

Indholdsfortegnelse

Redaksjonelt	194
Per Birkhaug, Per-Einar Binder, Geir Høstmark Nielsen: Barn og ungdom med seksualisert problematferd – innspill til en forklaringsmodell	198
Lise Winther: Modoverføringsreaktioner i forælder-barn-terapi.	214
Gerhard Wilke: Power & Play: a tale of denigration and idealisation.	237
Aslak Hjeltnes: Natur og narrativer: To akser i psykoanalytisk teori og psykoterapi.	252
Bogannmeldelser:	
Jens Hardy Sørensen: <i>Lars J. Sørensen: Smertegrænsen. Traumer, tilknytning og psykisk sykdom</i>	269
Jon Sletvold: <i>Trine Anstorp, Kirsten Benum og Marianne Jakobsen (red.): Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg</i>	272
Tommy Tallberg: <i>Ole Andkjær Olsen, Chr. Braad Thomsen og Bente Petersen: Fokus på Freud.</i>	276
Essay:	
Jens Hardy Sørensen: <i>Neuroaffektiv psykologi</i>	280

Table of Contents

Editorial	194
Per Birkhaug, Per-Einar Binder, Geir Høstmark Nielsen: Children and adolescents with sexualized problem behaviour – input to an explanatory model	198
Lise Winther: Counter-transference reactions in infant-parent psychotherapy.	214
Gerhard Wilke: Power & Play: a tale of denigration and idealisation.	237
Aslak Hjeltnes: Nature and narratives: Two axes in psychoanalytic theory and psychotherapy.	252
3 Book reviews	269
Essay:	
Jens Hardy Sørensen: <i>Neuroaffective psychology</i>	280

Redaksjonelt

Vi har i dette nummer av Matrix gleden av å presentere fire artikler fra norske, danske og engelsk/tyske forfattere og fagmiljøer. I tillegg presenterer vi fire bokanmeldelser, hvorav en er gitt en mer omfattende, essayistisk form. Vi ønsker også en ny svensk redaktør, Hanna Sitter Randén, velkommen i redaksjonen, og lar henne presentere seg selv rett etter vår redaksjonelle kommentar.

Våre valgte artikler dekker forskjellige områder og har dels kliniske problemstillinger i sentrum, men det dreier seg også om teoretiske, psykoterapeutiske overveielser, samt sosialpsykologiske betraktninger om makt og styrkeforhold innenfor helsevesenet.

Per Birkhaug, Per-Einar Binder og Geir Høstmark Nielsen presenterer en relasjonell psykoanalytisk modell for forståelse og behandling av barn som begår seksuelle overgrep mot andre barn. De forstår overgrepet som en "enactment" – *iscenesettelse* – hvis hensikt er å konkretisere og opprettholde den strukturelle organiseringen av opplevelser og erfaringer. Konfrontert med mulig psykisk *tilintetgjørelse*, eller tap av struktur og mening i opplevelsen av egen gryende identitetsfølelse ("hvem jeg er"), iverksettes desperate tiltak. Selve subjektiviteten står i fare for å tapes, og må reddes. Seksuell agering kan altså forstås som en måte å gi mening til hvem en er, i tillegg til at seksualiteten er et motivsystem som i seg selv gir økt følelse av vitalitet når det aktiveres.

Lise Winthers klinikknære artikkel viser med utgangspunkt i hennes egen praksis hvordan en klinisk forståelse av begrepet motoverføring kan hjelpe oss til å forholde oss terapeutisk til de prosesser som utspiller seg i psykoterapi med foreldre og små barn. Forfatteren analyserer og reflekterer over egne erfaringer i en foreldre-barn terapi, hvor den kliniske situasjonens egenart synes å forsterke terapeutens motoverføringsfølelser. Det understrekes at terapeutens adgang til og refleksjon over egne motoverføringsfølelser bidrar positivt til utvikling i foreldre-barn relasjonen.

Gerhard Wilkes åpningsforedrag fra European Federation of Psychoanalytic Psychotherapies sin konferanse i København presenteres på originalspråket. Gerhard Wilke er i utgangspunktet sosialantropolog og kjent for sine analyser av samfunnsforhold og andre storgruppefenomener. Han framførte også The

Foulkes lecture i London 18. mai i år og snakket om "transgenerational transference phenomena", eksemplifisert av hvordan barn av tyskere som hadde levd under krigen, fikk unngjelde for foreldrenes benektning og fortielse av det som hadde skjedd under Hitler. Denne gang tar han for seg spenninger mellom nye og tradisjonelle holdninger i offentlig helsevesen- hvordan terapeuter og administratorer kan dra i hver sin retning, og han presenterer tanker om hvordan man kan overleve og være med på å prege egen framtid.

Aslak Hjeltnes har skrevet en interessant teoretisk artikkel hvor han tar for seg et annet spenningsforhold, nemlig det man ser mellom psykoanalysen og nevrovitenskapene. Vil nyere psykobiologiske teorier og funn revitalisere Freuds tanke om psykoanalysen som et naturvitenskapelig kunnskapsområde? Hva med psykoanalysens humanistiske og meningsbærende perspektiv- kan de integreres? Hvordan blir konsekvensene for psykoanalysens framtidige teoriutvikling og praksis? Prosjektet er ambisiøst – du, som leser, får finne ut om han lykkes.

De anmeldte bøkene viser også spredning i tematisk valg: Jens H. Sørensen anmelder sin navnebror Lars J. Sørensens bok om traumer og traume-behandling som inneholder både teori, råd om praktisk, behandlingsmessig tilnærming og forskningsresultater. Stor vekt legges på den affektive avstemning i den terapeutiske relasjon, noe som stiller store krav til så vel terapeutens egne trygghet og evne til selvregulering, samt evnen til å mestre og balansere affekter i behandlingsprosessen. Jon Sletvold har tatt for seg en annen bok om traumer som er redigert av tre norske fagfolk. Han finner at boka både gir ny kunnskap og kan være nyttig når det gjelder både forståelse og behandling. Den anføres at man innenfor traumepsykologien vanligvis har vært opptatt av å bearbeide *innholdet* i traumatiske erfaringer, mens man i større grad burde arbeide med å *utvikle* den mentale kapasiteten til å integrere minnene og å *utvikle* kapasiteten til å regulere følelsene som minner utløser. Tommy Talberg har inspirert av 150 års jubileet for Freuds fødsel tatt for seg en antologi redigert av Ole Andkjær Olsen, Christian Braad Thomsen og Bente Petersen, hvor flere kjente danske psykoanalytikere går inn i noen av de emner Freud reflekterte over og skrev om, bl.a. det kliniske møtet (Aagaard), dødsdriften (Gammelgaard) og drømmen (Rosenbaum). Til slutt omtaler Jens Hardy Sørensen en bok av Susan Hart, hvor den nyeste viten fra nevrovitenskapene, utviklingspsykologi og barne- og voksenpsykologi knyttes sammen til en beskrivelse og forslag om behandling av en lang rekke psykiske forstyrrelser.

God fornøyelse!

Helge Holgersen

Steinar Lorentzen

Presentation av Hanna Sitter Randén, ny svensk redaktör i Matrix.

Den kända och älskade björn Winnie-the-Pooh, alias Ole Brumm (norska) och Nalle Puh (svenska) – det danska alias är tyvärr okänt för mig – hade en skylt över dörren till sin bostad där det med sneda bokstäver stod att läsa "SANDERS". Den norska varianten av A.A. Milnes berömda bok börjar med att berätta hur Ole Brumm bodde i en skog under namnet Sanders. Detta något motsägelsesfulla budskap förklaras på följande sätt: "Det betyr at han hadde navnet i gullbokstaver over døra og bodde under det".

Det är med en motsvarande känsla av identitetsförvirring som jag nu presenterar mig som svensk redaktör – för detta är nog första gång i mitt liv som jag explicit klassificeras som "svensk", trots att jag bott och arbetat i Sverige i över tjugo år. Jag blev spontant glad när jag blev tillfrågad att vara med och redigera Matrix, och samtidigt lite barnsligt smickrad, som att få några guldbokstäver påskrivna. Men allra mest var det just det nordiska perspektivet och samarbetet som fick mig att säga ja.

Jag är norska och studerade i min ungdom matematik, musik och engelska vid Oslo universitet. Efter att ha bott fyra år i Danmark på 70-talet och bland annat med begränsad succé vikarierat som lärare i danska i en barnskola, utbildade jag mig till klinisk pedagog vid Nic Waals institut i Oslo. Från att i början arbeta kliniskt i gränsområden mellan pedagogik och psykologi rörde jag mig allt mer i riktning psykoterapi, med speciellt intresse för psykos och psykosnära tillstånd. I Sverige fick jag möjlighet att formalisera mina intresseområden till ett konkret yrke när jag utbildade mig till legitimerad psykoterapeut, samt till lärare och handledare i psykoterapi. Jag fick också möjlighet att gå den än så länge enda specialutbildning som här i Sverige på högskolenivå funnits just i psykospsykoterapi.

Att jag missat det danska namnet på Winnie-the-Pooh får jag skylla på att jag under de år som jag bodde i Danmark helt blev upptagen av en annan men säkerligen beslätad björn som mina då små barn älskade med stor passion – nämligen Bamse Björn. Denna björn hade den lekfulla egenskapen att han varje morgon efter en närande pannkaksmåltid tillsammans med sina vänner konstruerade de mest fantastiska farkoster av relativt enkla material och reste jorden runt på nolltid för att sedan på kvällen alltid återvända hem till mors mycket förutsägbara pannkakor.

Jag undrar om inte min psykoterapeutiska stil har något bamse-björnskt över sig. Man tager vad man haver och vad man kan få tillgång till av möjligheter hos patienten, sig själv och organisationen. Sedan gör man en resa där impro-

visationer och överraskningar blandar sig med det redan bekanta, allt inom en översiktlig och relativt förutsägbar ram. I mitt dagliga arbete som psykoterapeut på Psykoterapienheten, Södra Stockholm har den kliniska verksamheten alltid haft det största utrymmet, blandat med handledning, undervisning och författarskap. Detta hjälper mig att bryta den isolering som terapirummets stängda dörrar annars riskerar att fånga psykoterapeuten i. Min senaste bok kom ut på Natur och Kulturs förlag i Stockholm år 2005 och har titeln "Magiska ögonblick – psykoterapi vid psykosor".

Just nu riktar sig mitt intresse mot att undersöka likheter och olikheter i de vanligaste psykoterapeutiska metoder som i Sverige leder fram till psykoterapeutlegitimation, och hur olika teoretiska inriktningar avspeglas i psykoterapeuternas beskrivningar av egna och andras metoder och kliniska arbetssätt. Jag hoppas att arbetet i Matrix kan hjälpa mig att vidga mina perspektiv och kunskaper i dessa för framtidens patienter och psykoterapeuter viktiga och utmanande frågor.

(Winnie-the-Pooh hedder Peter Plys på dansk – red.)

Redaksjonelt

Barn og ungdom med seksualisert problematferd – innspill til en forklaringsmodell

Matrix 2007; 3, 198-213

Per Birkhaug, Per-Einar Binder, Geir Høstmark Nielsen
Regionsenter for barn og unges psykiske helse – Vest
Unifob helse, Universitetet i Bergen

Hvordan skal vi forstå det som skjer når et barn eller en ungdom begår seksuelle overgrep overfor andre barn eller ungdommer, eller endatil overfor voksne? Spørsmålet blir spesielt viktig tatt i betraktning aktuelle bestrebelser på å styrke behandlingstilbudet til barn og ungdom som utviser denne type problematferd. Det finnes ingen enkelt teori eller konseptuell modell som forklarer alle aspekter ved seksuelle overgrep. Personlighetsmessige forhold, organiske faktorer, mangelfull impuls kontroll, detaljer ved selve overgrepssituasjonen og overgriperens tidligere livserfaringer kan hver for seg og sammen bidra til overgrepshandlingen. I denne artikkelen gir vi innspill til en psykodynamisk modell til forståelse av seksuelle overgrep begått av barn og unge. Et overgrep kan grunnleggende sett betraktes som et relasjonsfenomen. Derfor vil psykodynamisk forankret tenkning som vektlegger meningskonstruksjon innenfor rammen av den særlige kontekst som overgrepet finner sted i være nyttig – ikke bare for forståelsen av overgrepet som sådant, men også med henblikk på behandling. Traumer, aggresjon, seksualisering, affekt, sensitiv inntoning og omsorg, er alle begreper som kan bidra til utviklingen av en mer helhetlig modell for overgrepsfenomener. Overgrepet kan forstås som et desperat uttrykk for en truet subjektivitet, en sub-

Korrespondanse: Per Birkhaug, c/o Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, Christies gt. 12, N-5015 Bergen, Norge. E-mail: pbirkhau@broadpark.no

jeaktivitet formet av livserfaringer som motvirker utvikling a et trygt selv. Seksualisert problematferd hos barn og unge utfordrer på flere måter vår kulturs gjengse oppfatninger av barnet som et uskyldig og ukorrumpert menneskevesen, med behov for støtte, omsorg og beskyttelse. Gitt den forståelse som skisseres i artikkelen, blir det derfor en basal betingelse for behandling at terapeuten aksepterer det paradoksale: At barnets grenseoverskridende handlinger signaliserer både streben etter autonomi og et alvorlig behov for hjelp. Og at vi som behandlere er forpliktet til å hjelpe individet videre i dets måte å være i verden på, samtidig som vi ikke kan tolerere overgrepshandlingene som en streben mot nettopp dette mål.

NØKKEWORD: unge overgripere, forståelse av overgrepshandlinger, truet subjektivitet

Innledning

Ove er 15 år. Han bor sammen med mamma, søster på 12 og bror på 9 år. Mamma og pappa har delt omsorg. Ove og søsknene er hos pappa annen hver helg. Ove er henvist til psykisk helsevern for barn og unge (BUP) for utredning og eventuelt behandling etter at det kom for en dag at han har hatt "seksuell omgang" med sin tre år yngre søster. Etter samtaler med mor kommer det frem at den seksuelle omgangen har utviklet seg fra blotting og beføling til gjennomført samleie ved et ukjent antall anledninger.

Ovenstående utdrag fra en families historie er konstruert. Ikke desto mindre finnes Ove og hans familie. Og de er ikke alene. Forekomst av barn og unge med seksualisert problematferd i Norge er påvist og synes ikke å skille seg fra andre land det er naturlig å sammenligne oss med. Det er også grunn til å tro at flere tilfeller vil avdekkes etter hvert som tilbud om utredning og behandling blir etablert (Birkhaug et al., 2005).

Internasjonalt har fenomenet barn og unge som utfører seksuelle overgrepshandlinger vært gjenstand for forskning og klinisk arbeid i lang tid. I Norge er dette feltet av noe nyere dato. Fokus har tradisjonelt vært på ofrene for seksuelle overgrep som behandlingstrengende. Utøveren på sin side har snarere blitt møtt med moralsk fordømmelse. Dette er ikke enestående for Norge. Den britiske sosiologen Chris Jenks har påpekt det problematiske i møtet med barn som begår handlinger som ville ført til strenge fengselsstraffer hvis de ble utført av voksne (Jenks, 1996). I møtet med det "uforklarlige" søker vi desperate forklaringer. Green og Masson (2002) har vist hvordan dette kan gi seg utslag i alt fra benekting og minimalisering til avvisning, straff og demonisering.

I samtaler med Ove og mamma er det vanskelig å få en klar oppfatning av hva som faktisk har funnet sted mellom Ove og søsteren. Både Ove og mamma synes det er vanskelig å snakke om det. Etter hvert blir det imidlertid klart at Ove, etter en periode med blotting og beføling, har gjennomført samleie med lillesøsteren sin. Det kommer også klart frem at dette har foregått etter et sterkt press fra Ove. Hemmelighold har vært vesentlig, og Ove har forespeilet sin søster alvorlige konsekvenser dersom hun røper det som har funnet sted. Oves søster har imidlertid valgt å være åpen med mamma nå som alt har kommet for en dag, og hun forteller blant annet at omfang og hyppighet av overgrepene har tiltatt. To viktige spørsmål blir: Hvordan skal vi forstå det som skjer mellom de to søsknene? Og hvordan kan vi hjelpe Ove til et liv hvor han ikke begår overgrep?

Ove er som nevnt en konstruksjon som utelukkende tjener illustrative formål i denne artikkelen. Så langt har det korte utdraget av guttens historie bidratt til å angi settingen for det som er vårt anliggende: å nærme oss en forklaringsmodell for fenomenet barn og unge som forgriper seg seksuelt på andre. Konfrontert med barn og unges seksualiserte utagering har terapeuter stilt spørsmålet: "*Hva er det som skal behandles?*" (Birkhaug, Binder, & Nielsen, 2006). Spørsmålet er legitimt, ikke bare for å forstå fenomenet, men også med tanke på hva slags behandling som skal tilbys, og for å kunne vurdere behandlingsresultat. Dette aktualiserer i sin tur behovet for en forklaringsmodell.

I det følgende vil vi gi noen innspill til en slik modell, med utgangspunkt i psykodynamisk tenkning. Ingen enkelt konseptuell modell kan forklare alle aspekter ved barn som forgriper seg på andre barn. Seksuelle overgrep er komplekse fenomener som er overdeterminerte. Personlighetskarakteristika, organiske faktorer, nedsatt impuls kontroll som følge av legal eller illegal medisinerings, forhold i selve overgreps situasjonen og overgriperens tidligere livserfaringer kan alle tenkes å bidra til det Cox (1979) kaller *overgriperens endo-psykiske mønstre i overgrepsøyeblikket*. En psykodynamisk modell kan kaste lys over noen av de mange faktorene som ligger til grunn for slike mønstre.

Utgangspunktet for vår modell er det seksuelle overgrepet som konsekvens av psykologisk traumatisering hos et menneske i utvikling. Vi oppfatter i likhet med Atwood og Stolorow (1984) overgrepet som en "enactment" – *iscenesettelse* – hvis hensikt er å konkretisere og opprettholde den strukturelle organiseringen av opplevelser og erfaringer. Det overordnede målet for en slik konkretisering er i seg selv desperat: individets subjektivitet er truet. Konfrontert med mulig psykisk *tilintetgjørelse*, eller tap av struktur og mening i opplevelsen av egen gryende identitetsfølelse ("hvem jeg er"), iverksettes desperate tiltak. Selve subjektiviteten står i fare for å tapes, og må reddes. Seksuell agering kan være en måte

å gi mening til hvem en er, i tillegg til at seksualiteten er et motivsystem som i seg selv gir økt følelse av vitalitet når det aktiveres (Lichtenberg, Lachmann, & Fosshage, 1997). Et annet motivsystem som gir en forøket følelse av styrke, handlekraft og vitalitet er det aversivt-antagonistiske – raseriet en kan føle som svar på reelt eller forestilt angrep eller krenkelse (Lachmann, 2001). Når en ser at disse to motivsystem – seksualitet og aversiv-antagonisme – ofte (men ikke alltid) er koblet sammen i seksuelle overgrep, er det nærliggende å tenke seg at overgrepet kan være et desperat forsøk på å iscenesette et selv med handlekraft og styrke, der selvopplevelsen i utgangspunktet er grunnleggende truet. En annen psykodynamisk innfallsvinkel finner vi i "kontroll-mestringsteori" og dens postulat om "patogene antakelser" (Weiss, 1993). En patogen antakelse er en kraftfull emosjonell meningsstruktur, et rigid og smertefullt trossystem om en selv og forholdet til andre som har delvis ubevisste affektive og kognitive komponenter (Weiss, 1993). I tilknytning til seksualisert problematferd kan slike patogene antakelser være: "om jeg søker nærhet, vil jeg bli avvist", "om jeg viser sårbarhet, vil jeg bli utnyttet" eller "om jeg hevder meg selv, vil den andre bli skadet". Den kognitive komponenten av patogene antakelser er oftest ubevisst, mens noen av følelsene de gir opphav til – skam, skyld, depresjon, selvhat – oftere er bevisst tilgjengelig. Bader (2002) har studert seksuelle fantasiers funksjoner som måter å håndtere patogene antakelser på. Seksualitet er en kilde til vitaliserende opplevelser som i seg selv er uforenlig med dysforiske affekter som skyld, skam og ydmykelse, eller for den saks skyld angst og frykt. Derimot vil det å ta kontroll over skyld- og skamtema ved aktivt å være den som iscenesetter dem gjennom å gjøre "noe forbudt", eller være den som "søker" fornedrelsen, gi en lindrende opplevelse av å mestre vanskelige relasjonstema knyttet til patogene antakelser. Fantasier om sadistiske handlinger kan paradoksalt nok være måter å håndtere skyldfølelse knyttet til den selvhevende siden ved seksualiteten på. Slike fantasier rommer ofte også forestillingen om at offeret dypest sett "liker" eller "fortjener" å bli dominert eller utnyttet. Kulturelle myter om at offeret "egentlig likte det som skjedde" eller "inviterte til" overgrepet, finner sin basis i slike fantasier. Likeledes kan fantasien om å forføre en mindreårig, være en måte å håndtere skam knyttet til opplevelse av egen utilstrekkelighet på, eller en måte å snu passiv om til aktiv på ("nå trenger ikke jeg føle meg liten og hjelpeløs, det er det du som er"). Hvis den andre faktisk er liten og hjelpeløs, kan vi tenke oss at kontrasten mellom passivitet og aktivitet blir desto tydeligere.

Samtidig er det viktig å ha in mente at dikotomien overgriper/offer ikke er hensiktsmessig i alle overgrepshelasjoner. For eksempel kan det være vanskelig å sette merkelapper som "overgriper" og "offer" på søsken som viser gjensidig

normbrytende seksualatferd. I slike tilfeller kan det tenkes at den normbrytende seksualiserte atferden tjener som en gjensidig søken etter å avkrefte patogene antakelser. Gjennom sentrale begreper som traumer, aggresjon, seksualisering, affekt, og sensitiv inntoning og omsorg vil vi belyse forskjellige sider av en mulig psykodynamisk forklaringsmodell for fenomenet barn og unge med seksualisert problematferd. Vi ønsker imidlertid allerede her å gjøre det klart at vi ser det seksuelle overgrepet som et fenomen som best lar seg forstå og forklare innenfor en intersubjektiv ramme. Seksuelle overgrep er utpreget relasjonelle fenomener, og må i alle fall søkes belyst i forhold til overgriperens relasjonelle matrise (Mitchell, 2000), i mange tilfeller antagelig også offerets. Et seksuelt overgrep kan ikke finne sted uten at minst to mennesker er involvert. En intersubjektiv psykodynamisk forklaringsmodell vil derfor være en mulig innfallsvinkel til bedre forståelse av fenomenet.

Et overgrep?

Hva er det som har funnet sted mellom Ove og søsteren? Er det et ensidig overgrep, et utslag av utviklingsrelatert nysgjerrighet, en gjensidig affektregulering eller noe annet? Her blandes moralske aspekter med juridiske og psykologiske. Selv om handlingene hadde vært begrenset til blotting og beføling, ville vel de fleste likevel anse det som et overgrep. Men om "blotting av kjønnsorganer" ble byttet ut med "visning av kjønnsorganer", ville kanskje mange ha en litt annen oppfatning av handlingenes alvorlighetsgrad. David Pilgrim har pekt på at ordene og begrepene vi benytter i våre beskrivelser av fenomener ikke er verdinøytrale (Pilgrim, 2005). Riktignok er ikke overgrep i form av blotting og beføling av de aller mest alvorlige slagene. Det er tross alt ikke (fysisk) voldtekt det dreier seg om. Men dette er tredjepersonsvurderinger. Fra posisjonen til den overgrepet er rettet mot, ville ting kunne fortone seg annerledes.

Å definere et seksuelt overgrep er problematisk. Seksuelle overgrep omfatter et vidt spekter av menneskelig aktivitet og motivasjon som spenner fra nærmest harmløse og trivielle avvik fra en sosialt akseptert norm (for eksempel kikkering eller voyeurisme) til det ekstremt forstyrrede seksuelle drapet (Cox, 1979). Definisjon av seksuelle *overgrep* kan derfor best gjøres med utgangspunkt i offerets perspektiv, hvor følgende kriterier må ansees å være sentrale: En hvilken som helst seksuell interaksjon mellom personer av en hvilken som helst alder som utføres (1) mot offerets vilje (offeret protesterer eksplisitt), (2) uten noen form for samtykke, eller (3) på en aggressiv, utnyttende, manipulerende eller truende måte (Ryan, 1997). Samtidig åpner dette for et stort spenn av overgrep-satferd, slik Ryan (1997) også påpeker. Atferdsbegreper alene kan derfor ikke

legges til grunn for definisjoner av seksuelle overgrep. Relasjoner, relasjonsdynamikk og mening må også tas i betraktning. Det er videre vår oppfatning at vurdering av slike faktorer ikke må begrenses til dyaden overgriper – offer. Det er kanskje spesielt viktig å identifisere lignende elementer i overgriperens egen erfaringshistorie, hvor et varierende antall relasjoner vil kunne ha hatt innflytelse (Stolorow, Atwood, & Orange, 2002). Et annet interessant aspekt i en overgrepsrelasjon er betydningen av offerspesifikke karakteristika. Det synes å være en tendens til at overgriperen som oftest kjenner sitt offer fra tidligere (se blant annet Birkhaug et al., 2005). En mulig hypotese er derfor at valget av offer ikke er tilfeldig. Det faller imidlertid utenfor denne artikkelens ramme å gå nærmere inn på akkurat dette spørsmålet.

Ut fra Ryans (1997) kriterier for overgrep, er det som har foregått mellom Ove og søsteren å betrakte som et seksuelt overgrep. Vi vil imidlertid understreke at andre konstellasjoner av motivasjon, mening, atferd og dynamikk i relasjonen kan tenkes å gjøre *overgriper*, *offer* og *overgrep* til verdiløse begreper i den forstand at de i liten grad bidrar med forklaring av det som finner sted i relasjonen. Vi skal heller ikke neglisjere betydningen av kulturelle normer for hva som er passende atferd mellom mennesker av (svært) ulik alder, så vel biologisk som mentalt. Vi kan anta at slike kulturfestede normer i stor grad vil være innbakt i motivasjon, meningsdannelse og dynamikk, så sant de har vært gjenstand for en introjeksjons- og internaliseringsprosess.

Aggresjonens betydning

Ove har utøvd press mot søsteren. Han har også opptrådt truende for å få henne til å hemmeligholde det som har funnet sted. Vi aner en aggresjon hos Ove, selv om det i behovet for hemmelighold nok også ligger en viss frykt for sosiale reaksjoner og konsekvenser. Det synes rimelig å spørre: Hva er det Ove er sint for? Hva skyldes aggresjonen, og hvilken funksjon har den? Glasser (1979) har påpekt at aggresjon spiller en vesentlig rolle som motiverende faktor i de fleste seksuelle overgrep, både direkte (ønsket om å tilintetgjøre objektet) og indirekte via sadisme (ønsket om å la objektet lide). Hensikten er i følge Glasser å opprettholde en *psykisk homeostase* (Cannon, 1939). Stolorow, Atwood og Orange (2002) har begrepsatt dette som "desperat iscenesettelse av en truet subjektivitet". Nettopp *desperasjonen* i møtet med *trusselen* er etter vår oppfatning forklarende for aggresjonskomponenten i fenomenet seksuelle overgrep. Individets kamp for en subjektiv væren-i-verden (Heidegger, 1962) er desperat og krever desperate tiltak. Ut fra motivasjonssystemteori vil den konstruktivt selvhevdende aggresjonen ("jeg vil!") være av en noe annen karakter enn den

aversivt-antagonistiske ("jeg er truet, men har raseriets styrke til å overleve!"). Den "forøkning" i opplevelse av styrke og handlekraft som ligger i det "rasende" sinnet kan i seg selv virke forførende, og i særdeleshet der en ekstra tilførsel av kraft til selvfølelsen er desperat påkrevd. Spørsmålet om hvorfor situasjonen er blitt desperat melder seg nå med full tyngde. Og hvorfor kommer denne aggresjonen til uttrykk nettopp gjennom seksualiserte handlinger?

Det er også på sin plass å se nærmere sammenhengen mellom aggresjon og sadisme. Glasser (1979) har påpekt at det går et viktig skille mellom de to: Sadisme har som formål å opprettholde en relasjon, aggresjon å ødelegge den. Som tidligere påpekt, er det seksuelle overgrepet utpreget relasjonelt i sin natur. Er Oves motivasjon for å begå seksuelle overgrep mot søsteren å opprettholde relasjonen mellom de to eller å ødelegge den? Det er ikke gitt at svaret er et enten-eller. For å kunne svare på et slikt spørsmål, er det nødvendig med grundigere kjennskap til så vel Oves som søsterens utvikling og fungering i den sosiale settingen som familien (og eventuelt andre systemer) utgjør. Flere muligheter presenterer seg: søsteren kan representere en faktisk trussel mot Oves subjektive væren-i-verden, hun kan være et symbol for en slik opplevd trussel, eller hun kan representere et håp om å kunne vedlikeholde en truet subjektivitet. I de to første mulighetene vil aggresjonen ha som hensikt å ødelegge den truende relasjonen. Hvorfor ødeleggelsen ikke blir total, kan skyldes flere forhold. Streng og truende introjekter som sentrale elementer i en moralsk avhengighet (Freud, A., 1965) kan tenkes å opprettholde en atferdshemming som modifierer aggresjonens atferdsmessige uttrykk. I den siste muligheten vil sadismen, om enn malplassert, fungere til å opprettholde relasjonen. Svaret er på ingen måte enkelt, og kombinasjoner av disse og flere andre muligheter vil nok i de fleste tilfeller forekomme. Dypest sett kan vi tenke oss at vi her ser en gjenspeiling av den menneskelige eksistens stadig pågående dialektiske spenning mellom behovet for handlekraft og behovet for å relatere seg til andre (Aron, 1996; Bakan, 1966; Blatt & Blass, 1992; Safran & Muran, 1996; Winnicott, 1965). Vi kan imidlertid slå fast at aggresjon ligger til grunn for sadisme, og må derfor ikke neglisjeres når relasjoner, relasjonsdynamikk og mening skal vurderes. Allerede Freud påpekte at egos streben etter å opprettholde og vedlikeholde seg selv også kommer til uttrykk gjennom aggresjon rettet mot objekter som er kilde til ubehagelige følelser (Freud, S., 1915). Slik aggresjon motiverer i siste instans destruksjon, i motsetning til sadisme som motiverer påføring av smerte og/eller annet ubehag hos objektet, men altså også opprettholdelse av relasjonen (Glasser, 1979).

Utvikling av seksuell overgrepssatferd

Det aggressive aspektet i seksuell overgrepssatferd kommer tydelig til syne når overgrepet konseptualiseres som et desperat forsøk på å iscenesette en truet eller ikke eksisterende subjektivitet. Ismond Rosen har uttrykt det slik (Rosen, 1979):

"Action serves to avoid the aloneness with its immobilizing passivity that links with early traumatic experiences of separation from mother or both parents. This loneliness and object-loss carries an underlying quality of intense fear of abandonment, which is temporarily removed by the libidinalization in perversion" (s. 60).

Rosen peker her på en underliggende kvalitet av intens frykt for å bli forlatt, en frykt som får sin midlertidige lette gjennom libidinisering i perversjoner. Vi skal ikke her gi oss inn på nærmere diskusjoner og definisjoner av perversjoner. Det er tilstrekkelig å slå fast at innholdet og betydningen av slike er overdeterminerte og sterkt influert av verdivurderinger i samfunnet. Poenget er snarere at libidinisering eller seksualisering av handlinger bidrar til å regulere intens affekt som i seg selv kan være skremmende. Sett i forhold til behovet for å iscenesette en subjektivitet, ser vi her anslaget til å handle, forut for å være. Winnicott (1986) har fremholdt at individet må utvikle en opplevelse av å være før det kan handle: "I am before I do". Denne opplevelsen av å være er grunnleggende knyttet til behovet for å relatere seg til andre. Winnicott (1965) viser til det paradoksale, men dog fundamentale, behovet for symbiose med andre og for ensomhet. Mahler og Furer (1969) fremholder spedbarnets lengsel både etter symbiotisk enhet med mor og en naturlig forekommende tendens til individering. Opplevelsen av å være kommer ikke før behovet for å relatere seg til andre, ei heller er opplevelsen av å være et produkt av å være relatert til andre. De to er uløselig knyttet til hverandre i et spenningsforhold som må finne sin balanse gjennom integrering av affekter knyttet til de to. Når et individ som ikke har en opplevelse av å være, dvs ikke har utviklet en subjektivitet, utfører seksuelle overgrepshandlinger, må det forstås som primitive avverger mot truende affekt. Vaillant (1993) ser overgrepet som utagering og umodent forsvar, en konseptualisering som passer med tanken om desperat iscenesettelse av en truet subjektivitet. Vaillant hevder videre at overgrepet er en erotisert form for aggresjon som må forstås som en konsekvens av seksualiserte aggressive fantasier. Slike fantasier oppfattes i denne sammenheng som umodent forsvar på linje med utagering. Men igjen vil vi påpeke at aggresjonen ikke nødvendigvis

bare er "overgriperens". Også "offeret" kan tenkes å eie aggresjonen. Dersom "overgriper" og "offer" opplever et fellesskap i en verden som truer deres subjektivitet kan en *tredjehet* (Benjamin, 2004) oppstå der grensen mellom "overgriper" og "offer" viskes ut, og de to kan i fellesskap regulere truende affekt. I slike relasjoner vil heller ikke nødvendigvis aggresjonen være eksplisitt. Sublimerte uttrykk for aggresjon kan tenkes å bli dominerende, for eksempel som tristhet. I slike tilfeller vil resultatet ofte bli forvirring og kaos hos tredjepart når den seksualiserte relasjonen åpenbarer seg.

