

Indholdsfortegnelse

Helge Holgersen: redaktionelt	190
Signe Holm Pedersen: Mentaliseringsbegrebet og dets arv fra Freuds begreb om binding. Teoretisk sammenfald eller grundlæggende forskellige subjektoplevelser?	192
Solveig Lønberg Birkeland: En komparativ eksplorerende studie av metakognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi belyst med kliniske vignetter	218

Bog anmeldelser

Anders Zachrisson: <i>René Rasmussen: Psykoanalyse – et videnskabsteoretisk perspektiv</i>	243
Claus Wegge: <i>Lotte Hvas, John Brodersen og Birgitta Hovelius (red.): Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? Refleksioner fra almen praksis</i>	246
Ulrik Haahr: <i>Anette Graversen: Billedsprog – fortællinger i ord og billeder, en genvej til sindet</i>	249

Table of contents

Signe Holm Pedersen: The concept of mentalization and the heritage from Freud's concept of binding. Theoretic similarity or fundamentally different concepts of subjectivity?	192
Solveig Lønberg Birkeland: A comparative and exploratory study of metacognitive therapy and mentalization-based therapy by use of clinical illustrations	218
3 Book reviews	243

Redaksjonelt

I dette nummeret av Matrix presenteres leseren for to omfattende teoretiske artikler som begge på ulike måter, og gjennom ulike sammenstillinger, drøfter aspekter ved teorien om fenomenet mentalisering, samt hvordan en forståelse av dette fenomenet kan omsettes i terapeutisk praksis, slik teorien i første rekke er presentert av Peter Fonagy med kollegaer.

I den første artikkelen, skrevet av Signe Holm Pedersen, drøftes mentaliseringsbegrepet i forhold til Freuds begrep om binding. Holm Pedersen fremsetter her påstanden at Fonagy sin henvisning til begrepet om binding innebærer en kategorifeil, da samme ord ikke nødvendigvis betyr det samme innenfor ulike teoribygninger. Holm Pedersen gir en fylldig og stringent redegjørelse for sin lesning av tilknytningsteori som noe fundamentalt annet enn psykoanalyse og mener, at Fonagy med sin tilknytningsbaserte teori presser en positivistisk tilnærming over psykoanalysen. På denne bakgrunn søker hun å vise, at Freuds begrep om binding viser til et annet fenomen enn det fenomenet, som berøres av Fonagys begrep om mentalisering. Sterke ord, sterke påstander, men også derfor leseverdige og tankevekkende.

En kan selvfølgelig stille spørsmål ved den psykoanalytiske tradisjons vedvarende interesse for en tilbakevending til Freud, og til domsfellelser over hva som er, og hva som ikke er, psykoanalyse. Styrken i Holm Pedersens artikkel er imidlertid, at hun teoretisk redegjør for, hvordan Freud og Fonagy kan leses for å beskrive ulike fenomener. Klarhet på fenomen-nivå er etter Matrix sitt syn etterstrebellesverdige, for enhver forsker og psykoterapeut.

Den andre artikkelen, skrevet av Solveig Lønberg Birkeland, drøfter mentaliseringsteori på en annen måte. Artikkelen er en komparativ studie av mentaliseringsteori og metakognitiv teori, med hensyn til patologiutvikling, terapeutiske intervensjoner, virksomme mekanismer og utfall av behandling. Artikkelen gir en redegjørelse for, hvordan teoretiske komparative undersøkelser av psykoterapi kan gjennomføres, samtidig som leseren gis mulighet, gjennom teoretisk drøfting og kliniske vignetter, til å se, hvordan disse relativt nye tilnærmingene tidvis overlapper og avviker fra hverandre. Artikkelens styrke er, at den trenger bak betegnelser som kognitiv terapi og psykoanalyse, og fastholder, at det er viktigere, "hvordan barnet er, enn hva vi måtte velge å kalle

det“. Om en slik tilnærming virker forvirrende på vår plassering av, og forståelse for, oss selv i terapeutiske båser, er det opp til leseren å bedømme.

Nummeret avrundes med tre bokanmeldelser, som på ulik måte rammer inn våre artikler. Anders Zachrisson anmelder René Rasmussens *Psykoanalyse – et videnskapsteoretisk perspektiv*. Bokas tematikk omhandler nettopp de grensdragninger mellom psykoanalyse og andre terapeutretninger, som Holm Pedersen i sin artikkel begrunner teoretisk.

Claus Wegge anmelder boka *Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?* redigert av Lotte Hvas, John Brodersen og Birgitta Hovelius. Den provoserende tittelen berører alle, som har ønske om å helbrede. Kan vår opptatthet av sunnhet, helse, forebygging og unngåelse av lidelse, så som kolesterolnivå og korrekt gjennomførte skilsmisser, bidra til lidelse i seg selv.

Til sist anmeldes boken *Billedsprog – fortællinger i ord og billeder, en genvej til sindet*, skrevet av Anette Gravensen fra Psykiatrisk afdeling Middelfart. Den handler primært om en bestemt billedterapeutisk metode, men gir også en presentasjon av de kreative terapier, som tidligere hadde større plass innenfor psykisk helsevern. Boka minner oss om den etiske fordringen det er å “nå fram” til pasienten, og at det ofte innebærer terapeutisk kreativitet og mot, noe som ikke er garantert gjennom bruk av en terapimanual. “En velskrevet lille bog som vækker eftertanke,” skriver vår anmelder Ulrik Haahr.

Helge Holgersen

Mentaliseringsbegrebet og dets arv fra Freuds begreb om binding. Teoretisk sammenfald eller grundlæggende forskellige subjektoplevelser?

Matrix, 2011; 3, 192-217

Signe Holm Pedersen

Artiklen undersøger og diskuterer forskelle og ligheder mellem mentaliseringsbegrebet og Freuds bindingsbegreb. Begrebet mentalisering, som betegner en evne til at forholde sig reflektivt til egne og andres mentale tilstande, har inden for de sidste fem-ti år vundet en central placering i klinisk psykologiske teoridannelser. Dets ophavsmænd Fonagy et al. forsøger imidlertid ikke at tage patent på begrebet, men peger på, at en række teoretikere har understreget betydningen af en refleksiv funktion. Alle disse begreber kan ifølge Fonagygruppen føres tilbage til Freuds begreb om binding. På baggrund af en udlægning af det oprindelige bindingsbegreb hos Freud ønskes det i denne artikel at tydeliggøre den grundlæggende forskel på Freuds og Fonagys subjektoplevelse.

Tilknytningsteori og epistemologi

Fonagygruppens mentaliseringsteori præsenteres som et forsøg på at sammentænke eller forlige psykoanalyse og tilknytningsteori. Ifølge Fonagy bygger den årelange strid mellem psykoanalyse og tilknytningsteori i højere

Signe Holm Pedersen, cand.psych., ph.d., psykoanalytisk psykoterapeut, ansat som post doc. i Center for Psykoanalyse, Institut for Psykologi, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 2a, 1353 Kbh. K. E-mail: signe.holm@psy.ku.dk

grad på misforståelser, end på egentlig grundlæggende divergerende syn på det psykiske (Fonagy, 2006, p. 170 ff.). Således understreger Fonagy, at tilknytnings-teori og psykoanalyse har en del teoretiske konstruktioner og begreber tilfælles. Eksempelvis skriver han, at begrebet om en refleksiv funktion (som er opstået i tilknytningsteorien), "allerede (er) til stede i Freuds (1911) begreb Bindung eller binding" (Fonagy, 2006, p. 181). I samklang med den tyske psykoanalytiker Siegfried Zepf vil det imidlertid i indeværende artikel blive påpeget, at teoretisk viden ikke er indeholdt i et enkelt begreb, men i begrebets indlejring med andre begreber (Zepf, 2006). Det samme begreb anvendt i teorier med forskellig teoretisk ramme har ikke nødvendigvis samme betydning. Fonagy begår derfor en kategorifejl (Ryle, 1990, p. 20), når han mener, at det, at begreber "passer sammen", er ensbetydende med, at psykoanalyse og tilknytningsteori går hånd i hånd.

Tilknytningsteoriens fader John Bowlby var først og fremmest empiriker. Hans mål var at gøre psykoanalysen empirisk verificerbar (Buhl-Nielsen, 2006). Dette mål skulle nås ved at bygge psykoanalysen op omkring observerbar adfærd. Bowlby mente således, at videnskabelighed alene kunne baseres på hypoteser, deduktive forudsigelser og test (Bowlby, 1974, p. 9). I tråd med dette forkastede han eksplicit Freuds dynamiske og økonomiske synsvinkel (ibid., p. 14) og opbyggede en model af det psykiske bestående af biologisk baserede adfærdsmæssige kontrolsystemer. Fonagy (2006) og andre (Main, 1994) påpeger, at det tilknytningsteoretiske "adfærdssubjekt" i senere tilknytningsteoretisk litteratur har hævet sig "op til" et repræsentationelt niveau, og at dette repræsentationelle niveau består af en blanding af perception af ydre fakta og indre fantasi (Fonagy, 2006). Den fonagyske mentaliseringsteori kan eksempelvis siges at give det bowlbyske *adfærdssubjekt* en *psykologisk* overbygning. Hos Fonagy er tilknytning således ikke et udviklingsmål i sig selv. Den nære tilknytning til omsorgspersonen har derimod den funktion at sikre, at barnet via den tætte kontakt med omsorgspersonen, udvikler en forståelse for mentale tilstande både i sig selv og i andre. Ligeledes menes dette "spring til et repræsentationelt niveau" at kunne ses i forskellen på Ainsworth Strange Situation-test (Ainsworth et al. 1978), der indplacerer børn i tilknytningskategorier ud fra deres (*adfærdsmæssige*) reaktion på adskillelse fra omsorgspersonen, og Kaplans og Mains Adult Attachment Interview (AAI, Kaplan & Main 1996), der fokuserer på de indre *repræsentationer* af tilknytningsfigurerne. Imidlertid fremgår det adfærdsmæssige fokus stadig tydeligt af AAI, der scores, ikke ud fra *hvad* respondenterne siger, men *hvordan* de siger det.

Nyere tilknytningsteori er loyal over for Bowlbys basale præmis om, at viden

alene opnås gennem observation. Det grundlæggende fokus på de observerbare eller målelige (før) bevidste lag af det psykiske videreføres således af nutidige tilknytningsteoretikere som en grundstamme i tilknytningsteoriens epistemologi (Zepf, 2006)¹. Fonagy presser derfor med sit tilknytningsteoretiske projekt en empirisk positivistisk tankegang ned over psykoanalysen, hvorved det overses, at de to teoridannelser på trods af mulig begrebmæssigt overlap er opbygget af kvalitativt forskellige "grundelementer". I det følgende vil det blive illustreret, hvordan det oprindelige freudske begreb om binding, der ifølge Freud er noget, der opstår som et svar på en indre fantasi, med Fonagys tilknytningsbaserede mentaliseringsbegreb beskrives at opstå i forhold til den ydre realitet. De to begreber beskriver derfor egentlig ikke det samme fænomen, hvorfor det bliver teoretisk forkert at pege på et indholdsmæssigt overlap mellem mentalisering og binding. Via en undersøgelse af forbindelsen eller manglen på samme mellem Freuds begreb om binding og det fonagyske mentaliseringsbegreb vil denne artikel tydeliggøre den grundlæggende forskel på Freuds og Fonagys subjektopfattelse.

Fonagys redegørelse for Freuds bindingsbegreb

Mentalisering defineres som evnen til at opfatte sig selv og andre som værende motiverede af indre mentale tilstande. Det er en automatisk og oftest ikke bevidst procedure, som bliver brugt til at fortolke menneskelig handling, hvorved egen og andres adfærd bliver meningsfuld og forudsigelig (Fonagy et al., 1998). Mentaliseringsevnen er ikke til stede ved fødslen, men udvikles i et refleksivt samspil med de primære omsorgspersoner. Fonagy et al. påpeger således, at det spæde barn ikke er i stand til at *differentiere* eller *kategorisere* egne følelser, men kun kan *være i dem*.

Barnet beskrives i begyndelsen at fungere i den såkaldte "psykiske ækvivalens" modus, hvor indre og ydre opleves som værende lig med hinanden – og hvor den indre verden oftest tilpasses den ydre realitet. I løbet af det andet leveår udvikler barnet den såkaldte "som om"-modus. I denne tilgang kan barnet skelne mellem ydre og indre realitet, men det kræver, at der er en fuldstændig adskillelse af de to sfærer – som illustreret i legens rammesættende forhandling (Fonagy et al., 2002). Ved hjælp af omsorgspersonens markerede

1. Zepf påpeger således, at Bowlby snarere end at være forud for sin tid står for en tilbageskridende bevægelse til den akademiske præ-freud psykologi, der begrænsede psykologi til, hvad der var bevidst, og betragtede alt ubevidst som tilhørende biologien (Zepf, 2006).

spejlinger af barnets indre tilstande integreres de to modusser, og barnet udvikler en forståelse for, at indre og ydre er forbundne, men ikke lig med hinanden. Barnet "overtager" lidt forenklet omsorgspersonens spejlinger og udvikler på baggrund af disse et sekundært repræsentationssystem over egne indre tilstande. Med opnåelsen af evnen til at repræsentere egne og andres sindstilstande bliver barnet i stand til at regulere eller modificere affekt. Barnet har udviklet en mentaliseringsevne. Den færdigudviklede evne til at forholde sig til sig selv og andre som motiverede af mentale tilstande såsom tanker og følelser er kontekstafhængig og kan ikke nødvendigvis opretholdes af alle i alle sammenhænge. Mentaliseringsevnen vil især vise sig i nære tilknytningssammenhænge og i forhold til traumatiske begivenheder (Bateman og Fonagy, 2004).

Fonagygruppen tager ikke patent på begrebet mentalisering. Tværtimod gør de flittigt opmærksom på, at andre teoretikere har arbejdet og udviklet begreber, der er (delvist) overlappende med mentaliseringsbegrebet. Inden for psykoanalysen er mentaliseringsevnen blevet beskrevet under forskellige betegnelser. Alle disse formuleringer kan ifølge Fonagy et al. føres tilbage til Freuds begreb om binding (tysk Bindung). Freuds begreb binding præsenteres af Fonagygruppen på følgende måde:

In his distinction between primary and secondary processes, Freud (1911b) stressed both that "Bindung" was a qualitative change from a physical (immediate) to a psychic associative quality of linking and that the psychic working out or representing of internal state of affairs (conceived of in energetic terms) failed in various ways (Freud, 1914c)² (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002, p. 28).

Hvad forstår vi ved Freuds begreb binding og dets relation til mentaliseringsbegrebet ud fra Fonagygruppens præsentation af begrebet? Af første del af sætningen: "In his distinction between primary and secondary processes ..." fremgår det, at begrebet binding har at gøre med begreberne primær- og sekundærprocesser, og i og med at Fonagy et al. bruger ordet "distinction", at binding-begrebet placerer sig *mellem* primær- og sekundærprocesserne, eller måske kun er knyttet til én af disse to processtyper. I næste del af sætningen:

2. Denne formulering er i øvrigt en næsten ordret gengivelse af Fonagy et al.'s præsentation af begrebet binding i Reflective-Functioning-manualen fra 1998 (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998, p. 5).

“... Freud (1911b) stressed both that “Bindung” was a qualitative change from a physical (immediate) to a psychic associative quality of linking ...”, pointeres det, at begrebet introducerer en *udvikling* eller *forandring* fra en umiddelbar fysisk til en psykisk associativ måde at forbinde eller “linke” på, uden at det dog præciseres, *hvad* det er, der forbindes, og *hvordan* denne forbindings-proces foregår. Yderligere efterlader denne formulering læseren med en fornemmelse af, at binding *både* er noget, der markerer en overgang eller forandring, *men også*, at der eksisterer en eller anden form for forbindelse, binding eller linking både *før og efter* denne overgang. Sætningen indikerer altså, at binding både er midlet, der forandrer, men samtidig eksisterer før og efter denne forandring, og *er* det, der forandres. Det vil jeg komme tilbage til senere. Sidste del af sætningen: “... and that the psychic working out or representing of internal state of affairs (conceived of in energetic terms) failed in various ways (Freud, 1914c)”, afslører, at binding må have noget at gøre med evnen til at repræsentere, og at Freud mente, at denne evne kom til kort på forskellig måde (igen specificeres det ikke på hvilke måder, evnen til at repræsentere ifølge Freud slog fejl).

Alt i alt må vi ud fra Fonagygruppens formulering forstå, at binding er knyttet til overgangen fra primær- til sekundærprocesser og samtidig, at der (måske) eksisterer en form for binding før og efter denne overgang. Yderligere er vi blevet oplyst om, at begrebet ifølge Freud forbindes med evnen til at repræsentere indre tilstande, men at denne evne slår fejl.

Freud-forskerne Andkjær Olsen, Kjær og Køppe (1976, p. 12ff.) mener at kunne identificere tre niveauer i Freuds metapsykologi. Disse niveauer udgøres af det fysisk-biologiske niveau, de psykiske kvantiteters niveau og de subjektive kvaliteters niveau. På *det fysisk-biologiske niveau* beskæftiger Freud sig med den biologiske organisme og studerer psykiske fænomener bestemt som neurofysiologiske processer. På *de psykiske kvantiteters niveau* beskæftiger Freud sig med de forestillingsdynamiske processer og opererer med en fiktiv psykisk model, som udelukkende omfatter ubevidste processer. Endelig beskriver Freud på *de subjektive kvaliteters niveau*, hvordan de driftsstyrede processer tilskrives en kvalitet (lyst eller ulyst) i perceptions- og bevidsthedssystemet. Dette niveau beskæftiger sig med andre ord med det bevidste niveau af det psykiske (Andkjær Olsen, Kjær og Køppe, 1976, p. 12ff).

Metapsykologisk kan vi ud fra Fonagy et al.’s formulering udlede, at bindingsbegrebet er knyttet til Freuds økonomiske synsvinkel i og med, at der henvises til energibegrebet, samt med betegnelserne primær- og sekundærprocesser til den dynamiske synsvinkel – altså til læren om (forskydning) af affekter eller psykiske energier mellem forestillinger eller instanser i det psykiske

apparat (Andkjær Olsen og Køppe, 1987, p. 342). Yderligere peger begreberne primær- og sekundærprocesser samt energibegrebet på, at vi med Andkjærs, Kjærs og Køppes terminologi befinder os på niveauet for de psykiske kvantiteter, altså på det niveau, hvor Freud beskæftiger sig med ubevidste processer.

Ud over at Fonagygruppen som nævnt mener, at mentaliseringsbegrebet ud-springer af Freuds begreb om binding, ekspliciteres det ikke nærmere, hvordan bindingsbegrebet relaterer sig til mentalisering. Således er de fire citerede linjer alt, hvad Fonagy et al. siger om bindingsbegrebet. Det er derfor op til læseren at trække forbindelser mellem Freuds og Fonagys begreb. Det umiddelbart mest slående fællespunkt mellem mentaliseringsbegrebet og Fonagygruppens præsentation af Freuds begreb om binding knytter sig til sekundærprocesserne. Med opnåelse af evnen til mentalisering kan barnet forholde sig (refleksivt) eller repræsentere indre tilstande, hvor det før kun kunne *være i eller reagere* på disse indre tilstande. Samtidig implicerer mentaliseringsevnen en forståelse for relationen mellem indre og ydre realitet – altså en form for realitetstestning. Det er derfor let at forestille sig, at Fonagy et al. mener, at mentaliseringsevnen (og dermed opnåelse af et sekundært repræsentationssystem) udgør en skillelinje mellem primær- og sekundærprocesser.

Matchet mellem mentaliseringsbegrebet og Freuds begreb om binding efterlader dog allerede på dette punkt i vores detektivarbejde nogle spørgsmål: På det konkrete plan har vi ikke fundet svar på, hvorfor Fonagygruppen (måske) peger på, at binding både er midlet til forandring og det, der forandres. På et metapsykologisk plan ser det yderligere ud til, at mentaliseringsbegrebet og Fonagy et al.'s præsentation af Freuds bindingsbegreb beskrives ud fra forskellige niveauer og synsvinkler af det psykiske. Som nævnt kan Freuds bindingsbegreb, som det præsenteres af Fonagy og kolleger ovenfor, placeres på niveauet for de psykiske kvantiteter (det deskriptive ubevidste) og ud fra den økonomiske og dynamiske synsvinkel. Fonagy lægger derimod selv i sin teori om mentalisering afstand til Freuds driftsteori (Bateman & Fonagy, 2006). Dermed nedtoner Fonagy – ligesom Bowlby – både Freuds økonomiske (med energibegrebet) – og dynamiske (forskydning af *energi* mellem forestillinger) synsvinkel. Samtidig opgraderer Fonagy betydningen af det bevidste niveau af det psykiske på bekostning af det ubevidste (ibid.). I forhold til Andkjærs, Kjærs og Køppes tre niveauer bevæger mentaliseringsteorien sig derfor primært på de subjektive *kvaliteters* niveau.

