.dahlin@telia.com  
Adresse: Fyrverkarbacken 42, 8. tr., S-112 60 Stockholm, Sverige

mulighet og ansvar at konstruere eller skabe sin egen mening med livet" skriver la Cour. "Derfor" syftar på att människan söker en mening med livet och av den anledningen måste tro. Väljer man den ur ett stort men begränsat urval som marknadsförs genom media? Köper man sitt livs mening? Vad är mitt personliga bidrag i konstruktionen av mitt livs mening och innehåll?

La Cour kommer trots allt småningom in på religionen som samhällsfenomen. Det går inte att undvika. Han får svårigheter med religiösa övertygelser som förtrycker eller dödar oliktroende i Guds namn. Han försöker ställa sådana religiösa manifestationer åt sidan som patologiska utan att problematisera de extrema gränsöverskridanden som tro kan legitimera.

Ett stycke ägnar han åt trivsel (omfattningen av det dansk ordet "trivsel" skiljer sig nog litet från det svenska). Han citerar forskning som skulle tyda på att religiösa människor känner mer trivsel i livet än ickereligiösa. Här saknar jag återigen ett grupperspektiv. Det är att betrakta som ett etablerat faktum att tillhörigheten till en väletablerad grupp innebär trivsel (tillhörighet och bekräftad identitet). Förmodligen etablerar den sig och skapar sin trivsel, såväl materiellt som andligt, genom att avgränsa sig med stöd av en ideologi som skiljer mellan dess medlemmar och de andra, oftast inte endast i tanke utan även i handling.

I bokens andra kapitel inbjuder Keld Grindner-Hansen till betraktelser av resande som en allegori för vår lev-

nads förlopp från födelse till död. På 1600- och 1700-talen var allegorin en trappa uppåt som sedan följdes av en trappa nedåt. Eller ett hjul som lyfte upp människan ur vaggan för att efter ett varv kasta av åldringen på kyrkogården. Båda dessa bilder har det gemensamt att trappan eller hjulet står någonstans. De flesta människor blev vid denna tid kvar på den ort där de föddes. Under 1800-talet förändrades detta i stora delar av Europa. Människor flyttade in till städerna eller reste för att söka sig ett bättre liv i till exempel USA. En turism växte också fram för dem som hade det gott ställt och ville se sig om i världen. Grindner-Hansen tar H.C.Andersens *Skyggebilleder af en Reise til Harzen* som sin utgångspunkt och slutpunkt. Läsandet av *Livstemaer* är i många stycken en bildningsresa. Man blir förd från den ena tankeväckande utsiktspunkten till den andra. Men när man börjat tänka pekar guiden på någon ny märklighet. Vid alla dessa utsiktspunkter ser man hur västerlandets människor på olika sätt överskrider gränser. De har råd och möjligheter att som turister bli upptäcktsresanden religiöst, geografiskt och sexuellt. Och vad upptäcker de? Förhoppningsvis sig själva.

Den västerländska kapitalismen har luckrat upp gränserna och media har mutat in guldgruvorna. Det har vuxit upp en mäktig livsmeningsindustri. Moderna västerländska människor konsumerar livsmeningsprodukter i sitt sökande efter identitet och *Livstemaer* är givetvis också en sådan produkt. En fyndig resebyråkatalog som beskriver existentiella resmål.

Med resebyråkatalogen har boken det gemensamt att den pekar ut de stora sevärdheterna. Den radar upp existentiella hjältar från Jean-Paul Sartre till Epiktetus.

Jag uppskattar texternas inbjudan till reflektion men jag störs av författarnas många referenser till läsvärderheter vilka oftast inte utvecklas till mycket mer än akademiska prydnader. Det blir alltför kortfattat med två undantag, Bjarne Sode Funchs *Ej blot til lyst* om konst och estetik och Bjarne Jacobsens *Kroppens vingesus* om sport och extrema kroppsliga prestationer. Ole Fogh Kirkeby avslutar boken med *Intet at vide, intet at ville, intet at have*, en elegant betraktelse över rikedom (i alla avseenden) där mästern Eckehart får sista ordet.

Det är svårt att se vad som förbinder mästern Eckehart med Jean-Paul Sartre i det existenspsykologiska tänkandet utöver att de båda reflekterade över tillvaron och människans villkor. Begreppet "flow", som tydligen blivit på modet i Danmark på ett helt annat sätt än vad jag lagt märke till är fallet i Sverige, används av flera författare för att beskriva ett positivt uppgående i sig själv. Det förklarar allt och det förklarar ingenting i min läsning. Jag har svårt att finna dess epistemologiska plats. Jag har också svårt att se vad som förbinder *Livstemaers* författare med varandra förutom den vida ram inom vilket reflekterandet och samtalet om tillvarons mening är viktig. Det är en "hyggelig" bok, som jag tänker som en modern motsvarighet till predikosamlingen förr i tiden och

de uppbyggliga böcker som låg på borgerskapets sängbord.

Det slumpade sig att jag strax innan jag läste *Livstemaer* läste Elfriede Jelineks bok *Die Ausgesperrten* från 1980. Det är en icke "hyggelig bok". Det är en text som i skönlitteraturens form kritiskt undersöker existentiella problem, valets och frihetens villkor, med hänvisningar till Sartre och Camus. Liksom de, särskilt Camus, väljer hon, givetvis inte minst därför att hon är författare och inte fackfilosof, berättelsens form för sin undersökning. Hon argumenterar som Maurice Merleau-Ponty argumenterat mot Sartres teser i *L'être et le néant*. Individens är före sitt framträdande som reflekterande (och självreflekterande) subjekt kroppsligt invävd i ett historiskt och samhälleligt sammanhang, där val närmast blir efterrationaliseringar. De val som är aktuella i praktiken är de "små" val man måste göra som konsument och klient. Det är ett väljande som hör till det postmoderna samhällssystemets disciplinering av medborgarna. I sin uppsats *Att holde "åndsøjet" åbent* berör Finn Thorbjørn Hansen detta problem. "Med andre ord; Vores liv er ikke udelukkende et for-håndenværende projekt, noget, vi selv kan udkaste som vort eget projekt. Det er også en væren, som vi er indfældet i, og som vi – som stoikerne ville have sagt – må lære at tune os ind på." De gamla stoikerne skulle inte ha förstått den tekniska analogin "tune os ind på". Hur går det till? Hansen tänker sig att filosofisk vägledning skulle hjälpa oss.