Mahler og Furer (1969) gir oss en pekepinn på hvordan individets utagering seksualiseres. Utviklingen av seksuell overgrepstatferd kan sees i sammenheng med *symbiose-* og *separasjon-individueringsstadiene* i spedbarnsutviklingen. Dette er faser av utviklingen hvor tilknytningserfaringer er spesielt viktige, samtidig som individet er spesielt sårbart for negative erfaringer i form av traumatiske opplevelser. Peter Fonagy og medarbeidere viser til empiriske undersøkelser, så vel andres som egne, som peker i retning av at tidlige traumer kan resultere i *defensiv* hemming av mentaliseringskapasitet, og at enkelte karakteristika ved personlighetsforstyrrelser kan ha sin rot i en slik hemming (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Nettopp hemmet mentaliseringskapasitet, eller manglende evne til empatisk innlevelse med sine ofre, er noe som synes å prege barn og unge med seksualisert problematferd (Ryan, 1997; Woods, 2003). Psykisk traumatisering i tilknytningserfaringer, spesielt i tidlige faser hvor individets mentale tilstand er kaotisk, fragmentert, og ikke integrert, vil føre til en gjennomgripende forstyrrelse av erfaringsstrukturaliseringen. Seperasjons- og individueringsprosessene som nettopp har som mål å utvikle et selvstendig individ med en unik subjektivitet, vil være sårbare for negative tilknytningserfaringer. Det er kjent at barn er seksuelle vesener også før puberteten (Barbaree, Marshall, & Hudson, 1993; Martinson, 1997). I en tidlig erfaringsverden, fortsatt under utvikling og uten klare og robuste strukturer, kan seksualiserte tilknytningserfaringer, selv av lavt intensitetsnivå, få dyptgripende følger for strukturaliseringen. Dette betyr ikke at tilknytningserfaringene nødvendigvis er seksualiserte i seg selv, men at erfaringsetableringen ikke skjer på barnets egne premisser. Det dialektiske samspillet mellom lek og virkelighet som danner grunnlag for barnets potensielle rom (Winnicott, 1971) forrykkes når virkeligheten representert ved "den andre" kommer til å dominere. Atwood og Stolorow (1984) fremholder at utilstrekkelig eller sviktende psykisk strukturalisering, for eksempel i form av å kjenne seg overvældet av kaos og usikkerhet i forståelsen av selv og andre, kan manifestere seg som psykisk lidelse. Når det gjelder barn og unge som viser seksualisert problematferd, er det vår oppfatning at lidelsen kommer til uttrykk gjennom utagering, konkretisert som seksuelle overgrep.

Tidlig traumatisering

Traumebegrepet har gjennom årene blitt gjort til gjenstand for omfattende forskning. The Penguin Dictionary of Psychology (Reber & Reber, 2001) tilbyr følgende definisjon: "From the Greek for wound, a term used freely either of physical injury caused by some direct external force or of psychological injury caused by some extreme emotional assault."

Det sentrale for vårt anliggende er psykologisk skade som følge av truende emosjonelle opplevelser, og at det utelukkende er individet selv som kan validere det truende i opplevelsen. Det emosjonelle angrepet kan sees som en konflikt mellom emosjonelle tilstander som ikke lar seg integrere fordi de utløser massiv eller konsistent mistilpasning fra omsorgsgivere (Stolorow, Brandschaft, & Atwood, 1987). Forsvar mot affekt blir nødvendig fordi slike ikke-integrerte affektive tilstander oppleves både som trusler mot den etablerte psykiske organiseringen, og mot vedlikehold av livsnødvendige bånd til omsorgsgivere. Livslange emosjonelle konflikter og en sårbarhet for traumatiske tilstander kan bli konsekvensen av den manglende integreringen (Stolorow, Atwood, & Orange, 2002). For barn og unge med seksualisert problematferd kommer forsvaret mot affekt til uttrykk gjennom iscenesettelser som representerer en konkretisering av etablerte, ikke-optimale psykologiske strukturer. Dette er ikke utelukkende teoretiske hypoteser. Rich (2006) viser til en rekke studier som peker i retning av psykisk traumatisering i tidlig barndom. Faktorer som tilknytning, sosial isolering og seksuell overgrepstatferd blir bundet sammen i et behov for sosial tilhørighet og oppnåelse av sosiale mål. Det er imidlertid ikke en enkel lineær sammenheng mellom aversive opplevelser i barndommen og senere utvikling av seksuell problematferd. Det er snarere slik at tidlige traumatiske barndomsopplevelser er å anse som generelle risikofaktorer for senere atferd. Også Bullens (2006) har presentert empiri som peker på likhetene mellom unge kriminelle uten seksualisert problematferd og barn og unge som viser slik atferd. Vi ser her anslag til en generell, underliggende tematikk som risikofaktor for utvikling av antisosial atferd. Seksti prosent av alle seksualovergripere starter sin "karriere" med et seksuelt overgrep, førti prosent med normbrytende atferd som ikke er relatert til sex. Årsakene til at enkelte barn og unge videreutvikler en seksualisert problematferd kan, som nevnt foran, være mange. Men betydningen av seksualitet som motivasjonssystem kan ikke på noen måte neglisjeres. For majoriteten vil imidlertid frekvensen av seksuell problematferd reduseres betydelig over relativt kort tid: Omtrent halvparten av alle prepubertale og pubertale "førstegangsovergripere" gjentar ikke overgrepstatferden. Den andre halvparten fortsetter sin normbrytende atferd, men hovedsakelig i ikke-sek-

sualisert retning. Over tid synes problematferden å rette seg mer mot materiell vinning enn mot nye seksuelle overgrep.

Når ordet "traume" nevnes i samme åndedrag som seksuelle overgrep, vil de fleste tenke på overgrepet som et traume for offeret. For overgriperens del har traumet inntrådt mye tidligere. Noen overgripere er selv blitt traumatisert på samme måte som det eller de ofrene de senere kommer til å stå i en relasjon til (se for eksempel Woods, 2003). Men selv om dette kan være en tilstrekkelig betingelse for utvikling av overgrepsatferd, er det ikke gitt at det er en nødvendig betingelse. Det er ikke bare massiviteten i den emosjonelle konflikten som kan føre frem til en ikke-optimal psykologisk struktur og konkretisering gjennom utagering i form av seksuelle overgrep. En konsistent opplevelse av emosjonell konflikt, for eksempel gjennom *malattunement* – ikke passende inntoning til barnet fra omsorgsgivers side – kan representere en like stor belastning som det massive angrepet, og med like store konsekvenser i form av traumatisering. Konsistent og vedvarende neglisjering av barnets behov vil ikke med nødvendighet fanges opp. Slik neglisjering kan være av svært subtil karakter og trenger heller ikke være bevisst opplevd fra omsorgsgivers side. En rekke faktorer knyttet til så vel barnet som omsorgsgiver(ne) og omgivelsene vil bidra til barnets opplevelse av konsistent emosjonell konflikt (Rich, 2006). Det er her viktig å understreke at dette ikke handler om skyld og skyldplassering hos omsorgsgivere. Vi vil derfor ikke gå inn på en diskusjon om omsorgsgiveres kapasitet for adekvat omsorg. Det er tilstrekkelig å slå fast betingelsene for slik adekvat omsorg varierer i stort omfang, og må vurderes individuelt og ikke kollektivt eller globalt.

Oves stemme

Her finner vi det riktig og nødvendig å la Oves egen stemme slippe til. Ove har en historie å fortelle som kan kaste lys over utviklingen hans frem mot en tenåring med seksualisert problematferd. Vi lar ham fortelle:

"Jeg husker ikke stort fra mine første leveår. Bare at mamma og jeg var alene. Mamma gråt mye. Når hun ikke gråt, var hun liksom langt borte. Hvis jeg gråt og var lei meg, fikk jeg som oftest kjeft. Jeg var slem. Mamma sa jeg bare laget problemer, at jeg ikke skjønnte hvor vanskelig hun hadde det. Jeg lærte fort å ikke gråte.

Da jeg var tre år, ble Siren, lillesøsteren min, født. Jeg husker ikke pappa. Han må jo ha vært der, ellers kunne det jo ikke blitt noe av Siren. Men jeg husker ham ikke. Jeg husker nesten ikke mamma heller fra den tiden. Bare Siren og meg. Hvor

glad jeg var i henne. Hvor godt det var å stryke den myke babyhuden hennes. Spesielt når hun skrek, og så ble rolig når jeg strøk henne. I begynnelsen var jeg mye sammen med Siren. Når Siren skrek og så ble rolig når jeg strøk henne, ble jeg helt rar innvendig. Glad på en måte. Og jeg merket at tissen min ble stiv og rar. Jeg vet nå at det heter ereksjon. Det var en god følelse. Etter hvert klarte jeg å løfte Siren ut av sengen når hun skrek. Hun likte det. Mamma merket ingenting. Kanskje hun ikke brydde seg. Så jeg tok henne opp, holdt henne på fanget mitt og strøk henne. Det var en god følelse.

Men mamma oppdaget etter hvert at jeg hadde tatt Siren opp. Hun ble rasende. Slo meg og tok Siren fra meg. Jeg hatet henne da. Etter det fikk jeg ikke være sammen med Siren alene. Hvis mamma ikke orket å passe på, låste hun meg inne på soverommet. Jeg kunne høre at Siren skrek.

Lillebroren min, Johan, har jeg aldri brydd meg noe om. Han har alltid vært mammas kjæledegge. Da Johan ble født, hadde mamma lite tid til meg og Siren. Jeg hatet ikke Johan for det, tvert i mot. Hadde det ikke vært for ham, ville mamma passet på at Siren og jeg ikke fikk være sammen. Det var bra at Johan ble født, jeg har bare aldri brydd meg noe om ham.

På skolen holdt jeg meg unna de andre. Jeg klarte meg bra, gjorde som jeg ble bedt om, var flink med leksene mine. Da var det ingen som brydde seg. Mamma hadde begynt å arbeide. Johan gikk først i barnehagen, etter hvert begynte han også på skolen. Ofte var Siren og jeg alene hjemme. Da lekte vi mor og far. Vi lekte sånn som vi skulle ønske det kunne vært. Hun likte fortsatt godt at jeg strøk henne. Jeg fortalte at jeg hadde pleid å trøste henne slik da hun var baby. Og jeg begynte igjen å kjenne den gode følelsen når jeg strøk henne. Jeg husker godt den dagen den følelsen eksploderte og jeg ble våt og klissete i underbuksen. Det var rart og litt flaut, men samtidig godt. Siren merket ikke noe. Ikke først. Etter hvert var det ikke nok å bare stryke og klappe Siren. Den gode følelsen ble liksom svakere og utydelig. Jeg merket at følelsen ble tydeligere når vi var tett sammen. Jeg trengte den følelsen. Så jeg fikk Siren til å kle av seg. Da kunne jeg ta på henne overalt. Etter hvert begynte jeg å kle av meg også. Siren syntes det var rart. En dag sa jeg til Siren at vi måtte legge oss i sengen under dynen for ikke å fryse. Jeg visste hva sex var, vi hadde hatt om det på skolen. Og jeg kjente nå at jeg bare måtte prøve det med Siren. Så jeg puttet tissen min inn i Siren sin, selv om hun strittet litt i mot. Etterpå var Siren helt urørlig og fjern. Hun sa ingenting. Men hun syntes ikke det var like gøy å leke lenger. Hun bare gjorde det, akkurat som om hun var litt redd meg. Jeg sa vi ikke kunne fortelle noen om leken vår. Sånn var det lenge. Helt til Siren ikke ville mer. Hun sa hun syntes det var ekkelt. Jeg sa hun ikke kunne si det til mamma. Da ville vi aldri få være sammen mer. Jeg sa at det måtte være slik, ellers kom vi til å bli sendt vekk. Så kommer jeg hjem fra

skolen og mamma er der. Hun er rasende. Hun slår, og skriker forferdelige ting. Kaller meg et monster. Etter det får jeg ikke være alene med Siren. Og en dag tar mamma meg med til noe hun kaller for BUP. Hun sier at legen har sagt at vi må gå dit. Jeg vet egentlig ikke hva BUP er. Jeg vil ikke dit.”

Er det håp for Ove?

Det har lenge vært et uavklart spørsmål hvordan seksuelle overgrep skal forstås og håndteres. Forebygging har i sterkere grad blitt dagens orden, og tidlig intervensjon sees av stadig flere som sekundærforebyggende. Hovedtyngden av forskningen på så vel voksne som barn og unge med seksualisert problematferd har rettet seg mot kategorisering og etablering av typologier (se blant andre Barbaree, Marshall, & Hudson, 1993; Bullens, 2006; Lowenstein, 2006; Långström, Grann, & Lindblad, 2000; Marshall & Serran, 2000; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989; Ryan, 1997). Typologier basert på atferdskategorier og karakteristika ved personen er ikke uten videre hensiktsmessig i tilnærmingen til det enkelte individ. Viktigere er det å høre den unges historie og spesielt hva slags mening den seksualiserte problematferden har for ham eller henne. Etter vår oppfatning må den intersubjektive, relasjonelle matrisen (Mitchell, 2000) stå sentralt. Denne er individuell og kan ikke typologiseres eller kategoriseres. Individets erfaringsverden er unik, og alle forsøk på å plassere individet innenfor en eller flere kategorier vil nødvendigvis være reduksjonistiske. Hvis Ove skal få hjelp til å endre sin væren-i-verden, slik den kommer til uttrykk gjennom hans atferd, må hans historie høres, spesielt med tanke på hvilken mening temaer som traumer, aggresjon, seksualisering, affekt, og sensitiv inntoning og omsorg har som motiverende elementer for Oves atferd. Det er vår antagelse at aksept for det paradoksale er viktig i behandling av barn og ungdom med seksualisert problematferd: At motivert atferd gir mening uten at det i seg selv forklarer etiologi. Overgrepshandlinger er noe mer enn tilfeldige utslag av spontane impulser. De er resultater av villet atferd som har til hensikt å iscenesette og posisjonere en subjektivitet relativt til andre subjektiviteter. Individet er avhengig av den relasjonelle matrisen for å kunne akseptere verden og seg selv. I en slik modell har også valget av offer betydning, og offerets karakteristika slik de gjenspeiler seg i overgriperens relasjonelle matrise, vil være blant de mange determinerende faktorer. Med utgangspunkt i en slik forståelsesmåte som er skissert her, vil atferdsmodifisering være hensiktsmessig bare i den grad atferdens mening blir akseptert av terapeuten. Hensynet til ofre, potensielle ofre, samfunnsmessige hensyn osv. blir ikke mindre viktige, men har liten terapeutisk verdi for Ove når hans subjektivitet er truet. Langt på vei kan vårt forslag til elementer som

bør inngå i en forklaringsmodell beskrives som paradoksiske. Det paradoksale kan gjenfinnes flere steder: For Ove er iscenesettelsen av en truet subjektivitet nødvendig for å overleve. Som terapeuter skal vi hjelpe Ove til å overleve, men kan ikke akseptere hans normoverskridende forsøk på samme. Våre innspill til en modell peker på flere faktorer som vi tenker bidrar til fenomenet seksuelle overgrep utført av barn og unge: Tidlig traumatisering i nære relasjoner, men traumatiseringen er ikke med nødvendighet objektivt verifiserbar. Aggresjon som grunnlag for overgrepssatferden, men atferden kan bære preg av seksualisert lek mellom likeverdige, der aggresjonen får et sublimert uttrykk som effektivt skjuler den. Seksualisering av tidlige nære relasjoner, men barnet eller ungdommen er ikke selv bevisst å ha inngått i seksualiserte relasjoner. Overgriperen ønsker å opprettholde en relasjon til sitt offer, men både overgriper og offer kan romme sterkt ambivalente følelser for atferd og relasjon. Til syvende og sist er modellskissen rent teoretisk. Ove finnes ikke, og likevel finnes det mange som ham. Ingen teoretisk modell kan forklare alle aspekter ved det seksuelle overgrepet, uansett alder på overgriper og offer. Likevel tenker vi at våre innspill til en modell kan være viktige bidrag til forståelsen av barn og unge med seksualisert problematferd. Vårt siste poeng er at i møtet med barn og unge som begår seksuelle overgrep er ikke det sentrale å løse alle paradoksene etter en strengt rasjonell atferdsmodifiserende modell, men snarere å akseptere og leve med dem. Bare gjennom terapeutens aksept for paradoksene kan hun eller han også bære håpet for Ove, inntil han befinner seg i en tilstand hvor han selv kan leve med paradoksene.

Referanser

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Atwood, G.E. & Stolorow, R.D. (1984). *Structures of subjectivity: Explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bader, M.J. (2002). *Arousal: The secret logic of sexual fantasies*. New York: Thomas Dunne Books.
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Boston: Beacon Press.
- Barbaree, H.E., Marshall, W.L. & Hudson, S.M. (1993). *The juvenile sex offender*. New York: The Guilford Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 4-46.
- Birkhaug, P., Binder, P.-E. & Nielsen, G.H. (2006). Unge overgripere – fenomen, psykoterapi og utfall. *Skolepsykologi*, 41, 17-30.
- Birkhaug, P., Ingnes, E.K., Kleive, H., Solberg, Ø., Mæhle, M. & Nielsen, G.H. (2005). Unge overgripere: En kartleggingsundersøkelse i Hordaland. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 987-993.

- Blatt, S.J. & Blass, R.B. (1992). Relatedness and self-definition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. Barron, M. Eagle & D. Wolitsky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (pp. 399-428). Washington DC: American Psychological Association Books.
- Bullens, R. (2006). *Criminal careers of young people who sexually abuse: some empirical findings*. Paper presented at Unge overgripere – Nordisk nettverkskonferanse og ESSAY konferanse. Bergen: Unpublished.
- Cannon, W.B. (1939). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Cox, M. (1979). Dynamic psychotherapy with sex-offenders. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviation* (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, A. (1965). *Normalitet og patologi i barndommen*. København: Hans Reitzel.
- Freud, S. (1915). *The interpretations of dreams*. London: George Allen and Unwin.
- Glasser, M. (1979). Some aspects of the role of aggression in the perversions. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviations* (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). New York: Harper and Row.
- Jenks, C. (1996). *Childhood*. London: Rutledge.
- Lachmann, F.M. (2001). *Transforming aggression : psychotherapy with the difficult-to-treat patient*. Washington, DC: Jason Aronson.
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M. & Fosshage, J.L. (1997). *The clinical exchange. Techniques derived from self and motivational systems*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lowenstein, L. (2006). Aspects of young sex abusers – A review of the literature concerning young sex abusers (1996-2004). . *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 47-55.
- Långström, N., Grann, M. & Lindblad, F. (2000). A preliminary typology of young sex offenders. *Journal of Adolescence*, 23, 319-329.
- Mahler, M. & Furer, M. (1969). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: infantile psychoses* (Vol. 1). London: Chatto and Windus.
- Marshall, W.L. & Serran, G.A. (2000). Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 85-96.
- Martinson, F. (1997). Sexual development in infancy and childhood. In G. Ryan & S. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction* (pp. 36-58). San Fransisco: Jossey-Bass.
- Mitchell, S.A. (2000). *Relationality. From attachment to intersubjectivity*. Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Pilgrim, D. (2005). Defining mental disorder: Tautology in the service of sanity in British mental health legislation. *Journal of Psychic Health*, 14, 435-443.
- Reber, A.S. & Reber, E. (2001). *The Penguin dictionary of psychology* (3 ed.). London: Penguin Books.
- Rich, P. (2006). *Applying attachment theory to the treatment of juvenile sexual offenders (Understanding juvenile sexual offenders through the lens of attachment theory)*. Paper presented at the 16th Annual Conference of the National Organisation for the Treatment of Abusers. York: Unpublished.

- Rosen, I. (1979). The general psychoanalytical theory of perversion: a critical and clinical review. In I. Rosen (Ed.), *Sexual deviation* (2 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Ryan, G. (1997). Sexually abusive youth. Defining the population. In G. Ryan & S. Lane (Eds.), *Juvenile sexual offending, causes, consequences and corrections* (pp. 3-9). San Francisco: Jossey-Bass.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 447-458.
- Stolorow, R.D., Atwood, G.E. & Orange, D.M. (2002). *Worlds of experience. Interweaving philosophical and clinical dimensions in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R.D., Brandschaft, B. & Atwood, G.E. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Vaillant, G.E. (1993). *The Wisdom of the Ego*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York: Guilford Press.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications Ltd.
- Winnicott, D.W. (1986). *Home is where we start from*. London: Penguin Books.
- Woods, J. (2003). *Boys who have abused*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Abstract

Per Birkhaug, Per-Einar Binder, Geir Høstmark Nielsen: Children and adolescents with sexualized problem behaviour – input to an explanatory model. *Matrix* 24, 198-213.

How are we to understand the phenomenon of children and adolescents who commit sexual offences against other children, adolescents, and even adults? This question seems to be particularly important given the enhanced focus on treatment of this particular kind of problem behaviour. No single conceptual model can explain every aspect of the sexual offence. Personality variables, organic factors, impaired inhibition, offence specific details, and the offender's previous life experiences may contribute to the phenomenon of offence. In this article, we offer input to a psychodynamic model for the understanding and explanation of children's and adolescents' sexually offending behaviour. The sexual offence is basically a relational phenomenon. Therefore, any relational psychodynamic input emphasizing the construction of meaning in the offence specific relational context may be of value to understanding and explaining, and eventually also to the treatment of, young sexual offenders. Trauma, aggression, sexualisation, affect, sensitive atonement, and caring are all concepts that may contribute to a prospective model. The sexual offence may be understood as a desperate enactment of a threatened subjectivity, a subjectivity structured through life experiences adverse to the development of a secure self. Children and adolescents' sexual problem behaviour stand in sharp contrast to the very concept of the child which has been predominant through the last centuries: the innocent, uncorrupted human being in need of care, support and protection. Given the understanding sketched out in this article, a primary condition for treatment may be the therapists' acceptance of the paradoxical: The child's harmful behaviour signalling both capacity for autonomous being and a severe need for help. As therapists, we have a duty to try to further the individual's being-in-the-world, but at the same time we cannot accept the sexual offender's own struggle towards that very goal.

Modoverføringsreaktioner i forælder-barn-terapi

Matrix 2007; 3, 214-236

Lise Winther

Artiklen omhandler, hvordan det psykoanalytiske begreb 'modoverføring' synes at bidrage til en rigere forståelse af, hvad der foregår i psykoterapi med forældre og små børn. Modoverføringsforståelsen tager udgangspunkt i det objektrelationsteoretiske felt, hvor især begreberne projektiv identifikation og containment belyses. Med denne modoverføringsforståelse forsøger forfatteren at analysere og reflektere over egne erfaringer i en forælder-barn-terapi, hvor den kliniske situations egenart synes at forstærke terapeutens modoverfølelser. Der peges på, at terapeutens adgang til sine modoverfølelser synes at bidrage til udviklingen i terapien og dermed til udviklingen i forældre-barn relationen.

'Projections do not pass by magic through the air. They are subtly conveyed to babies by eye contact, facial expression, tone of voice, holding and handling.(...) Our capacity for emotional attunement to details too fine for conscious processing contributes to the counter-transference which informs our thinking' (Hopkins, 2003, s.129).

Indledning

I denne artikel interesserer jeg mig for at vise, hvordan det psykoanalytiske begreb 'modoverføring' kan bidrage til en rigere forståelse af terapi af forælder-barn-relationen¹. I forbindelse med en casepræsentation fra en forældre-barn-terapi, vil jeg ud fra nogle teoretiske overvejelser vise, at når terapeuten

*Lise Winther, cand.psych.aut., Emdrup Engvej 6, DK-2400 København NV, Danmark.
E-mail: liwin@get2net.dk*

bliver opmærksom på sine egne reaktioner i samværet med familien, lytter til og tænker over dem, kan hun foretage modoverføringsbaserede interventioner, som resulterer i en positiv udvikling i familiens tilstand og i forældre-barn-relationen

Fokus er valgt med udgangspunkt i mit tidligere arbejde i en kommunal tværfaglig behandlingsenhed for gravide og forældre med børn fra 0 til 2 år. Det forebyggende aspekt, der er en væsentlig del af behandlingen rettet mod trivsels- og psyko-sociale problemer hos familier med 0-2-årige børn, har været den bærende ide, siden tilbuddet blev oprettet som projekt i 1995. Der tilbydes intervention over for risikogrupper, som f.eks. børn af forældre, som er psykisk syge, svagt/dårligt begavede, misbrugere, samt til forældre, hvis børn fødes som konstitutionelt vulnerable (premature og syge/handicappede børn).

Det er nødvendigt at bringe en fler- og tværfaglig ekspertise i anvendelse over for denne målgruppe, og erfaringsmæssigt er det en fordel, når en række af metoder kombineres. Metoderne kombineres mht. individuel kontakt, forældre-kontakt, forældre-barn-kontakt og med gruppemetoden. Der anvendes en overvejende psykodynamisk referenceramme, samtidig med at elementer fra andre teoretiske indfaldsvinkler kan bringes ind i behandlingen efter behov, – det kan eksempelvis være en systemorienteret tænkning eller teknikker, som har et kognitivt adfærdsorienteret udgangspunkt, foruden elementer af pædagogisk behandling og socialt netværksarbejde. Disse metoder tilpasses dels til den enkelte familie og dens problemstillinger, dels undervejs i behandlingsforløbet.

For nogle familier fungerer det bedst, når kombinationen af interventionsmetoder foregår adskilt såvel i tid og rum som med hensyn til terapeuter. Derfor kan nogle familier have kontakt med flere forskellige professionelle igennem et behandlingsforløb og arbejde parallelt med den samme problemstilling, f.eks. relationsbehandling og individuel psykoterapi og/eller forældrerådgivning. For andre familier må man være parat til at yde den hjælp, der er behov for, her og nu, både til forældre og spædbarn, hvis man vil etablere og opretholde en terapeutisk alliance i disse familier. Især når man har at gøre med spædbørnsfamilier i krise vil der ofte i en enkelt session foregå en integration af elementer af både rådgivning, praktisk hjælp, observation af forældre-barn-samspillet, indsigtsgivende psykoterapi og krisehjælp. Sidstnævnte metode er inspireret af Selma Fraiberg, som er en af de første psykoanalytikere, der har beskrevet, hvordan psykoterapi med gravide og nyblevne forældre adskiller sig fra almindelig psykoterapi. Fraiberg (1980) mener, at det gør en markant forskel for terapien, at spædbarnet er fysisk til stede i rummet og ikke blot bliver omtalt af forældrene. Især lægger Fraiberg vægt på, at spædbarnets tilstedeværelse fungerer som

en slags katalysator for forældrenes forandring, idet det emotionelle niveau i terapien øges, hvorved den terapeutiske proces accelereres henimod at 'befri spædbarnet fra forældrenes fortid'. Uanset om terapien foregår i terapeutens lokale eller i hjemmemiljøet, er det væsentligt for at understrege relationsperspektivet, at terapeuten signalerer villighed til eller inviterer til, at samværet foregår på gulvet.

Generelt henter behandlingsarbejdet inspiration fra ideer og erfaringer fra klinikere, som har grundlagt og udviklet det kliniske område, 'infant-parent psychotherapy'. Det drejer sig om Selma Fraibergs og hendes kollegers praksis, om Daniel Stern (1997) og de projekter, han opsummerer i sin bog 'Moderskabs-konstellationen', om Margaretha Brodén (1991) og kolleger på Victoriagården i Malmö, samt en række britiske psykoanalytisk orienterede terapeuter som f.eks. Winnicott (1960), Acquarone (2004), Hopkins (2003), Pozzi (2004) m.fl.

Stern (1997) siger, at effektundersøgelser viser, at forskellene i behandlingsresultat er marginale, når man har anvendt forskellige metoder af forælder-barn-terapi. Det ser ud til, at den største forskel i effekt ligger i rammerne omkring selve behandlingen og i forholdet til terapeuten snarere end i selve den terapeutiske metode. Derfor foreslår Stern, at selve definitionen af 'spæd/småbørn og deres forældre' som en klientgruppe og at arbejde ud fra denne gruppes specifikke situation er vigtigere end en diskussion af, hvilken behandlingsmodel der er mest hensigtsmæssig. Han mener, man kan beskrive terapi af spæd/småbarnet i dets familie, som et system af unik klinisk egenart, hvor de forskellige elementer (dvs. elementer bestående af forældrene, barnet, behandleren og deres respektive repræsentationer af hinanden) er gensidigt afhængige og eksisterer i en tilstand karakteriseret ved konstant, dynamisk gensidig påvirkning. Jeg ønsker især at undersøge og fremhæve terapeutens emotionelle og kognitive reaktioner som en væsentlig informationskilde om 'forældre-barn-relationen' og dermed som en del af det kurative element i forældre-barn-interventionen.

Hvem er 'klienten' i forældre-spædbarnsterapi?

Winnicott's berømte udsagn: "*There is no such thing as an infant, meaning of course, that whenever one finds an infant one finds maternal care, and without maternal care there would be no infant*" understreger hans tænkning om dyadens betydning for barnets udvikling (Winnicott, 1960, s. 39). Barnets kontakt med verden går gennem moren, som gennem sin omsorg fører barnet ind i virkeligheden. Orbach kalder Winnicott's teori for en relational teori: '*a theory that recognizes that the uniqueness of the individual is inextricably and intimately linked with the relationships within which it is formed*' (Orbach, 2002, s.125). I en for-

ældre-barn-intervention – i daglig tale ofte betegnet som relationsbehandling – anvendes umiddelbare observationer, erfaringer, kommentarer og refleksioner under sessionen med forældre og barn. Begge parter reaktioner indgår, og ikke mindst barnets bidrag har betydning. Idet der fokuseres på relationen mellem forældre og barn, er det relationen, der bliver behandlingsobjektet.

Når der opstår følelsesmæssige forstyrrelser i relationen mellem forældre og barn, eller når hhv. moren eller barnet viser symptomer på at mistrives, kan disse vanskeligheder ikke vente med at blive løst i en individuel terapi med forældrene. De sidste ca. 20 års forskning i den tidlige mor-barn-kontakt viser, hvordan det lille barn udvikler sin personlighed gennem en følelsesmæssig afstemthed mellem forælder og barn. Selvom forandringer kan ske gennem hele livet, peger neuropsykologiske undersøgelser på, at hjernen har sin vækstspurt i den prænatale periode og indtil de første par år efter fødslen, hvilket gør, at hjernen er mest følsom over for skadevirkninger i netop denne fase af barnets udvikling (Schore 1994, Hart 2006). Bradley (2003) opsummerer, at det tidlige samspil mellem forælder og barn har betydning for udvikling af barnets hjerne-strukturer, som bidrager til temperament, affektregulering og selvorganisering. Selvom hjernen tilsyneladende er en fleksibel struktur, er det sandsynligt, at der kan ske permanente forandringer i dens neurofysiologi i den tidlige udvikling. Endvidere finder Perry (1995), at tidlige traumer påvirker hjernen, som igen påvirker barnets adfærd og symptomproduktion og igen påvirker barnets funktionsmåde i samspillet med forælderen.

Det særlige er også, at det 0-3-årige barns udvikling skrider hurtigt frem, hvilket Stern (1997) mener klinisk set gør en sammenblanding af terapeutiske og udviklingsmæssige ændringer uundgåelig. Endelig er forælder-barn-relationens samlede udviklingshistorie begrænset, hvilket for den kliniske situation ofte betyder, at de vanskeligheder, der opstår, ikke når et meget fastlåst stade. Der findes derimod et betydeligt forandringspotentiale i de tidlige udviklingsstadier af forælder-barn-relationen.

Modoverføringsbegrebet

I megen psykoanalytisk litteratur anerkendes terapeutens anvendelse af modoverføring i stigende grad som 'hovedværktøjet' til at forstå nonverbal kommunikation og følelsesmæssige oplevelser, som er vanskelige at sætte ord på. Det var P. Heiman (1950), som introducerede det vigtige i at forstå terapeutens følelser som indikator for klientens tilstand, og altså at modoverføringsreaktioner i terapeuten kan betragtes som en kilde til information om klientens personlighed og indre. Når terapeuten reagerer på klienten, kan disse reaktioner sige noget

Modoverføringsreaktioner i forælder-barn-terapi

om klienten og dermed øge terapeutens forståelse af sin klient. Samtidig synes modoverføring at være bestemt af *'the fit'* mellem, hvad klienten projicerer ind i terapeuten, og hvilke tidligere strukturer der er til stede i terapeutens intrapsy-kiske verden (Gabbard, 1999, s. 21.). Terapeutens modoverføring består af både subjektive og objektive elementer fremkaldt i interaktionen.

Ifølge Spillius (2004) er projektiv identifikation både blevet Kleins mest populære begreb, men samtidig også det mest omdiskuterede med hensyn til definition og anvendelse. De britiske kleinianere er fortalere for at definere og anvende begrebet i så bred en form som muligt. De finder det f.eks. ikke klinisk brugbart at skelne mellem 'projektion' og projektiv identifikation' og argumenterer: *"What Klein's concept of projective identification has done has been to add depth and meaningfulness to Freud's concept of projection by emphasizing that one cannot have a phantasy of projecting impulses without projecting part of the self, which involves splitting, and, further, that impulses and parts of the self do not vanish when projected; they are felt to go into an object. Unconsciously, if not consciously, the individual retains some sort of contact with the projected aspects of himself"* (Spillius, 2004 s. 82). De britiske kleinianere finder det også mest hensigtsmæssigt at holde begrebet åbent i forhold til, hvorvidt 'modtageren' af projektionen bliver følelsesmæssigt påvirket af den projicerede fantasi eller ej (ibid).

Hinshelwood (1991) opridsrer modoverføring forstået som containment, som en proces, hvor målet er at terapeuten kan modtage klientens projektive identifikation og modificere (omdanne) denne del af klienten, som hun nu 'container', gennem sin egen mentale aktivitet, som foregår i hendes indre. Herefter re-projicerer terapeuten den modificerede udgave af den oprindelige projektion tilbage i klienten. Klienten har således udbyttet af at introjicere ikke blot den oprindelige del af sig selv, men også et aspekt af terapeuten, nemlig den forstående del af terapeutens psyke, som herigennem kan blive en indre ressource for klienten i dennes bestræbelser på at forstå sig selv (Hinshelwood, 1991, s. 256). Dette er essensen af Bions teori om containment, som er en af de mest anerkendte begrebsliggørelser af modoverføringsfænomenet.

