

Indholdsfortegnelse

Maria Anter og Jon Morgan Stokkeland: Redaksjonelt.	58
Vibe Capelle Lutz: Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst	60
Anne Marie Troensegaard: Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet, når det kommer på krisecenter?	80
Torben Heinskou: Mentalisering på arbejde i organisationer	106
Maria S. Gjems-Onstad: Ulik bruk av oppmerksomhet. <i>Fra Freud til Mindfulness</i>	124
Anders Landmark: In the mood for love. Et essay om kjærlighet	136

Boganmeldelse Svein Haugsgjerd: <i>Nationalism and the body politic</i> Lene Auestad	144
--	-----

Table of contents

Vibe Capelle Lutz: Metacognitive therapy is an effective treatment for generalized anxiety disorder/GAD.	60
Anne Marie Troensegaard: The impact of conflicts and violence on children in women's shelters on crisis centre – and consequences for the therapeutic work.	80
Torben Heinskou: Mentalizing at work in organizations	106
Maria S. Gjems-Onstad: Various Kinds of Attention: <i>From Freud to Mindfulness</i>	124
Anders Landmark: In the mood for love	136

Redaksjonelt

I god Matrix-tradisjon bringes i dette nummer tekster fra ulike faglige tradisjoner og forskningsfelt, der fokus spenner bredt fra den individuelle terapi til par, familier, grupper, organisasjoner og stater.

Vi starter ut med Vibe Capelle Lutz som har skrevet en reviewartikkel over den aktuelle forskning om Adrian Wells' metakognitive terapi ved generalisert angstlidelse. Vi har inntrykk av at metoden har vakt begeistring hos mange erfarne kolleger, og teksten taler for at det er støtte i forskningen for denne entusiasmen, selv om Capelle Lutz minner om at det er snakk om et begrenset antall studier så langt. De foreløpige funn gir likevel grunn til terapeutisk optimisme overfor en gruppe som kanskje har blitt noe stemoderlig behandlet i det psykiske helsevern?

Anne Marie Troensegaard har skrevet en artikkel om erfaringer med barn som kommer på kritesenter, og om hvordan ulike psykoanalytiske teorier kan hjelpe til å forstå deres reaksjoner. Hun drøfter hvordan man kan arbeide psykoterapeutisk i det som ofte blir tids-intensive forløp, og gir en rekke korte, men sterkt bevegende case-beskrivelser. Teksten omhandler et emne det ikke har vært skrevet mye om tidligere, det vi kjenner til, og gir på mange måter et gripende innblikk i hvordan barn i krise kjemper tappert med å forstå, mestre og kommunisere.

Torben Heinskou bidrar med en artikkel som utifrån mentaliseringsteorin ger en idé om hur teorin kan appliceras och användas inom organisationer. Han går igenom hur de olika tillstånden av mentalingseringsbrist kan visa sig inom organisationen och bidrar med ett förslag på hur vi genom träning kan öka mentaliseringsförmågan inom organisationen. Han levandegör detta med exempel och genom att påminna om vikten av våra relationer. Ett spännande, nytt, sätt att använda mentaliseringsbegreppet!

Maria S. Gjems-Onstad undersøker likheter og forskjeller i hvordan psykoterapeutiske lytteformer og begrepet oppmerksomhet har blitt forstått innen psykodynamisk tenkning og Mindfulness-tradisjonen. En tanke man kan få ved

lesningen av hennes tekst, er om noe i teoriene eller måten de formidles og tas imot på, paradoksalt nok kan komme til å stå i veien for målsetningen om det oppmerksomme, aksepterende nærvær. Dette gjelder for begge tradisjonene, men kanskje på litt ulike måter?

Regissør Wong Kar-Wai har skapt et knippe vakre filmer de siste årene. Anders Landmark tar utgangspunkt i hans mest kjente verk, *In the mood for love*, og følger filmens stemninger, rytmer og lydlandskap inn i kjærlighetens irrganger slik at det åpnes opp nye, og kanskje overraskende sider ved kunstverket: Man får lyst til å se filmen igjen.

Til sist er det en glede å bringe en tekst av Svein Haugsgjerd som drøfter den andre boken i en serie redigert av filosof Lene Auestad. I *Nationalism and the body politic. Psychoanalysis and the rise of ethnocentrism and xenophobia* analyseres den fremvoksende fremmedfrykt og rasisme i Europa i disse år. Det er en påminnelse om at psykoanalytisk tenkning også har en anvendelse utenfor konsultasjonsværelset, og om et tema som dessverre er skremmende aktuelt.

God lesning!

Maria Anter og Jon Morgan Stokkeland

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

En statusartikel

Matrix, 2014; 2, 60-78

Vibe Capelle Lutz

Denne statusartikel omhandler metakognitiv terapi til behandling af generaliseret angst, specifikt med fokus på effekten af behandlingen ud fra en litteraturgennemgang. Det konkluderes, at metakognitiv terapi tilsyneladende er en effektiv behandlingsmetode til behandling af generaliseret angst, signifikant mere effektiv end de andre anvendte terapiformer, der indgår i de gennemgåede studier. Der bør dog foretages flere, store, komparative studier af metakognitiv terapi, før effekten af metakognitiv terapi til behandling af generaliseret angst kan vurderes mere sikkert.

Formål

Det er velkendt, at traditionel kognitiv adfærdsterapi har god effekt ift. behandling af angstlidelser generelt. Imidlertid viser flere undersøgelser, at behandling med traditionel kognitiv adfærdsterapi (KAT) er mindre effektiv til behandling af generaliseret angst (GAD) end til behandling af andre angstlidelser (Campbell og Brown, 2002). I løbet af de seneste årtier har en nyere kognitiv teori og behandlingsmetode, den såkaldte metakognitive teori og terapi af Adrian Wells (1999), udviklet sig. Effekten af metakognitiv terapi (MCT) ift. behandling af GAD er endnu kun undersøgt i få studier. Formålet med denne statusartikel er at samle resultaterne fra de undersøgelser, der foreligger,

Forfatter: Vibe Capelle Lutz, cand. psyk. Adresse: Dronningens Tværgade 37, 1-6, København K. Ansat ved: Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri. Vejleder: Stig Bernt Poulsen, lektor i psykologi ved KU.

og belyse effekten af MCT i forhold til behandling af GAD. Disse resultater perspektiveres efterfølgende til resultaterne fra undersøgelser af behandling af GAD med andre psykologiske behandlingsformer i et forsøg på at undersøge, om MCT er mere effektiv end andre terapiformer, når det gælder behandling af GAD.

Diagnostik, ætiologi og prævalens

Kriterierne for at opfylde diagnosen GAD divergerer en smule i de to internationale diagnosesystemer, DSM-IV (nu DSM-V) og ICD-10. I begge diagnosesystemer anses kernesymptomet ved GAD dog for at være en generel og overdreven bekymring. Undersøgelserne, som denne statusartikel inddrager, har primært anvendt DSM-IV-kriterier i diagnosticeringen og udvælgelsen af deltagere. Det er således overvejende DSM-IV's kriterier for diagnosen GAD, der bruges som diagnostisk reference i denne artikel.

Både biologiske og psykosociale faktorer antages at spille en rolle i ætiologien af GAD. Undersøgelser viser, at overdreven angst i barndomsårene øger risikoen for udvikling af GAD som voksen, og at personer med GAD har oplevet flere negative hændelser af betydning i opvæksten end baggrundsbefolkningen. Det er endnu uafklaret, i hvor høj grad medfødt temperament og personlighedstræk såsom fx neuroticisme spiller en rolle for udviklingen af GAD (Barlow, 2002). 12-måneders-prævalensen for GAD er på tværs af internationale undersøgelser fundet til gennemsnitligt ca. 3 % og livstidsprævalensen ca. 6 %. Som ved andre angstlidelser får omtrent dobbelt så mange kvinder som mænd stillet diagnosen. Debutalderen for GAD ligger typisk mellem de sene teenageår og slutningen af 20'erne (Holaway et al., 2006). GAD er oftest en kronisk lidelse. Omkring 75 % af de, der udvikler GAD, har kroniske forløb med tilbagefald på trods af behandling, komorbide psykiatriske lidelser (især affektive lidelser og andre angstlidelser), nedsat livskvalitet og tabt arbejdsevne, og det har store samfundsmæssige omkostninger (Fisher, 2006).

I betragtning af lidelsens hyppige forekomst, dens konsekvenser for den enkelte og for samfundet, samt det faktum at traditionelle kognitive og adfærdsterapeutiske terapimetoder har vist relativ lav effekt i forhold til at helbrede GAD, synes det relevant at undersøge, om den nyere kognitive behandlingsform, MCT, har bedre effekt på GAD.

Adrian Wells' metakognitive model for GAD

Wells fastslår i sin specifikke GAD-model, at personer med GAD lider af kroniske bekymringer, som de ikke er i stand til at distancere sig fra. Desuden angiver han, at GAD er kendetegnet ved dysfunktionelle forestillinger om det at bekymre sig, samt lav tolerance over for oplevelsen af usikkerhed og manglende kontrol (Wells, 1999). Wells' model identificerer en særlig form for tænkning og en særlig måde at bekymre sig på, det såkaldte "Cognitive Attentional Syndrome" (CAS). CAS består dels af en overdreven tendens til bekymring og rumination, og dels af en uhensigtsmæssig og fastlåst opmærksomhed rettet mod at opfange samt undgå eventuel fare. CAS'en er uhensigtsmæssig, idet den opretholder og forstærker negative tanker og følelser og forhindrer problemløsning (Wells, 2006).

Wells skelner mellem to typer af bekymringer: *type 1-bekymringer* og *type 2-bekymringer*. Type 1-bekymringer refererer til en persons hverdagsbekymringer. Hos personer med GAD er disse ofte associeret med forestillinger om, at det er hensigtsmæssigt at bekymre sig, idet man herved kan undgå fare eller problemer. Type 2-bekymringer refererer til de bekymringer, en person har om sine bekymringer (metakognitiv bekymring). Ifølge Wells' model er det ikke bekymringer i sig selv (type 1-bekymringer), der udgør hovedproblemet i GAD, men derimod de metakognitive bekymringer (type 2-bekymringerne). Sagt på en anden måde er det primære problem hos GAD-patienten ikke, at personen bekymrer sig om konkrete fare eller udfordringer i sit liv. Det er i højere grad personens overordnede forestillinger om det at bekymre sig, der skaber og vedligeholder GAD.

Metakognitive bekymringer (type 2-bekymringer) hos personer med GAD kan være overdrevent positive såsom: "bekymringer får mig til at opnå kontrol" eller "bekymringer hjælper mig med at undgå problemer og fare". Bekymringerne kan også være overdrevent negative, fx: "jeg har ikke kontrol over mine bekymringer" eller "mine bekymringer gør mig sindssyg". Personer, der lider af GAD, har ifølge modellen både overdrevne positive og overdrevne negative metakognitive forestillinger om det at bekymre sig. Sameksistensen af positive og negative forestillinger om det at bekymre sig får personer med GAD til at svinge uhensigtsmæssigt mellem på den ene side forsøg på at engagere sig i sine bekymringer, og på den anden side forsøg på at undgå dem. Ukonstruktive mentale reguleringsstrategier, såsom tankeundertrykkelse og sikkerhedssøgning ift. invaderende bekymringer, udvikler sig i et forsøg på at undgå bekymringer. Disse strategier hindrer imidlertid personen i at opdage,

at bekymringer ikke fører til reel fare, og forstærker således oplevelsen af manglende kontrol, med øget angst som resultat. Ifølge Wells udvikler personer med GAD, ud over at de bekymrer sig mere end baggrundsbefolkningen, flere uhensigtsmæssige negative og positive metakognitioner i forhold til det at bekymre sig (Wells, 2009).

Metakognitiv Terapi

Metakognitiv terapi har fokus på at identificere og modificere patientens kognitive opmærksomhedssyndrom, CAS'en. I forlængelse heraf er patientens type 2-bekymringer, altså de positive og negative metakognitive forestillinger om bekymring, en vigtig genstand for terapien. Type 2-bekymringerne udfordres og forsøges gjort mere fleksible ved hjælp af teknikker som *opmærksomhedstræning* og *detached mindfulness*. Detached mindfulness er en metode, hvor man træner patienten i at have bevidst opmærksomhed på sine tanker samtidig med, at man lærer patienten at afholde sig fra at identificere sig med tanker og fra at bearbejde eller håndtere tankerne. Formålet med at lære patienten opmærksomhedstræning og detached mindfulness er at bryde med patientens tendens til bekymring og rumination, reducere patientens fokusering på fare og gøre patienten i stand til at opnå fleksibel kontrol over sin tænkning og opmærksomhed. Det er målet i MCT at modificere patientens uhensigtsmæssige metakognitive overbevisninger om, at bekymringer er ukontrollerbare, farlige og dog nødvendige for at kunne klare livet. Patienten læres i stedet mere fleksible overbevisninger og copingstrategier ift. bekymringer, såsom at bekymringer er kontrollerbare, ufarlige og unødvendige for at mestre livet (Wells, 2009).

Et typisk MCT-forløb for GAD varer 6-12 sessioner. Optimalt bør forløbet ifølge Wells afkortes/forlænges afhængigt af den pågældende patients progression i terapien. Strukturen for et typisk MCT-forløb ser således ud: Indledningsvis i terapien udarbejdes en idiosynkratisk caseformulering for patienten (1. session). Denne tager udgangspunkt i den metakognitive model beskrevet ovenfor. Dernæst socialiseres patienten til den metakognitive model for GAD. Patienten psykoedukeres om både positive og negative overbevisninger ift. bekymring og om type 1- og type 2-bekymringer (1. og 2. session). Herefter udfordres og modificeres patientens metakognitioner ift. bekymring. Først arbejdes med patientens negative metakognitive forestillinger om, at bekymringer er *ukontrollerbare* (ca. 1.-4. session). Dernæst adresseres patientens negative metakognitive forestillinger om, at det skulle være *farligt* at bekymre sig (ca.

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

3.-8. session). Endelig udfordres patientens positive overbevisninger omkring nødvendigheden af at bekymre sig for at mestre livet (ca. 8.-11. session). Afslutningsvis læres patienten tilbagefaldsforebyggelsesstrategier (ca. 11.-12. session) (Wells, 2006).

Effektmål

Der er anvendt forskellige effektmål i de enkelte undersøgelser, der indgår i dette litteraturreview, hvilket vanskeliggør sammenligning på tværs af studier. Som sammenligningsgrundlag på tværs af undersøgelserne har jeg for overblikkets skyld valgt at fokusere på effektmålene "State-Trait Anxiety Inventory-Trait Version" (STAI-T) og "Penn State Worry Questionnaire" (PSWQ), da disse to selvrapporteringsinstrumenter er de hyppigst anvendte i undersøgelserne af GAD.

State Trait Anxiety Inventory-Trait Version (STAI-T) er et spørgeskema, der måler den generelle tendens til at føle angst hos respondenterne. Mere specifikt måles tendensen til at opleve stressende situationer som værende truende og som følge heraf reagere med øget angst, overdreven bekymring, anspændthed og lavt selvværd. Instrumentet består af 20 spørgsmål, der hver scores fra 1 (næsten aldrig) til 4 (næsten altid). Den samlede score varierer fra 20-80. STAI-T har generelt vist gode psykometriske egenskaber i forhold til reliabilitet og validitet, når det handler om at måle effekten af GAD-behandling (Fisher, 2006).

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) er ligeledes et selvrapporteringsværktøj. PSWQ er designet til at måle en persons tendens til patologisk bekymring. Mere specifikt måles i hvor høj grad personen oplever sine bekymringer som værende påtrængende, invaderende og ukontrollerbare over tid og i forskellige situationer. PSWQ består af 16 spørgsmål, der alle er relateret til patologisk bekymring. Hvert spørgsmål scores på en fempunkts Likert-skala, hvor 1 svarer til slet ikke typisk og 5 til meget typisk. Den samlede score kan variere fra 16-80. Validiteten og reliabiliteten i forhold til at måle behandlingseffekt er fundet høj for denne ratingscale (Fisher, 2006).

Til statistisk vurdering af i hvor høj grad MCT skaber terapieffekt, målt på STAI-T og PSWQ, anvendes Jacobson et al.'s (1984) og Jacobson og Truax' (1991) kriterier for klinisk signifikant forandring og helbredelse, samt Fisher og Durhams (1999) cutoff-normer for STAI-T og Fishers (2006) cutoff-normer for PSWQ. Ifølge Jacobson et al.'s (1984) kriterier anses en patient for helbredt, hvis denne både passerer cutoff-scoren for et effektmål med god konstruktivi-

onsvaliditet for den pågældende diagnose og samtidig viser statistisk reliabel forandring som følge af behandlingen. Jacobson og Truax (1991) bruger formelen Reliable Chance Index (RCI) i deres beregning af signifikant forandring. RCI refererer til, hvor stor en test-score reduktion, på et givent statistisk effektmål, der skal til for at udtrykke reliabel forandring, der ikke blot kan tilskrives tilfældig varians. For STAI-T's vedkommende er RCI af Fisher og Durham (1999) beregnet til en forandring på minimum 8 point. For PSWQ er RCI af Fisher (2006) beregnet til en forandring på minimum 7 point. En cut-off score er ud fra Jacobsons og Truax' (1991) kriterier scoren, hvor en normalpopulation og en patientpopulation møder hinanden. Beregning af cut-off score forudsætter således, at repræsentative, normative data for både den undersøgte kliniske population og for en normalpopulation foreligger. Sådanne normative data er tilgængelige for både STAI-T og PSWQ. Fisher og Durham (1999) og Fisher (2006) har på baggrund af disse data beregnet cutoff-scoren for STAI-T til < 45 , og for PSWQ < 47 (Fisher, 2006).

I forbindelse med gennemgangen af undersøgelsernes fund af behandlingseffekt målt på STAI-T og PSWQ vil jeg, i det omfang undersøgelse indeholder data derom, fremhæve procentdelen af patienter, der bliver diagnosefrie efter endt MCT-behandling.

Empiriske studier af MCT i forhold til GAD

Wells og Kings (2006) første undersøgelse af MCT's effekt på GAD omfatter en gruppe på ti ambulante patienter, der alle behandles med MCT. Der indgår ingen anden aktiv behandling eller venteliste som kontrolgruppe i undersøgelsen. GAD-diagnosen er stillet forud for behandlingen ud fra DSM-IV kriterier, på baggrund af SCID-I interview. Patienterne er ikke udredt diagnostisk efter endt behandling. Deres behandlingsprogression er vurderet alene på baggrund af spørgeskemaer udfyldt af patienterne selv. 50 % af deltagerne led ved undersøgelsens begyndelse udelukkende af GAD. De øvrige 50 % havde komorbiditet med depression og/eller anden angstlidelse. Som inklusionskriterium forud for undersøgelsen blev der spurgt til, om patienterne selv mente, de havde andre psykologiske problemer end bekymring og angst. Såfremt de gav at have det, blev de ekskluderet fra undersøgelsen. Dette var tilfældet for én patient. Ingen patienter tog medicin, og ingen havde tidligere modtaget nogen form for kognitiv adfærdsterapi. Wells' manual for MCT (1997) blev anvendt i terapien. Hver patient modtog én ugentlig individuel terapisesession af 45-60 minutters varighed. Der blev givet 3-12 sessioner i alt ($m = 7,4$).

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

EFFEKT MÅL	UNDERSØGELSER			
	Wells (2006)	Wells (2010)	Van der Heiden et al. (2010)	Kvistedal (Norddahl) (2011)
PSWQ før	-	64,50	67,88	65,30
PSWQ efter	-	39,00	42,91	39,95
PSWQ f-u-6*	-	40,70	43,63	-
PSWQ f-u-12**	-	37,90	-	-
% helbredt***	-	80,00	72,00	71,00
PSWQ effektstr.	-	3,41	2,39	2,48
STAI-T før	52,50	56,80	59,28	55,29
STAI-T efter	32,88	35,00	40,17	40,23
STAI-T f-u-6*	35,13	36,70	39,81	-
STAI-T f-u-12**	34,29	37,40	-	-
% helbredt****	87,50	80,00	68,00	60,00
STAI-T effektstr.	2,78	2,30	2,01	1,34
% diagnosefri (DSM-IV kriterier)	-	100	91,00	87,50

Table 1: Oversigt over effektmål og effektstørrelser for MCT målt med PSWQ og STAI-T; desuden andele af pt., der er diagnosefri efter endt behandling.

* followup efter 6 måneder

** followup efter 12 måneder

*** procentvis helbredt for patologisk bekymring ved behandlingsafslutning, efter Jacobson et al., (1984) og Jacobson og Truax' (1991) kriterier.

**** procentvis helbredt for patologisk angst ved behandlingsafslutning, efter Jacobson et al., (1984) og Jacobson og Truax' (1991) kriterier.

STAI-T, men ikke PSWQ, blev anvendt som effektmål. To patienter udgik, idet de i deres før-behandlingsbesvarelse af STAI-T udfyldte spørgeskemaet ufuldstændigt. Dvs. at kun otte patienter indgår i STAI-T-målingen. Patienterne blev scoret på STAI-T før og efter behandling og ved 6 og 12 måneders followup.

Behandlingseffekt: Før behandlingen var den gennemsnitlige score på STAI-T 52,50. Efter behandlingen var scoren faldet til 32,88. Ved 6 og 12 måneders followup var den gennemsnitlige STAI-T-score hhv. 35,13 og 34,29. 87,5 % af patienterne opfyldte ved endt behandling Jacobson og Truax' kriterier for helbredelse, dvs. at de tilhørte normalpopulationen med en STAI-T-score under

45 og med kriterierne for RCI over 8 point opfyldt. 75 % levede stadig op til disse to helbredelseskriterier ved followup-undersøgelserne 6 og 12 mdr. senere. Effekttørrelsen ved endt behandling angives til 2,78, med en *p*-værdi på 0,001. (Wells og King, 2006). Se også effektfund i TABEL 1.

Undersøgelsen indikerer, at MCT er en effektiv behandlingsform til GAD. Effekttørrelsens lave *p*-værdi ved endt behandling indikerer tilmed høj signifikans af resultaterne. Imidlertid er der klare svagheder ved undersøgelsens design. Der er således ikke tale om et randomiseret, kontrolleret studie (RCT), hvilket anses for at være guldstandard inden for behandlingsforskning, idet hverken en anden aktiv behandling eller venteliste indgår som kontrolgruppe til MCT i undersøgelsen. Den målte effekt af MCT kan derfor være udtryk for spontane fluktuationer i GAD symptomer. Dog viser andre undersøgelser af GAD, at spontan bedring er sjælden, hvorfor dette næppe er tilfældet. Det stærkt begrænsede antal deltagere i undersøgelsen er en anden stor begrænsning. Kun ti patienter indgår i studiet, hvoraf to udgår fra effektmåling på STAI-T. Dette er få personer at konkludere en behandlingseffekt på baggrund af. Der kan være tale om tilfældig effekt af behandlingen, når der ikke indgår et større sample i undersøgelsen. Endvidere er der risiko for bias i form af, at undersøgelsen muligvis inddrager lettere patienter end i andre effektundersøgelser af GAD. Denne risiko er til stede pga. undersøgelsens inklusionskriterium, hvor patienter, der svarede bekræftende på at have andre problemer end bekymring og angst, blev ekskluderet. Det er kendt, at GAD-patienter ofte lider af anden psykopatologi, især depression og andre angstlidelser. Dog angives 50 % af deltagerne at have komorbiditet med depression og/eller angst, og deres før-behandlings-score på STAI-T er identisk med den fundet i andre effektstudier af GAD. Dermed er denne bias næppe til stede. Endnu en begrænsning ved undersøgelsen er, at den udelukkende baserer sine konklusioner om behandlingseffekt på spørgeskemaet STAI-T. Det er således deltagerens egen vurdering af deres symptomer, der anvendes i evalueringen af behandlingens effekt. Spørgeskemaer er forbundet med risiko for, at respondenterne med sine besvarelser ønsker at behage terapeuten/udrederen ved at fremstille sine symptomer mildere, end de er. Kliniker-ratede interviews som supplement til spørgeskemaet ville have øget validiteten af resultaterne. Endelig er det en mangel, at terapeuternes uddannelse, kompetencer, forventning til behandlingsudfald og supervisionsforhold ikke angives. Herunder kan der gemme sig mange fejlkilder, der kan have påvirket behandlingsresultaterne. Kort sagt er denne undersøgelse for lille og metodemæssigt svag til at kunne drage en sikker konklusion om MCT's effekt til behandling af GAD.

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

Wells et al. (2010) har efterfølgende lavet et randomiseret, kontrolleret studie, hvor MCT sammenlignes med "Applied Relaxation Therapy" (AR). AR er, kort fortalt, en empirisk understøttet, manualiseret adfærdsintervention med fokus på at lære GAD-patienten en række imaginære og in vivo-afspændingsøvelser, der kan anvendes til angstreduktion i situationer, hvor den pågældende person oplever angst eller stress. Behandlingen er udbredt som intervention i forhold til GAD, idet den hidtil har vist den største effekt ift. behandling af GAD, på niveau med traditionel kognitiv adfærdsterapi (Fisher, 2006).

Undersøgelsen omfatter et sample på 20 ambulante patienter. Som ved Wells' forrige undersøgelse er GAD diagnosen stillet med brug af SCID-I- og DSM-IV-kriterier. Der er ikke screenet for akse-II-diagnoser. 20 % opfyldte ved undersøgelsens indledning udelukkende kriterierne for en GAD-diagnose. 65 % led desuden af en affektiv lidelse eller anden angstlidelse. 15 % havde flere bi-diagnoser. Patienterne tog enten ingen medicin eller var i stabil medicinsk behandling i undersøgelsesperioden. Ingen patienter havde tidligere modtaget nogen form for kognitiv adfærdsterapi. Patienterne blev randomiseret til at modtage enten MCT eller AR. Hver patient modtog 8-12 sessioner individuel terapi, én session om ugen af 45-60 minutters varighed. Wells superviserede terapeuterne i begge grupper og sikrede, at manualerne for både AR og MCT blev fulgt. Terapeuterne beskrives som kvalificerede kliniske psykologer. Det var de samme terapeuter, der forestod både AR og MCT. Alle terapeuter behandlede lige mange patienter med henholdsvis MCT og AR. Diagnosticering med SCID-I-interview før behandlingsstart blev forestået af andre terapeuter end de, der forestod terapien. Diagnosticering efter behandling og ved followup blev varetaget af de samme psykologer, der forestod terapien.

Behandlingseffekt i MCT-gruppen: Før behandling var den gennemsnitlige score på PSWQ 64,5. Efter behandling var denne score reduceret til 39,0. Ved 6-mdr.s og 12-mdr.s followup var PSWQ-scoren hhv. 40,7 og 37,9. Den gennemsnitlige score på STAI-T var før behandling på 56,8. Efter behandling 35,0 og ved 6- og 12-mdr.s followup var STAI-T scoren hhv. 36,7 og 37,4. *Behandlingseffekt i AR-gruppen:* Før behandling var den gennemsnitlige score på PSWQ 70,7. Efter behandling var dette tal reduceret til 65,3. Ved 6- og 12-mdr.s followup var scoren på PSWQ hhv. 60,2 og 62,9. Den gennemsnitlige score på STAI-T var før behandling på 62,2. Efter behandling 58,1. Og ved 6- og 12-mdr.s followup hhv. 54,2 og 54,6. Den relative effekt mellem behandlingerne er beregnet ved hjælp af en række univariate ANCOVA'er. I den forbindelse er MCT fundet at have statistisk signifikant større effekt end AR, både målt på PSWQ og STAI-T. Dette gælder såvel umiddelbart efter afsluttet behandling som ved

senere followup: Ved behandlingsafslutning er $p = 0,0005$ målt på PSWQ, og $p = 0,001$ målt på STAI-T. Ved 6-måneders followup er $p = 0,02$ målt på både PSWQ og STAI-T. Ved 12 måneders followup er $p = 0,003$ målt på PSWQ og $0,04$ målt på STAI-T. I henhold til Jacobson et al. (1984) og Jacobson og Truax' (1991) kriterier for helbredelse og Fishers standardiserede normer for PSWQ var 80 % i MCT-gruppen helbredte for patologisk bekymring ved endt behandling, sammenlignet med kun 10 % i AR-gruppen. Disse tal var uændrede ved followup. Også målt på STAI-T var 80 % i MCT-gruppen helbredte for deres patologiske angstsymptomer ved endt behandling, mod 10 % i AR-gruppen. Ved followup var tallene 60 % for MCT-gruppen og 20 % for AR-gruppen. Effektstørrelsen ved endt behandling angives for MCT-gruppen til 3,41 målt på PSWQ og 2,30 målt på STAI-T. For AR-gruppen er effekten lavere: 0,95 målt på PSWQ og 0,55 målt på STAI-T. Vurderet med SCID-I-interview var 100 % i MCT-gruppen helbredte for GAD-diagnosen ved endt behandling, og 90 % var stadig diagnosefrie ved 12-mdr.'s followup. For AR-gruppen gjaldt dette kun for 50 %, både ved behandlingsafslutning og ved 12-mdr.'s followup (Wells et al., 2010). Effektfundene er også angivet i TABEL 1. Denne undersøgelse finder således, ligesom Wells' første undersøgelse, at MCT er en effektiv behandlingsform til GAD og signifikant mere effektiv end AR.