Af ovenstående er fremgået, at Fonagygruppens præsentation af Freuds begreb om binding er noget vag og upræcis. For at indkredse, hvad Fonagygruppen mener, at forbindelsen er mellem mentaliseringsbegrebet og bindingsbe-

grebet, vil vi i det følgende undersøge de Freud-tekster, Fonagy henviser til. Men inden vi gør det, vil vi konsultere opslagsværkerne *The Language of Psychoanalysis* og *Psykodynamisk Leksikon* for at få en fornemmelse af, hvad vi skal lede efter i Freuds tekster. Laplanche og Pontalis' redegørelse i *The Language of Psychoanalysis* tydeliggør, hvor komplekst et begreb binding er, og deres gennemgang kræver et vist forhåndskendskab til begrebet. Lad os derfor lægge ud med at konsultere det danske *Psykodynamisk Leksikon* for en mere entydig beskrivelse og derefter supplere med *The Language of Psychoanalysis*.

Under opslaget *Fri energi – bunden energi* skriver Andkjær Olsen, at Freud opererede med to former for psykisk energi: fri og bunden energi. Udviklingsmæssigt er den frie energi dominerende hos det helt lille barn (Andkjær Olsen, 2002, p. 257ff.). Den frie energi følger primærprocesserne og stræber mod umiddelbar udløsning. På grund af gentagne ulysterfaringer som en konsekvens af den uhæmmede primærproces lærer barnet at blokere den umiddelbare udløsning, og resultatet er, at der opstår et reservoir af bunden energi i jeget. Den bundne energi følger sekundærprocessen og står til rådighed for jeget til udførelse af langsigtede handlingsforløb. Videre skriver Ole Andkjær Olsen, at den proces, hvormed den frie energi bindes, kaldes *binding*, og det påpeges, at bindingsmekanismen er selvforstærkende i den forstand, at jo stærkere jeget er, jo bedre er det til at underlægge sig, og dermed binde den frie energi. Endelig peger Andkjær Olsen på, at den frie og bundne energi i Freuds terminologi knytter sig til to forskellige driftsgrupper, men at der hos Freud var noget uklarhed om, hvilke drifter der kunne kaldes fri, og hvilke der kunne kaldes bundne (ibid.). Mere om dette senere.

Psykodynamisk Leksikon knytter altså begrebet binding til overgangen mellem primær- og sekundærprocesser og dermed til forskellen mellem fri og bunden energi. Binding er den proces, hvorved primærprocessernes spontane udløsning blokeres, og via bindingen opstår der bunden energi i jeget, som kan anvendes i forhold til mere langsigtede mål. Samtidig skriver Andkjær Olsen, at jo mere energi der er bundet i jeget, jo bedre er det til at binde. Hermed antyder han, at der må være en form for binding, før den binding han beskriver – for bindingen forudsætter et (stærkt) jeg, og dermed allerede bunden energi. Måske er det denne dobbelthed i begrebet, Fonagygruppen hentyder til med formuleringen om, at binding er den proces, hvormed energien overgår fra en *bunden* tilstand til en anden? Laplanche og Pontalis peger i *The Language of Psychoanalysis* under opslaget *Binding* mere eksplicit på, at bindingsbegrebet hos Freud også omfatter en præbindende eller struktursættende funktion, der ligger før primærprocesserne (Laplanche & Pontalis, 1973). Denne præbinding

kommer vi tilbage til under gennemgangen af *Hinsides Lystprincippet*. En sidste vigtig pointe fra *The Language of Psychoanalysis* er, at bindingsbegrebet også omfatter sin modpol: *Entbindung*, "opbinding". Bindingsbegrebet omfatter altså både en hæmning af primærprocesserne og det modsatte: en frigørende eller fritsættende bevægelse fra sekundærprocesserne tilbage til fri bevægelig energi i primærprocesserne (Laplanche & Pontalis, 1973). Mere om dette senere.

De to leksika peger begge på Freud-teksterne *Udkast til en videnskabelig psykologi* fra 1895 og *Hinsides Lystprincippet* fra 1920 som centrale i forbindelse med begreberne binding og fri og bunden energi. Herudover peger Laplanche og Pontalis på *Jeg'et og det'et* fra 1923 og *Psykoanalysen i grundtræk* fra 1940 som vigtige tekster. I *Psykodynamisk Leksikon* henvises der yderligere til *Die Abwehr der Neuropsychosen* fra 1894, *Drifter og driftsskæbner* fra 1915, samt *Det ubevidste* ligeledes fra 1915. Der er imidlertid intet overlap mellem de tekster, som de to leksika udpeger som centrale i forhold til begrebet binding, og de tekster, som Fonagy et al. henviser til. Således peger Fonagy på *Formuleringer om de to principper for psykiske processer* fra 1911 og *Om indførelsen af begrebet narcissisme* fra 1914 som værende de centrale tekster i forhold til Freuds bindingsbegreb (Fonagy et al., 2002, p. 28). I det følgende vil vi undersøge, hvorfor Fonagygruppen peger på netop disse tekster i forbindelse med begrebet binding.

Formuleringer om de to principper for psykiske processer

I *Formuleringer om de to principper for psykiske processer* fra 1911 introducerer Freud for første gang realitetsprincippet (Andkjær Olsen & Køppe, 1987, p. 331). Dette har medført, at denne tekst er blevet kendt som det sted, hvor Freud beskæftiger sig med (forholdet til) realiteten. Som vi vil se i det følgende, tildeler Freud dog realiteten en begrænset placering i teksten.

Mange af de tanker, Freud præsenterer i denne lille artikel, er gentagelser fra kapitel syv i *Drømmetydning* fra 1900. Freud fastslår således, at de primære psykiske processer opererer efter lystprincippet – stræber efter at opnå lyst og undgå ulyst. Han opererer med en oprindelig psykisk hviletilstand og beskriver, hvordan denne dvaletilstand afbrydes af "bydende" indre behov (eksempelvis sult). Som et svar på disse uopfyldte behov opstår tænkningen. Barnet forestiller sig eller hallucinerer det fraværende bryst. Imidlertid slår hallucination i længden ikke til som driftstilfredsstillelse, hvorfor det psykiske apparat tvinges til at begynde at gøre sig forestillinger om, hvordan de reelle forhold er i yderverdenen, for derved at kunne iværksætte (motoriske) ændringer, således at

driftstilfredsstillelse opnås. Dermed er der indført et nyt princip for sjælelig aktivitet, som ikke længere drejer sig om, hvad der er behageligt, men hvad der er reelt. Dette kalder Freud for realitetsprincippet (Freud, 1911).

Videre skriver Freud i "*Formuleringer om*", at med indføringen af realitetsprincippet øges betydningen af de mod yderverdenen rettede sansorganer og af den hertil knyttede bevidsthed. Freud antog, at der oprettedes en opmærksomhedsfunktion, en hukommelse og en upartisk domsfældelse. Domsfældelsen trådte i stedet for fortrængningen, der indtil nu havde udelukket en del af de forestillinger, der dukkede op, fra at blive besat – nemlig de ulystfremkaldende. Domsfældelsen skulle i stedet afgøre om en bestemt forestilling var sand eller falsk, det vil sige, om den var i overensstemmelse med realiteten eller ej, og dette gjorde den gennem sammenligning med realitetens erindringsspor (Freud, 1911). Med realitetsprincippets indføring bliver det nødvendigt at forsinke den motoriske udløsning – altså handlingen. For at begribe, hvordan denne forsinkelse kunne lade sig gøre, indførte Freud begrebet *prøvehandling*. Prøvehandlingen er en handling, der alene udføres i tanker. For at en handling kan gennemføres (prøves) i tanker, kræves det, at en vis energimængde overføres fra fri til *bunden* tilstand (ibid.).

Ifølge Freud bliver ikke alt kognitiv aktivitet underlagt realitetsprincippet (Freud, 1911). Tværtimod beskriver han i teksten, hvordan en form for tankeprocesser – nemlig fantasien fraspaltes og forbliver underlagt lystprincippet. Samtidig påpeger Freud, at erstatningen af lystprincippet med realitetsprincippet ikke sker på én gang: Seksualdrifterne løsner sig fra jegdrifterne. Jegdrifterne bliver herefter hurtigt underlagt realitetsprincippet pga. behovet for selvopretholdelse, men i og med at seksualdrifterne i begyndelsen er autoerotiske er de længe selvforsynende og behøver derfor ikke vende sig mod omverdenen eller den ydre realitet. Videre skriver Freud, at seksualdriftens underlæggelse af realitetsprincippet yderligere udskydes pga. latenstiden, og pointerer han, for nogle mennesker vedbliver seksualdrifterne at være underlagt lystprincippet. Derfor er der ifølge Freud en nærmere relation mellem seksualdrifter og fantasi på den ene side og jegdrifter og bevidsthed på den anden side (ibid.).

Alt i alt er der flere elementer i denne tekst, der kan forklare, hvorfor Fonagygruppen peger på den i forbindelse med begrebet binding: Realitetsprincippets indstiftelse, sekundærprocessernes indtog og bindingen af energi i prøvehandlingen med det formål at undgå den umiddelbare udløsning i handling. Samtidig kan det undre, at Fonagy et al. ikke peger på *Udkast til en videnskabelig psykologi* fra 1895 og *Drømmetydning* fra 1900, som er de tekster, hvori Freud introducerer begreberne primær- og sekundærproces og begrebet binding. Det

kunne derfor virke, som om Fonagygruppen vælger denne tekst, fordi Freud her beskriver, hvordan det psykiske apparat vender sig mod realiteten, idet Fonagys eget begreb om mentalisering i høj grad handler om at tilpasse det indre til det ydre. Yderligere kunne man forestille sig, at Fonagy i et begreb om domsfældelsen ser en parallel til mentaliseringsbegrebet³.

Samtidig med at *Formuleringer om de to principper for psykiske processer* på nogle måder passer med mentaliseringsteorien, er der lige så mange elementer i teksten, der ikke passer med Fonagys teori. Det psykiske apparat, som Freud beskriver i *Formuleringer om de to principper for psykiske processer*, er noget mere bredspektret end den psyke, hvor mentaliseringsevnen er helt central. Samtidig med at Freud beskriver realitetsprincippet, sekundærprocesser, prøvehandlingen etc., understreger han, at store dele af det psykiske apparat ikke er underlagt disse processer. Således vedbliver seksualdriften (længe) at være underlagt lystprincippet, og for fantasiens vedkommende er denne tilknytning bestandig. For Freud er lystprincippet derfor ikke noget, der kun eksisterer før mentaliseringsevnen, men noget der vedbliver at have sit eget selvstændige liv, hvorfor væsentlige dele af det psykiske apparat ifølge Freud fungerer uden om det, som Fonagy kalder mentaliseringsevnen. Freud skriver:

Man må imidlertid aldrig lade sig forlede til at lade realitetsvurderingen gælde de fortrængte psykiske dannelser og måske derved undervurdere fantasiers betydning for symptomdannelsen ud fra det synspunkt, at de netop ikke er virkelige (Freud, 1911, p. 66).

Om indførelsen af begrebet narcissisme

Den anden tekst, Fonagygruppen peger på hos Freud i forbindelse med begrebet binding, er narcissismeafhandlingen fra 1914. Ud fra Fonagy et al.'s formulering ser det ud, som om det han mener at finde i denne tekst illustreres af sidste del af sætningen: ... *and that the psychic working out or representing of internal state of affairs (conceived of in energetic terms) failed in various ways*. Det er

3. Imidlertid er domsfældelsen ifølge Freud ikke en testning af realiteten, som mentaliseringsevnen er i mentaliseringsteorien, men en testning af forholdet til realiteten. Freud beskriver i en tekst fra 1925, hvordan domsfældelsen falder i to trin. Det første trin er fortsat en afgørelse af, om noget er lyst- eller ulystbetonet, og på dette trin af domsfældelsen råder fortrængningen stadigvæk. Det næste trin er den domsfældelse, hvor det afgøres, om noget har realitet. På den måde er fortrængningen en forudsætning for afgørelsen af, hvilke forestillinger der tilkendes realitet (Freud, 1925).

umiddelbart sværere at få øje på, hvorfor Fonagygruppen peger på denne tekst end på "Formuleringer om ...". Teksten refererer ikke eksplicit hverken til binding, fri/bunden energi, primær- eller sekundærprocesser. Det følgende forsøg på at finde en tilknytning til binding (eller mentaliseringsbegrebet) er derfor meget spekulativt. Ligesom i *Formuleringer om* opererer Freud i denne tekst med en opdeling mellem seksualdrift og jegdrift. Denne skelnen kan måske siges at være relevant i forhold til mentaliseringsbegrebet, da Freud hermed har isoleret en driftsgruppe (jegdrifterne eller selvopretholdelsesdrifterne), der ligesom mentaliseringsbegrebet er orienteret mod realiteten. Jegdrifterne bliver som vi læste i *Formuleringer* hurtigt underlagt realitetsprincippet og tilhører, som vi vil komme ind på senere, den bundne energiform. Men jegdrifternes placering i forhold til fri/bunden energi og realitetsprincippet er ikke noget, Freud eksplicit berører i denne tekst. Yderligere opdager Freud i *Om indførelsen af begrebet narcissisme*, at både seksualdrifterne og jegdrifterne er libidinøst besatte, hvorfor der egentlig er tale om den samme driftskategori og ikke en reel modsætning eller konflikt (Freud, 1914). Konsekvensen af denne opdagelse tages først i det tredje metapsykologiske fremstød med indførelsen af en dualisme mellem livs- og dødsdrift – mere om dette senere. Opdelingen af driftslivet i seksualdrift og selvopretholdelsesdrift virker endvidere ikke plausibel som årsag til Fonagy et al.'s henvisning af flere årsager. Dels knytter driftsopdelingen ikke an til Fonagygruppens formulering om teksten *and that the psychic working out or representing of internal state of affairs (conceived of in energetic terms) failed in various ways*, og dels understreger Freud jo netop ved sin dualistiske driftslære, at en del af det psykiske apparat ikke er orienteret mod yderverdenen og realiteten.

Fonagy et al.'s formulering om Freuds tekst kunne måske snarere tyde på, at de peger på forsvaret som en årsag til, at den psykiske repræsentation (forstået som binding af energi) slår fejl. I *Om indførelse af begrebet narcissisme* beskriver Freud, hvordan jegidealet (det, der senere bliver kædet sammen med overjaget) bevirker, at visse forestillinger bliver tilbagevist i forargelse, og derfor ikke kan forblive bevidste (Freud, 1914). Imidlertid virker det underligt, hvis Fonagy et al. skulle mene, at fortrængningens forhindring af bevidste repræsentationer er en hel central karakteristik i forhold til bindingsbegrebet eller mentaliseringsteorien. Henvisningen til narcissismeafhandlingen i forbindelse med bindingsbegrebet er derfor vanskelig at forstå.

Opsummering

Hvad har vi lært om Freuds bindingsbegreb og forbindelsen til mentaliserings-teorien ud fra Fonagygruppens beskrivelse og de Freud tekster, de henviser til? Fonagy et al.'s korte beskrivelse af Freuds bindingsbegreb er noget vag og upræcis, endvidere redegør Fonagy et al. ikke for den teoretiske forbindelse mellem mentaliseringsbegrebet og bindingsbegrebet ud over, at det pointeres, at der er en forbindelse, og at mentaliseringsbegrebet "stammer fra" bindingsbegrebet. Det er altså op til læseren at skabe forbindelsen. Derimod er vi i *The Language of Psychoanalysis* og det danske *Psykodynamisk Leksikon* blevet oplyst om, at begrebet binding har at gøre med sondringen mellem primær- og sekundærprocesser, fri og bunden energi, og at binding er den proces, hvorved energi holdes tilbage fra den umiddelbare driftsudløsning i primærprocessen til i sekundærprocessen at kunne anvendes i forhold til mere langsigtede mål. Hvad angår Fonagygruppens henvisninger, er det ikke entydigt forståeligt, hvorfor de refererer til de tekster, de gør. I forhold til teksten *Om indførelse af begrebet narcissisme*, er det ikke lykkedes at finde en holdbar forklaring på henvisningen. Det er umiddelbart lettere at forstå, hvorfor Fonagy et al. peger på *Formuleringer om*. I denne tekst indfører Freud realitetsprincippet og understreger dermed betydningen af sekundærprocesserne og de mod omverdenen rettede psykiske instanser såsom domsfældelsen, opmærksomheden og bevidstheden.

Bindingsbegrebet hos Freud ser altså ud til at knytte sig til de bevidstheds- og realitetsbetonede dele af det psykiske apparat. Men Freud understreger samtidig, at realitetsprincippet og de mod omverdenen rettede sansorganer kun udgør en lille del af det psykiske, og at en stor del af processerne i det psykiske apparat vedbliver at fungere i det ubevidste og være underlagt seksualdriften og lystprincippet. Med andre ord er de dele af psyken, der har at gøre med bindingsbegrebet indlejret i et psykisk apparat, hvis processer i høj grad er determineret af det ubevidste. Primærprocesser, lystprincippet, seksualdrift og fantasi er således hos Freud noget, der vedbliver at determinere processerne i det psykiske apparat sideløbende med sekundærprocesser, realitetsprincippet, jegdrift og bevidsthed. Fonagy derimod har et langt mere lineært udviklingsbegreb, hvilket bevirker, at de præmentaliserende eksistensmåder forsvinder eller ophører med at være relevante, når først mentaliseringsevnen er opnået (Fonagy, 2008). Den ikke patologiske voksne psyke må derfor ifølge Fonagy placeres *efter* bindingsbegrebet, mens de psykiske processer hos Freud altid alternerer mellem ubundne og bundne tilstande, mellem primær og sekundærprocesser, lyst- og realitetsprincippet.

Det kan undre, at Fonagy overhovedet ønsker at forbinde mentaliseringsbegrebet med bindingsbegrebet, idet de to begreber i forhold til Freuds metapsykologi placerer sig på forskellige niveauer. Freuds bindingsbegreb handler om driftens vej til udløsning og dermed om den økonomiske og dynamiske synsvinkel. Ud fra Fonagys teori kan man imidlertid udlede, at han i tråd med Bowlby ikke er begejstret for Freuds driftsteori og heller ikke ønsker at tildele det dynamiske ubevidste for central en placering (Bateman & Fonagy, 2006). Hvor Freuds teori kan siges at placere sig på niveauet for de psykiske kvantiteter, må Fonagys mentaliseringsteori indplaceres på niveauet for de psykiske kvaliteter – altså bevidsthedsniveauet.

Ud fra vores foreløbige undersøgelse ser det ud til, at mentaliseringsbegrebet med en vis ret kan knyttes til bindingsbegrebet, idet begge begreber vægter jegets mulighed for kontrol over den umiddelbare lystopnåelse eller handle-tendens. Samtidig har vi fundet, at bindingsbegrebet og mentaliseringsbegrebet tildeles meget forskellig betydning og magt i hhv. Freuds psykiske apparat og Fonagys. Freuds bindingsbegreb er imidlertid ikke så simpelt, som det er blevet fremstillet i det ovenstående, og spørgsmålet er, om Fonagys mentaliseringsbegreb overhovedet knytter sig til Freuds begreb om binding. Dette vil vi diskutere ved i det følgende at undersøge nogle af de tekster, som Fonagygruppen *ikke* refererer til.

Begrebet binding hos Freud

Primærprocesser

Freud indførte realitetsprincippet i *Formuleringer om*, men forskellen mellem primær- og sekundærprocesser og dermed bindingsbegrebet introducerede han allerede i *Udkast til en videnskabelig Psykologi* fra 1895 i sin teori om nervesystemet og i *Drømmetydning* fra 1900 i teorien om det psykiske apparat.

I kapitel 7 i *Drømmetydning* beskriver Freud den ønskeopfyldende hallucination som prototypen på al repræsentation (Gammelgaard, 2006b). Teorien om ønskeopfyldende hallucination har vi været inde på ovenfor i forbindelse med gennemgangen af *Formuleringer*. Vi vil derfor ikke gentage den her, men blot udbygge nogle aspekter af teorien. Den ønskeopfyldende hallucination er en forløber for tænkningen. Tænkning eller symbolisering er således i begyndelsen en hallucination af noget fraværende. Primærprocesser eller mobiliteten i den oprindelige besættelse af erindringssporet altså hallucinationen etablerer en *perceptionsidentitet*. Som en konsekvens af nødvendigheden af at vende sig mod den ydre realitet (sekundærproces) lærer det psykiske apparat at *binde*

energi (Freud, 1900). *Prøvehandlingen* udløser små mængder af den bundne energi ved sin tankemæssige afprøvning og afsøgning af realiteten. Det er en forudsætning for sekundærprocesserne, at tænkningen/prøvehandlingen kan besætte erindringer, der ikke er lystbetonede for herved at afprøve muligheden for mere langsigtede mål. Tænkningen *befrier sig derfor i stedse højere grad fra ulystprincippets⁴ dominans ved at indskrænke affektudviklingen ved tankearbejdet til det minimum, der er tilstrækkelig til at virke som signal* (Freud, 1900, p. 471). Med andre ord kan man med tankerne afprøve muligheder uden at mærke andet end antydningen af den affekt, der ellers er forbundet med forestillingen. Med prøvehandlingens binding i tankerne opstår det, som Freud kalder en *tankeidentitet* (Freud, 1900, p. 470).

