

Indholdsfortegnelse

Peter Ramsing og Tove Mathiesen: Redaktionelt	286
Øyvind Urnes: Kunnskap om den interaktive hjernen gir ny forståelse av den terapeutiske dialogen	289
Susan Hart og Flemming Kæreby: Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. At støtte resiliens og afhjælpe traumatisk stress i lyset af arousalregulering	292
Lisbeth M. Gath: Krise og påvirkning af moderskabsindstilling ved for tidlig fødsel	316
Gudrun Bodin: Om at rumme tab og omsorgssvigt – en beretning om en børnepsykoanalyse	335
Robi Friedman: Kraften i det gruppeterapeutiske rum i tider med fred og krig	350

Boganmeldelse

Hanne Larsson & Randi Luggin: <i>Kirsten Hyldgaard & René Rasmussen (red.): Freud og det sociale</i>	368
--	-----

Table of Contents

Peter Ramsing og Tove Mathiesen: Editorial	286
Øyvind Urnes: Knowledge of the interactive brain provides a new understanding of the therapeutic dialogue.	289
Susan Hart and Flemming Kæreby: The dialogue with the autonomic nervous system in the psychotherapeutic process – how to support resilience and mitigate traumatic stress in light of arousal regulation	292
Lisbeth M. Gath: The motherhood constellation at premature birth – crisis and impact	316
Gudrun Bodin: On containing loss and deprivation – a recount of a child psychoanalysis	335
Robi Friedman: The power of the grouptherapy space in times of peace and war	350
1 Bookreview	368

Indholdsfortegnelse

Dette nummer af Matrix rummer en række artikler, der dækker et bredt felt. Samtidig beskriver de alle forhold, der har betydning for den terapeutiske proces, men fra vidt forskellige vinkler.

Øyvind Urnes introducerer Susan Hart og Flemming Kærebys artikel: *Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces. At støtte resiliens og afhjælpe traumatisk stress i lyset af arousalregulering*. Han påpeger betydningen af sådanne oversigtsartikler, der integrerer komplekse forskningsresultater og sætter dem ind i en klinisk anvendelig sammenhæng. I den aktuelle artikel bl.a. med viden om nogle af de feedback-systemer, som har betydning for udvikling af terapeutisk alliance.

Susan Hart og Flemming Kæreby integrerer i deres artikel kompleks kundskab inden for nyere neurovidenskabelig forskning og sætter det ind i en sammenhæng, som øger forståelsen og den mulige betydning for den psykoterapeutiske proces. Der gives en grundig teoretisk gennemgang af det autonome nervesystem, og hvordan afstemningsprocesser foregår på det autonome nervesystems niveau. I artiklens sidste del anskues det, hvordan psykoterapeutisk heling kan støttes gennem det autonome nervesystem, både omkring udviklingsforstyrrelser og svær traumatisering. Det hele fremstilles i et klart og let læseligt sprog, hvilket i høj grad bidrager til forståelsen.

Den næste artikel er af Lisbeth M. Gath: *Krise og påvirkning af moderskabsindstilling ved for tidlig fødsel*. Lisbeth M. Gath gennemgår forskellige aspekter af, hvordan for tidlig fødsel specielt for førstegangsfødende bliver af afgørende betydning for, hvordan det føles at blive mor og i hele familiens nyetablering. Moren bliver eksistentielt ramt, og den for tidlige fødsel griber ind i de særlige temaer og opgaver, som er knyttet til moderskabsindstillingen og påvirker denne. Den særlige sårbarhed, som den for tidlige fødsel medfører for moderskabsindstillingen og tilknytningsprocessen, kræver en særlig opmærksomhed og omsorg fra de professionelle side, både under barnets indlæggelse og senere i barnets liv. Den svære begyndelse bliver en del af familiens historie og må, ikke mindst hvis der opstår bekymring for barnet og familien senere hen, medtænkes for at fremme samarbejdet. Behandlere på alle niveauer bør have kendskab til disse forhold, når de møder familier og børn. Denne artikel er en god begyndelse.

Herefter følger en artikel af Gudrun Bodin: *Om at rumme tab og omsorgssvigt – en beretning om en børnepsykoanalyse*. Artiklen beskriver den første del af en psykoanalyse med en 10-årig omsorgssvigtet pige. Det beskrives, hvordan pigen søger en container til at rumme alle de følelser, som følger af tab og omsorgssvigt. Det tydeliggøres, hvordan følgerne af alvorlig traumatisering viser sig i terapien, og hvordan terapeuten udfordres og må arbejde med komplekse modoverføringsfølelser for at kunne containe terapien. Artiklen giver en sjældnen mulighed for at få indblik i, hvordan en børneanalyse foregår, og man får som læser en mulighed for at fornemme, hvilke stærke modoverføringsfølelser børn med alvorlige omsorgssvigt kan vække i terapeuten.

Den sidste artikel i dette nummer er af Robi Friedmann: *Kraften i det gruppe-terapeutiske rum i tider med fred og krig*. Vi har oversat artiklen for at fastholde det skandinaviske sprog i Matrix. Forhåbentlig betyder det, at argumentationen bliver lettere at følge. Artiklen er i to dele og oprindeligt holdt som foredrag i 2007, hvorfor den primært beskæftiger sig med forholdene under den israelske-libanesiske krig i 2006. Den giver dog et godt indblik i nogle af de problemstillinger, som den israelske-arabiske konflikt rejser. Første del beskriver, hvordan den terapeutiske gruppe kan have en værdifuld funktion også i krigstid. Dog ændres betydningen af de terapeutiske elementer således, at gruppen og individerne anvender andre faktorer for tilpasning og udvikling i krigstid end i fredstid. De dominerende faktorer bliver benægten, solidaritet og anerkendelse, samt rummende roller, som kan have en helende funktion. Gruppelederens funktion bliver først og fremmest at containe og "holde" gruppen. I anden del af artiklen beskrives et forløb, hvor forfatteren sammen med israelske kolleger mødtes med en gruppe professionelle palæstinensere i et forsøg på at oprette en dialog som et fredeligt alternativ til konflikten mellem de to grupper. Denne vanskelige proces med skyld, paranoide-skizoide positioner og offer-forfølger roller beskrives. Det påpeges, hvor vigtigt det er at have øje for transgenerationelle traumer. Brug af en drøm og drømmefortælling blev katalyserende for processen, gav adgang til ubevidste positioner og nye aspekter af det transgenerationelle traume. Denne artikel er således særdeles relevant til at forstå konflikter imellem forskellige befolkningsgrupper, og hvordan historien og transgenerationelle traumer må medtænkes i en konfliktløsning. Den har fået øget aktualitet i en dansk sammenhæng, hvor det i takt med tiltagende konfrontationer mellem politiet og grupper af befolkningen synes tiltagende vanskeligt at løse konflikter gennem samtale.

God læselyst.

Tove Mathiesen og Peter Ramsing

Kunnskap om den interaktive hjernen gir ny forståelse av den terapeutiske dialogen

En kommentar til Susan Hart og Flemming Kærebys artikkel "Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces".

Matrix, 2009; 3, 289-291
Øyvind Urnes

Vi har lenge visst at psykoterapi hjelper og at de såkalt uspesifikke faktorene i psykoterapi utgjør den viktigste effekten. Det dreier seg blant annet om terapeutens oppmerksomhet, positive respektfulle holdning, empati og terapeutisk allianse, behandlingsdose og intensitet (1). De spesifikke faktorenes betydning knyttet til forskjellige typer av terapier, som for eksempel kognitiv versus psykodynamisk terapi, har vist seg å utgjøre betydelig mindre del av effekten. De senere årene har man blitt klar over at feedback fra pasienten på hvordan terapien virker er svært viktig informasjon til terapeuten under terapiprosessen, og at det i stor grad er kvaliteten på pasientens deltakelse i terapien som utgjør den viktigste faktoren for resultatet av terapien (2).

De siste 20 år har den nevrobiologiske forskningen begynt å interessere seg for hva som skjer i hjernen i interpersonlige situasjoner (den sosiale hjernen). Kan vi lære noe av denne nevrobiologiske kunnskapen som får betydning for den terapeutiske samtalen? Som vil kunne strukturere og styre oppmerksomheten for terapeuten slik at en optimal terapeutisk relasjonsprosess kan figureres?

Avgjørende for store fremskritt i forståelse av hvordan hjernen fungerer har vært utforskningen av nevronale funksjonelle nettverk i et evolusjonsperspektiv. Man har forstått at sosial kompetanse har utviklet seg gradvis gjennom evolusjonen. Kompleksiteten i det sosiale samspillet og organiseringen av de

Øyvind Urnes, MD. E-mail: oyvind.urnes@medisin.uio.no

sosiale systemene har krevd økt kompleksitet av nevronale nettverk og utvikling av den kortikale delen av hjernen. Kunnskapsutviklingen om den sosiale hjernen har blant annet foregått innenfor feltene emosjoner, eksekutive funksjoner, theory of mind/mentaliserings, speilnevroner og tilknytning (attachment). Sosial kognitiv nevrovitenskap er definert som eget felt innenfor områdene forståelsen av andre, forståelsen av en selv, selvkontroll og prosessen mellom selv og andre (3). Et viktig skille går mellom automatisert sosial kognisjon og kontrollert, reflektert og lingvistisk sosial kognisjon. De automatiserte prosessene i hjernen er fylogenetisk eldre, foregår hurtig, spontant, utløses sensorisk og av høy aktivering (arousal), utløser automatiserte atferdsrespons, læres langsomt, mens de reflekterte systemene er langsommere, reflektert bevisste, intensjonale, fylogenetisk nyere og hemmes av høy aktivering (arousal). Regulering av arousal har en grunnleggende betydning for vår evne til å reflektere bevisst over hva som skjer når vi er i sosiale situasjoner og i psykoterapi.

Vi har lenge visst at den nonverbale delen av den terapeutiske relasjonen og implisitt erfaringer i relasjonen er viktig for å oppnå arbeidsallianse. Nå får vi innblikk i hva som skjer i nervesystemet i denne situasjonen. Av denne grunn er den nevrobiologiske kunnskapen om disse aspektene av meget stor betydning for å kunne gjøre oss mer bevisste som psykoterapeuter og forhåpentlig mer sensitive i forhold til å ha oppmerksomhet på den nonverbale, automatiserte og arousalregulerte dialogen.

Det er i denne sammenhengen at artikkelen til Susan Hart og Flemming Kæreby får sin betydning. De gir oss en grundig innføring i forståelsen av den fylogenetisk eldste delen av hjernen, hjernestammen, som regulerer det autonome nervesystemet og generell aktivering (arousal). Artikkelen gir oss en erfaringsnær og klinisk nyttig oversikt over det autonome nervesystem som har utviklet seg gjennom tre stadier: Immobilisering, mobilisering og sosial kommunikasjon eller sosialt engasjement. Tilsvarende foreligger tre grener av vagnsnerven som gjennom evolusjonen gradvis har tjent til å danne basis for sosial nærhet, blant annet gjennom tilknytningssystemet. Forutsetningen for at denne nyeste delen av det autonome nervesystemet skal kunne fasilitere sosial kommunikasjon er at de mer primitive forsvarssystemene frys/immobilisering (freeze/immobilization) og kamp/flukt (fight/flight) nedreguleres eller deaktiveres. Hjernen har utviklet et automatisert og ikke-bevisst system for å oppdage og evaluere hva som er farlig og hva som er trygt i sosiale situasjoner eller hva som representerer trygghet og farlighet hos et annet menneske. Den amerikanske forskeren Stephen W. Porges kaller denne form for persepsjon

nevrosepsjon (neuroception). Den nye forståelsen av disse automatiserte prosessene har allerede fått klinisk betydning i arbeidet med pasienter med autismespekterforstyrrelser, schizofrene psykoser og ikke minst pasienter som er traumatiserte hvor nettopp forsvarssystemene ikke lenger er normalt regulerte.

Slike oversiktsartikler integrerer kompleks kunnskap som er vanskelig å få en oversikt over. Derfor blir slike artikler svært anvendbare for klinikere.

Litteratur

- Jensen P. et al. (2005); What is the Evidence for Evidence-Based Treatments? A Hard Look at Our Soft Underbelly. *Mental Health Services Research* 7: 53-74.
- Orlinsky D. E. et al. (2004); Fifty years of process-outcome research. I Lambert M. J. et al. (ed). *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York: 307-390.
- Liebermann M. D. Social Cognitive neuroscience: A Review of Core Processes. *Ann. Rev. Psychol.* 2007; 58: 259-289.

Abstract

Øyvind Urnes: Knowledge of the interactive brain provides a new understanding of the therapeutic dialogue. A commentary to the article: "The dialogue with the autonomic nervous system in the psychotherapeutic process".

The importance of such a review article which integrates complex brain research findings in a way that is clinically useful, is highlighted. Knowledge about some of the feedback systems in the oldest part of the brain in implicit and automatic communication between patient and therapist is important for the understanding of the development of therapeutic alliance and is essential for the effectiveness of all psychotherapeutic treatments.

Dialogen med det autonome nervesystem i den psyko- terapeutiske proces

– At støtte resiliens og afhjælpe traumatisk
stress i lyset af arousalregulering

Matrix, 2009, 3, 292-315

Susan Hart og Flemming Kæreby

For at integrere forståelsen af hjerneprocesser i den psykoterapeutiske proces starter artiklen med en kort beskrivelse af hjernens hierarkiske organisering, affektregulering og personlighedsudvikling, med særligt fokus på det autonome nervesystem og hvordan dyadisk synkronisering er med til at regulere hjernens selvorganiseringsprocesser. Derefter gennemgås funktioner i det autonome nervesystem for at give en beskrivelse af, hvordan dette system spiller en væsentlig rolle for basal arousal- og affektregulering. Dette belyses bl.a. ved at fokusere på kranienerven nr. 5, 7 og 10 og samspillet mellem disse tre kranienerver, ansigtsmimik, åndedræt og hjerterytme. Derudover gennemgås den såkaldte polyvagale teori, udviklet af professor i psykoneurobiologi Stephen Porges, som beskriver, hvordan det autonome nervesystem består af tre evolutionsmæssigt udviklede niveauer, og hvordan hjerterytmen kan reguleres af sociale samspil formidlet gennem ansigtsmimik. Det autonome nervesystem er forbundet med andre væsentlige strukturer i nervesystemet, der spiller en rolle for reguleringen af det autonome nervesystem i psykoterapiprocessen. De væsentligste af disse strukturer gennemgås derfor kort sammen

Susan Hart, cand. psych., Brandsbjerg 46, 4400 Kalundborg.

E-mail: susan_hart43@hotmail.com

Flemming Kæreby, cand. scient, psykoterapeut MPF, Granbakken 60, 3400 Hillerød.

E-mail: Flemming.Kaereby@mail.dk

med de vigtigste hormoner, som er impliceret i denne regulering. Den teoretiske gennemgang af nervesystemet viser, hvordan afstemningsprocesser foregår på det autonome nervesystems niveau, og i artiklens sidste del anskues det, hvordan psykoterapeutisk heling kan støttes gennem det autonome nervesystem, både omkring udviklingsforstyrrelser og svær traumatisering, fx PTSD.

Det har længe været kendt fra effektundersøgelser af psykoterapi, at forudsætningen for en vellykket terapeutisk proces handler om den gensidige følelsesmæssige afstemning mellem klient og terapeut. Alle personlighedsmæssige funktioner udvikles som et resultat af social interaktion, og de kvaliteter man kan finde i den sunde omsorgsperson-barn-kontakt, kan genfindes i den sunde terapeut-klient-kontakt uanset om den psykoterapeutiske proces vedrører relationsforstyrrelser eller bearbejdning af enkeltstående traumer. Således vil der i den psykoterapeutiske proces være en lang række nonspecifikke faktorer, som skaber helingsprocesser.

I denne artikel vil en psykolog og en biokemiker, begge med psykoterapeutisk praksis, udforske personlighedens mest grundlæggende niveau for psykiske processer, nemlig det autonome nervesystem, hvor vi mener, at mange af de nonspecifikke helingsprocesser finder sted. Dette område er "roden" til basal affektregulering, som etableres gennem en gensidig reguleringsproces mellem terapeut og klient, og er samtidig et niveau, der ikke tidligere er set integreret i teorier om psykoterapi. Det autonome nervesystem regulerer vores psykiske system implicit (ubevidst), og kun få har sat fokus på, hvordan grundlaget for evnen til basal affektregulering skabes, og hvordan vi udnytter dette systems potentiale til at skabe homeostase i forhold til både det ydre og indre miljø og dermed også forandringsprocesser i den psykoterapeutiske proces. Vi vil i denne artikel fokusere på, hvordan terapeuten afstemning med klientens autonome nervesystem kan styrkes i den terapeutiske proces og lette udviklingen af højere psykiske funktioner, fx evnen til mentalisering.

Hjernen og det autonome nervesystem

Jackson (1958) gjorde allerede ved århundredeskiftet opmærksom på, at menneskets hjerne består af hierarkisk funktionelle niveauer, hvor funktionerne øverst i hierarkiet er viljesbestemte og er i stand til at hæmme ikke-viljesbestemte, lavere funktioner. De strukturer, der udvikles tidligt i livet, bliver gennem adskilte udviklingsfaser progressivt underlagt og inkorporeret i senere

Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces

udviklede strukturer, hvilket udvider hjernens kompleksitet (Schoore 2003b). Hvis funktioner øverst i hierarkiet beskadiges, vil de lavere funktioner tage over, da disse ikke længere bliver hæmmet. Især hjernestammestrukturer regulerer den fysiologiske ligevægtstilstand i organismen og har en arousalregulerende funktion. Disse strukturer skaber altså en parathed i hjernebarken i form af arousal, et øget bevidsthedsniveau, og sørger samtidig for, at kroppens tilstand bedst muligt matcher situationen med hensyn til temperatur, åndedræt og hjerterytme gennem det autonome nervesystem. Hjernestammeområderne har omfattende forbindelser til det limbiske system og neocortex. Det limbiske system medvirker til at regulere forskellige følelser; det sørger bl.a. for motivationsfremmende og målrettet adfærd, vurdering af sociale erfaringer og tolker og modulerer impulser fra hjernestammen. Det består med andre ord af de områder, der varetager vores følelsesmæssige reaktioner. Især præfrontalområderne står for impulsstyrende, mentaliserende, strukturerende og planlæggende funktioner. Hjernestammen og det limbiske system griber således ind i kropsreguleringen og i alle de neurale processer, der danner grundlaget for mentale fænomener på præfrontalt niveau (Hart, 2006a). I den psykoterapeutiske proces drejer det sig således om at skabe homeostase imellem hjernens hierarkiske niveauer.

Synkronisering og hjernens selvorganisering

Forskellige typer stimulering indlejres i bestemte fysiologiske og psykobiologiske mønstre i nervesystemet. Hjernen er et komplekst, selvorganiserende system, og det er samspillet med miljøet, som organiserer dens måde at fungere på. I de tidlige affektive udvekslinger mellem et spædbarn og en omsorgsperson grundlægges de selvregulerende mekanismer, som er et vigtigt organiserende princip livet igennem (Krystal 1988, Schoore 1994). Når vi indgår i samspil med hinanden, forsøger vi at tilpasse os eller synkronisere os med hinandens nervesystem.

Spædbarnet imiterer tidligt affektive stimuli, og arousalreguleringen knytter sig allerede fra barnets fødsel til sociale interaktioner, som spædbarnet finder enten behagelige eller ubehagelige (hedonisk tone). Spædbarnet benytter affektive udtryk gennem ansigtsmimik, motorik og vokalisering i forhold til omsorgspersonen, og der synes at være en medfødt struktur i centralnervesystemet til at imitere adfærd. I 1990'erne opdagede italienske hjerneforskere (Rizzolatti & Arbib 1998, Rizzolatti m.fl. 1999, Gallese m.fl. 1996, Gallese & Goldman 1998, Gallese 2001) gennem abeforsøg såkaldte spejlnuroner, som

gav et neuralt grundlag for at forstå imitation af andre individer. Spædbarnet er fx tidligt i stand til at imitere mundbevægelser. Nervecellerne etablerer forbindelsen mellem motorisk cortex, følte læbe- og tungepositioner fra sensorer i munden (proprioception), og synet af en andens læber og tunge (Ramachandran 2005, Hart, 2006a). Evnen til at indgå i afstemningsprocesser gennem ansigtsmimik bevares livet igennem og foregår som en implicit (ubevidst) reguleringsproces i mellem menneskelige relationer.

Fra ekstern regulering til nervesystemets selvorganisering

Spædbarnet genkender hurtigt begivenheder, som har en tidsmæssig struktur til fælles. Den skotske forsker Colwyn Trevarthens (1993a, 1993b) forsøg viser, at spædbarnet foretrækker synkronisering imellem tale og læbebevægelser, og når det ikke kan synkronisere sig med omsorgspersonen, bliver det ulykkeligt. Når samspillet mellem omsorgsperson og barn synkroniseres, skabes der fælles motivation og fælles opmærksomhed, og barnet lærer herigennem sociale samspil, som det senere vil benytte sig af i alle mellem menneskelige relationer. Det er denne proces, der efterlignes i den psykoterapeutiske proces (Trevarthen, 1989, 1990, Hart, 2006b, Kraemer, 1992).

Den måde, hvorpå mennesker skaber limbisk resonans, kræver, at en indre tilstand kan udtrykkes eksternt. Primater er de eneste dyr, som har en avanceret finmotorik i ansigtet, der muliggør brugen af et enormt antal varierede ansigtsudtryk, som styres gennem to kranienner (nr. 5 og 7), som senere vil beskrives. Kraniennerne er forbundet i kredsløb med mellemhjernen og det limbiske system (bl.a. amygdala) og med et område dybt nede i frontallapperne (orbitofrontal cortex), som giver evnen til at føle og forstå ansigtsudtryk. Gennem vagusnerven (kranienner nr. 10) reguleres det autonome nervesystem i samarbejde med de øvrige kranienner. Primaters og menneskers hjerner er organiseret, så perceptionen af blikkontakt og ansigtsudtryk knyttes til en følelse og mening, og følelsesmæssige udtryk formidles gennem ansigtet, som igen påvirker det autonome nervesystem (Hart, 2006a).

Evnen til imitation betyder, at mennesker kan efterligne subtile fysiske reaktioner gennem andres ansigtsudtryk fra øjeblik til øjeblik og afstemme sig med dem. Den limbiske resonans kræver tilstrækkelig med ro og modtagelighed, til at følelessignaler fra den anden kan opfattes og efterlignes. Ved stærke angstreaktioner eller ved vredesudbrud forsvinder muligheden for limbisk resonans, og det autonome nervesystem indgår i enten sympatisk aktivering eller parasympatisk immobilisering. Et væsentligt aspekt i psykoterapi er således at ar-

bejde med optimal arousalregulering, uden at der opstår for stærke angstreaktioner eller vredesudbrud. I det følgende afsnit gennemgås sympatisk aktivering og parasympatisk immobilisering.

Det autonome nervesystem

Det autonome nervesystem er den del af nervesystemet, som forbinder centralnervesystemet med indvoldsorganer, kar- og svedkirtler, og som kan regulere funktioner i disse organsystemer uden viljens kontrol. Det autonome nervesystem består af to systemer, det sympatiske og det parasympatiske nervesystem. Det sympatiske nervesystem kontrollerer aktiveringen af nervesystemet i respons på trusler og andre former for høj energiaktivering. Det parasympatiske er dels et vegetativt system, som bl.a. fremmer fordøjelsesprocessen og dæmper hjertets aktivitet og dels et immobiliseringssystem, som reagerer på livstruende fare (Brodal 2000).

De sympatiske segmenter befinder sig langs det meste af rygsøjlen. Det sympatiske system responderer ikke ud fra en "alt eller intet"-model, tværtimod kan flere forskellige sympatiske reflekser aktiveres, afhængigt af hvilken energiudladning, der er brug for. Det sympatiske nervesystem aktiveres ved positive erfaringer, derfor bliver fx jægerens hjerterytme hurtigere, når han er ved at nå sit bytte. Det sympatiske system er også involveret i seksuel adfærd og i frygtsituationer. Enhver situation, som involverer et element af aktiv overlevelsesinteresse, aktiverer det sympatiske nervesystem. Uanset om situationen handler om frygt eller parathed, er responsen den samme, nemlig en øgning af høj arousal. Man kan derfor aktivere forskellige typer af tilstande og dermed forskellige former for sympatisk arousal ved at gå fra ubehagelig opspændthed til frydefuld spænding, hvilket på et terapeutisk niveau kan træne nervesystemets fleksibilitet. Således kan opgivelse af kamp eller flugt erstattes af frydefuld spænding og derefter udløse en parasympatisk tilstand af hengivenhed. Fysiologisk udtrykker det sympatiske nervesystem sig gennem en hurtigere hjerterytme, forhøjet blodtryk, hurtigere vejtrækning og forøget muskeltonus. Det sympatiske nervesystem kaldes derfor organismens arousalsystem.

Vagusnerven (som beskrives under kranienerverne i næste afsnit) udgør stort set hele det parasympatiske nervesystem, kun suppleret med nogle få nerver i den anden ende af rygmarven, altså nede ved korsbenet, som ligger tæt på halebenet. Parasympatisk aktivitet dominerer under rolige og trygge tilstande og er energiopbyggende. Det parasympatiske system er bl.a. med til at udløse tårer og spyt og forøge fordøjelsesaktiviteten i tarmene. Formindskelse af sym-

patisk aktivitet tillader blodårer, hud og tarmsystem at udvide sig og får musklerne til at slappe af. Det parasympatiske system er ansvarligt for at bevare energi og for at bevare kroppens grundlæggende funktioner i en harmonisk balance. Det regulerer søvn og afslapning og sørger for, at vitale næringsstoffer transporteres til hele kroppen, hvilket gavner cellevæksten. På grund af dets evne til at udøve en beroligende stabilisering af kroppens funktioner kaldes det organismens beroligelsessystem. Reguleringen og udvidelsen af såvel sympatisk som parasympatisk aktivitet har stor betydning for psykisk resiliens og har derfor stor betydning for en vellykket psykoterapeutisk proces. Når det sympatiske nervesystem aktiveres, skabes et refleksstyret opmærksomhedsfokus med en dyb sansning og et dybt handleberedskab, og når beroligelsessystemet (ventral vagus, som forklares i næste afsnit) aktiveres, skabes en afslappet og rolig tilstand. Svingningen mellem de to poler øger individets responsevne, regenerationsevne og stresshåndtering (Hart, 2006a, 2006b).

Kranienerverne

Kranienerverne styrede tidligt i evolutionen kropslige og selvregulerende funktioner, fx åndedræt, blodcirkulation, fordøjelse osv. Hos sociale dyr har kranieenerverne udviklet stadig flere komponenter, som regulerer kommunikation og følelsesmæssig afstemning.