I forhold til Wells' tidligere undersøgelse er det en styrke, at der i denne undersøgelse er tale om et RCT-design. Alligevel svækker en række metodeproblemer også den eksterne validitet i denne undersøgelse: Også Wells' anden undersøgelse er foretaget på et lille sample, bare 20 patienter, der tilmed er fordelt på to behandlingsgrupper. Det lave antal deltagere begrænser generaliserbarheden af resultaterne fra denne undersøgelse. Ligeledes er det en begrænsning, at der ikke angives data på den diagnostiske reliabilitet ved det supplerende diagnostiske SCID-I-interview, der udføres før og efter behandling. I forlængelse heraf er det kritisabelt, at det er de samme psykologer, der forestår terapidelen og det diagnostiske interview efter endt behandling. Det giver risiko for bias i bedømmelsen. Ideelt set burde der være anvendt uafhængige og blinde interviewere til assessmentdelen af undersøgelsen. Det forhold, at Wells er supervisor for terapeuterne i begge behandlingsgrupper, udgør en risiko for bias i form af favorisering af MCT-gruppen. En slags Rosenthal-effekt til fordel for MCT gruppen kan ikke udelukkes, eftersom Wells må formodes at have større tiltro til sin egen model og metode. Heller ikke terapeuternes og patienternes forventninger til behandlingsudfald er undersøgt, hvilket ligeledes giver risiko for bias i form af eventuelle forventningsforskelle til de to behandlinger. Endelig har AR-gruppen flere GAD-symptomer

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

end MCT-gruppen ved behandlingsopstart. Trods udført ANCOVA kan dette muligvis forklare noget af effektforskellen fundet for de to behandlingsgrupper. Alt i alt et RCT-studie af Wells, der finder MCT særdeles effektiv til behandling af GAD, men hvis validitet ligeledes er usikker grundet en række designsvagheder.

Van der Heiden et al. (2012) har gennemført et større randomiseret, kontrolleret studie af MCT og "Intolerance-of-Uncertainty Therapy" (IUT). IUT er, ligesom MCT, en nyere kognitiv teori med en særlig model og behandlingsmetode rettet mod behandling af GAD. Ifølge IUT-modellen består GAD af fire elementer: Intolerance over for usikkerhed, fejlagtige positive forestillinger om bekymring, mangelfulde problemløsningsstrategier og kognitiv undgåelse. Behandlingen er manualiseret og retter fokus mod disse fire komponenter. Målet er at styrke GAD-patientens kompetencer ift. håndtering af usikkerhed i fremtiden og mindske ukonstruktiv bekymring og angst. Der differentieres i behandlingen mellem bekymringer knyttet til problemer, der kan løses, og bekymringer knyttet til situationer, der ikke kan løses. Den første type bekymringer hjælpes patienten med at lære effektiv problemløsning på. Den anden type bekymringer lærer patienten, gennem eksponering, at tolerere eller give slip på (Fisher, 2006).

Undersøgelsens sample tæller 126 patienter. Drop-out undervejs er imidlertid på knap 30 %. GAD-diagnosen blev stillet ved hjælp af SCID-I-interview efter DSM-VI-kriterier af uafhængige, erfarne kliniske psykologer. Diagnosticering fandt sted både før, efter og ved 6-mdr.'s followup. Patienterne tog enten ingen medicin eller var i stabil psykofarmakologisk behandling under hele forløbet. Patienterne blev randomiseret allokeret til grupperne. 54 patienter til MCT (efter drop-out n = 43) og 52 patienter til IUT-terapi (efter drop-out n = 42). 15 patienter fungerede som kontrolgruppe på en venteliste. Disse patienter blev senere ligeledes tilfældigt allokeret, 7 til MCT og 8 til IUT. Patienterne modtog op til 14 sessioners individuel psykoterapi, hver session af 45 minutters varighed. De samme psykologer fungerede som terapeuter for MCT- og IUT-gruppen. Terapeuterne blev ligeledes randomiseret allokeret i forhold til, hvilke patienter de skulle behandle. Terapeuterne angives som lige erfarne og lige gamle i de to grupper. Terapeuternes forventning til behandlingsudfald blev målt på en tipunktsskala, til hhv. 6,5 for MCT og 7,4 for IUT. Denne lille forskel er vurderet som værende ikke-signifikant i undersøgelsesrapporten. Alle terapeuter blev superviseret af samme supervisor. Uafhængige bedømmere sikrede undervejs, at begge terapier fulgte hver deres manual.

Behandlingseffekt i MCT-gruppen: Før behandling var den gennemsnitlige score på PSWQ 67,88. Efter behandling var denne score reduceret til 42,91 og ved 6-mdr.'s followup til 43,63. Den gennemsnitlige score på STAI-T var før behandling på 59,28. Efter behandling var denne score reduceret til 40,17 og ved 6-mdr.'s followup til 39,81. *Behandlingseffekt i IUT-gruppen:* Før behandling var den gennemsnitlige score på PSWQ på 66,93. Efter behandling var dette tal reduceret til 53,14 og ved 6-mdr.'s followup til 49,13. Den gennemsnitlige score på STAI-T var før behandling 57,53, efter behandling 42,82 og ved 6-mdr.'s followup 40,83. En række univariate ANCOVA'er er udført med henblik på at vurdere, om effektforskellene mellem de to aktive behandlinger er statistisk signifikante. Målt på PSWQ er effektforskellen mellem de to behandlingsformer fundet signifikant, både umiddelbart efter behandlingsafslutning ($p < 0,05$) og ved senere followup-undersøgelse ($p < 0,05$). Målt på STAI-T er effektforskellen mellem grupperne opgivet som værende *ikke* statistisk signifikant. I henhold til Jacobson et al. (1984) og Jacobson & Truax' (1991) kriterier for helbredelse og Fishers standardiserede normer for PSWQ var 72 % i MCT-gruppen helbredte for patologisk bekymring ved endt behandling sammenlignet med 48 % i IUT-gruppen. Ved 6-mdr.'s followup var tallene 74 % i MCT-gruppen og 63 % i IUT-gruppen. Målt på STAI-T var 68 % i MCT-gruppen og 59 % i IUT-gruppen helbredte for patologisk angst ved behandlingsafslutning. Ved 6-mdr.'s followup var disse tal 72 % for MCT-gruppen og 62 % for IUT-gruppen. Effekttørrelsen ved endt behandling for MCT-gruppen er målt til 2,39 på PSWQ og 2,01 på STAI-T. Effekttørrelsen for IUT-gruppen er målt til 1,43 PSWQ og 1,42 på STAI-T. Ved followup viste disse effekttal sig temmelig stabile. Vurderet med SCID-I interview var 91 % i MCT-gruppen diagnosefrie for GAD ved endt behandling og 93 % ved 6-mdr.'s followup. For IUT-gruppen gjaldt dette for 80 % ved endt behandling og 90 % ved 6-mdr.'s followup (Van der Heiden, C. et al. 2010). Se også effektfund i TABEL 1.

Sammenfattende finder undersøgelsen, at både MCT og IUT er effektive til behandling af GAD. Begge terapier reducerer angst- og bekymringssymptomer signifikant, målt på parametrene STAI-T og PSWQ. Majoriteten af deltagere i begge grupper opfylder ikke længere kriterierne for GAD-diagnosen ved behandlingsafslutning. Begge terapier viser høje effekttørrelser. MCT opnår dog de bedste resultater og vurderes mest effektiv til behandling af GAD.

Undersøgelsens validitet vurderes bedre end i de to foregående studier af Wells, især på grund af studiets RCT-design og større, repræsentative GAD-sample. Af andre faktorer, der styrker undersøgelsens resultater, kan nævnes, at der anvendes uafhængige udredere til vurdering og diagnosticering af pa-

tienterne før og efter behandling og ved followup. Terapeuterne udreder og diagnosticerer således ikke patienterne. Dette mindsker risikoen for bias i form af patienter, der har villet behage deres terapeuter ved at give udtryk for overdreven progression. Desuden er det en styrke, at terapeuternes forventning til hver af de to terapiformers effekt er målt inden behandlingsstart og fundet næsten identisk for de to behandlingsformer. Herved er risiko for bias i form af uens forventning til MCT og IUT reduceret.

Det er dog også svagheder ved undersøgelsen: Der er risiko for bias ved, at samme person superviserer terapeuterne i både MCT- og IUT-gruppen. Det angives ikke, hvilke kvalifikationer supervisor har for at supervisere i de to metoder. Ej heller om supervisor har forskellige præferencer for eller forventninger til effekten af de to terapiformer. Det ville have styrket undersøgelsens fund, at grupperne var blevet superviseret af to eksperter, én inden for hver af de to terapiretninger. Opsummerende udgør undersøgelsen et stærkt og stort RCT-studie, der på trods af nogle metodebegrænsninger peger på MCT som effektiv til behandling af GAD.

Hans M. Nordahl, professor ved Universitet for Videnskab og Teknologi i Trondheim, Norge er aktuelt i gang med et større randomiseret, kontrolleret studie, der sammenligner MCT, kognitiv adfærdsterapi (KAT) og venteliste til GAD. Resultaterne fra dette RCT-studie er endnu ikke publicerede, idet undersøgelsen endnu er uafsluttet. Delresultater foreligger imidlertid i et upubliceret speciale (Kvistedal, 2011).

Den kognitive adfærdsterapi (KAT), som MCT sammenlignes med i denne undersøgelse, er baseret på Tom Borkovecs kognitive model for GAD. Borkovec fremhæver bekymring og undgåelse som de centrale elementer ved GAD. Ifølge modellen forsøger personer, der lider af GAD at undgå følelsen af angst ved at bekymre sig. Bekymring virker effektivt som metode til at undgå angst, hvorfor bekymringstendensen forstærkes. Problemet er imidlertid, at personen med GAD ikke får konfronteret og derved modificeret og reduceret sin angst. Den pågældende persons angst ved diverse situationer består, og bekymring bliver en tiltagende og ufleksibel måde at holde angsten i ave på. Behandlingen anvender traditionelle kognitive teknikker, såsom udfordring af gyldigheden af patientens angstfyldte overbevisninger gennem sokratisk dialog og udvikling samt afprøvning af alternative, mindre angstprovokerende forestillinger. Derudover inddrages adfærdsterapeutiske afspændingsteknikker og vejrtrækningsøvelser (Borkovec, 1994).

Den fulde undersøgelse omhandler 60 ambulante patienter. I specialet, der

gennemgås her, indgår kun 42 patienter, idet data på de resterende deltagere endnu ikke foreligger. Patienterne er randomiseret allokateret til hhv. MCT, KAT og venteliste, dog med stratificering for køn og eventuel affektiv bi-diagnose. 24 personer er behandlet i MCT-gruppen og 18 i KAT-gruppen. 65 % af patienterne havde ved behandlingsstart bi-diagnoser, ud over GAD som aktionsdiagnose. Især andre angstlidelser og affektive diagnoser er angivet som komorbiditet. GAD-diagnosen er stillet af uafhængige, blinde udredere ved hjælp af omfattende diagnostiske interviews med ADIS-IV, SCID-I og SCID-II. Herefter er en ICD-10-diagnose stillet, såfremt patienterne opfyldte kriterierne for en diagnose på de tre omtalte DSM-IV-interviews. Efter endt behandling er patienterne igen diagnostisk udredt. Followup-udredning er planlagt, når undersøgelsen afsluttes, men foreligger endnu ikke. Diagnostisk reliabilitet er tilstræbt ved, at de diagnostiske interviews er filmet og evalueret af professorerne på studiet, Hans Norddahl og Roger Hagen. Patienterne modtog hver især 8-12 sessioners individuel terapi. Terapien blev givet én gang ugentlig, og hver session varede 45-60 minutter. Seks psykologer, der alle havde klinisk erfaring i kognitiv adfærdsterapi, udførte terapien. I den endelige undersøgelse er det hensigten, at hver terapeut har behandlet lige mange patienter. På det nuværende materiale har hver terapeut imidlertid behandlet et uens antal patienter og med uens fordeling ift. MCT og KAT. Alle behandlere er superviseret af Wells ift. MCT-terapien og af Borkovec ift. KAT-terapien. Supervisionen har bl.a. haft fokus på, at terapimanualer og tjeklister for hver session er fulgt.

Behandlingseffekt i MCT-gruppen: Før behandling var den gennemsnitlige score på PSWQ 65,30. Efter behandling var denne score reduceret til 39,95. Den gennemsnitlige score på STAI-T var før behandling på 55,29. Efter behandling var denne score reduceret til 40,23. *Behandlingseffekt i KAT-gruppen:* Før behandling var den gennemsnitlige score på PSWQ på 69,72. Efter behandling var dette tal reduceret til 54,72. Den gennemsnitlige score på STAI-T var før behandling 59,47 og efter behandling på 47,94. Som i de tidligere studier er forskellen i behandlingseffekt analyseret med univariat ANCOVA med førbehandlingsscoren som kovariat. MCT blev fundet signifikant mere effektiv end KAT målt på både PSWQ ($p = 0,001$) og på STAI-T ($p = 0,045$). I henhold til Jacobson og Truax' kriterier for helbredelse var 71 % i MCT-gruppen helbredte for patologisk bekymring, målt på PSWQ ved endt behandling, sammenlignet med 39 % i KAT-gruppen. Målt på STAI-T var 60 % i MCT-gruppen, mod 29 % i KAT-gruppen helbredte for patologisk angst ved behandlingsafslutning. Effektstørrelsen ved endt behandling angives for MCT-gruppen til 2,48 målt på PSWQ og 1,34 målt på STAI-T. Effektstørrelsen for IUT-gruppen angives til 1,64

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

målt på PSWQ og 1,00 målt på STAI-T. Vurderet med ADIS-IV, SCID-I og SCID-II interview opfyldte 87,5 % i MCT-gruppen ikke længere kriterierne for en GAD-diagnose ved endt behandling. For KAT-gruppen gjaldt dette for 68,8 % (Kvistedal, 2011). Se også effektfund i TABEL 1.

Undersøgelsen finder således, at både MCT og KAT er effektive metoder til behandling af GAD. Begge terapiformer reducerer angst- og bekymringssymptomer, målt på STAI-T og PSWQ. Begge behandlingsformer helbreder størstedelen af deltagerne for deres GAD-diagnose, og begge behandlinger opnår høje effektstørrelser. MCT opnår dog signifikant bedre resultater end KAT i undersøgelsen og vurderes dermed mest effektiv til behandling af GAD. Især målt på PSWQ er forskellen mellem de to behandlinger signifikant.

RCT-designet og størrelsen af samplet er begge faktorer, der styrker generaliserbarheden af denne undersøgelses fund. Anvendelsen af uafhængige og blinde udredere til diagnosticering af patienterne før og efter behandling og til vurdering af progression i behandling er ligeledes en styrke. Det er også en styrke, at henholdsvis MCT-modellen af Wells og KAT-modellen af Borkovec er superviseret af netop disse to eksperter. Herved undgås tidligere omtalte bias i form af favorisering af den ene behandlingsmetode, hvilket kan være tilfældet med ved anvendelse af én supervisor for begge terapiformer. Desuden må det formodes, at terapierne følger de respektive manualer bedre under supervision af metodernes ophavsmænd.

Af metodesvagheder bør nævnes, at der er risiko for bias i form af eventuel forskel i terapeuternes præference for de undersøgte behandlinger. Eventuel terapeut-præference for den ene af terapierne er forsøgt begrænset ved brug af et stort antal terapeuter i undersøgelsen, der alle behandler patienter med begge terapimetoder. En bedre måde at udelukke behandlingspræference hos terapeuterne på havde været ved at rate hver enkelt terapeuts forventning til behandlingsudfald forud for undersøgelsen, sådan som det blev gjort i undersøgelsen af Van der Heiden et. al. (2010). En norsk oversættelse af STAI-T, der ikke er valideret, er anvendt i undersøgelsen, hvorved der kan være bias på dette effektmål. I så fald kan det måske forklare den signifikant lavere effekt målt på netop STAI-T i denne undersøgelse, sammenlignet med de tre tidligere gennemgåede undersøgelser. Den norske version af STAI-T bør valideres for at afklare dette. Vurderingen af denne undersøgelse er tentativ, idet undersøgelsen som sagt endnu ikke er fuldført. Data på den sidste tredjedel af patienter mangler, og det samme gælder followup-data på hele populationen. Hermed kan studiet endnu ikke konkludere, at den fundne effekt på MCT er varig. Undersøgelsen vil også opnå mere power, når alle patienter er færdigbehandlede

og indgår i resultaterne. En vurdering af, i hvor høj grad manualer for de to terapier er fulgt, er heller ikke foretaget endnu. Så længe denne vurdering ikke er foretaget, er der en risiko for, at terapeuterne har afvejet fra de respektive manualer, hvorved resultaterne kan være bias. Opsummerende er der dog, trods mangler, tale om et RCT-studie, der foreløbig har fundet høj effekt af MCT til behandling af GAD.

Konklusion og perspektivering:

De gennemgåede undersøgelser finder alle MCT effektiv som behandlingsform til GAD. I TABEL 1 er de væsentligste resultater fra undersøgelserne fremhævet og opstillet over for hinanden. Målt med standardiserede normer for PSWQ helbredes mellem 71 % og 80 % for patologisk bekymring, på tværs af studierne. Målt med standardiserede normer for STAI-T helbredes mellem 60 % og 87,5 % for patologisk angst, på tværs af undersøgelserne. Effekttørrelsen ved endt MCT-behandling er ligeledes høj i samtlige undersøgelser, mellem 2,39 og 3,41 for PSWQ's vedkommende og mellem 1,34 og 2,78 målt med STAI-T. Endelig opfylder mellem 87,5 % og 100 % af patienterne i de fire undersøgelser ikke længere DSM-IV-kriterierne for GAD-diagnosen ved endt MCT-behandling.

De tre RCT-studier finder alle MCT signifikant mere effektiv til behandling af GAD end den anden aktive behandlingsform, der er undersøgt. I studiet af Wells (2010), der sammenligner MCT med AR, er kun 10 % i AR-gruppen helbredt for patologisk angst og bekymring, målt med STAI-T og PSWQ ved endt behandling, og 20 % ved 12-måneders followup. I undersøgelsen af Van der Heiden et. al. (2010), der sammenligner effekten af MCT og IUT, er 48 % i IUT-gruppen helbredt for patologisk bekymring ved endt behandling, og 63 % ved 6-måneders followup, målt på PSWQ. Målt på STAI-T er 59 % i IUT-gruppen helbredt for patologisk angst ved behandlingsafslutning, og 72 % ved 6-måneders followup. I undersøgelsen af Hans M. Nordahl (2011), der sammenligner KAT med MCT, er 39 % fri for patologisk bekymring ved endt behandling, målt med PSWQ, og 29 % er fri for patologisk angst, målt med STAI-T.

Flere undersøgelser end de gennemgåede MCT-studier finder lavere effekttal for andre terapiformer end MCT i forhold til behandling af GAD. Fisher (2006) har skrevet et systematisk review, omhandlende effekten af forskellige psykologiske behandlingsformer til GAD. Fisher inddrager alle RCT-studier over psykologisk behandling af GAD, publiceret i perioden 1990-2006, der opfylder

Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst

følgende kriterier: GAD-diagnosen er stillet ved hjælp af strukturerede, kliniske interviews efter DSM-III- eller DSM-IV-kriterier, og STAI-T og/eller PSWQ er anvendt som effektmål. Reviewet omhandler i alt 11 RCT-studier, der lever op til disse inklusionskriterier. De fleste af undersøgelse omhandler kognitiv og adfærdsterapeutisk behandling af GAD, herunder MCT, men også enkelte undersøgelser af analytisk psykoterapi og såkaldt "ikke-direktiv terapi" indgår i reviewet. Jeg vil, med udgangspunkt i Jacobson og Truax' (1991) kriterier for klinisk signifikans, fremhæve undersøgelse rnes helbredelsesrater i forhold til patologisk angst og bekymring for de enkelte terapiretninger, målt med STAI-T og PSWQ, ved endt behandling. Followup data er i flere af reviewets undersøgelser påvirket af, at deltagerne har modtaget supplerende behandling i followup-perioden. Det vurderes derfor ikke validt at inddrage disse data som vurderingsgrundlag for de enkelte terapiformers effekt.

11 undersøgelser i reviewet har anvendt STAI-T som effektmål. Helbredelsesraten for patologisk angst, målt med STAI-T, er ved endt behandling på tværs af reviewets inddragede undersøgelser fundet til: 7 % for analytisk psykoterapi, 17 % for "ikke-direktiv-terapi", 11-17 % for adfærdsterapi, 7-56 % for AR, 0-61 % for kognitiv terapi, 21-63 % for KAT, 80 % for MCT. Kun fem af reviewets undersøgelser anvender PSWQ som effektmål, hvorfor færre terapiformer er vurderet på dette effektmål. Helbredelsesraten for patologisk bekymring målt med PSWQ er ved behandlingsafslutning på tværs af reviewets undersøgelser fundet til: 22 % for "ikke-direktiv-terapi", 10-56 % for AR, 28-48 % for kognitiv adfærdsterapi, 53 % for KAT og 80 % for MCT. Der er ingen signifikant diskrepans mellem effektfundene på henholdsvis PSWQ og STAI-T (Fisher, 2006). Reviewets konklusion er, at MCT er den mest effektive psykologiske behandlingsform til behandling af GAD. MCT vurderes næsten 30 % mere effektiv end KAT, der er fundet at være den næstmest effektive psykologiske behandlingsform til GAD. Det er dog nævneværdigt, at reviewets konklusion om MCT er baseret på Wells ene RCT-studie fra 2010. Imidlertid understøttes reviewets fund af MCT som den signifikant mest effektive psykologiske behandlingsform til GAD af de tre andre undersøgelser af hhv. Wells (2006), Van der Heiden et al. (2010) og Norddahl (2011), som jeg tidligere har gennemgået i denne statusartikel. Analytisk terapi, "ikke-direktiv-terapi", AR, adfærdsterapi, kognitiv terapi og KAT er alle fundet at have begrænset effekt på GAD. Der er imidlertid stor variation i effektfundene for samme terapiretning på tværs af reviewets undersøgelser. Dette kan skyldes forskelle i populationerne i de enkelte studier, såsom forskellige metoder til udvælgelse og varierende forekomst af komorbide psykiatriske lidelser. Forskelle på terapeutkompetencer og even-

tuelle bias hos terapeuter og forskere kan også spille en rolle for effektvariationen inden for samme terapiretning. Disse forskelle og eventuelle bias er ikke undersøgt af Fisher i reviewet.

Alt i alt ser MCT ud til at være en lovende terapiform til behandling af GAD. Høje effektstal er fundet på tværs af fire undersøgelser, hvoraf tre af dem er RCT-studier. MCT opnår signifikant større effekt end andre psykologiske behandlingsformer. Behandlingseffekten for MCT ser endvidere ud til at være varig – med høje effektstal bevaret ved followup-undersøgelser. Terapiformen er tilmed økonomisk rentabel i kraft af afgrænsede, strukturerede terapiforløb med få sessioners varighed. Der er imidlertid behov for flere, store, komparative studier af MCT, udført af uafhængige forskerteams uden eventuel bias, for at effekten af MCT i forhold til behandling af GAD kan vurderes mere sikkert.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (rev. 4. udg.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (rev. 5. udg.). Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2. udgave). New York, NY: Guilford Press.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. I: Davey, G. C. L. & Tallis, F. (eds.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment* (s. 5-33). Chichester, UK: Wiley.
- Campbell, L. A. & Brown, T. A. (2002). Generalized anxiety disorder. I: Antony, M. M. & Barlow, D. H. (eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorder* (s. 147-181). New York: Guilford Press.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalized anxiety disorder? Predictors of treatment outcome. I: Davey, G. C. L. Wells, A., *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (s. 359-377). Chichester, UK: Wiley.
- Holaway, R. M., Rodebaugh, T. L. & Heimberg, R. G. (2006). The Epidemiology of worry and Generalized Anxiety Disorder. I: Davey, G. C. L. & Wells, A., *Worry and its Psychological Disorders: Theory, assessment and treatment* (s. 3-20). Chichester, UK: Wiley.
- Jacobson, N. S., Folette, W. C. & Revenstorf, D. (1984). *Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. Behaviour Therapy, vol. 15, 336-352.*
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 59, 12-19.*
- Kvistedal, D. J. T. (2011). *A randomized controlled trial of metacognitive therapy vs. cognitive behavioral therapy vs. waiting list in the treatment of adults with generalized anxiety disorder: A preliminary analysis.* Norwegian University of Science and Technology.

- Van der Heiden, C., Muris, P. Van der & Molen, H. T. (2010). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* vol. 50, 100-109.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, vol. 23, 526-555.
- Wells, A. (2006). The Metacognitive Model of Worry and Generalized Anxiety Disorder. I: Davey, G. C. L. & Wells, A., *Worry and its Psychological Disorders: Theory, assessment and treatment* (s.179-200). Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2006). Metacognitive Therapy for Worry and Generalised Anxiety Disorder. I: Davey, G. C. L. & Wells, A., *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (s. 259-272). Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. og King, P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 37 (2006). 206-212.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford Press
- Wells, A., Welford, M., King, P., Wisley, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, vol. 48, 429-434.
- WHO ICD-10. (1994). *Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.

Abstract

Metacognitive therapy is an effective treatment for generalised anxiety disorder/GAD.

This review article describes the effect of metacognitive therapy for generalised anxiety disorder by reviewing the existing literature on the topic. Seemingly, metacognitive therapy is an effective treatment for generalised anxiety disorder, significantly more effective than any other applied psychotherapy investigated in the studies included in this article. Still, more and bigger comparable studies are needed before any conclusion about the effect of metacognitive therapy for generalised anxiety can be drawn.

Keywords: Metacognitive therapy, generalised anxiety disorder/GAD. Metakognitiv terapi og generaliseret angst/GAD. Adrian Wells

NYHED



BEFRI SAMTALEN

Grundbog i professionelle samtaler

Af Cecilie Cornett og Klaus Bakdal

299 kr.

” In my view, Cornett and Bakdal are concerned with expanding the possibility for genuine dialogue, by which I mean relational interchanges that are not governed or predetermined by the past, but in which the participants are both responsive to the unique contingencies of their relationship, and open to collaborative innovation.

– Professor Kenneth Gergen,
fra bogens forord

Befri samtalen tager den professionelle samtale alvorligt. Vi har brug for at se samtalen med nye øjne og befri den fra metoder og vaner, så den får slagkraft og gør os synlige og tydelige som professionelle.

Befri samtalen handler om at kunne tage ansvar for konstruktion og liv i samtaler – og holde blikket fast rettet mod det væsentlige: Samtalen som et meningsfuldt professionelt møde, der skal have effekt.

Det er en grundbog, der både kan læses som et samlet bud på en helt ny måde at tænke samtalepraksis på og som et opslagsværk med masser af muligheder for punktvis opslag til inspiration og passende forstyrrelser.

Denne grundbog er til dig, der vil skabe virksomme og smidige professionelle samtaler – som leder, konsulent, fagprofessionel, underviser, studerende, medarbejder – uanset branche og sektor.

Indeholder engelsk forord ved professor Kenneth J. Gergen, dansk forord ved lektor Søren Willert samt efterord ved videnskabelig direktør Paolo Bertrando.

LÆS MERE OG
BESTIL BOGEN
PÅ DPFDK



Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet, når det kommer på krisecenter?

– og hvilke konsekvenser kan det få for det terapeutiske arbejde med børnene?

Matrix, 2014; 2, 80-104

Anne Marie Troensegaard

Artiklen bygger på forfatterens egne journaler fra 215 børn, der har været på krisecenter. Den beskriver, hvordan påvirkningen af de konflikter og volden, som barnet har været udsat for, kan ses på barnet. Materialet er struktureret ud fra en tematisk analyse, der efterfølgende har resulteret i et antal beskrivende temaer. Ud fra disse temaer har det været muligt at skabe grupperinger til forståelse og beskrivelse af børnene ved hjælp af PTSD-diagnose, tilknytningsteori, Kleins teorier om den tidlige udvikling samt forskellige psykoanalytiske forsvarsformer, belyst via cases. Til sidst diskuteres, hvilke konsekvenser det har for det terapeutiske arbejde med disse børn.

Indledning

Når et barn kommer på krisecenter, bliver det kastet ind i en ny kontekst, der er dramatisk, forvirrende og kaotisk. Måske kender barnet usammenhængende brudstykker af fakta om, hvorfor de kommer på krisecentret – enkelte tror, de skal på ferie.