Modoverføring svarer til, at moren opfanger den nonverbale kommunikation fra spædbarnet, når det oplever 'en følelsesmæssig storm' ('unbearable experiences'). Bion omtaler en tilstand hos moren, han kalder for 'reverie'. *"... Reverie is that state of mind which is open to the reception of any "objects" from the loved object and is therefore capable of reception of the infant's projective identifications whether they are felt by the infant to be good or bad. In short, reverie is a factor of the mother's alpha-function"* (Bion, 1962, s. 36). Tilstanden er således en ego-funktion i 'mothering', dvs. morens tænkende funktion, som kan forarbejde følelser og sanssemæssige oplevelser, såkaldte beta-elementer, og omdanne dem til alpha-

elementer. Denne forarbejdning eller filtrering af babyens oplevelser kalder han 'containment'. Visholm opsummerer, hvordan Bion antog, at projektive identifikationsprocesser etablerer *'en primitiv og fundamental kommunikationsform, som al verbal kommunikation bygger på og er afhængig af'* (Visholm, 1995, s. 34). Projektiv identifikation ses som det afgørende vigtige forbindelsesled (link) mellem mor og barn og senere mellem patient og terapeut. Bion antog, at projektiv identifikation er et led i al interaktion (ibid 1995), hvilket gør, at modoverføring kan forstås som normal projektiv identifikation.

Alvarez (1996) foreslår i forlængelse af Bions begreb om containment, at 'the getting back' proces, dvs. den, hvor barnet/klienten får sine intolerable følelser tilbage fra moren/terapeuten i en filtreret udgave, som er mere tålelig, som Bion senere kaldte 'transformation', – kan bestå af fire faser:

- 1) det modtagende eller containende stadie, når materialet først gør sit indtryk
- 2) den forarbejdningsproces, som foregår inde i terapeuten,
- 3) tolkningsarbejdet, som indeholder muligheden af enten at sende projektionerne tilbage til klienten eller ikke at gøre det
- 4) den effekt, tolkningen har på klienten – dvs. den måde, han hører det på, idet effekten kan adskille sig fra det, der var terapeutens hensigt.

Alvarez mener, at terapeuten oplever, at vægten kan ligge mere i den ene fase end i den anden alt efter kvaliteten af klientens projektive identifikation (Alvarez, 1996, s. 115).

Bang (2002) omtaler modoverføring på en overskuelig måde, som hhv. klient- eller terapeutinduceret, og adresserer herigennem mere direkte, hvor fokus på sender-modtager-forholdet ligger. Den terapeutinducerede eller subjektive modoverføring hos Bang hører til den enkelte unikke terapeut, hendes historie og liv samt hendes evt. uløste konflikter og ubearbejdede traumer/temaer, mens den klientinducerede modoverføring karakteriseres som objektiv, da den anses som 'en forventelig affektiv reaktion hos behandleren'.

Money-Kyrle er optaget af, at terapeutens modoverføring i og for sig forløber 'normalt', indtil der hos terapeuten forekommer 'periods of non-understanding', som bevirker, at modoverføring kan blive afvigende og føre klienten og terapeuten ind i en ond cirkel. Money-Kyrle beskriver vanskelighederne med at bedømme, hvorfra afvigelserne stammer, når han siger: "*... his understanding fails whenever the patient corresponds too closely with some aspect of himself which he has not yet learnt to understand. Moreover, some patients are much less co-operative than others. There are patients with whom the best of analysts find great difficulty*

in maintaining contact—with whom the 'normal' relationship is the exception rather than the rule. And even with co-operative patients, it is subject to fairly frequent breaks" (Money-Kyrle, 1956, s. 24). En vigtig pointe hos Money-Kyrle synes at være, at disse mindre tilfredsstillende 'states' formentlig fylder langt mere i det terapeutiske rum, end terapeuter husker og indrømmer (ibid. s. 31).

Bick (1962, 1964) erfarede som supervisor for børneterepauter og spædbarnsobservatører, at der i deres kontakt med børn og spædbørnsfamilier syntes at knytte sig særlige former for indre pres (internal stresses) og specifikke modoverføringsproblemer. Hun mente, at det ofte fremkalder 'angst', når barnet udtrykker sin nød. Dette tilskriver Bick den non-verbale kommunikation, hvormed spædbarnet og barnet udtrykker sig. Barnet udtrykker sig mere primitivt end den voksne. Jeg vil her tilføje, at barnet udtrykker sin unikke pre-verbale 'væren', som kan have et væld af fremtrædelsesformer, hvor jeg her blot vil nævne f.eks. dets stemningsleje, mht. om det er veltilpas og/eller alvorligt/glad, dets adfærd mht. opmærksomhed, koncentration, trøstbarhed. Er aktivitetsniveauet højt/lavt, kommunikerer barnet visuelt/auditivt. Hvordan fremtræder barnet mht. fysisk udseende, hvordan bevæger det sig kropsligt, muskulært/motorisk osv. Alt i alt en 'væren', som både er et resultat af og en del af samspillet med f.eks. moren, af barnets eget medfødte psykiske potentiale, og af dets aktuelle udviklingsmæssige stade. Når barnet i sit samspil med moren udtrykker sin hele væren (non-verbale adfærd), er dette en form for projektiv identifikation, som terapeuten registrerer/introicerer. Raphael-Leff udtrykker denne påvirkningskraft og intensitet: *"Close encounters with a new infant are highly arousing emotional experiences—rushes of cosy warmth and calm peacefulness often oscillate with moments of sheer panic and high tension provoked by exposure to wordless distress and acute neediness"* (Raphael-Leff, 2003, s. 233). Bick (1962, 1964) omtaler, at børneterapeuten og observatøren i høj grad er afhængig af sit 'ubevidste' mht. at finde mening i barnets leg eller non-verbale kommunikation. Ud over det særlige indre pres pga. nærheden til barnet omtaler Bick, at der under spædbarnsobservatørens samvær med dyaden også synes at udvikle sig en særlig modtagelighed for hhv. over- eller underidentifikation med moren.

Klinisk eksempel på den terapeutiske proces med fokus på modoverføring

Allerede i henvisningsmåden og i beskrivelsen af årsagen til henvisningen tegner der sig et billede af, hvilke mulige forventninger der venter terapeuten. Årsagerne til henvisning beskrives ofte med udgangspunkt i *forældrenes* van-

skelige psyko-sociale omstændigheder, hvilket den aktuelle case* er et eksempel på. Henvisningsårsagen kan også være, at et barn ikke trives, idet forældrene eller andre professionelle oplever, de har problemer med regulering af barnets søvn, mad, temperament etc. Hvad enten problemerne primært er beskrevet med udgangspunkt i forældrenes eller barnets perspektiv, er det terapeutens opgave at undersøge og intervenere med udgangspunkt i et relationelt perspektiv. Den indledende kontakt (tre til fem sessioner) mellem terapeut og familie udformer sig typisk som en 'arbejdende observationsperiode', hvor terapeuten undersøger/vurderer barnet og forældrene og deres unikke følelsesmæssige klima. Terapeutens mål er at skabe et rum, hvor hun kan få adgang til familiens følelsesmæssige oplevelser, og at katalysere til en proces, hvor hun sammen med forældre og børn kan kæde deres oplevelser og bekymringer sammen med faktuelle oplysninger og hendes egne observationer, følelser og tanker.

Terapeuten møder familien

Casen drejer sig om en familie med far og mor, begge i midten af 30'erne, en datter på 9 år og et spædbarn på 2½ måned. Begge forældre med mellemlange uddannelser og i arbejde, moren dog p.t. på barsel. Familien havde et godt familienetværk og boede i eget hus. Moren var forud for graviditeten velmedicineret pga. en affektiv sindslidelse. Ved sin første graviditet var det gået godt med en tidsbegrænset seponering af medicinen.

4 uger efter fødslen af familiens andet barn fik moren en alvorlig depression med suicidalforsøg og psykoselignende tilstande, som krævede indlæggelse. Graviditet og fødsel havde været normal og uden komplikationer, men moren havde pga. graviditeten haft en pause i sin depressionsforebyggende medicin. Babyen var på fuld amning, da moren akut måtte indlægges på psykiatrisk afdeling. Familien var i chok. Farens ældre søster (fasteren), som normalt boede langt fra familiens bopæl, indgik samtidig et samarbejde med faren om at tage sig af babyen og det ældste barn. Moren kom tilbage i hjemmet efter en 4 uger lang indlæggelse på psykiatrisk afdeling. I denne periode havde der ingen kontakt været mellem moren og babyen.

* Casen er anonymiseret og vigtige forløb i det terapeutiske forløb er udeladt med henblik på at fokusere eksemplerne, jeg ønsker at fremhæve. Det er ikke muligt at beskrive caseforløbet mange detaljer, hvorfor der måske vil opstå ubesvarede spørgsmål hos læseren undervejs. Den høje koncentration af opmærksomhed på modoverføring i materialet bevirker en underbetoning af de øvrige vigtige elementer i den terapeutiske proces. Casematerialet angives med kursiv, mens refleksionerne angives med almindelig tekst.

Parallelt hermed havde både den kommunale sundhedspleje og socialrådgiveren på psykiatrisk afdeling henvist familien til den kommunale 'tidlig indsats-enhed'. Henvisningsårsagen var en bekymring for moren, som fortsat var 'sprød og sårbar' og ikke havde ønsket at forlænge indlæggelsen. Forældrene var interesseret i at modtage støtte til deres familie.

Den første session foregik i familiens hjem, hvilket ikke er en ualmindelig kontekst for terapi af forældre-spædbarns-relationen. Ved det første hjemmebesøg mødte terapeuten moren, faren, babyen og fasteren. Terapeuten oplevede familiens virkelighed ganske konkret og 'live' gennem det personlige præg, måden de talte med hende og hinanden på, ordene og følelserne, der kom til udtryk. Terapeuten lod indtrykkene af familien og deres hjem bøje ind over sig. Samtidig måtte hun afgøre, hvornår 'timing'en' for interventioner var bedst.

Moren talte spontant om sine oplevelser af hændelsen, hun var opslugt af sin 'historie', imens hendes øjne fastholdt en insisterende kontakt med terapeutens. Faren og fasteren kom spontant med kommentarer, og terapeuten inviterede også til at høre om deres oplevelse, men det var primært moren, som talte. Moren var skræmt og chokeret over det psykiske sammenbrud, hun havde oplevet. Hun havde brug for at bearbejde oplevelsen, som hun beskrev som en følelse af at være faret vild, blevet væk fra sig selv. Hun var samtidig meget ked af det, følte sig afmægtig og skyldbetyngt. Faren og fasteren udtrykte ligeledes følelser af forskrækkelse, samtidig med at de begge signalerede, at de var ok ...

1. refleksion

Terapeuten oplever det, som om moren gennem deres blikkontakt ønsker, at terapeuten skal bjærge hende sikkert i land – terapeuten er meget opmærksom på, hvad der foregår på hendes 'inderside'. Morens tilstand af krisepræget angst, hjælpeløshed og sårbarhed påvirker terapeuten kontaktmæssigt, så hun føler det, som om moren kaster anker på hende. Det er, som om moren søger efter containment. En proces er i gang, hvor terapeuten registrerer, at hendes indre tilstand påvirkes kraftigt af hendes kontakt med moren. Det er nærmest en fysisk oplevelse for terapeuten, og der er ingen tvivl om, at hun bliver 'følelsesmæssigt forstyrret'.

Udgangspunktet synes at være en spændingstilstand hos moren, en indre konflikt mellem morens egen rummeevne og det, hun skal rumme. Moren afspalter et stykke psykisk materiale – den del af hende, som føler smerte spaltes fra. Det er sandsynligt, at morens projektive identifikation har et kommunikativt formål, dvs. at et element i noget af det, hun projicerer, er af den art, som Bion omtaler som normal projektiv identifikation, som ovenfor nævnt. Det er

også sandsynligt, at morens projektive identifikation er motiveret af, 'at selvet skaffer sig af med uønskede/forstyrrede dele og projicerer dem ind i terapeuten, for at undgå kontakt med en psykisk realitet', som Rosenfeld (1971) omtaler. Rosenfeld mener, at disse to typer af projektiv identifikation kan eksistere samtidigt eller skiftevis. Når terapeuten således mærker et pres i kontakten med moren, kan det måske netop ses som et udtryk for dette og for, at der i morens indre foregår det, som O'Shaughnessy beskriver som *"the oscillation between K and no K – the movement from being sane to being psychotic or vice versa"* (O'Shaughnessy, 1981, s. 184). Bion (1962) beskriver, hvordan personlighedens udvikling og vækst forudsætter evnen til at tænke over følelsesmæssige oplevelser, hvilket svarer til 'K' (knowledge). Samtidig er det at udvikle sig og lære noget om sig selv ofte en smertefuld proces, idet Bion antog, at kapaciteten til 'K' modsvares af en konstant tendens til intolerance over for frustration eller af smerten ved en følelse, som kan resultere i 'no K'. Når dele af morens projektive identifikation her ved det første møde non-verbalt rammer terapeuten med så stor en kraft, kan det hænge sammen med, at morens sind på én gang rummer både en psykotisk og en ikke-psykotisk funktionsmåde. O'Shaughnessy nævner, at terapeuten kan opleve klientens vedvarende brug af projektiv identifikation, som noget der langt ud over sessionen indvaderer med henblik på at vække involvering og handling – i stedet for 'K' (O'Shaughnessy, 1981, s. 180).

Gennem denne transport af psykisk materiale er det muligt for terapeuten intuitivt at forstå, både at morens indre konflikt kan være ud over, hvad moren selv kan rumme og at morens psykiske tilstand kan have et tilsvarende greb om resten af familien. Terapeuten lægger mærke til sine tanker om, at det nu gælder om at kunne tåle og holde til at blive præsenteret for psykisk smerte – ikke at blive bange selv. Hendes observationer af barnets, farens og fasterens reaktioner og adfærd bekræfter hende i sine modoverføringsfølelser. Nok var familien sammen under samme tag, fungerede og gjorde, hvad de skulle, men de var tilbagetrukne og knugede hver for sig. Terapeuten introjicerer det projicerede materiale og reagerer på det ved at rumme det og bruger denne containing-reaktion til at forstå mere om morens tilstand og forstå, hvordan denne påvirker resten af familien.

Terapeutens oplevelse i den første del af sessionen synes at svare til det modtagende eller containende stadie, når materialet først gør sit indtryk, som Alvarez omtaler.

Terapeuten observerede, at moren og fasteren skiftedes til at tage sig af babyen. Babyen bevægede sig i sin mors favn, hun skiftede stilling, hun kiggede kort på ham og gav

udtryk for, at han måske var sulten. Fasteren hentede en flaske, som moren gav ham. Han var stille, mens han spiste, og faldt i søvn under måltidet.

Terapeuten gav ved forskellige lejligheder i samtaleforløbet forældrene og fasteren tilbagemeldinger om, at hun opfattede, at deres familie var i en tilstand af chok, at mange af de reaktioner, de oplevede, var normale krisereaktioner, som gav mening på grund af de begivenheder, de havde oplevet.

Terapeuten foreslog en hyppig kontakt med dem i den nærmeste fremtid (dvs. 2 gange ugentligt i 2-3 uger) med henblik på at støtte dem til at bearbejde de mange tanker og svære følelser. Familien var interesseret i at se terapeuten, og de nødvendige aftaler blev truffet. Den første session varede ca. 1½ time, hvor en session ofte tager ca. 1 time, hvilket for terapeuten understregede familiens krisetilstand ...

2. refleksion

I denne tidlige fase af den terapeutiske proces fornemmer terapeuten familiens indbyrdes samspil og deres samspil med hende. Terapeuten oplever deres på én gang insisterende og tilbagetrukne væremåde, som et non-verbalt tyngende pres fra dem, som hun må forholde sig til og få bragt ind i processen. Terapeuten er i en tilstand af 'reverie', der kvalitativt synes at knytte sig til hvert enkelt familiemedlem, men som også har en flydende kvalitet over sig, som snarere registreres som en strøm, der går på tværs af den enkelte, og som kan være terapeuten fornemmelse af 'den totale familieatmosfære'. Måske kan dette være et signal om, at der i familiesystemet eksisterer det fænomen, som Byng-Hall (1999) kalder for 'interactional awareness'. Om dette siger han videre: "*shared capacity for interactional awareness allows for collaboration in protecting family members from potentially disturbing aspects of what is happening, and thus supports the security of the family base*" (Byng-Hall, 1999, s. 635).

Modoverføringen er en form for indikator for familiens sindstilstand, som terapeuten bl.a. kan bruge med henblik på valg af teknik/intervention. Hun føler umiddelbart et større pres fra moren end fra baby, far og faster – hvilket kan være et fingerpeg om morens akutte behov for hjælp til sig selv – og samtidig registrerer terapeuten hos sig en uro grundet barnets stilfærdige adfærd, som kan handle om, at babyen undgår at gøre opmærksom på sig selv? Hun observerer jo bare et barn, hvis udtryk er lidt stilfærdigt? Men hendes følelse af uro? Er det ikke, som om atmosfæren mellem babyen og moren og mellem babyen og faren/fasteren er svær at fornemme – de voksne er opmærksomme og kontaktfulde over for terapeuten, men måske er der en ubalance i forhold til barnet? Terapeuten tænker, at de 'gør alle de rigtige ting', dvs. passer ham som de skal, men at der også er en form for følelsesmæssig distance til ham

– han er her, men vi er ikke optaget af ham – han er lidt udenfor, faldet ud af relationen?

Bion siger: *“For example, when the mother loves the infant what does she do it with? Leaving aside the physical channels of communication my impression is that her love is expressed by reverie”* (Bion, 1962, s.35). Terapeutens uro afspejler måske barnets tab af sin mors og fars evne til reverie.

Når både moren, faren og fasteren har fået et kæmpe chok, vil deres emotionelle ressourcer i en periode være ustabile, hvorfor den nuværende ubalance i samspillet med barnet kan være en forbigående krise i kølvandet på morens sammenbrud. Men situationen kan også være et billede på en mere permanent tilstand – terapeuten må ’slå koldt vand i blodet’ og foreløbig bruge modoverføringen som information til sig selv. Hun bruger allerede her sine modoverføringsreaktioner som informationskilde til sig selv – husker dem og kan vende tilbage og bruge dem yderligere ved senere lejlighed.

Som tidligere nævnt peger Alvarez på ’containment’-processens faser. Terapeuten synes her at befinde sig i fase 2 og 3, hvor der dels foregår en forarbejdningsproces inde i terapeuten, dels et tolkningsarbejde, som i dette tilfælde betyder, at terapeuten *ikke* sender projektionen tilbage til moren, dvs. i form af et spørgsmål eller en tolkning. Sommerseth siger, at når terapeuter teoretiserer/intervenerer på et for tidligt stadium, kan det opfattes som et forsvar mod emotionel smerte/angst eller som en ignorering af denne (Sommerseth, 2001). Hun refererer Rustin, som hævder, at der kan være en pointe i at udholde ’living in the question’, dvs. ikke at lade egne følelser styre én mod for tidlige (teoretiske) slutninger og interventioner. I de næste sessioner er der behov for terapeutens hjælp i form af containment, kriseterapeutisk behandling og yderligere udforskning. Hun vil også observere mor-barn-samspillet nøjere for at forstå mere om barnets tilstand.

’En arbejdende observationsperiode’

Terapeuten inter文enerede i de efterfølgende sessioner overvejende kriseterapeutisk og jeg-støttende i forhold til forældrene/de voksne med elementer af yderligere observation og afklaring af babyens og familiens situation og psykiske tilstand, både enkeltvis og sammen.

Moren talte spontant om den skræmmende oplevelse, det havde været for hende at ’blive så syg’, men også hvor usikker og bange hun fortsat følte sig. Denne følelse blev yderligere forstærket af ’eftervirkningerne’ fra ECT-behandlinger under hendes indlæggelse, som betød, at korttidshukommelsen midlertidigt var svækket/læderet. Kriseterapien med hende måtte tage højde for dette, bl.a. gennem en systematisk

og minutiøs gennemgang af begivenhederne, som indebar, at faren og/eller fasteren måtte hidkaldes løbende med henblik på at 'fylde de glemte huller ud' for herigennem at støtte morens oplevelse af en mere sammenhængende selv-fornemmelse, når hun tænkte på begivenhederne. Terapeutens interventioner i forhold til moren bestod i at rumme hendes tanker og følelser og at støtte hende ved at anerkende hendes daglige bestræbelser på at finde hjem til 'sig selv' og sin familie igen og at synliggøre tegnene på dette.

Familien kunne profitere af de vekslende interventioner, hvor terapeuten så dem enkeltvis og sammen. Når moren ikke huskede helt tydeligt, hvad der var sket i forløbet, og terapeuten f.eks. 'tilkaldte' faren, inviterede hun samtidig forældrene til at dele deres tanker og følelser med hinanden, hvilket de gav udtryk for var vanskeligt for dem at håndtere på egen hånd i den aktuelt belastede situation. De oplevede, hvordan de i hverdagen hver især ønskede at tale med den anden, men at de begge ubevidst undgik hinanden. 'Bruddet' mellem dem syntes gradvis at hele. Der kom en fase i forløbet, hvor en betydelig kognitiv bedring var at spore hos moren. Også faren og fasteren virkede efterhånden mindre kriseprægede.

Under sessionerne observerede terapeuten, at familiens samspil med babyen virkede både indfølelse og omsorgsfuldt. Samtidig fik terapeuten indtryk af, at babyens adfærd fortsat var præget af en form for indadvendt uro. Han sov meget af dagen og foretrak tilsyneladende at ligge alene. Når moren tog ham op for at se på ham, vred han sig rundt og bevægede uroligt sine arme. Han kiggede væk eller forbi hende, når hun talte til ham. Ved måltiderne blev han mere rolig, samtidig med at han fremkom med en lyd, mens han suttede på sin flaske, som både kunne lyde klagende og nydende. Det var, som om han ikke ville gøre 'noget særligt væsen af sig'.

Terapeuten undersøgte, hvordan faren og fasteren havde oplevet babyens reaktioner på den pludselige adskillelse fra moren. Faren havde været den gennemgående person for barnet; babyen sov mest hos ham om natterne, af og til hos fasteren. Faren og fasteren havde på skift været sammen med babyen i dagtimerne. De oplyste, at babyen havde spist og sovet, som han hele tiden havde gjort, de tænkte, han ikke forstod, hvad der var hændt, eller viste tegn på dette, han var fortsat et 'nemt' barn. Efter hjemkomsten var moren atter blevet den primære for barnet ...

3. refleksion

I takt med at terapeuten bliver mere bekendt med familien, er hun i stand til at tage et 'indre skridt tilbage' for at reflektere over processen, hun har deltaget i sammen med familien i begyndelsesfasen. Hvilken indvirkning har familien haft på hende? Hvordan har familien 'svaret' hende? Hvordan har hendes måde at kommunikere på indvirket på dem? Hvordan har den følelsesmæssige stemning

været imellem dem? Mens familien er i krise og ikke selv er i stand til at tænke klart, har familiens følelsesmæssige tilstand forplantet sig til terapeuten, som nu arbejder med at 'containere' den. Terapeuten 'lytter indad' til de tanker og følelser, som mødet med denne familie aktiverer i hende – for at blive i stand til at anerkende hvert enkelt familiemedlems følelser og forbinde dem med de andre og samtidig give sig selv rum til at lade interventionerne 'falde' på rette tid og sted.

Terapeutens indtryk fra rækken af de første hjemmebesøg aflejrer sig hos hende som en form for pres. Hun lægger mærke til, hvordan hendes tanker imellem sessionerne ofte beskæftiger sig med moren, hendes baby og familie. Terapeuten 'udlåner' sin psykiske kapacitet som en slags stedfortræder for moren/forældrene og barnet i deres relations tjeneste. Tankerne kommer bare af sig selv, uden hun i første omgang tager notits af det. Tankerne ledsages af følelsesmæssige stemninger som uro, forvirring, tristhed. Især er der en generende fornemmelse af 'noget, der ulmer', når terapeuten tænker på barnet. Han virker fortsat 'for nøjsom' i samspillet med sin mor. Faren og fasteren beskriver ham som 'nem', men hvad betyder det? Mener de mon, at deres baby ikke forstår noget? Hvem er det, der ikke forstår eller tør forstå, hvordan situationen kan se ud fra babyens perspektiv?

Terapeuten føler nu, at hun har været fanget ind af især morens personlige 'narrativer', af morens oplevelse af kaos i sin indre verden og af hele den kriseprægede atmosfære omkring hende. Parallelt med terapeutens 'overinvolvering' i morens perspektiv er barnet midlertidigt 'sat på hold' uden at blive skænket særlig opmærksomhed. Når terapeuten har følt sig presset, skyldes det måske ikke udelukkende familiens krisestemning generelt, men morens angst og 'hul-lede' hukommelse i særdeleshed?

Hun kan ikke udelukke, at hun måske på samme måde som forældrene har forstærket sit forsvar for at undgå den faresituation, der kan ligge i at slippe barnets følelse af forladthed, forvirring og chok ind i sit system. Når han er så stille og nem, kan det være tegn på, at han har mistet sin forventning om sin mors tilbagevendende? Måske har terapeuten 'colluderet' med forældrenes ubevidste benægtelse af babyens mentale eksistens? Er der nu tale om en klient- eller terapeutinduceret modoverføring? Terapeuten stopper op og føler sig forvirret med hensyn til, hvem der tænker og føler hvad. Er der mon en form for terapeutinduceret modoverføring på spil, der som sådan ikke udelukkende kan tilskrives morens projektive processer? Hvorfor er det så vanskeligt at holde fast i uroen, som dukker op, når hun tænker på barnet? Når hun er i stand til at identificere sig med en mekanisme hos forældrene, som 'afmonterer' babyens individualitet, er hun måske tilbøjelig til at reagere på denne måde, fordi

situationen reaktiverer et lignende tema fra hendes egen fortid? Kan det være et ubearbejdet traume i terapeutens egen historie?

Når terapeuten tænker på moren, fornemmer hun intuitivt, hvor bange og magtesløs moren må føle sig, når samtalen drejer sig om hendes sammenbrud. Morens angst vækker 'liv-redder'-følelser i terapeuten. Når terapeuten tænker på barnet, registrerer hun stærke følelser af tristhed og uro.

Terapeuten føler sig splittet. Hvorfor føles identifikationen så meget som et 'enten-eller' – moren eller barnet? Er der en mulighed for at intervenere, så dilemmaet kan løses op? Hvordan kan terapeuten på én gang containe morens angst, som knytter sig til en væsentlig del af hendes selvoplevelse og samtidig skabe et rum for en udveksling om barnets velbefindende? Terapeuten føler sig tiltagende presset ind i et dilemma om på samme tid at rumme og være der for både moren/faren og barnet med udgangspunkt i deres akutte psykologiske behov.

De vekslende identifikationer med snart den ene og snart den anden er krævende for terapeuten. Hvilke indfaldsveje skal terapeuten vælge med henblik på at få forældrene til at blive mere nysgerrige over for babyens oplevelser af begivenhederne? Selvom terapeuten i den indledende kontakt har klargjort, at hun har barnets perspektiv som udgangspunkt for sin kontakt med dem som familie, kan forældrene måske opleve, at hun netop har signaleret, at barnet ikke er vigtigt, at terapeuten i det store og hele har ignoreret ham indtil nu til fordel for især morens perspektiv?

Vil denne mor føle sig forfulgt, skubbet væk eller støttet af terapeutens invitationer til at indtage babyens perspektiv? Terapeuten fornemmer, at hendes kontakt med moren er essentiel og den terapeutiske alliance mellem dem væsentlig for det videre samarbejde. Samtidig er terapeuten måske fortsat følelsesmæssigt påvirket – uden at følelserne er transformeret til mere klare tanker. Hun må afvente den rette timing og foreløbig stole på, at hendes containment af morens tilstand også vil vise sig at være frugtbar for mor-barn-relationen.

De sidste sessioner

I de efterfølgende sessioner inviterede terapeuten moren til at tale mere om sin tilstand og 'de syge tanker' før indlæggelsen og koble dem til sine tanker og følelser for sin baby her og nu. Moren havde i sin depressionstilstand forsøgt at begå selvmord ved at tage nogle piller, da hun havde haft vrangforestillinger om, at hun var en abemor, der måske kunne finde på at slå sin unge ihjel. Terapeuten talte med moren om de mulige måder, hendes tilstand og de 'syge' forestillinger kunne forstås på. Moren tillagde det mening at tænke på, at hun havde handlet hensigtsmæssigt over for barnet, at hun

havde reddet barnets liv, dels ved at forsøge at begå selvmord for at beskytte barnet, dels ved efterfølgende at tilkalde en ambulance for selv at få hjælp – og derigennem sikre, at barnet havde en mor. Samtidig var moren skræmt ved denne side af sig selv, som hun fortsat ikke følte sig sikker på, hun ville være i stand til at kontrollere.

Hen mod afslutningen af forløbet tog moren spontant initiativ til at tale med terapeuten om den betydning, adskillelsen muligvis havde haft for hendes baby. Når terapeuten udtrykte indlevelse i, hvor bange moren måtte have følt sig, og hvor pinefuldt det måtte have været for hende at være i en tilstand, hvor hun ikke vidste, om hun kunne gøre barnet fortræd, kunne moren indleve sig i, at barnet måske havde været meget bange og følt sig forladt. Moren udtrykte stor skyldfølelse og magtesløshedsfølelse mht., hvorvidt hun kunne gøre det godt igen. Moren frygtede, at barnet måske ville være skadet, uden vi kunne vide det. Terapeuten vejledte moren i at tale med babyen om, hvad der var sket, og hvad moren forestillede sig, babyen havde følt. Kunne moren tale til babyen om, hvor bange han måske havde været, da han kunne mærke, at hans mor var i tvivl om, hvorvidt hun ville ham noget godt eller noget ondt? Kunne moren fortælle ham, at hun ikke havde været rask nok til at være sammen med ham og passe godt på ham? At hun kunne forestille sig, hvor bange og alene han måtte have følt sig, da han troede, hans mor var blevet væk. Kunne hun nævne, at hun nu vidste, at han må have følt sig forladt af hende, og derfor gjorde han sig helt stille? Kunne hun gentage over for ham, at hun nu atter var rask og i stand til at passe godt på ham? Moren var indstillet på dette og talte efterfølgende om, at barnet havde reageret med at lytte intenst til hendes ord, mens han havde sukket og spændt af i kroppen.

Hvorvidt moren herefter af sig selv begyndte at være mere opmærksom på og kontaktfuld med sin baby, og i hvilket omfang terapeutens modoverføringsbevidsthed havde påvirket samspeilet mellem dem, er ikke til at vide – en mærkbar forandring var sket. Når terapeuten i sessionerne talte med moren/forældrene, observerede hun nu en mere aktiv baby, som gradvist pludrede og bevægede sig mere livligt. Han begyndte nu at kigge på sin mor og frembragte klagende lyde, når han var utilfreds med noget, hvilket moren reagerede på ved at tale med ham, og de havde stadig flere og længerevarende dialoger. Han gav efterhånden tydeligere udtryk for sine behov og følelser, snart var han tilfreds og pludrede velfornøjet, mens han lykkedes med at få en rangle ind i munden, snart bevægede han sig utålmodigt, krummede sig sammen og hev sin mor i blusen, når han så sin flaske.

Afsluttende refleksion

Terapeuten forsøger at forstå mere om morens tilstand og trækker samtidig morens opmærksomhed i retning af mulige sammenhænge mellem morens tilstand og hendes baby ved at invitere hende til at reflektere sammen med sig. Dette initiativ synes at stimulere moren til en dybere bearbejdning af hendes oplevelse. Måske er det et udtryk for, at terapeuten 'udvikler sin container' funktion undervejs i forløbet, hvor definitionen af projektiv identifikation som en integreret del af overførings- og modoverføringsprocesserne kan bruges til at forstå interaktionen mellem moren og terapeuten, idet terapeuten anvender de gentagne runder af projektive og introjektive identifikationer til at modificere/mildne morens angst.

Det har tilsyneladende en effekt på samarbejdet mellem moren og terapeuten, at terapeuten inden i sig selv har transformeret både morens og sin egen angst og dernæst foretager en modoverføringsbaseret intervention. Det er, som om der først nu bliver plads i rummet mellem dem til, at terapeuten kan adressere det, hun fornemmer som 'smertepunktet'. Disse 'trin' svarer til Alvarez' 3. og 4. fase i 'containment'-processen og antyder en mulig sammenhæng mellem terapeutens modoverføringsbevidsthed, hendes intervention og den effekt, interventionen har på moren, som matcher til terapeutens intention.

Det er også sandsynligt, at moren ville bevæge sig videre i den dybere bearbejdning, uden at terapeuten verbalt havde 'sat hende i gang'. Moren ville måske på andre måder have registreret terapeutens indre transformationsarbejde. Visholm (1995) refererer til Bion, som siger, at når de gentagne projektive og introjektive interaktionsprocesser mellem patient og terapeut fungerer, føler patienten sig i kontakt med terapeuten. Hinshelwood refererer hhv. Rosenfeld og Brenman Pick, når han omtaler, at patienter er sensitive over for terapeutens følelser og terapeutens metode til at 'cope' med disse følelser. Han siger videre: *"Because one of the implications of the cycle of projective and introjective identifications is the process of modification in the analyst, who is required to have the stability of mind to cope with intolerable anxieties without becoming overly disturbed himself, it is in fact the patient's perceptions of the analyst's ability to modify anxiety that is really the important component"* (Hinshelwood. 1991. s. 260). Modoverføringsforståelsen synes her at antyde, at når morens opfattelse af terapeutens 'indre arbejde' virker betryggende på hende, vil alene denne opfattelse virke terapeutisk og f.eks. befordre yderligere bearbejdning af traumatet.