Darwin (1872) fokuserede på ansigtsudtryk, da han definerede emotioner. Hans hypotese, som senere viste sig at være korrekt, var, at neurale kredsløb forbinder ansigtsudtryk med aktivitet i hjernestammen og har en betydning for åndedræt og hjerterytme. Når der opstår en emotionel tilstand, forandres hjerteslagene omgående, hvilket derefter har indflydelse på hjerneaktiviteten. Inspireret af Darwin har Porges (1995, 1997, 1998, 2001, 2003, 2007) videreudviklet Darwins teori og har i denne forbindelse fokus på kranieenerverne. Porges fremhæver bl.a., at forbindelsen mellem hjerne og krop bliver formidlet gennem vagusnerven (som betyder den omstrefjende nerve), og som har tovejsforbindelse til mange af kroppens organer, så der også kan komme feedback om kroppens tilstand. Den 5. kranieerve (trigeminalnerven, der betyder trillingenerven), som er ansigtsfølelsernerven og den 7. kranieerve (ansigtsnerven) som styrer ansigtsmuskulaturen, udspringer samme sted som vagusnerven og forbinder dermed ansigtsmimik med kropsfornemmelser, hvilket gør det muligt for mennesket at udtrykke sig følelsesmæssigt gennem ansigtsmimik. Den 5. og 7. kranieerves opgave er at føle og holde orden på alle de små muskler i ansigtet. De styrer den store kæbemuskel og de fine muskler, der

udtrykker ansigtsmimik samt den lille muskel, der går til stigbøjlen i mellemøret, som indstiller hørelsen på mellemfrekvensområdet, der ligger i området for den menneskelige stemme. Hvis et ansigtsudtryk ændres til at passe til en bestemt følelse, foregår der fysiologiske forandringer, forårsaget af ændringer i aktivering af vagusnerven (Hart 2006a).

Porges tillægger især vagusnerven stor betydning. Vagusnerven består af en parret dobbeltnerve, der træder ud af kraniet gennem halsvenehullet og fortsætter som to tykke strenge ned langs svælget og spiserøret gennem brysthulen og mellemgulvet til bughulen. Vagusnerven har forbindelser til mange organer, fx åndedrætssystemet, hjertet og tarmsystemet; bl.a. sender den elektriske signaler fra hjernestammen til hjertet. Vagusnervens fibre til hjertet stammer fra to forskellige nerveledninger, som udspringer i hjernestammens nederste del. De to nerveledninger kaldes henholdsvis den dorsale gren (den, der er nærmest ryggsiden) og den ventrale gren (den, der er nærmest maven). Den ventrale gren udspringer fra et punkt, der hedder nucleus ambiguus. Både den dorsale og ventrale gren af vagusnerven har forbindelse til hjertets pacemakere.

Det er muligt viljesmæssigt at påvirke den ventrale gren af vagusnerven – som bekendt er vi alle til en vis grad i stand til at styre ansigtsmimikken. Den 5. og 7. kranienerve henholdsvis ender og udspringer tæt på nucleus ambiguus og dermed den ventrale gren af vagusnerven, hvilket er årsagen til, at kommunikation gennem ansigtsudtryk kan berolige hjertet. Disse signaler stimulerer den ventrale gren af vagusnerven til at overtage styringen af hjertet i stedet for den dorsale gren af vagusnerven eller det sympatiske nervesystem.

Når den ventrale vagus har dæmpet hjerterytmen på en harmonisk og beroligende måde, vil den 7. kranienerve blandt andet stimulere musklen i mellemøret til at fremhæve og forstærke auditive indtryk af den menneskelige stemme (mellemtoneområdet). Porges (2007) påpeger, at kranienerve 7 afgør, om de auditive signaler retter sig efter lavfrekvente lyde for at opspore faresignaler eller mellemtonefrekvenssignaler, der retter sig mod den menneskelige stemme. Når musklen spændes, dæmpes den lavfrekvente støj, mens det modsatte sker, når angstniveauet øges og aktiveringen af den ventrale gren af vagusnerven mindskes, musklen slappes, således at de auditive signaler i højere grad kan rettes mod eventuelle fodtrin og anden lavfrekvent støj.

Det er, som ovenfor nævnt, nerveforbindelser til hjertet i form af signaler fra nucleus ambiguus, der kan forklare, hvordan en beroligende dæmpning af hjertet hænger sammen med stimulering af de mimiske muskler, og dermed muligheden for følelsesmæssig afstemning. Ligeledes styrer nucleus ambiguus

prosodien (intonationen) i stemmeføringen. Ansigtsmusklerne har både indflydelse på hvordan man udtrykker sig følelsesmæssigt, og hvilke indtryk man danner sig af andre og kan effektivt formindske eller forstørre den sociale afstand. Adfærden kan observeres i form af ansigtsudtryk, øjenkontakt, stemmeføring og ansigtsbevægelser. Neural regulering af ansigtsmusklerne kan således formindske den sociale afstand, fx ved at etablere øjenkontakt, udtrykke prosodi i stemmen og modulere mellemørets muskler for at forbedre fremhævelsen af menneskestemmer fra baggrundsstøj. På den anden side, ved at formindske muskeltonus til disse muskler, kommer øjenlågene til at hænge og prosodien går tabt, ansigtsmimikken forsvinder, evnen til at fremhæve menneskestemmer fra baggrundslyde kompromitteres, og opmærksomheden på andres sociale engagement kan gå tabt. Den neurale regulering af ansigtsmusklerne fungerer således både som et aktivt socialt engageringssystem, der formindsker den psykologiske afstand og som et filter, der har indflydelse på perceptionen af andres engageringsadfærd (Porges, 2003).

Den polyvagale teori

Stephen Porges (1995, 1997, 1998, 2001, 2003, 2007) har udviklet den såkaldte polyvagale teori, som tager udgangspunkt i det autonome nervesystem. Ifølge den polyvagale teori regulerer det autonome nervesystem sig i forhold til tre forskellige evolutionsmæssigt udviklede adfærdsmæssige strategier. Første studie styres af den primitive dorsale gren af vagusnerven, som er umyeliniseret, og som støtter fordøjelse og responderer på impulser ved at undertrykke stofskifteaktiviteten. En ekstrem aktivering af den dorsale gren af vagusnerven svarer til immobiliseringsadfærd (total underkastelse). Andet stadie karakteriseres ved aktivering af det sympatiske nervesystem, som kan forøge stofskifteaktiviteten og hæmme det primitive vagussystems indflydelse på tarmsystemet. Det sympatiske nervesystem mobiliserer adfærd, som er nødvendig for kamp eller flugt. Det tredje stadie, som er unikt for pattedyr, styres af den ventrale gren af vagusnerven, som er myeliniseret. Dette system kan som ovenfor nævnt hurtigt regulere hjerterytmen, og støtter skiftevis engagement og tilbagetrækning af engagement med omgivelserne.

Det autonome nervesystem har stor betydning for kapaciteten til at regulere stresssituationer, i almindelighed gennem den ventrale gren af vagussystemet. Såfremt nervesystemet overbelastes, regredierer det til en autonom regulering af kamp/flugt- eller til immobiliseringsadfærd gennem det sympatiske nervesystem eller den dorsale gren af vagussystemet. Aktiveringen af det dorsale

vagussystem medfører nedsat puls, blodtryk og stofskifteaktivitet, på trods af stigninger i cirkulationen af de neurokemiske stoffer noradrenalin og adrenalin. Den intensiverede parasympatiske aktivering gennem den ventrale gren af vagusnerven gør det muligt at opretholde indre ligevægt på trods af sympatisk aktivering, hvilket bl.a. ses gennem glædesfyldte samspil, der ikke overstiger nervesystemets kapacitet for arousalhåndtering. Når den ventrale gren af vagusnervens aktivitet reduceres på grund af sympatisk aktivering, der overstiger arousalkapaciteten, er det ikke længere muligt at regulere sig gennem social kontakt. Det er således vigtigt ikke at belaste nervesystemet ud over dets kapacitet. Under en oplevet trussel undertrykkes den ventrale gren af vagusnerven for at gøre det nemmere for det sympatiske nervesystem at mobilisere energi til kamp eller flugt. Når den dorsale gren af vagusnerven aktiveres, kan der opstå iltmangel, som betyder, at der sker en radikal og pludselig nedsættelse af hjerterytmen og stofskiftet, hvilket fremkalder kollaps.

Porges (1998) antager, at det autonome system ligesom andre hjerneområder er hierarkisk opbygget, og at højere systemer hæmmer eller kontrollerer lavere. Når højere funktioner sætter ud eller nedsættes, forøges de lavere funktioners aktivitetsniveau. Når alt andet slår fejl, vil nervesystemet søge et lavere styringssystem, som er tilpasset mere primitive funktionsniveauer.

Den ventrale del af vagusnervens aktivitet er størst, når man befinder sig i situationer, som ikke kræver udfordringer, mens den forsvinder ved panik og raseritilstande. Når den ventrale gren af vagusnerven er aktiv, lægger det en såkaldt "vagale bremse" på hjerterytmen, således at den ikke så nemt falder ind i sympatisk aktivering. Mangler i reguleringen af den vagale bremse kan være årsag til manglende evne til at indgå i sociale samspil, fordi evnen til at berolige sig selv og sit hjerte hænger sammen med evnen til at kommunikere. Den dyadiske kommunikation i den psykoterapeutiske proces giver mulighed for at skabe resonans og sammenhæng i nervesystemet. Når en situation opleves som tryk, så udløses en beroligende dæmpning af hjertets hastighed og en aktivering af ansigtsmusklerne, som benyttes til gensidig kommunikation.

Hvis der sker noget uventet og potentielt farligt, frakobles den vagale bremse, og hjertet slår hurtigere. Hvis situationen alligevel viser sig at være ufarlig, kan den vagale bremse nemt og hurtigt sættes ind igen, så organismen falder til ro. Hvis det imidlertid viser sig, at faren er reel, aktiveres det sympatiske nervesystem, hvilket får hjertet til at slå endnu hurtigere, mens fordøjelsen hæmmes. Og hvis det viser sig, at situationen er livstruende, vil det sympatiske nervesystem "slukke" og den dorsale gren af vagusnerven aktiveres, hvilket fører til en voldsom hæmning af hjerteslag og åndedræt, som gør at organis-

men kollapse og indgår i en immobiliserings- eller "spille død"-tilstand. Nogle forskere (Ogden et al., 2006, Nijenhuis & den Boer, 2007) har påpeget, at det er muligt, både at være opspændt og samtidig ubevægelig, hvilket de betegner som "freeze", selv om det altså er en sympatisk aktiveret tilstand. Omvendt beskriver de, at parasympatisk immobilisering medfører en slap tilstand, der repræsenterer total underkastelse.

Respiratorisk sinus arytmi

Som nævnt ovenfor reguleres hjerterytmen ud fra balanceringen i det autonome nervesystem. Under trygge omstændigheder dæmpes hjerteslaget, men kun under udåndingen, hvor den ventrale gren af vagusnerven har overtaget. Pulsens bølger rytmisk op og ned med en bølgelængde, der svarer til åndedrættet og en bølgehøjde, der er større, hvis udåndingen er længere end indåndingen. Dvs. at forskellen i puls under ind- og udånding bliver større, hvis udåndingen er af længere varighed end indåndingen. Den dorsale gren af vagusnerven får også pulsen til at bølge op og ned, men i en rytme, der er langsommere end åndedrættet. Dette hænger sammen med, at de nervefibre, der udgår fra den dorsale del af vagusnerven, består af myeliniserede fibre, der har en langsommere transmissionshastighed end de myeliniserede fibre, som udgår fra nucleus ambiguus. De pulsrytmer, der foregår i takt med åndedrættet, kaldes respiratorisk sinus arytmi. Respiratorisk sinus arytmi synes at være et objektivi mål for evnen til at indgå i gensidige sociale interaktioner. Ved at registrere hjerteslag og åndedræt præcist kan man se, om pulsen stiger og falder i takt med åndedrættet, idet det vidner om, at personen føler sig tryk. Man må dog være opmærksom på, at den respiratoriske sinus arytmi generelt er større hos børn, og selv om den stadig er målbar ved 50-årsalderen, vil den herefter aftage i tilfælde af manglende motion eller anden dårlig livsstil.

Mange kliniske undersøgelser har benyttet respiratorisk sinus arytmi som et objektivi mål for psykisk resiliens. Fx har Porges et al. (1996) fundet, at børn med adfærdsvanskeligheder har generel lavere respiratorisk sinus arytmi, og Calkins & Keane (2004) fandt, at børn med stabil respiratorisk sinus arytmi gennem førskoleperioden var mindre emotionelt negative og havde færre adfærdproblemer og bedre sociale færdigheder end andre børn. Cole et al. (1996) fandt, at hos førskolebørn var højere respiratorisk sinus arytmi korreleret med større emotionel udtryksfuldhed, og Pine et al. (1998) fandt, at små brødre af ungdomskriminelle med højere respiratorisk sinus arytmi havde reduceret risiko for ungdomskriminalitet og externaliserende psykopatologi. Fabes &

Eisenberg (1997) fandt, at højere respiratorisk sinus arytmi hos voksne forudsiger større selv-rapporteret reguleringskontrol og nedsat negativ emotionel ophidselse som respons på stressfaktorer, Kennedy et al. (2004) fandt, at små børn med højere respiratorisk sinus arytmi modererede forældres restriktive adfærd, mens mødre til børn med lavere respiratorisk sinus arytmi havde større tendens til at rapportere restriktiv forældreadfærd.

Angstreaktioner gør respiratorisk sinus arytmi lavere, og det ser ud til, at forhøjet respiratorisk sinus arytmi følges med positiv behandlingseffekt. Chambers & Allens (2002) undersøgelse viser, at forøgelser i respiratorisk sinus arytmi kun blev rapporteret i patienter med depression, der udviste en klinisk signifikant respons på behandling. Austin et al. (2007) foretog en undersøgelse af en gruppe borderline-patienter og sammenlignede dem med en kontrolgruppe uden diagnose. De målte hjerterytmen hos begge grupper, mens de fik forevist 3 filmklip à 5 minutters varighed med varierende emotionelt indhold. De fandt, at respiratorisk sinus arytmi aftog gradvist hos borderlinepatienterne, hvorimod kontrolgruppen uden diagnose udviste stigende respiratorisk sinus arytmi, når de så de samme filmklip. Borderline-patienterne blev altså tilsyneladende mobiliseret, hvorimod kontrolgruppen kunne berolige sig selv under fremvisning af filmklippene. Reguleringen i den psykoterapeutiske proces drejer sig om at skabe en tryk atmosfære, så åndedrættet stabiliseres, og der herved opnås en forhøjet respiratorisk sinus arytmi.

Amygdala, den fusiforme gyrus og sulcus temporalis superior (STS)

Dybt nede i temporallappen findes to områder, der betegnes som den fusiforme gyrus (den ten-formede hjernevinding) og sulcus temporalis superior (STS-øvre tindingefold). Disse to områder gør ansigtsgenkendelse mulig. Den fusiforme gyrus registrerer "still"-billeder af ansigter, mens STS integrerer bevægelser, ansigtsudtryk, mundbevægelser og blikretning. STS aktiveres, når personen er vidne til andres funktionelle adfærd (Hart 2006a). Den fusiforme gyrus og STS bedømmer, om mennesker eller dyr er venlige eller fjendtlige og er ansvarlig for en implicit (ubevidst), konstant bedømmelse af trusselsniveauet. Porges (2003) kalder denne proces neuroception, idet han mener, at der ikke er tale om en egentlig perception, men snarere en sjette sans, der bestemmer, om situationen er tryk, farlig eller livstruende. Når en situation opfattes som truende, aktiveres amygdala.

Amygdala betyder mandel på græsk og har fået navn efter sin form og størrelse. Den befinder sig over hjernestammen i bunden af det limbiske system,

den forarbejder sanseindtryk og er en kritisk struktur i de netværk, der regulerer frygt og aggression. Amygdala har en overvågningsfunktion, og reagerer refleksagtigt på pludselige intensive sanseindtryk og perceptioner, som hurtigt vurderes i forhold til en eventuel faretruende betydning. Elektrisk stimulering af amygdala resulterer i forøget årvågenhed, en hurtig scanning af omgivelserne og forhøjet hjerterytme, åndedrætsrespiration osv. Amygdalas hukommelsesfunktion er implicit og dermed ikke normalt tilgængelig for bevidst bearbejdning. Angstreaktioner kan således forekomme uden nogen bevidst erindring om årsagen til angsten (LeDoux 2001, Damasio 2001, Newberg m.fl. 2002, Hart 2006a).

Når en situation vurderes som tryk, vil det fusiforme gyrus og STS udsende et hæmmende signal til amygdalas centrale kerne, som hæmmer det sympatiske nervesystem og den dorsale gren af vagusnerven. I stedet aktiveres den ventrale gren, som stimulerer ansigtsmusklerne, der bruges til at kommunikere følelser. Porges (2003) har fx påvist, at patienter diagnosticeret med autisme eller skizofreni har en nedsat aktivitet i såvel den fusiforme gyrus som STS-området.

Hormonerne vasopressin og oxytocin

Fortolkningen af feedbacksignaler foregår gennem hypothalamus, som er en struktur i mellemhjernens tæt på hjernestammen. Hypothalamus er den øverste regulator af det autonome nervesystem. Både oxytocin og vasopressin er hormoner, der syntetiseres i hypothalamus, og deres kemiske sammensætning minder om hinanden. Hvor oxytocin fremmer typisk feminin adfærd såsom ro og omsorg, fremmer vasopressin mandlig seksuel udholdenhed og aggressiv selvsikkerhed. Både vasopressin og oxytocin findes hos begge køn, men balanceringen af mængden af stoffet er forskellig. Mens oxytocin udløser tilknytningsadfærd hos hunner, udløser vasopressin tilknytningsadfærd hos hanner (Panksepp 1998, Taylor 2002, Porges 2001, Schore 2003a, Hart 2006a).

Oxytocin producerer en varm og let, kærlig følelse, som er med til at skabe den ro, der skal til for at indgå i sociale samspil og tilknytningsdannelse. Oxytocin støtter etableringen af tilknytningsbånd og sociale præferencer mellem voksne. Oxytocin frigives bl.a. i forbindelse med fødselsveer og amning og skaber moderadfærd. Oxytocin udløses ligeledes ved sensoriske stimuli, fx ved beroligende stimulering som fx ved nænsom berøring, gennem ansigtsmimik og vokalisering, der udtrykker tryghed osv. (Uvnäs Moberg 1997, 1998). Normalt er mængden af vasopressin lav, så oxytocin kan sikre ro og affektiv af-

Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces

stemning, hvilket kan udnyttes i den psykoterapeutiske proces, fx gennem tryghedsskabende ansigtsmimik.

Under usikre, udfordrende eller faretruende omstændigheder udskiller hypothalamus vasopressin, der hæver hjertets puls og tillader sympatisk aktivering. En forøgelse i hjertets puls forøger blodtrykket, og uden vasopressin ville blodtrykket nedsættes igen ved at sænke pulsen (Porges, 2001). Under livstruende omstændigheder, f.eks. en oplevelse af tab af iltressourcer, udskilles store mængder vasopressin. Overdreven vasopressinudskillelse medfører kropsligt ubehag, og ved store mængder vil den dorsale gren af vagusnerven bremse hjertet så meget, at man besvimer. Den dorsale gren af vagusnerven, der kan udløse den immobiliserede tilstand, udløses kun, når vasopressinniveauet er meget højt.

Hvis oxytocinniveauet overstiger vasopressinniveauet, vil den dorsale vagusnerve ikke have megen indflydelse på hjerterytmen, men kun influere på fordøjelsen. Under trygge omstændigheder produceres mest oxytocin, der kanaliseres til den dorsale gren af vagusnerven som et anti-stress hormon. Det bevirker, at hjertet slår roligt, fordøjelsessekretterne udskilles, og tarmen udfører peristaltiske bevægelser for at sikre en optimal fordøjelse.

Stresshormonet cortisol

Hypothalamus/hypofysen udløser stresshormoner i forbindelse med stressreaktioner. Disse hormoner udløses øjeblikkelig, men hvis stressreaktionen varer et stykke tid, stimulerer hypothalamus/hypofysen binyrerne til at frigive cortisol ind i blodstrømmen. Normalt udskilles cortisol fra binyrerne i bølger af ca. 20 minutters varighed ca. 20 gange inden for 24 timer. Hormonet virker som en tidsangivelse, der koordinerer og synkroniserer søvn- og vågenrytmer ud over at begynde og afslutte en stressrespons (de Kloet & Rinne, 2007). Når en stressfyldt begivenhed er overstået, tager det ganske kort tid, før stresshormonerne fra hypothalamus/hypofysen er faldet, mens det kan tage et par timer, før cortisolen er ude af blodet. En stressrespons udløser en mangfoldig forøgelse af cortisol i løbet af 15-30 minutter, og koncentrationen vender tilbage til normalen 60-120 minutter senere. Cortisol kan ligeledes udløses ved aggression, hvilket er selvforstærkende, idet aggression udløser mere cortisol. Når cortisolniveauet er meget højt, blokeres den nervebane, der aktiverede binyrerne til at frigive cortisolen, hvorved cortisol-produktionen går i stå. Cortisol forhindrer altså, at systemet overreagerer. Men hvis stressresponsen udløses af en faktor, der ikke tillader psykologisk kontrol, fx hvis personen fastholdes i

en angstfyldt situation eller retraumatiseres, vil nervesystemet overreagere ved at dissociere og fortsætte cortisolproduktionen (de Kloet & Rinne, 2007).

Cortisol undertrykker immunresponser og forøger niveauet af cirkulerende glukose. Små daglige forbigående forhøjelser af cortisolniveauet, som er en naturlig følge af akutte stressorer, forbedrer koncentrationsevnen og øger den enkeltes kompetencer til at kunne klare stressfyldte oplevelser både fysiologisk og adfærdsmæssigt. Det autonome nervesystem med sympatisk og parasympatisk regulering har stor betydning for organismens stressresponsystemer og cortisolreguleringen. Cortisol har vist sig at stige under mobilisering, men falder igen under immobiliseringstilstande, til trods for at stressniveauet i denne situation er på sit højeste og opleves rædselsvækkende (Porges, 2001). Cortisolniveauet er således et mål for mobilisering, ikke stressniveau. Dette er en meget vigtig skelnen at holde sig for øje – ikke blot i forskning om traumer og psykoterapi, men også i forskning om mere generel stress.

Man har indtil videre fundet to typer cortisolreceptorer: Den ene har betydning for angst og aggression, mens den anden letter genopretning af en stressreaktion og fremmer konsolideringen af frygt-motiverede og rumlige erindringer som forberedelse på fremtidige begivenheder (de Kloet & Rinne, 2007).

Nyere PTSD-forskning viser, at cortisol hos PTSD-patienter udøver en meget kraftig feedbackvirkning på binyrerne, som resulterer i et formindsket cortisolniveau. Dette bevirker, at det kredsløb, der kontrollerer frygt og andre emotionelle reaktioner ikke får tilstrækkelige mængder cortisol, hvilket tillader uhæmmet fremkomst af traumatiske erindringer. Igennem en ny, foreløbig undersøgelse har det vist sig, at en lav dosis cortisol daglig (10 mg/dag i en måned), ophæver kardinalsymptomer på PTSD (de Kloet & Rinne, 2007). Dette peger igen på nødvendigheden af at skabe balance i det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces, og man kunne tænke sig, at en fremtidig kombination af psykoterapi og lettere medicinering med cortisol kunne lette processen.

Hos en betydelig andel af PTSD-patienter ses et direkte fald i hjerterytmen, som respons på udfordringer, hvilket tyder på, at det autonome nervesystem reagerer med en opgivende respons, der indebærer hæmning af kamp-flugt systemet, som medfører total underkastelse. Denne hæmning synes at være relateret til den dorsale gren af vagusnerven, som udøver parasympatisk kontrol (Nijenhuis & den Boer, 2007). Det drejer sig således om at støtte klienten i at etablere arousalregulering ud fra den ventrale gren af vagusnerven, og sikre sig, at klienten ikke retraumatiseres og reagerer ud fra en kamp-flugt- eller underkastelsesrespons.

Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces

I det følgende afsnit vil vi se på, hvordan vores viden om regulering i det autonome nervesystem, bl.a. gennem kranienervene kan benyttes til at præcisere afstemningsprocesser i den psykoterapeutiske proces.

Dialogen med det autonome nervesystem i den terapeutiske proces

Hos spædbarnet er det autonome nervesystem sensitivt, og det er tydeligt, at omsorgspersonen har direkte indflydelse på rytmer af aktivitet og passivitet, der balancerer neurokemiske og hormonelle funktioner, som oxytocin, vasopressin og cortisol-niveau. Omsorgspersonernes mønstre af afstemning, fejlfstemning, socialt engagement og tilbagetrækning har stor betydning for modningen af sympatiske og parasympatiske komponenter. Igennem omsorgspersonens afstemte kontakt med barnet udvikles det autonome nervesystem fra primitiv autonom regulering til et fleksibelt, selvregulerende system. Det autonome nervesystem udvikles som nævnt ovenfor gennem evnen til at kommunikere gennem ansigtsudtryk, blikkontakt, vokalisering og gestik (Schore, 2002, 2003a, Porges, 1995, 1996, 1997, 1998, 2001, 2003, 2007, Hart 2006b). Metoder til regulering af spædbarnets autonome nervesystem kan ligeledes benyttes i voksentherapie. En tryk, synkroniseret og empatisk relation etablerer en emotionel og neurobiologisk kontekst, som kan fremme arbejdet med neural reorganisering; man skaber et miljø, hvor klienten føler sig tryk til at håndtere optimale stressniveauer. Arbejdsalliancen eller følelsen af tilknytning reducerer angst og giver følelsesmæssig beskyttelse i stresssituationer, og langt de fleste både børn og voksne bruger tætte, fortrolige relationer til at beskytte sig mod stress og angst.

Stort set alle menneskers nervesystem har et toleranceniveau, hvor aktivering af den ventrale gren af vagusnerven forbliver aktiveret, og den sociale kontakt og følelsesmæssige afstemning kan bevares. Hvis arousalniveauet bevæger sig ud over tolerancegrænsen, vil energien i stedet benyttes til at komme over den stressfyldte tilstand. Stresstolerancegrænsen er forskellig fra menneske til menneske og kan ligeledes være afhængig af nervesystemets tilstand i det givne øjeblik og af den sociale kontekst. For eksempel er tolerancen overfor stressfyldte situationer større, når personen er omgivet af trygge mellem-menneskelige relationer. Over tolerancegrænsen udløser det autonome nervesystem sympatisk aktivering, som igennem stresssystemet medfører indre uro og kropsspændinger, som igen kan udløse uhensigtsmæssig følelsesmæssig adfærd og forårsage kamp-flugt-reaktioner. I situationer, der opleves som livstru-

ende, aktiveres den dorsale gren af vagusnerven, som forårsager immobilisering. Ved en forstærkning af disse tilstande svækkes højere kognitive funktioner, som fx abstrakt tænkning og mentalisering/selvrefleksion. Igennem stressregulerende færdigheder fungerer nervesystemet optimalt og kan balancere mellem autonome, limbiske og neocortikale processer, og derved forhindre, at uhensigtsmæssige autonome og limbiske impulser kommer til udtryk (Cozolino, 2000, Hart 2006b).

Som tidligere nævnt i afsnittet om respiratorisk sinus arythmi har Austin et al. (2007) foretaget en undersøgelse af en gruppe borderlinepatienter og en kontrolgruppe. Borderlinepatienterne viste således i undersøgelsen, at de havde svært ved at selvregulere deres autonome nervesystem, når det blev udfordret, men var i en normal rolig tilstand i perioder uden udfordringer. Meget tyder på, at selvregulerende færdigheder normalt udvikles i den tidlige forældre-barn-dynamik, men de kan også udvikles igennem et psykoterapeutisk forløb. Det er således muligt i alle aldre at gå i dialog med det autonome nervesystem. Udviklingen og reguleringen af det autonome nervesystem skaber betingelserne for emotionelle erfaringer og affektive processer, der er nødvendige for udvikling af social adfærd hos mennesker. I den forbindelse begrænser eller udvider nervesystemet evnen til at udtrykke emotioner, hvilket kan have afgørende indflydelse på muligheden for nærhed, social kontakt og kvaliteten af kommunikationen. Så affektive strategier er afledt af udviklingsprocesser, der fører til den polyvagle regulering.