Fælles i langt de fleste tilfælde er, at barnet ikke har kunnet forberede sig. Barnet har ikke haft mulighed for at tage afsked med venner eller hjemmemiljø, og det har ingen anelse om, hvad der kommer til at ske det næste par dage, om en uge eller i fremtiden – og som oftest står det med en følelse af ringe indflydelse herpå.

Anne Marie Troensegaard, aut. psykolog, Krisecenter Odense, Kontaktadresse: Troense Strandvej 55, 5700 Svendborg, Arbejdsplads: Krisecenter Odense, Rødegårdsvej 91, 5000 Odense C.

Der er de tilfælde, hvor volden akut er blevet så voldsom, at mor og børnen enten via politi eller venner bliver kørt på krisecenter. Ofte har mor dog i nogle dage planlagt at tage af sted, men hun har ikke involveret børnene af frygt for, at de skulle sige noget, eller at manden skulle opdage, at de var på vej af sted. Derfor finder børnene ofte først ud af, hvad der skal ske, når de sidder i bilen på vej til krisecentret.

Det er som regel ikke en enkeltstående episode, der gør, at mor og børn kommer på krisecenter, og for flere børn kan det opleves som meget skræmmende at blive revet ud af deres hverdag – uanset hvor forfærdelig den end har været – fordi de kommer til det uvisse på krisecentret. Hjemme kendte de farerne og har lært at tackle dem. Mange børn stiller ofte ikke spørgsmålstejn ved forholdene i hjemmet, da de er blevet en del af deres hverdag.

Kommunerne har efter servicelovens § 109, stk. 5, pligt til at tilbyde mellem fire og ti timers psykologhjælp til alle børn og unge, der tager ophold på et krisecenter sammen med deres mor. Ordningen trådte i kraft den 1. juli 2008 og omfattede i første omgang børn over seks år. I 2009 blev ordningen udvidet til at omfatte alle børn og unge. Der blev desuden med udvidelsen af ordningen afsat midler til at evaluere dens anvendelse.

Jeg har, gennem mit arbejde som psykolog på et krisecenter, haft korte samtaleforløb med 215 børn, og jeg har et ønske om at bruge dette datamateriale til en nærmere undersøgelse af, hvordan børn påvirkes af voldsomme konflikter i de nære relationer.

Jeg oplever at få et kort indblik i en hverdag, der er svær før krisecenteropholdet, men som også efterlader problemer efter, hvilket der ofte ikke er ret stor fokus på. Når volden er fjernet, er det vel ok – eller er det? Måske undersøgelsen kan danne grundlag for ikke alene et bedre arbejde for børnene på krisecentrene, men i lige så høj grad for det forebyggende arbejde såvel som det efterfølgende arbejde, når børnene flytter fra krisecentret igen.

Problemformulering samt strukturering af artiklen

Unicef har i sin undersøgelse *Behind Closed Doors* (UNICEF, 2006) beskrevet, at ca. 22.000 børn i Danmark lever med vold i familien, og det er både dansk og internationalt dokumenteret, at vold i de nære relationer har store omkostninger både menneskeligt og samfundsmæssigt (Krug et al., 2002), så det er forventeligt, at børn på krisecenter bliver påvirket af det miljø, de er i.

Ofte kan jeg opleve, at børnene er meget umiddelbare og ret hurtigt kan se ud, som om de har affundet sig med den nye situation, når de kommer på

Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet

krisecenter. I 2009 har Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i Oslo gjennomført en undersøgelse af barnets erfaringer fra livet på krisecenter, der blandt andet beskrev, at:

“Når barn snakker om livet på krisesenteret, står aktivitetene og leken med andre barn ofte i sentrum. Både den frie leken og de organiserte aktivitetene gir barna et eget rom for pause og glede” (Øverlien et al., 2009).

Der er ingen tvivl om, at børnene oplever en umiddelbar lettelse, når de kommer på krisecenter, og de kan gå ud og ind af deres vanskelige problematik. Men jeg oplever dog en hurtig ændring, når barnet skal forholde sig til, hvad der skal ske efter udflytning. Hvad med deres kammerater? Hvad med far? Hvad med mit kæledyr? – ting, de ofte ikke kan være medbestemmende omkring, og som ofte står hen i det uvisse.

“Et andet tema som opptar barna, er at de ikke kan snakke om hvor de bor. Det å hemmeligholde gjør hverdagen komplisert for barna, og i enkelte tilfeller passiviserer og isolerer det dem. Noen barn tvinges til å lyve, og det legges mye energi i strategier for å kunne holde på hemmelighet” (Øverlien et al., 2009).

Oftentimes er volden af så alvorlig karakter, at far ikke må vide, hvor de opholder sig af frygt for, at han skal opsøge dem. Det vil sige, at Facebook, sms m.v. lige pludselig bliver livsfarlige medier. I andre tilfælde ønsker mor ikke, at omgivelserne skal vide, at hun er på krisecenter, da hun oplever det som et nederlag. Uanset hvad, bliver barnet ofte overladt til sig selv i forhold til at navigere i dette univers. Det kan være svært for et barn at vide, hvad man skal holde hemmeligt, og hvad man gerne må fortælle – både til kammeraterne, far, mor og psykologen m.v.

Landsorganisationen for kriseramte kvinder (LOKK) har gennemført en temaanalyse over børns helbred og trivsel på krisecentret, der viser, at mødre oplever, at børn på krisecenter har et dårligere helbred end børn generelt (Barlach et al., 2012).

Der er således foretaget en del undersøgelser, der peger på, at vold og konflikter i de nære relationer rammer mange børn, og at det har nogle følgevirkninger. Fokus vil derfor være:

Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet, når det kommer på krisecenter?

Datamateriale og metode

Materialet findes i form af de skrevne journaloptegnelser fra psykologsamtaler med 215 børn. Børnene er inkluderet uden hensyntagen til alder, køn, etnicitet for at se, om der kunne udledes nogle temaer, der kunne gå på tværs af disse faktorer. Samtalerne med de yngste har snarere haft karakter af legeterapi, mens der hos de ældste har været ført en egentlig samtale.

Datamaterialet bestående af 215 journaler gør det relevant at bruge den tematiske analyse til at udlede nogle mønstre og strukturer, der kan sammenfattes i temaer, som kan beskrive nogle strukturer hos de børn, psykologen møder på krisecentret, og måske deraf udlede noget mere generelt.

Der kommer en kort beskrivelse af, hvordan den tematiske analyse er forløbet, og hvilke problemer der var undervejs. Det munder ud i nogle forskellige temaer, der kan belyses ud fra flere psykologiske, teoretiske vinkler. Denne artikel anvender først og fremmest den psykodynamiske tilgang, da den har vist sig at være anvendelig i forståelsen og behandlingen af børnene.

Kontakten til børnene er ofte af kort varighed. Kun en del af deres historie er kendt, og det bliver vigtigt, at det, som psykologen skal vurdere på og hjælpe børnene videre fra, primært er det, som psykologen møder i relationen og kontakten med barnet, og de følelser, det vækker hos denne. Det er her, psykologen har mulighed for at gå ind og bruge sin fagpsykologiske viden.

Ud fra en psykodynamisk tænkning vil barnet umiddelbart overføre sine tidligere relationserfaringer til sine nuværende relationer. De følelser, relationsmønstre, tanker og fantasier, barnet viser i relationen, kan bruges til at forstå barnets indre, relationelle verden (Heede, 2010). Her bliver forståelsen baseret på den måde, hvorpå barnet udspiller sine generaliserede forventninger til andre i kontakten til psykologen, og hvilke følelser dette vækker hos denne. Kleins beskrivelse af spaltning og projektion forklarer, hvordan det fraspaltede – det, som vi ikke kan integrere (f.eks. at det er min far, som jeg elsker, der slår min mor, som jeg også elsker) – udøver en påvirkning på resten af psykens funktionsmåde uden at kunne integreres i dennes udvikling (Klein, 1975). Det betyder, at barnets psyke er præget af forskellige oplevelser i opvæksten, der har forstyrret og forhindret udfoldelse og en sund udvikling og i stedet udviklet sig til psykiske vanskeligheder og endda i visse tilfælde psykiatriske symptomer.

Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet

Undersøgelsen tager udgangspunkt i casene, der beskriver de strukturer, som har været aktuelle, og som psykologen oplever, og knytter det efterfølgende an til eksisterende, beslægtede fænomener teoretisk.

I diskussionen kommenteres, hvilke spørgsmål denne artikel rejser, dels i forhold til det terapeutiske arbejde med børnene på krisecentret, men også i forhold til fortsat intervention omkring børnene, efter at samtaletilbuddet er ophørt, samt overvejelser over, hvad disse journaler ikke kan sige noget om.

Den tematiske analyse

Journaloptegnelserne fra de 215 børn struktureres ud fra en tematisk analyse, hvilket er en induktiv metode, hvor man går fra noget konkret (journalerne) til noget generelt.

“It begins with the collection of data, so that the research has a set of observations to interpret.” (Hayes, 2000)

Den tematiske analyse indebærer, at man strukturerer materialet ud fra temaer. Disse temaer kan være bestemt i forvejen eller udarbejdes ud fra det indsamlede materiale, hvilket er det, der er blevet gjort i denne artikel.

Denne form for undersøgelse kan bruges, når der er indsamlet en del materiale, som man ønsker at kategorisere, for at man kan udlede noget mere generelt fra dette. Det skulle gerne munde ud i, at resultaterne er i overensstemmelse med den virkelighed, de skal sige noget om, hvis analysen er gennemført korrekt (Bjerrum, 2005). I denne undersøgelse – i et forsøg på at finde nogle temaer, der kendetegner de børn, som kommer på krisecentret – startes der således meget konkret (tekstnært), og siden samles det hele i nogle grupperinger/temaer.

Først blev 40 journaler læst igennem, hvor der blot blev noteret stikord i hånden. Dette resulterede i en struktur, hvor det endelige skema blev udformet. Derefter blev de 40 journaler skrevet ind i et skema, og efterfølgende de resterende 175. Der blev løbende vendt tilbage til de tidlige journaler i bilaget for at skrive flere temaer på, efterhånden som opmærksomheden blev henledt på dem igennem journallæsningen.

Der kunne bruges meget mere tid på selve den tematiske del, da enhver gennemlæsning henleder opmærksomheden på nye udtryk, der kan lægges ind i de forskellige cases, men de temaord, der nu er fundet frem til, kan genkendes i en eller anden form i de forskellige cases.

Temaerne fra de 215 cases går i en eller anden form igen og kan derfor påkalde sig en opmærksomhed omkring, hvordan børnene er påvirket, når de

kommer på krisecenter. Det er naturligt, at det er negative faktorer, der er fokuseret på, for det er vel ikke forventeligt, at man kan tale om, hvilke positive konsekvenser konflikter og vold kan have på børn, der er i udvikling.

De temaord, der er dukket op i analysen, er:

Usikkerhed, tilknytning, ambivalens, behov for kontinuitet, fravær af struktur og stabilitet, mors angst, mor for mor, forsøger at glemme, behov for det normale, ambivalens, idyllisering, distancering, overinvolvering, angst, undgående, savn, distancering, styrende, svært ved at lege, grænsesøgende, aggressivitet, ikke aldersvarende, trukket sig ind i sig selv, manglende koncentration, kropslig uro, emotionel forvirring, svækket realitetssans og dysfunktionel udvikling.

Det, der er forventeligt og kendt viden på forhånd, er, at disse 215 børn har været udsat for et traume – og flere af dem for gentagne traumer. Børnene viser også tegn på en del opmærksomhedsproblemer, uro i kroppen, problemer med at koncentrere sig, manglende kontinuitet, hvilket kort vil blive behandlet og holdt op imod en undersøgelse, som krisecentret har deltaget i, hvor man testede børn fra 6-18 år for PTSD (Roenholt, Troensegaard & Elklit, 2011).

Barnet kommer første gang sammen med mor, og ved hver samtale er det mor, der kommer med barnet, og derfor får psykologen ved hver eneste samtale et indblik i den relation, der er mellem mor og barn. Der er registreret emneord, der gør det relevant at kigge på forskellige tilknytningsformer mellem mor og barn, hvorfor tilknytning vil være det andet hovedtema. Der vil, med udgangspunkt i Ainsworths tilknytningsformer (Ainsworth, 1963) via cases, blive fokus på, hvilke personlighedsproblemer der kan følge med i forhold til barnets tilknytningsmønstre. Desuden evalueres barnets mulighed for at tackle disse situationer samt manglen på samme, og hvilke dysfunktioner dette kan medføre i barnets udvikling.

Til beskrivelse af barnets tidlige udvikling bruges Kleins psykoanalytiske teorier, der vil være det tredjehovedtema, og til at belyse de forskellige former for forsvar, der blev registreret i de enkelte cases, beskrives forskellige psykoanalytiske forsvarsformer i det fjerde hovedtema.

En del af temaordene hører ikke kun til under et af hovedtemaerne, men kan optræde alle fire steder, men de fire hovedtemaer er beskrivende for det indtryk, børnene har givet i deres møde med psykologen på krisecentret.

Ud fra en psykodynamisk tilgang kan gentagne traumer i barndommen lede til angst. Freud (1926) har med sin psykoanalytiske teori beskrevet og formule-

ret teorier om den tidlige barndom, når barnet er afhængig af moren for at overleve. I den tidlige psykiske tilstand ønsker og kræver barnet umiddelbar tilfredsstillelse af såvel nærings- som omverdensbehov. Og hvis moren ikke imødekommer disse, oplever barnet situationen som traumatisk. Så oversvømmes barnet af ubehag, det ikke kan komme af med eller gøre noget ved. Det udløser angst. Alle har set, hvordan børn reagerer, når deres mor forlader dem. Barnet forsøger at få mor til at blive. Allerede inden mor er forsvundet, reagerer barnet og forbereder sig dermed på den traumatiske angst eller forsøger at forhindre den i at opstå. Separationen fra moren, eller tanken om samme, gør således, at barnet reagerer med uro og en form for angst. Denne forberedende angst kaldes signalangst og prøver at foregribe den mere intensive angst. Den er et advarselstegn til, at jeg'et skal undgå den intensive angst. Forsvar mod angst i forbindelse med separation udgør grundmodellen for, hvordan barnet forsvarer sig mod intensiv angst (Freud, 1926).

Barnet forsøger at forsvare sig mod angsten, og dette forsvar kan fungere på forskellige niveauer. Disse børn må finde måder at forsvare sig på for at overleve og holde ud i forhold til de ting, de bliver udsat for. Forsvar er en beskyttelse for ikke at blive overvældet af angst og sammenbrud, og børnene møder verden med disse mekanismer. Der kan opstå forsvar, så barnet og dets omgivelser synes, at det fungerer normalt, og derfor ikke reagerer. Når så pludselig forsvaret ikke fungerer længere, kommer det til udtryk i forskellige belastende udtryksformer: at børnene bliver forældre for forældrene, at de fornægter, idylliserer og glemmer, eller at de er så angstfyldte, at det fører til stor dysfunktion i deres udvikling generelt (Sigrell, 2000).

De fire hovedtemaer er således:

- a) PTSD
- b) Tilknytningsteori
- c) Kleins teorier om barnets tidlige udvikling af angst og forsvar
- d) Psykoanalytiske forsvarsformer :
 - I. Mor for mor
 - II. Benægtelse/idyllisering

Barnets forskellige måder at reagere på, og hvordan det kan forstås ud fra en psykologisk ramme

a. PTSD

Peter¹ er ti år og går i krisecentrets interne skole. Derfra har jeg fået oplyst, at han er meget svær at rumme. Han er venlig, men kan ikke sidde ned i mere end fem minutter. Han kommer ofte i konflikt med de andre børn.

Når Peter er hos mig, sidder han ned i et-to minutter og går ellers resten af tiden rundt i lokalet. Han bliver meget forstyrret, når vi skal tale om det skete, og det er næsten umuligt at komme ind til ham pga. den "støj", som hans egen krop laver. Han fortæller selv, at han ikke kan koncentrere sig i skolen. På et tidspunkt fandt han ud af at synge og danse inde hos mig, hvorigennem han nemmere kunne fortælle lidt af sin historie samtidig med, at hans krop blev holdt i ro.

Peter viser tydelige tegn på desorganisation både i krop og tanker. Han er forvirret. Hans krop reagerer. Han kan ikke finde ro. Han kan ikke de ting, han kunne før. Han kan ikke koncentrere sig i skolen. Han har svært ved at huske. Og han kan ikke udholde at tale om de ting, der er sket.

Det er, som om hans krop er nødt til at lave uro for at glemme det, der er sket.

Ifølge ICD-10 (World Health Organization, 1991) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) er PTSD (Post Traumatisk Stress) forbundet med forskellige symptomer, der skal optræde samtidig. Det drejer sig om tilbagevendende

- *genoplevelse af traumet eller stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet*
- *undgåelse af alt, der minder om traumet*
- *delvis, eventuel fuld, amnesi for den traumatiske oplevelse*
- *vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmeredskab (ind- eller gennemsovningsbesvær, irritabilitet eller vredesudbrud, koncentrationsbesvær, hypervigilant, tilbøjelighed til sammenfaren) (ICD-10)*

DSM-IV inkluderer også et subjektivt kriterium om personens oplevelse af intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel i forhold til den traumatiske begivenhed. Det problematiske bliver her, at børns reaktion ifølge kriteriet kan være for-

1. Alle navnene i casene er anonymiseret, ligesom fortællingerne er sikret konfidentialitet.

skellig fra voksnes, da børn kan vise uorganiseret og agiteret adfærd i stedet for rædsel og hjælpeløshed (Elklit, 2009).

Peter havde netop en uorganiseret og agiteret adfærd. Han virkede ikke specielt angst, hvilket man ud fra hans historie ellers ville finde helt relevant. Han virkede heller ikke specielt hjælpeløs, men de ting, han foretog sig, viste tydeligt, at han ikke magtede at være i sin egen krop eller tanker, og at dette forhindrede ham i at kunne følge med i skolen, fungere i en hverdag og komme overens med kammeraterne. Han havde simpelthen så meget støj på linjen, at han konstant måtte forsøge at overdøve denne støj.

Mange af de børn, der kommer på krisecentret, har lignende reaktioner, men langt de fleste af dem har også været igennem en traumatisk oplevelse. Bare det at komme på krisecentret er ofte forbundet med stor dramatik, og de fleste børn har oplevet livstruende ting i tiden inden.

Margolin & Vickerman (2011) viser, at børn, når de påvirkes af traumatiske oplevelser, kan få svære følgevirkninger for resten af livet. Samtidig er børn meget afhængige af den støtte, de får fra de nære relationer i forhold til, hvordan de kommer igennem traumat. Det kan derfor også være vigtigt at forholde sig til det relationelle miljø i forhold til, hvilken støtte barnet har mulighed for at trække på her (Scheeringa & Zeanah, 2011).

Krisecentret har desuden sammen med Syddansk Universitet gennemført en undersøgelse, hvor man forsøgte at validere en mere venlig version til diagnosticering af PTSD, der hedder Thomas-testen. Gennem dette arbejde er der blevet gjort opmærksom på, at mange af de børn, der kommer på krisecenter, har eller udviser tegn på dele af en PTSD-diagnose. Det ligger måske lige for, at en enkelt traumatisk oplevelse kan forårsage PTSD, men undersøgelser har vist at forholdene i familien påvirker udviklingen af PTSD, idet gentaget eksponering for traumatiserende begivenheder kan forhøje risikoen for udvikling af PTSD (Lonigan et al., 2003; Elklit, 2002). Børn er generelt meget udsat for potentielt traumatiske begivenheder, og ofte udvikler de PTSD-symptomer på baggrund af deres oplevelser. Mange forskellige typer af traumer kan medføre PTSD-symptomer hos børn (Donnelly & Amaya-Jackson, 2002).

Risikofaktorer som køn, alder, etnisk baggrund, familiefaktorer, udviklingsmæssige faktorer, social støtte og mestring har en direkte effekt på udviklingen af PTSD. Men undersøgelser har vist, at der er tale om dynamiske, interaktive effekter, hvor de forskellige faktorer påvirker hinanden og udviklingen af PTSD.

Det betyder i forhold til Peter, at det får stor indflydelse, hvordan skolen tager i mod ham, og hvordan det omgivende samfund arbejder sammen for at

afhjælpe og forstå hans problematik. Derfor bliver kommunikationen mellem de nære relationer og det omgivende samfund af stor vigtighed for barnets udvikling eller evne til at komme igennem en traumatisk oplevelse og for at hjælpe barnet videre i en positiv udvikling.

Der er desuden en sammenhæng med, om forældrene kan bevare roen, for det kan være med til at berolige barnet. Modsat, hvis forældrene overreagerer eller viser konfliktfyldte reaktioner, kan det være med til at forøge barnets belastning og mistillid (Davis & Siegel, 2000). Det gør det relevant at se på, hvordan tilknytningen, og dermed den nære relation mellem mor og barn, viser sig på krisecentret.

b. Tilknytningsteori

Ahmed er ti år og er kommet på krisecentret sammen med sin mor og lillesøster. De har levet i intens vold alle årene, og der har været vold mod både mor og børn. Mor er meget traumatiseret, græder meget og ser meget håbløst på sin egen fremtid. Hun er blevet voldsomt styret af sin mand og har aldrig fået indsigt i økonomi, opholdstiladelse, kommune, arbejde m.v. og har derfor svært ved at se sig selv komme ud af krisecentret. Dels er hun bange for, at manden vil finde hende og slå hende ihjel, hvilket hun heller ikke kan skærme sine børn imod, men samtidig står hun også magtesløs over for selv at skulle styre sin økonomi, finde lejlighed og klare sig selv.

Ahmed er meget vekslende. Det ene øjeblik elsker han sin mor og vil gøre alt for hende. Det næste øjeblik slår han hende. Han er konstant meget krævende over for hende og har hele tiden behov for hendes accept. I mine samtaler vil han have mor med, og hvis han beder mor om noget, og hun gør det, vil han have, at hun skal gøre noget andet. Han virker meget kaotisk og fortæller selv, at han sommetider slår sit hoved ind i væggen for at få ro i tankerne.

Der er ingen tvivl om, at Ahmed er ramt på flere måder. Han har og slog også ud på PTSD-testningen, men når man skal se på hans muligheder for at komme udviklingsmæssigt videre igennem dette traume, kan det være væsentligt at se på hans tilknytningsmønster.

Mary Ainsworths beskrivelse af tilknytningsmønstre giver en god forståelse af, hvad der er på spil. Ainsworth foretog en empirisk undersøgelse med udgangspunkt i Bowlbys teoretiske grundlag, hvor hun har beskrevet tryk tilknytning og tilknytningsforstyrrelser via iagttagelser af børn og mødre i såkaldte fremmedsituationer. Hun beskrev på den baggrund tryk tilknytning samt tre hovedformer for utryk tilknytning, alt efter deres typiske reaktionsmønster (Ainsworth et al., 1978).

Howdan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet

Tryk tilknytning (type B) – Barnet leger relevant og forventer, at moren er tilgængelig og hjælpsom, hvis der opstår problemer. Mor fungerer som en tilgængelig og tryk base, som barnet kan vende tilbage til, når der opstår behov for det.

Utryk/undgående tilknytning (type A) – Barnet kan være ansændt eller hæmmet i legen. Det reagerer hverken på, at mor går eller kommer tilbage. Barnet behandler ofte fremmede mere venligt end deres mor. Barnet regner ikke med, at mor er tilgængelig. Barnet er på vagt og tilbøjelig til at prøve at klare sig uden sin mor.

Utryk/ambivalent tilknytning (type C) – Barnets leg kan være passiv og hæmmet. Børnene i denne kategori reagerer kraftigt på, når mor går. De kan samtidig være utrøstelige, når hun kommer tilbage. De kan være kontaktsøgende, men samtidig aggressive og modstræbende. Ses ofte hvor mødrene er usikre og inkonsekvente. Børnene er usikre på, om forældrene vil være der, og om de vil hjælpe dem, hvis de har behov.

Desorganiseret tilknytning (type D) – Barnet har ikke udviklet et sammenhængende mønster, eller mønstret er brudt sammen. Barnet mangler holdepunkter for, hvad der er godt eller skidt, og er forvirret over, hvad det kan forvente af moderen. Hænger ofte sammen med en forældreadfærd, der er uforudsigelig og stærkt skiftende.

Denne form ses i nogle tilfælde hos børn, der er blevet fysisk mishandlet eller alvorligt vanrygtet (Crittenden, 1985) eller hos børn, hvis mødre selv er blevet mishandlet (Main & Hesse, 1990).

Ahmed kan forstås som værende desorganiseret i sin tilknytning. Han har ingen holdepunkter og er meget i tvivl om, hvad han kan forvente af moren. Moren har en gang før været på krisecenter og lovede, at de ikke tog hjem. Men modet svigtede hende, hun tog hjem igen, og volden fortsatte. Han oplever, at den omsorgsperson, der skal tage vare på ham i øjeblikket, er der og giver ham god omsorg, men i næste øjeblik er hun ikke i stand til at tage beslutning, græder og er meget forvirret. Hvad skal han tro? Er hun en sikker havn, eller ryger de tilbage til faren igen og til det voldsomme liv?

Han fungerede i perioder og havde en form for tilknytning til moren, men den var så desorganiseret og usikker, at han hele tiden var i tvivl om, hvad han kunne forvente. Han forsøgte at spille bold op ad hende i håb om, at hun ville vise ham et ensartet mønster, som han kunne regne med. Men mor var som et

barn selv, der heller ikke var sikker og derfor ikke kunne give den sikkerhed videre til sine børn. Hun fik aldrig ro og mulighed for at arbejde sig op til det.

Måske forsøger Ahmed at identificere sig med faren og oplever skyld over at være med mor på krisecenter. Ahmed får hele tiden relationen i stykker og saboterer ethvert forsøg på relation. Det er den tilstand, Klein ville kalde paranoid angst.

c. Kleins psykoanalytiske teorier om barnets tidlige udvikling af angst og forsvar

Melanie Klein var en psykoanalytiker, der udviklede sine teorier i 1930-/40'erne, og altså meget senere end Freuds oprindelige neuroseteori. Klein understregede den tidlige barndoms betydning og beskrev barnets tidligste forsvar mod angst. Hun beskrev dermed det tidlige og mere primitive psykiske forsvar (Klein, 1957,1973).

Ifølge Klein er det en del af den normale udvikling, at spædbarnet gennemlever konflikter for at opnå en sund udvikling. Klein taler om to grundlæggende positioner, hhv. den paranoide-skizoide position og den depressive position, der efterfølgende er aktive livet igennem. Til hver position er der knyttet et bestemt objektrelationsniveau, bestemte angstformer og forsvarsmekanismer (Klein, 1973; Mortensen, 2003).

Spædbarnet befinder sig i en tilstand, hvor det svinger mellem at opleve sig selv som et perfekt væsen i total harmoni med en perfekt mor eller som en defekt, uelsket skabning i evig kamp med en farlig forfølger. Det er denne tilstand, Klein kalder for den paranoid-skizoide position. Men efterhånden som det normale barn modnes, bliver det i stand til at opleve sig selv og andre i helheder (som hele objekter), hvorved det kan erkende, at det besidder negative egenskaber, og at forældrene også gør det. Samtidig erkender barnet og føler, at det kan overleve både at have det gode og det onde i sig og i sine omgivelser. Barnet oplever både skyld og ønsket om at reparere. Det er denne senere tilstand, Klein kalder for den depressive position (Klein, 1973). Det er et vigtigt skridt i barnets udvikling, hvor det oplever moren som realistisk, dvs. som både god og dårlig, og som adskilt fra barnet.

Klein beskriver, at i det tidligste stadie (det paranoid-skizoide) modarbejdes angsten af et ekstremt kraftigt, primitivt forsvar, f.eks. *spaltning*, *omnipotens* eller *benægtelse*, eller med andre ord skabelse af helt gode eller helt onde objekter i den indre verden. Andre mennesker opleves da som enten venner eller fjender. Noget "midt imellem" eller "både/og" eksisterer ikke. Et sådant forsvar indebærer fornægtelse af, at konflikter eksisterer. Målet er at undgå at arbejde

Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet

med disse konflikter. Hvis virkeligheden ikke stemmer overens med ens egen opfattelse, er der fejl i virkeligheden. Omnipotens er troen på egen evne til at være uden problemer og vanskeligheder. Disse primitive forsvarstyper er, ligesom andre typer af forsvar, ubevidste. De primitive forsvarstyper fungerer dagligt i relation med andre mennesker og leder i almindelighed til nye konflikter. I det senere stadie (den depressive position) undergår forsvarerne en betydningsfuld ændring, der er karakteriseret af jeg'ets øgede evne til at modstå angsten (Klein, 1973).