Teorien om den ønskeopfyldende hallucination som udgangspunkt for tænkning tydeliggør den kvalitative forskel mellem Freuds bindingsbegreb og Fonagys tilknytningsteoretisk baserede mentaliseringsbegreb. Hos Fonagy et al. er udgangspunktet i den såkaldte psykisk ækvivalensmodus, det lille barns *perception* af den ydre verden. Fonagy pointerer med udgangspunkt i empiriske undersøgelser, at spædbarnet modsat Freuds opfattelse er mere orienteret mod det ydre end mod det indre. Således mener han, at det indre – det psykiske i ækvivalensmodus tilpasses det ydre i en sådan grad, at det opleves som værende lig det ydre (Fonagy et al., 2002, p. 260). For Freud er det lige omvendt. Der er udgangspunktet en lukkethed omkring sig selv og en hallucination (om noget fraværende) stammende fra *indre* processer. Det, som bindes hos Freud (i prøvehandlingen), er derfor noget kvalitativt andet end det, der mentaliseres hos Fonagy. De oprindelige processer hos de to teoretikere kan med andre ord slet ikke sammenlignes, hvorfor det ikke giver teoretisk mening at ligestille bindings- og mentaliseringsbegrebet. Teorien om den ønskeopfyldende hallucination understreger yderligere den kvalitative forskel mellem primær- og sekundærprocesser. Primærprocesser hos Freud svarer på bydende indre behov ved at forestille sig det ønskede, mens sekundærprocesser løser behovet i forhold til realiteten. Hos Fonagy er det, som om begge processtyper både opstår og "løses" i forhold til realiteten. Det er derfor måske ikke så underligt, at primærprocesserne i mentaliseringsteorien "bliver væk", når mentaliseringsevnen er opnået, idet de ikke adskiller sig kvalitativt fra sekundærprocesserne. Den danske Freud-forsker Judy Gammelgaard påpeger således, at teorier, der udelukkende tager afsæt i det empirisk observerbare (som tilknytningsteorien) – altså i perception, kommer til at anskue primærprocesserne gennem sekun-

4. Ulystprincippet er det, der senere bliver omdøbt til lystprincippet.

dærprocesserne, hvorved primærprocesser som en kvalitativ anderledes (og nødvendig) forholdemåde forsvinder (Gammelgaard, 2006b).

Fonagy opererer så at sige kun med ét grundstof og kan dermed opbygge en teori, hvor de tidligere faser overlejres, opluges og forsvinder i de mere modne processer. Med Freuds ord kan vi sige, at Fonagys subjekt kun har tankeidentitet, og dermed bliver det tydeligt, at det fonagyske menneske sjældent *er* i sine følelser, men har et konstant distanceret eller hæmmet forhold til egne indre processer. Freud derimod må med sin grundlæggende dualistiske anskuelsesmåde understrege, at begge grundstoffer må og skal vedblive at have betydning. Flere teoretikere har påpeget det nødvendige i en vekselvirkning mellem de realitetsorienterede og de lystorienterede psykiske processer. Sekundærprocesserne skaber stabilitet og orden, mens primærprocesserne sørger for opbrydning og kreativ nytænkning (Ehrenzweig i Gammelgaard 2006b, Rojek, 1995). Laplanche og Pontalis oplyser os i *The Language of Psychoanalysis* om, at Freud med begrebet binding både peger på en stabiliserende eller ordnende funktion, men samtidig med modpolen Entbindung også skitserer en frigørende ditto. Og opløsningen af bindinger (entbindung) er helt central i den psykoanalytiske teknik. Frie associationer sigter således netop på "ubunden" forestillingsvirksomhed (Laplanche & Pontalis, 1973, p. 50). Ligeledes er det analytikerens vigtigste opgave at komme hinsides bindingsprocessen og den manifeste tale for at genfinde den opløsning, som bindingen har dækket over (Green, 1971). Den psykoanalytiske kur vil (og skal) bag om bindingen, bag om det manifeste, bag om sammenhængen og realiteten ind til det oprindeligt fragmenterede subjekt for på basis af opløsningen at kunne skabe en ny og mindre patologiserende binding (ibid.). I mentaliseringsbaseret praksis bevæger man sig derimod altid fremad. Det handler om at blive bedre til at mentalisere, ikke om at komme tilbage til de præmentaliseringer. Uden dualismen mellem primær- og sekundærprocesser, binding og entbinding er det imidlertid svært at forestille sig, hvordan forandring er mulig. Man kan derfor spørge mentaliseringsteorien (og alle terapiformer, der kun har udgangspunkt i én type processer), hvordan den vil udbygge sekundærprocessetænkning (mentaliseringssevnen) ved udelukkende at arbejde på de sekundære processer af det psykiske – hvor skal forandringen komme fra?

Præbinding

Fonagygruppens formulering i *Affektregulering, mentalisering og udviklingen af selvet* (Fonagy et al., 2002) antyder en form for binding, før den binding der markerer overgangen fra primær- til sekundærprocesser. Laplanche og Pontalis

beskriver i *The Language of Psychoanalysis* under opslaget Binding, hvordan Freud i *Udkast til en videnskabelig psykologi* peger på, at bindingen af energi forudsætter etablering af relationer med et allerede besat eller bundet system, som former et hele (Laplanche & Pontalis, 1973). Bindingsprocessen forudsætter altså et på forhånd besat eller bundet jeg, og det er en selvforstærkende proces – jo stærkere, altså jo mere bunden energi dette jeg består af, jo mere energi kan det binde: *Now the ego itself is a mass like this of neurones which hold fast to their cathexis – are, that is, in a bound state; and this, surely, can only happen as a result of the effect they have on one another* (Freud, 1895, p. 368).

Hvilke love adlyder denne binding, der ligger før bindingen? I *Hinsides Lystprincippet* fra 1920 beskæftiger Freud sig igen med ideen om, at det er et allerede tungt besat system, der er i stand til at binde energierne psykisk. Inden vi vender os mod denne svært tilgængelige tekst, er det nødvendigt kort at skitsere udviklingen i Freuds driftsteori – og dermed hans klassificering af den frie og bundne energi.

Driftsteorien

Freuds driftsteori opdeles i tre faser. Indtil 1905 opererer Freud ikke med begrebet drift, men taler i stedet om indre pirringer. I *Tre afhandlinger om seksualteorien* fra 1905 indfører Freud teorien om den infantile seksualitet og bruger termen drift for første gang (Andkjær Olsen & Køppe, 1987, p. 331). Drift defineres som en indre pirring, som i det psykiske omsættes til en repræsentation i form af fantasier, forestillinger eller symboler. Driftens mål er at ophæve pirringen og dermed reducere spændingen. Kvalitativt mente Freud, at denne spændingsreduktion oplevedes som lyst, mens spændingsforøgelse blev oplevet som ulyst (Freud, 1905).

I det andet metapsykologiske fremstød opererer Freud med en modstilling mellem objektrettede seksualdrifter og jegdrifter (selvopretholdelsesdrifter). Denne dualistiske driftslære begrundes han på det biologiske niveau med en modsætning eller konflikt mellem artsopretholdelse og selvopretholdelse (Andkjær Olsen & Køppe, 1987). Med en terminologi lånt fra Breuer skelner Freud samtidig mellem en frit strømmende mod udløsning arbejdende besætning (ubunden) og en statisk besætning i det psykiske system (bunden) (Freud, 1920, p. 40). Seksualdriften betegnes som ubunden, det vil sige stræbende mod en umiddelbar driftsudløsning, mens jegdriftens energi er bundet, således at den kan anvendes i forhold til mere langsigtede mål. Seksualdriften følger således (som også blev understreget i forbindelse med teksten *Formulerin-*

ger) lystprincippet, mens selvopretholdelsesdriften følger realitetsprincippet (ibid.). Med narcissismeafhandlingen bliver det imidlertid tydeligt, at opdelingen i objektrettede seksualdrifter og selvopretholdelsesdrifter ikke holder, idet Freud med narcissismebegrebet må sande, at også jegdrifterne er libidinøst besat (Freud, 1914). Konsekvensen af denne erkendelse kommer imidlertid først med det tredje metapsykologiske fremstød i 1920-25. Freud ser nu det biologiske mål med driften som genoprettelsen af en tidligere tilstand, og at da alt liv oprindeligt har udgangspunkt i en uorganisk tilstand, bliver konsekvensen antagelsen af en dødsdrift (Freud, 1920).

Som modpol til dødsdriften antog Freud en livsdrift, som sikrer de (livs)nødvendige omveje på dødsdriftens vej mod afspænding. Livsdriften står derfor for forplantning og organismens selvopretholdelse. Livsdriften betragtes nu som bestående af bunden energi, mens dødsdriftens energi søger mod hurtigst mulig udløsning (ibid.). Det kan virke modsætningsfyldt, at livsdriften rubriceres som bunden energi, mens (den objektrettede) seksualdrift i det andet metapsykologiske fremstød bestod af fri energi. Teorien om livs- og dødsdrift kan da heller ikke ses som en simpel omskrivning af den tidlige driftslære. Freud har tværtimod brudt de enkelte elementer i jeg- og seksualdrift op og fordelt dem på ny. Således har livsdriften overtaget forplantningsfunktionen fra seksualdriften, mens afspændingen i den seksuelle akt kan tilskrives dødsdriften. Fra jegdrifterne overtager livsdrifterne selvopretholdelsen, mens evnen til destruktivitet overføres til dødsdrifterne. Livsdriften beskrives at adlyde realitetsprincippet, mens dødsdriften udledes efter lystprincippet (Andkjær Olsen & Køppe, 1987).

Den bundne energi, som er den, der er mest interessant for os, rubriceres altså i det andet metapsykologiske fremstød i jegdriften, mens den i det tredje fremstød er karakteristisk for livsdriften. Samtidig er det interessant, at en stor del af seksualdriften hermed skifter fra at være karakteriseret ved fri energi til at være bunden.

Freuds antagelse om en dødsdrift faldt ikke i god jord hos mange af hans efterfølgere⁵. Gammelgaard påpeger imidlertid, at vi måske skal forstå indførelsen af dødsdriften som Freuds forsøg på at bevare en grundlæggende konfliktuel subjektoplevelse, også efter erkendelsen af, at der ikke er en reel mod-

5. Eksempelvis kritiserer Laplanche Freud for at retfærdiggøre dødsdriften ud fra et *biologisk* niveau, samtidig med at han har indkredset dødsdriften på et *psykologisk* niveau via gentagelsestvangen. Laplanche mener, at Freud med dødsdriften introducerer en drift, der intet har at gøre med den oprindelige driftsdefinition fra 1905 (Laplanche, 1999).

sætning mellem jegdrifter og seksualdrifter, da begge er libidinøst besatte (Gammelgaard, 2006a). I *Hinsides Lystprincippet* skriver Freud: *Vor opfattelse var fra begyndelsen dualistisk, og det er den i dag mere end før, idet vi ikke mere kalder de to modsætninger jeg- og seksualdrifter, men livs- og dødsdrifter* (Freud, 1920, p. 58, kap. 6). Med dette in mente kan vi nu vende os mod *Hinsides Lystprincippet*.

Gentagelsestvangen og præbinding

I *Hinsides Lystprincippet* tager Freud udgangspunkt i gentagelsestvangen eksemplificeret af krigsneurotikerens angstdrømme og undrer sig over, hvordan disse fænomener passer med hans hidtidige teoridannelse. Indtil nu har Freud antaget, at alle psykiske processer adlyder lystprincippet:

I den psykoanalytiske litteratur antager vi uden tøven, at forløbet af sjælelige processer automatisk bliver reguleret af lystprincippet. Vi tror altså, at dette forløb altid bliver sat i gang af en ulystbetonet spænding, og at det følger en sådan retning, at dets slutresultat falder sammen med en sænkning af denne spænding, altså med en undgåelse af ulyst eller tilvejebringelse af lyst (Freud, 1920, p. 21).

Gentagelsestvangen passer imidlertid ikke med lystprincippet, idet gentagelsen af eksempelvis traumatiske begivenheder i drømme hverken fører til lyst her-og-nu eller på længere sigt. Gentagelsestvangen passer derfor hverken med det oprindelige lystprincip (primærprocesser) eller med det modificerede lystprincip (sekundærprocesser). Ved hjælp af eksempler fra biologien får denne erkendelse Freud til at antage eksistensen af en drift, der ikke er lystbetonet, men som stræber mod at genoprette en tidligere oprindelig uorganisk og fuldstændig spændingsfri tilstand. Denne drift får navnet dødsdrift, og for at kunne forklare livets opståen indsætter Freud livsdriften som en modpol til dødsdriften. Med afsæt i gentagelsestvangen indkredser Freud en form for binding, der ikke er underlagt hverken det oprindelige eller det modificerede lystprincip, og som ligger før primærprocesserne (Freud, 1920).

Freud antager, at det psykiske apparat normalt møder pirringer udefra med indre spændinger, som er i stand til at binde en stor del af de indtrængende spændinger, således at det psykiske apparat ikke overvældes. Ved voldsomme og uventede begivenheder er det psykiske apparat imidlertid ikke i stand til at binde den indtrængende spændingsmængde, hvorfor det psykiske apparat oversvømmes af pirringer. Gentagelsestvangen, eksempelvis krigsneurotike-

rens angstdrømme eller for at anvende eksempler fra nutidens psykiatri PTSD-patientens flashback, kan ifølge Freud forstås som et forsøg på med tilbagevirkende kraft at vække angstberedskabet og dermed aktivere spændinger i et forsøg, på at være forberedt og i stand til at binde indtrængende spændinger – et forsøg, der imidlertid altid kommer for sent. Gentagelsestvangen medfører derfor hverken lyst nu-og-her eller på lang sigt. Med gentagelsestvangen har Freud altså fået indkredset en form for binding, der ligger før lystprincippet.

Først efter at denne binding er gennemført, vil lystprincippets herredømme (og lystprincippets modifikation til realitetsprincippet) uhæmmet kunne gøre sig gældende. Men indtil da vil sjæleapparatets anden opgave, nemlig at overvinde eller binde spændingen stå i forgrunden, ganske vist ikke i modsætning til lystprincippet, men uafhængigt af det og til en vis grad uden hensyn til det (Freud, 1920, p. 43, kap. 5).

Hvordan kan vi forstå en sådan binding? Andkjær Olsen og Køppe forklarer i *Freuds Psykoanalyse* gentagelsestvangen og dens manglende adlydelse af lystprincippet på følgende måde: *Lyst- og realitetsprincippet har kun dominans over de topiske systemer, der støder op til bevidstheden (p-bv)* (Andkjær Olsen & Køppe, 1987). Dette er let forståeligt, idet lystprincippet kun har relevans på niveauet for de psykiske kvaliteter – altså på bevidsthedsniveauet. Ved sin dannelse lå det ubevidste åbent for indflydelse fra bevidstheden. Efter overvejning af nye systemer støder det ubevidste imidlertid ikke længere direkte op til det bevidste. Når lystprincippet *alligevel* fortsætter med at dominere det ubevidste, skyldes det, at processerne i system ubv. følger de oprindelige baninger, der er dannet, mens lystprincippet stadig havde dominans. I *Hinsides Lystprincippet* beskriver Freud, hvordan traumer kan lave så voldsom en ravage, at lystprincippet ophæves, som det eksempelvis ses i gentagelsestvangen. Andkjær Olsen og Køppe læser dette som et udtryk for, at de indtrængende spændinger ødelægger de oprindelige (lystbetonede) baninger i det ubevidste, og dermed ændrer processernes forløb. Da det ubevidste ikke længere støder op til system bv., vil de nye baninger ikke nødvendigvis følge lystprincippet, og skriver de, *“... det er fra sådanne ubevidste strukturer, at de processer og den gentagelsestvang, der ligger hinsides lystprincippet, udgår* (Andkjær & Køppe, 1987, p. 347).

Med Andkjær Olsens og Køppes forklaring fremhæves den topiske forskel mellem den binding eller repræsentation, der finder sted i mentaliseringsvejen, og den binding Freud beskriver i gentagelsestvangen: Fonagys mentaliseringsbegreb er knyttet til de bevidste- eller bevidsthedsnære psykiske processer

(fbv), og har endvidere ofte afsættelse i perception af den reelle ydre verden. Hermed vil mentaliseringsbegrebet ifølge Freud være underlagt lyst- og realitetsprincippet og med Andkjær Olsens og Køppes ord befinde sig på niveauet for de *psykiske kvaliteter*. Det bindingsbegreb, der kommer til syne i Freuds analyse af gentagelsestvangen, manifesterer sig derimod i det ubevidste, er *ikke* underlagt lystprincippet og må placeres på niveauet for *psykiske kvantiteter*.

Gentagelsestvangen er altså driftstilfredsstillelse, som ikke er dikteret af lystprincippet. Samtidig tydeliggør gentagelsestvangen, at driften kan udtrykke sig direkte uden at blive repræsenteret eller symboliseret. Green kalder gentagelsestvangen for den korteste vej, driften kan følge fra det somatiske til det psykiske (Green i Gammelgaard, 2006a), mens Gammelgaard peger på, at gentagelsestvangen som den ses i psykosomatiske tilfælde kan forstås som en kortslutning af driftens vej fra det somatiske tilbage til det somatiske (Gammelgaard, 2006a). Gentagelsestvangen, som vi eksempelvis ser det ved spiseforstyrrelser, kan måske forstås som en ikke symboliseret form for driftstilfredsstillelse, der unddrager sig tolkning og oversættelse fra bevidst til ubevidst. Fænomenet gentagelsestvang kan derfor måske bidrage til forståelsen af, hvorfor nogle kvinder udvikler og tvangsmæssigt vedligeholder en lidelse som Bulimia Nervosa på trods af god mentaliseringsevne. Gentagelsestvangen og bindingen af energi i denne peger på en driftstilfredsstillelse, der ligger før primærprocesserne og dermed langt før mentaliseringsevnen, og som sandsynligvis kan eksistere parallelt med mere modne og realitetstilpassede processer som den refleksive funktion.

Hertil kunne man indvende, at gentagelsestvang og bulimiske eller psykosomatiske symptomer netop råber på at blive løftet op til et symbolsk niveau, og at der derfor med Fonagys termer er tale om fænomener, der eksisterer i den såkaldte ækvivalensmodus – den tilstand psykiske fænomener ytrer sig i, inden de opnår evnen til at blive repræsenteret. Men nej, gentagelsestvang kan ikke reduceres til psykisk ækvivalensmodus. Gentagelsestvang har jo netop intet at gøre med lystbetonede- eller primærprocesser, som det ses hos det lille barn. Tværtimod var det netop gentagelsestvangens destruktivitet, der fik Freud til at placere den før eller hinsides lystprincippet.

Gentagelsestvangen får Freud på sporet af en form for binding, der ligger før lystprincippet og dermed før primærprocessernes dominans. Hvor fænomenet gentagelsestvang udgør en regressiv og patologisk bevægelse, antyder Pontalis, at den præbindende mekanisme *også* kan udgøre en progressiv fremadskuende udvikling i det psykiske: I *Frontiers in Psychoanalysis* beskriver han i forbindelse med en analyse af drømmen som objekt, at der er en opgave – en form for

binding – som det psykiske apparat skal udføre, før lystprincippet dominans kan begynde. Opgaven er at etablere et rum, hvor lystprincippet kan udfolde sig. Dette rum kalder han drømmerummet eller drømmeskærmen (Pontalis, 1981, p. 31 ff.). Det er nærliggende at antage, at Pontalis hermed hentyder til Winnicotts begreb om Holding. Winnicott beskrev forældrenes holding af barnet som en form for buffer mellem barnet og omgivelserne, der skulle garantere, at barnet fik lov til at være barn. Samtidig med forældrenes holding har barnet ifølge Winnicott sit eget holding-miljø, som er en form for selvskabt virkelighed, hvor det kan lege med forskellige fantasier. Hvis forældrene ikke er gode nok til at beskytte barnet mod omgivelserne, vil barnet være nødt til at opbygge en illusion om, at det kan klare sig selv. Dermed overgår barnets selvholding-miljø fra at være et sted, hvor det kan lege med verden, til at blive en desperat nødvendighed (Modell, 1990).