I den terapeutiske proces skaber terapeuten en kontekst af omsorg, hvor vækst og udvikling kan foregå. Igennem alliancen og den empatiske afstemning med klienten forsøger terapeuten at modulere angst- og stressniveau, hvorved der samtidig skabes et optimalt biokemisk miljø, som udvikler neural plasticitet. Når indre eller ydre faktorer hindrer personen i at nærme sig udfordrende, stressfyldte situationer, vil det neurale system have en tendens til at forblive underudviklet og uintegreret. Evnen til at organisere sig er biologisk, og at blive støttet til at udfordre denne evne giver udvikling og vitalitet – også på det psykologiske niveau.

Den gensidigt synkroniserede afstemning mellem klient og terapeut drejer sig bl.a. om at skabe en autonom afstemning, som gør den limbiske afstemning mulig. Synkroniseringen med det autonome nervesystem udvikler både affektive områder og finjusterer hjerterytme, blodtryk, immunfunktioner, iltforbrug, hormoner osv. Integration og reintegration af neurale kredsløb kræver, at nervesystemet forbindes med en anden persons nervesystem, som det indgår i et resonansfelt med.

Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces

På det autonome niveau indgår terapeuten i et resonansfelt med klientens autonome nervesystem gennem krops- og ansigtskommunikation. Terapeuten bemærker og responderer på klientens minimale autonome forandringer i bl.a. åndedræt, hudfarve, ansigtsmimik, motoriske impulser og kropssposition. Fleksibiliteten i de autonome processer støttes primært gennem udforskning af disse små somatiske forandringer. En del af disse forandringer opdager terapeuten gennem sin egen implicitte (ubevidste) kropsfølte sansning, som går i resonans med klientens autonome nervesystem. Interaktionen mellem kroppen og den situation, som kroppen befinder sig i, giver en implicit kropsfølt sansning, som ofte er udifferentieret og ordløs. På dette niveau organiserer terapeut og klient sig igennem kropslige eller nonverbale aktiviteter, hvor klienten føler sig rummet og mødt i sin væren (Bentzen & Hart 2005).

I den terapeutiske proces støtter man først klienten i at lære sin egen autonome rytme af mobilisering (udfordring eller sympatisk aktivering) og beroligelse (ventral vagusaktivering) at kende. Når denne selvstyrkende polsvingning begynder at stabilisere sig, fungerer den som et integrerende redskab i forhold til passive eller overaktiverede tilstande og kropsfunktioner. Berøring kan i nogle tilfælde reducere angst og sænke cortisolniveauet, og rolig berøring kan hos klienter, der ikke forbinder berøring med angst, udløse oxytocin og reducere angstniveauet (Uvnäs-Moberg, 1998, Joseph, 1993).

Udvikling og integration opstår i en balance mellem omsorg og optimal stress. Moderat arousal eller optimal stress integrerer og konsoliderer neurale kredsløb, så længe stressniveauet ikke overstiger nervesystemets kapacitet. Når nervesystemet aktiveres ud over dette niveau, sker der en voldsom sympatisk aktivering, som hæmmer cortical bearbejdning og forstyrrer de integrative funktioner. Moderat sympatisk arousal intensiverer nervesystemets evne til at bearbejde og integrere information. Den terapeutiske proces består af autonome og emotionelle skiftevis rolige og urolige øjeblikke og reflekterer den underliggende neurale rytme for vækst og forandring. Optimale niveauer af arousal og stress resulterer i en forøgelse af neurotransmitterstoffer og neurale væksthormoner, som forstærker indlæringen og den cortikale reorganisering (Cozolino, 2000).

I næste afsnit vil vi mere specifikt se på organiseringen af det autonome nervesystem hos klienter, der har været udsat for svær traumatisering eller lider af PTSD, og hvordan den psykoterapeutiske heling foregår på dette niveau.

Den traumatiske mekanisme og psykoterapeutisk heling

Traumatisering kan både foregå gennem daglige doser af uoverkommelige stresspåvirkninger, hvor især barndommen har en stor betydning for udvikling af nervesystemet. Traumatisering kan således være et resultat af alvorlig omsorgssvigt, men kan også i visse situationer finde sted på grundlag af en enkelt voldsom, traumatiserende begivenhed. Overvældende oplevelser kan få organismen til at reagere med en trusselreaktion, som giver oplevelser af, at "blodet fryser til is", hjertet står stille, luftmangel eller voldsom kvalme. Ved oplevelsen af en traumatiserende begivenhed kommer der således ikke blot sansindtryk fra omverdenen, men også feedback fra det indre miljø.

Traumatisering kan nedbryde alt det, som kærlige mennesker har bygget op. Fysiologiske reaktioner er styret af det autonome nervesystem, som er produktet af tusinder af års udvikling. Når organismen får en oplevelse af at være i livsfare, vil organismen automatisk gøre noget for at forbedre sine overlevelseschancer. Hvis fx personen har været konfronteret med en trussel, der forekom uovervindelig, og det psykiske system vurderede overlevelseschancen som lille, vil det autonome nervesystem indgå i immobilisering, idet det i nogle tilfælde kan stoppe aggressoren.

Når en klient har været udsat for et traume, der har fastlåst det autonome nervesystem i sympatisk aktivering eller immobilisering forårsaget af fastlåsning af den dorsale gren af vagusnerven, drejer det sig om at opløse fastlåsningsen. Det er i disse situationer ikke muligt at opløse traumer gennem mentalisering eller narrative dialoger, men i stedet er det nødvendigt at benytte en mere kropsorienteret psykoterapi (Kæreby et al., 2008).

Eksempel på regulering af det autonome nervesystem

Som nævnt ovenfor kan svært angstfyldte oplevelser fastlåse det autonome nervesystem i enten sympatisk aktivering eller immobilisering. Denne fastlåsning sker hyppigt, når klienten ikke har haft mulighed for at løse den frygtindgydende situation på en tilfredsstillende måde, og hvor det autonome nervesystem efterfølgende ikke har haft mulighed for at skabe homeostase. Fx er det almindeligt, når man udsættes for en ubehagelig fornemmelse af lurende fare, at holde vejret og være ubevægelig i nogle sekunder. Dette er et tegn på, at det autonome nervesystem skifter fra ventral vagusaktivitet via dorsal vagusaktivitet til aktivering af det sympatiske nervesystem. I denne situation vil hjertet i ganske få sekunder slå langsommere. Såfremt den ubehagelige fornemmelse

Dialogen med det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces

viser sig at være et reelt faresignal, vil hjertet skifte hastighed og slå hurtigere end normalt. Hjertebanken fornemmes som et angstsignal, men stiller faktisk energi til rådighed, og mobiliserer kræfter til at undersøge faren. Såfremt fornemmelsen viser sig at være ubegrundet, vender det autonome nervesystem tilbage til den ventrale vagusaktivitet, det vil sige tilbage til en rolig og afslappet tilstand, hvor det er muligt at kommunikere gennem sociale signaler (Porges, 1997).

Når det sympatiske nervesystem er aktiveret, vil man muligvis orientere sig efter flugtveje eller se sig om efter kampvåben. Såfremt den ubehagelige fornemmelse viser sig at være velbegrundet, mærkes adrenalinen skylle gennem kroppen, og hjertet slår hurtigere. Selv om situationen overstås hurtigt, vil det tage lang tid at falde til ro, fordi adrenalinen har igangsat kroppens kamp/flugtreaktioner. Hvis man i stedet tager kampen op, og det lykkes at overvinde faren, vil man kunne slappe af efter veludført dåd, fordi man har handlet i overensstemmelse med organismens mobiliseringsniveau.

Hvis man i stedet først kæmper i den tro, at modstanderen kan uskadeliggøres, og modstanderen fx pludselig trækker en kniv, så vil man foretage et muligvis desperat flugtforsøg. Binyrerne vil udløse cortisol, som giver kræfter til at løbe for livet, og hjertet arbejder maximalt. Hvis flugtforsøget lykkes, vil man efterfølgende kunne slappe af.

Såfremt det derimod viser sig, at man er trængt op i en krog, og der ingen flugtmuligheder er, så vil man føle sig hjælpeløs og måske besvime af skræk, fordi puls og blodtryk falder drastisk, hvilket svarer til immobiliseringstilstanden (Porges, 1997). Når den farefyldte situation er drevet over, vil cortisolniveauet være højt, hvilket driver muskelaktiviteten til flugt eller kamp, samtidig med at hjertet opleves, som om det er ved at gå i stå og man ikke kan få vejret. Disse stærke modsatrettede kræfter opleves som sønderrivende, mens man samtidig føler sig hjælpeløs og svag. Selv om man er udmattet, kan man ikke slappe af, hvilket giver en oplevelse af uforrettet sag. Indimellem opstår der flugtipulser eller indestængt raseri, som ikke kan få afløb. Dette giver en oplevelse af desorientering og hjælpeløshed, og den mulige grundlæggende basale tillid til omgivelserne er kompromitteret.

Reguleringsmetoder til at støtte ventral vagusaktivering

Når nervesystemet er fastlåst i immobiliseringstilstanden, er det vanskeligt selv at regulere sit eget nervesystem ud af denne dorsale vagusaktivering. Det kræver nemlig, at man i den traumatiske situation har haft held til at finde

tilbage til kamp/flugt-aktiveringen, som er relateret til det sympatiske nervesystem, og kan fuldføre sit handlingspotentiale herfra, hvilket sker meget sjældent. Porges (2001) mener, at hvis traumeofre ikke ved egen hjælp vender tilbage til en tryk tilstand, må terapeuten forsøge ved hjælp af tryghedsskabende ansigtsmimik at stimulere den ventrale gren af vagusnerven, der fremmer socialt engagement. Dette behandlingsprincip gælder i øvrigt også i forhold til behandling af svært omsorgssvigtede børn, nemlig de børn der kan beskrives som tilknytningsforstyrrede eller tidligt følelsesmæssigt frustrerede.

Whitehouse & Heller (2008) foreslår, at terapeuten må skabe en tilstand, der muliggør overgangen fra dorsal vagusaktivering til ventral vagusaktivering, hvilket de mener gøres ved at stimulere en høj respiratorisk sinus arytm. Som nævnt i afsnittet om respiratorisk sinus arytm, dæmper den ventrale gren af vagusnerven hjerterytmen under udånding. Den ventrale hæmning af hjertet foregår altså rytmisk i takt med åndedrættet. Når åndedrætsrytmen gøres langsom, og brystkassen overlades til selv at påbegynde næste åndedrag, vil et nyt åndedrag påbegyndes ca. hvert 10. sekund. Herved bliver den ventrale rytme så langsom, at den dorsale rytme lader sig synkronisere og kommer i takt med åndedrættet. Samtidig rettes opmærksomheden mod positive følelser og tilstande, hvorved det sympatiske nervesystem neddrøles, så det ikke forstyrrer rytmen i den synkrone ventrale og dorsale rytme. Ved at regulere hjerterytmen og stimulere den ventrale vagusnerve fremmer man socialt engagement og hæmmer kamp/flugt-adfærd og kollaps.

Scaer (2007) mener, at den traumatiserede klient aktivt skal støttes i at undersøge det, som han/hun er bange for, og støttes i basal affektregulering ved at aktivere det sympatiske nervesystem og skifte frem og tilbage mellem ventral vagusaktivering og sympatisk aktivering for at undgå, at nervesystemet indgår i dorsal vagusaktivering og dermed kollaps. Derudover har Porges (2007) (se ligeledes Kæreby & Sørensen, 2008) foreslået, at man gennem ansigtsmimik og træning i at lytte til mellemtonefrekvenser kan øge den ventrale gren af vagusnerven, som skaber beroligelse og prosocial adfærd, der igen beroliger nervesystemet.

Herværende medforfatter Flemming Kæreby har haft en traumeklient, der brugte høreapparat for at forbedre mellemtonelejet, som jo netop kompenserede for manglende stimulering fra den ventrale vagusnerve på grund af traumatisering. Midt i terapisessionen tog klienten høreapparatet af, fordi klienten pludselig bedre kunne høre, hvad der blev sagt uden høreapparat. Samtidig opdagede klienten, at græsset uden for vinduet også blev grønnere, hvilket skyldes, at når øjet fokuserer, aktiveres den farvefølsomme del af nethinden,

hvorimod angst forøger øjets fokus mod skygger, der bevæger sig i periferien af synsfeltet, som mangler farvefølsomheden. Social adfærd kan således fremmes ved at opfordre traumeklienter til at bruge øjne og ører til at undersøge og orientere sig med. Især vil man kunne støtte klienten i at indgå i gensidig blikkontakt og fokusering på terapeutens ansigt for at støtte affektregulering og affektiv afstemning.

Afslutning

Vi har i denne artikel påvist, hvordan en viden om det dybestliggende niveau i vores nervesystem, nemlig på det autonome nervesystems niveau, kan anvendes i den psykoterapeutiske proces. Ved at kende til reguleringen af sympatisk og parasympatisk aktivitet, og hvordan den reguleres gennem især kranienerve 5, 7 og 10 og styres gennem åndedrættet, bliver det muligt at inddrage det autonome nervesystem i den psykoterapeutiske proces, og støtte klienterne i en mere effektiv affektregulering. Dette vil med tiden gøre det muligt at arbejde på højere mentaliseringsniveauer, som kræver aktivering af de præfrontale områder. Kendskabet til regulering af de dybtliggende strukturer i det autonome nervesystem vil derfor kunne få stor betydning for udforskningen af, hvad der virker i den psykoterapeutiske proces og ligeledes pege på metoder til at måle evnen til affektregulering. Evnen til affektregulering er, som påpeget af mange forfattere, bl.a. Allan Schore og Peter Fonagy (Hart & Schwartz 2008), essentiel for udviklingen af mentaliseringsevnen, som er af så stor betydning for evnen til menneskelighed, altså at kunne forstå egne og andres følelser og intersubjektiviteten imellem os.

Referencer

- Austin M.A, Riniolo T.C, Porges S.W. (2007) Borderline personality disorder and emotional regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition* 65 (1), 69-76.
- Bentzen, M. & Hart, S. (2005) Neuroaffektiv udvikling og det terapeutiske rum. *Psykolog Nyt*, 2, s.16-22.
- Brodal, P. (2000) *Sentralnervesystemet. Bygning og funksjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Calkins S.D, Keane S.P. (2004) Cardiac vagal regulation across the preschool period: stability, continuity, and implications for childhood adjustment. *Developmental Psychobiology* 45, 101-112.
- Chambers A.S, Allen J.J.B. (2002) Vagal tone as indicator of treatment response in major depression. *Psychophysiology* 39, 861-864.
- Cole P.M, Zahn-Waxler C, Fox N.A, Usher B.A, Welsh J.D. (1996) Individual differences

- in emotion regulation and behavior problems in preschool children. *Journal of Abnormal Psychology* 105, 518-529.
- Cozolino, L. J. (2000) *The Neuroscience of psychotherapy. Building and rebuilding the human brain*. New York & London: W.W. Norton & Company.
- Damasio, A. R. (2001) *Descartes' fejltagelse. Følelse, fornuft og den menneskelige hjerne*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Darwin, C. (1872) *The Expression of Emotions in Man and Animals*. D. Appleton, New York.
- de Kloet E.R., Rinne T. (2007) *Neuroendocrine markers of early trauma. Implications for Post-traumatic Stress Disorders*. In: Vermetten E, Dorathy MJ, Spiegel D, editors. *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fabes R.A., Eisenberg N. (1997) Regulatory control and adults' stress-related responses to daily life events. *Journal of Personality and Social Psychology* 73, 1107-1117.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. & Rizzolatti, G. (1996) Action recognition in the premotor cortex, *Brain*, 119: 593-609.
- Gallese, V. & Goldman, A. (1998) Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2: 493-501
- Gallese, V. (2001) The "shared manifold" Hypothesis. From mirror neurons to empathy. *Journal of consciousness studies*, 8 (5-7): 33-50.
- Hart, S.(2006a) *Hjerne, samhørighed, personlighed – introduktion til neuroaffektiv udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag
- Hart, S.(2006b) *Betydningen af samhørighed – om neuroaffektiv udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag
- Hart, S., Schwartz, R. (2008) *Fra interaktion til relation*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jackson, J.H. (1958) *Evolution and dissolution of the nervous system*. In: Taylor, J. editor. *Selected Writings of John Hughlings Jackson*. Staples Press, London, pp. 45-118.
- Joseph, R. (1993) *The naked neuron. Evolution and the languages of the body and brain*. New York: Plenum Press.
- Kennedy A.E., Rubin K.H., Hastings P.D., Maisel B. (2004) Longitudinal relations between child vagal tone and parenting behavior: 2 to 4 years. *Developmental Psychobiology* 45, 10-21.
- Kraemer, G. W. (1992) A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences*, 15: 493-541. Cambridge University Press.
- Krystal, H. (1988) *Integration and self-healing: Affect-trauma-alexithymia*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Kæreby F., Donen J., Lipschitz L., Petersen J., Claesson B. (2008) Rapport galt i halsen. *Psykolog Nyt* 22, 22-27.
- Kæreby F., Sørensen J.H. (2008) Dansk deltagelse ved den første internationale konference om SE-teapi. *Psyko-terapeuten* 1, 43-48.
- LeDoux, J.E. (2001) *Synaptic self: How our brains become who we are*. New York: Viking.
- Newberg, A., D'Aquili, E. & Rause, V. (2002) *Why God won't go away. Brain science and the biology of belief*. New York: Ballantine Books.
- Nijenhuis, E.R.S., den Boer, J.A. (2007) *Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality*. In: Vermetten E, Dorathy MJ, Spiegel D, editors. *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006) *Trauma and the Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.

- Panksepp, J. (1998) *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Pine, D.S., Wasserman, G.A., Miller, L., Coplan, J.D., Bageella, E., Kovelenu, P., Myers, M.M., Sloan, R.P. (1998) Heart period variability and psychopathology in urban boys at risk for delinquency. *Psychophysiology* 35, 521-529.
- Porges, S.W. (1995) Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32, 301-308.
- Porges, S.W. (1996) Physiological regulation in high-risk infants: A model for assessment and potential intervention. *Development and Psychopathology*, 8: 43-58.
- Porges, S.W. (1997) Emotion: An Evolutionary By-Product of the Neural Regulation of the Autonomic Nervous System. In: Carter CS, Kirkpatrick B, Lederhendler II, editors. *The Integrative Neurobiology of Affiliation*, vol. 807. Annals of the New York Academy of Sciences, pp. 62-77.
- Porges, S.W. (1998) Love: An emergent property of the mammalian autonomic nervous system. *Psychoneuroendocrinology*, 23 (8), 837-861.
- Porges, S.W. (2001) The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 42, 123-146.
- Porges, S.W. (2003) Social Engagement and Attachment: A Phylogenetic Perspective. Roots of Mental Illness in Children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 31-47.
- Porges, S.W. (2007) The polyvagal perspective. *Biological Psychology* 74, 116-143.
- Porges, S.W., Doussard-Roosevelt J.A., Portales A.L., Greenspan S.I. (1996) Infant regulation of the vagal "brake" predicts child behavior problems: a psychobiological model of social behavior. *Developmental Psychobiology* 29, 697-712.
- Ramachandran, V. (2005) *Tankens biologi*. Århus: P. Haase & Sønns Forlag.
- Rizzolatti, G. & Arbib, M. (1998) Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21: 188-194.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., & Gallese; V. (1999) Resonance behaviours and mirror neurons. *Archives of Italian Biology*, 137: 85-100.
- Scaer, R.C. (2007) *The Body Bears the Burden. Trauma, Dissociation, and Disease*. Second Edition. The Haworth Medical Press, New York
- Schore, A. (1994) *Affect regulation and the origin of self*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.
- Schore, A. (2002) Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36: 9-30.
- Schore, A. (2003a) *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York & London: W.W. Norton and Company.
- Schore, A. (2003b) *Affect regulation & the repair of the self*. New York & London: W.W. Norton and Company.
- Taylor, S.E. (2002) *The tending instinct. How nurturing is essential to who we are and how we live*. New York: Times Books.
- Trevarthen, C. (1989) Development of early social interactions and the affective regulation of brain growth. I: Euler, C. Fossberg, H. & Lagercrantz, H. (red.) *Neurobiology of early infant behaviour*, 55: 191-215. Wenner-Gren International Symposium. New York: Stockton Press.
- Trevarthen, C. (1990) Growth and education of the hemispheres. I: C. Trevarthen (red.) *Brain circuits and functions of the mind*, s. 334-363. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Trevarthen, C. (1993a): An Infant's Motives for Speaking and Thinking in the Culture. In: A. H. Wold (Ed.). *The Dialogical Alternative*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Trevarthen, C. (1993b) The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. I: U. Neisser (red.), *The perceived self: ecological and interpersonal sources of self Knowledge*, s.121-173. New York: Cambridge University Press.
- Uvnäs-Moberg, K. (1997) Oxytocin linked antistress effects – the relaxation and growth response. *Acta Psychologica Scandinavia, Supplement*, 640: 38-42.
- Uvnäs-Moberg, K. (1998) Oxytocin may still mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23: 819-835.
- Whitehouse, B., Heller, D.P. (2008). Heart Rate in Trauma: Patterns Found in Somatic Experiencing and Trauma Resolution. *Biofeedback* 36 (1), 24-29.

Abstract

Susan Hart and Flemming Kæreby: The dialogue with the autonomic nervous system in the psychotherapeutic process – how to support resilience and mitigate traumatic stress in light of arousal regulation

This article outlines how interpersonal dialogue with the autonomic nervous system is a central regulating mechanism in the psychotherapeutic process. First, the hierarchical organisation of the brain is summarized, as well as the relationship between this organisation, affect regulation and development of personality, with special focus on the autonomic nervous system. The neurophysiological functions of the autonomic nervous system are described, with a focus on the cranial nerves and the regulatory functions of respiration and the autonomic nervous system on the heart rhythm through cranial nerves no. 5, 7 and 10. Furthermore, we look at the so-called polyvagal theory, developed by professor in psychoneurobiology Stephen Porges. This theory describes how the autonomic nervous system consists of three evolutionary levels with differing responses to stressful situations, and also how the heart rhythm may be regulated by social interactions mediated through our facial expressions during calm conditions. Since the autonomic nervous system is related to other important structures of the nervous system, we briefly look at the structures that play a role for the regulation of the autonomic nervous system, and the most important hormones, which are implied in this regulation. The theoretical review of the nervous system facilitates the understanding of how attunement processes take place at the level of the autonomic nervous system, and we therefore end the article by describing how psychotherapeutic healing may be supported through the autonomic nervous system, for developmental disorders as well as severe traumatisation, e.g. PTSD.

Krise og påvirkning af moderskabsindstilling ved for tidlig fødsel

Matrix, 2009; 3, 316-334

Lisbeth M. Gath

Forældre til for tidligt fødte børn rammes af krise. Samtidig griber den for tidlige fødsel ind i kvindens overgang til moderskabet og i opbygningen af tilknytning.

Følgende er baseret på mit arbejde gennem 9 år på Hvidovre Hospitals børneafdeling, neonatalafsnittet samt mit arbejde som del af Dansk Præmatur Forenings Fagpanel. Artiklens primære fokus er moderskabet og det første barn (den første graviditet), men artiklen vil formentlig være vedkommende for flergangsmødre, ligesom store dele af de aspekter, der vedrører moderskabet, også vil gælde for fædre. Uanset variation i de præmature børns gestationsalder er der mange ligheder i de reaktioner, det medfører for forældrene. Forskelle i reaktion vil kunne ses i graden og intensiteten af de beskrevne følelser og oplevelser.

Krisereaktioner

Graviditeten indebærer ud over den fysiske forandring også en mental forandrings- og forberedelsesproces, der afbrydes med den for tidlige fødsel. Dette medfører for mange forældre en krise, hvor almindelige strategier ikke er tilstrækkelige og en sorg baseret på tab af graviditet, tab af drømmebarn, tab af forventninger til fødsel, til den første kontakt og den første tid med barnet. Normale reaktioner er uro, angst, psykosomatiske symptomer, følelse af uvirkelighed, søvnforstyrrelser, manglende appetit og ændret tidsopfattelse. Dette

Lisbeth M. Gath, cand. psych., autoriseret psykolog, specialist i sundhedspsykologi, Hvidovre Hospitals Børneafdeling. E-mail: lisbeth@gath.info

kan stå på i varierende grad og igennem længere tid. Der kan både være tale om reaktioner under barnets indlæggelse og efterfølgende, hvor bekymringen for barnet er aftaget, og der dermed er blevet mere plads til forældrenes egne følelser (Nordström & Stjernquist, 2002; Kirkebæk m.fl., 1994).

En ny dansk undersøgelse (Elklit, Hartvig & Christensen, 2008) viser, at 30% af mødre, der har født ekstremt for tidligt (før uge 28 og/eller med fødselsvægt under 1000 gr.) lider af PTSD eller subklinisk PTSD, dvs. der mangler kun et symptom for at opfylde kriteriet for PTSD. Undersøgelsen peger på, at graden af traumatisering bl.a. kan relateres til, om barnet har handicap, om der er oplevet vanskelighed i kontakt med personalet under indlæggelsen eller vanskeligheder i forbindelse med hjemkomst.

Psykologisk usmidig

I krisen oplever man sig ofte overvældet og fastlåst i kaos, i uforudsigelighed, i at være i det ukendte, i ikke at (gen)kende verden, ikke at (gen)kende sig selv. Man føler sig skrøbelig, psykologisk usmidig og ufleksibel. Det bliver svært at forstå og rumme andre syn på tingene end ens eget lige her og nu. Det kan være svært at høre, hvad andre siger, herunder læger og plejepersonale, fordi egne tanker og følelser overvælder én. En del af krisebearbejdelsen handler derfor om en bestræbelse på at genvinde en øget grad af psykisk smidighed. Man kan forstå psykisk forandring som en trussel mod ens eksistens, og man ved aldrig på forhånd, om man er i stand til at bære de nye erfaringslementer (Igra, 1990). Hvis alt går, som det helst skal, indebærer forandring, at personligheden/ identiteten udvides og udvikles, men når man står midt i svær forandring, er man usikker på, om man vil kunne finde tillid til og mening med livet igen.

Hospitalsmiljø

Når man som forældre får sit barn for tidligt, bliver situationen kriserelateret, sygdomsrelateret. Barnets indlæggelse på neonatalafsnittet kommer til at indebære en væren i og et kendskab til en særlig verden i verden, hvor man helt konkret mindes om, at selv helt små børn kan blive alvorligt syge, og at det er muligt, at de kan dø. Truslen mod barnet synes konkret og nærværende, både for de forældre, hvor barnet reelt har været livstruet og for dem, hvis barn efter omstændighederne klarer sig godt. Alle forældre kender angsten for at miste barnet, men for forældre til for tidligt fødte er der en mere konkret dimension. De er begyndt deres forældreskab og liv med barnet i et intensivt hospitalsmiljø.