Når terapeuten taler med moren/forældrene, ser babyen ud til at blive vitaliseret, hvilket synes at forbinde sig til, at graden af følelsesmæssig tilgængelighed øges i takt med, at chokket og angsten dæmpes. Måske giver terapeuten moren

nogle af hendes egne følelser/tanker tilbage i en bearbejdet/tolerabel form, som igen stimulerer morens egen iboende kapacitet til at 'se sin baby i øjnene' og herigennem anerkende barnets individualitet. Nok var moren kommet hjem, mor og barn var atter fysisk sammen, men der er først nu tegn på reparation og gentilnærmelse. En psykisk genforening er måske på vej. Noget tyder på, at moren nu tør åbne for sine tanker, og at hun bedre er i stand til at rumme og tænke på, hvordan barnet har oplevet hendes pludselige fravær.

Terapeuten vælger at skifte fra en overvejende observerende/containende position til en mere direkte og konkret vejledende, hvor hun understøtter morens 'reparationsarbejde' i relation til sin baby ved at tilbyde hende 'de ord, som måske kunne forløse' babyens formodede oplevelse af at have befundet sig i et forvirrende ingenmandsland uden nærheden til sin mors kendte krop. Hvad er det nu for noget?

Morens fasiliterende miljø med hendes psykologisk tænkende apparat har været sat midlertidigt ud af kraft. Når hun inspireres til direkte at italesætte dette, kan hun dels reparere sin egen containerfunktion, dels understøtter hendes ord en meget væsentlig del af babyens gryende jeg-funktion, som består i at kunne tolerere beta-elementer og forarbejde dem til alfa-elementer. Terapeuten fornemmer måske, at hendes intervention kan befordre det, som Tronick (2002) omtaler som 'interactive repair'. Barnets oplevelse af, hvorvidt dets bestræbelser på at opnå 'interactive coordination' og 'affective reparation' lykkes eller mislykkes, er essentiel. *"The experience of interactive reparation and the transformation of negative affect into positive affect allow the infant to elaborate his or her other-directed affective communicative and self-directed regulatory capacities and to use them more effectively, i.e. to be able to maintain engagement with the external environment in the face of stress"* (Tronick, 2002, s. 47).

Det er ikke ualmindeligt i forældre-spædbarns-terapier både at diskutere forskellige løsningsmodeller med forældrene og at give råd, hvilket umiddelbart kan synes at stå i modsætning til en psykodynamisk/psykoanalytisk behandling – det er det ikke nødvendigvis, når det drejer sig om forælder-barn-terapier, hvilket kan hænge sammen med, hvordan udviklingsmæssige og terapeutiske ændringer ofte blander sig sammen.

Måske er morens frygt for, at barnet har taget skade, også terapeutens frygt? Terapeuten har tidligere i forløbet med denne familie arbejdet med sin modoverføringsbevidsthed omkring babyen. Alligevel bliver hun måske så voldsomt påvirket af morens frygt (som hun med sin intervention selv har stimuleret), at dette får hendes forståelse til at 'bryde sammen', når morens tema korresponderer for tæt på et aspekt af hende selv, som hun endnu ikke har lært at forstå. Money-Kyrle (1956) omtaler dette som 'periods of non-understanding'

og synes at være et eksempel på 'en afvigende form for modoverføring'. På den måde synes terapeutens skift med hensyn til interventionsmodus at sige noget om, at hun i dette øjeblik dels *ikke* er i stand til at containe morens projektive identifikation, dels at interventionen med den meget konkrete italesættelse af barnets formodede 'nameless dread' måske synes at mildne terapeutens egen frygt på barnets vegne og et måske ubevidst traume hos hende selv?

Måske har terapeuten med sin intervention stimuleret en grad af intensitet i det terapeutiske rum, som vækker morens følelse for barnet til live – hun kommer derved i kontakt med en høj grad af bekymring for barnet og tillige følelser af skyld og anger. Disse følelsers intensitet hos moren synes at overvælde terapeuten. Da terapeuten modtager morens projektive identifikation, er det, som om hun handler på den uden at være i stand til 'i tavshed at træde et indre skridt tilbage'. Hvis terapeuten havde forholdt sig tavs og i stilhed havde fordøjet frygten (både morens og hendes egen), er det sandsynligt, at moren spontant ville finde sin egen måde at 'reparere' bruddet på under alle omstændigheder. Det er også sandsynligt, at babyen ville opfange disse signaler og reagere på dem ved at invitere til kontakt med sin mor.

Uanset hvordan case-stykket tolkes, synes terapeuten at anvende en modoverføringsbaseret intervention, som er tilpasset mor-barn-relationen. Gennem terapeutens arbejde med moren og hendes repræsentation af sig selv som mor og af sit barn kan det emotionelle og kognitive indhold af terapeutens modoverføring tilbageføres/reintrojiceres til deres relation. Denne guidede transport af intra- og interpsykisk materiale kan nu anvendes til genopbygning og reparation af deres indbyrdes relation, hvilket Bion udtrykker med sin populære formulering: "*A well-balanced mother can accept these thoughts to tolerate these (fears of dying) and respond therapeutically: that is to say in a manner that makes the infant feel it is receiving its frightened personality back again but in a form that it can tolerate*" (Bion, 1961, s. 182).

Afslutning

En forælder-barn-terapi kan samtidig være en individuel terapi (med den primære omsorgsperson), en forældre/par-terapi (med forældrene som forældre, eller som mand og kone) og en familierapi (med triaden), hvad enten alt dette foregår sideløbende eller efter hinanden. Stern påpeger, at terapeuten tvinges til at krydse frem og tilbage mellem det interpersonelle og det intrapsykelige, og at dette bevirker, at den kliniske situation "*synes temmelig kompleks, ja, endog rodet sammenlignet med andre terapeutiske standarder der gælder andre former for terapi med andre klientgrupper*" (Stern, 1997, s. 27 f). Sterns pointe, som jeg tilslutter

mig, synes at være, at dette 'rod' "i virkeligheden er et iboende træk ved den kliniske situation, når det drejer sig om forælder-barn-terapi. Det er en anderledes klinisk situation med egne fordringer og muligheder" (ibid). Jeg vil yderligere tilføje den pointe, at det, der adskiller forældre-barn-terapier fra f.eks. individuel terapi, netop er omfanget og fylden af de oplevelser, som 'bombarderer' terapeuten grundet de mange relationer (såvel intrapsykeiske objektrelationer som interpersonelle), der er involveret. Det synes derfor især at være graden og kvaliteten af terapeutens modoverføringsbevidsthed, der bestemmer, hvilken 'metode', dvs. opmærksomhedsfokus og terapeutisk aktivitet, der bliver den styrende på et givet tidspunkt i mødet med forældrene og det lille barn.

I litteraturen om psykoterapi med forældre og deres lille barn er modoverføringsbegrebet ofte nævnt som en central del af tænkningen og behandlingen, men mig bekendt foreligger der endnu ikke mere grundige belysninger af terapeutens håndtering af sin egen subjektivitet i mødet med forældrene og det lille barn. Måske det skyldes, at et klinisk fokus på modoverføringsmateriale umiddelbart synes at ligge meget langt fra det mål, man som kliniker ofte har, nemlig at katalysere til ændringer i forældrenes samspilsadfærd og deres repræsentationer. Jeg håber, at min casepræsentation og analyse kan inspirere til at belyse, at modoverføringsperspektivet netop kan befordre til udvikling af interventioner med selv samme mål.

På samme måde som forældres sensitivitet over for spædbarnet synes at være en af de vigtigste indikatorer for barnets trygge tilknytning til sine forældre, kan klinikerens emotionelle indlæring/træning måske netop ses som et metodisk grundlag for arbejdet med spædbørnsfamilier. Klinikerens subjektivitet/modoverføring er et vigtigt 'potential space' for udvikling af terapeutens emotionelle refleksion.

Litteratur

- Acquarone, S. (2004). *Infant-Parent Psychotherapy – A handbook*. Karnac, London, New York.
- Alvarez, A. (1996). *Different uses of the countertransference with neurotic, borderline, and psychotic patients*. In Tsiantis, J. et al. (eds.): *Countertransference in psychoanalytic psychotherapy with children* (111-123) Karnac. London.
- Bang, S. (2002). *Rørt, ramt og rystet*. Nordisk Forlag, København.
- Bick, E. (1962). *Child analysis today*. In *Melanie Klein. Developments in Theory and Practise. Volume 2: Mainly Practise* (168-176) Brunner-Routledge. London & New York (2004).
- Bick, E. (1964). *Notes on infant observation in psycho-analytic training*. In *Surviving Space*. Briggs, Andrew (ed.), 2002, Karnac, London & New York (37-54).
- Bion, W.R. (1961). *A Theory of Thinking*. In Spillius, E.B. (red.) *Melanie Klein Today*.

- Developments in Theory and Practice. Volume 1: Mainly Theory.* Brunner-Routledge, Hove and New York (178- 186) 2004.
- Bion, W.R. (1962) *Learning from experience.* Maresfield Reprints. (Karnac) London. 1984.
- Bradley, S.J. (2003). *Affect Regulation and the Development of Psychopathology*, Guilford Press, New York & London, paperback edition 2003.
- Broden, M.B. (1991). *Mor og barn i ingenmandsland.* Hans Reitzels Forlag, København.
- Byng-Hall, J. (1999). *Family and Couple Therapy, Toward Greater Security.* In *Handbook of Attachment; theory, research, and clinical applications.* Cassidy, Jude, & Phillip R. Shaver. Guilford Press, 1999. New York & London (kap. 27, s. 625-645).
- Dolto, F. (1988). *Samtaler om børn og psykoanalyse.* Hans Reitzels Forlag, København.
- Fraiberg, S. (ed) (1980). *Clinical Studies in Infant Mental-Health. The First Year of Life.* Tavistock Publications, London, 1980.
- Gabbard, G.O. (1999). *An Overview of Countertransference Theory and Technique.* In Gabbard, G.O. (ed.) *Countertransference Issues in Psychiatric Treatment* (Review of Psychiatry Series; Oldham J.O. and Riba M.B., series eds.) American Psychiatric Press. Washington. 1999 (1-25).
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samhørighed og personlighed. Introduktion til neuroaffektiv udvikling.* Hans Reitzels Forlag. København.
- Heimann, P. (1950). *On Countertransference.* In *Int. J. Psychoanalysis.* 1950. vol.31:81.
- Hinshelwood, R.D (1991). *A dictionary of Kleinian thought.* Free Association Books. London.
- Hopkins, J. (2003). Therapeutic interventions in infancy: two contrasting cases of persistent crying. In Raphael-Leff, J. (ed.) *Parent-Infant Psychodynamics, Wild things, mirrors and ghosts* (118-130) Whurr's Publishers, London & Philadelphia.
- Joseph, B. (1987). *Projective identification – some clinical aspects.* In Spillius, E.B. (red.) *Melanie Klein. Developments in Theory and Practise. Volume 2: Mainly Practise* (138-150). Brunner-Routledge. London & New York (2004).
- Money-Kyrle (1956). Normal counter-transference and some of its deviations. In Spillius, E.B. (red.) *Melanie Klein. Developments in Theory and Practise. Volume 2: Mainly Practise* (22-33) Brunner-Routledge. London & New York (2004).
- Orbach, S. (2002). *The false self and the false body.* In Brett Karr (ed), *The Legacy of Winnicott – Essays on Infant and Child Mental Health*, (124-34). Karnac, London & New York.
- O'Shaughnessy, E. (1981). W.R. Bion's theory of thinking and the new techniques in child analysis. In Spillius, E.B. (red.) *Melanie Klein. Developments in Theory and Practise. Volume 2: Mainly Practise* (177-190). Brunner-Routledge. London & New York (2004).
- Perry, B.D., Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L. & Vigilante, D. (1995). *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain. How 'states' become 'traits'.* *Infant Mental Health Journal*, 16 (271-291).
- Pozzi, M. (2004). *Psychic Hooks and Bolts. Psychoanalytic work with children under five and their families.* H. Karnac Books Ltd. Reprinted 2004.
- Raphael-Leff, J. (ed.) (2003). *Cannibalism and succour: is breast always best? (thoughts on 'Amanda')* In *Parent-Infant Psychodynamics. Wild things, mirrors and ghosts.* Raphael-Leff, Joan. Whurr Publishers Ltd. London & Philadelphia, 2003 (231-239).
- Rosenfeld, H. (1971). *Attribution to the psychopathology of psychotic states: the importance of projective identification in the ego structure and the object relations of the psychotic patient.*

- In Spillius, E.B. (red.) *Melanie Klein Today. Developments in Theory and Practice. Volume 1: Mainly Theory*. Brunner-Routledge, Hove and New York (117-137) 2004.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of Self. The neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale: N.J. Lawrence Erlbaum Ass.
- Stern, D. (1997). *Moderskabskonstellationen*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Sommerseth, R. (2001). *Utvikling av "gode" klinikere – en narrativ forståelse af spedbarnsob-servasjon*. Nordisk Sosialt Arbeid. Nr. 3. 2001, (s. 178-188).
- Spillius, E.B. (2004). *Introduction, part two, projective identification*. In Spillius, E.B. (red.) *Melanie Klein Today. Developments in Theory and Practice. Volume 1: Mainly Theory*. Brunner-Routledge, Hove and New York (81-86) 2004.
- Tronick, E.Z. (2002). Emotions and emotional communication in infants. New thoughts on mutual regulation: co-creation and uniqueness – 2002. In *Parent-Infant Psychodynamics. Wild things, mirrors and ghosts*. Raphael-Leff, Joan. Whurr Publishers Ltd. London & Philadelphia, 2003 (35-53).
- Visholm, S. (1995). *Projektiv identifikation – teoriehistorie og perspektiver*. Københavns Universitet Amager.
- Winnicott, D.W. (1960). *The theory of the Parent-Infant Relationship*. In Winnicott, D.W. *The Maturation processes and the facilitating environment. Studies in the Theory of Emotional Development*. Karnac Books. (1990).

Noter

1. På engelsk bruges betegnelsen: '*infant-parent-psychotherapy*' som på dansk omtales: forælder-barn-, mor-barn- og/eller far-barn-terapi, dvs. terapi med forældre og deres børn fra 0-3 år.
2. Teknikken med at vejlede moren i at 'tale til sit barn' er inspireret af den franske psykoanalytiker Dolto, som ofte brugte det at tale til børnehjemsanbragte spædbørn, som vantrivedes pga. voldsomme tidlige traumer. Dolto mente, at "*ordene skal siges, så de giver barnet dets status som subjekt, dvs. ordene skal tilkendegive, at barnet rummer begær, sindsbevægelser og meninger, som ikke altid er de samme som moderens eller vores.*" Dolto mente, at "*barnets ubevidste lytter til det ubevidste i den person, der taler til det (...) derfor er det nødvendigt, at denne persons tale stemmer så meget overens med vedkommendes følelse eller tanke, som overhovedet muligt. (...) – selve det, verbalt at bevillige barnet ret til at have en anden mening, giver barnet mulighed for at konstituere sin frihed som subjekt. Sådan bliver det humaniseret*" (Dolto, 1988, s.127 ff).

Abstract

Lise Winther: Counter-transference reactions in infant-parent psychotherapy. Matrix 24, 214-236.

This article deals with the psychoanalytical concept of counter-transference and how it contributes to a richer understanding of what takes place in infant-parent psychotherapy. The object-relational field is the basis of the theoretical thinking of counter-transference. The concepts of projective identification and containment in particular will be the subject to examination. Through this theoretical understanding of counter-transference, the author endeavours to analyze and reflect on her experiences in an infant-parent psychotherapy, where the peculiarity of the clinical situation seems to intensify the counter-transference feelings within the therapist. It will be explored how the therapist's access to her counter-transference feelings seems to contribute to the development in the therapeutic process, and hence to the development of the parent-infant relationship.

Power & Play: a tale of denigration and idealisation

Matrix 2007; 3, 237-251

Gerhard Wilke

Det fokuseres på 'makt-spillet' mellom administratorer og klinikere i de offentlige helseorganisasjoner. Makt og lek (spill) er inter-subjektive fenomener, og det er tvilsomt om man kan snakke om makthaverne som angripere og den annen part som offer i en avmektig posisjon. Psykoterapeuter utfordres til å engasjere seg med et sant selv når de går inn i makt-kamp med dem de oppfatter som sine konkurrenter, kontrollører og administratorer. Hvis vi kan sette selv-omsorg framfor pasient-omsorg, hevdes det at vi vil være i stand til å motstå å bli satt på sidelinjen. Vi kan i stedet prøve å forme vår egen og vår profesjons framtid ved å tilpasse oss endrede forhold ved å integrere tre roller (kliniker, administrator, uformell leder) til ett profesjonelt selv-ideal.

In this contribution, we are publishing the Opening Lecture of the EFPP Conference on play and power. The conference took place from 4.-6. of May 2007 in Copenhagen.

Introduction

Thank you for asking me to give this opening lecture. I imagine that my task is to find the link between the two apparently opposing and complementary forces of power and play. Power conjures up abusive adults and play innocent and playful children. In my musings on this theme it also struck me that we, as a community, have a propensity to idealise play and denigrate power.

*Gerhard Wilke, 75 St. Gabriels Road, GB – London NW2 4DU, Tel. 0044 20 8450 0469
Mob. 0044 7803295839. e-mail: gerhard@gerhardwilke.com. www.gerhardwilke.com.*

Power & Play: a tale of denigration and idealisation

This tendency gives us an inauthentic sense of authority when we are outside the sacred space of the therapy room. We prefer to be helpless helpers, rather than powerful movers and shakers. Noble and passive victims are our preferred play mates! I want to reflect on what makes us afraid in the face of external power, attracts us to being at the mercy of fate in the shape of the modernisers of our Health Systems and prevents us from shaping our own destiny. It is my wish, in this lecture, to look at how we can recover a sense of play as professional therapists. Through this “as if” quality of play, I think we can re-learn to hold power, meet “money givers” as equals and have the patience to survive as an established form of treatment.

Link between power and play

To begin with, let me look at Winnicott’s view of the link between power and play (Winnicott, 2002). In a good enough environment aggression, the power to destroy, defend and oppress, gets integrated into the self and can be sublimated into work, creation, culture and play. In an undependable and depriving environment, aggression ends up being dissociated, projected outwards and acted out. The self is not able to be held by the other in a relationship but tests the holding authority figure through hate and boundary testing. In regressive and traumatised states therefore, our capacity to play and symbolise in a potential space between me and not me gets lost and replaced by concrete thinking. A defence which signifies a “false self” that tries to cope with a failing environment is projectively filled with the overwhelming power of fate and undependable authority figures. The false self is unconscious of its desire to re-connect with an accepting parental figure; it is desperate to learn for the first time or re-learn the art of presenting a true self, through the playful use of the object in a good enough relationship (Phillips, 1988). Perhaps that is the current position of our profession within the Health System. We, as a community, feel the loss of a nurturing welfare state mother, and need to hold ourselves together – with the help of a false self – until we have recovered our true professional self-confidence. Only with a good enough sense of professional worth can we engage in a power-play with our therapeutic rivals and the reformed and modernised Health System. As long as we feel like step-children lumbered with step-parents, we will be liable to think and act concretely in the presence of others; especially those who we think have power over us.

For Winnicott, playing allows the child and the adult to explore the otherness of reality in inter-action with a care-giver or a holding environment. We ideally need the relationship between therapist and patient, health employee

and Health Manger to be a playful and developmental space. I suspect that the current experience of psychotherapists with the Health System is depriving and restricting rather than enabling. In Winnicott's terms, we are collectively in the position of the patient who has no capacity for play and cannot yet make use of a care-giver who wants to open a potential space in which therapy or work can be conceptualised as play – an act of creation rather than compliance (Winnicott, 1993). In such a situation, the capacity to play has first to be re-learned before real work and analysis can begin. We, as a profession are in this situation. We need to explore whether we can use our therapeutic skills beyond the clinical setting in meetings with those who hold us to account. The aim would be to restore the environmental conditions in the presence of our organisational “parents” for play power to replace the prevalent mood of powerlessness. When it is necessary, we need to give ourselves permission to turn the power relationship upside down and take charge of a situation because we have the skills and insight to move things on by embodying an authority figure.

Forces of fate or destiny

Let me now ask how we might recover as individuals and as a community, from being at the mercy of forces seemingly beyond our control? The transition from victimhood to self-determination within a constraining context is, for Christopher Bolas in his book *Forces of Destiny*, at the heart of every journey through life (Bolas, 1991). The reform of all state health systems has put professionals in the position of having to adapt their inner self-ideal to a changed outside world. All our Health Systems have, since the Thatcher – Reagan – Gorbachow revolution, turned from being a nurturing mother into a persecuting father under the guise of accountability, evidence based practice, transparency and choice for politicians and patients. It is not surprising that we feel overwhelmed and persecuted. The trouble is that giving in to the feelings of persecution lands us in the paranoid-schizoid position and we lose our capacity to think analytically.

Bolas suggests that we all have the power to make a choice between two opposing but connected forces: first, that of being the object of fate, a force that is out there and overpowering, without apparent connection to our own lives; second, that we accept that our destiny is defined by the particular family, society and age into which we are born. We turn ourselves into victims of fate if we resent the essential unfairness of our birth. Or, we can begin to shape our destiny, within limits, if we make the best of the situation. It is by accepting

that we have choices within limits, not absolute free will or power, as Nietzsche might have wished, that we can recover a sense of being in charge of our lives and professional situation (Russel, 2000). This self-reassertion, in the face of harsh reality, is as precarious as the ego's attempt to survive the demands of the id and the super-ego. The ego, just like each of us in our professional role, is always struggling to maintain a sense of integration while holding on to the capacity to think, relate and play.

The Health Systems of Western Europe were, until the Neo-liberal modernisation drive, good and care giving potential spaces worthy of Winnicott's gentle language. Now they have become spaces filled with the fear of death and fragmentation. Our professional world is an experience associated with the symptoms of Post Traumatic Stress Disorder. We can try to acknowledge this state, mourn our loss and own how we have colluded in giving birth to the conservative counter-revolution. The conservative drive to bring the public sector under control and stem the cost expansion followed on from the 60ies revolt and the expansion of the welfare state. The power we, as psychotherapists gained, through the rapid expansion of services, made us liable to become omnipotent. We began to ignore the competition and scorn critical research, which could have bolstered our professional recognition. Instead, we deluded ourselves that we were superior to the bean-counters.

Well, the bean counters are back and confirm the theory of Norbert Elias on Power. He argued that power is not located in any one person but emerges between people in a relationship or between groups in a social context (Elias & Scotson, 1993). Elias's work rests on Freud, who in *Mass Psychology and Ego Development*, clearly showed that the power of the charismatic leader depends on the projective wishes of the merged followers and that the fusion of the mass flows from the willingness of the leader to submit to the wishes of the group, usually by fuelling the denigration of an enemy (Freud, 2000). Leader and followers are nothing without the existence of the excluded or marginalised other. The history of psychoanalysis gave us an inheritance of fearing other therapies, ignoring other treatment approaches and quarrelling amongst ourselves. The time for self-absorbed play is over; the time for power-play has overtaken us. We are charged to co-operate and play as a group against an organised opposition and we will play more successfully, if we adopt an analytic view of power which places the powerful and powerless in a relationship.

Location of power in the space between

So, instead of talking about states of power, powerlessness and empowerment I suggest we start thinking in terms of power being an ordinary and normal ingredient of all social relationships and that the amount of power held varies between the parties involved as there are no social relationships without status differentials. The fewer status differences there are the more psychic energy goes into maintaining the narcissism of little difference. In other words, flat teams and an innocent world of equal beings without a bad side, held by those of us who believe in hierarchy free multi-disciplinary teams, is a delusional belief system. What Elias shows in his work is that power is best thought of as a balance of power and a differential rate of power distribution. With such a picture of power, we get a sense of changing power relations over time and in a social space, imperceptible to those involved. We got used to being powerful as a profession between 1950 and 1980 and since then we have a sense of losing our power and becoming marginalised. When we felt powerful, others had the feelings we now have. Those who used to feel oppressed by our power – behavioural therapists and straight psychiatrists are now in the ascendancy and feel that the gods are smiling on them.

But, as I said, power relations are dynamic and never static in a non-totalitarian system. They can be of a playful nature, terrorising or something more complex in-between. What determines the difference is the nature of the interaction, just as in therapy. Part of the dynamic of power relations is the propensity of the powerful to use minority groups to define the boundary between insiders and outsiders. This theory allows us to go on thinking therapeutically whilst looking at society and how it changes in a relational way. The minority is never without power, it might feel crushed but it still has an influence on how things will pan out in the future – irrespective of whether those involved are conscious or unconscious of this process. What is certain, Elias argues, is that the power-dynamic between insiders and outsiders reverses over time and as the ex-outsiders tend to repeat the behaviour patterns of the ex- insiders, when they get to be in power, each victory is transitory and sets up the next cycle of rise and fall (Elias, 1991).

The current modernisers and evidence based power brokers mirror the Puritans during the Protestant Reformation or the Inquisition during the Catholic Counter-Reformation who thought that all humans, but especially professionals, cannot be trusted to keep their own house in order. In part, the modernisers have come to see the world this way because we, their objects of improvement, actually did fail to deal with the abusers amongst us out of a mis-

guided sense of libertarianism. And, many among us became omnipotent about our power to cure everyone and everything. Such claims always invite ridicule. Just as traditional medicine and natural science based psychology, which are in the power position at present, overestimate the importance of the body and the brain, we persist in giving too much power to the unconscious and social forces. The split between the body and the mind – and professional communities associated with this division – is at the heart of the power struggle within the current Health Systems. An us and them struggle is in progress between those who embrace a practice of psychological therapy based on organically traceable causes and those who believe in the power of unconscious defences in response to environmental failure. The losers in this ideological battle are liable to be excluded from the list of preferred forms of treatment offered with the help of state subsidies. What policy makers do not seem to want to contemplate or play with is the idea that it is not an either – or but and as well as situation.

Let me therefore ask, what lies behind the wish to reduce psychological treatment to a simplistic formula of either it works or it doesn't, either it is cost-effective or it isn't? In my book on the Health reforms in the UK, *How to be a Good Enough GP*, I put forward the idea that we work in a "Keep Death at Bay" system (Wilke, 2001). The taboo in the current political dialogue is that a lot of services are not geared to healing but to humane and chronic management of patients. I suspect psychotherapy's future lies in this taboo segment of the Health System. Until this extremely significant work gets valued and is restored as a core task for therapists and health managers we are going to struggle to compete with other treatment modalities that promise easy gains and measurable improvements. As a group analyst, I feel that we have unconsciously been delegated the task of holding on to the meaning of "decent treatment" of those who are marginal to the completely rationalised and commercialised society. We have to become fully conscious of this in order to recover our position as players with power in the Psychiatric field. The population is ageing, the politicians are denying the consequences and the demand for treatment for chronic sufferers is increasing – we are best equipped to meet this demand and play around with saying that we are able to cover the market segment for people who need care rather than a cure.

Winnicott formulated a powerful vision of hope and development associated with play and transitional phenomena while denying the role of the father and the traumatising power of radical social change. Like the current managers, he avoided dwelling on the pain and loss involved in coping with making transitions. He underestimated our need to defend against loss and the attraction of engaging with others in a potential space through resistance and aggression. The

potential spaces Winnicott so lovingly invited us to work in do not just confront us with the potential for growth and authentic self-expression but also make us liable to fetishise the power of others and the helplessness of ourselves (Davis & Wallbridge, 1983). As long as we give others all the power and cast ourselves in the role of the object of fate, we will also have a valence to “volunteer” on society’s behalf to function as a “social toilet” for its psychological waste, whilst others play the game of grabbing the available resources of the state to “return the stragglers to work”.

Socially unconscious delegation processes

Thinking about what is happening in terms of the social unconscious, I would argue that society delegates the task of working through “unwanted” psychic material to certain sub-groups. This can be observed between generations in traumatised families where the children of the survivors of persecution and disaster take over the task of dealing with the guilt associated with being alive. Social order within society is maintained by punishing deviants and thereby reinforcing normal behaviour. We all use politicians to deal with making society work and serve as potential scapegoats when it doesn’t. Politicians, as guardians of social integration, unconsciously delegate their concerns about death, insanity and lack of control to certain institutions and professional groups. Psychiatry, Social Work, Residential Care and Psychotherapy can be seen in this way. No wonder members of these institutions feel powerless rather than powerful. The existence of these containers of deviance and madness, allows the rest of society to have a sense of normality.

What I am suggesting is that we, as a profession, embody the boundary between established insiders and marginalised outsiders. It is reasonable to ask what makes us liable to “unconsciously” volunteer for such a role and what is the need of another group to export such existential fears? There is a pathological and a healthy reason for this dynamic. The Health Reforms are part of a drive to “normalise” the professionals so that they stop being privileged beings with power over patients. Politicians want professionals to become ordinary cost and profit centres, subject to control and accountability. The relentless drive is to prefer treatment methods that are perceived as cheap, cost effective and can be measured and evidenced. We are outsiders on all these counts as analytic therapists; we need time, we want space and cannot predict outcomes. Logically, we are therefore ideally situated to serve as the containers for the split off vulnerable parts of all those sub-groups in the Health System who promise to comply with the requirements of an accountancy lead organisation.

What we collectively contribute to this scenario is our insistence on splitting the world into bad managers and good clinicians. We tend to flee from the profane and public inter-actions with management into the sacred and private encounter with patients. This kind of splitting is understandable and partly healthy, but it is also a refusal to accept that elections and global processes of change have overtaken us. From my perspective we must resist the split into sacred clinical work and profane political engagement. I would urge you individually and collectively to open the boundary between the clinical and managerial space and play in both settings with your power to hold the tension in integrating good and bad, and past and present.

The part in us, which colludes with embodying the “deviant” for other treatment modalities – so that they can define their own sense of “normality”, is connected with our “idealism”. We want to solve all conflicts by dialogue and like to deny the vital function of power and hierarchy in stabilising a Health System or a therapeutic relationship. Individually and collectively we tend by training to be inhibited about action, which is what power and play have in common. Doing, acting and imposing our will on others is denigrated and only being, supporting and empathising is idealised. This is a split that lends us an inauthentic rather than a real sense of authority in the presence of other power holders. They sense that we split off and project our aggressive parts into them and, as they are less neurotic about inequality and fairness, they feel that they can impose their will on us. As long as we over-identify with being victims, we will be condemned to carry the fear of death and a sense of existential threat on behalf of everyone else. We therefore need to take some power back from the others – the managers and politicians – by consciously refusing to carry their insecurity. We can use our deep knowledge of what is inside and outside and what happens in the potential space between me and you and us and them more consciously and playfully in meetings as well as in therapy.

Transitions and liminal time

In transitional periods, like the current modernisation drive within our Health Systems, social relationships are not embedded in secure social structures but “suspended” in “liminal time” between an old and a new order. It is a bit like carnival, when social differences between people tend to be forgotten or reversed in a shared feeling of communion. When normal power relations are playfully suspended the world is turned upside down. Anthropologists identify this as the period when humans try to be in touch with the super-natural or indulge in magical thinking and when “miracles of healing may occur but miracles of

disaster also” (Leach, 1986). In concrete terms this happens in a situation when human groups flee into omnipotence in order to deny their fear of losing a sense of integrity and identity because “the times are changing”. This describes the sense I pick up in the Psychotherapy Communities across Europe. The image I hold for what is going on at present in Psychotherapy Departments is that they are involved in a power play and that the game is a matter of life and death.

Power play is a technical term used to describe a situation where one ice hockey team is under attack from the opposing side because it has lost a player, who has committed a foul and been sent to the sin-bin. Power play means being under siege, threatened with losing the game or a winning position. It is an apt metaphor for what is going on between politicians, health managers and psychotherapists. In the Health Systems I work in as a consultant and supervisor (in the UK, in Denmark, in Switzerland, in Germany and in Australia and New Zealand) there is a sense that the modernisation agenda of the neo-liberal state has put our community of practitioners into a power play situation, facing oppositional forces which always seem more likely to walk away as winners. We feel powerless and unable to play, as the opposing team is in our eyes, no longer a playmate but a spoilsport.

Consciously and unconsciously, the Health Systems are experienced as persecuting and we feel unable to work in a carefree sense with our commitment to dialogue, reason and integration because collectively, we feel trapped in a primitive, split universe which requires us to engage in restoring the capacity to play before we can engage in exchanges with the managers and politicians on a more mature basis. Just as Winnicott argued that patients with personality disorders need first to learn to play with the analyst, before analysis proper can begin, we are faced with the task of recovering our capacity to hold on to the power to play within the Health System. We must therefore separate from the wish for organisational containment and adapt to the liminal and transitional period we are in. We are in organisations that are no longer neurotic and containing, but suffer from permanent transition, re-engineering and leadership changes. In other words, we hope in vain for adequate organisational holding structures and nurturing and re-assuring experiences with managerial “parent figures”. We need to risk getting involved in developing an “environmental mother” that can be experienced by us and the managers as a potential space where power and powerlessness can be played with in a benign rather than malignant way.

We can take it upon ourselves to transform a traumatising context of Health Reform into a potential space for exchange and the re-empowerment of our professional community. We are in the same situation as patients who come to

us. We are in a deep enough crises to finally want to look at what we have got ourselves into. Only we possess the power to look at what we are denying and have colluded with. To paraphrase Winnicott, not the analyst but the patient has the power to know the inside of the analysand; the power of the analyst lies in limiting the number of interpretations and in creating an environment in which both analyst and analysand can play. If we substitute patient for bureaucratic tormentor and analyst for psychotherapist sitting in a meeting with people who have power but are too concrete and boring to play, then we have a picture of facing the choice, at every point in a meeting, to become a victim, a bystander or a perpetrator. All three positions need to be taken up – over and over again. This we can only do, as I suggested, when we give ourselves permission to educate the organisational parents and stop being overly dependant on them in the position of the needy child. The way we tend to see power gets in the way of engaging more consciously in such a power play. If we are to recover our own sense of play and power in relation to our own profession and the outside world we must try and resist thinking so concretely about power. In my view power is a quality of inter-dependence and in-betweenness and I have written about this with colleagues in a recent book called *Living Leadership – a practical guide for ordinary heroes* (Binney, Wilke & Williams, 2005).