Men Klein påpeger her også, at hvis disse forsvarstyper opretholdes ud over det tidlige stadie, hvor de hører til, kan udviklingen blive forstyrret på mange måder: integrationen besværliggøres, objektrelationerne og relationen til realiteten kan lide skade. Det kritiske punkt i Kleins udviklingsteori er således gennemarbejdningen af den depressive position i anden halvdel af første leveår. Hvis barnet opnår positive oplevelser med reparation; altså at mor, trods barnets aggressive udfald, er i stand til at komme tilbage med kærlighed, fremmer det integrationsprocessen. Hvis barnet har svært ved at magte den depressive angst, kan det vise sig i dets forsvar. Dels kan det være et paranoidt forsvar, hvor objekterne opdeles i gode og onde, dels et manisk forsvar, hvor objektets betydning nedvurderes, og individet mener at kunne klare sig selv.

Jeg har valgt at inddrage to case-eksempler, hvor barnet har oplevet udviklingsproblemer i den depressive position, og hvor det kommer til udtryk på to vidt forskellige måder. Det betyder, at interventionerne således også får to helt forskellige forløb. Både Ulla og Søren tilhører Kleins forsvarsgruppe, men de har forsøgt at anvende deres forsvar tidligere, hvilket ikke har fungeret, men kun ledt til yderligere konflikter med omgivelserne. Og da de kommer på krisecentret, har de givet op og er nu mere i et sammenbrudsstadium.

Ulla kommer på krisecentret sammen med sin mor og både mindre og større søskende. Hun er voldsomt depriveret. Mor er depressiv, har det rigtig skidt og giver selv udtryk for, at hun ikke magter sine børn – også når børnene hører på det. Ulla har voldsomme konflikter med de andre børn på krisecentret og sidder meget af tiden på værelset med mor, der ligger i sengen.

Første gang Ulla er hos mig sammen med mor, reagerer hun ved at falde i så dyb en søvn, at mor ikke kan vække hende.

Søren er to år og er kommet på krisecentret med mor og søskende. Begge forældre har været i arbejde. Far er selvstændig, og mor er på barsel med Søren lillesøster på ni måneder. Far er blevet tiltagende mere styrende og voldelig over for mor. Mor er selv

meget forundret over, at hun har ladet det komme så langt. Hun er meget nervøs, urolig og ked af, hvad det her har gjort ved hendes børn. Søren er en angst dreng, der reagerer voldsomt, hvis han ikke kan se mor. Han reagerer ved at smide sig på jorden, skrike højt og slå vildt omkring sig. Mor fortæller også, at han har voldsomme mare-ridt, og at hun ofte må sidde og holde om ham i lang tid.

Første gang han skal ind til mig, kan det kun lade sig gøre at få ham ind i mellemgangen, og han accepterer, at mor og jeg er inde i rummet – en meter længere fremme. Mor er god til at forberede ham, og det lykkes at få ham ind ved anden samtale, men han gemmer sig hele tiden bag mor. Der er ingen tvivl om, at han lytter, men han er så angstfyldt, at han overhovedet ikke er i stand til at indgå i en relevant relation med andre – hverken voksne eller børn.

Han opnåede i de tre måneder, han var på krisecentret, at indgå i enkelte lege med andre børn, når mor var i nærheden, og hans mareridt aftog. Han blev i stand til at lege i samtalerummet, og han kom gradvist længere ind i rummet hver gang.

Både følelserne af had og destruktivitet (i den paranoide-skizoide position) og følelserne af kærlighed og skyld (i den depressive position) er intensive. På grund af en dominans af den paranoide-skizoide position kan barnet ikke udvikles under den depressive position uden at anvende primitive, urealistiske forsvar, og barnets kreative evne og evnen til udvikling skades. I stedet oplever barnet forvirring og får svært ved at klare sig på en realistisk måde. Forvirringen skaber angst. Angsten opleves som psykiske smerte. Barnet forsøger at undvige smerten ved hjælp af yderligere primitive forsvar, hvilket fører til angst. Det hele kører i ring, indtil det ender i et psykisk sammenbrud.

Begge børn er overvældet af angst og kan ikke længere etablere et velfungerende forsvar.

Ulla reagerer ved simpelthen at lægge sig til at sove. Hun er ydermere i den situation, at mor har opgivet. Det vil sige, at dér, hvor hjælpen skal komme fra, er der ingen hjælp at hente. Ulla forbliver senere anbragt efter morens eget ønske.

Søren er meget overvældet af angst over det, der er sket. Han er ikke i stand til at holde sammen på sig selv og går konstant i opløsning. Han har tidligere oplevet en mor, der har været usikker og inkonsekvent, da hun har været i tvivl om, hvad hun skulle stille op. Han reagerer som et barn, der er utryg/ambivalent tilknyttet.

Mor arbejder meget relevant og målrettet på krisecenteret med de råd og den vejledning, hun modtager, hvilket også kan ses på Søren. Det går langsomt, men han oplever nu en mor, der forsøger at forstå hans udtryk, og som spejler,

rummer og forstår hans angst. Hun er samtidig tilgængelig og nærværende (da hun ikke længere skal koncentrere sig om faren), hvilket over tid kan aflæses hos Søren. Han falder mere til ro, bliver mindre aggressiv og kan udsætte sine behov. Han tror ikke længere, at mor forsvinder. Han kan udholde, at hun er væk, da han har en forvisning om, at han kan klare at være selv. Han føler sig set og mødt af mor, hvilket giver ham mulighed for at begynde at gennemleve den sorg og angst, der har været forbundet med grundene til deres krisecenterophold.

Ud fra Klein bliver han gradvist i stand til at magte den depressive angst. Det betyder, at han kan begynde at organisere sig og orientere sig ind i en sundere udvikling.

Begge disse børn blev på krisecentret hjulpet videre ud af deres dysfunktionelle udvikling. Ulla med en anbringelse, der giver mor ro og mulighed for at komme på fode, og som samtidig giver hendes børn den nødvendige omsorg og de relevante relationer, der forhåbentlig kan bringe dem ind i en sundere udvikling. Mor havde selv oplevet voldsomme ting i sin barndom, hvilket måske var grunden til, at hun havde så svært ved at restituere sig efter depressionen og de voldsomme oplevelser.

Søren blev hjulpet med råd og vejledning til en mor, der var så intakt, at hun var i stand til at arbejde med de ting, der kunne give Søren mulighed for at komme ind i en sundere udvikling.

d. Psykoanalytiske forsvarsformer:

Der er børn på krisecentret, der med baggrund i Freud forsøger at navigere og klare sig gennem de oplevelser og den hverdag, de har haft. Det undrede mig meget i starten, at de ofte ikke stillede spørgsmålstegn ved rimeligheden i det, de oplevede, eller graden af unormalitet. Men jo nærmere jeg gik ind i de forskellige cases og sammenholdt dem med teorier omkring angst og forsvar, jo tydeligere blev det, hvordan disse børn hver på deres måde forsøgte at klare sig igennem via forskellige forsvarsmekanismer for at undgå at blive overvældet af angst og følelser af ubehag, og for overhovedet at kunne navigere i det kaos, de oplevede.

Sigrell beskriver det som en proces, hvor disse forsvarsmekanismer hjælper individet til at udholde modsætningsfulde oplevelser af sig selv og andre og derigennem forhindre og kontrollere den angst, de ellers ville føle (Sigrell, 2001).

Vi benytter os vel alle i mere eller mindre grad af disse primitive forsvarstyper, når vi møder forhindringer på vores vej, som vi ikke lige kan overskue.

Men mange af disse børn har det som livsvilkår, at de konstant bliver overvældet og er nødsaget til at bruge disse primitive forsvarsmekanismer for at kunne være i livet. Det betyder, at det bliver en fastlåst struktur i deres indre univers, og på den måde kan det risikere at blive starten til en forstyrrelse i deres personlighed, der kan komme til at gå alvorligt ud over deres videre emotionelle og kognitive udvikling.

De børn, der på krisecentret fungerer bedst og er kommet længst i deres psykologiske udvikling, er altså dem, der har etableret forsvarsformer. For de andre børn er det ikke lykkedes at etablere et forsvar. De er derimod overvældet af angst og forsøger (ofte forgæves) at anvende de primitive forsvarsmekanismer.

Det er for psykologen vigtigt at kunne dæmme op for de forskellige forsvar, der registreres i mødet med barnet, og at kunne indgå i en relation med dette for at finde ud af, hvordan barnet følelsesmæssigt og funktionelt kan hjælpes videre.

Der vil i det følgende blive vist eksempler på to slags psykoanalytiske forsvarsformer: mor for mor samt benægtelse-idyllisering.

1. Mor for mor

Hans er 11 år og er kommet på krisecenter sammen med sin mor og sine søskende, der alle har forskellige fædre. Han har oplevet, at mor har haft mange voldsomme konflikter med mænd, og at der har været en del skiftende partnere. Hans har meget svært ved at være væk fra mor og oplever, at han er nødt til at være der for at hjælpe mor og forsvare mor mod, hvad der eventuelt måtte komme. I starten kan han ikke udholde, at mor har møder, uden at han er med, og mor må slet ikke gå udenfor krisecentret. Han kan på mange områder virke som en meget ældre dreng, men når det kommer til hans egne sociale kompetencer i forhold til sine jævnaldrende, har han store problemer og bliver ofte mobbet eller kommer i konflikter. Han spiser voldsomt meget og fortæller selv, hvordan han bruger det som trøst. Han er meget overvægtig.

Han vil rigtig gerne deltage i samtalerne, hvor han snakker om, hvordan mor har det, og hvordan hun bliver hjulpet – det bliver berørt langt mere end hans egen problematik og behov, som han har svært ved at forholde sig til. Hans behov er ganske enkelt at sikre, at der ikke sker mor noget, og at hun har det godt og ikke er ked af det. I virkeligheden er det desværre et projekt, han ikke lykkes ret godt med. Han har jo netop ikke kunne forsvare hende.

Det er tydeligt, at Hans har det rigtig skidt. Han har forsøgt at dæmpe angsten ved at bilde sig selv ind, at han kan tage ansvaret for mors sikkerhed. Det er,

Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet

som om han får et eget jeg ved at hjælpe og tage voksenansvar fra mor, dét, som Winnicott kalder "et falsk selv" (Winnicott, 1960). Det sande selv er nødt til at blive gemt væk, fordi det vil vække for megen angst. Resultatet bliver, at barnet kommer til at leve i en ikke-virkelig verden. Det var meget tydeligt hos Hans, der havde utrolig svært ved at begå sig socialt og var indstillet til psykiatrisk udredning. Hans massive spisning var også et udtryk for mistrivsel, og hans realitetssans var meget påvirket. Hans liv var bundet op på en evig uro om, hvad mor nu fandt på: "Gik hun i byen med andre mænd, der kunne være farlige? Kom hun tilbage? Blev hun uvenner med de andre kvinder?" osv. Han havde slet ikke mulighed for at tænke sig selv og sit eget liv ind.

II. Benægtelse-idyllisering

Elman er kommet på krisecenter sammen med sin mor og bror. Far er alvorligt psykisk syg og er droppet ud af behandling. Han har truet både mor og børn på livet, hvilket Elman har oplevet. I min første samtale med Elman benægter han, at far har gjort noget forkert og er meget vred over, at mor er taget på krisecenter. Han ønsker kun at komme tilbage til far, også selv om mor og bror bliver på krisecentret. I de følgende samtaler, hvor jeg dels taler om de fortællinger, vi sammen har fået fra mor, og forsøger at tale generaliserende om det, han har været igennem, knækker han pludselig sammen. Han begynder at græde voldsomt og siger, at jeg skal hjælpe hans far i stedet for at hjælpe ham. Han er så bange for, at den far, som han, til trods for de ting, faren har gjort, elsker over alt på jorden, vil forvolde sig selv eller andre mere skade, hvis han ikke får hjælp. Det er vel egentlig en soleklar indstilling.

Baggrunden for Elmans forsvar ligger i, at han ikke kan leve i angsten. Han er nødt til at benægte det skete, fordi han ikke kan udholde smerterne ved det.

Da han oplever at blive mødt, og at der er nogen, der kan tage hånd om far, bliver han i stand til at indgå mere relevant i samtalerne hos psykologen og kan fortælle om, hvor smerteligt det er at opleve, hvordan far blev dårligere og dårligere og stadig mere farlig og uforudsigelig at være sammen med, og hvad det gjorde ved ham. Han ønskede heller ikke længere at komme alene hjem til far. Han kunne pludselig forholde sig til sin egen problematik. Ikke sådan at foratå, at problemerne eller smerten var fjernet, men han var i stand til at udholde den og kunne begynde at navigere sundere i den både for sig selv og resten af familien.

Elman havde ud fra Ainsworth en tryk tilknytning til sin mor, hvilket betød, at hans forsvar kunne bearbejdes. Han havde haft en relevant og sund relation

til mor (og måske også far, inden faren blev alvorligt psykisk syg), hvilket betød, at da han blev udsat for traumatet, havde han en grundlæggende struktur i sin personlighed til at magte belastningen. Han reagerede først med forsvar, hvilket i sig selv er sundt for at han kan udholde smerten. Det er dog samtidig ikke så fastlåst og dysfunktionel en situation, at han ikke kan hjælpes videre. I starten havde han en psykisk struktur og et omnipotent forsvar, hvor han ikke orkede at sørge, men hans grundlæggende psykiske struktur, sammenholdt med hjælpen fra mor og krisecentret, gjorde, at han kunne forholde sig til sin konflikt, så den bliver mere dynamisk, og han kunne begynde at sørge over det tabte. Det interessante er, at benægtelse-idyllisering er et primitivt forsvar, men at det i denne case anvendes af Elman, der i princippet har en neurotisk personlighedsstruktur. Det viser sig bl.a. ved, at Elman relativt hurtigt kan tilegne sig terapi og blive bevidst om konflikterne.

Sten valgte et andet forsvar, der kan minde om og ligger tæt op af benægtelsen, men som får et andet udtryk: Idyllisering eller idealisering.

Sten er kommet på krisecenter sammen med sin mor og søster. Faren har i alle årene været voldsomt styrende og voldelig over for moren. De har aldrig talt om det, og moren har forsøgt at holde det hemmeligt for Sten og søsteren. Volden bliver mere og mere markant, og til sidst er mor nødt til at tage på krisecenter. Det viser sig ret hurtigt, at søsteren har været helt bevidst om, hvad der er foregået. Sten derimod er meget vred og uforstående over for, at de er kommet på krisecenter, og ønsker kun at komme tilbage. Han savner sin hverdag og sit gamle liv. I starten kan han slet ikke forstå, hvorfor han skal snakke med mig. Han accepterer, at far har gjort noget ved mor, men det har han ikke hverken set eller oplevet, og han er lidt uforstående over for nødvendigheden af at komme på krisecenter. I samtaleforløbet kommer der stadig flere og flere ting frem, der tydeligt viser, at Sten også har været udsat for vold, og jeg oplever, at han gradvist får øjnene op for, hvad der er foregået, men at han har skubbet det væk. Bl.a. sagde han: "Nu kan jeg også huske, at far engang var vred, fordi jeg havde været ukoncentreret i skolen. Så skulle jeg sidde og øve og vise, at jeg kunne alle tabellerne til dagen efter ... men det kunne jeg jo ikke." Han kunne pludselig fornemme angsten og frygten for, hvad der ville ske (med mor), hvis hun ikke kunne leve op til fars krav. Det kom også pludselig frem, at de ikke måtte have kammerater med hjem eller gå over til naboen. Deres isolerethed kom pludselig til at stå tydeligt frem. Men Sten havde brugt idealisering som forsvar for overhovedet at kunne opretholde sin hverdag. Hvis han ikke havde det, ville det have været umuligt for ham at fortsætte i det skræmmende miljø, og han havde jo ikke selv nogen mulighed for at ændre på det.

Hvordan ses påvirkningen af konflikterne og volden på barnet

Sten havde et par forudsætninger, der måske gjorde, at han i samtalerne blev i stand til at bearbejde det skete og komme igennem den sorg, det trods alt var at erkende, at den far, han havde gjort til en god far, ikke længere skulle være en del af hans hverdag. Han havde en passion for fodbold, og han var god til det. Der havde han mødt gode relationer, der havde vist ham respekt og spejlet ham som en sund og normal dreng, der var værd at være sammen med. Han havde idealiseret forholdet hjemme for at opretholde sin hverdag og for ikke at bryde sammen. Hen gemte på en hemmelighed, der var for svær at rumme og endnu sværere at dele med andre.

Han havde også en mor, der havde været tilgængelig og hjælpsom, og som midt i kaos trods alt havde fungeret som en tilgængelig og tryk base. Men mor var ikke på sigt i stand til at spejle virkeligheden, som den var, og var ikke i stand til at give ham relevant modsvar på det u hensigtsmæssige, følelsesmæssige spil, der foregik i hjemmet.

Hvordan arbejde psykoterapeutisk med børn på krisecenter?

Artiklen har vist, at de anvendte teoretiske perspektiver kan bruges som forskellige arbejdsmodeller, hvormed man kan betragte det voldsramte barn på krisecenter. De forskellige perspektiver retter sig mod forskellige lag af personligheden. PTSD tilhører ICD-10, tilknytningsteori siger noget om relationen mellem omsorgsperson og barn fra et mere objektivt perspektiv, mens det kleinianske perspektiv prøver at sige noget om dynamikken i barnets indre verden. Alle sammen er værktøjer, der kan hjælpe psykologen til at finde en retning for den terapeutiske holdning, der er mest relevant at anvende over for barnet.

For de børn, der har tydelige forsvarsstrategier, kan det være virksomt at hjælpe barnet til at forstå strategierne som måder, hvorpå man kan forholde sig til oplevelser af psykisk smerte. I min praksis sker dette, alt afhængig af barnet, gennem leg, tegning eller snak, hvor det skete italesættes enten direkte eller indirekte gennem legen. Der opnås en anerkendelse af det skete, og hvad det gør ved familien, samt fremtidige handlemuligheder.

I casene med Elman og Sten havde de forsvarsstrategier, der gjorde dem i stand til at udholde den smerte, de var midt i. Elman gjorde det ved at benægte de ting, der var sket, og Sten ved at idyllisere for at udholde den smerte, han ikke kunne udholde. Det er de sundere former for forsvar, og begge drenge var i stand til via samtalerne at møde og forstå følelserne og dermed bearbejde det skete og komme sundere videre – ikke mindst fordi de også, ud fra Kleins

forståelse, havde fået hjælp i de første år af en sund mor. Samme mor var nu også i stand til at hjælpe og arbejde videre med det, der var svært for henholdsvis Elman og Sten.

Hos de mere angstfyldte og relationsforstyrrede børn kommer det terapeutiske arbejde mere til at handle om at skabe et trygt miljø for barnet for at nedtone effekten af den traumatiske barndom. Det gøres dels via samtaler med mor og andre, der kan tænkes at kunne hjælpe til, dels i terapilokalet ved at hjælpe barnet til at udholde sin egen angst. Det kan ske ved samtale, men som oftest gennem leg.

Hverken Ulla, der faldt i dyb søvn under samtalen, eller Søren, der var så angst, at han ikke turde komme ind i rummet, havde fået hjælp til at rumme deres angst, men fik på hver deres måde via samtalerne en start til en sundere udvikling. Ulla med hjælp til mor og ved selv at komme i omgivelser, der kunne hjælpe hende ind i en god udvikling, og Søren dels via samtalerne at udholde angsten og begynde at lege, og dels via rådgivning og vejledning til mor, så hun blev i stand til at tackle og forstå hans angst.

Hans havde med sine store problemer i forhold til at passe på sin mor fremmanet et forsvar i et forsøg på at finde en anden måde at forstå sig selv på. Han ville også kunne forstås ud fra Kleins psykoanalytiske teorier om barnets tidlige udvikling, hvor han ikke havde haft mulighed for at få internaliseret det gode objekt, og dermed ikke var blevet i stand til at beherske angsten og beskytte livet. Han havde aldrig oplevet sin mor som realistisk og adskilt fra ham. Han var et meget stresset barn, der aldrig hvilede i sig selv eller situationen. Her var det nødvendigt både at sikre, at omgivelserne (mor, skole, børn og unge m.v.) arbejdede på at give Hans en mere stabil hverdag, mens han sideløbende fik mulighed for at finde forståelse for det skete gennem samtalerne.

Min oplevelse er, at det er meget svært at give en opskrift på det optimale samtaleforløb for et barn på krisecenter. Det er min oplevelse, at alle de 215 børn, jeg hidtil har haft i terapi på krisecentret, har haft hver deres udtryk og derfor har haft behov for hver deres helt specielle tilgang fra psykologen. Det har været vidt forskelligt, hvad det barn, der er trådt ind i terapilokalet på krisecentret, har bragt ind i rummet, at det – selv med de teoretiske perspektiver i baghovedet – har været svært at forberede sig på, hvordan det enkelte barn skulle mødes. Jeg oplever, at det er vigtigt at have de teoretiske og kliniske perspektiver i baghovedet for at forstå barnets historie. Men det er lige så vigtigt at være parat til at tage imod og rumme og prøve at tolke det udtryk, barnet bringer ind i rummet og være villig til at benytte sig af de terapeutiske redskaber, man har til rådighed (sandkasse, lege, tegne, tale osv.). Så det vigtigste har

for mig været at være villig og parat til at forsøge at forstå, hvad der var på spil hos det enkelte barn og stille mig til rådighed og være klar til at ændre strategi, hvis det, vi havde gang i, ikke føltes rigtigt.

Jeg oplever dog, at jeg gennem arbejdet med denne artikel har fået en større forståelse af, hvad der er på spil for disse børn, og hvor alvorlig vold i nære relationer er for et barns almene udvikling. Det har dog i langt de fleste tilfælde været min oplevelse, at de børn, der på krisecentret er blevet mødt med forståelse af dem selv og deres historie, har bevæget sig ind i en sundere udvikling.

Perspektivering

I april 2013 kom Ankestyrelsen og SFI med en evaluering af psykologhjælpen til børn på krisecentre (Ankestyrelsen og SFI, 2013), der viste, at omkring halvdelen af de børn, der kom på krisecenter i 2011, modtog psykologhjælp. Krisecentrene oplyser, at børn og unge, der bor mindre end en uge på et krisecenter, sjældent tager imod psykologhjælp. For gruppen af børn, der bliver boende længere end en uge, skønner krisecentrene, at mellem halvdelen og tre fjerdedele tager imod tilbuddet om psykologhjælp. Der er nu blevet fokuseret på, at det er godt, at næsten halvdelen modtager psykologhjælp, hvilket også er rigtigt set i forhold til for fire-fem år siden. Men når jeg ser på, hvad jeg har fundet i de 215 journaler, synes jeg, det er katastrofalt, at næsten halvdelen af de børn, der kommer på de danske krisecentre, ikke får tilbuddet.

Jeg møder hver dag i mine samtaler børn med åbne sår og primitive forsvar, der ikke fungerer, og som har et stort behov for hjælp. Børn, der gennem deres forskellige forsvarsmønstre viser, at de har brug for at få bearbejdet og ændret på nogle usunde, psykiske strukturer.

Denne hjælp kan de som en start få ved, at de gennem samtalerne får mulighed for at bearbejde det skete, men mindst lige så vigtigt, er det, at der klinisk-psykologisk bliver vurderet på, hvad der kunne være deres fortsatte behov ved en senere udflytning. Og når man ved, at de børn, der kun bor et par dage på krisecentret, ofte flytter hjem igen, kan det kun være med til at skabe stor bekymring.

Et andet faktum er, at der ofte hos far/voldsudøver er en ubehandlet, psykisk lidelse, der i et eller andet omfang har ført til, at mor og børn havner på krisecentret. Hvor er fokus på, hvad der skal ske med faren/voldsudøveren? Vi er nødt til i vores system at fokusere mere på, hvordan vi hjælper ham og derigennem også mor og børn til at komme videre ud fra det smertelige, der er

sket. Hjælper vi ikke ham, forlader kvinden og børnene ham i bedste fald, og i værste fald flytter de tilbage, eller han får en ny familie, hvor de dysfunktionelle mønstre fortsætter. Og det er jo ikke alle, der kommer på krisecenter.

Det bliver vigtigt at arbejde på at få forældrene på banen for bedst muligt at sikre børnenes videre udvikling. Men der må også eksistere en vis erkendelse af, at disse mødre (og fædre) har haft voldsomme konflikter i deres nærmiljø, der har gjort, at de periodevis (og for nogle måske for altid) har meget svært ved at spejle og regulere deres barns følelsesmæssige tilstande, fordi de selv har stået lige i orkanens øje. Derfor er der andre instanser, der i kortere eller længere perioder er nødt til at stille nogle tilbud op for at hjælpe disse familier videre. Volden har været der, den er set ved opholdet på krisecentret, og konsekvenserne er kendte. Derfor bør man følge op på det.

Ved en konference på Nyborg Strand i marts 2013, der omhandlede rammer og relationer, blev Robbie Gilligans begreber Bonding og Bridging sat i spil. Begge dele er vigtige – det er vigtigt “at knytte bånd” og at sikre de nære relationer, men det er, hos de børn jeg møder, også altafgørende med Bridging: “at danne grundlag for udvikling og forandring gennem forandring i et bredere netværk”. Det er væsentligt at kigge på relationer i barnets nære miljø – at støtte og hjælpe til en større forståelse af relationernes betydning for barnets udvikling – men det er også vigtigt at huske på, at i mange tilfælde gør det det ikke alene. Der skal mere professionel hjælp til, for at barnet sikres en positiv udvikling.

For enkelte er krisecenteropholdet en ny start, hvor de bliver hjulpet videre med de samtaler og den støtte, mor får fra krisecentret, men i langt de fleste tilfælde er en bred kommunal indsats og hjælp nødvendig for at skabe et stabilt og udviklende miljø for barnet.

“Intet barn bør, på grund af utilstrækkelig støtte i sine tidligste relationer, mangle lejligheden til at udvikle sin interpersonelle interpretationskapacitet til et niveau, der sætter ham i stand til at håndtere den modgang, livet kan forventes at bringe” (Fonagy, 2002; Sørensen, 2006).

Manglende støtte må derfor ikke føre til, at vi efterlader børn, der ikke bliver i stand til at klare den modgang, et helt almindelig liv uden vold også bringer.

Mange krisecentre indberetter, når et barn kommer på krisecenter, men ikke alle kommuner følger op. Det burde være standard, at der bliver lavet en §50. Flere undersøgelser har vist, at mange af de børn, der har været udsat for traumatiske begivenheder, ikke identificeres og dermed heller ikke kan tilbydes behandling (Gleason, Zeanah & Dickstein, 2010). Vi ser netop de åbne sår på

krisecentrene, og det er vigtigt at optimere den kliniske del og psykologbehandling, så børnene kan få den rette hjælp.

Krisecentret vil fremover i samarbejde med Syddansk Universitet igen deltage i en undersøgelse af PTSD hos børn i alderen 0-5 ud fra DIPA (Diagnostic Infant og Preschool Assessment), der er udviklet af Michael Scheeringa. Han arbejder på, at der på sigt kan blive tale om en udviklingstraumediagnose for småbørn, hvilket kunne være yderligere et redskab til at pege på, hvor stort et behov disse børn har for hjælp til at komme i sund udvikling. Det er vigtigt, at de personer, der møder disse børn, hele tiden arbejder på at sætte fokus på det store behov, de har for hjælp til dem selv og i deres nære relationer (Scheeringa & Haslett, 2010).

Det er indlysende, at man via de ofte meget få samtaler med børnene ikke kan opnå en grundlæggende ændring af den psykiske struktur hos børnene. Men de og deres mødre oplever, at barnet bliver mødt og forstået med den historie og psykiske struktur, det har med sig, og det er vigtigt for det videre arbejde, der efterfølgende kommer til at foregå i institutionerne og kommunerne, når barnet skal videre med sit liv.

Litteraturliste

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Barlach, L. og Stenager, K. (2012). *Temaanalyse: Kvinderne og børnenes sundhed og trivsel. Årsstatistik 2011. Kvinder og børn på krisecenter*. København: Socialstyrelsen.
- Bjerrum, M. (2005). *Fra problem til færdig opgave*. København: Akademisk forlag.
- Cicchetti, D., Toth, S. L. & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle. I: Ollendick, H. & Prinz, R. J. (Red.) *Advances in Clinical Child psychology*, vol. 17. New York: Plenum Press.
- Danner – en bedre social arv* (2011). Århus: Rambøll. Slutrapport.
- Davis, L. & Siegel, L. J. (2000). Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Review and Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 135-154.
- Donnelly, C. L. & Amaya-Jackson, L. (2002). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Paediatric Drugs*, 3, 159-170.
- Elklit, A. (2002). Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, 174-181.
- Elklit, A. & Gudmundsdottir, D. B. (2009). Posttraumatisk stressforstyrrelse hos børn og unge. *Den blå serie*, vol. 29. Herfølge: Forlaget skolepsykologi.
- Fonagy, P. (2006). *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. København: Akademisk Forlag.
- Freud, S. (1901/1976). *Fragments of an Analysis of Hysteria* S.E. VII, 64-94. New York: Norton.
- Freud, S. (1917). *Forelæsninger til indføring i psykoanalysen*, 1972. København: Hans Reitzels Forlag.

- Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom und Angst*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gleason, M. M., Zeanah, C. H. & Dickstein, S. (2010). Recognizing young children in need of mental health assessment: Developmental and preliminary validity of the early childhood screening assessment. *Infant Mental Health Journal*, vol. 3, 335-357.
- Hayes, N. (2000). *Library of Congress Cataloging-in-Publication Data*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Heede T. (2010). *Klinisk børnepsykologi – praksis i et socialt og relationelt perspektiv*. København: Akademisk forlag.
- Karsberg, S., Rønholt, S. & Elklit, A. (2012). *Hvordan vurderer vi småbørnstraumer? – en sammenfatning af en tværfaglig arbejdsgruppes overvejelser*. Danmark: Syddansk Universitet: Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Klein, M. (1946). *Notes On Some Schizoid Mechanisms*. The Writings of Melanie Klein, Vol. III (pp 1-24). London: Hogarth.
- Klein, M. (1973(1952)). *Psykoanalyse af børn. Udvalgte skrifter oversat af Dorthe Heurlin og Simo Køppe*. København: Rhodos.
- Klein, M. (1975). *Love, Guilt and reparation*. The writings of Melanie Klein, vol. I. London: The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Conference Nyborg Strand 2013: http://www.sfi.dk/vis_arrangement-4792.aspx?Action=1&NewsId=3710&PID=9846.
- Krug, E., Mercy, J., Dahlberg L., Zwi A. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M. & Richey, J. A. (2003). Posttraumatic stress disorder in children: diagnosis, assessment, and associated features. *Child Adolescence Psychiatry*, vol. 33, 94-105.
- Main, M & Hesse, E. (1990). *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parent behavior the linking mechanism?* I: Greenberg, M., Cicchetti, D. & Cummings, M. (Red), Attachment in the preschool years. Chicago: Univ. Of Chic. Press.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2011). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence. I. Overview and issues (Reprint). *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, vol. 1(S), 63-73.
- Rønholt, S., Karlsberg, S. & Elklit, A. (2011). A Cartoon PTSD Screening Test – Psychometric Properties of Darryl in a Danish Sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
- Sigrell, B. (2000). *Psykoanalytisk oreinterad psykoterapi*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Scheeringa, M. S & Haslett, N. (2010). The Reliability and Criterion Validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A New Diagnostic Instrument for Young Children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 299-312.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, vol. 28(9), 770-782.
- Sørensen, J. H. (2006). *Affektregulring i udvikling og psykoterapi, kapitel 3 – Peter Fonagy & Mary Target: "Tidlig indsats og udviklingen af selvregulering"*. Originaltitel: "Early Intervention and the Development of Self-Regulation" (2002). København: Hans Reitzels Forlag.
- UNICEF (2006). *Behind Closed Doors. The Impact of Domestic Violence on Children*. New York: Unicef.

- Winnicott, D. (1960). *Ego distortion in terms of true and false self. I: Maturation Processes and the facilitating Environment* (s. 140-152). London: Karnac, 1990.
- Øverlien, C., Jacobsen, M. & Evang, A. (2009). *Barns erfaringer fra livet på krisesenter*
En landsomfattende studie om flukten, oppholdet og forestillinger om fremtiden. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress a/s, rapport 2.

Abstract

The investigation is based on case records from 215 children admitted to a crisis centre for battered women in the period (01/01/09-31/12/12). The children usually stayed at the centre along with their mothers for 4 – 16 weeks. The case record was in each case logged by the author. During talks with each child, the author clarified and recorded the effects on the child of the stress from experienced domestic violence and conflicts. The material showed recognisable patterns when sorted according to certain themes. Afterwards, these themes gave rise to a number of groups in which the children showed vast similarities. Based on these groups, a mutual description and subsequent understanding of the behaviour and manners of reaction of the children could be introduced. The groups were analysed – during cases – according to PTSD diagnosis, attachment theory, Klein's theories on early development and various forms of psychoanalytic defence. Finally, the article discusses how a psychoanalytical approach could be feasible in the care of these children.

Keywords: attachment theory, crisis centre, domestic violence, M.Klein, PTSD, psychoanalytic defence, psychotherapeutic approach

NYHED



BØRN OG ANGST

Håndbog til forældre og andre voksne omkring barnet

Af Lisbeth Jørgensen, Signe M. Schneevogt Matthiesen og Mikael Thastum

269 kr.

INVITATION

I samarbejde med Angstforeningen og Angstklinikken for Børn og Unge inviterer vi til gratis Gå-Hjem-Møde om 'børn og angst' onsdag den 27. august i Aarhus.

Læs mere på DPF.DK

Angst er en naturlig del af børns udvikling, og alle børn oplever i perioder angst i en eller anden grad. Nogle børn er mere ængstelige end andre – og for nogle bider angsten sig fast. Angsten bliver altoverskyggende og langvarig, og der skal mindre til at udløse den. Men hvad kan man som forælder selv gøre for at hjælpe sit barn – og hvornår bør man søge professionel hjælp?

Forfatterne beskriver kort og lettilgængeligt, hvad angst er, hvordan forskellige former for angst kommer til udtryk, hvordan man som forælder kan støtte barnet bedst muligt hjemme og i skolen, og hvilke muligheder der er for professionel hjælp.

Børn og angst indeholder en række interviews med forældre og børn, som åbenhjertigt fortæller om at have angsten helt tæt inde på livet. Som forælder til et barn med angst kan det være en lettelse at vide, at mange andre har stået med samme udfordringer, har kæmpet og klaret dem – og at der er mange ting, man kan gøre for at hjælpe sit barn.

Denne bog er en hjælp og støtte til forældre med ængstelige og angstede børn, men er også relevant for andre voksne omkring barnet.

LÆS MERE OG
BESTIL BOGEN
PÅ DPF.DK

Mentalisering på arbejde i organisationer

Matrix, 2014; 2, 106-123

Torben Heinskou

Det begreb, vi kalder "mentalisering", omfatter evnen og processen, hvorved vi er opmærksomme på og forstår, hvad der tanke- og følelsesmæssigt foregår i os selv og andre mennesker. Mentalisering er en relationskompetence. Mentaliseringsevnen er central for selv-erkendelsen og for erkendelsen af andre menneskers forskellighed og dermed for vores psykiske sundhed. Mentaliseringsbaseret terapi (MBT) anvendes ved en række psykopatologiske tilstande med gode resultater. Mentaliseringsbegrebet har også fundet anvendelse i forståelsen af visse sociale systemer. Den aktuelle artikel tager fat på at belyse, hvorledes mentalisering kan forstås i arbejdsmæssige sammenhænge og i almindeligt, organisatorisk /institutionelt samarbejde. Mentaliseringssvigt kan opstå både individuelt, interpersonelt, på gruppeniveau og på organisationsplan. Det bliver belyst, hvorledes mentaliseringsevnen kan stimuleres og optrænes til gavn for organisationens hovedopgave.

Mentalisering er en proces, der indebærer at forstå sig selv og andre, ens egne og andres intentioner og handlinger – set i lyset af følelser, planer, håb, holdninger, drømme osv. – alt det, der udgør de bagvedliggende, mentale fænomener. Det er først og fremmest psykologen Peter Fonagy (London), der har sat fokus på begrebet og dets videreudvikling, efter at han i 1991 definerede og beskrev mentalisering som et relationelt, mellemmenneskeligt fænomen: "I ... label the capacity to conceive of conscious and unconscious mental states in oneself and others as the capacity to mentalize".

Mentaliseringsbegrebet i dag er teoritunget, videnskabeligt funderet og først og fremmest udviklet i sammenhæng med en terapeutisk praksis. Peter Fonagy

Torben Heinskou, overlæge, speciallæge i psykiatri, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, 2820 Gentofte, Danmark. E-mail: torben.heinskou@regionh.dk

og psykiateren Anthony Bateman (London) har med en række undersøgelser og publikationer været med til at udvikle mentaliseringsbaseret terapi (MBT), der nu har vundet indpas som psykoterapeutisk behandlingsform over det meste af verden. I Skandinavien er det psykiaterne Sigmund Karterud og Finn Skårderud (Oslo), der i første række har været medvirkende til at anvendeliggøre og udvikle mentaliseringsteori og -terapi. Der foreligger nu også en række publikationer på dansk om emnet. (Bateman, Fonagy, 2007; Allen, Fonagy, Bateman, 2010; Wallroth P, 2011; Bøye, Kjølbye, 2012, m.fl.)

Teorien om mentalisering har fra begyndelsen af 1990'erne og frem dannet baggrund for at forstå kliniske tilstande som autisme, traumerelaterede tilstande og personlighedsforstyrrelser (især borderline-tilstande), depressioner m.m. Det er desuden fundet afgørende at arbejde med mentaliseringsevnen i terapeutiske institutioner for at kunne etablere udviklende, terapeutiske relationer i hele miljøet, i en miljøterapi (Skårderud, Sommerfeldt, 2013). Mentalisering bliver her set som en central, social og terapeutisk kompetence, der sætter et terapeutisk miljø i stand til at modvirke misforståelser og konflikter i de sociale samspil. Mentalisering er også beskrevet som væsentlig under sociale/institutionelle forhold, fx i skoler, hvor manglende mentalisering (mindblindness) kan give sig udslag i mobning (Twemlow, Fonagy, 2006). Beck og Heinskou (2011) har desuden beskrevet relationer uden for det terapeutiske rum, idet de har taget fat på emnet om ledelse og mentalisering. De fremfører bl.a. den hypotese, at mentaliseringsevnen er afgørende for lederes samarbejdsevne og gennemslagskraft.

Samspillet mellem selvafgrensning og relatering til andre er afgørende for at udvikle et velfungerende selv. Og vores evne til at mentalisere – som omfatter selvbevidsthed og bevidsthed om andre – vil udfolde sig i relationer gennem hele livet (Allen, 2014). Det gælder både i en-til-en-relationer, i små og store grupper og i det relationelle liv, der er i organisationer.

Mentalisering i organisationen

Organisationer forstås som et overbegreb for en mangfoldighed af sociale relationer, grupper og systemer, hvor flere mennesker i forskellige roller arbejder på at løse en bestemt arbejdsopgave (Heinskou, Visholm, 2004, 2011). Organisationer og institutioner vil med deres talrige relationer mellem mennesker, der danner forestillinger om sig selv og andre, være fyldt med mentaliseringsprocesser. Mentalisering er en refleksiv funktion, en grundtilstand, som både omfatter den enkelte, men også de andre i organisationen, i bred forstand og i

en helhed: "Organization is in the mind" (Armstrong, 2005). Og dette vil kunne gælde både implicit og eksplicit. I organisationen vil man måske spørge sig selv, eller tænke på: "Hvad mon den kunde/klient/patient nu har i tankerne, så jeg bedst kan varetage min arbejdsopgave over for ham?", "Hvad mærker og tænker jeg selv om den konflikt, der er ved at udvikle sig i afdelingen?", "Hvad er min arbejdsgruppes perspektiv på det her?", "Vil det passe til organisationens ånd?" osv.

Mentalisering på arbejde i organisationen er kort sagt: evnen til at være opmærksom på, hvad der tanke- og følelsesmæssigt foregår i én selv, i andre og på gruppe- og organisationsniveau – og at forstå de mentale tilstande, der ligger bag en adfærd. Og med perspektivet fra organisationspsykologien: sådan at mentaliseringsprocesserne kan facilitere arbejdet med organisationens hovedopgave.

Arbejdet med hovedopgaven og gruppementaliteten

I bionisk forstand drejer arbejdet med hovedopgaven sig om at kunne etablere et fællesskab om og i arbejdsgruppen (WG), hvor fokus i denne tilstand i første række vil være på rationelle arbejdsaspekter. Dette indebærer, at der er etableret en mentalitet i gruppen, der kan holde de grundlæggende (også kaldet basale) antagelser på et ikke-forstyrrende niveau. De basale antagelser repræsenterer, ifølge Bion, primitive gruppefunktioner, der afspejler regressive forsøg på at håndtere (*reconcile*) konflikter mellem individualitet og gruppemedlemskab. På en måde sigter de basale antagelser mod at beskytte gruppens eksistens, men antagelserne kan underminere gruppens hovedopgave. Bion skelner som bekendt mellem a) BaD (dependency), hvor gruppens antagelse er, at problemer skal løses ved afhængighed, ofte af en idealiseret leder, b) BaF (fight/flight), hvor problemer, eller de der repræsenterer disse, angribes eller flygtes fra, og c) BaP (pairing), hvor en frelser eller frelsende løsning forventes at manifestere sig i gruppen. De basale antagelser er et produkt af gruppementaliteten, der således absolut ikke er ensidig konstruktiv. Gruppementaliteten repræsenterer en pool af primitive, ubevidste bidrag fra hvert gruppemedlem, inklusiv fjendtlige og angstvoldende impulser, uden plads til mentalisering.

"Gruppementalitet er det enstemmige udtryk for gruppens vilje, som individet bidrager til på måder, han ikke er bevidst om, og som påvirker ham ubehageligt, når han tænker eller opfører sig på en måde, der er i uoverensstemmelse med de grundlæggende antagelser. Gruppementalitet er altså et system af gensidig kommunikation, der er udviklet med henblik på at sikre, at livet i gruppen er i overensstemmelse med

de grundlæggende antagelser.” “Både individet og gruppen er fanget i et dilemma. På den ene side kan individet ikke udvikle sit potentiale fuldt ud uden gruppen. På den anden side udvikler grupper dynamikken, der modarbejder gruppens muligheder for at opfylde individets behov for at udvikle sit potentiale” (Bion, 1993).

Morris Nitsun (1996) beskriver med sit “antigruppe”-begreb en tilsvarende tilstand i gruppers liv, hvor ikke-refleksive kommunikationsformer vil kunne dominere destruktivt og forstyrre arbejdsgruppen. Den af Bion beskrevne tilstand, hvor basale antagelser dominerer i gruppen, er en af de former, hvorunder antigruppen kan manifestere sig.

Den undersøgende, refleksive evne til at undersøge egne og andres følelser og tanker er midlertidigt brudt sammen i antigruppen. Fælles refleksion er suspenderet, og ikke-mentaliserende tilstande vil kunne florere.

Antigruppen kan være “imprægneret med fjendtlige projektioner”, hvor angst, frustration af narcissistiske behov, aggression med misundelse, rivalisering og fjendtlig konkurrence kan afmontere arbejdet med hovedopgaven.

Udvikling af de to ovennævnte ikke-rationelt fungerende gruppetilstande, de basale antagelsesgrupper og antigruppen, vil både kunne få næring fra det enkelte individ og fra gruppen som sådan. Bion opererer som bekendt med begrebet “valens”, der er det individuelle gruppemedlems disposition til at bidrage til en basal antagelse. Ved enkeltmedlemmers regressive påvirkning kan der dannes resonans til resten af gruppen, der derfor skaber fælles grundlæggende antagelser. Og gruppen kan også i sig selv være en dynamo for de basale antagelsers udvikling. Antigruppens udvikling er både baseret på, at der er individuelle oplevelser af svigt og frustration i gruppen – og samtidig bliver selve gruppens tilstand, kommunikation og mentalitet afgørende for de basale antagelsers udvikling.

Den psykodynamiske organisationspsykologi vil tilføje, at der naturligvis også mellem grupper vil være en intergruppedynamik (Visholm, 2004), der vil være præget af et samspil mellem mentalisering og præ- eller ikke-mentaliserende former. Et eksempel er forskellige faggruppers opfattelse af hinanden på en arbejdsplads eller i en organisation. Hvis DJØF-gruppen (de politisk/administrativt ansatte i organisationen) udelukkende bliver opfattet som kolde bureaukrater, bliver det vanskeligt at samarbejde med gruppen af ansatte, der repræsenterer de “varme hænder” – de medarbejdere, der har den direkte kontakt med kunder eller klienter, og som kan blive betragtet som irrationelt optagne af relationer eller følelser. Gentagne projektioner vil kunne forringe og fastlåse mentalisering mellem grupperne.

Mentaliseringens dimensioner

Der er forskellige dimensioner af mentalisering (Karterud, Bateman, 2011; Bateman, Fonagy 2012). Mentalisering kan siges at bestå af fire dimensioner: 1) implicit/eksplicit, 2) indre/ydre, 3) selv/andre og 4) kognitiv/affektiv mentalisering. Og nedsat mentalisering vil kunne forekomme på alle fire områder.

Ad 1: Almindeligvis vil vi i vores hverdag veksle mellem implicit og eksplicit udtrykte former for mentalisering. Den implicitte mentalisering, der foregår automatisk, er en form for intersubjektiv afstemning, som foregår uden for bevidstheden. Vi danner os på baggrund af tidligere, internaliserede erfaringer hurtigt mentale repræsentationer af andres følelser og motiver uden nødvendigvis at undersøge disse yderligere. Det er en stor lettelse, hvis arbejdsdagen på denne måde kan foregå ved at bruge et "indre kompas" som en vejledning til at forstå hinanden. Hvis vi bliver i tvivl, kan vi eksplicit anvende sproget til at undersøge en handling eller et motiv yderligere: "Jeg forstår ikke helt, hvad der er baggrunden for, at du stiller mig spørgsmålet nu?", kan lederen fx spørge sin ansatte, der, måske tvetydigt, ytrer tvivl om, hvordan en rutineopgave skal gribes an. Det, der har syntes elementært, og normalt bliver forstået implicit uden videre, kræver en sprogliggjort afstemning med forventningerne hos lederen.

Ad 2: Dimensionen indre mentalisering drejer sig om at kunne forstå andres eller egne tanker og følelser – i modsætning til den ydre mentalisering, der handler om at læse handlinger og udtryk hos andre. Eksempel: Ved et møde med den lokale ledelse i en virksomhed sætter den magtfulde administrerende direktør sig for bordenden, da han kommer ind ad døren – modsat bordenden, hvor den lokale leder af afdelingen sidder. Lederens opfattelse (som forbliver usagt) er, at dette udstiller distancen mellem ledelse og direktion, der lægger vægt på hierarkiet i virksomheden. Lederen ønsker en bedre dialog, men føler sig mere magtesløs end sædvanlig. Direktøren, der har sat sig for den modsatte bordende, har gjort det ud fra den opfattelse, at han dermed er høflig! Og han kan ikke forstå den lokale leders åbenlyse usikkerhed i situationen, der imidlertid også er baseret på nogle uklare detaljer i afdelingens resultatplaner, som han ikke ønsker skal belyses yderligere lige nu. Begge parter har således et mismatch mellem hinandens indre og ydre signaler og oplevelser af situationen.

Ad 3: I den nævnte mødesituation er der et klart misforhold mellem mentalisering af sig selv og den anden. Den lokale leder vælger i løbet af mødet "at mærke efter", hvad han selv føler. Han er irriteret, frustreret og bliver optaget af at undlade, at dette kommer til udtryk. Imidlertid lægger hans indre kamp med selvkontrol et låg på hans evne til at mærke de imødekommende signaler, der også kommer fra direktøren i løbet af mødet med hensyn til at tilføre ressourcer til den trængte afdeling, så resultatplanerne kan efterkommes.

Ad 4: Direktøren har et ønske om at styrke afdelingen ved at opprioritere nogle af afdelingens opgaver, men har vanskeligt ved at udtrykke dette på en afektiv, god og gratificerende måde. Han har egentlig et ønske om at anerkende den lokale afdeling med rosende ord, men præsenterer de evt. nye opgaver med kognitivt rationelle, kvantitativt baserede argumenter. Velviljen over for det, der i forvejen foregår i afdelingen, skinner ikke igennem. Den lokale leder tænker i situationen, at de nye opgaver er baseret på talmæssigt rigide overvejelser, som det vil være vanskeligt at imødekomme, fordi han ikke mærker direktørens tillid.

Der er således mange dimensioner i det at gå fejl af hinanden eller at misforstå en hændelse. Ubalance i evnen til at kunne forstå og give udtryk for, hvad der foregår her og nu, er situationsbetinget og betinget af både evnen til tilknytning og den følelsesmæssige aktivering i situationen.

Mentalisering og tilknytning

Tilknytningsevne er afgørende, når vi taler om mentalisering. Tilknytning består af forskellige adfærdsmønstre, der sikrer, at omsorgspersoner tager sig af barnets behov – at der etableres en kontaktskabende adfærd, når der er behov for det (Bowlby, 2006). Dette er naturligvis en gensidig, relationel proces, idet omsorgspersonerne skal kunne modsvare omsorgsbehovet. Grundlæggende bliver tilknytningsevnen udviklet i den tidlige barndom mellem det lille barn og de primære omsorgspersoner. Hvis der er tryghed i relationerne, vil barnet lære at møde både sig selv og den anden med undren og nysgerrighed. Både kognitivt og emotionelt åbner tilknytningsevnen mulighed for at forstå og sansе verden på alternative måder. Tilknytningsevnen er således en beskyttende faktor, der giver adgang til udvikling af højere mentale funktioner. Tilknytningsevne er en neurobiologisk kvalitet, der vil kunne være udviklet i varierende grad og kvalitet hos mennesker, afhængigt af det emotionelle klima,

man er vokset op i, og som man aktuelt befinder sig i. Afgørende er det, at når tilknytning senere i livet bliver aktiveret til andre personer, vil de tidlige mønstre kunne gentage sig. Eksempel: En medarbejder, A, finder det afgørende vigtigt at få sagt fra over for en opgave, som lederen har pålagt ham. Han sender først en mail til lederen om aftenen og møder næste morgen tidligt op på lederens kontor for at gøre opmærksom på, at han af forskellige grunde må sige nej til opgaven. Lederen finder begrundelserne i orden og accepterer afslaget. Et par uger senere hører lederen fra en anden medarbejder, at A alligevel har påtaget sig dele af opgaven – men uden at informere lederen. A siger, at han har glemt at sige det til lederen. Leder og medarbejder får talt om det, på lederens foranledning, og får samstemt forventningerne. Lederen gør venligt opmærksom på det uacceptable i at A ikke har givet besked om, at han alligevel har påtaget sig en del af opgaven. A bliver efterfølgende med sig selv klar over, at mønsteret med at sige tydeligt fra altid var en nødvendighed i barndommen, hvor han som storebror automatisk fik tildelt et ansvar for sine mindre søskende og i husholdningen, medmindre han sagde klart nej – og så blev det fuldt anerkendt af forældrene. Men hvis han selv fik lyst til at gå i gang med noget alligevel, “con amore”, skulle det helst foregå uset, ellers ville forældrene reagere grænsesættende eller pålægge ham nye ansvarsområder. Et ambivalent tilknytningsmønster var således blevet etableret, der senere kom til at betyde noget for hans relationsdannelse og for mentaliseringsevnen i forhold til lederen.

Det er væsentligt, at der på arbejde i organisationen bliver etableret et så trygt tilknytningsklima som muligt. Også her skal der være en tryk base at knytte sig til, så man i organisationen mentalt tør tage del i andres handlinger og – psykologisk set – selv vover at blive spejlet, fordi det kan forventes, at man bliver genset på en beroligende og udviklende måde. Det kan således være et udtryk for et trygt tilknytningsmønster når lederen siger: “Min dør står altid åben,” når medarbejderne rent faktisk føler, at det er tilfældet, og kommer over tærsklen med tvivl og spørgsmål. Tilknytningen foregår desuden også i grupperne i organisationen, hvor gruppesammenhæng (*cohesion*) – det, at man føler, at man i fællesskab bidrager med noget, og føler sig sikker på denne kvalitet – vil være et udtryk for tilknytning.

Arousal

Mentaliseringsevnen er afhængig af den følelsesmæssige aktivering (arousal), der præger individet og de omgivelser han/hun er i. Hvis den følelsesmæssige

aktivering eller spændingstilstanden er meget høj, fx pga. angst eller vrede, vil det påvirke mentaliseringsevnen. Tænkningen vil være påvirket af den emotionelle tilstand, så personen med højt arousalniveau måske vil "fare i flint", "komme op i det røde felt" eller løbe skrigende bort. Opmærksomhedskontrolten ryger af sporet. Der er ikke rum for intersubjektiv tænkning og refleksion, hvis vi overvældes af følelser, og der vil ved høj arousal let opstå mentaliseringsvigt, hvor det bliver umuligt at mærke nuancerede perspektiver på sig selv og andre. Det gælder også ved depressivt prægede følelser, hvor selvbebrejdelse og skyldfølelse kan blive urealistisk og overvældende. Ligesådan vil tænkningen og det intersubjektive fokus også være påvirket ved lav arousal, hvor en følelsesmæssig fladhed eller indre tomhed vil medføre manglende interesse for andre og bane vej for følelsesmæssigt uforpligtende, formelle og uddynamiske overvejelser i relationerne.

Mentaliseringsevnen er almindeligvis bedst og mest perspektivrig, når det følelsesmæssige spændingsniveau er i en mellemposition mellem en høj og en lavt aktiveret følelsesmæssig tilstand. Det kan også i arbejdsituationer være vigtigt at have øje for, om der kan etableres en balanceret følelsesmæssig intensitet. Fx kan det være vigtigt, at medarbejdere, der virker uninspirerede eller uinteresserede i en proces, også bliver inddraget aktivt og ikke bliver glemt. Og ofte vil det vise sig, at der bag den lave arousal skjuler sig nye perspektiver, som blot har skullet vækkes. Omvendt kan et samarbejde præget af høj arousal virke meget forstyrrende. Hvis der i arbejdsituationer ofte opstår høj intensitet, kuglepenne bliver smidt på bordet i vrede, eller hvis der bliver smækket med dørene i afmagt, skal følelsesstormen selvfølgelig undersøges nærmere. Men den fælles undersøgelse skal måske udsættes. Hvis det følelsesmæssige spændingsniveau kan afdæmpes her og nu: "Hvad kan jeg gøre, så vi stille og roligt får talt om det her?", spørger lederen måske, vil det kunne bane vej for at få rummet affekten, så tanker og følelser kan deles på en afbalanceret måde.

Mentaliseringssvigt

Mentaliseringsevnen er ikke konstant, og der vil for alle kunne opstå nedsat mentaliseringskapacitet og mentaliseringssvigt. Svækket mentaliseringsevne baner vejen for såkaldte præmentaliserende former for erfaring (Allen, Fonagy, Bateman, 2010). Der skelnes almindeligvis mellem fire forskellige former:

Teleologisk modus: Mentale tilstande bliver udtrykt i handlinger. Der skal være fysiske beviser for følelsesmæssige sandheder.

Psykisk ækvivalens: Den mentale realitet synes at være lig med den ydre realitet. Verden *er*, som den opleves. Vanskelige tanker og følelser opleves som en afspejling af virkeligheden, og der synes ikke at være alternativer.

Forstillelsesmodus (pretend mode): Den indre verden kobles fra den ydre. Følelser virker meningsløse. Pseudomentalisering og intellektualisering bliver den foretrukne kommunikation.

Mindblindness: Andres følelser og intentioner bliver negligeret. Andre kan forstås og "læses", men uden empati.

Mentaliseringssvigt i organisationen på individ-/gruppe-/organisationsplan

Mentaliseringsteorien fremhæver, at mentalisering er af stor vigtighed for selvet, forsyner selvet med sammenhæng og selv vurdering og skaber mulighed for initiativer og spontanitet. Uden mentalisering er risikoen, at forskellige selvtilstande bliver uden mening og blot er blevet provokeret af indre eller ydre hændelser.

Nedsat mentaliseringsevne på arbejde kan skyldes individuelle dispositioner til mentaliseringssvigt. Nogle er mere sensitive og reaktive og vil let reagere med mentaliseringssvigt i forskellige situationer. Men svigt af mentaliseringsevnen kan også skyldes forhold i organisationens liv og uklarhed i arbejdsopgaverne. Tryghed, gensidighed, fælles forståelse og tilknytning i arbejdsrelationerne er centrale elementer. Forudsætningen er, at tilknytning i dagligdagen bliver oplevet respektfuld og sikker. Tilknytningen kan blive for tæt – som i en dysfunktionel familie, hvor fysiske og emotionelle grænser bliver overskredet – hvilket kan sammenlignes med arbejdspladser, hvor der eksempelvis finder mobning eller sexchikane sted. Og tilknytningen kan blive for svag og signalere ligegyldighed, hvis fx elementære, indbyrdes aftaler ikke overholdes. I en sådan atmosfære bliver båndene mellem de ansatte usikre, og et følelses- og tankemæssigt engagement vil være omskifteligt. Risikoen er, at individuelle problemer ikke kan oversættes til fælles spørgsmål.