Afhængighed af personalet

Forældrenes trang til at beskytte barnet kan ikke finde praktisk udtryk i handling ved indlæggelsens begyndelse. De føler sig ofte som udenforstående, og de oplever, de professionelle har taget over. Når kontrol og ansvar er overladt til personalet, medfører det ofte en oplevelse af utilstrækkelighed, hjælpeløshed og afhængighed hos forældrene (Sylvest, 2000). Mange forældre fortæller om stærk længsel efter det normale liv og den normale måde at håndtere sit barn på, og de kan få lyst til at tage barnet og forlade afdelingen. Samtidig oplever de fleste også stor taknemmelighed over for personalet, som de oftest oplever har reddet deres barns liv. Der er tale om meget sammensatte og modsatrettede følelser, som det kan være svært at rumme og svært at pendulere imellem.

Uvished og usikkerhed

Usikkerheden kan være tung at bære for forældrene. Det er svært ikke at vide om, hvornår og i hvilken tilstand man får sit barn med hjem. Særlig for børn med BPD-forandringer¹ kan det længe stå hen i det uvisse, hvornår og om barnet retter sig, og dette vækker stor angst. Barnets tilstand og forløb har naturligvis stor betydning for de reaktioner, det vækker hos forældrene, men også andre faktorer spiller ind: tidligere kriser/tab og bearbejdning, personligheds-mæssige forhold, sociale forhold, parforholdets styrke, om det er første barn, om det var svært at blive gravid, behov for kontrol osv. Generelt er det sådan, at jo større behov for kontrol man almindeligvis har, jo hårdere rammes man af krisen ved den for tidlige fødsel. Det betyder bl.a., at nogle forældre reagerer kraftigt, selv om deres barn efter omstændighederne klarer sig fint. I forvejen udfordrer det lille barn også behovet for kontrol, fordi barnets behov kommer først og ikke altid lige kan planlægges. Forældrene konfronteres med, at kontrol er en bevægelig størrelse, at den kan vindes, mistes, genvindes og slippes, men ikke fastholdes for altid.

1 Kroniske aragtige forandringer i lungernes små hulrum efter langvarig iltbehandling forårsaget af koncentreret ilt skadevirkning på lungevæv (Peitersen, 2002).

Eksistentielt vilkår: livet er foranderligt

Forældre til for tidligt fødte bliver eksistentielt ramt – de konfronteres med det grundlæggende vilkår, at livet er foranderligt. Den for tidlige fødsel kommer ikke sjældent uventet, og det er oftest uforklarligt hvorfor (Nordström & Stjernquist, 2002). Den for tidlige fødsel er en krisesituation, eller måske nærmere – som Karl Jaspers (1883-1969) betegner det – en grænsesituation; uundgåelige, virkelige situationer, som man må se i øjnene, og som ikke kan ændres, men som må erkendes og bæres (Van Deurzen, 1999; Cooper, 2003).

Det vilkår, at livet er foranderligt, som på andre tidspunkter i livet kan føles livsbekræftende og indeholde positive løfter, bliver her truende. At være i usikkerhed om ens barns overlevelse og tilstand er en ekstrem oplevelse af, at livet ikke har garantier for hvor længe eller hvordan, vi kommer til at leve. Almindeligvis kan man lægge en vis afstand til det, men ikke her. Nogle forældre beskriver det billedligt, f.eks. at man ikke længere kan holde det en armslængde fra livet, at det er som et rullegardin, der ikke vil forblive nedrullet, men hele tiden kører op. Man kan ikke slippe for at få det tæt på. Som forældre placeres man i en voldsom uvished og usikkerhed, og det rejser spørgsmålet om, hvad dette kommer til at betyde for vores barn, for os som familie. Får vi overhovedet lov til at blive en familie, lov til at beholde barnet, lov til at få et sundt og raskt barn?

Man kan tale om, at man som forældre til et for tidligt født barn konfronteres med dødsangsten (Yalom, 1980) ved at være bange for at miste barnet. Der sker også en påmindelse om døden som en del af livet via forandringer – det at noget slutter og noget andet fødes. Selv om forandring og tab kan opleves som unaturligt, når det sker, er selve det, at livet indeholder tab, afsked og forandring naturligt og iboende. Ens rummelighed sættes på prøve, evnen til at bære at livet både er lidelse og glæde, at livet kan være både meget smukt og meget hæsligt.

Angst for at miste

Angsten for at miste er stor, når man har født for tidligt. Mange oplever, at de vogter over deres barn, fordi de er bange for, det dør (Kirkebæk mfl., 1994). Selv når den første mest akutte tid er ovre, er det som en form for eksistentiel afgrund, man har set ud over, og dette er ikke sådan at ryste af sig. Mange fortæller om en form for tab af tillid til livet, der opstår i kølvandet på den for tidlige fødsel. De oplever, at de er blevet bange for, hvad det næste mon bliver,

og at de ikke kan stole på, at livet bringer dem det gode. Det er en form for utryghed ved livet, som kan brede sig og komme til at omhandle også andre aspekter end det, der har med barnet at gøre. Nogle fortæller, at de bliver bekymrede for at bevæge sig i trafikken, andre mere generelt usikre på, om de kan lægge planer for fremtiden. Mange forældre fortæller, at angsten for at miste barnet så at sige smitter over på andre, at de også ængstes voldsomt for at miste deres mand eller kone eller andre, de holder af. For en mor, som har haft en svær fødsel, kan angsten for selv at dø også blive stærk. For faren kan der opstå stor afmagt både i forhold til mor og barn, det at der er grænser for, hvor meget man kan hjælpe, og at man så at sige tvinges til at lægge sine kære i livets og lægernes hænder.

Overgangen til moderskabet

Den for tidlige fødsel griber ind i en meget fin naturlig proces i livet, der er i gang i forvejen: overgangen til moderskabet og opbygning af tilknytning (Stern, 1997, 2000; Brodén 1997, 2007). Den første graviditet er en vigtig overgangsperiode i livet. Det er både ydre og indre forandringer; et barn skal fødes, et forældrepar og en familie etableres (Brodén, 2007). Der er for moren tale om en forandring i identitet – spørgsmål som hvem er jeg, hvor kommer jeg fra, hvad vil jeg, dukker op – ligesom graviditeten aktualiserer eksistentielle tanker om liv og død, samt giver lettere adgang til tidligere erfaringer og følelser (Brodén, 1997, 2007). At blive mor er således en psykisk overgang, hvor man er meget modtagelig, og hvor man revurderer sig selv og sin verden. Brodén ser graviditeten som et grænseland mellem identiteter, mellem at være barn af egen mor og at skulle blive mor selv (2007); en væren undervejs.

Moderskabsindstilling

Stern (1997, 2000) skriver, at der med moderskabet følger en såkaldt moderskabsindstilling. Dette skal forstås som en proces, hvor ens mentale indstilling forandres, og hvor ens indre oplevelsesverden bliver lavet om. Moderskabsindstillingen er en ny funktionsmåde, der kommer til at eksistere side om side med den hidtidige organisering (2000). Vores mentale indstillinger organiserer vores mentale liv og skaber sammenhæng for os. Med moderskabet skubbes tidligere, allerede eksisterende indstillinger til side, og moderskabsindstillingen indtager den centrale placering (2000). Moderskabsindstillingen beskrives ikke som en sårbar periode, men som en tilstand, der kan vækkes til live (1997).

At blive mor betyder, at man står over for en oplevelse, der ikke ligner noget andet i ens liv. Moderskabet kommer i en periode til at bestemme meget over, hvad man tænker på, hvad man frygter, hvad man fantasierer om. Det kan ændre ens værdier, det kan virke ind på ens andre forhold, f.eks. til egne forældre eller søskende. Man får en ny rolle i livet. Der er tale om en form for reorganisering, hvor forældreskabet bliver det, man pejler og orienterer sig ud fra. Dette varer ved hele livet, men kan fylde mere eller mindre. Konstellationen bliver bestemmende for et helt nyt sæt handletendenser, en ny form for følsomhed, nye fantasier, nye bekymringer og ønsker (Stern, 1997).

Livsperspektivet ændres, når man bliver mor. Livet får en ny retning, og som nybagt mor føler man sig oftest sårbar og åben. Man tænker på livets gang og livets mening, og man fokuserer på det ufatteligt store i, at ens barn, et nyt lille særegent væsen, er kommet til verden. Dette er overvældende i en grad, så man i forbindelse med fødsel og den første tid kan opleve sig i en anden bevidsthedstilstand. Det er almindeligt, at man oplever ikke helt at kunne genkende sig selv.

Tab af graviditet

Den for tidlige fødsel afbryder graviditeten, og for mødre til et præmaturo barn er der således tale om en krise, der falder sammen med nogle i forvejen meget stærke, fundamentale kræfter og psykiske omvæltninger. Stort set alle nybagte mødre mangler mentale holdepunkter, og de skal finde ud af, hvordan det er at være forældre både praktisk og følelsesmæssigt. For de familier, der har fået barn for tidligt, kommer krisen og sorgen samtidig med disse væsentlige processer. Det bliver ekstra svært at orientere sig og foretage den mentale reorganisering.

Den mentale forberedelsesproces forstyrres, bliver ufuldstændig og føles som et tab. De fleste kvinder føler sig ramt på deres selvværd ved ikke at have gennemført graviditeten. De kan være skuffede over ikke at opleve den sidste tid af graviditeten med den opmærksomhed og omsorg, der forventeligt følger af den store mave.

Drømmebarnet

Under graviditeten er det normalt, at kvinden har et fantasi- eller drømmebarn, dvs. nogle forestillinger og repræsentationer af barnet. Dette bidrager til at udvikle det psykologiske forældreskab. Under graviditeten arbejder fantasi-

en for fuld kraft for at forberede det nye liv med barnet. Stern (2000, p.34) betegner psyken under graviditeten som et "værksted", hvor fantasibarnet og det forestillede selv som mor skabes, ophæves, sammensættes igen og igen. Det kan forstås som en form for mental træning, en proces af gradvist voksende engagement i barnet. Winnicott (1996) beskriver den fremherskende egenskab hos moren som en velvilje fra morens side til at flytte interessen fra sig selv til barnet. Han betegner dette aspekt af morens indstilling "den primære moderlige optagethed" (p.25).

Fusion, differentiering, separation

I takt med at fosteret vokser, gennemløber morens repræsentation af barnet ligeledes en udvikling. Det første trimester betegnes som en tid præget af fusion med barnet (Brodén 2007). Barnet betragtes som en integreret del af morens krop, og moren er opfyldt af den ændrede fysiske tilstand. Langsomt vokser følelsen af samhørighed. Differentiering kendetegner andet trimester, mor og barn skiller sig ud fra hinanden. Dette begynder med fosterbevægelserne. Der sker et skift fra graviditet til barn, et skift, der udløser redebyggeri og planlægning. Moren befinder sig i et grænseland mellem to identiteter, hvor hun ikke længere alene er kvinde, men heller ikke er mor endnu (2007). Forestillingerne bliver i andet trimester mere konkrete, personlige og detaljerede. I tredje trimester sker en separation. Fokus går fra tanker og fantasier til det barn, hun skal føde. Der opstår rastløshed, uro og utålmodighed. Tankerne bliver mere realistiske og jordnære, og moren forbereder sig på fødslen. Separationen kan ses som en beskyttelse af en mulig afstand mellem det virkelige barn og drømmebarnet og øger paratheden til at tage imod det barn, der kommer. Almindeligvis dukker forestillingerne op igen efter fødslen, hvor de kan afpasses og udvikles for at passe til det virkelige barn.

Manglende nedbrydning af drømmebarn

Den for tidlige fødsel forstyrrer graviditetens forberedelsesforløb. Processen at mindske fantasibarnets betydning under separationsfasen har ikke eller kun delvist fundet sted. Det virkelige præmature barn kommer til verden, mens moren stadig er optaget af sit "drømmebarn". Samtidig er det virkelige barn mindre udviklet end normalt forventet, og moren skal nu, samtidig med at hun er i krise, afvikle fantasien om "drømmebarnet" og tage imod det virkelige præmature barn. Den for tidlige fødsel er et tab af graviditet og et tab af den

nedbrydning af drømmebarnet, som skulle have fundet sted. Mange forældre beskriver, at de mister forestillingerne om barnets fremtid, fordi det hele er så anderledes end forventet. De føler sig lammet og fanget i nuet.

Ansvar for barnets overlevelse

Stern (1997, 2000) fremhæver 4 temaer og opgaver som centrale for moderskabsindstillingen: barnets overlevelse, primær relateren, støttende netværk og reorganisering af identiteten. Netop udførelsen af disse 4 opgaver rammes man på som mor til et for tidligt født barn, og derfor rammes man på selve moderskabet.

Den første opgave har et livsvæksttema: ansvaret for barnets overlevelse. Spørgsmålet for moren er, om hun er i stand til at holde barnet i live, om det vil lykkes hende som menneskeligt dyr at sikre sit barn. Det, at sørge for barnets basale behov som mad og varme, og som kan aflæses i trivsel og vækst, kædes sammen med artens overlevelse.

Selve den skrøbelighed, der ligger i at få et for tidligt født barn, som er så lille og har så meget brug for hjælp, vækker angst for at miste og rammer dermed livsvæksttemaet og den opgave, som moren oplever, hun har: at stå til rådighed, at tage ansvar for barnets trivsel både praktisk og konkret samt følelsesmæssigt med al hendes kærlighed.

Som forældre til et for tidligt født barn kan man ikke selv påtage sig det fulde ansvar for barnet, som er afhængig af intensiv lægelig behandling ofte over en længere periode. Dette indebærer under indlæggelsen en vis adskillelse mellem barn og forældre, som oftest vækker en voldsom afmagt hos forældrene. Det kan medføre en følelse af, at det er hospitalets barn, og at det dermed er hospitalet, der har ansvaret for barnet. Mange forældre oplever en stærk forpintethed i forhold til dette. Det opleves som et tab og et afsavn ikke selv at formå at varetage opgaven omkring ansvaret for barnets overlevelse.

Primær relatering

Sterns (1997, 2000) andet tema omhandler den primære relateren, at turde lade sig involvere, at barnet får én at knytte sig til. Også dette tema aktualiseres, når barnet fødes for tidligt. Netop fordi forældrene ikke på almindelig vis kan varetage omsorgen og påtage sig ansvaret for barnets trivsel og vækst (jvf. første tema), bliver det sværere at opbygge en nærhed, og processen med at lære barnet at kende besværliggøres.

Mange forældre beskriver deres kærlighed til barnet som vanvittig smertefuld og med en indbygget angst for at miste, der fylder meget. Andre beskriver, at de på grund af angsten ikke tør involvere sig for meget, og at de er nervøse for at gøre noget forkert, fordi barnet er så lille og skrøbeligt. Mange forældre bliver lidt forskrækkede over det præmature barns udseende. De beskriver det ofte i termer knyttet til dyreverdenen, at det ligner en fugleunge, et lille dyr – som nok vækker omsorg, men også er helt anderledes end det barn, de havde forestillet sig, at de skulle have. Nogle forældre føler ubehag, dels fordi barnet ser anderledes ud, end de havde forestillet sig, og dels fordi de ikke tør forpligte sig over for barnet, hvis overlevelse de oplever som usikker (Nordström & Stjernquist, 2002). Der er også forældre, som ængstes for om barnet vedbliver at se "præmaturt" ud, og som samtidig skammer sig over at have disse tanker.

Mange mødre tynges af, at de føler sig ansvarlige for den for tidlige fødsel og mener, at de kunne/burde have gjort noget andet, der ville have forhindret eller forbedret situationen. De oplever skyld, føler sig triste og hjælpeløse (Brazelton, 1992; Nordström & Stjernquist, 2002). Ofte plages de ved tanker om konkrete episoder fra lige før fødslen, og der dvæles ved ting, de kunne have gjort anderledes; en indkøbspose der ikke skulle være blevet båret op til 3. sal, en arbejdsindsats der skabte for meget stress og jag ... Skyldfølelsen kan være stærk og kan forstyrre eller forsinke moren i at være nærværende i forhold til barnet, fordi den har fokus rettet på fortiden. Skyldfølelsen kan også fungere som en måde at fastholde idéen om kontrol – "hvis jeg blot havde gjort det bedre så ... " – og bliver dermed en afvisning af/skærmning af sig mod afmagten.

Støttende netværk

Det tredje tema relateret til moderskabskonstellationen vedrører et støttende netværk, det at give barnet og sig selv både psykisk og fysisk spillerum. Her er kunsten både at kunne etablere og opretholde andre positive relationer til andre parallelt med relationen til barnet.

Netværket kommer relativt sent ind, når barnet er født for tidligt. Dette sker dels pga. indlæggelsen og dels pga. den efterfølgende ekstra beskyttelse mod såvel smitte som mod overstimulation. For nogle er det befriende og restituerende efter udskrivning bare at være sig selv, for andre bliver det hurtigere lidt ensomt og isoleret. Mange forældre oplever en afstand til andre, fordi de ikke føler sig forstået i deres specielle situation. I krisen rystes selvbilledet, men også selvet i fællesskabet, og der kan opstå oplevelser af ikke at passe ind, ikke

at kunne genkende sig selv sammen med andre. Ofte fortæller forældre om deres oplevelse af, at pårørende eller andre enten tager for let på det skete, eller at besøgende har det så svært med at være på afdelingen, at det skaber uro hos forældrene. Mange forældre fortæller om en følelse af ikke at blive set, lyttet til, og at deres situation vækker så meget hos andre, der bliver for overvældet. Mange forældre vælger at have få besøgende i begyndelsen, fordi de ikke kan rumme at blive konfronteret med for mange andre mennesker. Mange fortæller, at det, de ønsker fra andre, dels er praktisk hjælp og dels en støtte, der kombinerer en indsigt i situationens alvor med håb for fremtiden.

Reorganisering af identiteten

Sterns (1997, 2000) fjerde tema centralt for moderskabsindstillingen vedrører en reorganisering af identiteten og udviklingen af psykologisk moderskab. Her skal kvinden acceptere forandringen fra at være barn af sine forældre til at være mor for sit barn. Det at få et barn ændrer definitionerne af egen rolle i egen familiehistorie (Stern 2000).

I og med barnets situation er sårbar, bliver det nye moderskab det også. Det er alt andet lige sværere at finde sig til rette i den nye rolle som forælder, når alt starter i mere eller mindre kaos. Den afbrudte graviditet og det, at man i begyndelsen ikke kan gå ind og påtage sig det fulde ansvar over barnet, besværliggør bevægelsen frem mod det psykologiske forældreskab. Samtidig betyder de begrænsninger, som situationen sætter, at moren ikke får den bekræftelse i nærværet med barnet, som er med til at opbygge følelsen af kompetence som mor. Især i begyndelsen kan det opleves diffust for moren hvilken opgave og betydning, hun har for sit barn. Reorganiseringen, det at se sig selv og finde sig til rette som mor, tager derfor som proces ofte længere tid. Der er en øget grad af usikkerhed, en skrøbelighed og sårbarhed både hos barnet og moren. Dette gør det sværere for moren at opfatte og mærke sig selv som kompetent mor og får betydning for, om hun med en vis sikkerhed/autoritet formår at placere sig i egen familie nu også som mor.

Tilknytning og kontakt

Det er svært at begynde en opbygning af en sikker base for barnet (Bowlby, 1995), mens barnet er indlagt på neonatalafsnittet. Det er vanskeligt at placere sig som en modtagelig tilknytningsfigur for barnet, når ens rolle under indlæggelsen er uklar, og når barnet er så afhængig af den professionelle hjælp. Det,

der føles mest naturligt som at røre ved og holde sit barn, kan/må man ikke gøre på den måde, som man umiddelbart har lyst til, og som føles mest naturlig. Også amningen foregår helt anderledes end forventet. I begyndelsen skal mælken pumpes ud ved en maskine, og senere kan selve amningen for nogle blive en besværlig proces, hvor det kan tage lang tid for barnet at lære at spise. Netop denne tid er særlig svær, fordi angsten for om det vil lykkes, samt følelsen af ikke at slå til som mor, er overvældende. At se sit barn med sonde føles ofte som en påmindelse om hele forløbet, om smerten, om de bristede forventninger.

Sensitivitet og signalsvaghed

En sensitiv forælder er i stand til at se, hvad der sker ud fra barnets synsvinkel, at tolke signaler og reagere hurtigt og adækvat. Formålet er at hjælpe barnet til at opnå gunstig psykisk tilstand eller nå sine mål (Smith, 2003). Via morens sensitivitet får barnet erfaring med at få støtte udefra til regulering af indre følelsesmæssige tilstande. Sensitiv forældreadfærd korrelerer med sikker tilknytning (Esbjörn, 2008). Tilknytningen har stor betydning for måden, barnet vil relatere sig til andre mennesker på fremover, idet barnet i sine første erfaringer med kontakt opbygger forventninger/ "indre arbejdsmodeller" for, hvordan samvær generelt fungerer.

For tidligt fødte børn er kendetegnet ved signalsvaghed, dvs. vanskeligheder ved at regulere vågenhedsgrad og umoden motorik (Nordström & Stjernquist, 2002). Disse forhold gør det ekstra svært for forældrene at tolke barnets signaler – at være sensitive forældre. For tidligt fødte har svært ved at udtrykke og dermed vejlede forældrene i det, de har brug for og vil, og deres signalsvaghed begrænser deres medvirken i den proces og det samspil, som fremmer tilknytningen. (Nordström & Stjernquist, 2002). Selve det, at der er tale om en begrænsning i den fysiske kontakt mellem forældre og barn, gør det også sværere som forældre at placere sig som tilgængelige, hvilket er en forudsætning for sensitiviteten. Smith (2003) påpeger, at det pga. barnets tilstand oftere i de første par uger og måneder er sværere for forældre til præmature at afstemme samspillet i overensstemmelse med barnets signaler, end det er for forældre til mature børn. Forældrene kan let blive for insisterende og for aktive i begyndelsen. Heldigvis kan mange af børnene med tiden hjælpe forældrene i samspillet, fordi det bliver mere tydeligt, at barnet trives, og dette giver ro og en følelse af kompetence hos forældrene. "Når de reguleringsproblemer, der typisk opstår i det første halvår, er løst, synes de fleste af forældrene i lige så høj grad

som andre omsorgspersoner at være i stand til at skabe forudsætninger for en tryk tilknytning,” konkluderer Smith (2003, p. 166). Omvendt er de børn, hvor forældrene i forvejen har vanskeligt ved at være sensitive, ekstra udsatte.

Kængurumetoden

For mange forældre bliver det at sidde med deres barn et springende punkt. Der finder de ro og styrke midt i kaos og angst. Kængurumetoden²² (Persson, 2001), det at en af forældrene sidder hud til hud med barnet, opleves ofte som noget af det eneste, der føles meningsfuldt. Kontakt og opbygning af tilknytningen, af båndene mellem mor og barn, bliver central, også i forhold til at udholde situationen og den indre uro og bekymring, der følger af, at barnet er født for tidligt. For de fleste mødre bliver det særdeles vigtigt, at de selv får lov at være den, der f.eks. for første gang tager barnet med ud i en forældrestue, når barnet bliver klar til det. At forældrene kommer i centrum med barnet kan reparere på tabsfølelserne og de bristede forventninger. For nogle mødre kan alle de belastninger, der forbindes med den for tidlige fødsel, umiddelbart hæmme hende i at elske barnet frit og ubesværet. Men moderskabsindstillingen træder i de fleste tilfælde i forgrunden og overskygger det, der udfordrer kærligheden (Stern 2000). Tilknytningen foregår hele barnets opvækst igennem, og der kompenseres derved for den manglende eller hæmmede kontakt i begyndelsen af barnets liv (Nordström & Stjernquist, 2002).

NIDCAP

Den primære relateren vil med fordel kunne hente inspiration og støtte i den udviklingstilpassede neonatalpleje udviklet af psykologen Heidelise Als, Harvard University (Als & Gibes, 1986; Kleberg, 2001; Nordström & Stjernquist, 2002). Metoden kaldes NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program). Plejen tilpasses hvert barns individuelle behov og modenhed, og der er strukturerede adfærdsobservationer og individuelle plejeplaner (Nordström & Stjernquist, 2002). Dette vil kunne danne solidt grundlag for den konkrete vejledning af forældrene og give dem de nødvendige forudsætninger for at forstå barnets signaler og for at kunne tilpasse stimuli

2 Kængurumetoden/-interventionen er udviklet af læger i 1970'erne i Colombia, hvor man opdagede, at metoden medførte forbedringer i barnets lægelige tilstand, og at dødeligheden blandt spædbørn faldt.

barnets behov, dvs. øge sensitiviteten over for barnet. Netop forståelsen for det individuelle ved barnet kan være centralt for forældrene, og kan støtte opbygningen af sikker tilknytning. Der er behov for at sikre samstemthed i kontakten mellem forældrene og det for tidligt fødte barn. Jo bedre barnets signaler følges og tolkes, jo bedre kan man som forældre tilpasse sig i samspillet, og jo bedre bliver kontakten. (Kirkebæk m.fl., 1994). Undersøgelse af mødres oplevelser med NIDCAP peger på, at de tidligere knytter sig til deres børn (Kleberg, A., Hellström-Vestas, L. & Wodström, A-M., 2007). NIDCAP har medført øget forståelse for de præmatures behov for ro og fred, en ro der alt andet lige også må kunne afspejles i deres evne og overskud til at indgå i kontakt.

Fars og mors forskellige reaktioner

Fædre til præmature børn er i en ganske særlig situation. Undersøgelsen fra 2002 af Nordström & Stjernquist viser, at fædre til præmature det første halvår deltager mere i omsorgen for barnet end fædre til børn, der er født til tiden. Dette tager sin begyndelse allerede ved fødslen, hvor faren typisk tager imod barnet, følger barnet ned på neonatalafsnittet og har eneansvaret de første timer.

De fleste forældre oplever, at de er hinandens største støtte under indlæggelsen. Samtidig beskriver de indbyrdes forskellige reaktioner. Far bevarer ofte mere ro og håb under indlæggelsen, og mor bekymrer sig mere, græder mere og pines af de bristede forventninger, som hun også oftest har haft flest af, især af de forestillinger der er knyttet til den første tid. Far forventer, det er hans opgave at beskytte og trøste, at mobilisere styrke og håb, og det har betydning for mor, at far ikke tilslutter sig f.eks. hendes forestillinger om skyld. (Sylvest, 2000; Kirkebæk m.fl., 1994). Det er oftest faren, der indhenter informationer og sætter sig ind i den tekniske del af overvågningen, og i dette kan han finde styrke, kontrol og fornemmelse af at gøre noget godt for barnet. Oftest er den "arbejdsdeling", der er mellem mor og far, hensigtsmæssig, men den kan blive problematisk, hvis faren føler sig for afmægtig over for morens bekymring, eller hvis moren presser faren til at reagere som hun selv. (Sylvest, 2000).

Stern (2000) mener, at forældrene skal genopfinde ægteskabet efter fødslen. Moren skal finde en måde at tilpasse moderskabsidentiteten til ægteskabet. Den nye faderskabsindstilling, dvs. farens ændrede perspektiv på livet og sine forpligtelser, herunder at skulle beskytte og sikre den nye familie både økonomisk og fysisk, betyder også en ændring for ham og hans måde at være i ægteskabet på.