What is the implication of seeing power as located in the relationship we have with each other? First, that we accept that history is not made by great individuals who wrestle the rest of a powerless mass into shape and submit it to their will. Second, that in normal times social change does not follow the logic of historical inevitability. Third, that social, economic and political change – just like in individual therapy and group analysis – rests on the quality of the relationships between the social actors involved. The process of inter-action can therefore be used playfully to attain a degree of relative autonomy in relation to the aims and wishes of the power-players and their potential victims. In other words, we co-create the process of exchange which can develop into a master-servant, parent-child, and child-parent or servant-master relationship. Like the Good Soldier Schweijk (Hasek, 1972) or Sancho Panza in *Don Quixote* (Cervantes, 2006) we can be in the inferior role whilst taking charge of our superiors, without them losing face. Fourth, that inter-dependence means that we are neither free nor entirely un-free to influence and shape events and outcomes. This means that no-one is all powerful or all powerless. In other words, this way of conceptualising power brings us nearer to our way of thinking: getting from a dyadic and split universe of goodies and baddies into a world of triangulation, ambivalence and limited self-determination in inter-dependence with others who have the power to play with us, help us play or become

spoilsports. We can only recover our ability to feel more powerful in relation to others and playful about our own self-ideal when we accept that we are both powerful and powerless. Psychotherapists, by training, have learnt to tolerate this state of ambivalence and not knowing. This is the weapon we have; let's use it more knowingly and more "offensively" in the game of surviving repeated Health Reforms.

Playful use of power

If we never own the perpetrator, the power player in us, how are we to cope with the power play in the modernising Health Systems? We become as powerless as we fear and forget that power is relational, not a quality of evil located in isolated individuals opposed to other social isolates who are their playthings. Playing for Winnicott was the ultimate achievement in self-development and in the therapeutic encounter, why not between managers and therapists in negotiations about jobs, resources and the definition of what is good or bad therapy? Winnicott discovered play in the 1930's when everyone else worshipped power and the survival of the fittest. This pattern of reducing everything to good and evil, power and powerlessness is repeating itself and we are the ideal sub-group to act as a location point in the social unconscious for "remembering" what life is really about beyond control, fear and blind obedience to power. The paradox is that we need to meet our apparent oppressors with our own capacity for play and counter-power. Playing has a time and a place and in a meeting with managers or governmental agencies it is the moment when the group gets stuck and the apparent power holder feels lost and paralysed. At such a moment relationships stop being hierarchical and can be replaced by peer exchanges on a lateral level where we are all human beings, siblings sharing the same sand-pit or playing field. It is at such moments that psychotherapists can make a difference and restore the capacity to link power and play in the presence of other role-players in a shared social space.

Johan Huizinga, the Dutch historian thought that humans are playful beings and that play was in us before culture evolved (Huzinga, 1970). Play is therefore a sacred rather than a profane human activity. Play is located beyond such binary oppositions as rational and irrational, truthful and untruthful, good and evil and functional and dysfunctional. Huizinga's arguments arise out of the work of the great German Sociologist Max Weber (Weber, 1993). In his analysis of modernisation processes he came to the conclusion that all attempts to rationalise, audit and control the world of work mathematically are rooted in "sacred ideas", and have a religious purpose. By "cleaning" up the world, by

progressively “disenchanted” parts of everyday life with an extra-ordinary and magical quality (like psychotherapy) through “outcome research” and demands for economic value, the modernisers want to make the seemingly irrational rational and become the embodiment of secular salvation. This attempt to purify and rationalise the world through the expulsion of magic and play generates, in Max Weber’s view, an inner need for the opposite. He predicted a return of the irrational in everyday life and in politics as a consequence of the attempt to reform the world and define it as inadequate. Psychotherapists know this mechanism as the return of the repressed, which becomes visible in groups and society when someone develops a valence for embodying and personifying that which has socially been made unconscious by the current holders of power, their followers and bystanders. By hanging on to the knowledge that play is sacred, we can as a profession become the location point in the matrix of a meeting with other professionals and managers, for a kind of counter-power, in opposition to the modernisers and their “repressed” wish to be holier than everyone else. If we don’t make this choice consciously, someone else will eventually embody these repressed values associated with play and magic unconsciously in order to make public that even in a secular and modernised society there are still values and human needs present that are more archetypal than any political and professional fashion. The irrational and religious element in the current wave of reforms is the attempt to find the magic key to making a Health System accountable and psychotherapy a guaranteed success.

Reality will eventually reveal the self-destructive nature of these high-minded ideals and in the meantime we will have a hard time, feeling helpless whilst attempting to retain our capacity to think and play. Who else but us has the training to tolerate and work with this tension in a mature way? Play deals with the uncontrollable nature of reality by providing a space for tension, uncertainty, risk, gain and loss. As part of the adult world play emerges at unpredictable times and I have suggested that we use our capacity to tolerate uncertainty and use transitional spaces in a range of contexts and not just during the sacred therapy hour. To play with Weber’s images, we have the power to let the profane into the sacred therapy space, in order to survive by complying with enough of the modernisation demands to not become extinct. We also have it within us to use our knowledge of children’s play and the power of unconscious processes in such profane spaces as team meetings.

What does it take to seize moments of everyday life and turn them into “temporary play spaces” to enhance our reputation as serious power brokers in processes designed to work out how best to do things in Health Care Organisation? It is by having the courage to own the child within the professional adult and

demonstrate to others that survival does not depend on a withdrawal into the position of the sulking child but in the ability to use the temporary suspension of normal business in a playful way in order to integrate the loss of past gains, engage with current difficulties and maintain the hope that mastery of an uncertain future is a definite possibility.

Conclusion

Play therapy has become a way for children to work things through. Albert Einstein thought that children learn to think through play and he called serious adult thinking “Gedankenexperimente” (experiments in the mind by playing through a series of ideas beyond what we already know) (Bettelheim, 1987). In other words, the serious intellectual task of working out how the world works depends on the presence of a “Spielraum”, plenty of room for thinking and a space for working things through in a free and associative way, without the interference of authority figures, rigid formulas and procedures. It is clear that the modernisers are intent on controlling the playroom of psychotherapists and it is up to us to be selfish enough to use the play spaces that emerge in our work environments to secure our own position and future.

Erik Erikson argued that the adult who is alive to his or her need for continuity and change throughout life draws on the inner capacity to play at work like a child, knowing that an adult can never be as free in play as his or her younger self (Hoare, 2002). The adult, who in Erikson’s view, is capable of negotiating the transitions in the life cycle with the help of play at work is able to integrate the lost past and self-regulate the fear of the future. The professional adult that retains this capacity for play can explore “new identity elements” and locate them in a changed idea of his or her belonging community. By being open to Einstein’s Gedankenexperimente, Erikson thought that such adults begin to see where these newly imagined experiences might lead, and this reduces their levels of paranoid anxiety and helps them regain an inner sense of power and control over their destiny in an unpredictable and unknowable future.

To conclude, Donald Winnicott located playing between inside and outside; I have located power between the self and the other. I hope that these ideas can help you during the conference to re-connect the inter-dependence of play and power and open a space to find strategies for using play power as a counter to the power play we all experience at present in our respective Health Systems.

References

- Bettelheim, B. (1987). *A Good Enough Parent*. London: Thames and Hudson, pp. 149-88.
- Binney, G., Wilke G. & Williams C. (2005). *Living Leadership, a practical guide for ordinary heroes*. Harlow: Financial Times and Prentice Hall.
- Bolas, C. (1991). *Forces of Destiny, psychoanalysis and human idiom*. London: Free Association Books.
- Cervantes, M. (2006). *Don Quixote*. Redhill: Naxos AudioBooks.
- Davis, M. & Wallbridge, D. (1983). *Boundary and Space: an introduction to the Work of D. W. Winnicott*. Harmondsworth: Penguin Books, p. 24.
- Elias, N. (1991). *Die Gesellschaft der Individuen*. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch wissenschaft 974, pp. 207-315.
- Elias, N. & Scotson, J.L. (1993). *Etablierte und Außenseiter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, pp. 7-58.
- Freud, S. (2000). Massenpsychologie und Ich-Analyse (1921). in: Sigmund Freud, *Studienausgabe, Fragen der Gesellschaft und Ursprünge der Religion*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, pp. 61-134.
- Hasek, J. (1972). *Die Abenteuer des braven Soldaten Schwejk I a. II*. Hamburg: rororo.
- Hoare, C.H. (2002). *Erikson on Development in Adulthood, new insights from the unpublished papers*. Oxford: Oxford University Press, pp. 113-144.
- Huzinga, J. (1970). *Homo Ludens*. London: Paladin.
- Leach, E. (1986). *Social Anthropology*. Glasgow: Fontana Press, p. 158.
- Phillips, A. (1988). *Winnicott*. London: Fontana Press, pp. 127-137.
- Russel, B. (2000). *History of Western Philosophy*. London: Routledge, pp. 728-739
- Weber, M. (1993). *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Hrsg. Lichtblau K. und Weiß J., Bodenheim.
- Wilke, G. (2001). *How to be a Good Enough GP, surviving and thriving in the new primary care organisations*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Winnicott, D.W. (1993). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, pp. 217-222.
- Winnicott, D.W. (2002). *Playing and Reality*. London and New York: Routledge, pp. 51-70.

Abstract

Gerhard Wilke: Power & Play: a tale of denigration and idealisation. Matrix 24, 237-251.

Rather than concentrate on the power dynamic between patient and psychotherapist, the author focuses on the power-play between modernisers and traditionalists, managers and clinicians in public sector health organisations. It is suggested that power and play are inter-subjective phenomena and that it is questionable to talk of power holders in the role of perpetrators and of victims in a powerless position. Psychotherapists are challenged to engage with a true rather than a false self when engaging in a power-play with those whom they perceive as their competitors, controllers and managers. If we can put self-care before patient care, it is argued, we can resist submitting passively to the fate of being marginalised as a preferred treatment modality. Instead, we can try to shape our own destiny, and that of our profession, by adapting to changed circumstances by integrating three roles (clinician, manager, informal leader) into one professional self-ideal.

Natur og narrativer: To akser i psykoanalytisk teori og psykoterapi¹

Matrix 2007; 3, 252-268

Aslak Hjeltnes

Vil subjektiv erfaring kunne reduseres til hjernefysiologi? Kan motsetningene i psykoanalytisk tenkning integreres i et enhetlig teoretisk språk? Dialogen med moderne hjerneforskning aktualiserer kontroversielle grunnlagsproblemer innenfor psykoanalytisk teori og psykoterapi. Debattene rundt hjerneforskningens betydning indikerer flere epistemologiske spenningsforhold mellom biologiske og meningsbaserte kunnskapsdiskurser. Disse vitenskapsteoretiske problemene skaper viktige utfordringer for nevropsykoanalytiske og humanistiske forsøk på å rekonseptualisere psykoanalytisk tenkning og virksomhet, men antyder også teoretisk konvergens og klinisk komplementaritet mellom perspektivene. Ved å gjennomgå nyere psykoanalytisk traumeforståelse, søker forfatteren å vise hvordan de to perspektivene ser ut til å fortelle ulike sider av samme historie.

Introduksjon

Kan hjerneforskningen forklare menneskets subjektive bevissthet? Finnes det fremdeles rom for selvet eller det ubevisste i hjernens tidsalder? I de siste årene har dialogen med nevrovitenskapene reist flere kontroversielle debatter rundt det empiriske og epistemologiske grunnlaget for moderne psykoanalytisk tenkning og virksomhet. På en side finner man nevropsykoanalytiske teore-

Aslak Hjeltnes, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

Korrespondanse: Parkveien 32, N-5007 Bergen, Norge. Tel: (+47) 97 57 1969

Email: Aslak.Hjeltnes@gmail.com

tikere, som argumenterer for et ambisiøst interdisiplinært integrasjonsforsøk som vil revitalisere Freuds tanke om psykoanalysen som et naturvitenskaplig kunnskapsområde (Freud, 1895/1971). Fra en annen side kritiseres disse integrasjonsforsøkene av humanistiske teoretikere, som advarer mot teoretiske integrasjonsproblemer og negative konsekvenser ved å introdusere nevrovitenskaplige forklaringsmodeller i klinisk praksis.

Med utgangspunkt i de nyere debattene om forholdet mellom psykoanalysen og nevrovitenskapene, vil jeg i denne artikkelen undersøke motsetningsforholdet mellom disse perspektivene innenfor moderne psykoanalytisk teori og terapi, og utforske hvordan nevrobiologisk hjerneforskning reiser flere fundamentale spørsmål knyttet til psykoanalysens fremtidige utforming som kunnskapsområde og behandlingsmetode (Frattaroli, 2001; Kandel & Cooper, 2005; Meissner, 2006; Orange, 2003; Schore, 1994; Schore, 2003; Schore, 2003; Solms, 1997, 2004; Solms & Turnball, 2002; Stolorow, Atwood & Orange, 2003).

Først vil jeg undersøke noen av integrasjonsmulighetene og grunnlagsproblemene som oppstår i forsøkene på å etablere interdisiplinær dialog mellom de nevnte kunnskapsområdene. Hvilke konsekvenser vil nevrovitenskapene ha for videre psykoanalytisk teoriutvikling og praksis? Jeg vil også drøfte det generelle forholdet mellom subjektiv mening og biologisk kausalitet innenfor psykoanalysen, og vil antyde hvordan spenningsforholdet mellom disse filosofiske posisjonene har viktige konsekvenser for moderne forsøk på å rekonseptualisere psykoanalytisk tenkning og behandlingsvirksomhet. Kan motsetningene innenfor psykoanalytisk tenkning integreres i et teoretisk språk, eller vil slike forsøk ende i reduksjonistisk materialisme eller en ny kartesiansk dualisme? De epistemologiske utfordringene i de moderne integrasjonsdebattene antyder viktige begrensninger ved biologiske modeller for menneskelig subjektivitet, men problematiserer også muligheten for en psykoanalytisk subjektivitetsforståelse løsrevet fra kausale eller biologiske betraktninger. Disse vitenskapsteoretiske problemene skaper viktige utfordringer for nevropsykoanalytiske og humanistiske forsøk på å revidere psykoanalytisk forståelse, men er også med på å antyde teoretisk konvergens og klinisk komplementaritet mellom de forskjellige perspektivene. Gjennom eksempler fra nyere psykoanalytisk traumeforståelse vil jeg søke å vise hvordan psykoanalysens nevrobiologiske og fenomenologiske perspektiver ser ut til å fortelle ulike deler av samme historie.

Nevrovitenskapenes revolusjon og psykoanalysens renessanse

Med de siste årenes revolusjon innenfor nevrovitenskapelig forskningsteknologi, ser Freuds nevropsykoanalytiske ambisjoner ut til å oppleve en renessanse.

Flere vitenskaplige miljøer retter på nytt oppmerksomhet mot psykoanalytiske begreper og hevder at en integrasjon av psykoanalysens kliniske innsikter med naturvitenskapelig hjerneforskning vil revolusjonere vår forståelse av menneskesinnet. Teoretikere som Schore (2003a; 2003b), Siegel (1999), Solms (1997; 2002) og Fonagy (2001; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004) har i flere år forsøkt å videreutvikle psykoanalytiske forklaringsmodeller gjennom å bygge broer mot vitenskapsfelt som utviklingspsykologi, tilknytningsteori og nevrobiologi. Med basis i moderne hjerneforskning søker flere forskere nå mot biologiske beskrivelser av sentrale kliniske fenomener som affekter, drømmer, traumer, det ubevisste, selvet, psykopatologi og endringsprosesser i psykoterapi.

Nobelprisvinner Erik Kandel er blant talsmennene for en slik interdisiplinær syntese, og hevder at psykoanalysen vil kunne spille en sentral rolle i etableringen av et enhetlig vitenskapelig paradigme for psykologi, psykiatri og nevrobiologi (Kandel, 2006; 2005). Kandel fastholder at psykoanalysen og nevrovitenskapene deler viktige forskningsmessige interesseområder, og han understreker psykoanalysens potensielle betydning i et fremtidig integrasjonsprosjekt. Kandel er imidlertid kritisk til de tradisjonelle motforestillingene mot naturvitenskaplige forskningsmetoder innenfor psykoanalytisk tenkning, og hevder at feltets videre fremtid avhenger av institusjonelle og intellektuelle endringer:

"the future of psychoanalysis, if it is to have a future, is in the context of an empirical psychology, abetted by imaging techniques, neuroanatomical methods, and human genetics. Embedded in the sciences of human cognition, the ideas of psychoanalysis can be tested, and it is here that these ideas can have their greatest impact" (2005, s. 55).

I sitt teoretiske integrasjonsprosjekt hevder også Schore (2002) at psykoanalysen må distansere seg fra tradisjonelle kartesianske dualismer hvor menneskesinnet ses isolert fra den biologiske organismen. Schore mener at nevrovitenskapene rommer viktige kliniske implikasjoner som må inkluderes i videre psykoanalytisk kunnskapsutvikling, og han argumenterer for at selvpsykologer, intersubjektivitetsteoretikere og relasjonelle analytikere i større grad må begynne å integrere biologiske data i sin kliniske forståelse av menneskelig subjektivitet og psykopatologi (s. 472). Ved å introdusere en biologisk dimensjon i psykoanalysens kliniske utviklingsforståelse, hevder Schore at psykoanalytikere vil kunne utvikle bedre modeller for å beskrive kliniske sammenhenger mellom affekter, relasjonsforstyrrelser og psykopatologi:

"Advances in "the decade of the brain" are allowing us more deeply to understand the underlying mechanisms by which dysregulating traumatic attachments embedded in abuse and neglect interfere with the organization of particularly, the right brain" (p. 460).

Kritikken av det nevropsykoanalytiske integrasjonsprosjektet

Samtidig møter nevropsykoanalytiske integrasjonsforsøk sterk motstand fra analytikere som er kritiske til innføring av biologiske begreper eller forklaringsmodeller i psykoanalytisk teori og praksis. De siste tiårene har flere teoretikere søkt å reformulere psykoanalysen i form av et humanistisk kunnskapsområde som ikke kan beskrives ut fra naturvitenskapelige metoder eller validitetskriterier (Habermas, 1971; Kohut, Stepansky & Goldberg, 1984; Lacan, 1966/2001; Mitchell, 1988; Orange, Stolorow & Atwood, 1998; Ricoeur, 1970; Schafer, 1976, 1994; Spence, 1982, 1994; Vetlesen & Stänicke, 1999).

I løsrivelsen fra Freuds psykobiologiske metapsykologi har humanvitenskapelig orienterte teoretikere valgt å redefinere psykoanalysen som en "selvrefleksjonsvitenskap" (Habermas, 1971), en "vitenskap om det subjektive" (Kohut et al., 1984) og "vitenskapen om det intersubjektive" (Stolorow et al., 2003). Med utgangspunkt i hermeneutisk, fenomenologisk og feministisk tenkning har disse teoretikerne i større grad søkt å vektlegge psykoanalysens kliniske innsikter som en fundamentalt *dialogisk* og *meningskonstituerende* virksomhet. Flere miljøer har beveget seg et godt stykke bort fra psykoanalysens klassiske driftsmodeller og henimot en postmoderne og sosialkonstruktivistisk epistemologi. For Spence (1982) og Schafer (1994) innebærer dette en viktig bevegelse fra en realistisk til konstruktivistisk sannhetsforståelse, hvor pasientens narrative selvforståelse og personlige meningsdannelse får forrang over positivistiske spekulasjoner over "objektive fakta". Schafer (1994) understreker at denne vendingen impliserer en perspektivforskyvning fra universelle metateorier om "menneskets natur" til individuelle livshistorier og erfaringsverdener.

En viktig grunnantagelse i denne humanistiske vendingen er at psykoanalysen og nevrovitenskapene representerer atskilte og ureduserbare forklaringsmodeller som beskriver mentale fenomener på ulike organiseringsnivå, og dermed danner fundamentalt forskjellige språk. Flere psykoanalytikere har de siste årene stilt seg kritiske til økt biologisering og medikalisering i amerikanske samfunnsdiskurser, og det er blitt uttrykt en generell bekymring for at interessen for nevrovitenskapelige kunnskapsutvikling vil medføre feilanvendelse eller ignorering av psykoanalysens humanistiske subjektivitetsforståelse. Denne kritikken retter seg særlig mot implikasjonene av en naturvitenskaplig

definisjon av psykoanalysen som kunnskapsområde, og flere analytikere advarer mot de potensielle farene for reduksjonisme og biologisk determinisme. Frattaroli (2001), Orange (2003) og Pulver (2003) understreker de viktige forskjellene mellom de nevnte teoretiske språkene og er lite entusiastiske overfor forsøkene på å innføre biologiske begreper i psykoanalytisk teori og praksis. Orange (2003) problematiserer mulighetene for meningsfull dialog mellom de ulike kunnskapsdiskursene:

"both are ways of speaking about the human, but what could it mean to say that they are translatable into each other?" (2003, s. 477).

Orange (2003) hevder at psykoanalysen gjennom ensidige fokus på "harde" naturvitenskapelige forklaringsmodeller risikerer å miste sentrale aspekter ved menneskelig erfaring og terapeutisk virksomhet, og hun stiller seg spesielt kritisk til reduksjonistisk tenkning i klinisk praksis. Orange betrakter Schores (2002) og Buccis (1997) "kausale reduksjonisme" som typiske forsøk på å redusere menneskelig subjektivitet, mening og intensjonalitet til "meningsløse" hjerne-mekanismer. Hun understreker samtidig at tilslutningen til reduksjonistiske forklaringsmodeller illustrerer at vi i vår moderne kultur i økende grad velger å tilskrive autoritet og ontologisk prioritet til det biologiske og atomistiske:

"It seems to me that both dualisms and monisms treat the simple as more real, and more important than the complex, the experiential, and the descriptive" (s. 477).

Orange mener at dette er en negativ utvikling som bidrar til å skape objektiverende og instrumentelle holdninger i klinisk praksis. Dette står i motsetning til hennes eget intersubjektive perspektiv (D. M. Orange, 1995), som betrakter terapeutens empatiske og mellommenneskelige deltagelse som psykoanalysens primære epistemologi og endringsmekanisme. I tråd med dette advarer hun mot tenkemåter som kan bidra til å redusere terapeutisk sensitivitet for det unike og individuelle ved menneskelig erfaring.

Integrasjonsdebattene

Oranges (2003) antagelse om at nevrovitenskapene vil ha negative konsekvenser for klinisk praksis deles likevel ikke av alle moderne psykoanalytikere. Pariser (2005) kritiserer henne for å " redusere nevrobiologi til reduksjonisme" ved å hevde *a priori* at nevropsykoanalytiske forklaringsmodeller vil skape dehuman-

niserende former for klinisk forståelse og tenkning. Ifølge Pariser vil biologiske spørsmål uungåelig gjøre seg gjeldende i kliniske vurderinger av mulighetene og begrensningene for individuell utvikling og terapeutisk endring. For Pariser blir derfor Oranges kategoriske skille mellom psykoanalytiske og nevrobiologiske språk uholdbart i en tid preget av økende interdisiplinær dialog mellom kunnskapsområder. Parisers syn finner støtte hos Meissner (2006) som understreker at manglende vilje til å inkludere biologiske erfaringsdimensjoner skaper en problematisk residual-dualisme innenfor intersubjektiv systemteori:

"the intersubjective withdrawal from or denial of the body... opens a gap between analytic perspectives and neurobiological orientations which could be difficult to negotiate" (s. 251).

Flere har også trukket frem nevrobiologens pragmatiske nytteverdi i klinisk virksomhet. For eksempel hevder Pariser (2005) at nevrobiologisk kunnskap kan anvendes terapeutisk til å kontekstualisere pasientenes skambelagte erfaringer som naturlige normalreaksjoner. Slavin & Kriegmann (1992) understreker at et evolusjonsbiologisk relasjonsperspektiv vil kunne øke terapeutens empatiske forståelse av pasienters subjektive erfaring og idiosynkratiske kommunikasjonsmønstre:

"Rather than reducing or overlooking the importance of individual experience, ... modern evolutionary biology can be used in a way that actually enhances our appreciation of the role of experience – both uniquely personal as well as cultural – in the growth and development of each individual psyche" (s. 2).

Pulver (2003), derimot, velger derimot å stille et kritisk spørsmålstegn ved de store forventningene til nevrovitenskapene. I sin litteraturgjennomgang påpeker Pulver en gjennomgående mangel på relevante funn fra nyere hjerneforskning, med direkte kliniske implikasjoner for den konkrete utøvelsen av psykoanalytisk og psykodynamisk psykoterapi. Selv om biologisk kunnskapsutvikling vil informere psykoanalysens teoretiske utviklingsmodeller, stiller Pulver seg skeptisk til tanken om at nevrovitenskapene vil kunne revolusjonere nåværende terapeutisk praksis. Pulver (2003) understreker at psykoanalysens nye dialog med nevrovitenskapene krever en mer realistisk forståelse av de muligheter og begrensninger som ligger i interdisiplinære integrasjonsforsøk:

"We, who have lived through the idealization of psychoanalysis in the past century and the disillusionment that followed, should know the dangers of overexpectation. A more realistic view of how neuroscience will affect our discipline will, I hope, be of service to both the psychoanalytic and neuroscientific communities" (Pulver, 2003, s. 3).

Teoretikere som Kandel (2005) og Meissner (2006) anser på en annen side dialogen med nevrovitenskapene som avgjørende for psykoanalysens videre fremtid som vitalt og innovativt kunnskapsområde. Meissner advarer mot at intellektuell konservatisme vil kunne medføre institusjonell fragmentering og økt marginalisering overfor andre kunnskapsfelt, og han argumenterer for økt empirisk forskning og interdisiplinær dialog:

"Analysis cannot afford to remain isolated within the private confines of the analytic consulting room, but it must also dare to cast its lot with the uncertainties of ongoing research and understanding arising in other related fields" (2006, s. 239).

Integrasjonsdebattene i lys av psykoanalysens grunnlagsproblematikk

Danner psykoanalysen primært en teoretisk diskurs om menneskets universelle natur eller om individuelle narrativer? Integrasjonsdebattene antyder og aktualiserer sentrale paradokser i psykoanalytisk teori og epistemologi. Flere teoretikere har påpekt viktige epistemologiske problemer i psykoanalysens anvendelse av intensjonale og kausale kunnskapsmodeller i beskrivelsen av de samme mentale fenomenene (Bolton & Hill, 2003; Habermas, 1971; Macintyre, 1958/2004; Ricœur, 1970; Sartre, 1939/2002). Sartre (1939/2002) kritiserte psykoanalysens forsøk på å samlokalisere medisinske forklaringer og hermeneutiske fortolkninger av mentale fenomener på en inkonsistent måte. Gjennom å belyse et viktig epistemologisk paradoks i psykoanalytisk tenkning, påpekte Sartre hvordan ubevisste prosesser på en side blir forstått som meningsfulle uttrykk for en persons unike erfaringsverden, men at disse samtidig forklares som universelle biologiske tilstander. I en annen teoretisk analyse problematiserte Macintyre (1958/2004) det samme tvetydige forholdet mellom det intensjonale og det kausale i Freuds begrep om det ubevisste. Ifølge Macintyre gir psykoanalysens forståelse av det ubevisste utgangspunkt for to svært forskjellige beskrivelser: En intensjonal forståelse av det subjektive meningsinnholdet i mentale tilstander, eller kausale forklaringer av hvordan mentale symptomer utvikles ut fra

bestemte livserfaringer. Denne sammenblandingen av intensjonale og kasuale epistemologier skaper en viktig teoretisk dialektikk mellom subjektiv mening og biologisk kausalitet i den forstand at psykoanalytiske diskurser opererer på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom "grunner" og "årsaker" eller "forståelse" og "forklaring", slik vi kjenner disse begrepene fra diskurser innenfor humaniora og naturvitenskapene (Davidson, 2001; von Wright, 1971).

Spenningsforholdet mellom det biologiske og det meningsbaserte understreker noe av psykoanalysens interne kompleksitet og paradoksale utforming som kunnskapsområde. Ricoeur (1970) har fremhevet at det uavklarte forholdet mellom hermeneutikk og energetikk skaper en "blandet diskurs" hvor subjektiv erfaring og psykisk determinisme samlokaliseres på en uklar eller inkonsistent måte. Ved å forstå mentale fenomener som intensjonale handlinger (subjektive erfaringsverdener), og samtidig forklare dem som kausale hendelser (fysiologiske hjernetilstander), havner psykoanalytisk tenkning i et vanskelig filosofisk skjæringspunkt mellom humanistiske og naturalistiske kunnskapstradisjoner. Ricoeur (1970) og Draenos (1982) har begge beskrevet forsøket på å integrere disse epistemologiske motsetningene som det sentrale kjernes spørsmålet i psykoanalysens teoretiske grunnlagsproblematikk. Det uavklarte forholdet mellom disse filosofiske motsetningene står sentralt i de moderne integrasjonsdebattene og rammer grunnlaget for moderne forsøk på å rekonseptualisere psykoanalytisk teori og praksis.

Implikasjoner for nevropsykoanalysens integrasjonsforsøk

Motsetningsforholdet mellom psykoanalysens humanistiske og naturvitenskapelige epistemologier har viktige implikasjoner for de nevropsykoanalytiske forsøkene på å integrere subjektiv mening og nevrobiologi i et enhetlig teoretisk språk. De siste tiårene har det pågått flere vitenskapsteoretiske debatter knyttet til forholdet mellom menneskehjernen og vår subjektive bevissthet (Bolton & Hill, 2003; Davidson, 2001; Fulford, Morris, Sadler & Stanghellini, 2003). Teoretikere som Nagel (1986), Chalmers (1997) og Bennet & Hacker (2003) har problematisert mulighetene for å forklare komplekse mentale fenomener fullstendig ut fra naturvitenskapelige forklaringsmodeller. De stiller seg også tvilende til tanken om at en nevrobiologisk teori vil kunne forklare de subjektive og kvalitative egenskapene ved menneskets indre erfaring. Chalmers (1997) hevder at nevrovitenskapene per i dag quo mangler adekvate teorier og forklaringsprinsipper for å løse "det harde problemet", dvs. hvordan en skal å forstå de kvalitative og unike kjennetegnene ved menneskets bevissthet. De uløste grunnlagsteoretiske problemene innenfor moderne hjerneforskning ser ut til å

antydde mulige begrensninger for nevropsykoanalysens biologiske beskrivelser av selvet og det ubevisste.

I en klinisk kontekst innebærer disse konseptuelle problemene at psykoterapiens mellommenneskelige samhandlingsprosesser ikke uten videre lar seg redusere til isolerte hjernetilstander hos en av aktørene, noe som understrekes i Oranges (2003) og Stolorow et als. (2003) kritikk av tanken om en dekontekstualisert forståelse av menneskesinnet. Integrasjonskritikere hevder at man mister viktige erfaringsfenomener når man beveger seg fra et subjektivt førstepersonsperspektiv til et ytre tredjepersonsperspektiv, for eksempel den empatiske subjektivitetsforståelse og samhandlingserfaringene som betraktes som grunnleggende i psykoterapeutiske endringsprosesser. Disse teoretikerne fremhever på sin side at et intensjonalt og intersubjektivt språk blir nødvendig for å kunne beskrive komplekse erfaringsfenomener og terapeutisk samhandling på en meningsfull og sammenhengende måte.

Implikasjoner for humanistiske revisjonsforsøk

På samme måte som man kan spørre om kan de aktuelle teoretiske perspektivene kan integreres fullstendig, kan man problematisere tanken om at de kan skilles klart fra hverandre. For hvilken betydning har egentlig naturvitenskapelige modeller og metaforer innenfor psykoanalytisk tenkning? Flere teoretikere argumenterer for at psykoanalysens generelle tankebygninger også rommer implisitte kausale hypoteser som problematiserer noe av grunnlaget for de moderne hermeneutisk og konstruktivistisk orienterte revideringsforsøkene. For eksempel påpeker (Morley, 2002) flere epistemologiske problemer knyttet til det faktum at moderne psykoanalytiske teoretikere har søkt mot en fenomenologisk subjektivitetsforståelse, men samtidig ønsket å bevare autoritet og teoretisk universalitet innenfor en naturvitenskapelig sannhetsforståelse. Bolton & Hill (2003) viser til at også hermeneutiske revideringer av psykoanalytisk teori har vært avhengige av kausale eller nomotetiske antagelser om psykisk normalutvikling og psykopatologi. Kandel (2005) og Grünbaum (2002) hevder at selv om psykoanalysen kontinuerlig har hatt vitenskapelige ambisjoner, har dette sjelden medført bruk av naturvitenskapelig forskningsmetodologi. De kritiserer hva de kaller psykoanalysens "retreat into hermeneutics" ved å understreke at ambisjonene om å representere en legitim klinisk behandlingsmetode bringer psykoanalysen inn i kausale antagelser og empiriske spørsmål knyttet til psykisk utvikling, etiologi og prognose.

Slavin & Kriegmann (1992) problematiserer tanken om et absolutt eller kategorisk skille mellom naturvitenskapelige og humanistiske kunnskapsdiskurser

innenfor psykoanalytisk tenkning. Psykoanalytiske teorier har, i henhold til disse forfatterne, alltid operert med biologiske antagelser, og definert "menneskets natur" ut fra eksplisitte eller implisitte metaforer importert fra naturvitenskapene. Slavin og Kriegmann fremhever videre at psykoanalytisk litteratur inneholder mange eksempler på hvordan evolusjonsbiologiske metaforer har blitt brukt til å redefinere sentrale antagelser om menneskets primære natur, eller til å postulere universelle dypstrukturer i menneskelig motivasjon, utvikling og psykopatologi (Bowlby, 2005a, 2005b; Fonagy & Target, 2003; Freud, 1914/1993; Greenberg & Mitchell, 1983). Disse innflytelsene innebærer at:

"all psychoanalytic – indeed – all psychological – models are, at some level, biological models. That is, they are all based on a set of basic assumptions about what, as Greenberg and Mitchell put it, is "primary" in human nature (1992, p. 3).