Det kunne virke, som om det rum eller den binding, der ifølge Pontalis skal etableres, før lystprincippet får dominans, er Winnicotts begreb om barnets selvholding. Før lystprincippet kan sætte sig igennem, må det psykiske apparat etablere og beskytte et sted, hvor barnet kan lege med fantasier. Hos Fonagy er en sådan form for præbinding ikke nødvendig. Det er ikke nødvendigt at etablere et helt tidligt rum for fantasien, da det indre i den psykiske ækvivalens modus bliver en kopi af det ydre.

Det rum eller den form for præbinding, som af Winnicott og Pontalis bliver beskrevet som en forudsætning for lystprincippet, ophæves imidlertid af gentagelsestvangen, og dermed får vi et indblik i gentagelsestvangens destruktive kraft, som den eksempelvis ses ved spiseforstyrrelser – gentagelsestvangen op hæver simpelthen individets evne til selvholding. Gammelgaard peger således på, at gentagelsestvangen tilstræber en tømning eller rasing af det psykiske apparat i den hensigt at fjerne ethvert spor af smerte (Gammelgaard, 2006a). Videre skriver Gammelgaard, at fransk psykoanalyse begriber gentagelsestvangen eller dødsdriften som en form for radikaliseret lyst eller nydelse, der har fået betegnelsen "jouissance" – en til lyst grænsende smerte eller en til smerte grænsende lyst (ibid.).

Opsummering

Vores undersøgelse har afsløret i hvert fald to forskellige former for binding hos Freud: Den ene – og den mest kendte – er den binding, som jeget udøver på de ubundne og lystorienterede primærprocesser, således at disse overgår til en bunden og realitetsorienteret tilstand i sekundærprocessen. Denne form for

binding er samtidig den, der umiddelbart lettest kan forbindes med mentaliseringsbegrebet. Den anden form for binding fremgik af analysen af gentagelses-
tvangen. Denne præbinding finder sted i det ubevidste på niveauet for de psykiske kvantiteter, unddrager sig repræsentation eller symbolisering, er ikke underlagt lystprincippet eller primærprocesserne, kan både udgøre en regressiv (patologisk) og en progressiv udviklende bevægelse og etablerer (muligvis) et rum, hvor fantasi kan udfolde sig. Bindningen hinsides lystprincippet er tydeligt langt fra mentaliseringsbegrebet, der *netop* handler om evnen til bevidst eller førbevidst at repræsentere psykisk materiale og følgelig udspiller sig på niveauet for psykiske kvaliteter. Antydningen i Fonagygruppens formulering Freud (1911b) *stressed both that "Bindung" was a qualitative change from a physical (immediate) to a psychic associative quality of linking* af en binding før bindingsprocessen kan derfor næppe sigte på Freuds teori om præbinding. Dobbeltheden i Fonagy et al.'s formulering vedbliver derfor at være et mysterium. Endelig har vi, idet gentagelsestvangen finder sted *før* primærprocesserne, og er udtryk for en form for driftstilfredsstillelse, der ikke er lystbetonet, som ikke kan symboliseres eller ophæves fra det ubevidste til det bevidste, antydnet, at en god mentaliseringsevne ikke er en vaccine mod psykisk lidelse.

Det ser altså ud til, at Fonagy et al.'s begreb om mentalisering kun knytter an til den mere alment kendte betydning af bindingsbegrebet – nemlig distinktionen mellem primær- og sekundærprocesser. I afsnittet *Primærprocesser* fandt vi imidlertid, at de oprindelige processer hos Freud og hos Fonagy må siges at tilhøre forskellige grundstoffer. Det ene er i begyndelsen en hallucination som et svar på en indre mangel, mens det andet (i tråd med tilknytningsteorien) udspringer af perception af realiteten. Hvad angår drifterne baserer mentaliseringsteorien sig kun på halvdelen af den freudske driftslære, i og med at hele det psykiske apparat bygges op omkring mentaliseringsbegrebet. Den freudske teori er en dualistisk teori, der portrætterer et menneske i evig strid med sig selv. Freud opererer således med en konflikt mellem en bunden og en fri driftskategori. Fonagy må derimod siges at basere hele sin teori på selvopretholdelsesdrifterne (eller i den tredje topik livsdrifterne) – altså kun på den bundne driftsform. Det sunde menneske har derfor ifølge mentaliseringsteorien et konstant hæmmet forhold til egne indre processer, mens utæmmede psykiske processer rubriceres som værende enten patologiske, eller blot noget der tilhører de præmentale faser, og som med opnåelse af den reflektive funktion kan kontrolleres og bindes.

Alt i alt har vi fundet, at Fonagygruppens begreb om mentalisering ikke har meget tilfælles med Freuds begreb om binding. Freuds bindingsbegreb er mere

komplekst, og de to begreber udspiller sig på forskellige niveauer af det psykiske. Således beskrives Freuds bindingsbegreb ud fra den økonomiske og dynamiske synsvinkel, og udspiller sig i det ubevidste på niveauet for de psykiske kvantiteter. Mentaliseringsbegrebet beskrives derimod ud fra den topiske synsvinkel og udspiller sig i de førbevidste eller bevidste lag af det psykiske på niveauet for de psykiske kvaliteter. Samtidig understreger Freud dialektikken mellem bundne og ubundne tilstande og placerer sit bindingsbegreb i en psykiske, hvis processer i høj grad er determineret af ubundne eller utæmmede tilstande. Fonagy derimod ønsker at skubbe alt ind under den hat, han kalder mentalisering. I forhold til Freuds teori kan han herved beskyldes for at lave en metonym beskrivelse af det psykiske; han forveksler en enkelt brik af det puslespil, der udgør det psykiske apparat, med hele apparatet.

Den kritiske læser kunne her indvende, at det vel kan være lige meget, at mentaliseringsbegrebet kun er meget fjernt beslægtet med Freuds begreb om binding, at det ikke sætter spørgsmålstegn ved gyldigheden af den fonagyske teori, men blot klargør, at Freuds og Fonagys teorier er forskellige? Hertil kan vi svare, at vores analyse af forbindelsen mellem Freuds bindingsbegreb og mentaliseringsbegrebet har afsløret følgende: Fonagygruppens redegørelse for Freuds bindingsbegreb var meget vag og upræcis, samtidig blev der ikke gjort rede for, hvori forbindelsen mellem de to begreber bestod, og de Freud-tekster, der henvises til i forbindelse med begrebet, var ikke umiddelbart oplagte. Fonagygruppen understreger, at mentaliseringsteorien ønsker at være en evidensbaseret teori og terapi (Bateman og Fonagy, 2006), og baserer i høj grad sin begrebsvaliditet på andre teoretikers begreber og empiriske undersøgelser. Imidlertid henvises der ofte til ekstern teori og empiri, uden at relationen mellem mentaliseringsteorien og disse begreber klargøres. Undersøgelsen i denne artikel viser, at Fonagys begreb om mentalisering, og Freuds begreb om binding ikke henviser til det samme fænomen, hvorfor Fonagygruppen ikke kan validere sin teori gennem henvisning til Freuds begreb.

Freuds psykoanalyse og Fonagys mentaliseringsteori har kvalitativt forskellige overordnede mål. For Freud var det centrale driftens vej til udløsning og dermed at undersøge det ubeviste og dets manifestationer. Mentaliseringsteorien er derimod primært interesseret i erkendelsen af realiteten og må dermed lukke øjnene for de elementer hos Freud, der ikke passer med dette formål; lystprincippet fortsatte dominans i det ubevidste, de ubundne driftskategorier og fantasibegrebet.

Når mentaliseringsbegrebet, som er et begreb, der udspringer af en ganske anden erkendelsestradition (jf. afsnittet *Tilknytningsteori og epistemologi*), knyt-

tes til Freuds bindingsbegreb, sker der derfor en ændring af det oprindelige formål med psykoanalysen. Og i og med at Fonagy understreger ligheden mellem mentaliseringsbegrebet og Freuds bindingsbegreb, sker ændringen, uden at vi som modtagere af teorien er klar over det. Undersøgelsen af Fonagygruppens Freud-læsning er således også interessant, idet den implicite subjekttopfattelse i mentaliseringsteorien ekspliciteres.

Slutteligt kunne man spørge, hvorfor det er relevant at analysere en teoris subjekttopfattelse, om det ikke er en overflødig intellektuel demonstration. Som et svar herpå må vi svare, at en analyse af en teoris subjekttopfattelse er en nødvendig forudsætning for at kunne forstå dens terapeutiske praksis; hvad det egentlig er, der ønskes forandret, og hvor i psyken der skal sættes ind for at iværksætte denne forandring!

Litteratur

- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Andkjær Olsen, O. (2002) (Ed.). *Psykodynamisk Leksikon*. København: Gyldendal.
- Andkjær Olsen, O., Kjær, B. & Køppe, S. (1976). *Sigmund Freud. Metapsykologi 2*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andkjær Olsen, O. & Køppe, S. (1987 [1981]). *Freuds psykoanalyse. 2. udgave*, København: Gyldendals Bogklub, Nordisk Forlag.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline personality Disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder. A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1974 [1969]). *Attachment and Loss. Vol. I: Attachment*. London: Hogarth.
- Buhl-Nielsen, B. (2006). Tilknytningsteori som moderne udviklingsteori: Er der plads til Ødipus? *Psyke og Logos*, 27 (2), 922-928.
- Fonagy, P. (2006 [2001]). *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. København: Akademisk Forlag.
- Fonagy, P. (2008). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. In F. Busch (Ed.), *Mentalization. Theoretical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications* (3-56). Psychoanalytic Inquiry Book Series, Vol. 29, London: The Analytic Press.
- Fonagy, P., Target, M., Steele H. & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual*. Unpublished manuscript (version 5), Psychoanalysis Unit, Sub-department of Clinical Health Psychology, University College London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, UK: Karnac Books.
- Freud (1895 [1966]). Project for a scientific Psychology. In Pre-Psychoanalytic Publications and Unpublished Drafts, Volume 1, *The Standard Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud*, London: The Hogarth Press.
- Freud, S. (1900 [1974]). *Drømmetydning*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1905 [1961]). *Tre afhandling om seksualteorien*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Freud, S. (1911 [1974]). Formulering om de to principper for psykiske processer. In O. Andkjær, B. Kjær & S. Køppe, *Metapsykologi 1* (57-69). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1914 [1974]). Om indførelsen af begrebet narcissisme, In O. Andkjær, B. Kjær & S. Køppe, *Metapsykologi 1* (83-115). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1920 [1976]). Hinsides Lystprincippet. In O. Andkjær, B. Kjær & S. Køppe, *Metapsykologi 2* (9-75). København: Hans Reitzels Forlag.
- Freud, S. (1925 [1976]). Benægtelsen. In O. Andkjær, B. Kjær & S. Køppe, *Metapsykologi 2* (213-221). København: Hans Reitzels Forlag.
- Gammelgaard, J. (2006a). Gentagelsestvang og dødsdrift. In O. Andkjær, C.B. Thomsen, & B. Petersen (Eds.), *Fokus på Freud*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gammelgaard, J. (2006b). Primary Process in metapsychology and cognitive psychology. *Scand. Psychoanal. Rev.*, 29, 93-105.
- Green, A. (1971). Librairie Larousse. Littérature nr. 3: La déliaison.
- Kaplan, N. & Main (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript (third edition), Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Laplanche, J. (1999). The so-called death-drive: sexual drive. In R. Weatherhill, *The death drive. New life for a dead subject*. UK, Rebus Press.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Main, M. (1994). A move to the level of representation in the study of attachment organisation: implications for psychoanalysis. London: *Annual research lecture to the British Psychoanalysis society*.
- Modell, A. (1990). *Other Times, Other Realities*. Cambridge: Harvard University Press.
- Pontalis, J. B. (1981). *Frontiers in Psychoanalysis. Between the Dream and Psychic Pain*. The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Rojek, C. (1995). *Decentering Leisure. Rethinking leisure theory*. London: Sage Publications.
- Ryle, G. (1990). *The Concept of Mind*. UK: Penguin books.
- Zepf, S. (2006). Attachment Theory and psychoanalysis. Some remarks from an epistemological and from a Freudian viewpoint. *Int. J. Psychoanal.*, 87, 1529-48.

Abstract

Signe Holm Pedersen: The concept of mentalization and the heritage from Freud's concept of binding. Theoretic similarity or fundamentally different concepts of subjectivity?

This article examines similarities and differences between the concept of mentalization and Freud's original concept of binding. The concept of mentalization has within the last 10 years obtained a central role in theories of clinical psychology. However its originators Fonagy et al. are not claiming to have a monopoly of the concept. Instead they point out that many theorists have underlined the importance of a reflective function. According to the Fonagygroup all these concepts leads back to Freud's concept of binding. Based on an examination of Freud's original concept of binding, the aim of this article is to discuss the fundamental differences between Freud's concept of subjectivity and the concept of subjectivity embedded in the theory of the Fonagygroup.

Keywords: Mentalization, binding, reflective function, concept of subjectivity.

En komparativ eksplorerende studie av metakognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi belyst med kliniske vignetter

Matrix, 2011; 3, 218-242

Solveig Lønberg Birkeland

Vi vil i denne artikkelen beskrive og sammenholde metakognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi. Disse tilnærmingene til psykoterapi er av relativt ny dato. Et litteratursøk i databasene PsycINFO (OvidSP) og ISI Web of Knowledge viser at "metacognitive therapy" forekom i en artikkel første gang i 1999, "mentalization-based treatment" i 2004 og "mentalization-based therapy" i 2006. Det er ikke utenkelig at disse to tilnærmingene kan sies å representere en ny trend i psykoterapi. Samtidig erkjenner grunnleggerne av mentaliseringsbasert terapi at de egentlig ikke kommer med noe nytt, men snarere setter fokus på noe som lenge har vært en del av vanlig terapeutisk praksis (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

De to terapiformene har røtter i ulike tradisjoner, henholdsvis kognitiv terapi og psykodynamisk terapi. Men til tross for ulikt faglig utgangspunkt, er det tilsynelatende flere likheter mellom dem. For eksempel er de begge opptatt av at pasienten må få et bevisst forhold til sine egne tankeprosesser. Både Allen et al. (2008) og Wells (2000) er oppmerksomme på at det er en viss grad av likhet mellom terapitilnærmingene. Likevel viser litteratursøk i de ovennevnte databasene at studier som kombinerer de to begrepene ikke synes å finnes, noe som kan indikere at kunnskapen på området er mangelfull.

I tillegg til at det kan gis en teoretisk begrunnelse for å sammenholde mentaliseringsbasert terapi og metakognitiv terapi, kan det også være formålstjen-

Solveig Lønberg Birkeland, psykolog, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

lig å sammenligne tilnærmingene med tanke på klinisk arbeid: I hvilken grad gjør ulikt språk, som kan maskere likheter, at man tror man gjør ulike ting, mens man egentlig enten gjør nesten det samme eller setter i gang de samme prosessene hos pasienten?

Artikkelens hovedanliggende blir dermed å undersøke om mentaliseringsbasert terapi og metakognitiv terapi må betraktes som gjensidig utelukkende tilnærminger teoretisk så vel som praktisk, eller om det er et stort overlapp mellom de to.

Metodiske betraktninger om komparativ psykoterapiforskning

Kazdin (1986) fremstiller komparative studier som en type forskning som vekker mye oppmerksomhet og engasjement, men som også provoserer. Det vil ofte både være noen som vinner og noen som taper på en sammenligning av terapitilnærminger, da særlig i studier der man sammenligner behandlingsresultater. Videre argumenterer Kazdin for nytten av det å sammenligne terapitilnærminger. Slike studier kan avdekke likheter og forskjeller i terapeutisk praksis, som kan være større eller mindre enn man blir ledet til å tro gjennom teoretiske diskusjoner. Ofte viser det seg at forskjellene i terapeutisk praksis er mindre distinkte enn de teoretiske forskjellene gir inntrykk av, og man blir mer oppmerksom på felles faktorer.

Rosenzweig (1936/2002) har en hypotese om at felles faktorer på tvers av ulike tilnærminger til psykoterapi, heller enn de faktorene som er særegne, er det som trolig fører til endring hos pasienten, noe som innebærer at det er andre faktorer som medfører endring enn det terapeuten tror. Han sier: "What (...) accounts for the result that apparently diverse forms of psychotherapy prove successful in similar cases? Or if they are only *apparently* diverse, what do these therapies actually have in common that makes them equally successful?" (Rosenzweig, 1936/2002, p. 6). Hvis det er noe sannhet i Rosenzweig sin hypotese, vil komparative studier kunne bidra til å identifisere slike felles virksomme faktorer.

Det å gjøre sammenliknende studier av psykoterapiteorier og deres tilhørende praksis, forutsetter kriterier eller tematikk som danner utgangspunkt for sammenlikningen. Om vi legger én tilnærming til grunn, eksempelvis metakognitiv terapi, og ser hvordan andre teorier, i vårt tilfelle mentaliseringsbasert terapi, forholder seg til denne, så risikerer vi å miste særtrekk ved sistnevnte. For å unngå et slikt metodisk feilgrep, har vi i denne artikkelen lagt til grunn at det finnes en del temaer som teoretikere og terapeuter kan enes om er vik-

tige i terapi på tvers av øvrige faglige uenigheter. Jørgensen (2004) uttrykker det slik:

Most schools of psychotherapy involve intimately related conceptions of four important and closely related questions: (a) What is the nature of psychopathology? (b) What are the crucial therapeutic techniques? (c) What is the nature of therapeutic change (i.e., what are the essential criteria for determining and evaluating therapeutic success)? And finally, (d) What are the active or essential ingredients in psychotherapy? Manifestly, the answers one gives to these four questions will be interrelated (p. 518).

De fleste teorier om psykoterapi synes altså å inneha en forståelse av hva som gjør at psykopatologi utvikles og/eller opprettholdes (jf. punkt a), hvilke terapeutiske intervensjoner som vil kunne medføre bedring i pasientens symptomer (jf. punkt b), kriterier som fastslår om behandlingen har vært vellykket (jf. punkt c), og tanker om hva som er de virksomme elementene i terapi (jf. punkt d). Vi vil derfor sammenholde teoriene og deres tilhørende praksis i forhold til de ovennevnte temaer for derved i større grad å kunne få frem det særegne ved hver enkelt teori stilt opp mot forhold vi regner som relativt ateoretiske.

Vår komparative analyse er ikke bygget opp omkring det å svare på spørsmål av typen hvilken metode er mest effektiv eller har best grunnlag i forskning. Snarere åpner studier som dette opp for å undersøke hvilke prosesser teoriene legger til grunn for endring og utvikling, hvilken praksis de foreskriver for at disse prosessene skal fasiliteres og hvorvidt det er mulig at de i ulikt språk omhandler de samme fenomener. Det som er av interesse, er hvorvidt forskjellene for de ulike tilnærmingene arbeider mer likt eller ulikt enn vi i utgangspunktet trodde. For ytterligere å kunne eksplorere denne type forhold, har vi latt den teoretiske analysen munne ut i kliniske vignetter som blir analysert ut fra de to ulike tilnærmingene, for derved å kunne klargjøre forskjeller og likheter hva gjelder det konkrete kliniske arbeidet.

Denne typen studium kan ses på som nyttig i sin egen rett for å få en bedre forståelse av ulike terapitilnærminger, deres teoretiske fundering, hva de sier de gjør og hva de faktisk gjør i møte med pasienten, men slike studier kan også være interessante som et første steg i retning integrasjon av terapitilnærminger. Man kan således argumentere for at Wachtels (2010) påpekning av at det er nødvendig å heve blikket utover rammene for sin egen terapitilnærming for å kunne tilby pasientene best mulig behandling, gir en støtte til komparative studier:

(...) the tunnel vision that restricts attention to one's own orientation's ideas and methods also restricts attention to what is likely to be only a limited subset of the relevant and important observations that bear on understanding the dilemmas and difficulties brought to us by our patients or clients.

Theories that are constructed on a foundation of only a limited subset of the potentially relevant observations are by their very nature at least somewhat inadequate theories (Wachtel, 2010, p. 407).

Metakognitiv terapi

Metakognitiv terapi har utviklet seg fra kognitiv atferdsterapi, og bygger i stor grad på de samme prinsippene om kognisjonens betydning for psykisk helse (Wells, 2009), men skiller seg likevel fra sitt opphav når det gjelder fokus for og formål med terapien:

Tabell 1

Sammenholdelse av fokus og formål i kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi

	Fokus	Formål
Kognitiv atferdsterapi	<i>Innholdet i pasientens negative tanker og pasientens "bevis" for at tankene er riktige.</i>	<i>Pasienten forstår at de negative tankene er absurde / i liten grad er underbygget av bevis.</i>
Metakognitiv terapi	<i>Det at pasienten grubler og bekymrer seg over sine negative tanker.</i>	<i>Pasienten forstår at en tanke kun er en tanke, og ikke noe man trenger å bekymre seg / gruble over, at bekymring og grubling opprettholder problemet.</i>

Note. Utarbeidet fra Fisher og Wells (2009) og Wells (2009).