En undersøgelse (Smith, 2003) viser, at for forældre til børn i 4 månedersalderen har højere kvalitet i parforholdet betydning for morens tilfredshed med sin moderrolle. Dette medvirkede til øget grad af sensitivitet i samspillet med barnet, og ved slutningen af barnets første leveår medførte det en mere sikker tilknytning.

Mødre der hjælper hinanden

Under indlæggelsen får nogle af forældrene – og særligt mødrene – så god kontakt til hinanden, at de både undervejs i indlæggelsen og efterfølgende har stor gavn af det. For mødrene kan det være en lettelse at høre, at andre har tilsvarende følelser og reaktioner både i relation til barnet og også ofte til faren. Genkendelsen virker beroligende og mindsker følelsen af at være forkert. Trods den gensidige støtte under indlæggelsen mister forældrene ofte kontakten med hinanden efter udskrivningen (Hoff & Mølholm Hansen, 2004). Men der, hvor det gennem længere tid lykkes at fastholde forbindelsen, kan det være en stor hjælp, fordi mødrene så umiddelbart forstår hinandens tanker og følelser.

Hjælp og bearbejdning

Når man er ramt af tab, er man yderst følsom over for omgivelsernes reaktion. Det er let at vække den tabsramtes irritation eller vrede, som han/hun kan have svært ved at beherske. Der kan også blive stillet urealistiske krav fra forældrenes side (Fyhr, 2000). Forældrene kan selv være forskrækkede over deres vrede og for mødrenes vedkommende til tider også over den jalousi, de kan føle over for højgravide eller andre mødre, der har født til tiden. Under indlæggelsen har forældrene derfor, ud over læge- og sygeplejefaglig indsats over for barnet, brug for omsorg og fintfølelse for at blive rummet med alle deres reaktioner, også når de til tider udviser tvivl om personalets kompetence. Der er endvidere brug for, at personalet tager højde for, at forældrene pga. deres krisetilstand ikke kognitivt fungerer, som de plejer, hvorfor gentagelser af vigtige beskeder er nødvendige.

Under indlæggelsen må de professionelle være åbne over for det, som forældrene har brug for i deres krise. Den mestringsstrategi, der giver mening for den pågældende forælder, kan udefra synes umulig. Der må tilbydes støtte i forhold til at etablere fokuspunkter som selvbeskyttelse, f.eks. at den enkelte forælder opfordres til at passe på sin krop og undgå total udmattelse. Moren

har brug for med omsorg at blive mindet om og få sat struktur på at få sovet og spist, hun har både fysisk og psykisk brug for det for ikke at drukne i kaos. Det er en måde at få en form for kognitiv dimension ind i mestringen i en tid, hvor følelserne er så intense og overvældende.

Der er brug for vejledning både generelt i forhold til præmature som en form for psykoedukation, og især mere specifikt i forhold til det enkelte barn, jvf. NIDCAP (Als & Gibes, 1986; Kleberg, 2001; Nordström & Stjernquist, 2002). Der kan være behov for hjælp til at tolke barnets signaler og støtte til at udholde uroen for barnet (Nordström & Stjernquist, 2002). Forældrene kan støttes ved at spejle barnets personlige træk, svar og reaktioner på forældrenes omsorg (Brodén, 1991). Det kan også hjælpe forældrene, at personalet påpeger barnets kompetence, fordi det øger forældrenes engagement, hvis de støttes i at opfatte barnet som individ og ikke kun som et lille, udsat væsen (Brodén, 1991).

Moren har brug for bekræftelse på de områder, hvor hun virkelig kan føle sig som mor, uanset hvor ubetydelige de umiddelbart kan synes. (Stern, 2000). Der er brug for, at morens tålmodighed og væren omkring barnet valideres, at hun bekræftes i, at det har en særlig betydning for barnet, at hun er der. Hendes følelse af kompetence som mor er central for hendes måde at gå ind i opbygningen af tilknytning på.

En undersøgelse (Elklit, Hartvig & Christensen, 2008) peger på følgende interventioner for at forebygge belastning: bedre information og mere dialog med forældrene for at give dem en følelse af at bidrage, samtaler når barnet gennemlever kriser og omfattende psykologhjælp til forældrene også efter udskrivelsen.

Sorg

Jeg taler ofte med forældre, der et godt stykke tid efter fødslen synes, at de ikke burde sørge, nu hvor deres barn trives. Det at få anerkendt, hvad der er mistet – graviditet, drømmebarn, almindelig fødsel, første tid osv. – bliver centralt i helingsprocessen. Det bliver vigtigt, at sorgen ikke gemmes væk, men at den bliver anerkendt som en del af ens liv. De konkrete oplevelser, man har haft på neonatalafsnittet, forsvinder ikke, ligesom den konfrontation, der har været med livets til tider barske vilkår, heller ikke viskes ud. Forældre kan også efterfølgende have brug for at tale om forløbet – om skuffelsen og forskrækkelsen – og om forskellen mellem det forestillede barn og det virkelige, om forskellen mellem den forestillede start på moderskabet på et barselsafsnit og det virkelige forløb på neonatalafsnittet. Fyhr (2000) påpeger, at det egentlige sorgarbej-

de består af at forlige sig med de gentagne skuffelser, der opstår, når drømmen kolliderer med virkeligheden, og når virkeligheden fortrænger den ønskede og værdsatte drøm.

Ejerskab af følelser

Det bliver vigtigt, at man kommer til at eje sine følelser omkring det hændte, at man får gjort sorgen og krisen til sin. Ikke sjældent medfører ejerskab, at nye og mere positive aspekter ved alt det, der er sket, dukker op, f.eks. en oplevelse af at have fået større indlevelse i andre mennesker. At tage det man oplever til sig med alle de nuancer, det rummer, kan skabe grobund for genskabelse af ny mening og tillid til livet på trods af den indbyggede usikkerhed og foranderlighed. I det terapeutiske arbejde bliver det centralt langsomt at folde den enkelte mors oplevelse ud, herunder de modsatrettede følelser og den afstand, der kan være mellem det forestillede og det virkelige. Ejerskabet af ens oplevelser kan gøre det nemmere at være tilstede og nærværende i nuet, fordi man ikke skal bruge psykiske kræfter på at holde følelser/oplevelser ude eller ønske dem anderledes. Denne tilstedeværelse har børnene god gavn af.

At se sit barn

En af vores mest vitale opgaver som forældre er at se vores barn, som det er, så klart som muligt. Hvad er barnets svage og stærke sider, barnets talenter, hvad foretrækker barnet, hvad kan det lide og ikke lide osv. Ved at se dette, kan man hjælpe barnet til at følge en vej, der passer til dets indre design (Stern, 2000). Denne proces bliver ofte ekstra udfordrende for forældre til et for tidligt født barn. Mange forældre er nervøse for at pylre om deres barn, at komme til at fastholde barnet i den sårbarhed, de har oplevet hos barnet som spædt. Omvendt er de også bekymrede for at overse vanskeligheder og tegn på senfølger. Det, at barnet er født for tidligt, kan derfor besværliggøre den opdagelsesproces, man som forældre går ind i for at lære sit barn at kende, og som man løbende befinder sig i for at imødekomme barnets behov. Der er brug for tålmodighed og en optimistisk, følsom tilgang til barnet (Brazelton, 1992).

Tvivel om barnets trivsel

Hvis man som forældre senere kastes ud i tvivel om sit barns trivsel, er det en hjælp for de fleste at udforske, hvad man oplever, få identificeret det, man

frygter, håber på osv. Det bliver centralt at få skilt egne oplevelser fra det, man konkret ser hos barnet. Hvis arbejdet med at få afstand til drømmebarnet ikke er lykkedes tilstrækkeligt, vil det også senere i livet kunne stå i vejen for at se det virkelige barn i dets særgenhed og med dets eventuelle vanskeligheder. Hvis man evt. med hjælp og støtte får konkretiseret og nuanceret tvivlen om barnets trivsel, vil det som regel give én en fornemmelse af øget handlekraft, fordi tingene bliver mindre uoverskuelige og rodede, også selv om man er ked af det, hvis ens barn har vanskeligheder. Fokus rettes mod arten af barnets vanskeligheder og det, der kan gøres for at hjælpe, snarere end mod årsagsforklaringer.

Bekymring for senfølger

Det kan være svært for forældre at vælge, hvordan de skal omtale den for tidlige fødsel til professionelle senere hen, ikke mindst hvis der er opstået bekymring. På den ene side vil de gerne have forståelse for og opmærksomhed på, hvad det betyder/har betydet for barnet (og dem selv), på den anden side kan de være usikre på, om barnet vil blive stigmatiseret. En del af de vanskeligheder, præmature kan få, er såkaldte skjulte vanskeligheder (udtrætning, sansesårthed og øget behov for struktur), hvor det er nødvendigt i helhedsvurderingen af barnet, at barnets funktionsniveau både hjemme og ude inddrages. Det er en problematik, der ikke bliver nemmere af, at der kan være vanskeligheder med at fagpersoner (f.eks. lærere, pædagoger, sundhedsplejersker...) undlader at medinddrage den for tidlige fødsel i forståelsen og barnet og familien. Hvis man som forældre oplever, at den for tidlige fødsel overses og ikke anerkendes, efterlades man ofte med følelsen af at blive alene med overvejelserne og bekymringerne om den for tidlige fødsels mulige betydning for barnets vanskeligheder. Dette kan være uheldigt, fordi børn har gavn af et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem hjemmet og de professionelle. Omvendt har både barn og familie også brug for, at den for tidlige fødsel ikke automatisk bliver årsagsforklaring på ethvert problem, der måtte opstå, men at det inddrages og medtænkes relevant. Dette kræver de professionelles fintfølelse og forståelse for, at forældrene har været i en særlig krise i barnets første tid, samt at de kan have en mere eller mindre relevant bekymring og angst for senfølger. Den for tidlige fødsel er blevet en del af familiens psykologiske historie.

Opsummering

Den for tidlige fødsel har betydning for, hvordan det føles at blive mor. Der sker et sammenfald af naturlige forandringsprocesser og krisereaktioner. Moren bliver eksistentielt ramt, og den for tidlige fødsel griber ind i de særlige temaer og opgaver, som er knyttet til moderskabsindstillingen og påvirker denne. Graviditeten afbrydes, mens morens forestillinger om barnet, drømmebarnet, står på sit højeste og kan forstyrre paratheden til at tage imod det virkelige barn. Der er tale om et tab af drømmebarn og en efterfølgende sorgproces.

Tilknytningen påvirkes af, at det præmature spædbarn ofte kendetegnes ved en signalsvaghed, som gør det vanskeligere for forældrene af være sensitive og samstemmende i kontakten med barnet. Den særlige sårbarhed, som den for tidlige fødsel medfører for moderskabsindstillingen og tilknytningsprocessen, kræver en særlig opmærksomhed og omsorg fra de professionelle side, både under barnets indlæggelse og senere i barnets liv. Den svære begyndelse bliver en del af familiens historie og må, ikke mindst hvis der opstår bekymring for barnet senere hen, medtænkes for at fremme samarbejdet med familien.

Litteraturliste

- Als, H. & Gibes.R. (1986). *Newborn Individualized Developmental care and Assessment Program (NIDCAP): Training Guide*. Boston, Mass., Dept. of Psychiatry, Childrens Hospital:1.1-2.
- Bowlby, J. (1995). *En sikker base*. Frederiksberg: DET lille FORLAG.
- Brazelton, T.B. (1992). *Touchpoints*. København: Viking.
- Brodén, M. (1991). *Mor og barn i ingenmandsland*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheder*. København. Akademisk Forlag.
- Cooper, M. (2003). *Existential Therapies*. (p. 7-8. 16-17), London. Sage Publications.
- Elklit, A., Hartvig, T., Christensen, M. (2008). *Belastningsreaktion hos forældre til præmature spædbørn – sekundærpublikation*, Ugeskrift for læger, 170/45.
- Esbjørn, B.Hoff (2008). *Forældre sensitivitet – sikring af tryk tilknytning*. Københavns Universitet.
- Fyhr, G. (2000). *Sorgens rum*. København: Nordisk Forlag.
- Igra, L. (1990). *Psykoterapi på liv og død*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kirkebæk, B. m.fl. (1994). *Skrøbelig kontakt. For tidligt fødte børn og deres samspil med omgivelserne*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kleberg, A. (2001) *Familjecentrerad utvecklingsstödjande vård enligt NIDCAP*, I Wallin, L. (Ed.) *Omvårdnad av det nyfödda barnet*, (p. 24-71), Lund, Studenterlitteratur.
- Kleberg, A., Hellström-Vestas, L. & Wodström, A-M. (2007). *Mother's perception of Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) as compared to conventional care*. *Early Human Development*, 83, 403-411.
- Møhlholm Hansen, B & Hoff, B. (2004): *ETFOL-rapporten*, København.

- Nordström, B. & Stjernquist, K. (2002). *For tidligt fødte børn – Hvordan går det?* I Hwang, P. (Ed.), *Spædbarnets psykologi*, (p.136-152), København: Frydenlund.
- Peitersen, B. (2000) *Ordlister*. I Ziemendorf Ringsted, M. (Ed.), *Meget små børn*, (p. 202-206), København, Munksgaards Forlag.
- Persson, B. (2001). *Känguruvård*. I Wallin, L. (Ed.) *Omvårdnad av det nyfödda barnet*, (p. 164-190), Lund, Studentlitteratur.
- Smith, L. (2003). *Tilknytning og børns udvikling*. København: Akademisk forlag.
- Stern, D.N. (1997). *Moderskabskonstellationen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. N. (2000). *En mor bliver til*. København: Gyldendal.
- Sylvest, A. (2000). *At blive forældre til et for tidligt født barn*. I Ziemendorf Ringsted, M. (Ed.), *Meget små børn*, (p. 178-201), København. Munksgaards Forlag.
- van Deurzen, E. (1999). *Eksistentielle dimensioner i psykoterapi*, p. 98-104, København: Hans Reitzels Forlag.
- Winnicott, D.W. (1996). *Familien og den individuelle udvikling*. Frederiksberg: DET lille FORLAG.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapies*. Basic Books.

Abstract

Lisbeth M. Gath: The motherhood constellation at premature birth – crisis and impact

Giving birth prematurely has a major impact on how it feels becoming a mother. The crisis reactions coincide with the natural processes of change. The mother is affected existentially in terms of uncertainty and fear of death. The pregnancy is interrupted, while the conceptions of the child are at its peak. This affects the mother's readiness to receive the real child. There is a loss of the dream child and a grieving process follows.

The mother is not fully able to attend to the 4 specific areas related to Sterns term "the motherhood constellation": the child's survival, primary relating, supportive network and re-organisation of identity.

The attachment is affected by the premature child's inability to manifest clear signals, which again affects the parent's sensitivity in their contact with their child.

During the child's hospitalization as well as later on, the vulnerability, which is caused by the premature birth, requires a specific attention and care on behalf of the professionals. The child's difficult start in life becomes a part of the family story and this must – especially if questions of worry occur – be remembered in order to encourage and facilitate the co-operation with the family.

Om at rumme tab og omsorgssvigt

– en beretning om en børnepsykoanalyse

Matrix, 2009; 3, 335-349

Gudrun Bodin

Udgangspunktet for denne artikel er en forældreløs, omsorgssvigtet pige som var 10 år da hun startede i psykoanalyse. Artiklen vil beskrive, hvordan denne pige søgte en container for at få hjælp til at rumme alle de følelser, som hører sammen med tab og omsorgssvigt. Alvorlig traumatisering resulterer i en kompleks forstyrrelse af personlighedsudviklingen, og artiklen vil beskrive denne piges personligheds-organisation, hvordan hun forsvarede sig gennem omnipotens, brugte analytikerens til at evakuere ubærlige følelser og undgik kontakten, når den vakte for stærk angst og smerte. Den vil også beskrive pigens udvikling under terapiforløbet, som foreløbig har varet 2½ år, samt de modoverføringsfølelser som opstår hos terapeuten i arbejdet med et svært depriveret barn.

Case

J. var 7½ år, da hendes mor døde af leversvigt pga. alkoholmisbrug. Hun havde boet alene med sin mor og havde ikke haft kontakt med sin biologiske far efter, at han havde forladt dem, da hun var to år. Faderen var også alkoholiker og opvækstmiljøet svarede til det, som den danske filminstruktør Per Fly har skildret i filmen "Bænken". Efter at faderen var forsvundet, boede der forskellige mænd hos moderen, og det var den lille pige, som "passede på" sin mor, som om hun skulle kunne være den voksne i forholdet.

Da moderen døde på hospitalet, klamrede J. sig først til sin døde mors krop og ville længe ikke give slip, men senere optrådte hun, som om hun var ligeglad. Hun kom i familiepleje og til at begynde med så det ud som om J. faldt til. Men gradvis trak hun

Gudrun Bodin, cand.psych., ph.d., Københavnsvej 51B, 3400 Hillerød.
E-mail: gudrun-bodin@mail.dk

sig mere og mere tilbage, isolerede sig, sad inaktiv på sit værelse og så ud i luften. Hun talte aldrig om sin mor og optrådte, som om moderen aldrig havde haft nogen betydning og derfor heller ikke følte sorg. Det var plejeforældrenes indtryk, at J. ikke tillod sig at have det godt. F.eks. beskrev de, at hun ikke ønskede at fejre fødselsdag og ikke åbnede de gaver, hun fik. Hun sov ikke i sin seng, men lagde sig på gulvet uden madras eller dyne på og benægtede, at hun nogensinde sov. Hun ville heller ikke gå i bad. Når hun endelig blev overtalt til det, tog hun et koldt brusebad og bagefter stod hun blot uden, at hun tørrede sig med et håndklæde. Hendes krop var fuld af blå mærker, fordi det viste sig, at hun nev sig selv. Hendes negle var nedbidte og neglesækkene var deforme, fordi hun rev og bed i dem. Hun havde også svært ved at spise, hun kunne ikke synke maden, og derfor tog det lang tid for hende at spise. På grund af spiseproblemerne samt hendes selvskadende adfærd blev hun indlagt på sygehus og blev visiteret videre til et børnepsykiatrisk ambulatorium. Her stillede man diagnosen 'patologisk sorgreaktion' og henviste hende herefter til behandling, og J. startede i psykoanalyse, med sessioner 4 gange om ugen, 10 år gammel.

“Du er en container”

J. sagde i en time efter 2 års intensivt psykoanalytisk arbejde, hvor vi talte om den rolle, som hun placerer analytikerens i, “du er en beholder, nej en container”. (Ordet container var helt hendes eget. Jeg har aldrig brugt det sammen med hende). Anledningen til at dette emne kom op, var at analytikerens undrede sig over, hvorfor hun skulle blive ved med at tage hånd om papir, emballage og andet affald, J. ville af med, som om hun betragtede analytikerens som en slags skraldespand. Igen gennem et stykke tid havde hun også leget med modellervoks, formet den som klumper, dyppet dem i vand og herefter lagt dem i mine hænder, så at jeg skulle holde dem. Klumperne var slimede og farvede mine hænder. J. ville ikke selv holde dem, fordi hun syntes, at de var ulækre. Jeg havde sagt, at de lignede klumper af lort, og den sammenligning morede hende ligesom det gjorde at se mig blive snavset til og smurt ind i slimet fra klumperne. Analytikerens opgave var altså at tage hånd om det, som kom fra J., og som hun ikke selv ville have at gøre med.

Bions begreb "analytikerens containing function"

Ifølge Bion (1959) er det analytikerens opgave at rumme de projektioner, som analysanden kaster over på analytikeren. Projektionerne består af dele af analysandens selv: de ubearbejdede, ufordøjelige beta-elementer. Analytikeren skal gennem sin alfa-funktion være i stand til at tænke og reflektere over projektionerne, forvandle de uforståelige beta-elementer til forståelige alfa-elementer. Bion (1962) sammenlignede analytikerens funktion med moderens nærvær i forhold til sin baby. Den mentale tilstand, moderen er i, bevirker at babyen bliver i stand til at projicere sin angst og terror ind i hende. Bion benævner denne tilstand som "reverie"/drømmerier, og moderens evne til at fantasere/drømme om sin baby gør, at hun bliver i stand til at rumme og forstå, hvad der foregår inden i babyen og dermed hjælpe babyen med følelser af angst og terror. Moderens "reverie" gør, at barnet føler sig tryk og at en grundlæggende følelse af sikkerhed udvikles. Babyen vil gradvis internalisere moderens evne til at tænke og forstå følelser og mentale tilstande. Barnet udvikler dermed selv med tiden sin egen evne til at tænke. Bion mente, at barnet gennem introjektionen af et objekt, som er i stand til at forstå barnets oplevelser og give dem mening, udviklede et apparat til at tænke med. Fonagy et al. (2004) bruger andre begreber for at beskrive "alfa-funktionen", dvs. at transformere indre uforståelige oplevelser (beta-elementer) til tanker som kan tolereres og tænkes (alfa-elementer). Fonagy beskriver det som evnen til at mentalisere eller som den refleksive funktion.

J.s "apparat til tænkning" havde efter 2 års psykoanalytisk arbejde altså udviklet sig, således at hun nu var i stand til at benævne med ord, at hun var bevidst om analytikerens funktion som container. Ligesom jeg skulle holde hendes affald, skrald og slimede klumper (hendes beta-elementer) var det analytikerens opgave at tage hånd om de følelser, som hun måtte komme af med, og som hun ikke selv kunne have med at gøre. Udtrykt i Fonagy's terminologi: hendes evne til mentalisering var vokset.

Første møde

J. fortalte i virkeligheden allerede ved vores første møde om sit behov for en container. Dengang kom hun til min konsultation sammen med sin plejemor og en yngre plejebroder. J. så meget fortrykt ud, gråd, bleg, ja nærmest deprimeret og hun holdt sig i baggrunden, ligesom om hun ville gemme sig. Mit umiddelbare indtryk var, at J. så ud, som om hun ikke følte, at hun hørte sammen med de to andre. Den lille dreng var

hurtigt i gang med at undersøge det nye sted, han var kommet til, men J. tøvede med at komme ind og stod helt stille, ligesom hun ikke vidste, hvor hun skulle gøre af sig selv. Jeg spurgte, om J. var forberedt på, at jeg ville tale med hende alene, og J. nikkede meget forsigtigt. Plejemor var indforstået.

Efter at vi var blevet alene, satte J. sig på stolen ved bordet og jeg sad over for hende. På bordet mellem os var der papir og farveblyanter samt en kasse med forskelligt legetøj. Gennem hele samtalen blev J. siddende på stolen, selv om hun tydeligvis også havde lyst til at gå omkring og undersøge rummet. Hun kiggede sig grundigt omkring, men ikke på de ting, som lå på bordet. Hun studerede nøje billederne på væggen, bøgerne i reolen, udsigten fra vinduet. Jeg kommenterede hendes undersøgende blik, tænkte højt og prøvede at forstå det, som hun nu kiggede på og var optaget af. Til mine kommentarer og spørgsmål svarede hun med smil, nik og bekræftede således mine iagttagelser. Det var stort set kun nonverbal kommunikation timen igennem og hun udtalte kun ganske få ord. Jeg oplevede, at hun blev livligere, som tiden skred fremad, og at hun gennem sine øjne og små smil viste, at hun kunne lide, at jeg fulgte med og kommenterede hendes interesse for rummet og omgivelserne uden for vinduet. Jeg tænkte højt og talte om, at hun nok prøvede på at finde ud af hvem jeg var gennem at studere og undersøge mit rum så nøje, kigge på mine bøger og alle de ting, som jeg havde. Jeg spurgte også, om hun vidste, hvorfor hun skulle tale med mig. Hun nikkede og svarede med enstavelsesord, at hun godt vidste, at jeg var psykolog, og at jeg skulle hjælpe hende med de problemer, hun havde. J. havde konsekvent undgået at kigge på legetøjet på bordet, men i samme øjeblik som jeg spurgte, hvad hun kunne ønske, at jeg hjalp hende med, tog hun en togvogn op og lagde den på siden. Hun nikkede, da jeg sagde, at ligesom togvognen lå væltet, var hun også væltet og havde brug for hjælp til at komme på ret køl igen, på skinnerne igen. Nu rettede hun blikket mod et stort legetøjstog, som stod parkeret oven på et skab. Jeg tog toget ned og stillede det på bordet, og J. placerede den lille togvogn inde i den store togvogn. Men lige så hurtigt som hun havde sat den ind, tog hun den ud igen. Det var, som om J. følte, at hun havde sagt og afsløret for meget om sig selv. Jeg havde en formulering på tungen, men undlod at sige den. Det føltes som om jeg ville træde i det, hvis jeg var begyndt at tale om hendes savn og længsel efter at høre sammen med en anden og blive passet på og beskyttet af en, som var større og stærkere end hun selv.

Analytikerens refleksion

Ved denne første samtale viste J. sig, som det er almindeligt for børn af alkoholikere, at være ekstremt opmærksom på sine omgivelser, og med sit blik undersøgte hun hver en detalje af mig/rummet. Som barn til en alkoholiker gælder

det om at have fuld kontrol og være forberedt på enhver situation. Men hun nød også at mærke interesse og at få opmærksomhed. Det varmede og vitaliserede hende så meget, at det grå og deprimerede udtryk forsvandt. Hun fik lyst til at kommunikere og udtrykke sig. Når J. tog toget op af legekassen, var det som svar på et spørgsmål. Med denne handling viste hun, hvilke forventninger hun havde til analytikeren. Jeg oplevede det som en bekræftelse på tolkningen om at "komme på ret køl igen", at hun bagefter også ville have det store tog ned. J. udtrykte, oplevede jeg, at hun var klar over, at hun havde brug for en container, som kunne rumme hende. Hun viste det gennem at putte det lille tog inden i det store. Hun var samtidig meget blufærdig over for sit ønske, og det var derfor, at hun skyndte sig at tage det lille tog ud igen af det store.

Min fornemmelse af at det var forkert at kommentere på hendes "putten det lille tog ind i det store" kan have haft at gøre med en oplevelse af, at J. i denne situation først og fremmest havde brug for en container, som tog imod og ikke en, som gav tilbage i form af tolkninger. Melzer (1967) ville have sagt, at hun søgte "et toiletbryst", som hun kunne bruge til at evakuere og tømme sig ud i.

At det netop var en container som J. havde brug for, bekræftede hun, ved at hun hurtigt fik det bedre, efter at hun startede i psykoanalyse. Plejeforældrene beskrev hende som gladere, mindre kontrolleret. Hun begyndte at lege og holdt op med at være selvdestruktiv.

Det første halve år

Da J. startede i behandling havde hun en fremtoning som fik analytikeren til at tænke på H.C. Andersens eventyr "Den lille pige med svovlstikkerne". Hun kom ofte frysende til timerne, gående med hænderne stoppet ind i ærmerne, med skrutrøg. Hun så i det hele taget forhutlet og stakkels ud. Hun demonstrerede gennem sit ydre, hvordan hun følte sig som et forsømt, omsorgssvigtet barn.

Det første halve år af analysen brugte hun på at bygge huler i terapirummet, og viste således konkret sin længsel efter en container. Hvert hjørne og møbel kunne udnyttes som udgangspunkt til, ved hjælp af tæpper, at konstruere en hule stor nok til at rumme hende og dække hele hendes krop. Det blev til mange variationer på huler. Nogle blev ligefrem til en slags vugge (hængekøje), og andre kunne få kalecher på ligestem på barnevogne.