For Slavin & Krigmann er anvendelsen av "biologisk autoritet" et gjennomgående trekk i psykoanalytisk tenkning, også innenfor teoretiske diskurser som generelt sett stiller seg kritisk til enhver "biologisering" eller "redusering" av psykoanalytisk virksomhet. Disse interdisiplinære innflytelsene har konsekvenser i form av å antyde viktige teoretiske og kliniske møtepunkt mellom ulike psykoanalytiske perspektiver. Vi kan altså si at biologiske metaforer ofte opptrer indirekte i psykoanalytiske perspektiver som eksplisitt har søkt å distansere seg fra en naturvitenskapelig erkjennelsesramme. Til tross for sin kontinuerlige kontroversialitet, har biologiske metaforer vært viktige utgangspunkt for å definere normative eller universelle dimensjoner i psykoanalysens kliniske utviklingsforståelse. En konsekvens av Slavin & Krigmanns analyse er at denne interdisiplinære dialogen gjør det vanskelig å betrakte biologi og subjektiv erfaring som klart distinktive eller inkommensurable kunnskapsdomener i psykoanalysens teoretiske og kliniske diskurser:

"The two domains of discourse interpenetrate; there is no neat way to divide them, to segregate the psychological from the biological" (s. 8).

Teoretisk konvergens i psykoanalysens traumeforståelse

På tross av psykoanalysens mange filosofiske dualismer og teoretiske dikotomier, ser vi med andre ord viktige eksempler på uklare og glidende grenseoverganger mellom de ulike kunnskapsdiskursene. Ved å sammenstille nyere psykoanaly-

tiske traumeteorier, kan vi finne viktige eksempler hvordan disse perspektivene kan være teoretisk konvergerende og klinisk komplementære.

Stolorow et als. (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow et al., 2003) intersubjektive traumeforståelse tar utgangspunkt i et fenomenologisk erfaringsperspektiv, der individets subjektive verden blir preget av kaos, fremmedgjøring og fundamental isolasjon overfor andre mennesker. Stolorow et al. (1992) fremhever at traumet innebærer intense og overveldende affekter, men understreker at disse erfaringene må forstås innenfor et dyadisk eller mellommenneskelig utviklingsperspektiv. Traumet utgjør en relasjonell prosess som innebærer manglende eller inadekvat affektinntoning fra spedbarnets eller individets signifikante andre. Intersubjektivitetsteoriens dyadiske systemperspektiv antar at traumets mellommenneskelige kontekst er en kritisk faktor i forståelsen av sammenhengene mellom traumer og psykopatologi, ettersom intense negative erfaringer blir destruktive først når de ikke kan moduleres eller kommuniseres i møtet med den andre:

“Pain is not pathology. It is the absence of adequate attunement and responsiveness to the child’s painful emotional reactions that renders them unendurable and thus a source of traumatic states and psychopathology” (s. 55).

Stolorow (2003) fremhever videre at selve *fraværet* av et holdende miljø (jf. Winnicott, 2005) eller intersubjektiv affektinntoning (Stern, 1985) er med på å redusere individets senere toleranse og bevissthet for sine affektive erfaringer, noe som gjør at negative affekttilstander blir erfart som disorganiserte, disintegrerte og overveldende for individet. I et fenomenologisk erfaringsperspektiv blir traumet et eksistensielt “meningssammenbrudd” som skaper en subjektiv opplevelse av fremmedgjøring og hjelpeløshet som ikke kan formidles til andre:

“The worlds of traumatized persons are fundamentally incommensurable with those of others, the deep chasm in which an anguished sense of estrangement and solitude takes form” (2002, s. 128).

Schores (2002) reguleringsteori fremhever mer spesifikt traumets biologiske dimensjoner i beskrivelsen av sammenhengene mellom relasjonsforstyrrelser og hjernefysiologi:

“In the contexts of relational trauma the caregiver(s), in addition to dysregulating the infant, withdraw any self-object interactive repair functions, leaving the infant for long periods in an intensely disruptive psychobiological state that is beyond her immature coping strategies” (s. 449).

Schore fastholder at sviktende relasjonserfaringer vil ha negative konsekvenser for utviklingen av emosjonelle reguleringsystemer i hjernens høyre hemisfære (2003a, 2003b). Ifølge Schore vil manglende eller inadekvat modulering av affektive prosesser innenfor en ramme av utrygge tilknytningsrelasjoner kunne medføre manglende utvikling av intrapsykiske selvstrukturer. Mangelen på disse nevrofysiologiske reguleringsmekanismene vil senere medføre at emosjonell aktivering skaper disorganiserte, udifferensierte tilstander som oppleves som kaotiske, intense og overveldende for individet:

“the coping deficits in right hemispheric self-regulation are manifest in a limited capacity to modulate the intensity and duration of affects, especially biologically primitive affects like shame, rage, excitement, elation, disgust, panic-terror, and hopeless despair” (s. 462).

Både Stolorow, Atwood & Oranges fenomenologiske intersubjektivitetsteori og Schores nevrobiologiske reguleringsteori beskriver traumer og psykopatologi innenfor hva som generelt sett kan betegnes som moderne “topersonspsykologi” (Aron, 1996). De ulike teoretiske perspektivene beskriver på ulike måter hvordan traumet destruerer de emosjonelle og mellommenneskelige betingelsene for subjektiv mening og sammenheng, og understreker parallelt at dette sammenbruddet er noe som inntreffer i individets relasjon til andre. Selv om utgangspunktene for teoriene er svært forskjellige, velger de på forskjellige måter å kontekstualisere traumets betydning for psykisk utvikling gjennom konvergerende beskrivelser av affektiv samhandling, tilknytningsforstyrrelser og intrapsykiske strukturer. Traumat involverer på ett nivå bestemte fysiologiske stressreaksjoner og dysregulerte hjernetilstander, men innebærer også et større sammenbrudd innenfor det intersubjektive feltet mellom det erfarende selvet og den meningsbærende andre (Binder, 2002; Schore, 2002; Stolorow et al., 2003). Når man sammenligner de narrative strukturene i psykoanalysens teoretiske utviklingsmodeller, ser traumets fenomenologi og nevrobiologi ut til å fortelle ulike aspekter av samme historie.

Natur og narrativer – to akser i psykoanalytisk teori og psykoterapi

Dialogen med nevrovitenskapene aktualiserer et svært kontroversielt problemområde i psykoanalysens intellektuelle og institusjonelle historie, og antyder hvordan det uavklarte forholdet mellom naturvitenskapelige og humanvitenskapelige tradisjoner har bidratt til å skape en grunnleggende tvetydighet rundt psykoanalysens epistemologiske status som henholdsvis biologisk og meningsbasert kunnskapsområde. I en tidligere artikkel (Hjeltnes, 2006) drøftet jeg forholdet mellom naturalisme og humanisme innenfor den klassiske psykoanalysens metapsykologi. Jeg hevdet der at flere av motsetningene innenfor moderne psykoanalyse reflekterer et uavklart integrasjonsprosjekt i feltets interdisiplinære tilblivelsesfase, knyttet til de uklare implikasjonene av Freuds (1895/1971) tidlige forsøk på å etablere en naturvitenskaplig forankret psykoologi. De teoretiske motsetningene i integrasjonsdebattene gjenspeiler hvordan psykoanalysen gjennom hele sin intellektuelle historie har hatt et ambivalent forhold til naturvitenskapene, der psykoanalytikere kontinuerlig har importert naturvitenskapelige metaforer for å øke feltets vitenskaplige legitimitet og autoritet, men samtidig har søkt autonomi for å bevare sin teoretiske og kliniske egenart. Integrasjonsdebattene understreker et viktig underliggende teoretisk spenningsforhold mellom subjektivitet og biologisk kausalitet i psykoanalytisk tenkning, hvor analytiske teoretikere kontinuerlig har vært opptatt av å forstå den intensjonale meningsdimensjonen i mentale fenomener, men også søkt å forklare dette subjektive meningsinnholdet ut fra biologiske antagelser om menneskets natur og normalutvikling. Motsetningene mellom subjektiv mening og biologisk kausalitet representerer fremdeles to grunnleggende akser innenfor teoretiske og metateoretiske nivåer av psykoanalytisk tenkning og praksis.

Flere tenkere har hevdet at motsetningene mellom naturvitenskapene og humanvitenskapene representerer grunnleggende forskjeller mellom to filosofiske språk eller to intellektuelle kulturer med ulike verdensbilder og validitetskriterier (McWilliams, 2004; Orange, 2003; Snow, 1993). Eller som Kandel (2005) understreker:

”The distinction does draw attention to a fundamental tension, a difference in worldview that existed in the psychiatric world around us as well as in ourselves” (s. 6).

Fratraroli (2003) mener at det kartesianske sjel-kropp problemet danner først og fremst et eksistensielt dilemma knyttet til menneskets paradoksale evne til å

være et fysisk objekt og et reflekterende subjekt, og han understreker skismaets uungåelige betydning i terapeutisk praksis:

”At the abstract level it is easy to say that mind and brain are equally important elements of the human soul. At the practical level, we can focus our awareness on only one element at a time, and every one of us – even if we recognize both perspectives as important – will consider one of the more important to focus on than the other” (s. 201).

Selvets betydning i hjernens tidsalder

Som teoretisk diskurs og klinisk virksomhet kommer psykoanalysen i nærkontakt med noen av de mer kompliserte spørsmålene innenfor moderne vitenskapsteori: Kan man ivareta menneskelig subjektivitet og fri vilje i en naturvitenskapelig virkelighetsanskuelse? Hvordan kan vi forstå sammenhengene mellom subjektiv erfaring og hjernefysiologi? Hvordan kan vi skape en mer integrert forståelse av menneskets indre liv? I hvilken grad er filosofiske menneskesyn med på å forme vår teoretiske og kliniske forståelse av mentale lidelser?

Integrasjonsdebattene aktualiserer motsetningene mellom fundamentalt forskjellige menneskesyn, og understreker noe av psykoanalysens enigmatisk status som intensjonalt og kausalt kunnskapsfelt i grenseområdene mellom humaniora og naturvitenskapene. I etterkant av ”hjernens tiår” står psykoanalysen frem som viktig aktør i det interdisiplinære feltet mellom en humanistisk forståelse av menneskesinnet og en naturvitenskapelig beskrivelse av menneskehjernen. I dagens polarisering av evolusjonsbiologiske og sosialkonstruktivistiske kunnskapsdiskurser, blir psykoanalysens interne grunnlagsproblemer svært interessante og kontroversielle i kraft av å romme noen av de fundamentale motsetningene i vår egen samtid. Mye av psykoanalysens aktualitet ligger i dens paradoksale forsøk på å nærme seg noen av vår tids mest enigmatisk spørsmål – selvets betydning i hjernens tidsalder.

Referanser

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale & New York: The analytic press.
- Bennett, M.R. & Hacker, P.M. (Eds.). (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Binder, P.-E. (2002). *Individet og den meningsbærende andre: En teoretisk analyse av de mel-*

- lommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald W. Winnicotts teori.* Oslo: Unipub forlag.
- Bolton, D. & Hill, J. (2003). *Mind, meaning, and mental disorder: The nature of causal explanation in psychology and psychiatry (2. ed).* New York & London Oxford University Press.
- Bowlby, J. (2005a). *The making and breaking of affectional bonds.* London: Routledge.
- Bowlby, J. (2005b). *A secure base: Clinical applications of attachment theory.* London: Routledge.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory.* New York, NY, US: Guilford Press.
- Chalmers, D.J. (1997). *The conscious mind: In search of a fundamental theory.* New York & Oxford: Oxford University Press Inc.
- Davidson, D. (2001). *Essays on actions and events.* Oxford: Clarendon Press.
- Draenos, S. (1982). *Freud's odyssey: Psychoanalysis and the end of metaphysics.* New Haven & London: Yale University Press.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis.* London & New York: Karnac.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self.* New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: Perspectives from developmental psychopathology.* New York: Brunner Routledge.
- Frattaroli, E. (2001). *Healing the soul in the age of the brain: becoming conscious in an unconscious world.* New York Viking.
- Freud, S. (1895/1971). Project for a scientific psychology. In *Standard Edition (vol. 2).* London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1914/1993). On narcissism: An introduction. In *Vol. 11: On Metapsychology.* London: Penguin Books.
- Fulford, B., Morris, K., Sadler, J.Z. & Stanghellini, G. (Eds.). (2003). *Nature and narrative: An introduction to the new philosophy of psychiatry.* Oxford: Oxford University Press.
- Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Grünbaum, A. (2002). A critique of psychoanalysis. In L. Gomez (Ed.), *The Freud wars: An introduction to the philosophy of psychoanalysis.* London & New York.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and human interest.* Boston: Beacon Press.
- Hjeltnes, A. (2006). Mening og materie. En drøfting av psykoanalysens teoretiske grunnlagsproblematikk. *Matrix*, 23(3), 183-201.
- Kandel, E.R. (2006). *In search of memory: The emergence of a new science of mind* New York: W.W. Norton & Company.
- Kandel, E.R. & Cooper, A.M. (2005). *Psychiatry, psychoanalysis, and the new biology of mind.* Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Kohut, H., Stepanky, P. & Goldberg, A. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Lacan, J. (1966/2001). *Écrits: A selection.* London & New York: Routledge Classics.
- Macintyre, A.C. (1958/2004). *The unconscious: A conceptual analysis.* New York & London: Routledge.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press.

- Meissner, W.W. (2006). Prospects for psychoanalysis in the 21st century. *Psychoanalytic Psychology*, 23(2), 239-256.
- Mitchell, S. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Cambridge & London: Harvard University Press.
- Morley, J. (2002). Phenomenological and biological psychiatry: Complementary or mutual? *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9(1).
- Nagel, T. (1986). *The view from nowhere*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Orange, D.-M. (2003). Antidotes and alternatives: Perspectival realism and the new reductionisms. *Psychoanalytic Psychology*, 20(3), 472-486.
- Orange, D.M. (1995). *Emotional understanding studies in psychoanalytic epistemology*. New York: Guilford Press.
- Orange, D.M., Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (1998). Hermeneutics, intersubjectivity theory, and psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*, 46(2), 568-572.
- Pariser, M. (2005). Splitting and reductive identification – Comment on Orange (2003). *Psychoanalytic Psychology*, 22(1), 120-130.
- Pulver, S.-E. (2003). On the astonishing clinical irrelevance of neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(3), 755-772.
- Riceur, P. (1970). *Freud and philosophy: An essay on interpretation*. New Haven & London: Yale University Press.
- Sartre, J.P. (1939/2002). *Sketch for a theory of the emotions*. London & New York: Routledge.
- Schafer, R. (1976). *A new language for psychoanalysis*: Yale University Press.
- Schafer, R. (1994). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*: Basic Books.
- Schore, A.N. (2002). Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 433-484.
- Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Schore, A.N. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schore, A.N. (2003b). *Affect regulation & the repair of the self*. New York: Norton.
- Siegel, D.-J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Slavin, M.-O. & Kriegman, D.-H. (1992). *The adaptive design of the human psyche: Psychoanalysis, evolutionary biology, and the therapeutic process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Snow, C.P. (1993). *The Two Cultures*. New York: Cambridge University Press.
- Solms, M. (1997). What is consciousness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45(3), 681-703.
- Solms, M. & Turnball, O. (2002). *The brain and the inner world: an introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.
- Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York & London: W. W. Norton & Company.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stolorow, R.D. & Atwood, G.E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- Stolorow, R.D., Atwood, G.E. & Orange, D.M. (2003). *Worlds of experience: Interweaving philosophical and clinical changes in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Vetlesen, A.J. & Stänicke, E. (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse: Muligheter og grenser i filosofiens møte med psykoanalysen*. Oslo: Ad Notam Gyldendahl.
- von Wright, G.-H. (1971). *Explanation and understanding*. NY Cornell University Press.
- Winnicott, D.W. (2005). *Playing and reality*. New York, NY, US: Routledge.

Note

- 1 Artikkelen er utgitt med støtte av L. Meltzers Høyskolefond. Forfatteren ønsker å takke Per-Einar Binder og Geir Høstmark Nielsen ved Universitetet i Bergen for nyttige innspill og kommentarer.

Abstract

Aslak Hjeltnes: Nature and narratives: Two axes in psychoanalytic theory and psychotherapy. *Matrix*, 24, 252-268.

Can subjective experience be explained by neurobiology? Can the theoretical and clinical diversity in contemporary psychoanalysis be integrated within a unitary language? The essay explores fundamental questions raised by the dialogue between psychoanalysis and the neurosciences. Contemporary debates reflect a fundamental schism between intentional and causal models of the mind, highlighting the ambiguous explanatory roles of subjective experience and neurobiology within psychoanalytic discourse. These epistemological problems have important theoretical and clinical implications, challenging both neuropsychanalytic and humanistic reconceptualizations of psychoanalytic thought and practice. But despite the many philosophical dichotomies, there exists considerable clinical convergence between contemporary neuropsychanalytic and intersubjective theories of trauma and therapeutic change.

Keywords: Psychoanalytic epistemology, meaning, nature, narrative, trauma

Boganmeldelser

Lars J. Sørensen: **Smertegrænsen. Traumer, tilknytning og psykisk sygdom**
Dansk psykologisk Forlag, 2005.
284 sider. Pris 298,00 da.kr.

Matrix 2007; 3, 269-271

Anmeldt af Jens Hardy Sørensen

Lars Sørensens bog er en teoretisk velfunderet, logisk opbygget og frem for alt en praktisk klinisk baseret og anvendelig fremstilling af vigtig og central viden om traumer og traumebehandling – både tidlige relationelle traumer og senere tilkomne choktraumer og kombinationer heraf. Bogen er teori- og evidensbaseret. Vigtige kapitler omhandler en god gennemgang af personlighedens betydning, af chok og chokreaktioner, af traumetyper, traumesymptomer og traumediagnosticering, af post-traumatisk stress og kronisk PTSD, af tilknytningstraumer (tidlige relationelle traumer) og personlighedsforstyrrelser samt en nuanceret og

teoretisk velfunderet gennemgang og eksemplificering af den psykoterapeutiske behandling af choktraumer og tilknytningstraumer.

Det gennemgående teoretiske grundlag er de nyere udgaver af objektrelationsteoriene og den mentaliseringsbaserede terapi og disse teoriers underliggende affektregulatoriske og somatiske basis. Der gøres i et vist omfang op med de forskellige relationsufokuserede og manualiserede former for kognitiv adfærdsterapi i denne type behandling, som ofte fokuserer for kraftig og tidligt på eksponering og konfrontation med de traumatiserende relationer og begivenheder

Jens Hardy Sørensen. Chefspsykolog ved Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT), Vejle Amt. Privatpraktiserende. Specialist og supervisor i psykoterapi. Ekstern lektor ved Klinisk Institut, fagområde for psykiatri, Syddansk Universitet. Adresse: Skelagervej 3, 8200 Århus N, Danmark.

– med hyppige affektdysregulerede terapeut-klient-relationer til følge og med risiko for uproduktiv retraumatisering.

Der slås bogen igennem til lyd for den grundlæggende betydning af (neuro)affektiv afstemning i den terapeutiske relation. Denne grundopfattelse stiller de allerstørste krav til terapeutens egen (sikre) tilknytning og dermed egne evner til selvregulering – både via autoregulering og interaktiv affektregulering i den terapeutiske relation. Som det omtales i bogen (p. 243) med referencer til Bateman & Fonagy bliver der i behandlingen stillet krav til terapeutens evne til at bevare roen, og de påpeger, at det kan være hensigtsmæssigt at vise noget af sig selv og indtage en afvæbnende holdning af humor og uhøjtidelighed. ”I forhold til kronisk traumatiserende patienters ituslåede tillid og højstressladede affektpres er det således udvekslingen og mønstret i udvekslingen mellem patient og terapeut, der er behandlingen og primært hverken intellektuel eller emotionel indsigt, endsige følelsesudladning. Kognitionen er vigtig i relation til de psykoedukative elementer og for at kunne observere strømmen af egne reaktioner, men selve indsigten må vige i forhold til erfaringsopbygningen” (p. 207). En systematisk beskrivelse af ”mønstret i udvekslingen” er på et affektregulatorisk grundlag forsøgt i J. H. Sørensens

”Affektregulering i udviklingspsykologi og psykoterapi” fra 2006.

PTSD er kun delvis en angstlidelse, hvor symptomerne skal eksponeres (som i den adfærdsterapeutiske tilgang), eller fortrængningerne skal hæves (som i den ældre psykoanalyse). PTSD er først og fremmest karakteriseret ved et ustabil selvsystem og usikker tilknytning. Selve personlighedsorganisationen er ofte skrøbelig. Det er derfor nødvendigt at sætte personlighedstype og niveauet for personlighedsorganisation (f.eks. som Kernberg beskriver), mentaliseringsevne (som f.eks. Bateman & Fonagy beskriver) og evne til selvregulering, (både evne til autoregulering og evne til interaktiv affektregulering som f.eks. Schore beskriver) i centrum for beskrivelse, diagnostik og behandling af mennesker med PTSD og/eller personlighedsforstyrrelser. Under de mangeartede symptomer ligger en forstyrret tillid og tilknytning. Derfor kan man ikke alene i diagnostik og behandling referere til symptomer, traumatiserende begivenheder og chok, men må nødvendigvis også referere til den mening og betydning for personen, begivenhederne har. ”Det er mindre begivenhedernes voldsomhed og mere deres betydning for personen, samt karakteristika i forhold til nervesystemets opbygning, der afgør, om begivenheder udløser chokreaktioner, og om chok udvikler sig

til traume" (p. 63). En begivenheds betydning for subjektet er direkte afhængig af evnen til selvregulering. De ofte voldsomme affektdysregulerede tilstande i klienten udgør en stor udfordring for terapeutens evne til selvregulering, der danner grundlag for tilbuddet til klienten om at "træne en kontakt med et andet menneske og en kontakt med egen krop, som gør det muligt at være i oplevelsen af psykisk smerte uden at føle sig alene og forladt. Hermed afværger gentagelser, chokket og re-traumatisering" (p. 35).

Jeg er enig med bogens forfatter i, at Kernbergs objektrelationsteoretiske tilgang kan være vanskelig for behandleren. Men at Kernbergs tilgang er vanskelig udgør ikke i sig selv en kritik af dens rigtighed. Jeg er enig i, at Kernbergs tilgang lægger for lidt eksplicit vægt på at forstå og systematisere selve relationen mellem terapeut og klient i emotionsteoretiske og affektregulatoriske termer. Det samme kan indvendes mod Bateman & Fonagy, hvis men-

taliseringsbaserede terapitilgang heller ikke eksplicit forholder sig til de emotionelle indholdsaspekter og arten af affektregulering. Kernberg er i virkeligheden ofte tættere på at formulere overvejelser over emotionelt indhold i relationer end Fonagy & Bateman.

Der er nogle få manglende referencer i bogen. F.eks. refereres side 31 til Perry & Azad (1999) og side 176 til Phillips & Frederick (1995). Disse er ikke med i litteraturlisten. Hertil de sædvanlige mindre slåfejl. Disse mindre forseelser skæmmer slet ikke bogens meget væsentlige indhold. Bogen er velskrevet, vel tænkt og først og fremmest vel følt. Det er en sand fornøjelse med sådan en bog på dansk og med en sådan klinisk erfaringsopsamling og teoretisk indsigt. Bogen vil fremover trække brede spor i behandlingen af traumatiserede mennesker. Den følger sig i sin indre sammenhæng smukt til Lars Sørensens tidligere bog – Sørensen, 1996.

Trine Anstorp, Kirsten Benum
og Marianne Jakobsen (red.):
Dissosiasjon og relasjonstraumer
Integrering av det splittede jeg
Universitetsforlaget, Oslo, 2006
Pris 349,00 no.kr.

Matrix 2007; 3, 272-275

Anmeldt av Jon Sletvold

Dette er blitt en meget god og nyttig bok om forståelse og behandling av traumer. Boka lykkes etter mitt syn med å integrere forståelsen av de alvorligste, livstruende traumer med de mer vanlige tilknytnings- eller relasjonstraumer i en teori om traumerelatert "strukturell dissosiasjon av personligheten".

Benum beskriver perspektivet i boka slik: "Innenfor traumepsykologien har en vært opptatt av å utvikle metoder for å bearbeide *innholdet* i traumatiske erfaringer. Dette er viktig, men vår erfaring er at det snarere er relasjonstraumer som – ved sin gjennomgripende virkning på personligheten – gir de største behandlingsutfordringene. For denne gruppen klienter dreier det seg vel så mye om å få hjelp til *å utvikle den mentale kapasiteten til å*

integrere minnene, og utvikle kapasitet til å *regulere følelsene* som sterke minner utløser, som "bare" å gå inn i traumeinnholdet. .. Selv om lidelsene har utviklet seg på bakgrunn av smertefulle erfaringer, vet vi at det i enda større grad er de *generelle oppvekstrammene* som synes å ha skapt de problemene man søker hjelp for som voksen. Tidlig traumatisering fra nære omsorgspersoner ødelegger trygghetsreguleringsystemet og undergraver personens evne til å bruke relasjoner til å etablere trygghet" (s. 23).

Dette er en bok om traumer og dissosiasjon. Forfatterens utgangspunkt er at alle traumatiserte klienter dissosierer i en eller annen form, og at det derfor ikke er mulig å arbeide med traumer uten å arbeide med dissosiasjon. Teoretisk bygger

Jon Sletvold, privatpraktiserende psykolog i Oslo. Drammensv. 110 H, 0273 Oslo, Norge.

forfatterne på Janets hundre år gamle teori om at traumer fører til dissosiasjon eller splitting. De bruker begrepet dissosiative lidelser om hele spekteret fra PTSD (posttraumatisk stresslidelse), over uspesifiserte dissosiative tilstander, og til DID (dissosiativ identitetslidelse). På bakgrunn av at enkel PTSD forekommer sjelden i den kliniske hverdag bruker forfatterne også diagnosen *kompleks PTSD*.

Forfatterne drøfter ikke forholdet mellom dissosiasjon og fortrenghing. Det var Freuds fortrenghingsbegrep som vant fram, mens Janets begrep om splitting lenge var gått i glemmeboka. Men vi kan spørre hva som egentlig er forskjellen på å splitte eller atskille noe, og å fortrenge eller skyve noe tilside. Den engelske oversettelse til "repression" har nok forsterket bildet av fortrenghing som vertikalt, mens det er vanlig å se splitting som horisontalt. Når moderne hjerneavbildning viser redusert aktivitet prefrontalt og økt aktivitet i limbiske områder hos traumatiserte, og van der Kolk siterer Freud på at hvor id var skal ego bli, kan det bli en smakssak om vi kaller det splitting eller fortrenghing. Jeg tror det er samme fenomen. Men jeg ser to fordeler med begrepet splitting. Det er mer naturlig å snakke om splitting i mer enn to deler. Og det er mer naturlig å snakke om splitting som en umiddelbar følge av en traumatisk erfaring, og ikke bare som forsvar.

Begge disse aspektene er viktige i bokas bruk av begrepet dissosiasjon. Så det kan være hensiktsmessig å bruke splitting som et mer omfattende begrep enn fortrenghing, mens fortrenghing dekker forsvarsaspektet.

Det kan også være greit å huske at fortrenghing for Freud opprinnelig handlet om fortrenghing av traumatiske minner, særlig minner om seksuelle overgrep. Etter at Freud ga opp "forføringshypotesen", fastholdt han likevel at traumer faktisk forekom og ofte var en del av nevrosers historie. Dette til forskjell fra det som lenge var oppfatningen til mange av hans etterfølgere.

Forfatterne legger til grunn en modell som sier at traumer primært fører til *en strukturell dissosiasjon av personligheten*. Dette innebærer en splitting av personligheten i en del som tar seg av dagliglivets fungering, og en del som håndterer trusler mot kroppens integritet. Den første delen benevnes "*den tilsynelatende normale del av personligheten*" (ANP), den andre delen, som kan være flere, "*de emosjonelle deler av personligheten*" (EP).

Både ANP og EP er forskjellige fra den pretraumatiske personligheten. EP er fiksert på forsvarsreaksjoner, tilbaketrekning eller tilknytning, og har oppmerksomheten konsentrert om trussel, hvile og omsorg, med fokus på traumet opplevd som pågående hendelse. ANP utvikler et fobisk forhold til traumatiske min-

ner og unngår EP, som bærer disse minnene, samtidig som oppmerksomheten er innsnevret til temaer som angår daglig fungering.

Forfatterne argumenterer overbevisende for strukturell dissosiasjon av personligheten som den primære følge av traumatisering. De sier med dette at traumer ikke primært fører til isolerte "post-traumatiske" reaksjoner, som kan behandles for seg løst fra personligheten som helhet. For meg som har faglig tilknytning til tradisjonen etter Wilhelm Reich, er det også interessant å konstatere at det er stort samsvar mellom ANP-EP modellen og Reichs deling av karakteren i tre lag, det første preget av velvillig tilpasning, det andre preget av forsvar, negative og aggressive følelser, og endelig et tredje bestående av den sunne kjerne. Forfatterne omtaler ikke eksplisitt en sunn del i personligheten, men jeg oppfatter at de implisitt legger det til grunn i det de understreker det patologiske ikke bare ved EP, men også ANP. I likhet med hva Reich også gjorde, knytter de delene, ANP og EP, til aktivitet i henholdsvis den parasympatiske og den sympatiske delen av det autonome eller vegetative nervesystem.

Forfatterne argumenterer solid for det de kaller *en faseorientert behandling av kompleks traumatisering*. De innfører begrepet *kompleks traumatisering* for å ivareta det forhold at traumer i klinisk praksis vanlig-

vis ikke er enkeltstående hendelser. Videre omtales de ulike reaksjonene som traumatiseringen medfører som *fobier*. Jeg synes det er en både klargjørende og veiledende begrepsbruk.

De deler behandlingen i tre hoveddeler. Første fase fokuserer på stabilisering og symptomreduksjon, med bearbeiding av fobien for tilknytning, fobien for egne tanker og følelser, og fobien for dissosierte deler. Andre fase omfatter behandling av de traumatiske minnene, med fobien for traumatiske minner og fobier relatert til engstelig tilknytning til overgriper. Tredje fase fokuserer på personlighetsintegrasjon og rehabilitering, med fobien for et vanlig liv, fobien for forandring og å ta sjanser, og endelig fobien for intimitet.

Den moderne traumeforskning har dokumentert overbevisende at psykologiske traumer traumatiserer kroppen, og at de emosjonelle symptomene kommer fra en traumatisert kropp. Erkjennelsen av at den psykoterapeutiske behandling av traumer også bør være kroppsorientert har derfor vokst sterkt de senere år. Denne boka er et meget konkret og praktisk uttrykk for den erkjennelse. Det er en spesiell glede for en kroppsorientert psykoterapeut å se i hvor stor grad forfatterne ikke bare har en kroppsbasert forståelse, men også integrerer kroppen i behandlingen.

Boka har elleve forfattere, de

fleste norske, men også flere utenlandske. Det har likevel blitt en godt integrert framstilling, mindre dissosiert kan vi si, enn fagbøker med flere forfattere lett blir. Av de utenlandske bidragsyterne framstår nederlenderne Nijenhuis og van der Hart, og amerikanske Steel som sentrale premissleverandører. Boka er ellers først og fremst et produkt av et fruktbart traumemiljø med bakgrunn i Institutt for aktiv psykoterapi og Forum for traumepsykologi i Norge.

Jeg tror boka gir ny kunnskap og bedre helhetsforståelse for terapeuter som arbeider innen det definerte traumefeltet. Jeg vil særlig anbefale boka for psykoterapeuter som arbeider med psykiske lidelser mer generelt. Under lesingen kom jeg flere ganger i tanker om at behandlinger som stoppet opp, nettopp kan han handlet om at pasientens sterke fobi for et traumeområde har gjort at jeg har gått inn i en allianse om å ligge unna, uten at jeg der og da skjønnte at det er det som skjedde. Boka er full av tips om hva det er viktig å se etter i slike situasjoner.

Ole Andkjær Olsen, Chr. Braad Thomsen
og Bente Petersen:
Fokus på Freud
Hans Reitzels forlag, 2006
335 sider. Pris 325,00 da.kr.

Matrix 2007; 3, 276-279
Anmeldt af Tommy Tallberg

I fjol, 2006, var det 150 år sedan Freud föddes. Detta firades med specialvinjetter i och specialutgåvor av olika internationella tidskrifter, t.ex. Newsweek, Der Spiegel och Die Zeit.

Större delen av Freuds samlade verk inlästes också av tyska skådespelare och gavs ut som en CD box av veckotidningen Die Zeit.

I Stockholm hölls ett tvådagars symposium över Freud och vår samtid, också i antologiform med ämnen som religion, kroppen, moral, film, depression etc.

I Danmark valde Hans Reitzels förlag att ge ut antologin "Fokus på Freud". Den är upplagd tematiskt och med olika kommenterande författare, som fokuserar på Freud utifrån ett nutidsperspektiv. Boken är redigerad av Ole Andkjær Olsen, Christian Braad Thomsen och Bente Petersen.

Det rör sig såväl om en hyllnings-skrift som om ett försök att belysa vad som fortfarande är levande i de freudska teoristrukturerna.

Är det då möjligt att göra ett potpurri på ett urval av Freuds texter? Risken är uppenbar att det uppstår en tyngdlöshet och att texterna och deras innebörder glider en ur händerna. Detta kan dock kompenseras av de kommenterande essäernas självständighet och profilering.

Teman är av karaktären: Det omedvetna, drömmen, den infantila sexualiteten, Oidipuskomplexet – alla traditionella ämnen inom metapsykologin men även kliniska infallsvinklar som den psykoanalytiska behandlingstekniken, försvarsmekanismerna och personligheten. Vad som kanske mest fångat anmälarens intresse är rubriker som tänkandet, språket, litteraturen, konsten och religionen.

*Tommy Tallberg, privatpraktiserande psykiater och psykoanalytiker.
Adresse: N.Promenaden 3 B, S-22240 Lund, Sverige*

Specifikt för danska förhållanden är relationerna mellan Freud och Kierkegaard samt Freud och Georg Brandes, vilka belyses.

Hur har man då lyckats med detta företag?