Årsak til utvikling og/eller opprettholdelse av psykopatologi

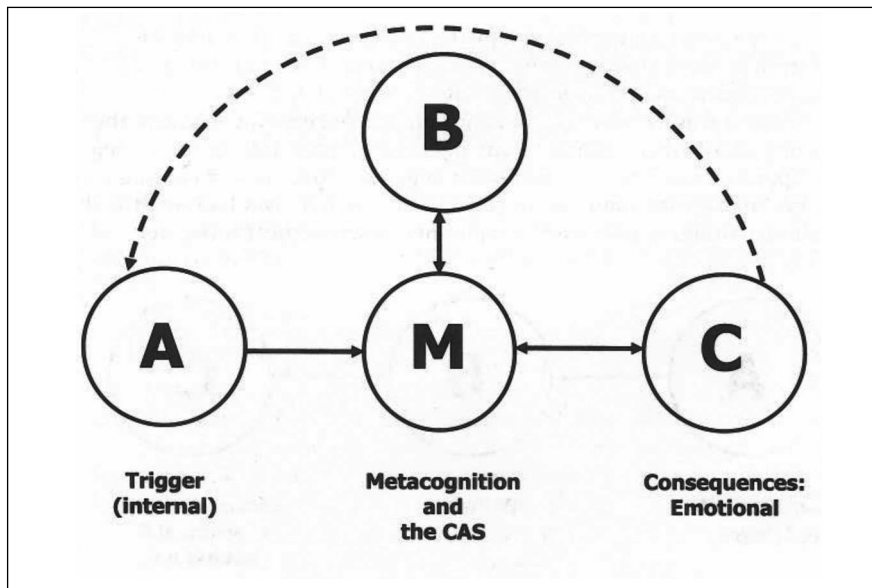
Terapeuter som benytter metakognitiv terapi er, i motsetning til terapeuter innenfor kognitiv atferdsterapi (CBT), ikke opptatt av såkalte negative automatiske tanker (NAT) som bakgrunn for psykisk lidelse. De tenker seg at alle mennesker har slike tanker, men vanligvis av forbigående karakter. Det som gjør at tankene hos noen mennesker utvikler seg til eksempelvis varig depresjon eller

angst henger sammen med hvordan disse menneskene fortolker eller reagerer på tankene, altså *metakognisjonen*. Metakognisjonen anses altså å være utslagsgivende for psykisk lidelse, mens vanlige kognitive ideer (beliefs), herunder negative automatiske tanker, kun ses på som et produkt av denne (Wells, 2009).

Et tankemønster preget av metakognitive prosesser som bekymring og grubling over egne tanker, tenkes å være et universelt trekk ved psykisk lidelse. Denne typen tankestil blir av Wells (2008) kalt Cognitive Attentional Syndrome (CAS) og er i tillegg kjennetegnet av monitorering av trussel, som innebærer en økt oppmerksomhet mot trusselrelaterte stimuli i omgivelsene. Konsekvensene av de metakognitive prosessene bekymring, grubling og trusselmonitorering, er at de gjør negativ og truende informasjon lettere tilgjengelig i personens bevissthet (Wells, 2009). Prosessene fører ofte med seg strategier for å håndtere trusselbildet som er lite hensiktsmessige, eksempelvis forsøk på fortrenkning eller unngåelse. Fortrenkning fører som regel til at tankene blir mer tilgjengelige i bevisstheten, og unngåelse av tankene fratrar individet muligheten til å finne ut at bekymringen ikke hadde rot i virkeligheten (Wells, 2009). De metakognitive prosessene bekymring og grubling kan ofte være vanskelige å legge merke til, særlig når de har blitt en vane. Dette, som betegnes som lav metakognitiv bevissthet (awareness), medfører at det blir vanskeligere å avbryte prosessene (Wells, 2009).

To ulike typer metakognitive ideer danner utgangspunktet for CAS: *Positive metakognitive ideer* innebærer en oppfatning av at bekymring og grubling lønner seg, for eksempel fordi man ved å bekymre seg i forkant vil være forberedt dersom det negative faktisk inntreffer, eller at man ved å gruble over for eksempel sin egen depresjon kan forstå årsaken til plagene, og dermed komme i bedre posisjon til å gjøre noe med dem. *Negative metakognitive ideer* dreier seg om at personen opplever bekymringen og grublingen sin som ukontrollerbar og/eller farlig for fysisk eller mental helse (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2009).

ABC-modellen i kognitiv atferdsterapi er i metakognitiv terapi reformulert til en AMC-modell. De metakognitive ideene og CAS (M) har fått en sentral plassering. De blir aktivert, ikke av ytre situasjoner, men av indre opplevelser (A), eksempelvis en tanke. Konsekvensene av prosessen (C) er emosjonelle, mens de i ABC-modellen i tillegg er atferdsmessige. Vanlige kognitive ideer (B) blir både påvirket av og gir næring til de metakognitive prosessene. Modellen foregriper et poeng om at det i terapi vil være avgjørende å få tak i og endre metakognitive ideer og CAS, ikke vanlige kognitive ideer, ettersom det er dette som medfører pasientens lidelse (Wells, 2009).



Figur 1. AMC-modellen (Wells, 2009, p. 18).

Hva anses som de virksomme mekanismene?

I metakognitiv terapi vurderes det som et sentralt terapeutisk foretagende å modifisere pasientens maladaptive metakognitive prosesser (grubling og bekymring) og metakognitive ideer (at de nevnte prosessene er gunstige og/eller ukontrollerbare og skadelige), som altså betraktes som en viktig drivkraft for lidelsen. Videre er det vesentlig å identifisere og endre maladaptive oppmerksomhetsstrategier (oppmerksomheten rettet mot ytre og indre tegn på trussel) og lite hensiktsmessige mestringsstrategier for å unngå ubehaget ved grubling og bekymring (forsøk på tankekontroll, rusmiddelbruk, unngåelse av situasjoner), som anses som opprettholdende faktorer (Fisher & Wells, 2009).

Man har, som nevnt, et mer overordnet fokus enn på de enkelte kognisjoner, nemlig på prosesser heller enn konkret innhold. Innen metakognitiv terapi tenker man at det å fokusere på en bestemt negativ automatisk tanke og hjelpe pasienten til å se at den ikke nødvendigvis er sann, ikke uvilkårlig vil medføre at andre negative tanker forsvinner. Negative tanker vil alltid fluktuere, og hvilke tanker pasienten sliter med, vil ofte forandre seg. Heller enn å tillegge de enkelte negative tanker enda større betydning ved å reflektere over om de er sannsynlige, vurderes det som mer effektivt å fokusere på å gjøre noe med det som utløser de negative tankene (Fisher & Wells, 2009).

Pasienter vil ofte operere i et prosesseringsmodus man innen metakognitiv terapi kaller *objektmodus*, hvor pasienten oppfatter sine tanker som fakta om virkeligheten. Et viktig terapeutisk fokus er å hjelpe pasienten til å komme over i *metakognitivt modus*, som innebærer å bli bevisst på at en tanke er en mental hendelse og ikke virkeligheten. Siden en tanke ikke er virkeligheten, trenger man heller ikke å forholde seg til den i betydningen å iverksette mestrings- eller kontrollprosesser (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2009).

Terapeutiske intervensjoner

I innledningsfasen av terapiforløpet vil kartlegging av pasientens metakognisjon være sentral. Man ønsker særlig å kartlegge metakognitive ideer om tanker og tankekontrollprosesser som opprettholder CAS, og dermed lidelsen, og sikte behandlingen inn mot disse. Dette kan eksempelvis gjøres ved såkalt metakognitiv "profiling", som innebærer at man kartlegger hva som utløses av ideer og prosesser når personen må takle en stressende situasjon, enten ved å utsette personen for den fryktede stimulus, eller ved å utspørre pasienten om en slik situasjon (Fisher & Wells, 2009). Man tenker at pasienten må sosialiseres til den teoretiske modellen for metakognitiv terapi. Sosialiseringen begynner allerede implisitt i kartleggingsfasen ved at den metakognitive bevisstheten økes, og pasienten blir kjent med målene og rammeverket for terapi (Fisher & Wells, 2009).

Et viktig mellomledd mellom kartlegging og behandling er at terapeuten lager og formidler en kasusformulering. Denne vil klargjøre hva som fungerer som en trigger for de metakognitive ideene (eksempelvis negative tanker), hvordan grublingen og bekymringen arter seg, opprettholdende tanker for grubling og bekymring (positive og negative metakognitive ideer), samt uhenksmessige mestringsstrategier. Kasusformuleringen skal gi pasienten en helhetlig forståelse av de metakognitive prosessene og hvordan disse sammen med mestringsstrategiene ligger til grunn for og vedlikeholder lidelsen (Fisher & Wells, 2009).

Som nevnt forsøker terapeuten å identifisere og endre pasientens maladaptive oppmerksomhetsstrategier, som det å stadig monitorere det ytre og indre trusselbildet. "Attention training technique" består av øvelser i selektiv oppmerksomhet, oppmerksomhetsveksling og delt oppmerksomhet som tenkes å øke pasientens metakognitive kontroll. Teknikkene som oppøves er ikke ment å være mestringsstrategier til benyttelse for å unngå tanker, men som en styrking av pasientens eksekutive kontroll for å gjøre ham bedre i stand til å kunne avstå fra et overdrevent selvfokus (Fisher & Wells, 2009).

Metoden "Situational attentional refocusing" har som formål å trene pasienten i å skifte oppmerksomhetsfokus fra monitorering av indre tilstand til et mer eksternt fokus, og å skifte fra fokus på trusselstimuli til mer nøytrale stimuli. Den bakenforliggende teoretiske antakelsen er at pasienten, så lenge han har fokuset rettet mot seg selv eller trusler, i liten grad er mottakelig for ny kunnskap, og dermed ikke i posisjon til å få endret sine ideer (Fisher & Wells, 2009).

Et sentralt element av terapien vil være å modifisere pasientens metakognitive ideer ved å utfordre dem. Når det gjelder de negative metakognitive ideene, vil dette for eksempel innebære at man sammen ser på tilgjengelige "bevis" for og mot at bekymring og grubling er utenfor pasientens kontroll. Et eksperiment for bekymringsutsettelse der all bekymring og grubling skal utsettes til et bestemt tidspunkt på dagen, vil i denne sammenheng kunne fungere som en god indikasjon på at pasienten likevel har større kontroll enn antatt (Fisher & Wells, 2009). For å utfordre positive metakognitive ideer kan terapeut og pasient sammen utforske fordelene og ulempene ved de metakognitive prosessene. Målet er at pasienten skal oppdage at grubling og bekymring medfører flere ulemper enn fordeler. Terapeuten vil utfordre og evaluere fordelene, samt finne ut, sammen med pasienten, om det kanskje finnes andre måter å oppnå samme fordeler på. Atferdsekspirer, som å gruble en dag og la være å gruble den neste for så å vurdere om det var noen forskjell i hvor mange problemer som ble løst, kan vise pasienten at prosessene har begrenset effekt (Fisher & Wells, 2009).

Ved å eksponere pasienten for de indre opplevelsene som vanligvis utløser metakognitive ideer og prosesser, enten ved at tankene oppstår naturlig eller ved å fremprovosere dem, mens pasienten utsetter bekymring, grubling og mestringsstrategier, kan den påtrengende tankens betydningsfullhet bli utfordret. Dersom tanken vurderes av pasienten å være uten betydning, vil den i neste instans ikke aktivere de metakognitive ideene og prosessene (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2009).

En mye brukt teknikk for å lære pasienten hvordan man kan forholde seg til tanker i stedet for å gruble og bekymre seg, er "Detached mindfulness", av Wells (2009, p. 71) forklart slik: "It concerns the manner in which an individual relates to his or her cognition and the development of flexible control of attention and thinking styles". Hensikten er at pasienten skal bli i stand til å være en observatør til sine egne tanker, noe som innebærer et valg om ikke å bearbeide tankene verken ved å handle på dem eller fortolke dem. Man skal verken fokusere på tankene, undertrykke dem, vurdere dem, forsøke å mestre

dem, eller flytte fokus til noe annet, man skal bare forholde seg passiv. Dette er således det motsatte av CAS. Detached mindfulness kan brukes som en del av atferdsekspirerter for å utfordre troen på at tanker er ukontrollerbare (Wells, 2009). Samtidig understrekes viktigheten av at teknikken ikke blir brukt som en mestringsstrategi: "A patient may inappropriately use DM as a means of controlling or counteracting the effects of "dangerous thoughts", a misuse that could maintain the mistaken belief that thoughts can cause harm." (Wells, 2009, p. 74). Dersom pasienten blir gjort oppmerksom på mengden av nøytrale tanker som i løpet av en dag kommer og forsvinner uten at man trenger å gjøre en innsats, og videre ser at man forholder seg til problematiske tanker på en annen måte enn til de fleste andre tanker, blant annet ved å tillegge dem vekt og gi dem mer oppmerksomhet, kan pasienten ved hjelp av øvelse lære seg at det er mulig å forholde seg til invaderende tanker på samme måte som nøytrale tanker (Wells, 2009).

Mentaliseringsbasert terapi

Mentaliseringsbasert terapi har sine røtter i psykoanalyse og tilknytningsteori, og er hva opprinnelse angår, nærest knyttet til dynamisk psykoterapi (Allen et al., 2008). Den skiller seg likevel fra dynamisk psykoterapi både med tanke på fokus for og formålet med terapien.

Tabell 2

Sammenholdelse av fokus og formål i dynamisk psykoterapi og mentaliseringsbasert terapi

	Fokus	Formål
Tradisjonell dynamisk psykoterapi	<i>Relasjon i terapirommet som bilde på relasjoner tidligere i livet.</i>	<i>Oppnå innsikt i historisk betingede dysfunksjonelle handlingsmønstre.</i>
Mentaliseringsbasert terapi	<i>Relasjon i terapirommet som treningsarena for relasjoner ellers i livet. Mentale prosesser "her og nå".</i>	<i>Bedret mentaliseringsevne, emosjonsregulering og relasjonsevne.</i>

Note. Basert på Allen et al. (2008).

Allen et al. (2008, p. 9) forklarer mentalisering slik: "We are mentalizing when we are aware of mental states in ourselves and others – when we are thinking about feelings, for example". Mentaliseringsevne handler om evnen til å se egne og andres handlinger som uttrykk for intensjonalitet, å se at mentale tilstander ligger til grunn for atferd (Allen et al., 2008) og å innse at man ikke kan ha full tilgang på andres tanker og intensjoner.

Årsak til utvikling og/eller opprettholdelse av psykopatologi

Mentaliseringsbasert terapi baserer seg på tanken om at en forstyrrelse i tidlig tilknytning underminerer mentaliseringsevnen og kan medvirke til psykopatologi (Allen, et al., 2008). Allen et al. (2008, p. 6) baserer seg på Stein (2006) og sier: "... impaired mentalizing capacity plays a major role in problems in living as well as in psychiatric disorders. Conversely, enhanced mentalizing plays a central role in resilience, that is, the capacity to cope with adversity – including psychiatric illness". De tenker altså på mentaliseringsevne som en temperaturmåler på psykisk helse. Det kan argumenteres for at de fleste mennesker er avhengige av å ha velfungerende relasjoner til andre for å ha et tilfredsstillende liv, og at velfungerende relasjoner er avhengige av en fungerende mentaliseringsevne.

Trygg tilknytning, herunder det at tilknytningspersonene mentaliserer barnet, legger grunnlaget for barnets egen mentaliseringsevne: "Extensive research suggests that secure attachment is conducive to children's mentalizing capacities, but contingently responsive parental mentalizing within the attachment relationship plays the key role facilitating the child's mentalizing" (Allen et al., 2008, pp. 93-94). Man lærer altså å mentalisere ved å bli mentalisert i rammen av et trygt tilknytningsforhold. Litt forenklet kan vi si at vi forstår andre gjennom selv å ha blitt forstått. På motsatt ende av skalaen, ved omsorgssvikt eller mishandling i barndommen, vil mentaliseringssvikt fungere som en nyttig forsvarsmekanisme for barnet: "... attachment trauma promotes a defensive withdrawal from the mental world – at worst, a phobic avoidance of mentalizing (Fonagy et al. 2007)" (Allen et al., 2008, p. 102).

Hva anses som de virksomme mekanismene?

Innen mentaliseringsbasert terapi er man mindre opptatt av den terapeutiske effekten av at pasienten oppnår innsikt enn i tradisjonell dynamisk psykoterapi. Man er mer opptatt av terapeutens holdning enn teknikk, og av prosess heller enn innhold. Det legges stor vekt på terapeutens atferd og holdning til prosessen (Allen et al., 2008). Ifølge Karterud og Bateman (2010) skal terapeu-

ten være interessert, engasjert, varm og genuin, noe som er felles for de fleste tilnærminger til psykoterapi, men også nysgjerrig, ikke-vitende og ikke-dømmende. Terapeutens rolle er å være en sikker base for pasientens utforskning av eget og andres sinn, det vil si at terapeuten fungerer som en tilknytningsperson for pasienten. Terapeuten må tilpasse seg pasientens mentaliseringsnivå, som kan variere innad i og mellom timer, og må tilstrebe å regulere pasientens spenningsnivå slik at pasienten er aktivert, men ikke blir overveldet slik at mentaliseringsfunksjonen avtar. Med andre ord tenker en seg at endring kun kan skje innenfor moderat og tolererbar affekt, og at for intens eksponering for affekter kun virker overveldende og hemmende på utvikling av mentalisering (Karterud & Bateman, 2010).

Det ses også på som verdifullt å ha et tydelig fokus på relasjonen i terapirommet, herunder å gjøre aktivt bruk av pasientens overføringer og terapeutens motoverføringer i terapitimene. Terapeuten fungerer som en rollemodell for pasienten, som ved å mentalisere selv øker sannsynligheten for at pasienten også gjør det. Ved å undersøke om han har forstått pasienten, rette opp i og tematisere misforståelser, innrømme feil og ta på seg ansvaret for miskommunikasjon, viser terapeuten at det er ulike måter å oppfatte og forholde seg til virkeligheten på. Dette vil kunne ha effekt på pasientens mentaliseringsevne ved at han blir mer oppmerksom på tilstedeværelsen av et annet sinn, og det faktum at det ikke er mulig å forstå andres indre psykologiske verden uten å spørre (Allen et al., 2008; Karterud & Bateman, 2010).

Terapeutiske intervensjoner

Allen et al. (2008) fremhever det de kaller "the mentalizing stance" som grunnlaget for alle intervensjoners effekt: En terapeutisk grunnholdning som innbefatter å være nysgjerrig og ikke-vitende, utforskende, åpen og ikke-dømmende. I mentaliseringsbasert terapi er terapeuten en aktiv deltaker og må ikke være redd for å gjøre eller innrømme feil, gi uttrykk for at han ikke vet hva han skal si, spørre igjen og igjen dersom han ikke forstår, innrømme at det går for fort og at han ikke greier å henge med, stoppe og "spole tilbake", eller å avsløre seg selv, sine tanker og følelser i interaksjonen med pasienten. Alle slike intervensjoner kan bidra til at pasienten ser at andre ikke kan lese tanker, noe som åpner for muligheten for at pasienten selv i økende grad makter å forholde seg spørrende og utforskende til sitt eget og andres indre liv (Karterud & Bateman, 2010). Terapeuten kan tillate seg å være uenig med pasienten og å fortelle om eget perspektiv uten å hevde at det er det eneste riktige. Pasienten og terapeuten kan da utforske sammen hva som har ledet frem til de ulike

synspunktene, noe som også medvirker til at pasienten blir klar over at det finnes flere måter å tenke om det samme på. Slik får terapeuten utfordret pasientens psykiske ekvivalens – pasientens tro på at tankene hans gir et korrekt bilde, eller det eneste mulige bilde, av virkeligheten (Karterud & Bateman, 2010).