Når J. byggede huler, prøvede jeg hele tiden at sætte ord på, hvad hun foretog sig og reflekterede højt over, hvorfor hun mon gjorde det. Jeg introducerede tanken, at der var en "Baby-J." inden i rummet som længtedes efter at blive taget hånd om og passet på, men det afviste J. kraftigt. Hun sagde, at hun hadede babyer. Hun påstod først, at hun

ikke havde nogen følelser, men senere sagde hun, at hun hadede at tale om dem, og hvis det var noget, som gjorde ondt skulle man i hvert tilfælde ikke tale om det, "for så bliver det bare værre."

En patologisk forsvarsorganisation

I H.C. Andersens historie bliver forældrene til pigen med svovlstikkerne beskrevet som forsømmelige og onde. H.C. Andersen skrev f.eks. hvordan pigen var klædt i sin mors aflagte, alt for store tøfler og faderen ville slå hende, såfremt hun kom hjem uden at have solgt svovlstikkerne. Et barn introjicerer sine forældre, og opbygger en indre ubevidst verden, som svarer til de erfaringer og indtryk, det har af menneskene i den ydre verden (Klein 1940). Pigen med svovlstikkerne ville i lighed med andre omsorgssvigtede børn have introjiceret sine forældre som onde og sadistiske. Det var også tilfældet med J., og det kom bl.a. til udtryk, når hun talte med foragt og hån om infantile behov. Hun sagde, at hun hadede "Baby-J." Herigennem demonstrerede hun, hvordan hun identificerede sig med de omsorgssvigtede forældre. Det var også identifikationen med et ondt, frustrerende moder-objekt, som førte til, at hun var sadistisk over for sin egen krop, gav sig selv blå mærker, ikke spiste eller tog varmt tøj på. Hun, havde udviklet et "anti-libidinalt ego" (Fairbairn 1952) som forholdt sig hadefuldt og afvisende over for behov som handlede om afhængighed, tilknytning og længsler efter omsorg.

Men i terapirummet byggede J. samtidig huler og vugger. Ligesom det lille tog skulle gemme sig inden i det store tog, forstod jeg J.s hulebyggeri som udtryk for hendes længsel efter at være inde i livmoderen eller være en baby. Hun havde en længsel efter kærlighed og omsorg, og ville høre sammen med analytikeren. Melzer (1967) har beskrevet, hvordan barnet kan bruge terapirummet som indersiden af objektet og ved at gemme sig inden i rummet, udtrykke fantasien at gemme sig inden i analytikeren for dermed at undgå en separation. J. ville, at vi skulle være en enhed.

Fejlnæring fører til fysisk defekte tilstande, hvorimod mental "fejlnæring" dvs. traumatisering og omsorgssvigt ikke resulterer i en simpel psykologisk defekt tilstand, men til en kompleks fordrejning af personlighedsudviklingen (Britton 1978). Steiner (1993) introducerede begrebet "patologisk organisation" for at beskrive en personlighedsudvikling, som er kendetegnet ved en form af stabile objektrelationer, hvor de "onde" dele af selvet dominerer over de "gode" dele, og der er stor lydighed i forhold til disse objektrelationer, fordi de også er en kilde til patologisk tilfredsstillelse. Et andet kendetegn

ved den patologiske organisation er et struktureret mønster af impulser og angst samt et komplekst forsvarssystem både mod fragmentering i den skizo-paranoide position samt skylden og ansvaret i den depressive.

En krigerprinsesse

“Pigen med svovlstikkerne” kom aldrig ind i det hus, som udstrålede lys og varme og historien ender med, at hun dør. J. åbnede åbnede kom ind i analytikerens hus og i begyndelsen, når hun ankom forfrossen, fik hun helt konkret varme i form af et tæppe og at der blev skruet op for radiatoren. Men når J. var blevet varmet i gennem, viste hun sig at være en omnipotent krigerprinsesse. Hun var inspireret af en figur i en japansk tegneserie “Manga”, og demonstrerede sin magt og overlegenhed ved f.eks. at medbringe våben til timen.

En gang havde hun f.eks. en slags hjemmelavet japansk-inspireret slynge med sig, som hun brugte til at slynge rundt lige foran mit ansigt (for dermed, ud over irritation), også at projicere følelser af hjælpeløshed og afmagt. Jeg kunne jo ikke vide, om slyngen ville ramme mig. Som hulekonstruktør optrådte hun selv i rollen som kejser eller general, og hun tildelte mig rollen som slave. I en hård og befalende tone dirigerede hun arbejdet, og jeg skulle være hendes “forlængede arm”, som udførte de ting, som hun ikke selv kunne gøre. Så længe jeg accepterede den rolle, var hun tilfreds, men når jeg insisterede på rollen som analytiker, at jeg ville tale og tænke over det, som hun foretog sig, blev hun rasende på mig og måtte gemme sig i sin hule. Det var, som om at hun gemte sig for sin egen vrede, men også prøvede at beskytte analytikeren så, at vreden ikke skulle skade mig og vores relation.

“Psykisk helle” – (Psychic retreat)

J. forsvarede sig mod de følelser, som opstod i kontakten til analytikeren ved omnipotens og den relation hun skabte, var sadomasochistisk. Hun var den magtfulde, og hun behandlede analytikeren som sin underordnede, respektløst og med foragt. Det var de onde dele af selvet, som dominerede, og hun benægtede de gode, kærlige følelser, som hun havde, f.eks. at hun også ønskede at være analytikerens baby. Analytikeren insisterede på kontakten og i at forstå relationen, men over for udsigten til at opnå indsigt om denne, søgte J. tilflugt i sin hule. Steiner har udviklet begrebet “psychic retreat” for at beskrive, hvordan indsigt i en psykoanalyse kan undgås og udvikling standses, ved at analysanden trækker sig fra kontakten til analytikeren. Hulen var et helle, (psychic retreat) for J. hvor hun kunne gemme sig i kontakten til analytikeren.

På denne måde søgte hun at undgå fragmentering eller at erkende sin manglende omnipotens. Hun undgik også at opleve, at vi *ikke* var en enhed, men at analytikerens var en separat person, mærke sine skyldfølelser over for sin egen aggressivitet, føle sin afhængighed og sin angst for at miste analytikerens.

Projektiv identifikation indebærer, at dele af selvet afspaltes og projiceres ind i objektet. Dermed mister ego'et dele af sig selv. Ifølge Steiner er det sorgarbejdet, som gør, at projicerede dele af selvet kan tages tilbage. Det beriger ego'et og skaber integration og udvikling. Det psykoterapeutiske arbejde indebærer at erkende psykiske realiteter og separere selvet fra objektet. Det sker gennem sorgarbejdet. Traumatisering og omsorgssvigt kan som hos J. resultere i manglende evne til at sørge. Den projicerede del af selvet forbliver hos objektet og den projektive identifikation er med andre ord irreversibel. Resultatet er en patologisk organisation af personligheden med forskellige forsvarssystemer for at undgå at mærke depressiv angst.

Kærlighedslængslen gemt bag en maske af hån og foragt

Det blev efterhånden et mønster, at J. gemte sig i relationen til analytikerens. Hun har mange gange, især timer efter ophold i terapien, tilbragt sessionen liggende på briksen gemt under et tæppe med ryggen vendt til mig, eller demonstreret ligegladhed ved at være fordybet i et tegneserieblad, en bog eller sin mobiltelefon (som hun selv har medbragt). Hun lod, som om hun ikke hørte, hvad jeg sagde.

Men J. har også afvist ved at pjække fra timer. Et eksempel er følgende: J. havde i timerne inden weekenden afsløret et ønske om at have internetkontakt med mig. Hun havde forklaret mig om en hjemmeside med et bestemt "chat room" og hvordan jeg kunne finde hende under et særligt dækningsnavn. Jeg havde tolket det som, at hun ønskede, at vi skulle skrive til hinanden og på den måde også være i kontakt i weekenden. Jeg skrev ikke til hende, og den følgende mandag og tirsdag kom hun ikke. Da hun onsdag dukkede op igen, så hun meget sur ud og ignorerede mig totalt. J. havde på det tidspunkt udviklet en speciel måde at komme ind i rummet og tage sine støvler af. Hun sparkede dem op i luften, så at de ofte var ved at ramme mig, men denne dag fløj de op, og den ene støvle faldt ned på en måde, så at den var ved at ramme hende selv. Det var lang tid, siden J. sidst havde bygget en hule, men denne dag begyndte hun at konstruere en slags seng oven på en halvhøj boghylde, hvor hun kom til at ligge meget ubekvemt, fordi der var alt for lidt plads til hende. Jeg sagde, at hun havde været lige ved at få sin støvle i hovedet og nu havde hun lavet en seng, hvor hun ikke lå godt og at hun måske ville straffe sig selv. Måske ville hun det, fordi hun havde pjækket fra mig både mandag og tirsdag. J. svarede vredt, at "hun var blevet

hjemme, fordi det var bedre at være hjemme end at være hos mig.” Jeg mindede hende om sidste uge, hvordan hun havde fortalt mig om sit dønavn, at jeg kunne finde hende på nettet og i samme øjeblik kom J. i tanke om, at hun var tørstig. Hun ville have den flaske vand, som jeg altid har stående i rummet. Jeg fortsatte med at tale og sagde, at jeg troede, at hun afviste mig ved at pjække, fordi hun havde været vred på mig, følt sig afvist, fordi jeg ikke havde skrevet til hende i weekenden. Nu kom J. i tanke om, at hun ville bygge et leje et andet sted, hvor hun kunne ligge bedre. Denne dag havde J. set mig køre i en anden bil end min sædvanlige, og mens hun var ved at arrangere sit nye leje, begyndte hun at spørge mig ud om min “nye” bil. Jeg foreslog, at hun ville vide mere om, hvordan mit private liv så ud og hvad jeg gjorde i weekenden, når vi ikke var sammen. J. hentede et stykke papir og skrev med store bogstaver “PRIVAT”, “Ingen Adgang”. Hun satte det op som et skilt ved siden af sit leje. Jeg sagde, at hun følte det, som om at jeg havde et skilt, hvor der stod “Privat” i weekenden, og at det var et område, hvor hun ikke havde adgang. J. svarede med foragt, at hun troede, at mit hjem så meget gammeldags ud og det gjorde hun fordi jeg var så gammel. Hun fortsatte med at tale hånende og nedsættende om, hvor gammel jeg så ud, fuld af rynker, og at jeg snart behøvede en rollator. Mens hun talte hånende, var hun begyndt at tegne og klippe en maske, som hun viste, at hun kunne gemme sig bag. Jeg sagde, at hun også satte en maske op i relation til mig, når hun håned mig for at være gammel, men at jeg vidste, at bag ved masken fandtes der en J., som kunne lide mig, og gerne ville være sammen med mig, og som havde det svært, når det var weekend. Da sessionen endte denne dag var J. i godt humør og forlod mig med smil i sine øjne.

Analytikerens tanker

J. havde pjækket fra to sessioner, og da hun kom tilbage, ignorerede hun analytikerens. Bion (1962) har beskrevet, hvordan spædbarnet oplever den fraværende mor som et ondt objekt, og at det er et tegn på fremskridt i udviklingen, når barnet begynder at kunne bære følelser af savn og længsel, bliver i stand til at tænke på mor og mærke savnet og længslen efter hende. J. har ikke nået dette stadie. Analytikerens var, i J.s oplevelse, i weekenden blevet forvandlet til et ondt objekt. I hendes oplevelse havde jeg afvist hende, og nu gjorde hun det samme mod mig. Hun pjækkede. Det var dog muligt at tale om, hvordan J. havde følt sig afvist, hvilket resulterede i, at hun fik mere lyst til kontakten og begyndte at spørge ud om analytikerens bil. Men lige efter at J. havde afsløret sin nysgerrighed, skyndte hun sig at skrive skiltet “PRIVAT”, og dermed projicerede hun sin følelse af afvisning således, at det blev analytikerens, som var

den, som blev afvist og ekskluderet. På en tolkning af denne projektion "svarede" J. med at håne og nedgøre analytikeren for at være gammel, samtidig med at hun lavede en maske til sit ansigt. Det virkede, som om J. var lettet og glad, da hun forlod timen, fordi analytikeren havde forstået, at hun gemte en kærlig J. bag en maske af hån og foragt.

Barn-voksen-relationen vendt om

I forbindelse med det andet sommerferieophold begyndte J. at bruge mad og spisning som en måde at undgå kontakt. Det begyndte med, at hun af og til medbragte lidt slik til sessionen, men efterhånden udartede det sig til excesser. Igennem flere måneder kom hun med favnen fuld af spiselige ting som kager, is, slik, tyggegummi, men også yoghurtbægre og madpakker. Herefter brugte hun sessionen til demonstrativt at vise mig, hvor godt det smagte, hvor meget hun kunne proppe i sin mund, og hvor meget der skulle til, inden at hun begyndte at føle sig mæt. Papiraffaldet var det min opgave at tage hånd om. Det var som om hun ville demonstrere over for mig, hvor meget hun havde brug for, men også at hun kunne klare sig selv og skaffe sig sine egne forsyninger. Hun behøvede ikke mig, og analytikeren var kun en skraldespand. Hvad jeg sagde, og hvordan jeg tænkt højt om hendes adfærd, lod hun, som om hun ikke hørte. Under spiseexcesserne kunne hun af og til hæve armen, på bedste værts-husmaner, og hilse på mig med et "skål i skibet".

Refleksion/kommentar

Meltzer (1967) har beskrevet, at når en psykoanalyse er godt i gang, sker der massive projektive identifikationer, og barn-voksen-relationen kan vendes om. Analytikeren bliver behandlet som det afviste, omsorgssvigtede barn, og mærker de følelser, som opstår, når man bliver behandlet som luft, ingenting, ikke eksisterende. Når J. grådigt proppede sig med kager og slik, følte jeg mig som barnet, ensomt, glemt, overset, betydningsløst.

Lanyado (1985) har benævnt terapeutens forsøg på at forestille sig barnets traumatiske oplevelser som "terapeutisk reverie" og hun mener, at det er en nonverbal kommunikation i overføringen, som virker helende. I mit "terapeutiske reverie" forestillede jeg mig, at J. kommunikerede til mig, hvordan det er at være barn af alkoholikerforældre, som drikker dagen lang og siger "skål i skibet". J. projicerede sine følelser af afvisning og af at være overset og hun evakuerede dem dermed ind i analytikeren. Spiseorgierne havde også funktionen som helle (psychic retreat), for ved at proppe munden fuld kunne hun

undgå at mærke sine følelser over for den sommerferie, som stod for døren. Fordi J. ikke var i stand til selv at rumme de intensive følelser, som opstod når vi stod over for en afsked (på samme måde som hun ikke kunne sørge over sin mors død) agerede hun følelserne ud. Det følgende er endnu et eksempel på, hvordan J. udagerede følelsen af at være uelsket og hadet af en ond, sadistisk mor ud. Denne gang beskyttede J. dog analytikerens rolle mod at få rollen som den onde mor, men fik placeret plejemoderen i den.

Afsked – feriepauser

Det skete efter en af de sidste timer inden sommerferien. J. havde i timen givet udtryk for følelser at være hjemløs og uelsket, dvs., jeg var en ond, egoistisk analytiker som var ligeglad med hende og smed hende ud. Hun blev efter timen som sædvanlig kørt i taxa til sin bopæl, men i stedet for gå ind til plejefamilien, valgte hun at gå rundt i gaderne resten af dagen. Det endte med, at plejefamilien måtte efterlyse hende hos politiet, og da hun sent om aftenen blev fundet, ville hun ikke hjem. Hun påstod, at plejemor slog hende (noget plejemor helt sikkert ikke gør). Politiet tog hendes anklage alvorligt og valgte at placere hende på et børnehjem, hvorfra hun først kom tilbage til plejefamilien efter et par dage.

Om at rumme følelser af afvisning, hån og foragt

Boston (1983) har beskrevet, hvor svært det er at holde fast i den side af det depriverede barn, som har behov for kærlighed og omsorg, fordi, når der bliver åbnet for det, opstår der samtidig en intens smerte. Hvordan kan man som terapeut bære at blive bevidst om den ufattelige lidelse, som det omsorgssvigtede barn har været udsat for? Hvordan kan terapeuten bevare sin sensitivitet uden at blive overvældet af den, og hvordan kan den bruges til at hjælpe barnet til at komme til rette med de vilkår, som har været barnets? Ligesom det omsorgssvigtede barn bruger forskellige forsvarsmetoder for at undgå at mærke uudholdelige følelser og erkende omfanget af svigt og lidelse, vil terapeuten prøve på at distancere sig fra smerte og mindske tabs betydning. Hoxter (1983) beskriver, at det gennemgående tema i psykoterapier med omsorgssvigtede børn er afvisning og genafvisning, og det skaber hos terapeuten følelser af håbløshed, vrede og en lyst til at afslutte terapien.

J. har sagt og behandlet mig som ligeså værdiløs som “en orm man kan træde på”, og her har min modoverføring også været en lyst til at afvise. Spørgsmål som “nytter analysen noget?”, “har den nogen værdi?”, “spilder vi ikke blot

tiden?" er under forløbet ofte dukket op. Der har været sessioner, hvor J.s arrogante og provokerende behandling af analytikeren har fremkaldt stærk vrede, impulsen til at slå, men også oplevelsen af, at det var netop den følelse som J. ville fremprovokere hos mig. Hun ville, at vi skulle komme op at slås. Ved hjælp af en indre dialog med erfarne kollegaer, har det dog i sessionen været muligt at reflektere over disse impulser og følelser, og det har givet mening at tænke på dem som projicerede følelser fra det vrede, omsorgssvigtede barn. Analytikeren er container for et barn, som føler sig værdiløs, uden betydning, uden magt til at ændre på en utilfredsstillende, frustrerende og håbløs situation. Det har også hjulpet med til at kunne rumme følelserne af afvisning at tænke på de øjeblikke, hvor J. har vist, at hun også har kærlige følelser og at analytikeren har en betydning. Det er også opmuntrende at høre de rapporter, som kommer fra J.s omverden. Plejefamilie og skole beskriver store forandring af J. efter, at hun er kommet i behandling. Uden for terapirummet er hun social, har mange kammerater, lægger planer for sin fremtid, bekymrer sig for, om hun får gode nok karakterer i skolen til at hun kan realisere sine drømme om uddannelse. Hun er på det seneste også begyndt at kunne tale om og sørge over sin skæbne og døde mor. Hun fremtræder udadtil som en normal, velfungerende pige og er i stand til, uden for terapirummet, at vise at hun er ved at integrere analytikerens evne til at tænke og reflektere og at hendes evne til mentalisering er i udvikling.

Konkluderende

J. havde fået stillet diagnosen "patologisk sorgreaktion" på det børnepsykiatriske ambulatorium, og hendes symptomer blev dermed sat i forbindelse med tabet af moderen. Ifølge Freud (1917) indebærer sorgarbejdet, at den afdøde skal "dekathexeres". Det er et arbejde, som sker gradvist og tager tid. I den første fase sker der en identifikation med den afdøde, og tabet benægtes. Men realiteterne fortæller noget andet, nemlig at den afdøde ikke eksisterer mere. Ego'et bliver stillet over for spørgsmålet, om det skal dele skæbne med den afdøde eller om det kan overtales af summen af den narcissistiske tilfredsstillelse som stammer fra glæden ved at være i live. Det sidste kræver, at man opløser de bånd, som man har til den afdøde. Udtrykt i Freuds terminologi vil man kunne sige, at da moderen døde, følte J. sig ikke overtalt af "summen af den narcissistiske tilfredsstillelse som stammer fra glæden ved at være i livet", og hun kunne derfor ikke dekatheksere sin døde mor. Hun identificerede sig med sin døde mor og kunne derfor ikke nyde, være glad og tage del i livet. Ligesom hun gjorde sig ligeglad med sin mor, var hun det med sin krop, og behandlede

de behov som stammede fra kroppen som nogle, hun enten skulle bekæmpe eller ikke tage sig af. Hun blev ét med sin døde mor.

Klein (1940) mente, at der er en tæt forbindelse mellem den realitetstestning, som udgør det normale sorgarbejde og arbejdet i den "depressive position". I den depressive position erkender vi adskilthed fra, afhængighed af det gode objekt samt hvordan egen aggressivitet kan skade objektet. Det vækker følelser af omsorg og behov for at reparere objektet. På samme måde i sorgarbejdet, hvor man skal erkende og acceptere døden som et faktum og mærker alle de kærlige følelser, der er i forhold til den afdøde, og skyldfølelserne over de hadefulde. I den depressive position oplever vi, at vi selv er skyld i tabet af det gode objekt pga. de grådige og destruktive fantasier, som vi retter mod det, og følelsen er, at alle "gode objekter" er gået tabt. På samme måde i sorgarbejdet er følelsen, at alt godt er forsvundet og at man selv er skyld i det onde, som er sket.

For at komme igennem arbejdet både i den depressive position og i sorgarbejdet er det nødvendigt at kunne støtte sig til indre gode objekter. Et barn uden tilfredsstillende relationer har ikke samme mulighed for at foretage denne indre realitetstestning. J. har haft opvækstvilkår, som ikke har indeholdt tilstrækkeligt med gode oplevelser i den ydre virkelighed til at kunne give en overbevisende tillid til egen og andres godhed. Hun havde ikke fået den "gode mentale næring", som et barn har brug for og resultatet var derfor udviklingen af en patologisk forsvarsorganisation, som forhindrede hende i at møde depressiv angst og arbejde sig igennem sorgen efter moderens død.

Steiner (1993) deler den depressive position i to underafdelinger: dels *angsten* for at miste objektet og dels *oplevelsen* af virkelig at miste det. Han siger, at når sorgarbejdet starter med en fase, hvor man identificerer sig med den afdøde, er det en måde at benægte separationen og en måde at sikre sig, at subjekt og objekt er uløseligt forbundne. Den sørgende føler, at tabet må benægtes, ellers vil den sørgende også dø. Men sorgarbejdet er et paradoks og kræver, at den sørgende tager afsked med den døde samtidig med, at man er overbevist om ikke at overleve. Det var dette paradoks og den sorg, som hører sammen med det, som J. ikke var i stand til at møde, og hun kunne derfor ikke gennemføre sorgarbejdet som ville have ført til erkendelsen af adskilthed og separation.

Kendetegnende for terapier af personer med en patologisk personlighedsorganisation er, at forandringer sker meget langsomt. O'Shaugnessy (1981) har beskrevet en 12 år lang psykoanalyse af en patient, hvor hun arbejdede med stor tålmodighed, og først efter 8 års arbejde begyndte den patologiske organisation at vige, og der skete en udvikling, som også viste sig inde i terapirum-

met. Det var gennem analytikerens evne til at rumme patientens projektioner, bearbejde dem og omdanne dem til tanker som kunne tænkes, at denne forandring fandt sted. Et omsorgssvigtet barn har brug for en analytiker/container i lang tid for at kunne udvikle tilstrækkelig tillid til at det bliver i stand til at turde blive bevidst om sine afhængighedsbehov og turde nærme sig den voksne med sin længsel efter accept og hengivenhed. J. har foreløbig gået 2½ år i psykoanalyse og der er stadig lang vej at gå, inden hun har udviklet tillid til det gode i verden og dermed bliver i stand til at mærke og acceptere sine behov for kærlighed og omsorg og dermed også evner at møde depressiv angst.

Litteratur:

- Bion, W. (1959): "Attacks on linking". In *Second Thought* (1967), London: Karnac Books.
- Bion, W. (1962): "A theory of thinking". In *Second Thought* (1967). London: Karnac Books.
- Bion, W.R. (1962): *Learning from Experience*, London: Heinemann.
- Boston, M. (1983): "Technical problems in therapy". In Boston, M. & Szur, R. (ed) (1983): *Psychotherapy with Severely Deprived Children*, London: Karnac Books.
- Britton, R.S. (1978): "The deprived child". *The Practitioner*, 221: 373-78.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London and New York: Tavistoch/Routledge.
- Fonagy, P et al (2004) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. London: Karnac Books.
- Freud S. (1917): *Mourning and Melancholia*. S.E..14.
- Hoxter, S. (1983): "Some feelings aroused in working with severely deprived children". In Boston, M. & Szur, R. (ed.) (1983): *Psychotherapy with Severely Deprived Children*, London: Karnac Books.
- Klein, M. (1940): "Mourning and its relation to manic-depressive states." In *Love, Guilt and Reparation*. P. 344-369, Vigaro Press Lmt. 1988.
- Lanyado, M. (1985): "Surviving trauma: dilemmas in the psychotherapy of traumatised children", *British Journal of Psychotherapy* 2(1): 50-62.
- Meltzer, D. (1967) *The Psychoanalytical Process*. Perthshire : Clunie Press.
- O'Shaughnessy, E. (1981): "A clinical study of a defensive organisation." *International Journal of Psychoanalysis*, 62:359-369
- Steiner J. (1993) *Psychic retreats*. London: Routledge.

Abstract

Gudrun Bodin: On containing loss and deprivation – a recount of a child psychoanalysis

The outset for this paper is psychoanalysis of a neglected and deprived girl. She was ten years old when she started psychoanalysis four sessions a week. The girl had reacted with a pathological grief reaction when her mother died of liver insufficiency as a conse-

quence of alcohol abuse. The paper describes how this girl was looking for a container to get help to contain feelings belonging to loss and deprivation. Neglect, deprivation and traumatisation will result in a complex distortion of personal development. The paper describes the pathological organisation of this girl's personality, how she defended herself by omnipotence, communicated by projective identification and used the analyst to evacuate unbearable feelings. When meaningful contact with the analyst was experienced too threatening, she hid herself physically and mentally and withdrew into a psychic retreat. The paper also describe the development of the girl during 2 ½ years of analysis, as well as the counter transference feelings of the analyst while working with a severely deprived child.

Kraften i det gruppeterapeutiske rum i tider med fred og krig

Matrix, 2009; 3, 350-367

Robi Friedman

Oversat og redigeret af Tove Mathiesen og Peter Ramsing

Artiklen er i to dele. I den første del beskrives erfaringer fra anvendelsen af gruppeterapi i krigstid. Gruppen og individerne anvender andre faktorer for tilpasning og udvikling i krigstid end i fredstid. Disse faktorer: benægten, solidaritet og anerkendelse, samt rummende roller kan have en helende funktion. Gruppelederens funktion er først og fremmest at containe og "holde" gruppen. Gruppelederen skal afstå fra at tolke i krigstid. Det er vigtigere med støtte og genkendelse af problemer og anerkendelse af stærke sider.

I den anden del af artiklen beskrives et forløb, hvor forfatteren sammen med andre professionelle israelere mødtes med en gruppe professionelle palæstinensere i et forsøg på at oprette en dialog som et fredeligt alternativ til konflikten mellem de to grupper. Denne vanskelige proces med skyld, paranoide-skizoide positioner og offer-forfølger roller beskrives. Det påpeges, hvor vigtigt det er at have øje for transgenerationelle traumer. Brug af en drøm og drømmefortælling blev katalyserende for processen og gav adgang til ubevidste positioner og aspekter af det transgenerationelle traume.