Genomgående tycker jag att Freud inte kommer till sin rätt. För detta krävs mer extensiva studier av hans texter, vilket en antologi inte kan erbjuda. Den hagiografiska frestelsen att göra Freud till en legend under jubileumsåret kommer dessbättre på skam.

Jag finner många av essäerna ytterst stimulerande, varför urvalet nedan är begränsat av min egen subjektivitet. Det intressanta med psykoanalysen i Danmark är att den inte är institutionaliserad som i övriga nordiska länder. Det finns t.ex. Det Danske Sigmund Freud Selskab, som är en oavhängig förening för dem med intresse för psykoanalysen förr och nu. I detta sällskap samsas såväl kliniskt verksamma psykoanalytiker som akademiker och författare med intresse för psykoanalysen. Detta avspglas även i boken där huvuddelen av essäeförfattarna är fria tänkare med bakgrunder i kulturvetenskap, tidningspress, film, konst, litteratur samt de akademiska ämnesområdena filosofi och psykologi.

Om detta skall kallas en slagsida mot det humanistiska perspektivet låter jag vara osagt. Icke desto mindre tycks det mig mera tankestimu-

lerande utifrån ett samtidsperspektiv. Det gör att de kliniska bidragen kommer i skymundan eftersom de huvudsakligen berör kända och travesterade behandlingsperspektiv, som inte så lätt förändras av samtidens nyckfulla vindar.

Från de kliniskt verksamma psykoanalytikerna och terapeuterna fäster jag mig speciellt vid inläggen från Bent Rosenbaum (Drömmen) och Judy Gammelgaard (Dödsdriften). Rosenbaums essä är den enda som tar upp relationen mellan en teori av Freud (drömteorin) och nutida neurobiologiska begrepp. Relationen kan sammanfattas i den egenartade språkliga konstruktion som går under namnet "neuropsykoanalys". Kort sagt söker man finna parallellitet mellan psykoanalytiska teorier och neurobiologiska conceptualiseringar. Kritiker av Freud menar att drömmen är en ren neurofysiologisk företeelse, varför begrepp som "mening" är helt utsiktslöst att försöka applicera. Via den brittiske analytikern och neuroforskaren Mark Solms försöker Rosenbaum återupprätta drömmen som ett psykiskt arbete, genom att hänföra drömmandet till strukturer i hjärnan som är engagerade i tänkandet och kännandet och inte till impulser från hjärnstammen, som man tidigare antagit. Alla vet vi att drömmandet kan fogas in på ett meningsfullt sätt i våra djupa relationer till människor i vår samtid och i det

förgångna ("intersubjektivitet").

Judy Gammelgaard närmar sig uppreparandevånget och dödsdriften via "Bortom lustprincipen". Hon på-talar den regleringsprincip som styr drifternas tillfredsställelse till att inte vara lustsökande. Motsättningen mellan sexualiteten och jagdrifterna upphävdes då narcissismbegreppet introducerades och vägen låg sedan fri för utvecklandet av den struk-turella modellen. Förnuftet är inte längre herre i huset, utan jaget är på djupet kluvet och utsatt för upp-repningarnas tvång och obegrip-lighet (dödsdriften). Gammelgaard tar hjälp av Jean Laplanche för att komma ur den mentala låsning som dödsdriftsbegreppet kan medföra, och inför istället differentieringen mellan obunden och bunden libi-do.

Ett annat bidrag ur den kliniska verkligheten utgörs av Christian Graugaards meditationer över de sexuella avvikelserna. Via exempel från slutet av 1800-talet gör han en kort och sammanhållen historia över det psykiatriska tänkandet rö-rande sexuella avvikelser och han sätter in Freuds tänkande i detta. Men han försöker också förstå den postmoderna värld vi lever genom att ironiskt och sarkastiskt gissla den, samtidigt som han också hyllar "mångtydighetens primat" – "det mångtydiga och interaktiva är kort sagt ett konstituerande drag i män-niskolivet och normaliteten är inte

något givet, utan resultatet av ett livslångt förhandlande" (s.63). I sin nyansrikedom och språkliga elegans är essän ett sant nöje att läsa.

När det gäller de övriga kliniska bidragen vill jag speciellt nämna Sören Aagaards didaktiska betrak-tande av en analysand ur skilda teoretiska perspektiv och hans be-toning av det oförutsedda i det kli-niska mötet.

Boken inleds med en essä över begreppet "det omedvetna" av Peter Thielst. Författaren gör en historisk-filosofisk exposé med lätt hand och resultatet är ytterst njutbart och tankestimulerande, eftersom det görs utvinkningar till de filosofiska grundfrågorna inte bara ur enskil-da filosofers perspektiv, utan även hur dessa frågor lever sitt liv inom oss alla, här exemplifierade genom världslitteraturen.

Som en övergång till de brett an-lagda humanistiska ämnena tjänar, tycker jag, essän om narcissismen av Bo Möhl. Författaren påtalar narcissismens självklara grund i det sociala samspelet och hur den ut-trycks i form av ett iscensättande av sig själv. Drömmen att bli igenkänd och att vara någon blir målet för de narcissistiska strävandena. Denna självcentrering som också innebär en bristande kärleksförmåga gente-mot andra, uppfattades ursprung-ligen som uttryck för självsäkerhet och självtillräcklighet. Författaren anlägger däremot ett annat perspek-

tiv som stöder sig på bl.a. M. Balints tänkande: narcissistiska personer kan inte existera som självständiga personer, utan deras reglering av självkänslan är helt beroende av andra människors uppskattning. Möhl extrapolerar från detta till det moderna samhällets gratifierande av den enskilda personens flexibilitet och hans/hennes oberoende av mänskliga sammanhang som tidigare gav stadga åt tillvaron (familjen, yrkesfacket m.m.).

”Sökandet efter den personliga succén... och att vara i centrum, vilket kan likna självkärlek, är i verkligheten det motsatta, nämligen ett uttryck för ett bristande själv” (s.114).

Ole Andkjaer Olsen för in de moderna auktoritetskonflikterna mot bakgrund av bristen på mogna mänskliga förebilder, i sin uppsats om Oidipuskomplexet. Den som alltför tidigt fått lov att vara vuxen och inte stå under någon vuxens uppsikt, riskerar att förbli barnslig livet igenom. Ur denna mognadsbrist kvarstår en längtan efter ”fadern”,

som dessvärre riskerar att länkas in i odemokratiska former med våld som en huvudingrediens.

Den personliga friheten är störst hos de essäister som behandlar de stora ämnena: tänkandet, språket, religionen, konsten och litteraturen. Av utrymmesskäl kan jag inte gå in och kommentera dessa breda *vistas*, som här tecknas. Dock vill jag peka på Laurits Lauritsens reflektioner över språk, logik och tänkande – utifrån det omedvetnas betingelser. En lacaniansk exposé, utifrån Freuds uppsats om negationen, som är infallsrik och ytterst genomarbetad och som det innebär ett intellektuellt äventyr att läsa.

Sammanfattningsvis bäddar boken för stimulerande och heterogena läsoplevelser. Om man har en tidigare lagd grund av Freud-kunskaper kan läsningen vara integrerande, kan jag tänka mig. Men om så inte är fallet är jag rädd för att sambanden mellan Freuds tankar och de efterföljande utläggningarna kan bli svårförståeliga och att ljuset faller alltför snett på essäerna.

Neuroaffektiv psykologi

En anmeldelse og perspektivering af Susan Harts bog:
Betydningen af samhörighed – om neuroaffektiv udviklingspsykologi
Hans Reitzels Forlag, 2006. 416 sider. Pris 395,00 da.kr.

Matrix 2007; 3, 280-300

Af Jens Hardy Sørensen

Susan Hart har skrevet en bog, som på evidensbaseret, videnskabeligt grundlag sammentænker den nyeste viden fra neurovidenskaberne, fra udviklingspsykologien og den kliniske børne- og voksenpsykologi til et bidrag til beskrivelse og behandling af en lang række psykiske vanskeligheder og forstyrrelser hos børn, unge og voksne. Susan Harts viden inden for disse områder er både i dybden og bredden imponerende. Hendes foreløbige integrative resultat er en stor inspiration for det videre arbejde med at udvikle et bredtfaavnende og fokuseret videnskabeligt fundament for en klinisk og praktisk anvendelig konkretisering af diagnostik og funktionsbeskrivelse af børn og voksne med psykiske vanskeligheder.

Denne viden medvirker til at bane vejen for terapi- og interventionsformer, der hviler på et evidensbaseret, videnskabeligt grundlag og derfor lader sig klart definere og beskrive. Den klare beskrivelse af klientens centrale problemer er en forudsætning for en intervention, der kan kommunikeres, tydeliggøres og superviseres af kolleger, og hvis effekt kan måles. For at kunne måle virkningen af en intervention er det en forudsætning at kende og tydeligt at kunne beskrive interventionerne og at kunne beskrive de områder, som udgør klientens centrale vanskeligheder, og som interventionen retter sig imod.

Susan Harts bog tager fat i det helt centrale område, som alle fagfolk efterhånden er enige om udgør alle klienters/patienters kerneproblem: affektregulering

Jens Hardy Sørensen specialist og supervisor i klinisk psykologi. Forskningsleder ved CETT, Center for Traume- og Torturoverlevende, Psykiatrien Region Syddanmark. Ekstern lektor ved Klinisk Institut, Fagområde for Psykiatri, Syddansk Universitet. Praktiserende psykolog med ydernummer.

– eller rettere sagt problemer med affektregulering i nære relationer. En lang række relationsforstyrrelser, symptomer, personlighedsforstyrrelser, psykiske sygdomme osv. har som sit underlag problemer med affektregulering.

Derfor er det af afgørende vigtighed, at vi samler så meget viden som muligt om affekternes neurobiologiske grundlag og udvikling. Om hvordan affekter reguleres og udvikles i ontogenesen og i den terapeutiske relation. Om hvordan eksterne regulatorer i den interaktive affektregulering internaliseres og bliver til indre autoregulatoriske kapaciteter. Evnen til interaktiv affektregulering og autoregulering udgør kapaciteten til selv-regulering, hvis opbygning er tilknytningsbåndets og psykoterapiens vigtigste formål.

Resultaterne af den efterhånden meget omfattende forskning i affektudvikling og -regulering er – i den ultrakorte version –, at affekter ikke hovedsageligt reguleres via tale, kognitiv indsigt og terapiteknik, men hovedsageligt gennem den relation, som terapeuten har til klienten gennem terapien. Ganske ligesom det ikke er, hvad omsorgspersonen siger til og mener og tænker om sit barn, der bestemmer barnets udvikling af evne til affektregulering og dermed tilknytningsmønster og -kvalitet. Det er relationen i tilknytningsbåndet, som opbygger (eller ødelægger) evnen til selvregulering. En evne, som i høj grad er forbundet med og er en forudsætning for opmærksomhedsstyring, indlæringssevne og kognitive funktioner helt bredt.

Alene den omstændighed, at tilknytningsmønster og mønstret i affekt(dys)regulering grundlægges, før barnet er halvandet år gammelt, sammenholdt med enigheden om, at samtlige personlighedsforstyrrelser etableres, før barnet er halvandet år gammelt, hvor barnets bevidste sproglige færdigheder er yderst begrænsede, viser, at hovedvejen til dannelse af og ændring i affektreguleringsmønstre ikke er sprog, kognition, indsigt mv. Det er derimod omsorgspersonens "relation" til sit barn, der er afgørende, ligesom det er den terapeutiske relation, der er afgørende for terapiens resultat. "Relation" kan i denne sammenhæng defineres som mønstret af relationsformer, som omsorgspersonen/terapeuten udviser.

Det er her, kernen i den nyere integrative neuroaffektive udviklingspsykologi ligger: Hvordan beskriver og definerer vi en relationsform og dermed mønstre af relationsformer og deres udvikling hos barnet og udvikling og bedring hos vores klienter. Det er ikke det narrative, det sproglige eller det kognitive, der definerer en relationsform, et mønster af relationsformer eller det samlede billede af samtlige mulige relationsformer mellem mennesker. Dét, der definerer en relationsform, er den dominerende affektive tilstand, hvad enten den er oplevet bevidst (som hos personer på et forholdsvist højt funktions- og mentaliseringsniveau), eller om den er begravet, skjult eller forklædt under mere eller mindre modne forsvar (eller selvbeskyttelsesstrategier, som Hart kalder dem).

Den affektive tilstand eller emotionen indeholder altid en række elementer (som hos svært forstyrrede og lidende kan være adskilte eller dissocierede): Et hovedelement er en udløsende perciperet eller (gen)oplevet situation eller kontekst. F.eks. den affektive tilstand "frygt": En erindring eller situation perciperes som "en trussel" (bevidst eller ubevidst, berettiget eller uberettiget). Adfærden ses eksempelvis som et "bange ansigt" og flugt. Funktionen er at opnå sikkerhed. Personen har en kropsreaktion styret af den sympatiske del af det autonome nervesystem. Tilstanden opleves måske – og måske ikke – bevidst som følelsen "frygt" med kognitionen "fare" eller måske blot som "dårlig" eller som "sømerfugle i maven". Og tilsvarende for de øvrige affektive tilstande: Der foreligger en udløsende perciperet situation, der er en ydre adfærd, som er en karakteristisk kropsreaktion og et karakteristisk mønster i gestik og ansigtsudtryk (udtryk), der er en oplevelse, en mærken eller følelse (indtryk), og der er en tilhørende tanke eller kognition. Herudover har emotionerne en evolutionsbetinget funktion. Funktionen af den emotionstyrede reaktion i en given kontekst er nært forbundet med motivet. For eksempel er motivet for en frygtstyret flugt sikkerhed. I et vredesstyret angreb er motivet at forhindre eller ødelægge. I en acceptstyret pleje og pasning er motivet gensidig støtte. I en væmmelsesstyret afvisning er motivet at frastøde eller udstøde osv.

De forskellige aspekter ved emotion tjener den funktion og har det formål at regulere og opfylde de relationelle behov, der er knyttet til spektret af emotionelle tilstande, som udgør den spatiale fordeling af affekt. Intentionen er de emotionelle tilstandes evolutionært indbyggede "rå" handletendenser, der af frontallapperne nuanceres og reguleres til situationsrelevante handlinger, som retter sig mod tilfredsstillelsen af de relationelle behov. Hvis sandsynligheden for tilfredsstillelse af de relationelle behov vurderes som lav af de emotionelle reaktioners informationssystem (især frontalcortex og hippocampus), stiger den emotionelle intensitet mod det dysregulerede. Intentionelle handlinger er karakteriseret ved at forsøge at ændre sandsynligheden for og varigheden af kontakt med objekter, som er i stand til at tilfredsstille de relationelle behov, der knytter sig til de forskellige emotionelle tilstande.

Motivet er knyttet til hukommelsessystemerne. Motivet er både fylogenetisk og ontogenetisk hukommelse om det, der opfylder de relationelle behov. Motiv refererer i almindelig sprogbrug mere til de involverede emotioner, mens intention mere refererer til handlingens formål. Det er muligt at tale om intentionalitet ud fra den omstændighed, at motivationelle tilstande og emotioner kan skelnes fra det, de refererer til.

Et mål med interaktiv affektregulering og mentalisering i terapi er blandt andet at forøge og nuancere intentionalitet ved at etablere separate 2. ordens paralimbiske og mediale præfrontale kontrol- og reguleringsinstanser over for

primære motivationelle og emotionelle dispositioner i det limbiske system, i diencephalon og hjernestammen (jf. Fonagy, 2006 b; Fonagy et al., 2002; Gergerly & Watson, 1996; Schore, 2006 a).

Det er interessant, at Freud i sit tidlige præ-analytiske arbejde "The project for a Scientific Psychology" fra 1895 identificerede et neuralt system, som kombinerede både motiv og hukommelse. Her forklarer Freud motivation – ikke som en drift, men som et aspekt ved hukommelse. Et forhold, som Pribram og hans kolleger har gjort opmærksom på (Pribram & Gill, 1976; Tucker & Luu, 1998). Hvis Freud var fortsat med at kombinere hukommelse med motivation, ville hans instinktteori have taget en form, som er mere i overensstemmelse med den nyeste neurovidenskab. Omvendt med hans syn på affekter: I sine tidlige arbejder anså han affekt som psykisk energi, som skulle slippes fri for at undgå problemer. Senere anså han i sin signalteori om angst affekter som information (Freud, 1926). Affekt blev her betragtet som en informationsrummende struktur, hvor egoet aflæser informationen, som er indeholdt i den opdukkende affektive tilstand og således for eksempel signalerer fare til egoet, som så kan forsøge at undgå faren (Spezzano, 1993). Freuds sene affektteori og tidlige teori om motivation synes således i overensstemmelse med den nyere neuroaffektive videnskab.

En skelnen mellem de førnævnte elementer ved emotion er vigtig i den kliniske hverdag. Fonagy (2006 b) fremhæver således vigtigheden af i terapi at klarlægge: Funktion – hvilken funktion tjener denne handling og dette symptom? Kontekst – i hvilken kontekst optræder symptom/adfærd, og hvordan er den forbundet med ydre og indre interpersonel interaktion og kontakt? Affekt – hvad er den åbenlyse og skjulte følelse/affekt? Motivation – hvilke bevidste motiver melder klienten om, og hvilke skjulte og ubevidste motiver kan en nærmere undersøgelse eventuelt blotlægge? Den affektive (neuro)psykologi kan på en systematisk måde vejlede vores søgen efter disse grundelementer i vores daglige kliniske arbejde.

Vi får samtidig mulighed for mere klart at definere personlighed, identitet og karakter. Denne mere præcise definition af personlighed, identitet og karakter ud fra feltet for affektdistribution og relationsfeltet er i principiel overensstemmelse med Kernbergs, hvor han siger: "... personlighed repræsenterer den dynamiske integration af handlemønstre afledt fra temperament, konstitutionelt bestemte kognitive kapaciteter, karakter (og dens subjektive korrelat, identitet) og internaliserede værdisystemer" (Kernberg & Caligor, 2005, p. 120). Og senere: "de strukturerede handlinger udgør karaktertræk og deres generelle organisation – det, der refereres til som "karakter" og afspejler organisationen af underliggende psykologiske strukturer. Mere præcist refererer "karakter" til de handlemæssige manifestationer af identitet. Omvendt er de subjektive aspek-

ter af identitet, specielt et integreret og krystalliseret selv billede og billede af betydningsfulde andre (eller mangel herpå), de psykologiske strukturer, som bestemmer den dynamiske organisation af karakter" (p. 121). Kernberg definerer psykens mindste meningsfulde byggesten som S-A-O elementer, hvor S betegner repræsentativer af selvet, hvor A betegner repræsentationer af affekter, og O betegner repræsentationer af objekter. Det der forbinder S og O er affekten, som også definerer (objekt-)relationen. Som Simo Køppe fyndigt udtrykker det: "SAO-elementerne indgår forbindelser med hinanden og danner herved den psykiske struktur slet og ret (jf. Kernberg, 1976, 1980, 1982." Køppe, 2007, p. 169. Med den neuroaffektive psykologi som baggrund kan personlighed således defineres som mønstret af relationsformer (en delmængde af relationsfeltet), som en person har adgang til i en tilknyttet relation. Identitet som relationsformernes "indtryk". Karakter som relationsformernes "udtryk".

Man kan således udefra se og måle, om personen er bange (det objektive udtryk) uafhængigt af, om personen bevidst oplever "frygt" og har kognitionen "fare" (det subjektive indtryk). Hvis det objektive og det subjektive hænger sammen (som hos velfungerende personer, der kan mentalisere affektivt), går det terapeutiske arbejde forholdsvis let i modsætning til dér, hvor klienter ikke subjektivt registrerer eller oplever f.eks. vrede og foragt, der ellers er muligt at afkode for andre eller ud fra en videoptagelse. Subjektivt oplever klienten måske "tomhed", "fjernhed", eller at han får "det dårligt" med eventuel hovedpine.

Affektregulering og mentaliseringsevne

Sammenhæng mellem de emotionelle tilstandes hovedkomponenter kendetegner højt empatiniveau og -mentaliseringsevne. Komponenterne kan ved affektdysregulering falde fra hinanden (dissocieres) på en række måder, som falder i fire hovedklasser: 1) Fight og 2) Flight, hvor handlingen og det fysiske bliver det virkelige (teleologisk modus), 3) Det subjektive bliver for klienten lig med den ydre realitet (psykisk ækivalensmodus) og 4) Det faktuelle (med manglende subjektivitet) bliver det "subjektive" (pretend modus).

Ad 1 og 2 – Relationsformerne i fightmodus er karakteriseret ved en høj tvingende givende tilstand, kombineret med en umodtagende tilstand (med fire underliggende emotionelle hovedkvaliteter), hvorimod relationsformerne i flightmodus er karakteriseret ved en høj tvingende modtagende tilstand kombineret med en ugivende tilstand (med fire underliggende emotionelle hovedkvaliteter) – jf. Sørensen, 2006 a. Disse relationsformer med deres underliggende dysregulerede emotionelle tilstande betegner Fonagy et al. (2002; Fonagy, 2006 b) som en ikke mentaliserende teleologisk funktionsmodus. I

denne funktionsmodus er der ganske vist forventninger i personen om, at den anden giver og modtager, at den anden gør noget, handler, men disse forventninger er oplevet og formuleret i termer, der er begrænset til den fysiske verden. Personen fokuserer på en forståelse af handlinger ud fra deres fysiske resultat i modsætning til deres intention. Personen kan kun acceptere en modificering i det fysiske handlemæssige som et sandt bevis på den andens intentioner. Kun handling, som har fysisk konsekvens, opleves som værende i stand til at ændre mentale tilstande hos både en selv og andre.

I flightmodus perciperer personen fare – via dybtliggende tidlige hjernestrukturer uden om bevidstheden. Centrale dele af flightsystemets neurobiologiske grundlag er de laterale og centrale kerner i amygdala, der projicerer til de dorsale og laterale dele af den periaquaduktale grå substans (PAG) via baner gennem mediale og anteriore dele af hypothalamus. I PAG's caudale del udløses de motoriske flightprogrammer. I fightmodus perciperer personen ligeledes fare, og centrale dele af fightsystemets neurobiologi ser ud til at være den øverste mediale del af amygdala, som projicerer til den anteriore mediale og posteriore del af hypothalamus, som videreprojicerer til den dorsolaterale del af PAG, som påvirker lavere områder i hjernestammen, der kontrollerer facetter af de somato-motoriske og autonome reaktioner. Det ser ud til, at de motoriske fightprogrammer udløses i PAG's rostrale del. Fight-flight-modus er afhængig af den sympatiske del af det autonome nervesystem, som er forbundet med øget metabolisme, hurtig puls mv.

Ad 3 – Relationsformer med en tvingende høj givende og modtagende tilstand kan under ét betegnes som sammenføjende (med fire underliggende emotionelle hovedkvaliteter). En dysreguleret sammenføjende tilstand er karakteriseret ved en funktionsmodus, som af Fonagy et al. er betegnet som psykisk ækvivalens. Her hersker en isomorfisme mellem indre subjektive mentale tilstande og den ydre realitet. Det indre har magt over det ydre. Personen udviser en konkret forståelse og en intolerance over for alternative, fortolkende perspektiver. Skønt det erkendes af personen, at mentale tilstande er indre, har de samme status som den fysiske realitet.

Patienter med kronisk PTSD, som kraftigt bliver mindet om de traumatiske begivenheder, kan som en mulighed reagere med denne type dissociation, der domineres af invaderende billeder, flashbacks og hyperarousal. Dette reaktionsmønster med høj subjektivitet og psykisk ækvivalens, har van der Kolk et al. (1996) betegnet som primær dissociation. Lanius et al., (2002, 2005, 2007) har fundet, at omkring 70 % af traumatiserede patienter reagerer med denne dissociationstype ved konfrontation med de traumatiske begivenheder. De neurobiologiske korrelater til denne sammensmeltende dissociationstype er gen-

nemgået af Lanius et al. (2007), der kalder tilstanden "hyperarousal, flashback, lindrende respons".

Ad 4 – Relationsformer med fremherskende ugivende og umodtagende tilstande kan under ét betegnes som adskillende (med fire underliggende emotionelle hovedkvaliteter). Der er tale om stærkt overregulerede affektive tilstande, der indebærer en blank, fastfrosset tom tilstand, der mangler indre subjektivitet. Det subjektive bliver derimod ofte projiceret ud i omverdenen. Denne funktionsmodus – med dens endeløse og mangeartede pseudomentaliseringer – er af Fonagy et al. blevet betegnet som "pretend" mundus. Personen udviser relationsformer, som indikerer, at subjektiviteten er fuldstændig adskilt fra den fysiske realitet.

Ved truende eksponering for traumerelaterede tegn reagerer omkring 30 % af kroniske PTSD-patienter med det, van der Kolk (1996) har betegnet som sekundær dissociation. Denne type stærkt adskillende relationsform opleves af patienterne, som om de "forlader" deres krop, og de traumatiske begivenheder opleves helt "på afstand". Patienter beretter, at "jeg så ned på mig selv fra oven", "jeg var adskilt fra min krop" eller "jeg var følelsesløs". De neurobiologiske korrelater til denne adskillende dissociationstype er beskrevet af Lanius et al. (2007). En PTSD-diagnose vil ikke kunne skelne mellem disse dissociationstyper, der kræver forskellige terapeutiske tilgange. Disse forskellige relationelle traumeresponser og deres forskellige relationelle behandling er klinisk tidligere beskrevet af Foa et al. (1995) og Bremner (1999), men den nyeste neuroaffektive forskning giver os værdifuld og videnskabeligt velfunderet viden, som kan bruges i behandlingen fremover.

Disse fire hoveddissociationsformer med deres voldsomme underliggende affektive dysregulering (gemt under forsvar) karakteriserer lav empati og lavt mentaliseringsniveau og er billedliggjort med de fire vinger på relationsfeltet (fig. 5 og 6 i Sørensen, 2006 a).

De to sidstnævnte funktionsmodi er lavere end den teleologiske – både ontogenetisk og hjerneorganisatorisk, hvor strukturerne i hjernestammen spiller en mere dominerende rolle. Personen perciperer uden om bevidstheden livstruende fare og glider ind i en immobiliserende fastfrosset stivnen (pretend modus) eller en immobiliserende slap spillet død med "blind" accept og overgivelse. I denne sidste tilstand ser det ud til, at personens subjektive mentale tilstande smelter sammen med den ydre realitet. Tilstanden orkestreres fra centrale kerner i amygdala med information til PAG's ventrolaterale kerner, som fremmer en autonom tilstand, der er afhængig af vagusnervens ældste gren – en myeliniseret del af vagus, som udspringer fra den dorsale motoriske kerne i hjernestammen. (Jf. Harts bog, kap. 5).

Affektregulering, relationsform og psykoterapi

Oven på det todimensionelle billede af de menneskelige emotioner – med deres intensitetsaspekt og spatiale fordeling – og deres underliggende neurobiologiske styringssystemer kan tegnes billedet af samtlige mulige menneskelige relationsformer (se f.eks. Sørensen, 2006 a). På dette felt af mulige relationsformer kan tegnes en persons aktuelle mønster af udviste relationsformer i en bestemt tilknyttet relation. F.eks. omsorgspersonens relationsmønster til sit barn. Eller en terapeuts aktuelle relationsformer til en given klient. Og naturligvis klientens relationsformer over for terapeuten. Det er ved at indtegne både klientens og terapeutens relationsformer, at det bliver muligt at foretage en relationel "matchmaking" og at billedliggøre "den terapeutiske relation", der af mange – hvis ikke af alle – bliver fremhævet som en afgørende terapeutisk virkningsmekanisme (jf. det senere citat af Norcross & Lambert, 2005).

For personer med et forholdsvis lavt empati- og mentaliseringsniveau gælder det, at terapeurrelationen ikke blot yder et væsentligt bidrag til terapieresultatet, men at relationen (terapeutens mønster af relationsformer i forhold til klienten) udgør hovedbestanddelen i selve terapien. Personer, som mangler emotionsregulerende strukturer, der i ontogenesen normalt dannes de første måneder, kan ikke effektivt hjælpes med teknikker, der baserer sig på senere tilkomne kognitive og sproglige strukturer uden tydelig fokusering på de helende – tidlige, ordløse – grundlæggende relationsformer, der ligger forud for sproget. Vi må som psykologer skelne klart mellem mentale repræsentationer og mentale funktioner og strukturer. I psykoterapi ønskes der ændringer i de mentale repræsentationer, men disse kan kun dannes, når bestemte mentale funktioner, kapaciteter eller strukturer bliver skabt og er tilgængelige. Til tider sker det for første gang i klientens liv gennem den relationelle erfaring med måder at være sammen med en anden person på. En terapeut, som prøver at forstå, give psykisk mening til, regulere og rumme ens oplevelser, ens erfaringer og emotioner.

Guitaren er ikke musikken! De mentale repræsentationer – musikken – kan kun skabes, når de underliggende mentale funktioner og strukturer dannes og bliver tilgængelige. De affektregulatoriske mentale strukturer – guitaren – er en nødvendig del af de mentale repræsentationer. Man kan ikke spille de kognitive og sproglige melodier uden det nødvendige affektregulatoriske grundlag: guitaren. Personlighedsstrukturen – der afspejles i empati- og mentaliseringsniveau – er billedliggjort som breddegraden i feltet for affektregulering, og personlighedstypen – typer af mentale repræsentationer – er billedliggjort ved længdegraden i feltet.

Disse to hovedparametre udgør den affektive tilstand, som definerer relationsformen. Mønstret af relationsformer, som klient og terapeut hver for

sig udviser, kan kaldes "den terapeutiske relation". Terapeutens relationelle "matchmaking" i forhold til de relationsformer, klienten udviser, er afgørende for terapiens forløb og resultat. Derfor må vi som psykologer fokusere på relationsformerne i terapi og (video)supervision. Terapeuten må tilstræbe en relationel "matchmaking" ved affektreguleret at "spejle" klientens tilstand – både temporalt, intensitetsmæssigt ("breddegraden") og spatialt ("længdegraden"). Denne affektspejling kan være en "lige" spejling (dér hvor klientens affekt er velreguleret), en "konkav" eller forstørrende spejling (dér hvor klientens affekt er overreguleret) eller en "konveks" eller formindskende spejling (dér hvor klientens affekt er underreguleret).

Ud over affektspejlingen må terapeuten tilstræbe at introducere og opbygge nye velregulerede affekttyper, som den usikkert tilknyttede klient har lille eller ingen erfaring med. Eksempelvis affekttyper, der ligger under terapeutiske relationsformer som "være gavmild", "opmuntre", "suggerere", "underholde", "spøge", "være morsom" mv. (den givende del af de sammenføjende relationsformer), "beundre", "rose", "ære" og realistisk "idealiserer" mv. (den modtagende del af de sammenføjende relationsformer) og "dele", "være solidarisk", "holde sammen", "alliere sig" mv. (den lige del af de sammenføjende relationsformer). Den første gruppe af affekttyper (og dermed relationsformer) styrker den del af klientens selv, som Kohut kaldte "den idealiserende selvpol", den anden gruppe styrker klientens "idealiserede selvpol", og den tredje gruppe styrker klientens "tvillingsøgende selvpol". Se f.eks. Schore, 2006 a; Sørensen, 2006 a, 2007.

De genstandsområder eller fænomener, som de terapeutiske relationsformer retter sig imod med henblik på udvikling, integration og affektbevidsthed, er afhængige af patientens niveau for affektbevidsthed eller mentaliseringsniveau. Hovedniveauerne er de kropslige eller somatiske korrelater til kategorialemotionerne, orienteringsresponsen, de affektive handletendenser, kategorialemotionerne og blandinger heraf samt kognition. F.eks. er de aktiverende kategorialemotioner ofte uden for patientens bevidsthed (affektfobi). De er begravet og forvrænget under forsvar og inhiberende signalaffekter, som stammer fra den (separations-)angstfyldte og smertefulde aktivering af tilknytningssystemet.

Generelt kan man definere de terapeutiske relationsformers vigtigste genstandsområde som den forskel, der er hos patienten mellem aktiverende vitalitets- og kategorialemotioners udtryk og indtryk i forhold til situationer i terapien og til situationer i tilknyttede relationer. Denne difference mellem udtrykket i aktiverende emotioners komponenter og patientens affektbevidsthed om disse komponenter er zonen for nærmeste udvikling, som terapeuten indsigter, viden og relationsformer retter sig imod.

Vitalitetsfølelser og kategorialemotioner er klinisk og fænomenologisk forskellige fra de inhiberende signalaffekter og forsvar, som f.eks. Malans univer-

selle trekant illustrerer. De har forskellige neurobiologiske og udviklingspsykologiske underlag, der bl.a. via den neuroaffektive

Susan Hart viser i sin bog – hvor hun bygger på den nyeste forskning – at affektregulering danner basis for udvikling af empatievne, mentaliseringsevne og personlighedsorganisationsniveau. Omvendt gælder det generelle forhold, at manglende evne til affektregulering (over- eller underregulering af vitalitetsaffekter og kategorialemotioner) i en (især nær/tilknyttet) relation medfører mangler i empatievne og mentaliseringsevne. Det er det helt centrale i Susan Harts bog, at tidlig regulering af affekt danner den basis, hvorpå empati, mentalisering og en lang række kognitive funktioner og sproglige evner hviler. At beskrive og dokumentere, hvilke niveauer og typer af affektdysregulering og selvbeskyttelsesmekanismer der er forbundet med den lange række symptomer, personlighedsforstyrrelser og psykiske lidelser, vi møder i vores daglige kliniske arbejde med børn og voksne, er et omfattende og fortløbende arbejde, som allerede nu er nået langt.

Harts bog giver mange teoretisk kvalificerede og klinisk praktisk brugbare eksempler herpå. F.eks. er det interessant, om skam/flovhed kunne være en enkel og entydig indikation på forskellen mellem høj og lav borderlinepersonlighedsorganisation: "Kernberg (Sørensen, 2006) opdeler borderlinepersonlighedsorganisation på to niveauer, et tidligt og sent udviklet, og Schore (1994) nævner ligeledes, at neurobiologien er forskellig i forhold til tidligt og sent opståede borderlinetilstande. Efter min opfattelse kan man i opdelingen mellem borderlinestyrrelser på et tidligt og sent niveau skelne mellem tilstedeværelse eller mangel på følelse af skam/flovhed". (Hart, 2006, p. 275). Bogen beskriver således niveauer og typer af affektdysregulering i forhold til de forskellige stressyndromer, i forhold til dissociation, angst, aggression, depression, hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser.