Eksempler på nedsat mentaliseringsevne, organisatorisk teleologisk modus:

En medarbejder føler sig ikke anerkendt af sin leder, bl.a. fordi lederen i flere situationer, for at få arbejdet til at glide, selv har ment det nødvendigt at gøre medarbejderens arbejdsopgaver færdige. Lederen har, ud over at ville fuldføre

opgaverne for at nå et resultat, tænkt det som en hjælp til medarbejderen, at han har gjort som han gjorde. Medarbejderen føler ikke, at hendes del af opgaverne bliver "set", eller at det bliver bemærket, at hun har lagt et stort stykke arbejde i dem. Da medarbejderen en dag bliver bedt om at gå ind i en ny, stor arbejdsopgave og af lederen bliver introduceret til opgaven på en måde, som hun synes er overfladisk og ikke inkluderer hendes særlige evner, bliver hun irriteret. Hun træffer i afmagt en beslutning om at melde sig syg. Hun er dødtæt og ked af ikke at få opmærksomhed omkring sine ydelser. "Men nu kan han måske mærke, hvor meget jeg laver, når jeg ikke er der...!", tænker hun, da hun giver besked om sit fravær. I stedet for at gå ind i dialogen med lederen om det, han ikke bemærker, og det hun ønsker, er problemerne, umentaliseret, blevet udtrykt i en handling, der potentielt er skadelig både for medarbejderen, lederen og organisationen.

På et sygehus har der udviklet sig en frygt for at fejle på baggrund af en retssag mod en tilsvarende behandlingsinstitution, der tilsyneladende har foretaget en fejlbehandling. Ledelsen vil sikre, at det samme ikke sker på sygehuset, og beslutter sig for, at "alle relevante procedurer" der vedrører den pågældende behandling og arbejdsproces skal dokumenteres og registreres. Registreringsarbejdet synes endeløst, og tager dagligt mange timer. Ledelsen føler sig imidlertid forsikret om, at alt nu kommer i den skønneste orden, selv om de mange arbejdstimer, der bruges til dokumentation, rent faktisk stresser arbejdet og er medvirkende til, at et mere implicit fokus på kvalitet gradvist forsvinder. Ingen spørger, hvordan medarbejderne har det. Det vigtigste er nu blevet at dokumentere, at en bestemt handling er foretaget, selv om selve arbejdsprocessen og behandlingsfokus derved er på vej til at blive tilsidesat.

Organisatorisk psykisk ækvivalens:

En medarbejder mener at vide, at der pga. ringe tilgang af ordrer generelt i branchen skal fyres i virksomheden. Han tager spørgsmålet op på et medarbejdermøde, hvor lederen må svare, at der ikke er sådanne planer, men i øvrigt er henholdende med, hvad der skal ske fremover, idet hun skal til et møde med direktionen senere på måneden, hvor der skal lægges planer for fremtiden. Dette er en helt almindelig procedure, men medarbejderen føler sine tanker bekræftet og er blevet skræmt af, at lederen ikke mere håndfast har kunne afmontere hans forestillinger. Han beslutter at søge nyt arbejde.

En bestyrelse i en virksomhed er uenig med sin direktør om nogle konkrete fremtidsplaner. De mener, at direktørens planer er urealistiske, at det vil kræve for store investeringer, og at det umiddelbart er hensynet til aktionærene og udbyttet, der snart skal udbetales, det handler om. Direktøren har, for at understøtte sine ekspansive planer, ansat flere konsulenter til en forholdsmeæssig stor honorering. Disse har udført et stort arbejde, der rent faktisk peger i retning af, at direktørens fremtidsplaner kan virkeliggøres til gavn for virksomheden. Direktøren fremlægger planerne på et bestyrelsesmøde, men det overbeviser ikke bestyrelsen. Formanden får en redegørelse for de høje honorarer til konsulenterne, hvilket han mener igen dokumenterer, at direktøren handler og tænker helt urealistisk. Direktøren fyres. Planerne virkeliggøres senere af et andet firma. Bestyrelsen har ikke kunnet håndtere den ydre realitet og direktørens oplæg på en fleksibel, mentaliserende måde, men har først og fremmest handlet ud fra en forudfattet mening.

Organisatorisk forstillelsesmodus, pseudomentalisering (pretend mode):

Lederen i et konsulentfirma beder en medarbejder om at komme til møde. Baggrunden er, at medarbejderen ved flere lejligheder er kommet for sent til møder i firmaet, har afleveret opgaver efter deadline m.v. Medarbejderen giver udtryk for, at hun mener, at firmaet trænger til lidt anarki, fordi det hele kan blive for tungt og fastlåst i dagligdagen. Lederen mener imidlertid, at der er tale om sjusk. Medarbejderen taler om "kreativ innovation" som drivkraft, og at kreativitet ikke altid lige kommer til deadline. Lederen fastholder, at rammerne for arbejdet skal respekteres, og at de er nødvendige for, at han kan få det hele til at hænge sammen. En egentlig dialog om, hvilke kræfter der befinder sig bag de to synspunkter, og om hvorledes fornyelse og formaliserede arbejdsformer evt. kan mødes i en ny sammenhæng, kommer der ikke ud af mødet.

En gruppe medarbejdere i en produktionsafdeling drøfter et ringe produktionsresultat med deres direktør. Direktøren har en klar opfattelse af, at samarbejdsklimaet er dårligt, både internt i afdelingen og ud af huset. Han anfører, at det må være en væsentlig del af årsagen til det ringe resultat. Medarbejderne giver udtryk for, at forskellige leverancer af reservedele har været forsinkede, behæftet med fejl m.v., og de mener, at det er der, man skal finde problemets kerne. Det må være direktørens opgave at få det ordnet, siger de. Direktøren kommer med eksempler på den dårlige kommunikation, der er internt i afde-

lingen. Han citerer fra et par mailkorrespondancer. Medarbejderne fremviser en opgørelse over, hvor mange reservedele der har været problemer med. Lederen problematiserer opgørelsen, medarbejdergruppen kommer med nye tal osv. osv.

At der formentlig både er tale om et dårligt arbejdsklima og problemer med reservedelene, og at disse faktorer muligvis har negativ indvirkning på hinanden, bliver ikke tematiseret på mødet. I stedet er parterne havnet i en basal antagelse: fight / flight (Bion,1993), hvor negative, projektive opfattelser og fjendebilleder er blevet det dominerende. Tankegangen er blevet ufleksibel hos både medarbejdere og direktør. Medarbejdergruppen projicerer fejl og mangler over på det ydre objekt: "leverandørerne", og direktøren angriber den dysfunktionelle medarbejdergruppe. De forskellige opfattelser af, hvad der er problemet, stivner i fastlåste opfattelser og kamppositioner, der ikke kan integreres.

Organisatorisk mindblindness

En medarbejder må flere gange gå fra sit arbejde midt på arbejdsdagen. Han kan ikke overskue at komme igennem sine opgaver: "Tingene hober sig op," siger han. Han vågner med hovedpine om morgenen og kan ikke koncentrere sig, når han kommer på arbejde. Flere på kontoret kan ikke forstå hans reaktion, nogle mener, at han faktisk har mindre at se til, end de andre. Ord som "hysterisk", "overdreven reaktion" o.l. bliver brugt om hans fravær. Alt i alt udvikler der sig en slags "tag dig sammen!"-stemning på kontoret, uden væsentlig empati og forståelse for, at medarbejderen faktisk har det dårligt med at skulle gå fra arbejdet. Arbejdsgruppen har været blinde for den subjektive overbelastning.

Underdirektøren i en stor Wall Street-finansbank, tog i begyndelsen af 2012 sin afsked fra banken, da han fandt forretningsprincipperne frastødende. Banken havde i en lang årrække påvirket politikere til at lempe lovgivningen vedrørende finansielle transaktioner, mhp at sikre egen gevinst. Han karakteriserede den daglige stemning i banken som giftig og destruktiv: indtjeningen skulle maksimeres på bekostning af kunderne. Et hyppigt stillet spørgsmål i banken havde været: "Hvor meget har vi rippet kunder for i dag?" Underdirektørens udmeldinger affødte en række reaktioner på forretningsmoralen i Wall Street, der, ud fra flere af beskrivelserne, synes at være karakteriseret af mindblindness: at kunne læse og udnytte kunderne uden hensyn til konsekvenserne og kundernes interesser.

Styrkelse af mentalisering

Ovenstående er eksempler på mentaliseringsvanskeligheder i organisationer, der kan komme til udtryk både individuelt og på gruppe- og organisationsniveau. Det er situationsafhængigt, hvad der evt. vil kunne fremme mentalisering i de forskellige eksempler – og i det hele taget i organisationens dagligdag. Naturligvis drejer det sig gennemgående om at etablere en kultur, hvori det er muligt at se sig selv og organisationen udefra, og andre indefra – “having mind in mind” – og at kunne etablere et klima, hvori man kan se sig selv og andre som væsener med intentioner. I en godt mentaliserende organisation vil den største del af mentaliseringen foregå implicit.

Med inspiration fra Allen, Fonagy & Bateman (2010) kan nævnes nogle faktorer, der vil influere på mentaliseringen – og hermed også på, hvorledes man kan tænke sig, at disse faktorer eksplicit kan bringes i funktion:

- Opretholdelse af en *undersøgende, nysgerrig holdning, hvor der er plads og tid til refleksion* (“Sig lidt mere om det ...!” “Lad os finde tid til at fordybe os i alle sagens facetter ...”)
- Dannelselse af en *sikker base*, der skaber mulighed for at undersøge egen og andres mentalitet i situationen (“Hvordan har du det med beslutningen ...?” “Lad os gøre det let for de andre at ytre sig på mødet ...!”)
- Stimulering af et *emotionelt engagement*, der hverken er for varmt eller for koldt (“Stop engang, nu synes jeg, bølgerne går for højt! Det vil være godt, hvis vi alle bidrager med et par ord om, hvad vi mener om sagen.”)
- Invitation til at se en sag fra *flere sider* (“Hvis vi nu så det fra klientens perspektiv, kan der så være andre følelser og begrundelser involveret?” “Hvad mon X, der ikke er her i dag, vil sige?”)
- Accept af, at *man ikke altid ved, hvordan man skal komme videre* (“Kan nogen komme med en god idé her?” “Jeg kan godt forstå, at vi er gået i stå her, det er en kompleks sag ...”)
- *Validering* af andres opfattelse, før der kommer alternative perspektiver (“Det lyder meningsfuldt, vi må vende tilbage til det – jeg har en anden tanke ...”)
- Tilladelse til *udfordring af fastlåste opfattelser* (“Kunne man forestille sig en anden version af sagen ...?” “Mon vi kan være fleksible, selv om følelsen har været, at der ikke er alternativer?”)
- Rum for at give *udtryk for egne mentaliseringssvigt og misforståelser* (“Nu er jeg forvirret. Er der nogen, der kan hjælpe mig til at forstå, hvad der skete?”)

Social mentalitet

Liotti og Gilbert (2010) har en række interessante betragtninger om mentalisering og om, hvorledes mentalisering er reguleret af oplevelsen af tryghed og sikkerhed i sociale relationer. Social mentalitet er et begreb, de anvender til at beskrive motivationen for at danne forskellige sociale relationer, og hvilke forskellige muligheder for mentalisering, der er i disse relationer. Hvis der opleves markante trusler i relationer, vil der ske en hæmning af højere mentale funktioner, herunder mentaliseringsevnen. Hvis motivationen og relationerne eksempelvis primært er præget af *konkurrence*, vil der kunne opstå svækkelse af mentaliseringskapaciteten, hvis konkurrencesituationen udvikler sig truende, krænkende eller nedgørende, hvorimod en respektfuld og gensidig kreativ, konkurrerende situation kan være fremmende for mentaliseringen. I et socialt system, hvor relationerne primært præges af *hierarkiske beslutninger*, kan kontrol og magtfuldhed, der mangler transparens, være truende for mentaliseringen – hvorimod sikring af følgeskab mellem de hierarkiske niveauer er afgørende for en gensidig mentalisering. I et *samarbejdende system* bliver det afgørende, på hvilken måde byrder og overskud kan deles i en form for fælles generøsitet og reciprocitet.

Betragtningerne om den sociale mentalitet, der skabes i forskellige systemer, giver anledning til at være opmærksom på, dels hvor meget tryghed/trusler kan præge mentaliseringsevnen, dels hvor vigtigt det er, at de rammemæssige "spilleregler" for relationsdannelserne i en organisation er containende og kan være sikkerheds-/tryghedsskabende – og dermed faciliterende for et mentaliserende arbejdsmiljø.

Træning i mentalisering

De grundlæggende forudsætninger for mentalisering er etableret først i livet, hvor tilknytningen til betydningsfulde andre skaber mulighed for at lære af andre og deres spejling af mentale tilstande – hvorigennem man erfarer nyt om sig selv. Evnen til at mentalisere er imidlertid noget, der kan udvikle sig gennem hele livet hos mennesker.

Der er efterhånden betydelig erfaring med, at særlige mentaliseringsvanskeligheder kan opøves igennem en terapeutisk indsats, hvis der er behov for det. Der er solid, videnskabelig baggrund for, at bl.a. forskellige personlighedsforstyrrelser kan bedres gennem langvarig, mentaliseringsbaseret terapi. Twemlow og Fonagy (2006) har, ud over dette, beskrevet en mentaliseringsbaseret

tilgang til at forebygge vold i skoler, gennem såkaldt traumepsykoedukation. I forbindelse hermed blev der bl.a. lagt vægt på at undervise i forskellige reaktioner på traumatiske hændelser og konstruktive måder at regulere emotioner, samt i de forskellige roller, der ofte tegner sig i voldelige relationer: offer, krænker, tilskuer og hjælper. Et randomiseret, kontrolleret studie af effekten af programmet viste klar effekt på aggression og aggressionsrelateret adfærd – i forhold til to ikke-mentaliseringsbaserede interventioner.

Ud over evnen til at se forskellige relationelle problemer, misforståelser og trægheder i et mentaliseringsbaseret lys, synes der således at være ved at danne sig erfaring om, at mentaliseringsbaserede interventioner og træning i mentalisering kan inducere forandring, også uden for det terapeutiske rum.

Visse erfaringer tyder på, at en organisation eller en personalegruppe konstruktivt kan arbejde med sin egen mentaliseringsevne. Formålet med at introducere dette perspektiv vil – som i anden psykodynamisk/organisationspsykologisk træning – foregå mhp. at styrke arbejdet med organisationens hovedopgave. Med en anden formulering kan opgaven ved træningen i en organisation beskrives som det at mobilisere mentaliseringsevnen ...“og undersøge, hvad der foregår i den intersubjektive matrix af opgaverelaterede relationer, som man befinder sig i” (Koefoed, Visholm, 2011).

Eksempel på ramme for at arbejde mentaliseringsbaseret i en organisation:

De ansatte inviteres til – i samarbejde med konsulent(er) – at arbejde i tre kontekster, vekslede over flere dage eller over gentagne blokke af sammenhængende sessioner, mellem:

1. Undervisning, psykoedukation med indlagte øvelser
2. Personlig mentaliseringsgruppe
3. Stor mentaliseringsgruppe

Ad 1: Hele gruppen undervises i mentaliseringsteori med fokus på individ/gruppe/organisation. Emner: Mentalisering, mentaliseringssvigt, tilknytning, følelser og mentalisering, affektregulering, spejlneuroner og interventioner, der fremmer mentalisering. Dette gøres afvekslede med diskussion og korte øvelser (fx en spejlingsøvelse) og refleksionspauser til at drøfte, hvilken resonans emnerne skaber i gruppen.

Ad 2: Personlig mentaliseringsgruppe består af otte-ti deltagere med én konsulent. Varighed halvanden time pr. session. Opgaven er at undersøge og mærke

egne følelser og tanker og bruge dem til at forstå, hvad der sker i én selv, i andre og i den gruppe, situation eller organisation, man befinder sig i. Desuden: at sætte sig ind i, hvordan situationer og man selv opleves af andre. I første session afstemmes indledningsvis mål og fokus for den enkelte, der har mulighed for at arbejde kort (fem-ti min.) med pen og papir for at nedskrive de mentaliseringsbaserede foci, der er vigtige. Herefter i første session: runde med hver enkelt persons mål. I de efterfølgende sessioner arbejdes der med hver enkelt person, og mentaliseringsproblematikker belyses og undersøges både der-og-da (i hjemorganisationen) og her-og-nu, når de finder sted i gruppen.

Ad 3: Alle deltagere samles ved afslutning af dagene i en stor rundkreds, halvanden time, sammen med konsulenterne. Formål: at undersøge og drøfte, hvilke væsentlige temaer vedrørende mentalisering der rør sig i den samlede gruppe, inklusiv at erfare, om disse også finder sted her-og-nu. Det særlige er her, at der kan arbejdes med sub- og storgruppeproblematikker/-mentalisering i sessionen, og at dagene kan få en afrunding med et balanceret, emotionelt engagement.

Erfaringen med at arbejde med den beskrevne ramme for mentalisering i en (midlertidig eller permanent) organisation er, at det kan medvirke til at fremme fleksible forståelser af arbejde og af de knudepunkter, der er i dagligdagen. Samspejlet i det beskrevne setup mellem undervisning/psykoedukation og de erfaringsbaserede grupper har vist sig at være vigtigt. Undervisningen kan primært være med til at afmystificere begrebet "mentalisering", der jo er nært beslægtet med empati, refleksion m.v., hvilket vil være velkendt for de fleste. Men det særlige ved mentalisering er, at det inkluderer det selvreflekterende element og kombinerer det med det mellem menneskelige.

Afslutning

Et mentaliserende udgangspunkt i arbejdet mellem mennesker kan være medvirkende til at skabe et konstruktivt, helhedsbaseret miljø, hvori der kan huses en kapacitet til at integrere og udvikle multiple perspektiver. Det er vigtigt, at de ansatte – med mentaliseringsperspektivet – ikke skal betragtes som personlighedsforstyrrede. Organisationer har dog altid behov for en form for containment af de idéer og følelser – også de ikke-rationelle – der bæres af de ansatte. Med mentaliseringsperspektivet refereres der som beskrevet ikke blot til logisk tænkning, om end opmærksomhedskontrol og det, at kunne fokusere

under pres, er et vigtigt perspektiv. Tankeformer, der kan sammenkæde erfaring med intuition, forståelse af emotionalitet og ikke-bevidste perspektiver, er også i fokus. For de ansatte er det nødvendigt, at der er etableret en nogenlunde stabil opfattelse af og tanker om, hvem man er som person/rolle; der skal være en justering af vekselvirkningen mellem personlig autonomi og nærhed – og der skal være en evne til at fungere i en gruppe. Hele denne klynge af perspektiver vil kunne belyses gennem en mentaliserende proces. Ved god mentaliseringskapacitet vil forskelligheder kunne erfares uden for én selv og som anderledes fra én selv, men noget af det ukendte eller fremmede vil kunne internaliseres som en del af én selv. Sådanne erfaringer vil kunne være forebyggende mod splittingtendenser, der kan stivne opfattelser i gode/onde versioner. En mere fleksibel opfattelse nærmer sig den af Melanie Klein (1973) beskrevne depressive position, hvori både jeg og den anden/det andet perspektiv skal kunne være side om side, til trods for forskelle.

Men dette mentaliserende perspektiv er naturligvis ikke hele perspektivet i organisationen.

Der skal også træffes beslutninger, handles, fordeles og holdes fast i nødvendige hensigter og mål. Den reflektive, mentaliserende position skal således i organisationen nødvendigvis suppleres med handleevne. Med Bions begreb "Action" (1984) kan man sige, at den mentale aktions position indeholder fantasien og ønsket om, at psyken kan lettes for byrden af stimuli, når der handles, skæres igennem og besluttet. Denne lettelse vil for mange være velkendt, når organisationen bestemmer sig, tager handleinitiativ eller holder fast i et standpunkt, måske efter langvarig forhandling og refleksion. Omvendt vil det kunne opleves som en fattig og forsimplet beslutningstagen, hvis den ikke har kunnet give plads til et mentaliserende, undersøgende perspektiv.

Litteraturliste

- Allen, J. G. (2014). *Mentalisering i tilknytningsrelationer*. København: Reitzel.
- Allen, J. G. Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). *Mentalisering i klinisk praksis*. København: Reitzel.
- Armstrong, D. (2005). *Organization in the mind*. London: Karnac.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbaseret terapi af borderline forstyrrelse. En praktisk guide*. København: Akademisk.
- Bateman A. & Fonagy P. (2012). (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck, U. C. & Heinskou, T. (2011). Ledelse og mentalisering. I: Heinskou, T. & Visholm, S. (Red.), *Psykodynamisk organisationspsykologi, vol. II*, s. 175-196. København: Reitzel.
- Bion, W. R. (1984). *Transformations*. London: Karnac.

- Bion, W. R. (1993/1961). *Erfaringer i grupper* (s. 73-90) København: Reitzel.
- Bowlby, J. (2006). *En sikker base*. Frederiksberg: Det lille forlag.
- Bøye, R. & Kjølbye, M. (2012). (Red.), *Borderline. Psykoedukation, forståelse og behandling*. København: Reitzel.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking. Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int.J.Psychocoanal.* vol. 72, 639-656.
- Heinskou, T. & Visholm, S. (2004). (Red.), *Psykodynamisk organisationspsykologi*. København: Reitzel.
- Heinskou, T. & Visholm, S. (2011). (Red.), *Psykodynamisk organisationspsykologi II*. København: Reitzel.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Mentaliseringsbaseret terapi. Manual og vurderingsskala*. København: Reitzel.
- Klein, M. (1973). Nogle teoretiske konklusioner om spædbarnets følelsesliv. I: *Psykoanalyse af børn*. København: Rhodos.
- Koefoed, P. & Visholm, S. (2011) Følelser i organisationer. I: Heinskou, T. & Visholm, S. (Red.), *Psykodynamisk organisationspsykologi, vol. II*, (s. 52) København: Reitzel.
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Research and Practice*, 84, 9-25.
- Nitsun, M. (1996). *The Anti-Group*. London: Routledge.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Twemlow, S. & Fonagy, P. (2006). Transforming violent Social Systems into Non-Violent Mentalizing Systems: An experiment in Schools. I: Allen, J.G. & Fonagy, P. (Red.), *Handbook of Mentalization Based Treatment* (s. 289-306). Chicester: Wiley and Sons.
- Visholm, S. (2004). Intergruppedynamik. I: Heinskou T., Visholm, S. (Red), *Psykodynamisk organisationspsykologi*(s. 127-158). København: Reitzel.
- Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsbogen*. København: Reitzel.

Abstract

Mentalisation refers to the activity of understanding mental states in relation to behaviour. Mentalisation is understood as an important factor in relations between human beings. In psychopathological states, mentalisation-based therapy (MBT) has been shown to be effective. Mentalisation takes place and has been described in social contexts. The article discusses mentalisation in workplaces and within institutions and organisations. It describes how mentalisation can be trained and stimulated to facilitate the milieu in the organisation and to secure the focus on the primary task of the organisation.

Keywords: Mentalisation, organisation, workplace, organisational psychology

Ulik bruk av oppmerksomhet

Fra Freud til Mindfulness

Matrix, 2014; 2, 124-135

Maria S. Gjems-Onstad

Artikkelen er en tentativ sammenligning av ulike måter å bruke oppmerksomhet, slik det anvendes i henholdsvis psykodynamisk- og i Mindfulness-terapi. Ut fra litteratur, klinisk erfaring fra psykoterapi og fra meditasjon, drøftes det hvordan psykoterapeut og pasient bruker oppmerksomhet. Det å være i her og nå er sentralt i begge retninger, men ulike aspekter betones. I psykodynamisk terapi rommer nået sinnets vandring mellom fortid, nåtid og fremtid, noe som gir en innfallsvinkel til mer ubevisste kilder. I Mindfulness-terapi er man opptatt av sansenær persepsjon og erkjennelse av emosjoner som er til stede i øyeblikket. Ofte forsøker man å unngå sinnets vandring og anvender en mer konsentrert form for oppmerksomhet. Avslutningsvis drøftes om ulik bruk av oppmerksomhet initierer ulike forandringsprosesser, og om man kan kombinere ulike tilnærminger.

Før jeg går nærmere inn i de to tradisjoner, vil jeg kort vise til ulike rammer knyttet til psykoanalysen og Buddhismen, da dette muligens influerer på utformingen av metode. Mens Buddhismen er en filosofisk og religiøs retning utviklet for over 2000 år siden og sikter mot en slags opplysning (nirvana), er psykoanalyse en form for terapi med røtter i 19. århundre og sikter mot å forstå og avhjelpe psykologiske problemer. Det er også likheter, i det begge retninger handler om menneskelig lidelse og lindring. Metoder innen psykoanalyse er knyttet til verbalisering av frie assosiasjoner, og til meditasjon innen Buddhismen.

Maria S. Gjems-Onstad, Nydalsveien 15, 0364 Oslo, Norge, tlf. 97528295

Mindfulness

Begrepet Mindfulness har sin opprinnelse i Buddhistiske meditative tradisjoner og har vært gjenstand for mye interesse i Vesten særlig de siste 10 år. Tradisjonen legger vekt på en form for tilstedeværelse, en bevissthetsform, samt en måte bruke oppmerksomheten på. Germer (Germer, Siegel & Fulton, 2005) omtaler en fra øyeblikk til øyeblikk-oppmerksomhet. I en litteraturoversikt om Mindfulness defineres det som “en ikke dømmende observasjon av den pågående strøm av indre og ytre stimuli i bevisstheten” (Baer, 2003, s. 126, min. overs.). Dette ligger nær opp til hvordan Kabat-Zinn, den kanskje mest profilerte eksponent for Mindfulness i Vesten, beskriver elementene i mindful oppmerksomhet: 1) den skal være intensjonal, 2) den skal knyttes til øyeblikket, her og nå, 3) den skal være ikke dømmende (Kabat-Zinn, 1994).

Mindfulness er verken et entydig eller enhetlig begrep; det brukes på ulike måter av ulike aktører i ulike sammenhenger. Mindfulness kan være knyttet til stille meditasjon og oppmerksomhetsøvelser, men det kan også knyttes til handlinger som det å gå, tenke, observere ytre objekter, egen kropp og indre tanker. I tillegg brukes Mindfulness i ulike behandlingstilbud, f.eks. MBSR (mindfulness based stress reduction), som undervises ut fra standardiserte manualer og benyttes i gruppebehandling der meditasjons-, yoga- og oppmerksomhetsøvelser er sentralt. Pasientene lærer å inkludere smerte og ubehag i oppmerksomheten i stedet for å kjempe mot smerten (Kabat-Zinn, 1982).

I MBCT, mindfulness-basert kognitiv terapi, brukes prinsipper fra MBSR for å hindre tilbakefall ved depresjoner ved å lære pasienter til å bli oppmerksomme på tiltagende depressive symptomer (Segal, Willians & Teasdale, 2002). MBSR og MBCT setter Mindfulness i sentrum i sin teoretiske modell, mens andre, for eksempel DBT, dialectical behavior therapy, som er utviklet for å behandle borderlinepasienter, integrerer Mindfulness som ett av flere bidrag. Her lærer pasientene å bli bevisst følelser og tanker før de handler ut fra dem (Linehan, 1993).

For tiden tar også terapeuter fra andre terapiretninger, blant annet psykodynamisk og humanistisk tradisjon, i bruk enklere Mindfulness-øvelser. Hovedprinsippet synes å være å hjelpe pasienten til å inkludere følelser og impulser som finner sted i øyeblikket.

Psykoanalytisk lytting

Psychoanalytical listening (Akhtar, 2013) gir en forsøksvis sammenfatning av lytteformer i terapi slik det har utviklet seg siden Freuds jevnt fordelt oppmerk-

somhet. Han har inndelt det å lytte i fire former; objektiv lytting, subjektiv lytting, empatisk lytting og intersubjektiv lytting. Den objektive lytting legger vekt på hvordan pasienten sier det han sier, den subjektive lytting finner sted når terapeuten stiller seg tilgjengelig for pasientens ubevisste projiseringer, den empatiske lytting er når terapeuten identifiserer seg med pasienten og forsøker å leve seg inn i dennes erfaringer, og den intersubjektive lytting retter fokus mot samspill mellom pasient og terapeut og den realitet de sammen skaper. Akhtar (sst.) hevder at en optimal blanding av disse lytteformene tjener den analytiske prosess best. Videreutvikling av det psykoanalytiske lytterperspektiv problematiserer begrensningene for den frie oppmerksomhet, bl. a. terapeutens subjektivitet (Gullestad & Killingmo, 2005). Utfordringen er å la oppmerksomheten forbli uhildet, ikke for subjektiv, ikke for teoribundet og ikke for preget av egne tema, sympatier og antipatier. Avvik fra den åpne oppmerksomhet problematiseres og arbeides med gjennom opplæring og supervisjon.