Robi Friedman, Clinical psychologist and Supervisor, Group analyst, Individual, couple and group therapist, University of Haifa, Haifa 31905, Israel. E-mail: robifriedman@gmail.com

Del 1

Grupperes evne til containing og holding: intern og ekstern gen- nemarbejdning af problemer i grupper under stress

Introduktion

En kinesisk forbandelse lyder: "Gid du må leve i begivenhedsrige tider". Jeg bor i et land, hvor det meste af tiden er "begivenhedsrige" tider. En del af os har kæmpet i ikke en, ikke to, men i et antal krige. I hele regionen har gensidig aggression og forfølgelse forårsaget uafbrudt lidelse i de sidste hundrede år. For en tid siden var jeg væk i en måned. Til min overraskelse og i modsætning til min sædvanlige erfaring var der ikke sket noget dramatisk i Israel gennem disse fire uger, ingen selvmordsbomber, kun nogle ikke-dræbende raketangreb sydpå, ingen kidnapning osv. Jeg vil foreslå, at vi som terapeuter gør brug af nogle af vores erfaringer fra disse ulykkelige og usædvanlige omstændigheder til at forstå, hvordan grupper fungerer i ekstreme situationer. I det følgende vil jeg skrive om et forløb i krigen, sommeren 2006 og vanskelighederne ved at gennemføre en dialog under en konflikt, som jeg har oplevet det i forhold til Palæstinensere.

Civilbefolkningens psykiske overlevelse i krig

Jeg har tre kontinuerlige terapigrupper: en gruppe to gange om ugen, en én gang om ugen og en gruppe med arabiske patienter to gange om måneden. De er alle slow open-grupper, som jeg har arbejdet med i mange år. Den måde, de fungerede på under krigen, har hjulpet mig til at forstå det meste af det, jeg vil beskrive. Jeg er taknemmelig for denne viden, som ikke havde været mulig at opnå uden gruppens vilje til at dele med hinanden.

At forstå disse ekstreme situationer kan blive en udfordring, som nogle af os bliver nødt til at møde i fremtiden: civilbefolkningen må forbedre sin evne til at klare sig i krigslignende situationer, og måske kan vi blive i stand til at overføre den opsamlede viden til mindre belastede, men stadig vigtige rum for vækst.

Hvordan overlever det normale individ, hans familie og hans omgivende gruppe, når de bliver det moderne mål for terrorisme og aggression? Denne sociale og politiske virkelighed eksisterede allerede i forrige århundrede, hvor oprørende grusomheder fandt sted i Auschwitz og Bergen Belsen, i skyttegravene ved Verdun, i London, Dresden og Hiroshima, i Rwanda og Nigeria. Disse

Kraften i det gruppeterapeutiske rum i tider med fred og krig

processer finder fortsat sted i dag i Mostar og Bagdad. Spørgsmålet er, hvad der er nødvendigt for at individet kan overleve psykisk. I Israel er dette spørgsmål særdeles aktuelt, da 2 millioner indbyggere både jøder og arabere (for første gang) blev udsat for 5000 raketangreb sommeren 2006.

Jeg vil først og fremmest beskæftige mig med de psykologiske processer, jeg har været vidne til og mindre om politikken bag bombardementerne. I mine nære omgivelser led civilbefolkningen mere end militæret, hvad enten det var under Golfkrigen, hvor der var massive bombardementer af de store byer i Israel med Scud-missiler, eller det gælder den palæstinensiske befolkning i Gaza og på Vestbredden, som konstant lever under forfærdende forhold. Denne gang var det den jødiske og arabiske befolkning i Galilæa, som blev ramt. Den første erfaring var, at de, der blev mindst overraskede, klarede sig langt bedre psykisk end vores arabiske naboer, som havde følelsen af, at de aldrig ville blive angrebet. Araberne led mest, da det var første gang, de blev udsat for ondretede angreb fra Hezbollas raketter.

Den anden erfaring handlede om hemmeligheden bag psykisk overlevelse: At gøre brug af andre, hjælpen fra det omgivende samfund og den gode-nok gruppe. Den hjælpsomme Anden kan nogle gange være en omsorgsfuld næste, nogle gange en familie, at blive inkluderet i en gruppe eller, mere sjældent, en indre figur. For mig er det klart, at det er nødvendigt med en ydre container for at de fleste af os kan overleve psykisk. Den indre container er en sjælden og enestående erfaring, som det f.eks. er beskrevet af Victor Frankl (1979) om hans oplevelser under koncentrationslejrophold. At finde meningen med at leve er efter min oplevelse en social begivenhed, og Frankls meget personlige, intrapsyriske overlevelsestrategi er højst usædvanlig for almindelige dødelige. Dette på trods af det faktum, at vi altid forsøger at klare psykiske vanskeligheder i et første intrapsyriske trin, og at vi altid holder fast i illusionen om, at vi er fuldstændig uafhængige og selvstændige. Jeg vil vende tilbage til dette senere ved diskussionen af forskellen på at drømme og at fortælle drømme. Denne forskel er afgørende vigtig med forskellige og komplementære udviklingstrin.

Helende faktorer i krigstid

I krigstid fremtræder de psykiske processer anderledes på grund af belastningen af containing-funktionen. Der bliver således tale om andre helende faktorer end dem som f. eks. Yalom (1985) har beskrevet i forhold til psykoterapeutisk praksis. Der er tre faktorer, der bidrager afgørende til tilpasning til krigsforhold.

a. Benægten

I krigstid er det vanskeligt at rumme alle de rædselsvækkende informationer. Informationsprocesser må derfor enten ophøre med at informere eller bringe informationer i en form, der kan rummes af individet. Såvel emotionel som kognitiv information bliver hele tiden bearbejdet af bevidste og ubevidste tankeprocesser. Det er f.eks. vores "drømmeliv", der hjælper os til at fordøje og integrere nyheden om fundet af 40 lig med afhuggede hoveder i Afghanistan, en Shiit der sprænger sig selv i luften i en Sunni-helligdom, billeder af døde børn ved et angreb på en jernbane i Pakistan eller et gasangreb på Tokios Undergrundsbane. Vores "sociale ubevidste" er konstant travlt optaget af at gennemarbejde vores følelsesmæssige reaktioner på den ubærlige lidelse hos ofrene og deres nærmeste. Når det handler om at bearbejde indtryk, som "går lige ind", kan vores indre "safe space" eller ubevidste gennemarbejdningskapacitet overskrides og overbebyrdes. Når grænsen er nået i det første, selvstændige skridt af bearbejdning, kan der være brug for andre, grupper eller personer i et andet trin for bedre at kunne fordøje indtrykkene. Medierne, i funktionen som "den betydningsfulde Anden", må enten filme nyhederne i en mere fordøjelig form eller glemme det meste. Faktisk ignorerer eller benægter vi det meste af Nyhederne. Denne benægten kan nogle gange være en sund reaktion. Krigen i Irak er et godt eksempel, krigen i Afghanistan et endnu bedre. Vi ved næsten intet om disse begivenheder, selv ikke hvor det har betydning, vi vil ikke vide. Vi kunne vide, hvis vi ville; men vi er for længst ophørt med at udsætte os for informationsstrømmen.

To aktuelle eksempler på benægten: Efter krigen forsøgte vi i Israel at arrangere temadage om sommerens begivenheder i tre selskaber inklusive vores eget. Som man kan forstå, er der under henvisning til vores fremtid mange vigtige og relevante erfaringer fra krigen at tage ved lære af. Vi lagde op til diskussion af følgende temaer:

Hvilken proces gennemgår familier, hvis de forbliver i et område under bombardement (vi har indtil nu bølger af tusinder af lidende børn, med posttraumatisk angst osv.)? Hvilken proces gennemgår familier, som forlader området (vi har en stor stigning i konflikter i familier, der har måttet tilpasse sig andre omgivelser og relationer under belastede forhold)? Hvad bør professionelle gøre? Bør en psykoterapeut eller en gruppe analytikere blive i krigszonen eller i det mindste arbejde der, være tilgængelig som container? (Vi fandt, at selvom læger, sygeplejersker og hospitalsansatte fortsatte med at arbejde, var mulighederne for psykoterapeutisk hjælp i krigszonen betydeligt formindskede).

Kraften i det gruppeterapeutiske rum i tider med fred og krig

Det mislykkedes at arrangere en temadag om disse emner. Vi kunne ikke gøre de professionelle i Israel interesserede i de traumatiske processer, som havde fundet sted i nord.

Et andet eksempel blev jeg vidne til i USA: Mange ønsker, at de væbnede styrker forlader Irak. Dette blev også nævnt i storgruppen i en konference jeg deltog i. Sådanne komplicerede positioner bliver altid forstærket af splitting og benægtelsen, og måske skal det ses som et vigtigt forsvar. Venstrefløjens besvær med at nå en "post-ambivalent" tilstand klares ved splitting i de gode og de onde med en tilbøjelighed til at ignorere problematiske holdninger hos Hezbollah eller Shiit- og Sunni-ekstremister. Oplysninger, der går imod denne tilbøjelighed, benægtes. Jeg kommer fra et land, hvor disse forvredne tankemåder er nødvendige for at overleve, og i nogle situationer må deres beskyttende funktion respekteres og understøttes af terapeuten/gruppelederen.

b. Solidaritet og anerkendelse fra de nærmeste – eller hvad er gruppers funktion?

Solidaritet, set som en kontinuerlig interpersonel proces er meget vanskelig at opnå. Forbigående solidaritet opleves ofte; men den synes at ebbe ud ved fravær af personlig motivation for identifikation. Solidaritet er skoleeksemplet på en sådan kraft. Det er ligesom forholdet mellem "objekt-relatering" og "brug af objektet" (Winnicott 1969), at oversætte fantasi og følelse til handling og relation. Selv i et så tæt sammenvævet samfund som Israel oplevede vi i storgrupperne i instituttet efter krigen, hvor vanskeligt det var for deltagerne at sætte ord på deres anerkendelse af ofrene, hvilket er helt nødvendigt for at være solidarisk. Det betyder, at vi kan tolerere at bære den andens lidelse uden at blive så overvældet af den, at vi i sidste ende reagerer med undgåelse. Jeg fandt, at det ofte var nemmere for de unge at containe fortvivelsen, virkeligt at forstå den og reagere på den med håb og kraft. I de små grupper (patientgrupperne) var der en øget evne til at rumme lidelse og at genkende vanskelighederne hos den anden. Interessant nok var der en større evne end i storgruppen i vores institut.

c. At indtage rummende roller

Den store ensomhed, der opleves under belastning, udløser sædvanligvis en længsel efter en rummende figur. Det føles ofte som en trang til en far eller en mor. Der søges efter en forældrefigur, der ikke alene støtter; men også vejleder. Som terapeut indtager vi naturligt forælderrollen; men i krigstider nærer vi selv den samme længsel, og vi har modstridende interesser. Forældrefigurer

forventes resolut at indtage containende og holdende roller. Paradokset er, at accepten af sådanne roller synes at gøre livet nemmere både for forældre- og den "forældre" side. Der etableres et forhold, som opfylder meget stærke gensidige intrasubjektive behov, skaber psykisk overskud og hjælper til psykisk overlevelse.

Manglende containing

I min oplevelse var det største problem stadig marginaliseringen af krigens ofre, og efter min mening er det mange af disse problemer, der stadig dukker op i dag.

Fejlslagne forsøg på at rumme stress, som vi nu ser det i Nord, fører til forskellige patologiske reaktioner. De kan ofte beskrives som forskelle i interpersonelle relationsmønstre, hvilket jeg tidligere har beskrevet (Friedman, 2007). Manglende evne til at containe aggressioner i gruppen, behovet for uselviske helte og deres selviske modparter er nogle eksempler. Jeg definerede f.eks. den anden relationelle forstyrrelse som en stærk følelse af afvisning, der blev acted-out, fordi ingen i gruppen eller samfundet kunne containe eller gennemarbejde en sådan overdosis af aggression. Mange har oplevet stor smerte, stærk angst og faktiske farer uden at have mistet nogen nærtstående. Men nogle gange kan det at have set en bombe falde i nabolaget eller af og til blot at have set grusomheder på tv, øge risikoen for at blive (sekundært) traumatiseret, når det sker nær ved, hvor man bor. Det største problem er, når folks mindre post-traumer ikke bemærkes, men mødes med en modsatrettet afstandstagende reaktion. Disse mennesker bliver ikke udstødt som syndebukke, men bliver ekskluderet, de bliver marginaliserede. Blandingen af genkendelse, vekslen mellem containende og containede roller og en vis grad af benægten kan beskrives som de krav til god-nok psykisk tilpasning, der tilgodeses i den lille gruppe, og som sikrer psykisk overlevelse.

Gruppelederens funktion i krigstid

Sagen i en nøddeskal er, at gruppelederens holding (jvf. Winnicott 2003) er hans basale og vigtigste funktion. Jeg oplevede mange og modsatrettede ønsker og behov i forhold til gruppen. På den ene side ansvaret for at sikre en kontinuerlig gruppes "safe space", på den anden frygten for deres transport i det hele taget; men også for at de kom til min praksis, og for den eksistentielle sikkerhed under sessionerne. Containing og bearbejdning af følelser er altid

Kraften i det gruppeterapeutiske rum i tider med fred og krig

meget kompliceret. I fredstid har vi som gruppeledere en række dilemmaer: Skal vi tolke eller undlade at tolke? Skal vi tillade gruppeprocessen at fylde det centrale rum eller forsøge at dirigere den? Skal vi stole på og forstærke det intersubjektive møde, verbalt eller non-verbalt eller være i nuet og være med den anden eller arbejde i feltet af deltagerens forhold til autoriteter og ledere? I krigstid har jeg i højere grad end sædvanligt oplevet en bevægelse bort fra indsigt og ind i det mere oplevelsesorienterede. Mange gange har jeg tænkt på Winnicott, når han sagde: "Sædvanligvis tolker jeg, så analysanden bedre kan forstå mine evners begrænsning", og Foulkes, som var endnu stærkere i sin bevægelse bort fra, hvad han kaldte "stikkende" tolkninger, men også når han sagde "Tolkninger starter, hvor analysen ender".

Jeg mener, at gruppelederen skal afstå fra at tolke i krigstid. Det forekommer mig vigtigere med støtte og genkendelse af problemer og anerkendelse af stærke sider. Af de tre grupper, jeg sædvanligvis leder, fortsatte de to med at komme under krigen. Den tredje gruppe, der består af arabiske kvinder fra byer i nord, der omgiver Nazareth, kunne ikke klare det, da det var for vanskeligt at rejse til Haifa. Men de to andre grupper blev ved med at komme, selvom det var farligt at køre og vanskeligt at komme til gruppemøderne. Under krigen påskønnede vi og hjalp hinanden, vi indtog vekslende reciprokke hjælperoller, vi "brugte" hinanden. Det forekommer mig, at den største bedrift var, at ingen i grupperne blev ekskluderet. Vi klarede at undgå marginalisering, og vi undersøgte og styrkede dele af selvet, mens vi diskuterede og ikke kun kritiserede, hvad der er selvisk eller uselvisk. Lederen må give plads til, at gruppedeltagerne kan have et eksistentielt møde, hjælpe hinanden, gøre brug af hinanden og læge hinanden. Som Yehuda Amihai, en israelsk digter, hvis søn Meir Shalev er forfatter, skrev i et digt for mange år siden

"People use each other
As a healing for the pain. They put each other
on their existential wounds,
on eye, on cunt, on mouth and open hand.
They hold each other hard and won't let go"

Amihai, Y. (1986) p. 77-78.

Jeg følte selv et meget stærkt ansvar for gruppen. Min rolle hjalp mig på en måde gennem belastningen og hjalp til at undgå post-traumatisk stress (Friedman 2006). Det at påtage mig de roller der krævedes og reagere på meget ba-

sale/primitive og forsvarsprægede overføringer med min egen mod-overføring og samtidig varetage mine egne behov, krævede mange "muskler". Det er, hvad vi kaldte denne anspændte (men sunde) legeme/sind position: som betød "vi giver ikke efter for angst, vi går ikke i panik, vi vil overleve og dækker os, når der bliver skudt; men vi vil ikke opgive ånden." Men da krigen var ovre, gav "muskel-positionen" en slags sund skizo-paranoid position, som hjalp os gennem krigen, plads for depressionen. Jeg siger "vi", fordi mange af mine venner og kolleger oplevede denne depression 4-6 måneder efter krigen – en tilstand der var for påtrængende at benægte. I dag ser vi det som en sund eller naturlig proces, som vi måtte gennemgå for at genvinde en sund, menneskelig reaktionsevne. Men under krigen hjalp vi ved at støtte patienterne, så de kunne føle, at de kunne tale med andre, som var lige så bange, lige så vrede, med den samme angst og de samme spørgsmål og behov for samvær og genkendelse. I gruppen var der et stort behov for at forbinde sig med og kommunikere med en hel befolkning, som om det var vigtigt at have repræsentanter fra mange forskellige roller. Dette skete i gruppen da en soldat, en ny immigrant, en lærer, en leder af et plejehjem og et angstoffor deltog. Vi talte også om deres behov for en form for magisk beskyttelse fra mig og mit behov for at beskytte dem. Derefter kunne vi tale om deres følelse af at være beskyttede i gruppen, at finde et "safe space" som gav følelsen af ro og håb. I den spidsbelastede periode med bombardementer tilbød et medlem af gruppen frivilligt at hente og bringe et andet medlem, der var så angst, at hun var bange for at gå ud.

Interessant nok angreb den kvinde, som blev hjulpet til at komme til gruppen, den frivillige hjælper efter krigen. Da vi arbejdede med det, blev det klart, at hun var vred på enhver modstand, deltagerne følte mod gruppen og frygtede dens opløsning. Den mest trygge person blev angrebet, fordi det er så vigtigt at føle objektkonstans under belastning. Alt i alt kan jeg sige, at der var et ønske om at møde behovet for at tænke klarere, på en mere formålstjenlig måde, i tider hvor tænkningen blev så befængt med behovet for at forsvare sig mod angst. Ofte var det vigtigt at bruge gruppesessionerne til at tale om dagligdags ting, at lade som om der ikke var nogen krig, at have et "safe space", i hvilket du kan trække vejret og holde en pause. Det, vi kalder "udveksling" i gruppeanalysen, som betyder at tale om det manifesterede og udveksle information og alternative måder at klare realiteten på, blev central.

Del 2

Bearbejdelsen af skyld i samtaler med palæstinensere

Drøm om fred og samtaler med palæstinensere – en personlig beretning om brug af drømme i forløbet af en dialog med fjenden

Krigen i Israel har stået på i fire-fem generationer. Uanset hvilke synspunkter omverdenen måtte have, vil de fleste af dem, jeg møder i mine omgivelser hellere end gerne være fri. Jeg vil overlade vurderingen af vores bevidste følelse af, at vi må kæmpe for ikke at blive presset ud i havet, til kommentatorer og historikere; men hvad enten det er sygeligt eller virkelighed, er det et af hovedvilkårene for vores eksistens. Palæstinenserne og vi deler det samme stykke land, mange overbevisninger, traditioner og religiøse forestillinger, der i mellemtiden har resulteret i denne konflikt. På trods af at der er mange i begge befolkninger, som er overbeviste om, at alt tilhører dem, hvilket efter min mening svarer til, hvad Melanie Klein (1990) kaldte den paranoid-skizoide position, er der andre i en mere depressiv position – hvilket kan ses som en mere moden position. Resultatet, de grusomme begivenheder i anden verdenskrig og Israels krig for uafhængighed for jøder og palæstinensere i 1948 er indlysende overalt. Holocaust havde en enorm indflydelse på kulturen og psykologien blandt jøder, der lever i og uden for Israel. Da jeg voksede op som barn efter anden verdenskrig, sluttede de medlemmer af min familie, der havde været 'heldige' nok til at overleve 'lejrene' i Europa, sig til os. At beskrive deres liv, deres forsøg på at håndtere såvel deres traumatiske fortid som deres nye tilværelse kan forekomme anakronistisk. Men deres bevidste og ubevidste indflydelse på det moderne Israels tænkning og derfor på vores sociale og politiske virkelighed sammen med vores her-og-nu psykiske eksistens i et transgenerationelt traume (Hopper 2003, Volkan 2004, 2006, 2009) er uafviselig. Personligt blev jeg draget mod at lytte til deres hemmelighedsfulde samtaler om begivenheder i lejrene, eller hvad de så, når de blev befriede eller vendte "hjem". Retrospektivt fik deres uophørlige forsøg på at rumme det uforståelige en varig indflydelse på mig. Jeg er ret sikker på, at min nysgerrighed over for psykiske processer er tæt forbundet med det. Generationen, der er blevet påvirket af de overlevende fra begivenhederne i Europa, følte "aldrig igen". Vi ville kæmpe for at forhindre en situation, som den de var i, hvor de blev drevet som lam til slagterbænken. Jeg beskriver vores ambivalente holdning til offerrollen fordi den i allerhøjeste grad føltes af betydning, når den stødte sammen med den palæstinensiske offerrolle: i dialogen var vi to sub-grupper

med en kulturel tradition for at se os selv som ofre på hver vores måde. I modsætning til de ofre, som aldrig virkelig kunne kæmpe imod forfølgerne, indtog vi israelere en helt anden coping og containing-strategi over for eksistentielle, frygtelige farer. Det var bestemt en del af vanskelighederne i dialogen.

Palæstinerne var modstandere af den jødiske statsdannelse i 1948. Nakbah er deres "store tragedie". I stedet for at kæmpe mod Israel i 1948 flygtede millioner af palæstinensere og lever i dag i lejre spredt over hele regionen. Under den sidste krig (2006) påbød Nasrallah, lederen af Hezbollah, de arabiske indbyggere at forlade Haifa, så han kunne bombe frit, en stærk påmindelse om de påbud, der blev givet under krigen i 1948. For første gang svarede de arabiske ledere fra Haifa, at de ikke ville begå den samme fejltagelse, som de gjorde i 1948. De blev, og samme nat faldt en raket i centrum af det arabiske kvarter dræbte to og sårede tohundrede indbyggere.

2. Konflikten mellem os og palæstinerne og Samtalerne

I mangel på et fredeligt alternativ gjorde vi, nogle israelske og palæstinensiske professionelle, et forsøg på at tale med hinanden i årene 2005-06. Dr. Mahmud Sehwal og jeg stod bag dette forsøg, først uden betingelser for at udveksle erfaringer om behandling af traumer; men en dybere motivation var et stort ønske om fred. Vi talte åbent om det andet mål eller håb: at ved at lykkes med at tale med fjenden, kunne vi skabe en vanskelig, men frugtbar dialog. Så fra en meget vanskelig begyndelse, hvor vi ikke engang kunne give hinanden hånden, fandt nogle møder sluttelig sted. Rammen for vores samtaler blev møder af mange timers varighed på et hotel eller andre steder (som Mormon universitetet). Den formelle kontakt blev etableret mellem mig som formand for IAGP (Israeli Association for Group Psychotherapy) og dr. Mahmud Sehwal, lederen af en palæstinensisk institution, CRT (Rehabiliteringscenter for Tortur), som behandlede palæstinensere, der led af traumer. Vi besluttede selv at lede disse samtaler uden eksternt lederskab. Beslutningen var ikke så enkel og ikke uden overvejelser – men vi havde oplevelsen af, at de fleste gode erfaringer med dialog var gjort uden eksternt ledelse af gruppen. Jeg var bestemt meget påvirket af min undersøgelse af Oslo-forhandlerne, som jeg havde talt indgående med (Friedmann 2002). De gjorde brug af en eksternt setting, der blev stillet til rådighed af nordmændene; men havde talt direkte sammen uden lederskab af en eksternt leder. Vi troede på, at det ville være muligt at rumme de stærke følelser, som ville opstå i gruppen, selv. Her kunne det have været modsagt af mit eget maxim, som er, at vi altid har brug for en eksternt containing

Kraften i det gruppeterapeutiske rum i tider med fred og krig

funktion, en partner at gennemarbejde vanskeligheder sammen med, fordi ingen kan rumme mere end sin egen begrænsede kapacitet. Men det rejser spørgsmålet om, hvem vore 'partnere' er.

Partnerne i en gruppedialog

De to grupper var meget forskellige, skønt de forekom ens bestående af professionelle, der arbejdede med traumer. De, palæstinenserne, var seks, 4 kvinder og 2 mænd. Vi var 3 mænd og 2 kvinder. Den første meget store forskel var kønsrollerne. Vores kvinder var meget ordrige og talende professionelle, der stod for mindst halvdelen af vores taletid. På den anden side talte deres kvinder ikke i mere end 10% af den samlede palæstinensiske tidsramme. Måske var det, fordi de med undtagelse af én var yngre. Jeg har altid troet, at kønsforskellene kunne udnyttes positivt, specielt i en konfliktdialog, fordi kvinder ofte er meget bedre til at samarbejde eller se medlidende på den almene lidelse. I modsætning til mænd, der er tilbøjelige til at fokusere mere på det modsætningsfyldte og skubbe positionerne ud i det ekstreme. Jeg syntes, at den kvindelige side havde en stærk indflydelse på forhandlingerne for vores del, i den palæstinensiske sub-gruppe gjorde kvinderne ikke noget indtryk.

Forhindringer

Fra begyndelsen mødte vi mange forhindringer, først var der mange problemer med 'holding': Vi var alle enige om, at det var eksistentielt usikkert for os at tage til Ramallah eller andre palæstinensiske områder, så palæstinenserne var nødt til at få tilladelse til at tage til Israel. De havde brug for tilladelser, som det var meget vanskeligt for os at få og meget krænkende for dem at modtage. Nærkontakten med hæren ved overgangsstederne var en stor kilde til forhindringer. Efter min mening var der tider, hvor denne forhindring var for stor for palæstinenserne, fordi de blev dybt såret over hærens sikkerhedsforanstaltninger, og de 'forskød' deres vrede til os, deres dialogpartnere. Dernæst kunne vi ikke en eneste gang overholde den tidsplan, vi var blevet enige om. Sædvanligvis viste det sig ved et mødes begyndelse, at de ville slutte 2-3 timer, før end vi havde aftalt (skriftligt) for at kunne gå til bøn eller besøge familie, de ikke havde set i lang tid. Det er alt sammen menneskeligt og naturligt; men ofte blev vi vrede og følte os brugt og misbrugt.

På den containende side af processen var der også en masse forhindringer. Relationerne var fulde af følelser og meget vanskelige at rumme, fordi konflik-

ter hele tiden dukkede op uden varsel og følelser af had, misundelse og stærk ophidselse hele tiden forstyrrede processen. Når gruppens holding er vanskelig, når settingen er under pres, så er dens evne til at containe (tilsvarende) svære følelser og sindstilstande automatisk bragt i fare.

Containing af skyld

Det centrale problem, vi stødte på, var bearbejdelsen af skyld, såvel for israelere som for palæstinensere. Evnen til at føle skyld kan ses som en moden evne til at rumme sin egen aggression. Containing af skyld forudsætter, at man har partnere, som er i stand til at udholde nogen grad af skyld. Hvis det kun er den ene part, der føler skyld, specielt hvis den er koblet til skam, kan det blive en kraftfuld begyndelse til modaggression eller beskyldninger for at slippe af med den psykiske smerte, som disse følelser skaber. Fra begyndelsen følte vi os åbent og skjult anklaget af palæstinenserne, som hele tiden indtog rollen som vores ofre. Deres ubarmhertighed i deres anklager og deres ubøjelige og forfølgende følelser, var det gennemgående diskussionstema i vores israelske sub-gruppe. Vi brugte den lange vej hjem fra Jerusalem i et forsøg på at bearbejde vores oplevelser – en meget krævende proces. Efter en af disse dialogdage sov flere af os over 20 timer. Palæstinenserne havde også svært ved at acceptere, at vi var gennemsnitsisraelere på trods af, at de fra begyndelsen var enige i, at den israelske side var en formel og professionel institution (IAGP), og at ingen af siderne skulle tage parti imod regeringerne. Deres tidligere erfaringer var, at de havde haft "samtaler" med venstreorienterede israelske partnere, som sædvanligvis medbringer en stærk identifikation med palæstinenserne. På trods af vores egen politiske overbevisning, som indeholdt stærke venstreorienterede tendenser, var vi ikke i stand til at godtage slogans eller udtalelser, som blev fremsat (som vi oplevede det) hver gang palæstinenserne havde brug for en konflikt. Uden noget varsel kunne de f.eks. beskylde os for f.eks. ikke offentligt at erklære os imod besættelsen af Vestbredden. I vores sub-gruppe tænkte vi, at for dem var den professionelle healing af traumer forbundet med en erfaring af at være ofre samtidigt med at indtage en anklagende position på grund af deres identifikation med ofrene. I den lille gruppe blev det tiltagende svært virkeligt at diskutere følelserne forbundet med terapi af traumatiske lidelser, der var påført af "den anden side", når det for os betød "begge sider", mens det for dem betød "israelerne".