Det mest spændende og praktisk anvendelige gennemgående perspektiv i Harts bog er den uløselige sammenhæng, hun bogen igennem dokumenterer mellem affektive udviklingspsykologiske niveauer og niveauerne for den erfaringsafhængige modning af hjernens hierarkiske affektive og kognitive strukturer og deres regulerende samspil. Disse niveauer anvendes så til at analysere symptomer og forstyrrelser hos børn og voksne. Denne niveauanalyse af evnen til affektregulering peger direkte mod niveauer og typer af intervention. Denne indre sammenkobling og forståelse af psykiske forstyrrelses hierarkiske affektive styringsgrundlag er teoretisk og ikke mindst klinisk frugtbar: at supplere den mere deskriptive diagnostiske og symptomopremsede klassifikation (med de til tider endeløse diskussioner om de psykiske forstyrrelses kategorialitet kontra dimensionalitet osv.), der ofte ikke særlig entydigt kan beskrive problemernes centrale kerne og dermed heller ikke altid kan anviser en velbegrunnet terapiform

(terapeutiske teknikker) eller interventionsform (mønster af relationsformer).

Det ofte endeløse arbejde med at klassificere symptomer og selvrapporterede psykiske problemer via faktoranalyse o.lign. til syndromer og dimensioner for dernæst at iværksætte manualiserede terapiteknikfikserede behandlingsregimer og måle evidens for deres effektivitet via nye selvrapporteringer af evt. symptomreduktion mv. kan suppleres og fokuseres med denne dokumentation af det centrale i alle psykiske forstyrrelser: Hvilke affekter er ekstreme (underregulerende), og hvilke affekter er fraværende eller begrænsede (overregulerede). Herudover et fokus på, når (stærke) affekter er i konflikt, og om der er manglende forbindelse hos personen mellem de tidligere nævnte affektive komponenter: perciperet situation/kontekst, kognition, følelse/fornemmelse (indtryk), den affektive handlekomponeent og affekters kropslige fornemmelse og fysiske udtryk.

Norcross & Lambert siger: "To afgørende udeladelser har forringet første-generationsstudier af evidensbaseret behandling: Den terapeutiske relation og den relationelle matchmaking. Vi deler synspunkt med mange andre i forsvaret af, at specifikke behandlinger til specifikke lidelser kan lede til en overfokusering på de mindst kurative aspekter af de terapeutiske bestræbelser. Fremme af evidensbaserede behandlinger (i modsætning til evidensbaserede praksisser) kan uforvarende lede til forsømmelsen af menneskelige relationer (Bergin, 1997). Terapirelationen bidrager væsentligt og konsistent til det psykoterapeutiske outcome for alle typer af behandling, inklusiv psykofarmakoterapi. Bestræbelser på at udbrede lister af evidensbaserede behandlinger uden at inkludere terapirelationen er derfor meget ufuldstændige på både det kliniske og empiriske område. Tilsvarende bør evidensbaseret praksis udtrykkeligt adressere terapeutisk adfærd og kvaliteter, der fremmer en faciliterende terapeutisk relation. Samtidig virker den terapeutiske relation sammen med særskilte interventioner, patientkarakteristika og klinikerens kvaliteter i bestemmelsen af behandlingens effektivitet. En omfattende forståelse af effektiv (og ineffektiv) psykoterapi vil tage alle disse determinanter og deres optimale kombinationer i betragtning. At tilpasse eller skræddersy den terapeutiske relation til specifikke patientkarakteristika (foruden diagnose) forstærker effektiviteten af behandlingen." Norcross & Lambert (p. 217).

Neuroaffektiv videnskab – om comorbiditet

I disse år diskuteres ofte de komplicerede spørgsmål om sammenhæng mellem og sammenfald af en række forskellige lidelser – f.eks. PTSD, borderline, angstlidelser, depression og mange flere. Pointen her er, at en inddragelse af en grundig udviklingspsykologisk viden i kombination med vores omfattende neurovidenskabelige viden kan nuancere og kvalificere debatten om sådanne vigtige emner. En af grundene til disse spørgsmåls vigtighed er, at besvarelse af dem er af stor

betydning for behandling og effektmål. Hvis en række symptomatisk forskellige tilstande (iflg. ICD-10 og DSM-IV) er forskellige (bl.a. med forskellig ætiologi), skal de behandles differentieret og forskelligt efter deres art. Omvendt hvis en række tilstande – der symptomatisk er ret forskellige – underliggende deler en lang række ensartede fællestræk, vil en mere sammenhængende behandlingsforståelse kunne udvikles, selv om der på nogle få grundlæggende områder skal differentieres i behandlingsform og indhold.

Et eksempel på denne interessante og vigtige diskussion findes i Jørgensen, 2006, p. 167 ff. Her diskuteres grundigt, om man kan opfatte PTSD og borderline personlighedsforstyrrelse (BPD) som to afgrænsede lidelser eller som to forskellige udtryk for den samme lidelse. Der konkluderes p. 171: "Samlet set kan resultaterne af de foreliggende empiriske undersøgelser fortolkes i retning af, at borderline personlighedsforstyrrelsen og PTSD er to afgrænsede lidelser ...". Det, der skal fremhæves her, er ikke så meget selve konklusionen, men det empiriske grundlag, konklusionen drages på: undersøgelser om opfyldelsen af diagnostiske kriterier fra DSM-IV-TR, udredning ud fra standardiserede interviews til registrering af akse I- og akse II-forstyrrelser (SCID-I og II) symptombilleder ud fra spørgeskemaer (PSS-SR, BDI, STAI m.fl.) mv.

Dette er vigtig og interessant forskning, men en forskning, som kunne nuanceres og yderligere kvalificeres ved inddragelse af de forskningsområder, som bl.a. Hart slår til lyd for: neuroaffektiv (udviklings)psykologi. For at blive i eksemplet her: Man har fundet reduceret aktivitet i højre amygdala hos patienter med BPD i en undersøgelse af det neurale grundlag for smerteprocessering hos mennesker med BPD (Schmahl et al., 2006 a). Bremner (2002) mener, at både PTSD og BPD kan ses ud fra et traumespektrumperspektiv, fordi de udviser en ensartet underliggende ætiologi og adskillige overlappende symptomer. Symptomerne hos både PTSD- og BPD-patienterne stammer fra ensartede neurale kredsløb, som regulerer emotion såsom amygdala, hippocampus, orbitofrontalcortex m.fl. (Schmahl et al., 2006 b; Nemeroff et al., 2006; Geuze et al., 2007). Traumatiske erfaringer kendetegner begge forstyrrelser. BPD indbefatter udviklingspsykologiske eller "erhvervet" hjernedysfunktioner forbundet med tidlige relationelle traumatiske erfaringer, hvorimod traumerne hos PTSD-patienter sædvanligvis forekommer senere i livet. Det påfaldende er, at de neurovidenskabelige undersøgelser kan påvise så ensartede mønstre af dysfunktion i hjernen for begge grupper. Herudover "er der stigende dokumentation for, at PTSD, som udløses i forbindelse med traumatiske hændelser senere i livet, for det meste opstår hos personer, som i forvejen har været udsat for udviklingsmæssige traumer eller fejlregulering (Van der Kolk, 2000)." Hart, 2006, p. 230. Se f.eks. også Harari et al. (2007). Van der Kolk og hans kolleger har overbevisende argumenter for den mulighed, at BPD deler en fælles ætiologi med andre forstyrrelser i form af

tidlig (eller sen) alvorlig stress. Han og en række forskere mener, at somatisering, dissociative forstyrrelser, alexithymi og BPD er forskellige neuroaffektive symptomatiske udfald af traumatiske erfaringer – traumatiske relationelle erfaringer på forskellige udviklingstrin (Maaranen et al., 2004; Nijenhuis et al., 2003, 2007; van der Kolk et al., 1996). En lang række neurobiologiske forskningsmetoder har kunnet påvise mange hjernemæssige fællestræk for patienter med BPD og PTSD og nogle få forskelle – for eksempel forskelle i HPA-akse-dysregulering. Schmahl & Bohus (2007).

De få her fremførte forhold skal ikke tages til indtægt for et bestemt løsningsforslag til spørgsmålet. Den afgørende pointe her er, at den meget omfattende forskning og viden inden for neuroaffektiv (udviklings)psykologi bør medinddrages og sammentænkes med de øvrige perspektiver for yderligere at kvalificere den løbende diskussion af sådanne vigtige spørgsmål blandt psykologer og ikke som nu ofte ligge ubrugt hen. Susan Harts bog drager på kompetent vis dette område ind i fokus for os psykologer.

Neuroaffektiv videnskab – om forebyggelse

I slutningen af sin bog skriver Susan Hart: "Man regner med, at ca. en tredjedel af alle børn har et forstyrret tilknytningsmønster. Heraf har ca. 3 % en så alvorlig relationsforstyrrelse, at man kan tale om alvorlig psykopatologi. I den vestlige verden hersker der megen forvirring om, hvad der skal gøres, og ressourcerne er begrænsede. På den baggrund vil det være hensigtsmæssigt såvel som menneskeligt at afsætte ressourcer til at finde de mest effektive vurderings- og interventionsformer" (p. 374). Hos børn med forældre med psykiske forstyrrelser/sygdomme, med alkoholproblemer, en baggrund med traumer og tortur m.fl. møder vi en langt højere procentdel med alvorlige relationsforstyrrelser. For at kunne iværksætte præventive programmer for udsatte børn og voksne, der er i fare for at udvikle alvorlig psykopatologi (f.eks. flygtninge, som er i fare for at udvikle PTSD, eller børn af traumatiserede, der er i alvorlig fare for at udvikle svære psykiske problemer), må vi udvikle vurderingsinstrumenter, der kan vise vej til de familier, der har størst behov for hjælp. Disse instrumenter skal være lette at håndtere. De skal afkode de centrale problemer i personligheden, som indikerer høj risiko, de skal være stabile, og de skal kunne måle effekt af en (evt. forebyggende) behandlingsindsats. Meget tyder på, at ved specifikt at fokusere på de affektive processer (niveauer af affektbevidsthed, affektudtryk, affektolerance og -distribution mv.), som er helt centrale i udvikling og dannelse af personlighed og i forstyrrelser i personligheden, vil vi kunne styre og kvalificere vores tidlige opsporing og behandlingspraksis, som man dernæst skal kunne påvise resultaterne af.

En fokusering på symptombilleder og ændringer heri er vigtig, men en langt mere præcis fokusering på, måling af og intervention over for de underliggende dysregulerede kropslige og affektive processer (og dermed relationsformer) vil kunne tydeliggøre den differentiering, der er nødvendig for opsporing og en mere målrettet behandlingsindsats. Især behandlingsindsatsens omfang, form og ikke mindst indhold vil kunne tydeliggøres ved en klar fokusering på affektregulering – i langt højere grad end en fokusering på symptombilleder og deskriptive diagnoser, der ikke entydigt leder til et behandlingsfokus. Man kan f.eks. vanskeligt slutte sig fra symptombilleder til behandlingsform og kurative relationsformer, som er afgørende for en behandlingsmæssig succes. De behandlingsformer og interventionsformer, der mest sandsynligt vil være virkningsfulde i en given behandling, synes langt mere afhængige af klientens psykiske funktionsniveau (mentaliseringssevne, empatiniveau, personlighedsorganisationsniveau), som er et udtryk for niveauet for affektdysregulering (intensitetsaspektet) og personlighedstypen (den spatiale fordeling af affekt) end af symptombilleder og diagnose.

En person kan f.eks. have et forholdsvis højt mentaliseringsniveau (forholdsvist højt empatiniveau og niveau for emotionel bevidsthed), men en række dramatiske symptomer på bestemte områder, mens en anden kan have forholdsvis færre symptomer, men have et lavt mentaliserings- og empatiniveau, der løbende giver personen alvorlige problemer med relateringssevne til nærtstående, til venner og kolleger, med samarbejdsevne og fastholdelse af job mv. Det er mentaliserings- og empatiniveauet (og dermed evne til selvregulering og niveau for emotionel bevidsthed), der i langt højere grad informerer om risiko og behov for behandlingsindsats, end det er symptombilleder (f.eks. målt med en symptomtjekliste) og diagnoser ud fra ICD-10 og DSM-IV-TR. Derfor er assessment af mentaliseringsniveau (niveauet for emotionel opmærksomhed) og personlighedstypen (distributionen af affekt) afgørende for form og indhold af behandlingsindsatsen, hvis virkning tilsvarende kan måles ved registrering af ændringer i disse grundparametre for personlighedsfunktion. Susan Harts bog hjælper med til en mere sikker forståelse af disse neuroaffektive niveauer og typer som grundlag for beskrivelse, vurdering, behandling og effektmål.

Et eksempel på vigtigheden af at skelne mellem beskrivelse og anvendelse af en behandlingsform (teknik) og interventionsform (mønster af relationsformer) kunne være behandlingen af patienter med OCD. Her findes en lang række inspirerende og værdifulde teknikker, udviklet af kognitive adfærdsterapeuter. Teknikker, som rammer ind i klientens invaliderende problemer. Det, der imidlertid ofte mangler, er en eksplicitering af mønstret af relationsformer, som terapeuten skal bestræbe sig på at udvise, når klientens (dysregulerede) tilstande (og dermed relationsformer) viser sig, når teknikkerne bringes i anvendelse.

delse. Alle er enige om, at behandleren skal have en "god" relation til klienten under behandlingen. Denne "gode" relation bliver imidlertid sjældent gjort til genstand for en direkte beskrivelse og definition. Ligeledes med de "ikke gode" relationsformer – hvori består de og hvordan gøres de til eksplicit genstand for granskning og tydeliggørelse i oplæring og supervision af terapeuten. Hvis man i eksemplet forestiller sig, at en gruppe terapeuter er oplært i og anvender de samme relevante teknikker (eksponering, responsprævention osv.), men at én terapeut udviser et mønster af relationsformer med en underliggende vrede, ironi og måske lejlighedsvis arrogance alternerende med passivitet, usikkerhed og frygtsomhed. En anden udviser relationsformer med overdreven optimisme, friskhed og til tider upassende humor alternerende med modløshed, tvivlen og forvirring. En tredje udviser relationsformer med konstant gåpåmod, interesse, sindsro, accept og venlighed osv.

Anvendelsen af den præcis samme ydre struktur og sekvens, samme terapitekniske fremgangsmåde, de samme systemer, skemaer, registreringer osv. vil lede frem til helt forskellige behandlingsresultater afhængig af den terapeutiske relation (= mønster af udviste relationsformer). Det samme gælder for spædbarnet. "Det, der betyder noget i omsorgsperson-barn-relationen, er ikke kun det, personerne foretager sig sammen, men også, hvordan de gør det. Hvis moderen f.eks. reagerer sensitivt over for barnets behov og viser, at hun nyder kontakten med det, vil relationen være helt forskellig fra en relation, hvor moderen er ufølsom, pligtfyldt og afvisende. Kvaliteten må også vurderes ud fra en beskrivelse af interaktionsmønsteret, f.eks. timing, sekvens, affektiv tone, vitalitet osv." Hart, 2006, p 348.

Derfor er det af afgørende betydning – ud over den klare og inspirerende beskrivelse af teknikker – at kunne definere, beskrive og klassificere relationsformerne entydigt, så vi via videooptagelser kan indplacere vores relationsformer på feltet for affektregulering – på relationsfeltet. Hvis vi først erkender vores relationsformer til en given klient, kan vi også hjælpe hinanden med at korrigere og udvikle dem gennem (video)supervision. Hvis vi derimod lader relationsforståelsen og den konkrete granskning af relationsformerne ligge – hvis vi ikke selv ønsker øget affektbevidsthed i egne og terapeutiske relationer, vil vi bevæge os imod endeløse tekniske (ikke-intentionelle) diskussioner om symptomer, diagnoser, komorbiditet, behandlingsteknik, behandlingsevidens alene opfattet som symptomreduktion osv.

Det er denne mangel på fokusering på relationsformer og relationel matchmaking, der har præget førstegenerations-, evidensbaseret terapiforskning, som Norcross og Lambert (2005) påpeger i det tidligere citat. Om den hidtil manglende fokusering på relatering og mentalisering i den nære terapirelation, siger Fonagy og Bateman, 2006:

”Aspekter af DBT (dialektisk adfærdsterapi) fokuserer således også på at forstærke mentalisering, såsom skærpelse af mindfulness. Imidlertid opstår denne proces sjældent i en kontekst præget af krav om individers begrebsliggørelse af deres mentale tilstand, i konteksten af tilknytningsforhold. Tværtimod fokuserer støttende psykoterapi mindre specifikt på mentale tilstande, men nærmere på forsøg på at reducere hypersensitiviteten i tilknytningssystemer hos individer, der har været udsat for alvorlige tilknytningstraumer. Overføringsfokuseret psykoterapi er muligvis tættest på MBT (mentaliseringsbaseret terapi) i dens orientering mod mentale tilstande i tilknytningskontekster; forskellen er en langt mere begrænset vægt på mængden af interventioner. De observationer, som Levy, Clarkin og Kernberg (Levy & Clarkin, in press) rapporterer, er konsistente med det, der fremsættes her: Tilknytningsrelateret mentalisering (reflektiv funktion) forbedres kun i overføringsfokuseret terapi og ikke i DBT eller støttende terapi.” (p. 425)

Ved CETT – psykiatrien i Region Syddanmark forsøger vi at iværksætte et forsknings- og udviklingsprojekt ”Børn af traumatiserede forældre. Tidlig opsporing og tidlig intervention (forebyggelse) og effekten heraf”, der i udvælgelsen af højrisikogruppen, i interventionen og effektmålingen, fokuserer på evnen til affektregulering og niveauet for affektbevidsthed.

Neuroaffektiv videnskab – om effektforskning

Meget forskning peger som sagt på, at en afgørende terapeutisk virkningsmekanisme – ikke mindst med børn og tungt fungerende voksne – er selve relationen mellem klient og terapeut. Derfor er det af stor betydning at kunne beskrive relationsformerne mellem mennesker og klart beskrive, hvad der definerer en relationsform. De relationsformer, en terapeut udviser over for sin klient (og en mor over for sit barn), er en afgørende virkningsmekanisme i terapi. Over tid vil klienten via den interaktive affektregulering ændre sin relatering til terapeuten, til andre og i sidste ende til sig selv. Denne delvis ubevidste affektregulering og delvis bevidste mentalisering i klient-terapeut-forholdet og ændringer heri kan belyses ved en tydelig fokusering på de affektive processer i behandlingsindsats og måling af effekt. Det, der som nævnt definerer en relationsform, er affekten (som forbinder billeder af selv og anden), som kan beskrives ud fra det temporale aspekt, intensitet og spatial distribution (f.eks. Fonagy et al., 2002). Et bud på den spatiale og intensitetsmæssige distribution af affekter og benævnelser af de overlejlrede relationsformer findes f.eks. i Sørensen, 2006. Jf. også Fonagy, 2006, Schore 2006, Stern 2006 et al. og Harts bog.

Susan Harts bog dokumenterer på videnskabeligt grundlag, at beskrivelsen af de neuroaffektive processer er en hovednøgle til beskrivelse af relation og

dermed vurdering af klientens psykiske funktionsniveau og det tilsvarende psykoterapeutiske indhold. Ændringer i de neuroaffektive processer er sandsynligvis nøglen til at beskrive ændringer (og dermed effekt) som følge af den psykologiske indsats. Derfor er det et centralt forskningsområde klart at kunne beskrive niveauer for emotionel opmærksomhed og bevidsthed, emotionelt udtryk, emotionel tolerance mv.

Et problem med at måle f.eks. behandlingseffekt hos svært forstyrrede og plagede patienter med instrumenter, der i større eller mindre grad hviler på klientens verbale selvrapporing, er, at klientens sproglige, venstre hemisfære skal aflæse tilstande i den ikke-sproglige højre hemisfære og tilstande i de dybereliggende paralimbiske og limbiske strukturer og i diencepalon og i hjertestammen. Hart siger: "Højre hemisfære gør det muligt at fornemme kropssansninger, affekter og intuitioner, idet denne hemisfære er dominerende i forhold til perceptuelle kropsrepræsentationer og monitorering af somatiske og legemlige tilstande... De fleste emotionelle oplevelser lagres i højre hemisfære, og dissocieringer mellem højre og venstre hemisfære vil betyde, at disse erfaringer er ukendte i venstre hemisfære (Joseph, 1982)" Hart, 2006, p. 238.

En grundlæggende metodologisk vanskelighed med interviews, selvrapporing og spørgeskemaer i forhold til klienter med svære psykiske problemer er netop, at komponenterne i de forskellige implicite og eksplicite hukommelsessystemer og relationsformernes (og dermed emotionernes) komponenter i høj grad er løsrevet (dissocieret) fra hinanden. Handling kan være skilt fra kropsfornemmelse, sprog og kognition være skilt fra emotioner. Det, klienten siger, svarer ikke til, hvad han gør. Det, han gør, svarer ikke til det, han siger, han føler. En alkoholiker mener helt seriøst, at han kan stoppe sit drikkeri, og bliver vred, hvis man tvivler på hans ord. En voldelig kan opfatte sig selv som nervøs og frygtsom osv. En metodologisk vanskelighed, der vil kunne mindskes ved direkte fokusering på affektiv processering i diagnostik, behandling og effekt mål.

En af Harts store fortjenester i sin nye bog er, at hun forsøger en systematik og niveauopdeling af disse brudflader. En systematik, som hviler på meget omfattende viden om neuropsykologi, udviklings- og personlighedspsykologi og stor praktisk klinisk erfaring med især behandling af børn. En systematik, som netop kan medvirke til en mere præcis og behandlingsrelevant beskrivelse af børns og voksnes psykiske forstyrrelser og problemer.

Susan Hart viser, at dissociationer kan forekomme på forskellige neurobiologiske, udviklingspsykologiske og dermed forskellige personlighedsorganisatoriske niveauer. Der kan være tale om en tidlig dissociation på hjernestammeniveau. Sympatisk dissociation – kamp/flugt (teleologisk mundus), hyper-sympatisk dissociation – fastfrysning (adskillende "pretend" mundus) og en parasympatisk

domineret dissociation (sammenføjende ækvivalens mundus). Der kan være dissociation på et limbisk niveau – f.eks. mellem amygdala og hippocampus – hvilket bevirker en manglende integration mellem implicit emotionel og eksplicit hukommelse, så det bliver vanskeligt at placere emotionel oplevelse i tid og sted. Der kan som nævnt være tale om dissociation mellem hemisfæerne (det horisontale split) – her bliver det vanskeligt eller umuligt for venstre hemisfære med det bevidste sociale selv at tolke informationer (via corpus callosum) fra højre hemisfære med det ubevidste selv med kropsrepræsentationer, emotionelle og somatiske tilstande.

Hvis man derfor forsøger at få et billede af personens affektive tilstande (som er kernen i personlighed, identitet og karakter) via kognition og sproglige formuleringer, som i selvrapporteringsinstrumenterne, fremkommer ofte et usammenhængende, ustabil og fragmenteret billede af de konstituerende affekttilstande, kropsbilleder og relationsformer, som ikke er velegnet som grundlag for monitorering og måling af effekt af forskellige former for behandlingsindsats. Kernberg & Caligor (2005) påpeger, at den samme adfærd og ensartede symptomer kan tjene forskellige funktioner, afhængig af den underliggende personlighed. Ensartet adfærd kan afspejle helt forskellige motiver. "Et problem, der er forbundet hermed, er afhængigheden – i forskningsbestræbelser i større skala – af standardiserede interviews eller spørgeskemaer, der som assessment-instrumenter er kendt for at være forholdsvis dårlige mål for personlighedspatologi (Torgerson & Ainaeus, 1990). Patienter med personlighedsforstyrrelser er ofte ikke tilstrækkeligt opmærksomme på visse patologiske personlighedstræk til at kunne berette om dem. Herudover – selv når patienter er opmærksomme på deres personlighedstræk – vil svarene på spørgeskemaer og standardinterviews være påvirket af den sociale ønskværdighed af bestemte træk." Kernberg & Caligor, 2005, p. 119-120.

"Sproget gør det muligt at forme en autobiografisk historie omkring de indre repræsentationer, som til sidst er det narrative, det vil sige den livshistorie, som klienten præsenterer psykoterapeuten for. Sådanne narrative er venstre hemisfæres forståelse af de personlighedsstrukturer, der er skabt præverbalt, men denne forståelse er sjældent sammenhængende. Børn og voksne, der har været udsat for uhensigtsmæssige relationsmønstre, og som en følge heraf ikke har været i stand til at udvikle en tilstrækkelig integration mellem højre og venstre hemisfære, vil være tilbøjelige til at have skabt et sæt narrative omkring deres livshistorie, som syntes at være dissocieret eller adskilt fra den implicite viden". Hart, 2006, p. 307.

I modsætning til selvrapporterings-tests og spørgeskemaer, der afkoder – den ofte mangelfulde – forbindelse mellem hemisfæren, vil test, som direkte afkoder de hierarkisk "vertikalt" organiserede dybereliggende affektive strukturer

uden klientens mulighed for bevidst/kognitivt at kunne kvalificere svaret, have mulighed for at komme uden om problemet med splittet mellem det bevidste (kognitivt, sprogbaseede og selvrapporterede) selvbillede og det ubevidste, automatiske højrehemisfære baseede selvbillede, som også inkluderer kropsbilledet. Derfor kan personen heller ikke via kognition ændre/forbedre scoren på sådanne test, som det er tilfældet med selvrappoteringsinstrumenter. Se også Sørensen, 2007.

Disse emotionelle processer (som helt eller delvis er uden for bevidstheden) kan aflæses på en række test, der er forholdsvis lette og hurtige at optage og score. Ved CETT, psykiatrien i Region Syddanmark har vi beskrevet et projekt, der blandet andet har til formål at vurdere sådanne instrumenters velegnethed til effektmål. Vi har i Region Syddanmark udarbejdet et testbatteri, der ud fra målinger af niveauer for og typer af ikke-bevidst affektgenkendelse, måling af niveauer for emotionel bevidsthed om sig selv og anden mv., undersøges med henblik på dets stabilitet og pålidelighed til vejledning af diagnostik, behandlingsindsats og af dets værdi som effektmål i forbindelse med svært traumatiserede med PTSD, der for 80 procents vedkommende har en eller flere yderligere diagnoser. Det er vores ønske at forsøge en sammenligning med f.eks. SCL 90-R (symptomtjekliste, der måler ni symptomdimensioner), den selvrapporterede MCMI (der måler 14 personlighedsmønstre og ti kliniske syndromer) og andre symptom-checklister med hensyn til effekt af forskellige behandlinger af personer med personlighedsforstyrrelser, behandling af smertepatienter og patienter med spiseforstyrrelser, der gennemgående scorer lavt på test for niveauer for affektgenkendelse og -bevidsthed.

Susan Harts bog er en milepæl i dansk klinisk psykologi: en milepæl, der markerer, at neuroaffektiv udvikling og fejludvikling og regulering af affekt er kernen i personlighedsdannelse, i dannelsen af forstyrrelser i personligheden og i opretningen af disse forstyrrelser. Herudover er bogen velskrevet med mange genkendelige kliniske eksempler. Susan Harts bog kan stærkt anbefales til behandlere i det daglige kliniske arbejde og som grundlag for videre forskning og udvikling af evidensbaseret praksis.

Note

De mange studier og referencer, der ligger bag de her fremførte forhold, er i ovenstående gengivet i ultrakort form. Af pladshensyn er de mange underliggende referencer ikke taget med. Interesserede kan finde dokumentation og en grundig argumentation og nuancering i referencelisten i Harts bog og i f.eks. Sørensen, 2006 b, 2007.

Referencer

- Bremner, J.D. (2002). Neurological Consequences of Stress as a Biological Basis from a Common Spectrum of Psychiatric Disorders. I: *Does Stress Damage the Brain?* New York. W.W. Norton & Company Inc.
- Bremner, J.D. (1999). Acute and Chronic Responses to Psychological Trauma: Where do we go from here? *American Journal of Psychiatry*, 156: 349-351.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. & Gershung, B.S. (1995). Arousal, Numbing, and Intrusion: Symptom Structure of PTSD following Assault. *American Journal of Psychiatry*, 152: 116-120.
- Fonagy, P. (2006a). Udvikling af psykopatologi fra tidlig barndom til voksenliv: Den mystiske udfoldelse af forstyrrelser over tid. I: Sørensen, J.H. (Red.): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Fonagy, P. (2006b). *The Growth and Development of Personality from Childhood to Adult Years: Psychology and Psychopathology*. Seminar. København. 6. okt. 2006.
- Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2006). Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4):411-430.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affectregulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York. Other Press. Dansk udgave: *Affektregulering, Mentalisering og Selvets Udvikling*. København. Akademisk Forlag. 2007.
- Freud, S. (1895). Project for a scientific psychology. *Standard Edition*, Vol. 1, London: Hogarth Press, 1966.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. Standard Edition, 20: 75-175.
- Gergely, G. & Watson J. (1996). The Social Biofeedback Theory of Parental Affect-Mirroring: The Development of Emotional Self-awareness and Self-control in Infancy. *International Journal of Psychoanalysis*, 77: 181-212.
- Geuze, E., Westenberg, H.G.M., Jochims, A., de Kloet, C.S., Bohus, M., Vermetten, E. & Schmah, C. (2007). Altered Pain Processing in Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64: 76-85.
- Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M.J. & van Ijzendoorn, M.J. (2007). Attachment, Disorganization and Dissociation. I: Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (Red.): *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*. Washington. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Hart, S. (2006). *Betydningen af Samhørighed. Om Neuro-affektiv Udviklingspsykologi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Jørgensen, C.R. (2006). *Personlighedsforstyrrelser. Moderne Rationel Forståelse og Behandling af Borderline-lidelser*. København. Akademisk Forlag.
- Kernberg, O.F. & Caligor, E. (2005). A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. I: Lenzenweger, M.F. & Clarkin, J.F. (Red.): *Major Theories of Personality Disorder*. New York. London. The Guilford Press.
- Køppe, S. (2007). Objektrelationsteori. I: Karpatschof, B. & Katzenelson, B. (Red.): *Klassisk og moderne psykologisk teori*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Lanius, R.A., Bluhm, R. & Lanius U. (2007). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Provocation and Neuroimaging. Heterogeneity of Response. I: Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (Red.): *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*. Washington. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lanius, R.A., Williamson, P.C. & Boksman, K. (2002). Brain Activation during Script-driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation. *Biological Psychiatry*, 57: 873-884.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J. & Viinamaki, H. (2004). Somatoform Dissociation and Adverse Childhood Experiences

- in the General Population. *Journal of nervous and mental Disease*, 192: 337-342.
- Nemeroff, C.B., Bremner, J.D., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S. & Stein, M.B. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-science Review. *Journal of Psychiatric Research*, 40: 1-21.
- Nijenhuis, E.R.S., Van Dyck, R., Ter Kuile, M.M., Mourits, M.J., Spinhoven, P.H. & van der Hart, O. (2003). Evidence for Associations Among Somatoform Dissociation, Psychological Dissociation and Reported Trauma in Patients with Chronic Pelvic Pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24: 87-98.
- Nijenhuis, E.R.S. & den Boer, J.A. (2007). Psychobiology of Traumatization and Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. I: Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (Red.): *Traumatic Dissociation: Neurobiology and Treatment*. Arlington. American Psychiatric Press.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2005). The Therapy Relationship. I. Norcross, J.C., Beutler, L.E. & Levant, R.F. (Red.): *Evidence-Based Practices in Mental Health*. Washington DC. American Psychological Association.
- Pribram, K. & Gill, M. (1976). *Freud's "Project" Re-assessed*. New York. Basic Books.
- Schmal, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.D., DiSalle, F., Greffrath, W., Ludaesher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Henning, J. & Seifritz, E. (2006b) Neural correlates of Antinociception in Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63: 659-667.
- Schmal, C. & Bremner, J.D. (2006a). Neuroimaging in Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 40: 419-427.
- Schmal, C. & Bohus, M. (2007). Transnational Research Issues in Dissociation. I: Vermetten, E., Dorahy, M.J. & Spiegel, D. (Red.): *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*. Washington. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Schore, A.N. (2006a). Landvindinger i neuropsykoanalyse, tilknytningsteori og traume-forskning: Implikationer for selvpsykologien. I: Sørensen, J.H. (Red.): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Schore, A.N. (2006b). Psyken i støbeskeen: Tilknytning, den selvorganiserende hjerne og udviklingsorienteret psykoanalytisk psykoterapi. I: Sørensen, J.H. (Red.): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Spezzano, C. (1993). *Affect in Psychoanalysis: A Clinical Synthesis*. Hillsdale, New Jersey. The Analytic Press.
- Stern, D.N. et al. (2006). Ikke-fortolkende mekanismer i psykoanalytisk terapi: 'Noget mere' end fortolkning. I: Sørensen, J.H. (Red.): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Sørensen, J.H. (2006a). Affektregulering i udviklingspsykologi og psykoterapi. I: Sørensen, J.H. (Red.): *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Sørensen, J.H. (2006b). *Affektregulering i udviklingspsykologi og psykoterapi*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Sørensen, J.H. (2007). *Psykologisk Behandling – Grundlag, Metode og Effekt*. Det teoretiske grundlag for det psykoterapeutiske arbejde og Klassifikation af Klientgruppen ved Center for Traume- og Torturoverlevere. Vejle. Psykiatrien, Region Syddanmark.
- Tucker, D.M. & Luu, P. (1998). "Cathexis Revisited". I: Bilder, R. & Lefever, F.F. (Red.): *Neurosciences of the Mind on the Centennial of Freud's Project for a Scientific Psychology*. New York. New York Academy of Sciences.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A. & Herman, J.L. (1996). Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153: 83-93.