Mindful listening

“Mindful Therapy is therapy in which the therapist produces true presence and deep listening. It is not technique driven” (Germer, 2005). Hva mindful listening egentlig er, unntatt det selvfølgelig at man forsøker å være mest mulig nærværende, kan være vanskelig å få tak i. I Mindfulness-tradisjonen legger man stor vekt på det å være tilstede i det umiddelbare og sansenære, det å være tilstede her og nå. Man vektlegger i mindre grad det å oppfatte ubevisste signaler og impulser hos en selv og andre.

Bruk av oppmerksomhet i Mindfulness beskrives delvis som en idealtilstand hvor oppmerksomheten er rolig og åpen, uten tilknytning til et bestemt perspektiv, utforskende og non-biased (Martin, 1997). Parallelle beskrivelser oppfatter det å anvende oppmerksomhet uten distraksjon, uten å bli fanget av et fokus (desentrering), med frihet til å se nytt idet man legger bort automatiserte måter å tenke eller oppfatte på (Martin, 1997). En slik tilnærmet ideell oppmerksomhetsfungering finner sjelden sted, og er i liten grad noe man kan bestemme seg for.

Binder (2011) problematiserer den ideelle lytteformen, og poengterer f.eks. at når noe låser seg i terapi, er det viktig å bli vår det som skjer i randsonen av bevisstheten, bl.a. fange inn hvordan begge parter bidrar til et mønster som dannes i relasjonen. Dette ligger nærmere det som er beskrevet i psykoanalytisk lytting. Hans anbefaling er bl.a. å vende oppmerksomhet mot det kroppslige, for å lete etter det som ikke umiddelbart er til stede.

Når man vurderer denne lytteformen i relasjon til vestlig psykologi, trekkes ofte den eksistensielle tradisjon og Rogers frem. Som nødvendige og tilstrekkelige betingelser for terapeutisk forandring (Rogers, 1957), hevder Rogers at terapeuten skal være oppmerksom på egne følelser enten man liker dem eller ikke, og akseptere pasienten uten spesifikke betingelser for denne aksept. Det er også nærliggende å trekke frem Bions formulering om å lytte uten hukommelse og begjær (Bion, 1967, 1970).

Forskjeller i synet på “her og nå”

Både i Mindfulness- og psykodynamisk tradisjon er man opptatt av at pasienten skal være her og nå, men man legger tyngdepunktet ulikt for hva som inngår i dette “her og nå”. I psykodynamisk tenkning er “her og nå” fortettet informasjon og nye muligheter (Joseph, 2013). Ved siden av sanseintrykk er blant annet også deler av fortiden representert i nået. Pasienten kan være opptatt av noe i fortiden eller av repeterende tanker, uten at det anses å forringe nærværet til øyeblikket. Det at fortiden også er til stede i nået er et viktig arbeidsmateriale. Nåets skiftende og dynamiske struktur gir stadig informasjon om pasientens reaksjoner, personlighet og indre konflikter. Joseph (1989) beskriver hvordan observasjon av pasientens reaksjoner i dialog med terapeutens konfronterende og tolkende intervensjoner, viser noe om hvordan pasientens forsvar kan være strukturert.

Repeterende tanker og tanker på fortid, kan lett bli opplevd som en forstyrrelse innen Mindfulness-terapi. Repeterende bekymringer betraktes som deler av ens automatiserte og habituelle forhold til verden og en selv. Når slike tanker dominerer sinnet og terapien, vil ofte pasienten ledes til å registrere og akseptere dette med en ikke-fordømmende holdning. Ofte brukes en teknikk som kalles “labeling”. Pasienten får beskjed om å sette merkelapp på ulike tanker, for eksempel “dette er fortid”, “dette er bekymringer knyttet til arbeid” etc. (Hick & Bick, 2008). Det angis å være en hjelp til gradvis å kunne løsrive seg fra automatiserte og spenningsstyrte erfaringsmåter av virkeligheten, for derved å oppnå mer nærhet til et nå. Dette nå er sansenært, med frihet for persepsjon av det umiddelbare, men mindre frihet for strømmen av tanker. Det å være i dette nå er et mål både for terapien – og for tilværelsen.

Innen psykodynamisk tradisjon vil man hevde at det å begrense strømmen av tanker, minsker bearbeidelsespotensiale. Dette synspunkt sammenfaller med en økende mengde rapporter innen nevrovitenskapelig forskning om “the wandering mind” eller “stimulus independent thought” (Andrews-Han-

na, Baars, 2010). Et av hovedsynspunktene er at desto mer uforstyrret strømmen av tanker får vandre, fra fortid til nåtid, og til ulike inntrykk, desto mer bearbeidelse finner sted. En sterk betoning av sansenær oppmerksomhet kan forstyrre og begrense sinnets naturlige vandring.

Et annet aspekt Joseph (1989) fremhever, er at nåets struktur gir informasjon om indre konflikter. Med andre ord vil nået romme krefter og motkrefter. Dette er lite beskrevet i Mindfulness-tradisjonen. Binder (2011) beskriver motstandsfaser, men ser man på litteraturen fra Hick (Hick et al., 2008) og Germer (Germer, Siegel & Fulton, 2008) kan det se ut som om man har et mer lineært perspektiv på endring. Endring i psykodynamisk tradisjon fremstilles som en prosess der ulike faser med fremgang og motstand veksler.

Innen den psykodynamiske tradisjon var kanskje Stern (2004) den som kommer Mindfulness nærmest. I boken "The Present Moment" (Stern, 2004) hevder han at man i den psykodynamiske tradisjon er for opptatt av teorier. For å skape et motstykke til uønsket intellektualisering, fokuserer han på det sansenære, og velger å se på øyeblikket som en mulighet til å gjøre nye valg, til å oppnå større frihet.

Forskjeller i opptrening i evnen til å være oppmerksom

I følge Hick (Hick & Bick, 2008) kan terapeuten trene oppmerksomt nærvær som man trener kondisjon eller styrke. Til forskjell fra vestlig psykologi, har Buddhistisk tradisjon moralske verdier som man vil kultivere. Mindfulness undervises bl.a. gjennom "The Four immeasurable Mind" (Nhar Hanh, 1998), som er "love, equanimity, compassion and joy". Selv om disse begreper høres myke og poetiske ut for vitenskapelige ører, har de i Buddhistisk tradisjon en presis mening. Dessuten finnes det oppmerksomhetsøvelser for å utvikle hver av dem (Hick & Bick, 2008).

I den psykodynamiske tradisjon er det primært egenerapi og supervisjon av kandidatens terapier som ivaretar opptrening av terapeutens oppmerksomhet. I egenerapi arbeider man med å få et friere og mer ubundet forhold til egne tema. I supervisjonen tilstreber man uhildet bruk av oppmerksomhet i forhold til pasienten. I tillegg prøver man å identifisere blinde flekker som oppstår i møte med pasienter. Man arbeider med å registrere hvordan man lar seg påvirke både av møtet med pasienten, av det vedkommende forteller og hvordan relasjonen utvikler seg. Dette blir materiale som brukes i terapien. Ett hovedfokus for opplæring innen den psykodynamiske tradisjon er således hvordan det ubevisste på ulike måter kan påvirke terapeutens oppmerksomhet.

I ulike grener av psykodynamisk utdanning er det normer for minimumslengde av egenerapi og supervisjon man skal ha. Det synes å være få tilsvarende normer innen Mindfulness-tradisjon, som til dels kan skyldes at det er et særdeles vidt og også nytt felt. Utdanningstilbud strekker seg fra enkle to – tre dager kurs for å bli Mindfulness-instruktør, til mer omfattende opplegg med mange samlinger. En del opplæring foregår innenfor den retning der Mindfulness er integrert, f.eks. videreutdanning innen kognitiv terapi, der trening i Mindfulness er en integrert del av utdanningen.

Gjennomgående er at vektlegging av det å oppdage egne blinde flekker og/ eller motoverføring er lite beskrevet innen Mindfulness. Dette synes som nok et eksempel på at Mindfulness-terapi i mindre grad enn psykodynamisk terapi arbeider med å avdekke ubevisst innflytelse.

Frustrasjon over manglende anbefalinger om hvordan oppnå “jevnt fordelt oppmerksomhet” har ført til at flere teoretikere i den psykodynamiske tradisjon har søkt etter meditasjonsmetoder innen Buddhismen for å arbeide med egen oppmerksomhet (Coltart, 1992). Rubin (2009) utforsker Buddhistisk meditasjon (ikke spesifisert hvilken) i denne henseende. Hans foreløpige konklusjon er at meditasjon er en ypperlig metode til å oppøve evnen til ikke fordommende tilstedeværelse, men at meditasjon ikke gir forbedring i evnen til å dekode eller oversette det man hører på et metaforisk nivå. Uten slike reservasjoner anbefaler Binder (2011) Nærværsmeditasjon for å kultivere oppmerksomhet, og Kabat-Zinn (1994) Sitting Meditation. Søken etter meditative teknikker for å opptrene oppmerksomheten har blitt en del av en tiltagende dialog mellom psykoanalyse og Buddhisme.

De meditasjonsmetoder det refereres til består i at man retter oppmerksomhet mot et meditasjonsobjekt, ofte pusten, samtidig som man så nøytralt som mulig registrerer de impulser som er i sinnet. Når impulsene bringer en ut på viddene, “ankrer” man oppmerksomheten på nytt til pusten. Det er ulike måter man kan “ankre” seg til pusten på; enten ved å skyve bort det andre som er i sinnet, eller ved å ankre seg til pusten samtidig som man lar annet bevissthetsinnhold være uforandret. Måten man gjør dette på, har å gjøre med hvorvidt man oppøver evnen til en åpen og inkluderende eller mer konsentrert bruk av oppmerksomhet.

Innskrenkning av bevisstheten

Enhver kliniker vet at det å være tilstede hele tiden med en åpen oppmerksomhet sammen med pasienten, er en umulighet. Den psykodynamiske tradi-

sjon problematiserer disse avvik fra åpenhet – det vil alltid være utfordringer knyttet til dette. Jeg vil nå drøfte hvordan det ser ut å være forhold innen Mindfulness-terapi som stimulerer til begrensning av oppmerksomhet og at dette sjelden problematiseres.

“Jevnt svevende oppmerksomhet ” som lytteperspektiv innen psykodynamisk tradisjon har vært et ideal det er vanskelig å realisere. For mange er det derfor blitt noe som binder oppmerksomheten fordi man forsøker å nærme seg mesterens ideal. Å være tilstede her og nå, er et tilsvarende ideal innen Mindfulness. Kanskje kan man si at det er både en metode og et mål. Det å være tilstede i øyeblikket, skal gjøre at automatiserte tankemåter forsvinner, at man etter hvert opplever mindre lidelse og lever mer helhetlig. Ideelle beskrivelser om hvordan man skal være tilstede i nået, “oppmerksomheten er rolig og åpen, uten tilknytning til et bestemt perspektiv (Martin, 1997) gir lite metodisk hjelp til å realisere dette. Beskrivelser av her og nå har til dels en lyrisk karakter, kanskje mer preget av filosofi om den endelige opplysning enn av terapiens ofte trivielle virkelighet. Uttrykk som “empty your mind” er også vanlige. Med en slik bakgrunn kan både pasient og terapeut lett bli skuffet hvis for eksempel hvis pasientens tankestrøm er repetitiv, preget av gamle og ubrukelige løsningsforsøk. Pasienten tenker kanskje at nå skal mine problemer legges usensurert frem, og blir skuffet hvis han eller hun overveldes av prestasjonsangst. Tilsvarende kan terapeutens oppmerksomhet begrenses hvis han eller hun er opptatt av noe i egen verden eller kanskje selv også preges av prestasjonsangst. Den ideelle forestilling om her og nå kan føre til at det blir vanskeligere å akseptere hva som faktisk skjer i øyeblikket.

Hvordan man forholder seg til repeterende og belastende tankeinnhold, sier også noe om ulikheter mellom en åpen bruk og en mer fokusert eller tillukket bruk av oppmerksomhet. La oss ta et eksempel. En pasient tenker hele tiden på hvordan vedkommende kan komme til å gjøre noe galt på arbeidsstedet, på hvordan andre da vil forakte vedkommende, hvordan alt etter hvert blir umulig etc. En mindful terapeut vil kanskje si: Registrer at disse tankene kommer, anerkjenn og aksepter at det er slik du tenker, og se hva annet som er i sinnet. Hvis disse tankene kom under en Mindfulness øvelse, ville man kanskje si: “Registrer at disse tankene kommer og vend da oppmerksomheten mot pusten”. Hvis de repeterende tankene fortsetter, ville man kanskje hjelpe pasienten videre i en “letting go prosess” (Kabat-Zinn, 1994) ved for eksempel å si “Tenk at dette bare er tanker. De har ikke noe med virkeligheten å gjøre.” Dette kalles SOAL og betyr “stopp, observer, aksepter og let go” (Materiale fra kurs i Mindfulness).

En annen terapeut, mer opptatt av en åpen oppmerksomhetsfungering, f.eks. fra psykodynamisk tradisjon, ville møte de repeterende bekymringene på en annen, mer eksplorerende måte f. eks. ved en uttalelse som “Si mer om dette” eller “hvor kan du kjenne denne bekymringen igjen fra?” Terapeuten ville være opptatt av å hjelpe pasienten til å åpne feltet, og slippe til assosiasjoner om disse bekymringene. I stedet for å forsøke å bli kvitt tankene, ville terapeuten forsøke å gi dem mer rom, hjelpe pasienten til å se hvor de kan stamme fra, hvordan de begrenser øyeblikket, kanskje også relasjoner.

At man innen Mindfulness-terapi oppfordres til å akseptere tankene som kommer, kan også oppleves begrensende. De tankene som er vanskeligst å akseptere, vil man automatisk skyve bort. Ofte er det en subtil, men viktig nyanseforskjell mellom det å akseptere innholdet av tankene og det å akseptere at tankene kommer. Det å akseptere vanskelige tanker er ofte en lang og tung prosess, tvangstanker kan være ett eksempel. En mannlig pasient hadde gjentagende tanker om at han kunne være pedofil, som var noe av det verste han kunne tenke seg. Tidligere hadde han fått beskjed om at han måtte akseptere disse tankene, hvilket for han var en umulighet; “et råd jeg ikke kan bruke”. Han kunne ikke akseptere slike tanker, fordi det ble å gi dem en viss sannhetsverdi. Etter hvert kunne han akseptere at tankene kom, og vi brukte mye tid på å arbeide med hvor mye de skulle styre livet hans. Tankene ble også utforsket via frie assosiasjoner, og syntes å skrive seg fra deler av livet som egentlig hadde lite med seksualitet å gjøre, noe som for han var en lettelse.

En parallell til forskjellen mellom åpen og konsentrert oppmerksomhetsbruk, finnes i hvordan ulike meditasjonsmetoder praktiseres. Det er vanlig å skille mellom “directive meditation” og “non-directive meditation”; det siste er meditasjon som gjør bruk av åpen og ledig oppmerksomhet (Martin, 1997; Ellingsen & Holen, 2008; Goleman, 1988). I “directive meditation” dirigeres oppmerksomheten mot nået, og man søker å bli kvitt minner og fantasier om fortid og fremtid. “Nået” er positivt ladet; det er der du kan gjøre en forskjell. I “non-directive” meditasjon, for eksempel Acem-meditasjon; forsøker man å inkludere tanker, impulser og kroppsinnehold fordi inklusjon i seg selv anses å være en nøkkel til bearbeidelse av ubevisst materiale. Dette gjøres ved å arbeide med å skape åpenhet i sinnet ved en ledig metodelydgjentagelse (Holen, 1989). Man går ikke inn i tankeinnholdet, men lar det være der. Ved å aktualisere ubevisst materiale er man inne i det man i psykodynamisk psykoterapi kaller “krefter og motkrefter”, og hvor motstand er et sentralt fenomen. Tilsvarende er lite vektlagt og beskrevet innen Mindfulnessmeditasjon, hvor det ubevisste ikke er tilkjent stor plass. Likevel, Mindfulness er et så vidt felt, at

noen forfattere, for eksempel Binder (2011), inkluderer det ubevisste som et fenomen, også innen meditasjon.

Oppmerksomhet og forandring

Både psykodynamisk tradisjon og Mindfulness representerer introspektive tradisjoner som sikter mot å øke affekttoleranse og kontakt innover. Hensikten er, både for terapeut og pasient, å favne og akseptere det som er i sinnet, redusere fortrenning, fordreining og andre forsvarsmekanismer som sikter mot å unngå det å kjenne etter. For terapeuten vil det å akseptere det som er i eget sinn forhåpentligvis bedre evnen til å fange opp det som foregår i terapisituasjonen. For pasienten vil et slikt arbeid etter hvert redusere symptomer som henger sammen med at man holder igjen affekter og tanker.

Terapeuter vil i ulik grad undervise pasienten i oppmerksomt nærvær. Noen lærer pasienten meditative teknikker, for eksempel nærværsmeditasjon som pasienten skal utføre hjemme. I terapitimene kan terapeuten i blant bruke ulike assosiasjons- eller oppmerksomhetsøvelser. Dette kan være å slippe til følelser knyttet til et bestemt tema, for eksempel en tidsepoke i livet, eller fokusere på bestemte relasjoner (for eksempel ved imaginært å bringe disse inn i rommet og kjenne på hvilke følelser dette vekker) (Binder, 2011).

Innen ulike terapiretninger er det å ta i bruk oppmerksomhetsøvelser blitt mer gangbart enn tidligere jfr. "psykoterapi integrasjon" (Stricker, 2002), en utvikling som fremvekst av Mindfulness har stimulert til. Det er ikke nytt å bruke ulike assosiasjonsøvelser i terapi. Allerede Fromm (1955) beskriver hvordan han gjorde bruk av frie assosiasjonsøvelser i en terapi som ellers var mer strukturert og kanskje preget av konsentrert bruk av oppmerksomhet.

La oss se på et eksempel. En kvinne var i terapi fordi hun var i krise preget av angst, depresjon og søvnløshet. Krisen ble utløst av brudd i parforhold og vansker på arbeidsplassen. Begynnelsen av terapien var krisearbeid med konsentrert bruk av oppmerksomhet; "hvordan komme gjennom dagene", men også bruk av mer åpen oppmerksomhet, "hva treffer dette i deg?" Kvinnens krisereaksjoner var en forsterkning av slik hun ellers levde, dvs. hun ble utflytende, fikk ikke gjort oppgaver, brukte tid på aktiviteter som i og for seg var kreative og interessante, mens akutte forpliktelser i forbindelse med jobb ble liggende.

Etter at den mest akutte krise var over, og hun igjen delvis var i jobb, begynte en fase der vi arbeidet med å legge timeplan for hver dag i uken. Hensikten var delvis å få gjort oppgavene som ventet, men kanskje mest å gi anledning til å reflektere over de valg hun tok når hun vedvarende fravek den plan

hun hadde satt opp. Arbeidet med timeplan krevde konsentrert bruk av oppmerksomhet både fra terapeutens og pasientens side; hva er realistisk å få til, hvordan regulere arbeid, pauser, søvn etc. Som forventet var planen vanskelig å følge. Vi brukte øvelser preget av frie assosiasjoner, og åpen bruk av oppmerksomhet når hun skulle reflektere over hva som styrte henne når hun valgte å gå bort fra den oppsatte plan. I refleksjon over de valg hun tok når hun ikke fulgte planen, var en åpen bruk av oppmerksomhet nødvendig. For å gi seg selv rom til dette arbeid, lå hun av og til på benken.

Assosiasjonene brakte henne inn i et tidlig ganske dramatisk familiedrama, hvor det kunne se ut som om det å være utflytende var en litt maskert form for protest mot familiedynamikken. Det fantes ikke entydige eller klare årsakslinjer, men det var tydelig lettende å snakke ut fra det univers der disse vanene ble etablert. Mens hun i vanlig samtale hevdet at hun arbeidet med å være mer strukturert, viste hennes livsførsel at dette ikke var særlig vellykket. Årsakene til hennes utflytende atferd var sannsynligvis av mer ubevisst karakter, og hun måtte slippe til et større spekter av følelser, tanker og impulser. Terapeuten brukte lite tolkninger i forhold til de minner og tanker som kom frem, men var anerkjennende til stede. Hvis øvelsene hadde blitt instruert med for snever bruk av oppmerksomhet og rettet mot atferdsendring, f.eks.: "hvordan kan du forestille deg at du er mer strukturert?" ville det kanskje begrenset mulighet for bedring. Øvelsene ble instruert ut fra et prinsipp om ikke-konsentrasjon og frie assosiasjoner, fordi dette ga anledning til å synliggjøre og skape frihet til ubevisst motivasjon.

Økt bevissthet om hvordan man bruker oppmerksomhet gir grunnlag for drøftelser av virksomme faktorer i psykoterapi. Martin (1997) har foreslått Mindfulness som en "common factor", dvs. en faktor som er virksom i enhver terapi, og som terapeuten må ta stilling til hvordan han eller hun bruker. Martin antyder at ulik bruk av oppmerksomhet kan være nyttig i forhold til ulike problematikk og i ulike faser av en terapi.

Avslutning

Gjennom teoretiske drøftelser og innblikk i korte kliniske vignetter har jeg forsøkt å drøfte hvordan ulik bruk av oppmerksomhet påvirker terapiforløp og resultat. En gjennomgående faktor synes å være at bruk av en åpen og ikke-konsentrert oppmerksomhet gjør ubevisste prosesser mer tilgjengelige og derved mindre bestemmende for atferd. Motsatt kan det virke som om det å styre oppmerksomheten i stor grad, kanskje særlig være opptatt av å bli kvitt visse

typer tanker, kan begrense tilgang til ubevisste faktorer og derved begrense mulighet for terapeutisk endring.

Takk for økonomisk støtte fra Institutt for Psykoterapi

Litteratur

- Akhtar, S. (2013). *Psychoanalytic Listening. Methods, Limits, and Innovations*. London: Karnac Books
- Andrews-Hanna, J. R. (2012). The brain's default Network and Its Adaptive Role in Internal Mentation. *The Neuroscientist*, 18(3), 251-270
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125.
- Baars, J. B. (2010). Spontaneous Repetitive Thoughts Can Be Adaptive: Postscript on "mind Wandering". *Psychological Bulletin* 2010, Vol.136, No2, 208 – 210.
- Binder, P. E. (2011). *Et oppmerksomt liv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. I E. B. Spillius (ed.). *Melanie Klein Today. Vol. 2. Mainly Practice*. London: Routledge, 1988.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. New York: Basic Books.
- Coltart, N. (1992). The practice of psychoanalysis and Buddhism. I Coltart, N. (1992). *Slouching towards Bethlehem*. (pp. 164-175). New York: The Guilford Press.
- Fromm, E. (1955). Remarks on the Problem of Free Association. In D. B. Stern, C. H. Mann, S. Kantor & G. Schlesinger. *Pioneers of Interpersonal Psychoanalysis* (pp. 123-135). New Jersey, Hillsdale: The Analytic Press.
- Germer, K. C., Siegel, R. D. & Fulton, P.R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Goleman, D. (1988). *The meditative mind: Varieties of the meditative experience*. Los Angeles, CA: Jeremy Tarcher.
- Hick, S. F. & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- Holen, A. (1989). *Stillhetens Psykologi*. Oslo: Dyade Forlag.
- Ellingsen, Ø. & Holen, A. (2008). Meditation: A scientific perspective, In Davanger, S., Eifirng H., Hersoug A.G. *Fighting Stress. Reviews of meditation research* (ss. 11 – 38) Oslo: Acem Publishing
- Joseph, B. (1989). *Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph*. M. Feldman and E. Bott Spillius (eds). London: Routledge.
- Joseph, B. (2013.) Here and now: My perspective, *Int. J. Psychoanal*, 94:1-5
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-42.
- Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go here you are. Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Gullestad, S. & Killingmo, B. (2005). *Underteksten*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.

- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol.7, No.4, 291-312.
- Morgan, D., William & Morgan, S. T. (2005). Cultivating Attention and Empathy, In K. C. Germer, R. D. Siegel, P.R. Fulton (eds) (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York : Guilford Press.
- Nhat Hanh, T. (1991). *Peace in Every Step: The Path of Mindfulness in Everyday Life*. Bantam Books
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rubin, J. B. (2009). Deepening Psychoanalytic Listening: The Marriage of Buddha and Freud. *Am J. Psychoanal*, 69, 93-105.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Stern, D. N. (2004). *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York: W.W. Norton & Company Ltd.
- Stricker, G. (2002). *Psychotherapy Integration*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Psykologtjenesten: *Økt Mestring med Mindre Stress*. Kurs i Mindfulness-trening

Abstract

Various modes of attention

The article presents a tentative comparison of various modes of attentions as it is applied in psychodynamic and in Mindfulness therapy. Based on literature, clinical experience in psychotherapy and meditation practice, the article discusses how the therapist and the patient use their attention. Being in the here and now is central in both traditions, but different aspects are emphasized. In psychodynamic therapy the mind is wandering between the past, the present and the future, providing access to more unconscious material. In Mindfulness therapy the immediate perception and the recognition of emotions in the moment are central. Often one tries to avoid mind wandering and apply a more concentrated form of attention. The article discusses how different use of attentions may initiate various processes of change, and whether it is possible to combine different approaches.

Keywords: Attention, mindfulness, unconsciousness

In the mood for love

Et essay om kjærlighet

Matrix, 2014; 2, 136-143

Anders Landmark

Filmregissør Wong Kar-Wai ble i 2012 rangert som nummer tre på Det Britiske filminstituttets topp-ti liste over de mest betydningsfulle regissørene i verden i dag. Han var den første kinesiske regissøren som vant prisen Best Director Award under filmfestivalen i Cannes. Han vant prisen i 1997 for filmen *Happy Together*. Wong Kar-Wai er kjent for sine visuelt vakre filmer. Hans kanskje mest kjente film er *In the Mood for Love*. Den kom i 2000 og vant en rekke priser under filmfestivalen i Cannes i 2000 og ble kritikerrost verden over. Wong Kar-Wai kalte først filmen *Secrets*, men endret tittelen etter at han hadde hørt Bryan Ferrys versjon av sangen "I'm In the Mood for Love" som er på albumet *As Time Goes By* fra 1999. En interessant detalj er at Ferrys låt åpner med lyden av sikader, mens filmen *In the Mood for Love* slutter med det samme lydsporet, sikaders sang.

Handlingen i *In the Mood for Love* er lagt til Hong Kong i 1962. Filmen forteller historien om en mann og en kvinne, Chow og Chan, som på samme tid og med sine respektive ektefeller flytter inn i hver sin leilighet. De to leilighetene ligger vegg i vegg. Chow jobber i en avisredaksjon, Chan jobber som sekretær. Tidlig i filmen oppdager Chow og Chan at deres ektefeller har et kjærlighetsforhold. Chow og Chan utvikler en relasjon som delvis motiveres av et forsøk på å forstå hvordan deres ektefeller kan ha utviklet en kjærlighetsrelasjon, og delvis av en gryende kjærlighetsrelasjon dem i mellom. Filmen munner ut i at Chow forlater Chan. Han flytter til Singapore, og Chan blir igjen i Hong Kong.

"*In the mood for love*" kan oversettes med å være i en stemning der man er klar for kjærlighet. Hovedpersonene i filmen lengter etter kjærlighet. Slik jeg ser filmen, er det en voldsom kraft mellom Chow og Chan. Det er en liden-

Anders Landmark, spesialist i klinisk psykologi for barn og unge. Kandidat ved Norsk Psykoanalytisk institutt. Arbeider ved Diakonhjemmet sykehus, avd. Bup-Vest. Forskningsveien 13, 0373 Oslo.

skap, en tiltrekning, en kjærlighet dem i mellom, men denne kjærligheten får ikke realisert seg og i stedet dør den ut. Et spørsmål jeg har stilt meg ved filmen er hvorfor ikke Chow og Chan får det til? Dette essayet er et forsøk på å finne ut av dette spørsmålet.

Kjærligheten åpner opp

Vi tar ofte evnen til kjærlighet for gitt. Ofte er det formulert som en søken etter den rette. Vi har hørt det mange ganger: Jeg vil ha en kjæreste, men jeg har ikke funnet den rette. Eller: Jeg er forelsket i M, men han vil ikke ha meg. Her er problemet ikke evnen, men å finne eller få objektet for sin kjærlighet. Kanskje er det å fokusere på letingen en tilsløring av et dypere og mer komplisert problem, at det er noe i kjærlighetens natur som er mer komplisert enn å finne den rette.

Vi har også hørt at når man har funnet kjærligheten, da skal livet falle til ro. Da skal man komme inn i noe mykt og harmonisk. Noen har hevdet at kjærligheten så å si er løsningen på våre eksistensielle problemer knyttet til ensomhet og atskilthet. Andre har hevdet at kjærligheten gjør en fri. Ideen om kjærligheten som en frigjørende kraft kommer fint til uttrykk i Olav H. Hauges dikt "Det er den draumen"

Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.