Bearbejdelse af skyld

Gruppen var splittet. I tilbageblik oplevede vi israelere bevidst og ubevidst vanskeligheder ved at klare vores egen skyld. Samtidigt med at vi bearbejdede den, følte vi, at vi også skulle klare deres del af skyld. De evakuerede deres skyld ind i os i fraværet af evnen til at gennemarbejde deres følelse af at være skyldige. Det var en akavet situation, muren var endnu ikke bygget, og vi havde dagligt selvmordsbombere, der eksploderende i vores busser. På trods af angrebene på israelske familier, som var forsamlede på restauranter, var de ikke villige til at opgive deres eneret på offerrollen, samtidigt med at de videregav deres følelse af skyld til os. Mens vi forstod deres lidelser under den militære besættelse, tænkte vi sandelig også som sub-gruppe, at palæstinenserne delvis tog denne lidelse på sig. I lyset af det transgenerationelle traume, jeg har beskrevet tidligere, var det endnu vanskeligere at acceptere deres holdning og vores egen skyld. Vi var ikke opdraget til det. Desuden gjorde den israelske civilbefolkningens lidelser under de begyndende forsøg på tilbagetrækning også et stærkt indtryk på os – men blev ignoreret af den palæstinensiske side eller i det mindste ikke anerkendt tilsvarende. Vi følte, at selv en anerkendelse af de israelske forsøg på at forbedre situationen, truede dem, ved at gøre hovedstrategien, som var at monopolisere offerrollen, svagere. Det har fået mig til at mene, at den optimale etiske position i krig er at give en ordentlig plads til skyldfølelser.

I den israelske sub-gruppe nåede vi til den konklusion, at vi måtte bearbejde skylden alene; man kan sige, at der kun var monologer i rummet uden noget virkeligt held med at indgå i en gensidig mere moden dialog og samtale om dette (Schlapobersky, 1993). Vi kom til den konklusion, at der ikke ville blive en fortsættelse af mødet, hvis vi ikke kunne klare vores egne bevidste og ubevidste reaktioner. Først og fremmest havde vi et ønske om at fortsætte samtalen, fordi vi opnåede en enorm erfaring. For os var det desuden forsøget på ikke at opgive drømmen, det åbnede også døren til hele den ignorerede verden, som vores naboer levede i. Vi kunne heller ikke holde op med at længes efter en dialog eller vores nysgerrighed efter palæstinenserne tilgang til at arbejde med traumer. Sidst men ikke mindst: vi kunne vældigt godt lide nogle af den anden sides deltagere.

Den personlige og gruppens proces i gennemarbejdningen af skyld

I disse ekstremt pressede grupper må hver enkelt nogle gange finde sin egen løsning på de problemer, der opstår. Interessant nok hørte jeg et foredrag af Ornstein (2004) på den sidste AGAP-kongres, hvor hun talte om overlevelsesstrategier under Holocaust efter at have årtiers erfaringer med denne slags patienter foruden selv at have oplevet traumerne. Det bekræftede min følelse af, at selv i en gruppe under pres må der også være en individuel trang til at finde sine egne løsninger. I denne tid med dialogen med palæstinenserne, konsulterede jeg nogle professionelle venner og søgte hjælp foruden de diskussioner, der var i sub-gruppen. Det var meget interessant og trist at se, at disse supervisionskonsultationer var stærkt farvede af rådgiverens politiske holdning. I mange måneder var der intet som hjalp mig til at forstå min holdning. Da var det, at to drømme kom mig til hjælp. Faktisk drømte jeg en drøm, der minde mig om den første drøm, som jeg drømte for mange år siden efter en konference, der blev holdt i Nazareth mellem israelere og tyske psykoanalytikere.

Den første drøm:

Jeg er med en ven til konferencen. To tyske deltagere nærmer sig mig sammen med en af mine onkler. Alle tre kommer til mig og siger: "Vi ønsker, at du skal glemme og tilgive os". Og jeg siger til min ven "men de er nazister, vi vil aldrig tilgive dem" ... så var det, som om de undslap eller distancerede sig til et fjernt sted.

Denne onkel var en tysk jøde, som vendte tilbage til Tyskland næsten 30 år efter, han havde undsluppet Naziregimet. På trods af at han var blevet berøvet enhver lovlig frihed til at leve og arbejde i Tyskland i før-krigsårene, følte han, at han kun kunne vende tilbage til Berlin, den by hvor han plejede at leve og føle sig hjemme i. Selvom jeg elskede og beundrede ham og havde været vidne til hans kulturelle og sprogmæssige vanskeligheder i et emigrationsland, havde jeg meget vanskeligt ved at acceptere, at han vendte tilbage til Tyskland.

Dengang hjalp drømmen mig til at gennemarbejde nogle af mine egne relationer til tyskere, min opfattelse af dem og af alle, som jeg kalder "nazister". Nogle af de holdninger og fastlåste roller, jeg havde til tyskere, ændrede sig radikalt efter denne drøm.

En anden drøm som kom til

Nogle dage efter en stor konflikt med palæstinenserne, hvor de stoppede al dialog, havde jeg følgende drøm:

Min onkel kommer til syne i et møblement i mit arbejdsrum i mit hjem og ønsker noget uklart fra mig. Jeg vågner med stor angst.

Min første tanke var en øjeblikkelig indsigt, hvor jeg huskede den første drøm og umiddelbart fik forståelsen "Jeg er en nazist". Det var et meget vanskeligt øjeblik for mig. Selv om jeg har et venskabeligt forhold til mine drømme, blev jeg dybt såret. Kognitivt og følelsesmæssigt gik det endelig op for mig, at jeg/vi er palæstinenserne nazister, og at vi måske vil være det for altid. På en mærkelig måde beroligede denne indsigt mig; men i dagevis følte jeg både smerte og desillusion ved at leve med accepten af situationen. I processen med at gennemarbejde min skyld, følte det, som om jeg måtte gennemleve disse følelser i fuldt endog overdrevent omfang for at kunne slutte fred med dem. Først senere forstod jeg, hvor meget min tænkning og handlen var forbundet med vanskeligheden ved eller rettere umuligheden af at containe denne form for skyld for os israelere. Jeg havde oplevet at gen-eje skyldfølelser for mig selv, og mens jeg gjorde det – formentlig for hele sub-gruppen. Først langt senere gendandt jeg evnen til at tænke, begrebsliggøre og forklare, hvordan jeg håndterer skyld. Jeg tror, at den israelske side forstod, at vi aldrig vil blive tilgivet af palæstinenserne – vi må opgive håbet om syndsforladelse. At være palæstinenserne nazister er en fuldstændig politisk ukorrekt betegnelse; men vi må leve med den. Det vil gøre os mere menneskelige at føle selv en uproportionel stor skyld i stedet for at stikke hovederne i sandet og konstant prøve at befri os selv for byrden af vores ansvar.

Hvis den fuldstændige indre og ydre containende cirkel omfatter tilbageleveringen af det fordøjede til den anden, så mislykkedes det delvis. Samtalerne med palæstinenserne blev ensidigt afsluttet kort efter. De ændrede aldrig deres holdning til deres egen skyld, og jeg er ked af at sige, at i min oplevelse, er de end ikke nær ved psykologisk virkelig at acceptere deres del i volden (ikke politisk, men menneskeligt).

De tre anvendelser af drømme og det transformerende aspekt ved at fortælle drømme

Så hvorfor fortæller jeg denne drøm? For det første er vi nødt til at fortælle drømme for at afdække vores ubevidste processer, sådan som de er repræsenterede i drømme. At fortælle drømme er den centrale akse for to intersubjektive, interpersonelle interaktioner, som jeg har kaldt: et krav om containing og et ønske om indflydelse. At drømme og at fortælle drømme er meget forskellige processer. At drømme er en privat, autonom proces forbundet med yderst truende og ophidsende følelser. At fortælle drømme er en social begivenhed og kan placere tilhøreren i en position for intersubjektiv, interpersonel gennemarbejdning og gensvar.

Man kan beskrive tre anvendelser af drømme. I al korthed: Man kan bruge en drøm til at opnå information, f.eks. Freuds metode: At se på jeg'ets modenhed, dets position i den Ødipale konflikt, overføringen til terapeuten eller gruppens sociale situation. "Social Dreaming" bruger f.eks. drømme til at diagnosticere et samfund eller en organisation. Dette er den informative anvendelse, anvende drømmen til fortolkninger, der prøver at forstå drømmerens psyke dybere. Så er der en formativ anvendelse af at fortælle drømme – den bruger fortalte drømme til at bevidne en fragmenteret eller umoden psyke som led i fortsat at strukturere drømmerens psyke. Den tredje brug af drømme er den transformative/ transformerende brug i hvilken en drøm ofte bliver fortalt for at bevæge tilhørerne i en bestemt følelsesmæssig retning. Hvis jeg fortæller en drøm, vil jeg sædvanligvis have brug for andre som vidner til at hjælpe med at bearbejde følelser og øve indflydelse på relationen til dem.

Min opfattelse er, at vi ikke kun gennearbejder problemer for os selv, men også for vores partnere eller vores patienter og omvendt. Denne meget interessante proces er kun mulig på grund af vores psykes gennemtrængelighed. I nære forhold er "intrapsykiske" og "interpersonelle" grænser udvisket nogle gange fuldstændigt væk. Mens den autonome funktion ved at drømme udgør et første, indre skridt i at fordøje problemer, kan det gøres færdigt ved evt. at fortælle drømmen som et andet, interpersonelt skridt. Denne intersubjektive – nogle gange gensidige, sædvanligvis asymmetriske, containende proces er særlig kraftfuld i den lille gruppe, hvis vi kan finde og skabe gensidigt responderende partnere. At mødes en gang om ugen eller under meget intensive forhold gør projektiv identifikation og andre intersubjektive fænomener meget aktive. På Haifa universitet (Friedmann 2006) er der lavet meget forskning om at fortælle drømme, den har kastet lys over kønsforskelle og fortælling af

drømme i familien. Hvor der er en container, fortælles der drømme og grundlægges en interpersonel uddybelse.

Min drøm opfyldte den funktion at flytte den israelske side til en mere bearbejdet position for vores skyld, men indeholdt også ønsket om at øve indflydelse på den anden side. Fortælling af drømme har den funktion, at den forandrer forholdet til tilhørerne; den søger efter interpersonel, intersubjektiv indflydelse. Så ligesom det sker med enhver drøm, jeg hører fra patienterne i gruppen, spørger jeg mig selv: med hvilket formål blev den husket og fortalt? Jeg ser altid efter fremtiden, efter hvad der sker med relationerne, efter at drømmen er fortalt. Jeg tror, funktionen af denne drøm var at kommunikere meddelelsen om, at vi er villige til at acceptere en masse skyld også for dem, og at det er muligt at fortsætte vores konfliktdialog. Jeg tror på mange unikke måder, at alle israelere i sub-gruppen gennemarbejdede deres skyld – men selv om vores dialog som tidligere beskrevet fik en trist afslutning, hjalp den os i forholdet til vores næste dialogpartner. Den palæstinensiske CRT-gruppe afsluttede både dialogen og aflyste deres deltagelse i IAGP's sidste kongres. Vi havde en aftale om, at de ville deltage i en kongres, som vores sammenslutning for gruppe-psykoterapi (som jeg var formand for på det tidspunkt) organiserede i Tel Aviv. Hovedformålet var at få en professionel udveksling om vores behandling af traumer. To uger før de gav besked om, at de ikke ville komme til kongressen, sendte de deres foredrag, så vi kunne offentliggøre deres deltagelse. Måske blev de truet af deres egne som så mange gange tidligere. Den bearbejdning af skyldfølelser, jeg og den israelske gruppe havde gennemgået efter at have mødt den palæstinensiske elendighed og deres bebrejdelser og min egen gennemarbejdning af min personlige del i deres frygtelige skæbne, blev ikke fuldført i denne gruppe.

Vi gav ikke op, og i dialogen med en anden gruppe palæstinensere har vi opnået nogen fremgang, og omkring 40 af dem deltog i IMAGINE kongressen i Tel Aviv i 2006.

Litteraturliste

- Amichai, Y. (1986) *Love Poems, A Bilingual Edition*, Schocken, Israel.
- Frankl, Viktor (1979) *Psykologi og Eksistens*. København: Gyldendals Uglebøger.
- Friedman, R. (2002). Becoming partners – Partnership as a potential relational development. *Forum*, Vol.10, number 1.
- Friedman, R (2006) The dream narrative as an interpersonal event – research results. (<http://www.funzionegamma.edu/inglese/currentnumber/friedman.asp>)
- Friedman R. (2006) Thoughts about therapy in Wartime – why is the group still coming? *Contexts*, November.

- Friedman, R. (2007) Where to look? Supervising Group Analysis – A Relations Disorder Perspective. *Group Analysis*, Vol. 40(2): 251-268, Sage.
- Hopper, E. (2003) In cohesion: aggregation/massification; the fourth basic assumption in the unconscious life of groups and group-like social systems. In R.M. Lipgar and M. Pines (ed.s), *Building on Bion: Roots*, London: International library of Group Analysis 20, Jessica Kingsley Publishers.
- Klein M. (1990). *Misundelse og taknemmelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ornstein, A. (2004) *My mothers Eye's: Holocaust memories of a young girl*. Emmis Books.
- Schlapobersky, J. (1993). The language of the group: monologue, dialogue and discourse in group analysis. In D. Brown & L. Zinkin (Eds.), *The psyche and the social world: Developments in group-analytic theory* (pp. 211 – 231). London: Routledge.
- Volkan, V. D. (2004). *Blind Trust: Large Groups and Their Leaders in Times of Crisis and Terror*. Charlottesville, VA: Pitchstone Publishing.
- Volkan, V. D. (2006). *Killing in the Name of Identity: A Study of Bloody Conflicts*. Charlottesville, VA: Pitchstone Publishing.
- Volkan, V. D. (2009). The next chapter: Consequences of societal trauma. In *Memory, Narrative and Forgiveness: Perspectives of the Unfinished Journeys of the Past*, eds. P. Gobo-do-Madikizela and C. van der Merve, pp. 1-26. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing.
- Winnicott, D.W. (1969). The use of an object. *Int. J. Psycho-Anal.* 50, p. 711-716.
- Winnicott, D.W. (2003) *Leg og Virkelighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Yalom, I. D. (1985). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. U.S. America: Basic Books.
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychoanal.* 34, p. 89-97.

Abstract

Robi Friedman: The power of the grouptherapy space in times of peace and war
The article is in two parts. Part one describes the use of group psychotherapy in times of war. The group and the individuals use other factors for adaption in times of war than in times of peace. These factors: Denial, solidarity and recognition and containing roles can have a curative function. The group conductor must first of all contain and hold the group. He/she must focus on support and recognition of problems and resources rather than interpretation.

Part two describes how the author and other professional Israelis meet with professional Palestinians to develop a dialogue as a peaceful alternative to the conflict between the two groups. This difficult process contained guilt, paranoid-schizoid positions and victim-perpetrator roles. The importance of noticing transgenerational traumas is highlighted. A dream and dream telling became part of the containing process for unconscious positions and aspects of the transgenerational trauma.

Boganmeldelse

Does “this book tell me more about penguins than I want to know”?

Freud og det sociale

Redigeret af Kirsten Hyldgaard og René Rasmussen
Forlaget Drift, 2007.

Matrix 2009; 3, 368-372

Anmeldelse og overvejelser af Hanne Larsson og Randi Luggin

At blive bedt om at skrive en anmeldelse af en bog, opdage at man langtfra forstår, hvad der står i bogen – og så alligevel blive tændt på opgaven – er lidt af et dilemma. I stedet for at opgive og afvise opgaven har vi valgt at omdefinere den til at delagtiggøre bogens forfattere og andre, der måtte have interesse heri, i de overvejelser, vi har gjort os gennem læsning, undren og diskussion.

Freud og det sociale er ifølge bogens forord blevet til “... i et samarbejde mellem Klinisk Lacaniansk

Arbejdsgruppe (KLAG) og Forskningsprogrammet i Socialanalytisk Samtidsdiagnose ved Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet.” På et seminar i 2006 med samme titel som bogen blev “... først og fremmest filosofiske og sociologiske problemstillinger i tilknytning til psykoanalysen ... diskuteret.” Et af de spørgsmål, bogen vil belyse, er, “hvordan Freud og psykoanalysen kan bidrage til forståelse af det sociale”. Dette belyses ifølge bagsideteksten af litterater, filosoffer, sociologer og klinikere –

Hanne Larsson er Cand.psych. aut., specialist og supervisor i psykoterapi og børnepsykologi. Selvstændig psykologvirksomhed. Bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Psykoanalytisk Psykoterapi.

Randi Luggin er speciallæge i psykiatri, Psykiatrisk Center Amager. Specialist og supervisor i psykoterapi, formand for Dansk Psykiatrisk Selskabs psykoterapiudvalg.

uden at det dog i bogen oplyses om, hvem der bærer hvilke titler, hvilke sammenhænge, de arbejder i eller andre oplysninger om den kontekst, de enkelte forfattere skriver i. På denne måde forekommer bogen skrevet til en snæver inderkreds, der har denne viden i forvejen.

Psykoanalysen repræsenteres af Freud, Lacan og franske efterfølgere til sidstnævnte, hvorimod der intet sted inddrages andre udviklinger efter Freud. Dette giver et meget snævert perspektiv i forhold til bogens mål, hvad det psykoanalytiske angår. På det sociologiske område synes den teoretiske baggrund umiddelbart fornuftigt opdateret. Dette fungerer som helhed, hvis målet er at belyse Freuds (og Lacans) bidrag til forståelse af det sociale, men ikke hvis målet er en forståelse af det sociale som sådan. Bogen indeholder mange spændende og nutidige sociale/sociologiske problemstillinger, hvoriblandt kan nævnes Minoritetstænkning, der behandles af Lillian Munk Rösing, Traumepolitik ved Carsten Bagge Laustsen og Narkomani ved Ole Bjerg. Der er også meget filosofiske og teoritunge tekster, som er svært tilgængelige uden forhåndskendskab på området. Især den indledende artikel af Jacques-Alain Miller: *En fantasi*, måtte vi begge give op overfor – dog vakte den alligevel vores nysgerrighed.

Vi har svært ved at anmelde ind-

holdet i de enkelte artikler på deres egne præmisser, hvorfor vi undlader dette og i stedet forsøger at udvide perspektiv og forståelse ved at pege på andre psykoanalytiske tilgange til det grundlæggende spørgsmål: "Hvordan kan Freud og psykoanalysen bidrage til forståelse af det sociale?" Vi vil gøre det ved at forholde os til nogle af de grundstandpunkter, bogens forord angiver som udgangspunkt for teksterne.

Det drejer sig om følgende påstande:

1. overføring – forudsætter en singular relation til den anden
2. sociale bånd – findes kun i kraft af talen
3. psykoanalysen er en diskursanalyse og retter sig mod det sociale.

Vi vil forholde os til disse standpunkter ved at referere til andre forfattere og deres forståelse af det sociale: S. H. Foulkes og gruppeanalysen, E. Hopper angående det socialt ubevidste og til W. Bions og C. Bollas' begreber om førsproglige mentale tilstande. Desuden inddrages nyere udviklingspsykologisk forskning og afslutningsvis vil vi pege på den britiske Organisation for Promoting Understanding of Society (OPUS) og den tyrkisk-amerikanske psykiater og psykoanalytiker V. Volkans arbejde med krigs- og konfliktforskning og mæglingssarbejde.

Gruppenanalysen blev grundlagt af S.H. Foulkes, der som tysk jøde flygtede til England og under krigen bl.a. deltog i "the Northfield experiment" med en anderledes (gruppebaseret) behandling af krigstraumatiserede soldater. Han havde en baggrund i dels psykoanalysen, dels sociologien, hvor han i Frankfurt havde samarbejdet med bl.a. Norbert Elias. I sit indledende arbejde (1948) skriver han direkte, at "the group is the best tool to operate on man's innermost structure", og at gruppedeltagerne kollektivt konstituerer den norm, som de individuelt afviger fra. Gruppenanalysen er efterhånden udbredt, dels som terapiform, men også som forståelsesramme for organisatoriske og samfundsmæssige processer.

Den amerikansk/britiske sociolog/psykoanalytiker/gruppenanalytiker Earl Hopper advarer i sin bog *The Social Unconscious* (2003) mod ukritisk at sammenblende de psykologiske og de sociologiske forklaringslag. Han skriver: "... social facts can only be explained by other social facts. Social facts cannot be explained in terms of psychic facts, especially when it is believed that psychic facts come mainly from organismic facts. Although social facts are completely intertwined with psychic facts, we need to examine the relationships among these

realms or levels or components of human reality, and not mix them together indiscriminately". Denne sammenblanding er vel nærmest uundgåelig, når man bruger Freuds driftsteori som forklaringsmodel, og giver i bedste fald en beskrivelse af, hvad der foregår i individet, hvorimod f.eks. interesseforskelle, magtforhold og andre sociale faktorer undslipper som forklaringslementer.

Findes sociale bånd kun i kraft af talen? Fra psykoanalytisk side har Wilfred Bion (Bion 1962, s. 7-9 og Armstrong 2005, s. 10-28) fremsat tanker om den emotionelle oplevelse som grundlag for al tænkning, og Christopher Bollas (1987) har introduceret begrebet "the unthought known". Begge teoretikere prøver hermed at indfange det mentale fænomen, at vi kan vide noget, vi ikke ved i form af tanke-mæssig eller sproglig erkendelse, men som en følelse, en anelse, noget ubeskriveligt. Det kan dreje sig om tilstande før sprogets udvikling hos barnet eller om oplevelser i sin gryen med mulighed for transformation til billede, tanke eller sprog.

Kan sådanne tilstande kommunikeres? Ja, det mener gruppenanalytikerne i høj grad at have erfaring for, og at det udtrykkes gennem gruppens MATRIX og beskrives ved de

forskellige ubevidste lag i kommunikationen. Armstrong (2005) skriver således "... there is an awareness of emotional experience in the group, on the part of its members separately and corporately, that is unfocused and inchoate. It may not be possible to put this awareness into words, and it may betray itself rather in behaviour and the phenomena that psychoanalysts refer to as "acting out" (side 20-21). Det skulle være tydeligt, at der her er basis for at skabe sociale bånd uden tale.

Kommunikationen mellem mor og spædbarn er førsproglig, og den emotionelle kommunikation beskrives af mange psykoanalytikere ved hjælp af begrebet projektiv identifikation. Hele tilknytningsteorien handler om de sociale bånd, der skabes mellem mor og barn, også før sproget er tilgængeligt for barnet.

De senere årtiers spædbarns- og neurobiologiske forskning har undersøgt kontakt, kommunikation og tilknytning mellem mor og barn og dennes effekt på barnets neurologiske og mentale udvikling empirisk og beskriver og dokumenterer herigennem, hvorledes individets indre mentale verden opstår og udvikles i samspil med verden udenfor, m.a.o. hvorledes individerne socialt, kulturelt, emotionelt og kognitivt i både sin funktion og sit

indhold er uadskilligt forbundne i funktion og udvikling, men netop ikke replica af hinanden eller af noget, der kan kaldes det sociale, uafhængigt af individerne. Det sociale udgøres af individerne og skabes gennem den bevidste og ubevidste kommunikation og mentalisering, dvs. bevidstheden om mentale tilstande hos selv og andre, som deres gensidigt forbundne indre verden giver mulighed for. Peter Fonagy (2006) beskriver mentalisering som "... mostly preconscious imaginative mental activity, namely, perceiving and interpreting human behaviour in terms of mental states (e.g. needs, desires, feelings, beliefs, goals, purposes, and reasons". Med andre ord, det vi forestiller os, der er i den andens bevidsthed, er en del af vores eget forståelses- og handlegrundlag. Kan man ikke kalde det et socialt bånd?

Vamik Volkan har i flere bøger (1997, 2004) beskæftiget sig med storgruppefænomener og deres betydning for krig og konflikt. Én af hans pointer er, at uforløst sorg over et "chosen trauma" kan videreføres i et folk i mange generationer og levere brændstof til nye konflikter. Volkan har gennem praktisk arbejde, både på græsrodsniveau og i regeringskomiteer, demonstreret, at psykoanalytisk indsigt kan overføres til konkret konfliktløsning.

Sidder nogen med en undren over titlen på dette indlæg? Den er hentet hos David Armstrong fra hans bog "Organization in the mind" (2005, s. 23) og er en lille piges anmeldelse af en bog om pingviner. Vi tænkte, at frygten for at få en erkendelse, man hellere er foruden, også kan være baggrund for, at vi begrænser os i vort kendskab til andres fagområder. Der er selvfølgelig rationelle grunde som tid, arbejdskapacitet o.lign., men sikkert også irrationelle. Vi har prøvet at bekæmpe det ved at give os i kast med *Freud og det sociale*, og håber andre vil gøre det samme ved at give sig i kast med det, vi præsenterer her.

Foruden den nævnte litteratur henledes opmærksomheden på OPUS, an Organisation for Promoting Understanding of Society. Organisationen udgiver tidsskriftet "Organisational and Social Dynamics" og der afholdes konferencer over temaet. Hvert år i januar holdes verden over på samme dato "Lytteposter", hvor sociale dyna-

mikker, bevidste og ubevidste, undersøges af en gruppe borgere. Der arbejdes på et grundlag, der integrerer psykoanalytisk systemteori og grupperelationsperspektivet.

Litteratur

- Armstrong, D. (2005) *Organization in the Mind*. Karnac. London.
- Bion, W.R. (1962) *Learning from Experience*. (reprint 1984). Karnac. London.
- Bollas, C. (1987) *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought Known*. Free Association Books. London.
- Foulkes, S.H. (1948) *Introduction to Group-analytic Therapy*. (reprint 1983). Karnac. London.
- Fonagy, P. (2006) *The Mentalization-focused Approach to Social Development*. I: Allen, J. G. and Fonagy, P. *Handbook of Mentalization-based Treatment*. Wiley. England.
- Hopper, E. (2003) *The Social Unconscious*. Kingsley. London.
- Volkan, V. (2004) *Blind Trust. Large Groups and Their Leaders in times of Crisis and Terror*. Pitchstone Publishing, Charlottesville, Virginia.
- Volkan, V. (1997) *Blood Lines*. Farrar, Straus & Giroux. New York.
- www.opus.org.uk