Generelt vil det være hensiktsmessig å kartlegge pasientens mentaliseringssevne, både når mentaliseringen går tapt og når den lykkes. Terapeutens intervensjoner må være tilpasset pasientens mentaliseringsevne, som vil variere i løpet av og mellom timene (Karterud & Bateman, 2010). I noen tilfeller vil validerende og støttende intervensjoner være påkrevd, mens mer utfordrende intervensjoner kun er berettiget når mentaliseringen er stabil. Som terapeut må man aktivt teste ut pasientens antakelser, og utfordre ikke-mentalising. Pretend modus – pasientens tanker og følelser er frikoblet til en slik grad at han ikke er følelsesmessig i kontakt med det han sier og utsagnene derfor virker tomme – og psykisk ekvivalens er begge eksempler på brudd i mentaliseringsevnen som terapeuten må oppdage og utforske. Det vil være nyttig å kartlegge i hvilken sammenheng mentaliseringssvikten inntraff, og hva som foranlediget det. Noe kan være terapeutens eget bidrag, noe ligger i relasjonen akkurat i øyeblikket (Allen et al., 2008). Terapeuten må også være oppmerksom på ikke å miste sin egen mentaliseringsevne, noe som vil kunne skje både i situasjoner der pasienten har en mentaliseringssvikt, og i tilfeller der terapeuten blir for opptatt nettopp av å mentalisere. Dersom terapeuten blir klar over at egne intervensjoner er ikke-mentaliserende, er han allerede i ferd med å mentalisere (Allen, et al., 2008).

Innen mentaliseringsbasert terapi tenker man at det å komme med fortolkninger av pasienten, ha kompliserte og lange intervensjoner, og dessuten det å gi pasienten råd, er eksempler på terapeutiske intervensjoner som kan bidra negativt til pasientens mentalisering. I stedet vil en terapeut som opererer “on-model” heller kaste ballen til pasienten og la ham selv komme frem til løsningene. Terapeuten velger bevisst ord som “hva” og “hvordan” heller enn “hvorfor”, siden ordet “hvorfor” lett kan oppfattes som en anklage og derfor bidra til økt forsvar hos pasienten (Allen et al., 2008; Karterud & Bateman, 2010).

Terapeuten må være oppmerksom på pasientens emosjonelle tilstand i timen, og regulere intensiteten i tråd med dette. Det gunstigste er at det verken er for “kaldt” eller for “varmt” i terapien. Dersom emosjonaliteten er så høy at pasientens mentaliseringsevne går tapt, bør terapeuten søke å roe ned, mens han kan øke temperaturen når pasientens aktivering er så lav at det blir kjedelig. Temperaturen kan lett økes ved å fokusere på pasientens følelser og å ha et “her og nå”-fokus der relasjonen mellom pasient og terapeut aktivt trekkes inn

(Karterud & Bateman, 2010). Det som skjer i kommunikasjonen mellom terapeut og pasient, kan på mange måter betegnes som en dans. Terapeuten sørger for å stadig være i motsatt bevegelse av pasienten: Hvis pasienten har mye fokus på seg selv, retter terapeuten oppmerksomheten mot andres sinn og motsatt. Hvis pasienten har høy grad av emosjonalitet, fokuserer terapeuten på pasientens tanker. Er pasientens oppmerksomhet rettet mot egne tanker, vil terapeuten være opptatt av pasientens emosjoner (Allen et al., 2008). På samme måte som et barns omsorgspersoner, vil terapeuten ha som oppgave å hjelpe pasienten til å forstå og håndtere sine emosjoner. Terapeuten speiler pasientens emosjoner tilbake og viser at de er håndterbare, men det er markert speiling der det tydelig fremgår at det er pasientens og ikke terapeutens følelser (Allen et al., 2008).

En sammenholdelse mellom metakognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi belyst med kliniske vignetter⁶

Allen et al. (2008), baserer seg på Wells (2000) når de sier: "... cognitive therapy comes closest to mentalizing in its concern with *metacognition*: thinking about thinking" (p. 15), og de har Björgvinsson og Hart (2006) som kilde når de videre sier: "... cognitive therapy has the advantage of offering highly structured and evidence-based techniques that, from our standpoint, facilitate mentalizing" (p. 15). Allen et al. (2008) tenker altså at det ikke er noen motsetning mellom mentaliseringsbasert terapi og kognitiv terapi, men snarere at de kan utfylle hverandre og la seg kombinere på formålstjenlige måter.

Årsak til utvikling og/eller opprettholdelse av psykopatologi

En likhet mellom de to tilnærmingene er tanken om at pasienten i liten grad reflekterer over sine egne tankeprosesser, og at en manglende evne til å holde distanse til egne tanker og se at tankene ikke er virkeligheten, altså å være i objektmodus eller psykisk ekvivalens, ser ut til å spille en rolle for psykisk lidelse. Man kan argumentere for at det å bli fastlåst i egne bekymringer og egen grubling er en form for mentaliseringssvikt der tankeprosessene er statiske, gjentakende og tvangsmessige og der man i liten grad er i stand til å se at ens tanker kun er en fortolkning og vurdere alternativer til egen oppfatning.

Et betimelig spørsmål kan være hvorvidt de to terapitilnærmingene på visse områder står i et motsetningsforhold til hverandre, siden det å tenke over fø-

6. De kliniske vignettene er oppdiktede.

lelser er grunnleggende i mentalisering, mens det innen metakognitiv terapi er et poeng at tanker er noe man kan la være å forholde seg aktivt til. Spørsmålet er om en metakognitiv terapeut ville oppleve mentalisering som å tillegge følelser vekt på en måte som kan minne om grubling. Allen et al. (2008, p. 196) sier imidlertid: "At some points your patient will become self-focused, and this is often to be commended; yet this self-reflection may begin to take on a ruminative quality or become rigidified in a negative, shameful, self-condemning mode". Man er i mentaliseringsbasert terapi oppmerksom på eventuelle negative effekter av å være for selvfokusert. Terapeuten vil aktivt balansere dette ved å fokusere på pasientens forhold til andre.

Sigvart, en 22 år gammel mann, opplever seg i økende grad tom og trist. Han har nesten sluttet å gå ut av huset og treffer sjelden sin familie og sine venner. Han har gitt opp studiene på grunn av manglende motivasjon og sluttet i deltid-jobben, og han tenker stadig oftere at han er mislykket og en belastning for sine omgivelser. De kritiske blikkene han opplever at han får fra foreldrene, er en bekræftelse på at han er en skuffelse for dem. Han tenker mye på hvorfor han, som tidligere var en så flink student, har kommet i denne situasjonen, og om han noen gang vil komme ut av den.

Hvis man betrakter vignetten i rammen av metakognitiv terapi, vil Sigvarts grubling over hvorvidt han er mislykket og en belastning for andre, samt over hvorfor han har kommet i situasjonen, og dessuten *bekymringen* over om han vil komme ut av den, bli sett på som hovedbidragsyttere til at negativ informasjon gjøres lettere tilgjengelig for ham, og dermed de viktigste opprettholdende faktorene for de depressive tankene han sliter med. Den inaktiviteten som er en konsekvens av at han har sluttet med studium og jobb, samt trukket seg tilbake fra sosiale settinger, er ugunstig da den medfører enda bedre anledning til å gruble og bekymre seg. Det kan se ut som at Sigvart tror at det å gruble over sin situasjon vil gjøre at han forstår årsakene og finner løsninger, altså en positiv metakognitiv idé. Dessuten er det ikke usannsynlig at han opplever å ikke ha kontrollen over disse negative prosessene – en negativ metakognitiv idé – for eksempel fordi han har prøvd å la være å gruble og bekymre seg og har opplevd at det nærmest virket mot sin hensikt. Det er også mulig å argumentere for at Sigvart har en uhensiktsmessig oppmerksomhetsstrategi som forsterker problemet, da han i stor grad fokuserer på signaler fra omgivelsene som oppleves truende, eksempelvis foreldrenes kritiske holdninger. Det å trekke seg fra sosial samhandling kan ses som en ufordelaktig mestringsstrate-

gi der Sigvart unngår situasjoner hvor han føler seg negativt evaluert, og dermed ikke har muligheten til å få avkreftet sine antakelser.

Som terapeut med en mentaliseringsbasert fremgangsmåte ville man kunne fokusere på betydningen av Sigvarts mentaliseringsvikt – blant annet i form av psykisk ekvivalens – for hans depressive symptomer. Den psykiske ekvivalensen kommer for eksempel til uttrykk som “vissheten” om at han er mislykket og at foreldrene er kritiske og skuffet. Han ser på det nåværende tidspunkt ikke ut til å være i stand til å tenke seg at det foreldrene sier eller gjør, kan ha andre forklaringer eller at andre kan tenke annerledes om ham enn han selv gjør, altså manglende mentalisering. Det er ikke usannsynlig at han trekker seg fra sosialt samspill på grunn av overbevisningen om at han vet hva andre tenker om ham, og dette medfører at hans ikke-mentaliserende antakelser ikke blir utfordret.

Hva anses som de virksomme mekanismene?

Begge tilnærmingene vektlegger, som nevnt, at det er terapeutisk virksomt å fokusere på prosess fremfor innhold. Det ser imidlertid ut til at de to tilnærmingene har en noe ulik måte å tenke prosess på, der det i metakognitiv terapi er snakk om tankeprosesser hos pasienten, mens det i mentaliseringsbasert terapi i tillegg til pasientens indre prosesser i stor grad dreier seg om interpersonlige prosesser, som for eksempel mentalisering av overføringen. Denne ulikheten kommer tydelig til uttrykk i at det som i et metakognitivt perspektiv regnes for å være terapeutisk, er å modifisere pasientens metakognitive prosesser og ideer, oppmerksomhets- og mestringsstrategier, mens det som først og fremst vektlegges som terapeutisk i mentaliseringsbasert terapi, er terapeutens holdning og atferd som tilrettelegger for god mentalisering og en trygg relasjon. Begge tilnærmingene synes å legge vekt på å ha et “overordnet blikk”, der det ikke vurderes som terapeutisk å fordype seg i de enkelte detaljer ved personens lidelse. Man kan kanskje argumentere for at mentalisering er et mer omfattende begrep enn metakognisjon, da det i tillegg til de kognitive prosessene også inkluderer emosjonelle og sosiale prosesser.

Nils er 28 år og har, siden han ble utsatt for et overfall utenfor en pub for snart to år siden, opplevd mye angst. Når han er ute, prøver han å være årvåken, og han er alltid orientert om hvorvidt det er noen bak ham. Han unngår utesteder og drosjekøer, og generelt plasser med mange mennesker. Han har blitt mer skeptisk til folk han ikke kjenner, siden han har lett for å tenke at folk vil ham vondt – at de vil stjele fra ham eller utnytte ham på en eller annen måte – noe som medfører at det har blitt vanskeligere for ham å gå inn i nye relasjoner.

Dersom man skal tenke ut fra et metakognitivt perspektiv, vil den gunstigste innfallsvinkelen til Nils sine problemer være å ikke ha fokus på innholdet i de negative tankene, altså hva Nils frykter skal skje dersom han ikke passer seg når han er ute eller når han inngår i relasjoner med fremmede mennesker. Terapeuten vil heller ha oppmerksomheten rettet mot Nils sin trusselmoniteringsprosess som er en uhensiktsmessig oppmerksomhetsstrategi som opprettholder angsten og som hindrer ham i å ha fullt utbytte av sosialt samspill. Det å identifisere Nils sin gjentatte bekymring for at andre vil skade eller utnytte ham som en lite formålstjenlig prosess, blir terapeutisk viktig. Sammen er de uheldige oppmerksomhetsstrategiene og metakognitive prosessene årsaken til at problemene vedvarer. Terapeuten bør arbeide for at Nils får en forståelse av dette, slik at han over tid kan komme i posisjon til å velge andre fremgangsmåter. Nils er av den oppfatning at han, hvis han er årvåken og unngår "farlige" steder, vil kunne avverge et eventuelt nytt overfall, altså en positiv metakognitiv idé om at bekymring og trusselmonitering er gunstig. Samtidig er det sannsynlig at han opplever at disse prosessene er utenfor hans kontroll, en negativ metakognitiv idé. Disse metakognitive ideene blir det sett på som terapeutisk å modifisere. Det virker sannsynlig at Nils opplever den akutt tilstedeværende frykten for å bli angrepet som et tegn på at virkeligheten er farlig, altså at han operer i objektmodus. Et viktig terapeutisk arbeid blir derfor å hjelpe ham til å se at tankene hans kun er én av mange mulige fortolkninger av virkeligheten.

Innenfor et mentaliseringsbasert rammeverk vil det bli sett på som terapeutisk å ha fokus på hva overfallet gjorde med pasienten i situasjonen og hva det gjør med ham nå i relasjon til terapeuten og andre mennesker i pasientens liv, altså på prosesser, i stedet for å være opptatt av innholdet i pasientens konkrete historie om hva som skjedde i overfallet. For øvrig blir tilknytningsrelasjonen mellom terapeuten og Nils, og i den sammenhengen terapeutens holdninger og atferd, sett på som mest avgjørende: det at terapeuten er empatisk og ikke-dømmende og inntar et ikke-vitende perspektiv. Terapeuten kan ikke vite hvordan det var for Nils å bli overfalt, og hvilke tanker og følelser hendelsen setter i gang i ham i nåtiden, og terapeutens ønske er å forstå hva Nils selv tenker om sine strategier og hva det vil være nyttig å jobbe med, ikke å gi ham råd eller løsninger. Nils sine følelser er et vesentlig fokus, men i tilknytning til det traumet han har vært gjennom, er det terapeutisk gunstig å sørge for at han ikke blir overveldet av følelsene, det vil si å holde tilstanden i terapirommet "lunken". Dette vil bidra til at Nils befinner seg innenfor en tilstand hvor han kan reflektere over de følelser og tanker som dukker opp. Nils

har vansker med å stole på fremmede og gå inn i nye relasjoner. Et viktig terapeutisk fokus blir trolig hvilken betydning dette får for tillit og samarbeid i den terapeutiske relasjonen, og dersom alliansen fungerer og terapeuten blir en tilknytningsperson for Nils, blir det sentralt hva arbeid med denne erfaringen kan gjøre med hans forutinntatthet overfor andre mennesker.

Tove er 45 år og bor alene. Hun er ensom og deprimert. Hun ønsker seg en livsledsager, men opplever det vanskelig å være i relasjoner over tid. Hun har tidligere hatt mange forhold som har vært intense, men av kort varighet. Forholdene har enten tatt slutt fordi mennene ikke orket hennes store følelses- og humørmessige svingninger, eller fordi hun selv har kommet frem til at de, selv om hun først trodde de var perfekte, egentlig var selvopptatte og egoistiske. Hun tenker svært mye på hvorfor hun stadig velger feil menn, og bekymrer seg for at hun aldri skal finne en å dele livet med. Når disse tankene gjør, at hun føler seg ekstra deprimert og alene, oppsøker hun tilfeldige menn på byen, noe hun etterpå angrer på.

Tove har en negativ automatisk tanke om at hun aldri vil finne noen å dele livet med. En terapeut med en metakognitiv tilnærming vil, i stedet for å ha fokus på denne tanken, vektlegge Toves grubling og bekymring over tanken som prosesser som tillegger den betydning. Terapeuten vil vurdere det som virksomt at Tove får innsikt i egne metakognitive ideer (som for eksempel kan være troen på at hun vil finne årsaken til at hun velger feil menn hvis hun grubler over det og troen på at hun er ute av stand til å la være å bekymre seg for at hun aldri skal finne en partner) og mestringsstrategier (som for eksempel det at hun unngår grubling og bekymring ved å gå inn i uoverveide relasjoner til tilfeldige menn), for derved å kunne endre dem.

Tove opplever det vanskelig å være i relasjoner over tid, noe som også kan bli en utfordring for den terapeutiske relasjonen. Innenfor mentaliseringsbasert terapi vil derfor det at hun hjelpes til å være i relasjonen således kunne tenkes å være virksomt i seg selv. Terapeuten vil vektlegge å mentalisere overføringen, blant annet ved å hjelpe Tove til å bli interessert i hans sinn, og oppdage at han ikke nødvendigvis tenker på samme måte om henne som hun gjør selv. Dessuten vil terapeuten gjøre aktivt bruk av sine motoverføringer, hvilke følelser hun fremmer i ham, i samhandlingen med Tove. Flere av Toves kjæresten har gått fra henne på grunn av hennes store svingninger i følelser og humør. Dette kan tyde på at Tove har vansker med å regulere følelsene sine, at de lett blir overveldende for henne. Her vil terapeutens evne til å hjelpe henne

med følelsesregulering, blant annet ved å øke og senke temperaturen etter behov i timen og å flytte fokus mellom tanker og følelser, selv og andre, kunne bidra til en endring. Tove ser ut til å ha lav mentaliseringsevne, i hvert fall knyttet til romantiske relasjoner, noe som kommer til uttrykk som en manglende evne til å ta sine partners perspektiv. Terapeuten blir en rollemodell, som ved å være nysgjerrig og ikke-vitende kan hjelpe Tove til å bli mer nysgjerrig på seg selv, på terapeuten og på de relasjonene hun inngår i. Ved å øke hennes mentaliseringsevne, vil hun kunne bli bedre i stand til å håndtere både sine emosjoner og sine relasjoner.

Terapeutiske intervensjoner

Metakognitiv terapi har et uttalt siktemål om at pasienten innledningsvis gjennom psykoedukasjon skal sosialiseres til tankegangen terapatilnærmingen bygger på. Tilnærmingen synes videre å basere seg på nøye spesifiserte fremgangsmåter (Fisher & Wells, 2009). Øvelser og nye, mer hensiktsmessige strategier skal trenes både i timene og som hjemmelekser. Mentaliseringsbasert terapi vektlegger, som nevnt, terapeutens holdninger heller enn teknikk. Intervensjonene i mentaliseringsbasert terapi handler derfor om hvordan terapeuten best kan formidle empati, engasjement og et ikke-vitende og ikke-dømmende perspektiv, mentalisere selv og legge til rette for pasientens mentalisering. Terapeuten vil ved sine intervensjoner forsøke å møte pasienten "der pasienten er" og være opptatt av det pasienten er opptatt av. Tilnærmingene har likevel til felles en tanke om at det er nødvendig å utfordre pasientens feilaktige oppfatning om at virkeligheten er slik den er i hans tanker.

Sigrid, en 30 år gammel kvinne, sliter med å delta i sosiale situasjoner hvor det er mennesker hun ikke kjenner fra før. Hun føler at alle ser på henne, noe som gir henne opplevelsen av ikke å klare å oppføre seg normalt. Hun føler at hun fremstår klossete og at hun stotrer når hun snakker, og hun tenker at alle legger merke til det og synes hun er rar. Hun unngår helst sosiale sammenkomster, og hvis hun er nødt til å gå, for eksempel i jobbsammenheng, tenker hun alltid nøye gjennom hva hun skal si i forkant, og etterpå går hun gjennom alt hun har sagt og gjort for å finne ut om noe av det eksempelvis kunne misforstås eller såre noen.

Sigrid ser ut til å ha en positiv metakognitiv idé om at det å gruble i forkant over hva hun skal si og i etterkant over hva hun har sagt, er fordelaktig ved at det gjør henne forberedt og etterpå lar henne få visshet i at hun ikke har sagt

eller gjort noe dumt. Samtidig er det ikke usannsynlig at hun har en negativ kognitiv idé om at hun ikke ville klare å la være å gruble og bekymre seg, og det er heller ikke utenkelig at hun merker at grublingen er plagsom og tidkrevende og kan frykte at den er skadelig for henne. For Sigrid kan det eksempelvis være tanken om at hun ikke håndterer å forholde seg til mennesker hun ikke kjenner som trigger grubleprosessen, og at prosessen opprettholdes av de nevnte positive og negative metakognitive ideene. Eventuelle teknikker hun benytter for å slippe unna grubleprosessen, som for eksempel å tenke på noe annet, må også adresseres.

Basert på vignetten ser det ut som at Sigrid i stor grad fokuserer på ytre trussel, i form av at hun opplever at andre ser på henne, og indre trussel idet hun selv blir fylt av angst, og muligens fortolker dette som at det er reell fare. Terapeuten kan intervensere på Sigrids uhensiktsmessige oppmerksomhetsstrategi med ulike treningsoppgaver for å oppøve kontroll over sin egen oppmerksomhet, slik at hun kan rette oppmerksomheten bort fra seg selv og sin egen tilstand over til omgivelsene, og dessuten flytte oppmerksomheten fra trusselstimuli mot den store andelen av nøytrale stimuli i omgivelsene og seg selv.