Dette diktet er ofte lest som et kjærlighetsdikt. Lest slik er det en understrekning av hvordan kjærligheten åpner oss opp, vi får tilgang til vårt eget indre og frigjør potensialer i oss. Når vi åpner oss opp blir vi mer sanselige og mottakelige for den andre, og samtidig mer mottakelig for det som skjer inni oss selv.

Det kanskje mest slående ved filmen *In the Mood for Love* er passasjer der tempoet på filmen går ned og det legges på musikk. Jeg opplever disse delene

In the mood for love

som veldig sanselige og åpnende. Det er som om det lages et eget rom der jeg som betrakter får tid til å tenke og føle. Jeg opplever at disse passasjene viser at kjærligheten er i oss og rundt oss, den er ofte skjult i hverdagens mange gjøremål, men den melder seg med full kraft i en bevegelse, i et blikk, i musikkens toner. Filmen synes å si, som Olav H. Hauge tematiserer, at hvis vi åpner oss opp, lar sansene åpne seg innover og utover, da kan vi føle, se og høre kjærligheten.

Jeg synes Wong Kar-Wai i filmen *In the Mood for Love* nyanserer dette bildet av kjærligheten. Filmen sier noe om kompleksiteten ved det å gå inn i en kjærlighetsrelasjon. Når tida, hjertet, berget, kildene og drømmene åpner seg opp inni oss, er det ikke bare noe vidunderlig som skjer. Det skjer også noe som kan være vanskelig å åpne opp og forholde seg til.

For noen er det en overraskelse når de innleder en kjærlighetsrelasjon, at følelser de tidligere har distansert seg fra, kommer veltende på. En av mine pasienter kan tjene som et eksempel. Da han innledet et forhold til en kvinne oppdaget han nye og fremmede sider av seg selv. Han hadde hatt et bilde av seg selv som en mann som var selvstendig og som ikke ble sjalu, og han hadde følt mye stolthet i å være en slik mann. Plutselig fant han seg selv fylt av sjalusi og overveldet av frykt og fantasier om ikke å være bra nok. I relasjonen til kvinnen fikk han kontakt med ukjente deler av sitt eget indre. Det åpnet seg opp nye sider ved ham som han hadde spaltet av og klart å holde på avstand så lenge han hadde levd alene. I kjærlighetsrelasjonen ble de avspalta delene vekket i ham med en voldsom, ukontrollerbar kraft. Ikke bare måtte han ta innover seg nye sider ved seg selv, han ble også sett av kjæresten sin når disse følelsene spilte seg ut mellom dem. Det å bli sett med slike følelser vekket så mye skam og selvforakt, at han var sikker på at hun ville forlate ham. Utfordringen for ham besto i å integrere disse nye sidene; sjalusi, følelse av å være liten osv., og begynne å tenke om seg selv på en ny måte, stole på at han var bra nok også med disse følelsene. Jeg synes pasienten er en illustrasjon på at hvis vi åpner oss opp, vil det også springe frem uventa følelser i oss og dette kan fort skape rystelser i personligheten.

I filmen spiller den gode sanseligheten, kjærligheten og begjæret mot en understrøm av svik, bli sveket og forlatt. Å bli sveket og forlatt er kanskje den vanligste frykten i et kjærlighetsliv. For når vi knytter oss til noen, er det vel bare naturlig at frykten for å miste den man knytter seg til, samtidig dukker opp. Og til denne frykten hører følelsen av ikke å være bra nok og verdiløs for den andre.

Hvordan forholder hovedpersonene i filmen seg til frykten for å bli sveket og forlatt? Tidlig i filmen forteller Chows kollega Ping at han har sett Chows kone med en annen mann. Dette er noe som tydelig opprører Ping, men Chow forklarer det med at det sikkert bare var en venn. Like før har Chow kommet på jobben til sin kone og fått beskjed om at hun nettopp er gått, selv om hun på telefonen sa at hun skulle jobbe sent den dagen. Også da bortforklarer han hendelsen. Det kan virke som Chow holder frykten for å bli sviktet og forlatt på avstand. Han holder følelsene på avstand gjennom en type rasjonalisering. Gjennom å rasjonalisere eller bortforklare, nøytraliserer han situasjonen, og på den måten unngår han å kjenne på de vonde følelsene knyttet til angsten for å bli sveket.

Det hører sammen at når vi knytter vi oss til noen, kommer samtidig frykten for å miste. Vi ser hvor tett evnen til kjærlighet og evnen til å tåle frustrasjon og angst er knyttet sammen. Hvis vi er fylt av frykt for å bli forlatt eller sveket, står denne frykten i veien for evnen til å åpne seg opp og hengi seg. Denne frykten for å miste mestrer vi på ulike måter. Måten Chow håndterer følelsene sine på i filmen ser ut til å virke dødgjørende på relasjonen til Chan. Det samme kan vi ofte se i klinikken: Behovet for å mestre egen angst og bevare selvbildet virker destruktivt på evnen til å strekke seg ut til andre, og ødeleggende for evnen til å gå inn i nære, intime relasjoner.

Inn i det grenseløse og ubegripelige

Det er som om mye av handlingen i *In the Mood for Love* foregår på to tidsplan samtidig. Sentralt her er et rollespill Chow og Chan driver med. På det ene tidsplanet prøver de gjennom rollespillet å forstå hvordan deres respektive ektefeller møttes og hvordan de utviklet en relasjon. De bruker den andre til å spille ut ulike scenarier, og gjennom denne dramatiseringen prøver de å forstå og bearbeide sin egen historie og følelsen av å bli sveket og forlatt, men også å forberede seg på en eventuell konfrontasjon. Samtidig er det en relasjon som er i utvikling mellom Chan og Chow når de driver på med rollespillet. De holder på å utvikle en kjærlighetsrelasjon, og dette vekker frykt i dem begge for å bli forlatt nok en gang. I rollespillet blir disse to tidsplanene – fortid og nåtid – blandet sammen. Det å innlede et forhold og bli forlatt er ikke noe som bare er historie og som har skjedd mellom Chan og hennes mann, og mellom Chow og hans kone, men også noe som holder på å utspille seg i nåtid mellom Chow og Chan.

Når vi ser på en film prøver vi å forstå det som spiller seg ut på lerretet. Vi prøver å forstå gjennom å skape mening. Vi prøver å få ulike biter av filmen til å henge i hop og danne oss et koherent bilde av figurene, relasjonene, og av filmen som helhet. I filmen *In the Mood for Love* er det mye i relasjonen mellom Chan og Chow som er uklart og vanskelig å forstå. For eksempel forblir det i filmen uklart hva som er en bevisst iscenesettelse av det som har skjedd tidligere i Chow og Chans liv, og hva som faktisk utspiller seg mellom dem her og nå. I en scene spør Chan om Chow har en elskerinne. Når hun spør vet vi ikke om det er en del av rollespillet, eller noe hun faktisk er redd for. Først litt senere får vi vite at spørsmålet inngikk i rollespillet. I en annen scene sier Chow til Chan, at han aldri har ment noen ting med relasjonen til henne, at alt bare har vært et spill. Med disse ordene velter hele bildet Chan har hatt av hva som har foregått mellom dem. Det er som om noen av forestillingene hun har hatt om det gode som har utspilt seg mellom dem går i stykker med denne kommentaren. For oss publikum blir det uvisst om denne hendelsen var en del av rollespillet, eller om det faktisk foregikk mellom dem. Mente han det han sa, eller spilte han rollen som mannen til Chan?

I *In the Mood for Love* fremstår kjærligheten og objektet som ugjennomtrengelig, ubegripelig og gåtefull. Denne tematikken står i kontrast til en annen tematikk i filmen som kretser rundt klokken. Klokken har en sentral plass gjennom hele filmen og i en rekke scener fokuserer kameraet på klokken. Den henger blant annet på kontoret der Chan jobber. Klokketid avspeiler tanken om tid som noe kronologisk. Det er tiden som er oppdelt, lineær og som noe som kan måles i henhold til abstrakte kategorier – sekunder er skilt fra minutter, timer er atskilt fra dager osv. Alt i dette systemet er klart og ferdig definert. Alt har sin tydelige plass langs en rett linje, fortid er atskilt fra nåtid som er atskilt fra fremtiden. Systemet er oversiktlig, stabilt og forutsigbart. På mange måter er klokken et symbol på vår rasjonalitet og logikk; det klart definerte, de tydelige kategoriene og det oversiktlige. Klokken er kanskje også et symbol på vår trang til klarhet og oversikt, forstå og finne sammenhenger.

Det er som om Wong Kar-Wai viser at kjærligheten unndrar seg rasjonaliteten og språkets kategorier. Det lar seg ikke gjøre å se til bunns i den, ei heller få en oversikt eller klarhet i den. Han gjør dette ved å vise at en del av det å være i en nær relasjon er å være i en situasjon der den kronologiske tiden oppløser seg, fortid smelter sammen med nåtid, og det blir vanskelig å skille mellom hva som tilhører ens egen historie og hva som tilhører den ytre realitet her og nå. I psykoanalysen vet vi at når vi knytter oss til en annen som i en kjærlighetsrelasjon, blir samtidig tilknytningstema aktivert. Da blir også de dypere og

mer arkaiske lag i oss mobilisert. Vi kan fort komme inn i et mellommenneskelig felt preget av projeksjoner og projektive identifikasjoner. Den andre får så mange ulike roller i vårt indre og vekker så mange ulike følelser og minner i oss, som vi ikke har oversikt over. Vi kan begynne å ta roller som den andre ubevisst tildeler oss og handle ut fra det, og samtidig kan vi ubevisst tildele den andre roller.

I filmen er oppløsningen av den lineære tiden og dette grenseløse, projektive feltet mellom to mennesker tydelig illustrert i rollespillet. Chow og Chan får og tar ulike roller i hverandres tidligere liv. Chan er i filmen både Chan og Chows tidligere kone. Chow er både Chow og Chans tidligere mann. Denne sammenblandingen av mitt og ditt ser vi allerede i starten av filmen. Da Chow og hans kone, og Chan og hennes mann flytter inn i samme oppgang på samme dag, ender det opp i et flyttekaos, der flyttemennene stadig setter Chans ting inn i Chows leilighet og omvendt. Dette flyttekaoset kan være en illustrasjon på det virvar av ubevisste følelser og minner som beveger seg mellom to kropper.

Det er som Wong Kar-Wai viser at i hengivelsen og kjærligheten må vi tåle det ikke å vite; at denne evnen til å være i tilstander hinsides språket, der den lineære tiden og der grensene er vage, er en forutsetning for å kunne hengi seg og åpne seg opp. Går vi til min pasient som jeg nevnte tidligere, var dette noe som var vanskelig for ham. Han fryktet det formløse og flytende inni seg selv. Han klarte i liten grad å være i dette utydelige og ustrukturerte feltet kjærligheten er. I følelsesmylderet og i det formløse, ble en voldsom angst vekket i ham, og han forsøkte å overvinne det ubegripelige med å distansere seg. Han ønsket å være i det som ga han en opplevelse av å være på høyden og forstå. Når han kunne identifisere, kategorisere og navngi med sitt intellekt følte han seg vel.

Chow er kanskje "In the Mood for Love", slik min pasient var. Han savner kjærlighet, men samtidig skaper det å få kontakt med sitt eget indre og være i dette feltet av mellommenneskelighet og utgrunnelighet, bare forvirring og fortvilelse i ham. Chow håndterer forvirringen ved å distansere seg fra Chan. Mot slutten av filmen flytter han til Singapore, og Chan blir igjen i Hong Kong, og relasjonen mellom dem dør ut.

Ønsket om å komme fri

I Singapore sitter Ping og Chow på en kafe og snakker om en gammel kinesisk myte. Hvis du graver et hull i et tre og hvisker dine hemmeligheter inn der og tetter igjen hullet, vil hemmelighetene forbli der for alltid. Deretter er det et kort klipp fra en nyhetssending som omhandler et statsbesøk i Kambodsja.

Deretter ser vi Chow i ruinene i Angkor Vat. I Angkor Vat hvisker han sine hemmeligheter inn i klostermuren og tetter igjen hullet med litt torv. Jeg antar at han prøver å legge igjen sine minner og følelser for Chan i hullet.

I Kambodsja ville Pol Pot viske ut landets historie, nullstille all fortid, og han gikk i gang med et voldsomt folkemord for å få det til. Når klippet fra Kambodsja kommer rett før scenen der Chow hvisker sine minner – og dermed sin historie – inn i klostermuren, er det som om Wong Kar-Wai fremhever destruktiviteten i Chow. Chow synes å bære på et ønske om å komme fri fra det som har vært, på samme måte som Pol Pot ønsket det samme for sitt land. Wong Kar-Wai synes å hevde at ønsket om å komme fri fra fortiden og det som bor i en selv, er en destruktiv illusjon. Denne fantasien om å komme fri er en fornektelse av vår menneskelighet; at vi som mennesker bærer på vår historie, vår individuelle historie fra fødselen av og at vi er en del av en større historie – markert gjennom vårt fornavn som sier noe om vår individualitet og vårt etternavn som sier noe om at vi tilhører en slekt. Vi er laget av vår far og mor som har prentet sine følelser inn i våre kroppar som deres foreldre prentet sine følelser inn i deres kroppar. Vi er født med relasjonelle behov, ja, vi er født med et behov for å elske og bli elsket.

I filmen *In the Mood for Love* viser Wong Kar-Wai at kjærligheten med nødvendighet aktiverer vanskelige følelser i oss og at ønsket om å komme fri fra de vanskelige følelsene antagelig virker destruktivt på kjærlighetsevnen. Sett slik fremstår ønsket om å komme fri ikke som et uttrykk for Eros, men for Thanatos. Det er et ønske som legger seg i krig mot livet i den indre verden og som prøver å fjerne alt det som binder, har mening og vekker følelser. Det er et uttrykk for Thanatos fordi det vender seg aggressivt mot det å være menneske og evnen til å være i livgivende relasjoner til andre og seg selv. Energien rettes mot å overvinne og slippe fri fra seg selv, istedenfor å utvikle en evne til å symbolisere og akseptere og forstå.

Slik jeg ser filmen *In the Mood for Love* forteller den oss at når vi i kjærligheten åpner oss opp er det ikke bare det vakre og vidunderlige som melder seg, men også usikkerheten og sårbarheten; når vi åpner oss opp for begjæret og viljen til å knytte oss, åpner vi samtidig opp for frustrasjon og angst for å miste det gode som er utenfor oss selv; når vi åpner oss opp for den andre, åpner vi samtidig for evnen til å se det uforståelige og uutgrunnelige i den andre, at den vi hengir oss til og elsker samtidig er en person som stadig forandrer seg og som vi aldri helt kan gripe og forstå.

Filmen slutter med filming av stein og ruiner og falmet maling. Alt er hardt og kaldt, tomt og forlatt. Wong Kar-Wai viser et melankolsk landskap der all

kjærlichkeit er tapt. Et indre psykologisk landskap der alle tegn på relasjoner og liv er visket ut, alt er dødt, men i siste sekund av filmen, da musikken slutter, kommer det lyd av et mylder av liv. Det er lyden av sikadesang. Det er som om sikadesangen har vært der hele tiden, men det er først når det blir stille vi kan høre og bli berørt av den. I stillheten kommer vi som publikum i berøring av en ustrukturert kraft. Dette mylderet av sikadesang som liksom kommer ut fra skyggen, er kanskje en hentydning til at i vårt ubevisste ligger kjærlichkeit som en gåtefull menneskelig urkraft. Kjærlichkeit bor alltid som et potensial i vårt ubevisste, men for Chow og Chan i filmen og som for så mange andre, er det vanskelig å åpne opp og forholde seg til den:

Det er den draumen me ber på
at noko vedunderleg skal skje,
at det må skje –
at tidi skal opna seg
at hjarta skal opna seg
at berget skal opna seg
at kjeldor skal springa –
at draumen skal opna seg,
at me ei morgonstund skal glida inn
på ein våg me ikkje har visst um.

Boganmeldelse

Nationalism and the body politic

Lene Auestad (ed): *Nationalism and the body politic. Psychoanalysis and the rise of ethnocentrism and xenophobia*, London: Karnac, 2014, £ 22.19, ISBN: 978-1780491028.

Anmeldt av Svein Haugsgjerd

Denne boken er den andre i en planlagt serie av artikkelsamlinger som springer ut fra konferanseserien "Psychoanalysis and politics", en serie som begynte i 2010. Boken har utgangspunkt i foredrag holdt 25.-27. mars 2011 i Oslo i Norsk Psykoanalytisk Forenings lokaler. Initiativtakeren til konferanseserien er Lene Auestad, norsk filosof ansatt ved Holocaustsentret i Oslo, men siden 2010 bosatt i London. I et intervju bakerst i boken med henne og hennes medansvarlige for konferanseserien, Jonathan Davidoff, forteller hun at hennes interesse for temaet "psykoanalysens relevans for forståelsen av politiske prosesser" ble vekket av hennes mor, psykoanalytiker Anne Marie Auestad. Nic Waal var for øvrig hennes grandtante, og hennes far, Inge Auestad, var en markert politisk engasjert akademiker.

Konferanseserien sprang ut fra en ide innen Nordisk Sommeruniversitet, og er støttet av Nordisk Råd. Den forener forskere fra England, Norden, Baltikum og Sentral-Europa. Den forener også flere psykoanalytiske tradisjoner. I denne boken finner vi arv etter Ferenczi, Hermann, Klein, Winnicott, Bion, Lacan og andre franske psykoanalytikere som Kristeva og Green. Noen bidrag trenger derfor mer introduksjon enn andre.

Julia Borossa (Middlesex University) og Caroline Roney (University of Kent) tar i "Fortress of hypochondria" utgangspunkt i at hypokondri er en tilstand som har mye til felles med paranoia, nemlig at man er på vakt overfor en fryktelig fiende som enten befinner seg inne i egen kropp eller ute i det sosiale feltet. Og hypokondri/paranoia er ikke bare individuelle lidelser,

Dr. Svein Haugsgjerd, spesialist i psykiatri og psykoanalytiker. Pensjonert overlege for psykoterapi-veiledning. Professor II ved Universitetet i Nordland. Hovedvirksomhet: privat praksis, psykoanalyse og psykoterapi. Kontaktadresse: svein.haugsgjerd@gmail.com

de er også mentale tilstander som kan bryte frem på masse-nivå. Mens nazistenes anti-semittisme er et klart eksempel (med fine referanser til Elias Canetti og Vikram Seth) på denne “hypokondriske festningen”, finner man i dag også eksempler på den samme “innkapslingen” eller “bunkersmentaliteten” i israelsk offentlighet. Palestinere omtales iblant som virus eller skadedyr, noe Liat Weingart påpekte i 2004, og fredsaktivisten Neve Gordon har blitt overøst av lignende karakteristikker.

Ferenc Erös’ bidrag, “Budapest, the capital of Hungarians”, drøfter den ekstreme ungarske høyrebevegelsen Jobbik, ut fra deres retorikk, plakater og symboler, og finner en slående likhet med nazistenes slagord og plakatkunst fra 1930-årene. Jobbik er etno-nasjonalistisk, med sterkt hat mot jøder og sigøynere (innvandrere er det nesten ingen av i Ungarn), videre sterkt anti-kommunistisk (nazistenes “jødebolsjevisme”) og motstandere av EU. Fidzes, som har regjeringmakten i Ungarn, er også et nasjonalistisk parti med kritisk holdning til EU. Men Jobbik, som antas å kunne oppnå nærmere 20 % av stemmene i 2014, er langt mer ytterliggående, med uniformer, marsjer og plakater som sammenligner deres motstandere som skadedyr, virus og bakterier.

Lene Auestads bidrag heter “Ide-

alised sameness and orchestrated hatred: extreme and mainstream nationalism in Norway”. Første halvdel fremstiller Marianne Gullestads forskning om (nasjonal) identitet som en imaginær forestilling om en grunnleggende likhet mellom alle som har ett identitetsskapende trekk (nasjonal tilhørighet) felles. Deretter drøfter hun Sigurd Skirbekks bok “Norsk og moderne” (2010), hvor han finner at en sentral norsk verdi er *tillit*. Imidlertid plasserer Skirbekk seg (også) i en tradisjon hvor en verdi som fastslås som identitetsskapende, samtidig markerer at det er noe/noen som ikke deler denne verdien. Den konstituerer dermed et skille mellom *oss og dem*. I andre halvdel gjennomfører hun først en grundig drøfting av Anders Behring Breiviks psykologi i lys av det som er kjent (bl.a. fra hans Manifest, rettssaken og fra Aage Borchgrevinks bok). Denne er etter mitt syn dristig, men overbevisende. Mest bemerkelsesverdig er likevel hennes drøftelse av hvordan masse-morderens verdenssyn, om enn ikke hans handlinger, har blitt mer stuerene i den offentlige debatten etter 2011. Hun våger å kalle Breiviks opprinnelige tilhørighetsparti, Frp for et rasistisk parti, mens norske medier toer sine hender og nøyer seg med betegnelsen høyre-radikalt. For dem som har fulgt partiets utvikling fra star-

ten er det hevet over enhver tvil at motvilje mot “fremmedkulturelle” innvandrere er den ene bærebjelken, mens hat mot alt som smaker av sosialdemokrati, enn si sosialisme (“kulturmarxisme”), er den andre. På samme måten som Enoch Powell i sin tid, vil de sende alle “fremmede” hjem til der de kom fra, og som Margareth Thatcher vil de knuse fagforeningene og privatisere alle fellesskapstjenester.

Szymon Wrybels “Funeral policy: the case of mourning populism in Poland” drøfter hvordan en stor traumatisk hendelse i dag, flyulykken i Smolensk 10. april 2010 hvor president Lech Kaczynski og en rekke andre sentrale politiske og militære ledere omkom, mobiliserer en folkelig stemningsbølge hvor historiske traumer som delingen av Polen på 1700-hundretallet, massakren på intellektuelle i Katynskogen i 1940 og Warszawa-oppstanden i 1944 og temaer fra polsk nasjonalromantikk. Freuds melankoli-forståelse og Ernesto Laclaus populisme-teori flettes inn i hverandre i denne fascinerende analysen.

Den kjente analytiker og gruppeanalytiker Earl Hoppers bidrag heter “The theory of incohesion: Aggregation/Massification as the fourth basic assumption in the unconscious life of groups and group-like social systems.” Som tittelen

viser, argumenterer han for at i grupper, spesielt store grupper, fortjener mangel på gruppesamhold (incohesion) å bli sett på som en “basic assumption” på linje med Bions tre andre: avhengighet, flight-flight og pairing. Polen, “aggregation”, er når hvert enkelt individ er atskilt fra de andre, mens den motsatte polen, “massification” er når individene opptrer som en kaotisk menneskemasse.

Androne Zukauskaitė, filosof fra Vilnius Universitet, har et bidrag som trenger en viss forklaring for alle som ikke er fortrolig med Gilles Deleuze og Felix Guattaris “schizoanalyse”. Den fortjener likevel å bli lest, fordi den tar opp svært aktuelle forhold som vi kjenner igjen fra revolusjonære omveltninger i den arabiske verden og i post-sovjetiske stater. De faktiske begivenhetene hun drøfter er følgende: 13. januar 1991, kort etter Litauens løsrivelse fra Sovjetunionen, gikk mange tusen innbyggere i Vilnius til parlamentsbygningen for å være et levende skjold mot de sovjetiske troppene som truet med å avsette den valgte regjeringen. 16. januar 2009 gikk like mange mennesker, spontant, til angrep på parlamentet for å protestere mot de drastiske lønnskuttene som var påtvunget landet av EU pga. finanskrisen året før. I mai 2010 forsøkte regjeringen å stoppe homoparaden (Pride),

uten å lykkes. 11. Mars 2011, på Litauens uavhengighetsdag ble det gjennomført en nyfascistisk massedemonstrasjon, godkjent av myndighetene, hvor slagordene var "Litauen for litauere" og "Litauen – nasjon, hjemland, rase". Hvordan forstå slike voldsomme svingninger fra frihetslengsel til fordommer og undertrykkelse av seksuelle og etniske minoriteter? Zukauskaitė beskriver folkestemningen i januar 1991 som *før-bevisst* revolusjonær men *ubevisst* reaksjonær. Man ville kaste av seg det russiske despoti, men ønsket seg samtidig tilbake til gamle dagers koder og forbud. Protestene i januar 2009 var derimot båret frem av en *ubevisst* revolusjonær impuls. Det teoretiske begrepsapparatet som brukes er hentet fra Deleuze og Guattaris "Anti-Oedipus" (1972) hvor begrepene "schizofreni" og "paranoia" ikke betegner psykopatologiske tilstander, men derimot to motsatte poler i forhold til den spontane "begjærsproduksjon", forenklet sagt: livsutfoldelse. "Schizofreni" står for den frie, skapende utfoldelse, mens "paranoia" står for tilstivnet rigiditet.

Haakon Flemmen har skrevet en interessant historisk artikkel om et underkommunisert kapittel i idekampen mot nazismen i Norge, nemlig Ingjald Nissens forfatter-skap, spesielt "Psykopatenes dikatur". Nissen var den fremste repre-

sentant for Alfred Adlers analytiske psykologi, med begrepet mindreverdighetskomplekset som det mest kjente elementet.

Jonathan Davidoffs bidrag "The Mexican: phantasy, trauma and history" tar utgangspunkt i Mexicos nasjonalforfatter Octavio Paz' "The labyrinth of solitude" (1960). Han viser hvordan forståelsen av "det mexikanske", knyttet opp til historiske traumer, reelle eller innbilte, er fullt av ambivalens mellom det såre og det barske og usårlige.

Martyn Housden har skrevet en grundig fremstilling av Erich Fromms psykoanalytiske bidrag om spørsmål om krig og fred, idealer som likhet og frihet og hvilke mekanismer som får mennesker til å bli lydige og underkaste seg despotisk herredømme.

Svein Tjeltas bidrag handler om hvordan presset for standardisering av alt mulig er noe som springer ut fra den globaliserte kapitalismens ønske om et panoptisk (altseende) overvåkningsregime. Dette temaet er i ettertid aktualisert ytterligere av Snowdens avsløring av NSAs verdensomspennende overvåknings-system.

Calum Neill er en fast deltaker på disse seminarene, og representerer den lacanianske strømmingen. Hans bidrag: "The evil I retreat from in myself: nationalism and *das Ding*" tar utgangspunkt i teorien om speil-

stadiet og det at identiteten er en ubevisst fantasi om en (illusorisk) koherens. Fantasien handler om at mitt spaltede selv skal bli helt gjennom å smelte sammen med et objekt, som er årsaken til mitt begjær. For at denne fantasien om helhet gjennom sammensmelting med et objekt skal være et stabiliserende moment i mitt liv søker den seg alltid mot et symbolsk (språklig) uttrykk. Men det vil alltid være noe i møtet med den andre (objektet) som unnslipper symbolisering, som ikke lar seg uttrykke i ord. Dette som unnslipper kaller Lacan *Tingen* (*Das Ding*). Dette innebærer at noe inni oss alltid havner på utsiden av oss, som en "ekstimitet" (ikke intimitet). Selvet er derfor, ubevisst, alltid sosialt. I Utkast H (1892) sier Freud at "de paranoide elsker sin vrangforestilling som seg selv." I nasjonalismen elsker vi vår neste (dvs. våre egne landsmenn) på samme måten som vi elsker fantasien om oss selv som koherente. Det er dette vi må innse for å ta etikken i det samfunnsmessige på alvor.

Det siste bidraget i boka, av Margarita Palacios, heter "Between fantasy and melancholia: lack, otherness and violence". Hun har tidligere skrevet om revolusjon og kontrare-

volusjon i Chile. Hun ser at det er to motstridende tradisjoner i den litteraturen som bruker psykoanalyse til å forstå politiske kamper, den ene som fokuserer på fantasi (og dermed på en konstituerende mangel, slik Neills artikkel fremstiller), den andre på forestillingen om et tap som skaper en melankoli. Tap og melankoli har vært et tilbakevendende tema i postkolonial politisk tenkning, med Walter Benjamins begrep "heroisk melankoli" som en historisk referanse. Gjennom drøftelse av Freud, Klein og senere forfattere kommer hun frem til at "melankoli-tradisjonen" kan forenes med "fantasi-tradisjonen" ved at sorgarbeidet ikke lenger gjelder tapet av et konkret objekt, men snarere tapet av den *resten* (*Das Ding*) som unnslipper når den imaginære helheten av subjekt-og-objekt skal uttrykkes i språk.

Som helhet er boken svært interessant og belyser mange aspekter av den ny-nasjonalistiske dreiningen, mer eller mindre ytterliggående, som kjennetegner verden i dag. Tre av bidragene springer ut fra moderne fransk tenkning, og kan være krevende. Men den tålmodige leser vil på den annen side få mye lønn for strevet.