En viktig terapeutisk teknikk vil være å utfordre Sigrids positive metakognitive ideer ved sammen å se på hvilke bevis som finnes for effektiviteten ved det å gruble i forkant i forhold til å øke sannsynligheten for at hun opplever å håndtere den sosiale situasjonen. Både fordeler – for eksempel følelsen av trygghet i situasjonen – og ulemper – for eksempel tidsbruk og begrenset sosialt liv – ved grublingen må tas i betraktning, og dersom ulempene overgår fordelene, kan terapeuten og Sigrid sammen prøve å identifisere alternative måter å oppnå fordelene på. Sigrids negative metakognitive tanker om at grublingen er ukontrollerbar vil også måtte utfordres av terapeuten, for eksempel ved hjelp av et bekymringsutsettelseseksperiment eller ved å lære å benytte “detached mindfulness”. En forutsetning for det siste er at Sigrid forstår at tankene hennes ikke nødvendigvis stemmer overens med virkeligheten. Det at hun føler at alle ser på henne betyr ikke at de gjør det, og det at hun opplever at hun oppfører seg klossete og stotrer betyr ikke at andre reagerer. Ved å komme over fra objektmodus til metakognitivt modus, vil Sigrid dermed kunne oppleve at hun selv velger hvordan hun vil forholde seg til tankene sine.

En mentaliseringsbasert terapeut sitt utgangspunkt vil være å være nysgjerrig på og utforskende i forhold til Sigrids opplevelse av sin situasjon og hva hun selv tenker det vil være nyttig å jobbe med. Dette fordi terapeuten er tydelig på ikke å være tankeleser og at Sigrid er den som vet hva som er best for seg.

Terapeuten ville bruke markert speiling av Sigrids frustrasjon over å føle seg klossete, stotrende og rar, for på denne måten å få henne til å føle seg forstått. Gjennom dette tydeliggjøres at følelsene er Sigrids og ikke overveldende for terapeuten. Det er også terapeutens oppgave å passe på at Sigrid verken får for høy eller lav emosjonalitet i timene.

Terapeuten ville være aktivt deltakende i prosessen og dele av sine tanker om det Sigrid har fortalt, for eksempel at det å gå gjennom “replikkene” sine både i forkant og etterkant av en sosial sammenkomst høres slitsomt og kjedelig ut, uten å gjøre krav på at dette er den eneste riktige måten å tenke om det på. Dersom terapeuten og Sigrid har ulike synspunkter, kan disse utforskes i fellesskap. Sigrid kan på denne måten bli klar over at alle ikke tenker likt som henne, altså en utfordring av den psykiske ekvivalensen. Terapeuten kan, som en representant for mennesker pasienten ikke kjenner personlig, formidle sine inntrykk av pasientens fremtoning, og undersøke hva pasienten tenker om at hun ikke oppfattes av andre slik hun oppfatter seg selv, altså mentalisering av overføringen. Terapeuten kan utfordre pasientens oppfatning ved hjelp av spørsmål om hvordan hun kan vite at andre tenker som de gjør og om det er mulig at de tenker noe helt annet.

Det vil være naturlig for terapeuten å bruke seg selv aktivt også ved for eksempel å undersøke hvorvidt Sigrid forbereder seg på samme måte før terapitimene som ved sosiale sammenkomster, og om hun tenker gjennom samtalen på samme vis etterpå. Enten Sigrid betrakter terapitimene på samme måte som hun betrakter andre sosiale situasjoner eller ikke, vil dette være et interessant tema for utforskning. Nysgjerrige og ikke-dømmende spørsmål om hva som gjør at hun tenker annerledes om terapisisituasjonen, hva som gjør at hun ikke føler samme behov for forberedelse før timene, og hvordan hun opplever det å ha snakket mye med terapeuten uten å ha forberedt seg eller å tenke gjennom utsagnene etterpå, vil kunne sette i gang tankeprosesser hos pasienten. I motsatt fall kan terapeuten utforske hva det gjør for samhandlingen at pasienten opplever terapitimene som en prestasjonssituasjon, hvordan det oppleves dersom terapeuten velger et annet fokus enn det pasienten har forventet og forberedt seg til, og hva som ville skjedd dersom hun ikke hadde forberedt seg.

Terapeuten vil være oppmerksom på eventuelle svikt i mentaliseringen. I tillegg til Sigrids psykiske ekvivalens, kan det tenkes at hennes følelse av å bli evaluert i sosiale situasjoner vil resultere i en opplevelse av å bli evaluert også av terapeuten. Terapeuten ville trolig kunne merke et ønske fra Sigrid om å være en “flink” pasient som at hun var opptatt av å si de “riktige” tingene, noe

som lett kunne føre til pretend mode (“psykobabbel”). Slike mentaliserings-
svikt ville terapeuten måtte adressere ved for eksempel å stoppe opp og “spole
tilbake” til der mentaliseringsevnen sank.

Egenskaper ved pasienten – inklusjonskriterier

Både innen metakognitiv og mentaliseringsbasert terapi har man en tanke om at metoden er uspesifikk og kan benyttes på ulike psykiske lidelser. Metakognitiv terapi har i tillegg modeller for spesifikke lidelser, for eksempel generalisert angstlidelse, tvangslidelse og posttraumatisk stressyndrom. Tanken er at man starter generelt, og eventuelt kan tilpasse med en spesifikk modell senere i prosessen (Fisher & Wells, 2009). Mentaliseringsbasert terapi på sin side er i hovedsak utviklet for å behandle borderline personlighetsforstyrrelse (Allen et al., 2008), og kan således tenkes å være særlig egnet for lidelser hvor pasienten har vansker med å inngå i relasjoner. Basert på tilgjengelig litteratur kan det se ut som at de to tilnærmingene i noen grad konsentrerer seg om ulike pasientpopulasjoner. Pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse er underregulerte og blir lett overveldet av sin egen affekt (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2007). Pasienter med eksempelvis generalisert angstlidelse eller tvangslidelse kan vurderes å være rigide og overregulerte. Dersom vi følger denne tenkemåten, kan vi våge påstanden om en mer grunnleggende forskjell mellom de to tilnærmingene: Det kan dermed se ut som at de i hovedsak er innrettet mot pasienter med ulike problemer i forhold til affekt. Samtidig kan det klinisk være sentralt å være oppmerksom på at pasienter som vurderes som underregulerte i bestemte situasjoner kan fremstå overregulerte. Hensiktsmessigheten av å ha en klinisk modell som er fleksibel og allmenn bør slik fremheves. Sammenlikninger av modeller av den karakter som gjøres her kan bidra til en klinisk fleksibilitet som kan fange opp det mangfold av psykisk fungering en også finner innenfor en diagnosekategori.

En forutsetning for at en pasient skal ha utbytte av mentaliseringsbasert terapi, er såkalt “psychological mindedness”, som Farber (1985) definerer slik: “Essentially, psychological-mindedness may be considered a trait which has at its core the disposition to reflect upon the meaning and motivation of behavior, thoughts, and feelings in oneself and others.” (p. 170). Dette betyr at psychological mindedness fungerer som utgangspunkt for å være i stand til å mentalisere, og man kan argumentere for at det også er en forutsetning for metakognisjon. Hvorvidt dette trekket er noe pasientene må ha i utgangspunktet for å være i stand til å nyttiggjøre seg terapien, altså et inklusjonskriterium, eller noe man kan oppøve i terapiforløpet, er et vanskelig spørsmål

som Allen et al. (2008) kommenterer på følgende måte: “Focusing on mentalizing in treatment faces a “catch 22”: to participate in treatment and to benefit from it, the patient must mentalize; yet many patients who seek treatment have substantial impairments in mentalizing capacity.” (p. 6). For øvrig kan det synes som at terapeuten innen mentaliseringsbasert terapi forsøker å tilpasse seg pasientens grad av mentalisering, mens man i metakognitiv terapi i større grad ønsker å sosialisere pasienten til terapeutens tenkemåte. Både metakognitiv tankegang og mentalisering er krevende prosesser, og man kan spekulere i om de ikke begge krever et visst nivå av intellektuell og språklig fungering, samt evne til abstraksjon, av pasientene.

Tabell 3

Sammenholdelse av metakognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi

	Metakognitiv terapi	Mentaliseringsbasert terapi
Årsak til utvikling og/eller opprettholdelse av psykopatologi	Grubling, bekymring, trusselmonitorering, uhensiktsmessige mestringsstrategier.	Lav mentaliseringsevne.
Hva anses som de virksomme mekanismene?	Prosess heller enn innhold. Indre prosesser: fokus på personen. Overordnet blikk, ikke detaljer. Pasient komme i metakognitivt modus.	Prosess heller enn innhold. Indre og interpersonlige prosesser: fokus på personen selv og relasjoner. Overordnet blikk, ikke detaljer. Relasjon, tilknytningsforhold. Økt evne til mentalisering.
Terapeutiske intervensjoner	Sosialisering ved psykoedukasjon. Modifisere metakognitive prosesser og ideer, modifisere ugunstige oppmerksomhets- og mestringsstrategier. Konkrete teknikker: Bekymringsutsettelse, Attention Training Technique, Detached mindfulness.	Ikke-vitende perspektiv. Holdning heller enn teknikk. Være en mentaliserende rollemodell. Fokus på følelser og “her og nå”. Aktiv bruk av overføringer og motoverføringer.

Type lidelse	Generalisert angstlidelse, tvangslidelse, depresjon, PTSD.	Borderline personlighetsforstyrrelse, tilknytningstraume, relasjonsproblemer.
Egenskaper ved pasienten Inklusjonskriterier	Psychological mindedness. Intellektuell og språklig fungering.	Psychological mindedness. Intellektuell og språklig fungering.
Suksesskriterier	Redusert grubling og bekymring.	Økt mentaliseringsevne, bedret emosjonsregulering, bedrede relasjoner.

Note. Basert på Karterud og Bateman (2010), Fisher og Wells (2009), Wells (2009) og Allen et al. (2008).

Avsluttende kommentarer

I denne artikkelen har vi undersøkt hvordan metakognitiv terapi og mentaliseringsbasert terapi forholder seg til visse relativt universelle eller ateoretiske temaer for psykoterapi, som forståelse av utløsende og opprettholdende faktorer for psykopatologi, tanker om hvilke mekanismer som er virksomme i terapi, hvilke terapeutiske intervensjoner som vil ha best effekt og hvordan et positivt utfall av behandlingen vil arte seg. Den metodiske fremgangsmåten som er benyttet i denne artikkelen har som fortrinn at den fanger opp felles trender i psykoterapi. Dette er interessant fordi man ved å sammenligne to terapitilnæringer kan se om det er graden av likhet eller graden av forskjell som dominerer.

Det som fremstår som den mest iøynefallende likheten, er at begge tilnærmingene har et fokus på tanker om tanker (og følelser) og hvordan man forholder seg til disse, det å være i stand til å ha en reflekterende, fleksibel og ikke-dømmende distanse til egne tanker, samt å forstå at ens tanker ikke er virkeligheten og ikke nødvendigvis sannheten, men kun ens egen fortolkning av verden. Begge tilnærmingene er også mer opptatt av prosess enn av innhold – at pasientens bedring har en sammenheng med å endre ugunstige prosesser til mer fruktbare prosesser – noe som skiller dem klart fra sine respektive opphav.

Imidlertid kan det se ut som at mens metakognitiv terapi synes nesten utelukkende fokusert på pasientens indre liv, hans tanker og måter å forholde seg til dem på, er man i mentaliseringsbasert terapi både opptatt av pasientens

tanker og følelser, hans relasjoner til andre mennesker og hans forståelse av andres indre liv. Mens metakognitiv terapi i stor grad legger opp til et velregulert og pedagogisk behandlingsopplegg, med øvelser og hjemmelekser, har mentaliseringsbasert terapi færre på forhånd opptrukne retningslinjer. Prosessen mellom de to partene "her og nå" i terapirommet er det viktigste.

Det fremstod som overraskende at fokuset på prosess fremfor innhold, i motsetning til først antatt, ikke var et utvetydig likhetstrekk mellom tilnæringene, da det kan synes som at betydningen som tillegges ordet prosess er ganske ulik. Mens det i metakognitiv terapi handler om pasientens metakognitive prosesser, som kan være ugunstige og et uttalt mål å endre, er det i mentaliseringsbasert terapi samspillsprosessen mellom terapeut og pasient som er sentral og vil kunne ha en gunstig effekt på pasientens liv utenfor terapien.

Avslutningsvis må det bemerkes at sammenligningen av de to tilnærmingene i denne artikkelen er basert på skriftlige beskrivelser av praksis, og ikke gjort på bakgrunn av terapitilnærmingene i faktisk anvendelse. Det vil være av interesse at videre studier går opp ett nivå i konkretisering, og eksempelvis tar for seg videoopptak av terapitimer, noe som vil medføre at de i enda større grad vil kunne sammenligne den faktiske terapeutiske praksis.

Referanser

- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practise*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Björgvinsson, T., & Hart, J. (2006). Cognitive behavioral therapy promotes mentalizing. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Farber, B. A. (1985). The genesis, development, and implications of psychological-mindedness in psychotherapists. *Psychotherapy*, 22(2), 170-177. doi: 10.1037/h0085490.
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy*. London: Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2007). *Affektregulering, mentalisering og selvets utvikling*. København: Akademisk forlag.
- Jørgensen, C. R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy: Searching for common factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21(4), 516-540. doi: 10.1037/0736-9735.21.4.516
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 95-105. doi: 10.1037/0022-006X.54.1.95
- Rosenzweig, S. (1936/2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5-9. doi: 10.1037//1053-0479.12.1.5

- Stein, H. (2006). Does mentalizing promote resilience? In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 307-326). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Wachtel, P. L. (2010). Psychotherapy integration and integrative psychotherapy: Process or product? *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(4), 406-416. doi: 10.1037/a0022032
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders & metaconition. Innovative cognitive therapy*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 651-658. doi: 10.1017/S1352465808004803
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.

Abstract

Solveig Lønberg Birkeland: A comparative and exploratory study of metacognitive therapy and mentalization-based therapy by use of clinical illustrations.

This study is a comparison of metacognitive therapy (MCT) and mentalization-based therapy (MBT). Triggering and maintaining factors of psychopathology, therapeutic techniques and the effective mechanisms of psychotherapy are explored by use of clinical illustrations. MCT and MBT share a preoccupation with the patient's thoughts about his thoughts and how he relates to and interprets them. They preoccupy with processes rather than content. It appears that MCT focuses exclusively on the patient's thoughts and interpretations of them, i.e. internal metacognitive processes, while MBT preoccupies with both the patient's thoughts, emotions, relationships, and understanding of other's mental states.

Keywords: Metacognitive therapy, mentalization-based therapy, comparative studies

Boganmeldelser

Psykoanalyse – et videnskapsteoretisk perspektiv

René Rasmussen

Forlaget Drift, 2010

Matrix, 2011; 3, 243-245

Anmeldt af Anders Zachrisson

Freud mente at mange menneskelige problemer *måske /har/ en biologisk side, men de er i høyere grad determineret av klientens forhold til sproget ...* (s 9). Freud fastholdt naturvitenskapens krav om å finne årsaksforklaringer på forskjellige fenomener, også de psykiske. Samtidig utviklet han med psykoanalysen en fortolkningspraksis som prøver å forstå den menneskelige subjektivitet og dens forhold til språket. Den psykoanalyse som Freud utviklet befinner seg altså i et spenningsfelt mellom naturvitenskapelig og humanistisk tenkning, mellom kropp og språk.

Dette er Rasmussens utgangspunkt for en fremstilling av psy-

koanalysen i et vitenskapsteoretisk perspektiv. Formatet er overkommelig, 130 sider fordelt på fire kapitler. Det første omhandler sider ved Freuds utvikling av psykoanalysen og har rubrikken *Oppdagelsen av det ubevidste*. Hovedbegrepet i fremstillingen er altså det ubevisste, som Freud riktignok ikke *oppdaget*, det var en del av den intellektuelle, europeiske diskurs i annen halvdel av 1800-tallet (konf von Hartmanns *Philosophie des Unbewussten* fra 1869. Freud utsetter ham for en feilerindring, som han også analyserer, i *Hverdagslivets Psykopatologi*), men Freud løftet begrepet fra et deskriptivt til et strukturelt og dynamisk nivå. Vi får en innføring i det

Anders Zachrisson, Førsteamanuensis, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. E-mail: anders.zachrisson@psykologi.uio.no

ubevisstes dannelser, forsnakkelsen, vitsen, feilhandlingen og symptomet. Videre nevnes drømmen, gjentagelsen og seksualiteten som traume. Det ubevisste blir så, med en Lacan-inspirert formulering, oppfattet som en åpning eller et gap i bevisstheten, som altså ikke *er herre i sitt eget hus*. Kapittelet avsluttes med en avdeling om Freuds ønske om å være vitenskapelig. Ganske kortfattet drøfter Rasmussen Freuds utgangspunkt som nevrolog og hans voksende problemer med kroppslig/nevrologisk å forankre de begreper han utviklet. Som kjent oppgav ikke Freud en slik ambisjon og håpet at fremtidig forskning skulle gjøre en slik forankring mulig. Erik Kandels invitasjon i 1999 til psykoanalysen som medspiller i fronten av nevrofysiologisk forskning ville nok gledet ham.

Det andre kapittelet heter *Kritik af psykoanalysens (Freuds) 'videnskabelig'*. Der presenteres Poppers krav om vitenskapelig falsifiserbarhet, Grünbaums kritikk og den behavioristisk-kognitive kritikk. Ut fra sin kritiske rasjonalisme avfeier Popper psykoanalysen som vitenskap. Han sammenligner den med myter ved at den kan forklare stort sett alt – og derfor forklarer den intet. Rasmussen peker på svakheter i Poppers argumentasjon, særlig at psykoanalytisk teori ikke gjør krav på universelle forklaringer og at

dets begreper er hypoteser for arbeidet med å forstå den enkelte pasient, og at de i den forbindelse også kan forkastes dvs. falsifiseres(!).

Grünbaum, som for øvrig avviser Poppers kritikk, kritiserer (den senere) Freud for å ha forlatt kravet om en overensstemmelse mellom teorien bak behandlingen og behandlingsforløpet, en overensstemmelse som i følge Grünbaums induksjonistiske vitenskapsideal er nødvendig for en vitenskap. Rasmussen fremhever inkonsistenser i Grünbaums utlegning av Freud, særlig hans neglisjering av den rollen språket spiller i psykoanalysen.

Den behavioristisk-kognitive kritikken er naturligvis at psykoanalysen ikke oppfyller vitenskapelige krav til eksperimentell prøvbarhet. Rasmussens sentrale motargument mot kritikken er at den bygger på en fordreid oppfattelse ikke bare av hva psykoanalysen omhandler, men også av en meget forenklet oppfattelse av den menneskelige natur; mennesket som et stimulus-responsstyrt, biologisk vesen. Det er et standpunkt som Rasmussen definitivt ikke gouterer. Hans siste kapittel, *Biologisme – en kritik av videnskapen*, er da også et konsentrert oppgjør med ulike sider ved et slikt menneskesyn. Og hans horisont for dette oppgjøret er psykoanalysen, særlig i den franske, lacanske utformningen.

Forfatterens hovedsakelig franske

ståsted er også tydelig i det tredje kapittelet, *Psykoanalytiske retninger etter Freud*. De tre retninger som presenteres er den hermeneutiske, den 'strukturalistiske' og den kognitive eller nevro-psykoanalysen. Det sentrale navn i avdelingen om hermeneutisk psykoanalyse er Ricœur, i den 'strukturalistiske' Lacan og i den kognitive eller nevropsykoanalytiske avdelingen Bowlby og Solms & Turnbull. For den leser, som ikke har dette ståsted, kan vinklingen på psykoanalysen etter Freud overraske, all den stund egopsykologien, selvpsykologien, objekt-relasjonsmodellene og Klein og, fra de siste desenniene, den relasjonelle vending, ikke er med i historieskrivningen. Det får så være. Rasmussens faglige base er litteraturvitenskap og Lacans psykoanalyse. Og det er fornuftig å skrive om det man kan noe om.

Nu vil den faglige bakgrunnen uunngåelig prege fremstillingen, og boken har nok et visst abstrakt 'skrivebordspreg'. Den aktuelle vitenskapsteoretisk rettede debatten i engelskspråklige analytiske tidsskrifter er, med ett unntak, ikke represen-

tert. Spørsmålet er jo om ikke psykoanalysens vitenskapelige fremtid avgjøres i nærkamp med kliniske problemstillinger heller enn ved skrivebordet. Hva er et klinisk faktum? Hvordan kan vi styrke det intersubjektive moment ved de kliniske observasjoner, som med nødvendighet er farvet av analytikerens subjektivitet? Hvordan sikrer vi den psykoanalytiske relevansen hos systematiske observasjoner utenfor det analytiske behandlingsrom? Etter min mening reiser slike spørsmål komplekse teoretiske og vitenskapsfilosofiske problem. Og arbeidet med slike problem må ta høyde nettopp for den dobbelte natur som preger psykoanalysens menneske; samtidig å være kropp og språk.

Fremstillingens blanding av relativt abstrakt kompleksitet og skjematisk, og derfor ofte forenklende, oversikter gjør, at det ikke er så lett å angi den primære lesekreten for boken. Kanskje er det den leser som på forhånd har et visst kjennskap til psykoanalysen og ønsker en kortfattet innføring i fransk psykoanalyse betraktet med vitenskapsteoretiske briller.

Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed? Refleksioner fra almen praksis

Lotte Hvas, John Brodersen og Birgitta Hoveliuss (red).
Månedsskrift for praktisk lægegering

Matrix, 2011; 3, 246-248

Anmeldt af Claus Wegge

Titlen i sig selv er en provokation. Vi forestiller os jo netop, at det er sundhedsvæsenet, der skal gøre os raske. Sundhedsvæsenet skal også vejlede og behandle os til bedre sundhed. Så hvordan kan sundhedsvæsenet være medvirkende til at frembringe usundhed? Det gennemgår bogens forfattere grundigt og giver en hel del eksempler på.

Der er i øjeblikket en del fokus på fordele og ulemper ved screening og behandling. Derfor kan emnet ikke være mere relevant. Der går ikke en dag, uden vi i medier får at vide, at nu er det bevist, at dette eller hint er skadeligt eller sundt for os. Vi skal gå til forebyggende undersøgelser, vi skal deltage i screening for visse sygdomme, vi skal spise sundt og nedbringe vores ko-

lesteroltiltal. Vi skal også tage medicin for at nedsætte kolesteroltallet. Der er altså mange anbefalinger og tilbud om sundhedsforebyggende medicinske behandlinger.

Bogen er et resultat af arbejdet i Nordic Risk Group, som er et netværk af praktiserende læger fra de nordiske lande. Lægerne har arbejdet for en bæredygtig og ansvarlig almen medicin specielt med henblik på risikotænkning i sundhedsvæsenet. Der er artikler fra en lang række specialister i almen praksis fra alle de nordiske lande.

Bogen er opdelt i hovedsagelig tre afsnit. Der indledes med begreber og teorier som medikalisering, medicinsk kolonisering og kommercielt udnyttelse af menneskekroppen. Her beskrives blandt an-

*Claus Wegge, praktiserende læge, 2920 Charlottenlund, Danmark.
E-mail: dauswegge@webspeed.dk*

det det paradoks, at forebyggelse af sygdom kan medføre utryghed og angst.

Bogen diskuterer, at der synes at ske en udvidelse af det medicinske område, således at symptomer bliver til behandlelig sygdom. F.eks. nævnes psykisk uligevægt, stress, nedtrykthed, rynker og potensproblemer som eksempler på symptomer, hvor der i dag kan tilbydes medicinsk behandling.

Derefter gennemgås baggrunden for, hvilken videnskabsteori der bygges på. Her reflekteres over, at videnskabelig evidens ikke nødvendigvis er værdifrit, men skabt, og at dette kolliderer med den gængse opfattelse inden for biomedicinsk forskning om videnskabelig objektivitet. Endvidere diskuteres den praktiserende læges forskellige roller i konsultationen, og hvordan uønskede impulser fra industri, forskning og organspecialister kan gøre sig gældende. I vore dage oplever de praktiserende læger, at patienterne i stigende grad går til lægen, mens de er raske.

Undersøgelser med sammenligninger fra forskellige landes investeringer i sundhedsvæsenet har vist, at der synes at være et optimalt niveau for investering. Ved lave investeringer i sundhedsvæsenet er der et lavt helbreds niveau. Ved yderligere investering stiger helbreds niveauet, indtil en ikke nærmere defi-

neret grænse, hvorefter yderligere investering i sundhedsvæsenet vil medføre lavere helbreds niveau.

I 2. del gennemgås en lang række eksempler på medikalisering og risikotækning. Der gennemgås flere eksempler på forebyggelse af hjerte og karsygdomme. Der er også flere artikler med diskussion af fordele og ulemper af screening. Endelig berøres det faktum, at det åbenbart har været nemmere at medicinere kvinder end mænd.

Her skal to vigtige artikler gennemgås:

A: Screening for brystkræft ved hjælp af mammografi gennemgås. Hvis vi tænker os 2000 kvinder, der følger mammografiscreeningsprogrammet i 10 år, så vil én kvinde undgå at dø af brystkræft. Men ti kvinder vil unødvendigt blive betragtet som kræftpatienter. De vil få fjernet en del af brystet eller hele brystet. De vil ofte også få strålebehandling og måske kemoterapi. Derudover vil 200 kvinder få en falsk alarm. Dvs. mammografien vil udpege dem til flere undersøgelser. Det kan være, de skal have fjernet et vævsstykke for at kunne afgøre, om det er kræft eller ikke. Det vil for de 200 kvinder medføre angst, bekymring, modløshed og andre symptomer som søvnbesvær, ændring i kontakt til familie, venner eller bekendte og nedsat sexlyst.

Det er altså ikke uden omkostninger at redde den ene kvinde fra at dø af brystkræft.

B: Et andet eksempel er prænatal screening for Downs syndrom. Her tilbydes gravide en nakkefoldsmåling, samtidig med at man måler i blodet, hvor højt et niveau der er for to forskellige hormoner. Ud fra kvindens alder og disse målinger kan man så udregne en risiko for, at kvinden bærer et barn med Downs syndrom. Det kan f.eks. være 1:800. Hvis der er lav risiko, vil man ikke tilbyde kvinden flere undersøgelser, men hvis risikoen bliver større, f.eks. 1:200, kan man tilbyde en nøjagtig undersøgelse med en fostervandsprøve. Der er bare det ved det, at kvinden, der bliver undersøgt med fostervandsprøve, risikerer at abortere barnet som følge af undersøgelsen. Risikoen er ca. 1:100. Men det medfører i screeningsprogrammet, at hver gang man opdager et barn med Downs syndrom, så risikerer to ellers raske kvinder at abortere deres ellers normale barn. Lignende udregninger gennemgås for screening for tarmkræft og forebyggelse af osteoporose.

Sidste del handler om risikotænkning set fra den praktiserende læges perspektiv, og hvilke problemer lægen har ved at forklare raske personer om risiko. Endvidere diskuteres nocebo, dvs. hvordan negative forventninger kan forstærke ubehagelige sygdomsoplevelser og fremkalde sygdomsfølelse.

“Først og fremmest ikke skade”. Således lyder en del af den Hippokratiske ed. Men som vist i bogen kan enhver medicinsk indgriben have uønskede effekter, der i sidste ende kan gå ud over sundheden. Lægerne har i tiltagende grad et venteværelse, der er fyldt med raske mennesker. Det er mennesker, der bliver behandlet eller undersøgt for at sikre sig mod fremtidig sygdom.

Bogen kan i høj grad anbefales. Det er ikke kun en bog for praktiserende læger, men en bog for alle i sundhedsvæsenet. Specielt psykologer vil finde bogen interessant, da bogen berører, hvordan sundhedsvæsenets behandlinger og undersøgelser kan fremkalde angst og forestillinger om sygdom.

Billedsprog – fortællinger i ord og billeder, en genvej til sindet

Anette Graversen

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2010

Matrix, 2011; 3, 249-251

Anmeldt af Ulrik Haahr

Der er kommet en fin lille bog, *Billedsprog – fortællinger i ord og billeder, en genvej til sindet*. Bogen er skrevet af ledende ergoterapeut Anette Graversen fra Psykiatrisk afdeling Middelfart. Den handler primært om en bestemt billedterapeutisk metode, som forfatteren har benyttet sig af siden 1998. Den baserer sig på i alt 65 cases, hvoraf nogle er refereret i bogen. Den indledes ved et forord skrevet af tidligere ledende psykolog ved Sankt Hans Hospital Birgitte Brun, som udover at anbefale bogen også kort resumerer udviklingen i de forskellige kreative terapier, som tidligere fyldte en del inden for psykiatrien, men som desværre efterhånden er blevet væsentligt nedprioriteret. I et lille efterskrift anbefaler professor Alice Theilgaard også bogen. Man kan

kun være enig i de to forfatteres synsvinkler. Det er en velskrevet lille bog, som vækker eftertanke.

Forfatterens materiale er primært patienter fra det Gerontopsykiatriske afdeling i Middelfart, men der er dog andre eksempler med forløb med yngre patienter. Udgangspunktet har således været depressive ældre patienter, som havde meget vanskeligt ved at give udtryk for deres problemer og sætte ord på deres følelser og tanker. Nogle har været psykotiske, plaget af hallucinationer, andre har været tydeligt i sorg- og krisereaktioner. Referencerammen for terapien bliver desværre ikke helt tydeligt beskrevet. Det fremgår dog, at udgangspunktet er hermeneutisk, ligesom en væsentlig inspirator har været Winnicott. En anden indgangsvinkel har været

Ulrik Haahr, overlæge, klinisk forskningslektor, Kompetencecenter for debuterende psykose, Psykiatrien Roskilde, Smedegade 10,1., 4000 Roskilde, Danmark

den narrative eksemplificeret ved Michael White. Endelig indgår eksistentiel terapi, belyst ud fra Emmy van Deurzen-Smith og andre. Det teoretiske udgangspunkt er således ikke klart beskrevet.

Til gengæld er de enkelte terapi-forløb velbeskrevne. Den terapeutiske metode er ganske enkel. Det drejer sig om korttidsterapi, der aftales et forløb på 4 gange i alt, en gang om ugen, en ½ time hver gang. Efter en forsamtale starter selve terapien som kaldes billedsprog. Med i sessionerne er endvidere en kontaktperson. Ud fra nogle indledende spørgsmål afdækkes et bestemt tema, og det interessante er, at det nu er terapeuten, som rent faktisk laver de tegninger, som kommer til at bære dette billedsprog. De første tegninger laves efter første terapitime, og præsenteres over for patienten ved den næste samtale. På denne måde hjælpes patienten til at udtrykke det, som er meget svært ellers, spejlet gennem terapeutens arbejde. Ved de følgende sessioner tegner terapeuten sammen med patienten, og tegningerne bliver således udtryk for den dialog, der opstår omkring de første tegninger. Det er i sidste ende patienten, der afgør, om tegninger og ord skal indgå i billedsproget. Det er dog også muligt for patienten selv at tegne noget. Hele tiden søges der feedback fra patienten, om

det nu er den fortælling, der skal fortælles.

Denne metode har naturligvis sine problematikker, og der redegøres da også kort for dette, specielt det, at det ikke skal være terapeuten, der forfører patienten til at udtrykke noget, som der ikke er belæg for, så det kræver en meget høj grad af empati og refleksion hos terapeuten at undgå disse faldgruber. Etikken og sikkerheden omkring terapien er højt vægtet, men desværre er det ikke mere teoretisk beskrevet, hvad problemerne er i denne specielle form. Det meste af bogen er referater og tegninger fra terapiforløb. Det fremgår her meget klart, hvordan relationen mellem terapeut og patient udfolder sig, og hvordan det lykkedes terapeuten i de fleste tilfælde at hjælpe patienten videre med at udtrykke nogle af de følelser og tanker, patienten ellers har svært ved. Man får indtryk af en meget empatisk og indfølelse terapeut med stor respekt for patienterne. Sympatisk nok fortælles der også om forløb, som ikke lykkedes særlig godt.

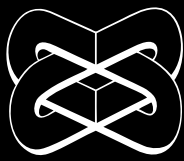
En anden ting er, at det klart fremgår, at der ikke er tale om en egentlig billedterapeutisk fremgangsmåde forstået som en kreativ terapi, hvor det er selve det kreative arbejde, der er terapeutisk. Spørgsmålet er, hvor meget der kan opnås ved denne metode frem for en me-

tode, som udelukkende er verbal. I den forstand, at tegninger kan udtrykke noget andet og mere end det talte sprog, kan det være en hensigtsmæssig måde. Der er også andre fordele, for det første kan man benytte sig af, hvad Michael White kalder eksternalisering. Det pinefulde og konfliktfyldte kan lægges uden for patientens selv og betragtes udefra, hvilket øger muligheden for ikke at blive oversvømmet af svære følelser og miste evnen til mentalisering. Et andet aspekt er muligheden for at kunne skabe et rum, hvor terapeuten så at sige kan lege sammen med patienten, hvilket blandt andet medfører, at en del af disse billedsprog nærmest bliver eventyragtige.

Denne terapiform er således udviklet specielt til depressive patienter, men det er åbenbart, at der kan være andre patientgrupper, som vil kunne have gavn af denne ind-

gangsvinkel, eksempelvis inden for børnepsykiatrien, hvor mindelser om legeterapien naturligt kommer frem. Et andet eksempel kunne være behandling af demente.

Er dette så en evidensbaseret psykoterapi, og kan vi tro på, at det rent faktisk giver mening at foretage sig noget sådant. Der foreligger desværre ikke meget videnskabeligt omkring billedterapi som helhed, som underbygger, at disse terapiformer giver mening, og at udbyttet af terapien berettiger, at psykiatriske behandlere bruger kreative indgangsvinkler i deres arbejde. Bogen her illustrerer dog meningsfyldte terapiforløb, og casestories har også sin berettigelse, når man skal vurdere en given terapiform. Indtil videre vil jeg anbefale bogen som inspirationskilde til at være mere kreativ i arbejdet med disse patientgrupper.



KONFERENCE OM NARRATIV PÆDAGOGIK

Kom og mød nogle af forfatterne til bogen
"Fra terapi til pædagogik"

Konferencen handler om, hvordan man kan bruge narrativ teori og metode i praksis, i arbejdet med børn, unge og familier. Deltagerne vil få et unikt indblik i, hvordan narrativ teori og metode kan bidrage til mere brugbare beskrivelser og flere handlemuligheder for alle involverede.

Med Steen Larsen, Allan og Anette Holmgren, Lone Kaae, Magnus Brammer, Troels Hammer, Jacob Folke Rasmussen og Martin Nevers
DISPUK, Snekkersten den 25.-26. oktober 2011
Kursusnr. 880-11

.....

NARRATIVE SAMTALER - LIVE

Allan Holmgren vil praktisere narrativ terapi en række mandage fra august 2011, hvor man kan overvære interviewet og drøfte sessionen bagefter. Forløbet hed tidligere MW eftermiddage. Start 22.8 i Snekkersten
Kursusnr. 848-11

DISPUK i Aarhus har åbnet dørene for deltagelse i narrative samtaler (terapi, supervision, coaching o. lign.) fire eftermiddage i efteråret 2011. Der vil være mulighed for at overvære dagens samtale og drøfte det bagefter.

Allan Holmgren (2 gange), Lone Kaae (1 gang) og Sidsel Arnfred (1 gang) • Start den 19.9 i Aarhus
Kursusnr. 859-11

.....

NARRATIV PRAKSIS - Modul 1

Med Anette Holmgren

Modul 1 er både for deltagere med noget kendskab til narrativ praksis, som ønsker bedre forståelse af de grundlæggende metoder og principper og for deltagere uden forkendskab til narrativ praksis. Narrativ Praksis, modul 1, er det første af 3 moduler, som tilsammen svarer til et basisår.

Snekkersten den 19.-23. marts 2012
Kursusnr. 651-12

NARRATIV TERAPI I PRAKSIS MED ALLAN HOLMGREN

Samtaler med børn, unge, voksne & familier.
3 inspirationsdage efteråret 2011 i Aarhus.

Tilbud: Tag en kollega/ven med til 1/2 pris

Tre dage hvor Allan Holmgren om formiddagen vil demonstrere den narrative praksis gennem livesamtaler med familier, unge og børn.

Workshoppens deltagere vil blive inddraget som bevidnende team i forhold til disse samtaler.

Århus 3 dage • start den 15. september 2011

Kursusnr. 897-11

.....

TRAUMEBEHANDLING I NARRATIV TERAPI

Med Allan Holmgren & Anne Romer

Introduktion til centrale aspekter i den narrative metafor relateret til narrativt traumearbejde:

- At gå fra indre tilstande til intentionelle tilstande
- At arbejde med "det fraværende men implicite" som grundfigur
- Magt- og modmagtsbegrebet i subjektiveringsprocesser - inspirationen fra den franske idéhistoriker og psykolog Michel Foucault
- Introduktion til begrebet "fornemmelse af sig selv" inspireret af den australske psykiater Russell Meares

Snekkersten den 1.-2. december 2011

Kursusnr. 824-11

.....

ALLE KAN TALE OM TRAUMER:

TRAUMEBEHANDLING I

NARRATIV TERAPI

Med Anette & Allan Holmgren

For behandlere, som arbejder med personer ramt af større eller mindre traumer som f.eks. overfald, seksuelle overgreb, mobning, dødsfald, skilsmisser, ulykker, røverier eller andre stærke oplevelser, som personerne kan have svært ved at komme sig over.

Oslo den 1.-2. september 2011

Kursusnr. 826-11

Hverdagspoetisk praksis

Samtaler, terapi, coaching, supervision, workshops, kurser & efteruddannelser

www.dispuk.dk

● GDU: 1-årig Gruppedynamisk Uddannelse - På arbejde under overfladen i gruppen

GDU henvender sig til personer med en videregående uddannelse, som i det daglige arbejder med og i grupper. Det kan fx være til psykologer, pædagoger, lærere og andre uddannelsesansvarlige, personale- og HR konsulenter, læger, sygeplejersker, socialarbejdere, ansatte ved politiet og forsvaret.

Som deltager får du en dybere forståelse af dynamikker i grupper. Du opnår en forståelse af din egen rolle og andel i grupperes processer. Du får indsigt i, hvordan du kan bruge dine personlige ressourcer i dit professionelle arbejde med og i grupper.

GDU forløber over 18 tirsdage kl. 17:00-22:00

Ansøgningsfrist 30. november 2011
Pris 25.200 kr

Holdopstart: Januar 2012.

● GAU-D: 4-årig Diplomuddannelse i Gruppeanalyse

Uddannelse til gruppeanalytiker i gruppeanalytisk psykoterapi.

Uddannelsen er for autoriserede psykologer og speciallæger i psykiatri. Undtagelsesvis optages andre faggrupper, hvis ansøgeren har tilsvarende klinisk og teoretisk erfaring. Uddannelsen er godkendt af Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Psykolog Forening som kvalificerende til Specialist i psykoterapi for børn og voksne. Den 4-årige Uddannelse kvalificerer til Certifikation som gruppeanalytiker.

Uddannelsen indeholder:

- Egenterapi i gruppe (204 timer)
- Gruppesupervision af eget gruppeterapeutisk arbejde (145 timer)
- Teoriundervisning som seminarer og forelæsninger (112 timer)
- Udarbejdelse af skriftlig opgave (10-15 sider)
- Storgruppe (32 timer)
- Åbne refleksionsmøder og plenum (8 timer)

Kandidater, der tidligere har gennemført den 3-årige GAU uddannelse, har mulighed for at tilmelde sig det 4. år, som videreuddannelse i gruppeanalytisk psykoterapi.

Ansøgningsfrist 13. oktober 2011
Pris for 1. år 38.850 kr

Holdopstart: Januar 2012.

Ansøgningskemaer kan downloades på vores hjemmeside www.iga-kbh.dk

Du er velkommen til at ringe til administrator Karima Ittaouil onsdage kl. 12.00-20.00 (bortset fra skoleferier) på tlf. 36 44 60 64 for yderligere spørgsmål omkring vore uddannelser.

● OPU: 2-årig Organisationspsykologisk Uddannelse

OPU henvender sig til ledere og konsulenter fra det private erhvervsliv og offentlige institutioner, som er interesseret i at blive bedre til at håndtere f.eks.:

- Konfliktløsning
- Ændringsprocesser i organisationer
- Projektorienterede arbejdsformer
- Personale- og ledelsesudvikling

Gennem uddannelsen udvikles konkrete færdigheder i at analysere psykologiske processer og intervenere i forhold til dem.

OPU forløber over 16 torsdage kl. 16.00-21.30, samt 3 konferencer pr. år.

Ansøgningsfrist 15. oktober 2011
Pris for 1. år inkl. konferencer 51.200 kr

Holdopstart: Januar 2012.

● K&L: 1/2-årlig Videreuddannelse i Konsultation & Ledelse

K&L er en 1/2-årlig videreuddannelse i konsultation og ledelse med træning i at lede gennem konsulentrollen og konsultere gennem lederrollen. Uddannelsen forløber over et halvt år på 4 moduler a 2 dage.

Ansøgningsfrist 1. oktober 2011.
Pris 24.000 kr.

Holdopstart: 30. november 2011.

● GAU-B: 2-årig Basisuddannelse i Gruppeanalytisk Psykoterapi

Uddannelse til gruppeterapeut.

De to første år på den 4-årige GAU-D Uddannelse består af en Basisuddannelse GAU-B der kan tages som et selvstændigt modul.

Ansøgningsfrist 13. oktober 2011
Pris for 1. år 38.850 kr

Holdopstart: Januar 2012.



INSTITUT FOR
GRUPPEANALYSE
KØBENHAVN

Se mere på www.IGA-KBH.dk