

Indholdsfortegnelse

Line Indrevoll Stänicke & Helge Holgersen	
Redaksjonelt.	248
Lise Kjeldgaard Levinsen & Ask Elklit	
Psykologiske senreaktioner og mestringsstrategier hos overlevende og efterladte fra branden om bord på Scandinavian Star	250
Kjartan Thu	
Jeg vil ikke ha nyanser!	
Fra uformulert erfaring til indre konflikt. Et interpersonlig perspektiv . . .	268
Ida K. Holth & Ole Jacob Madsen	
Behandling på boks – En kasstudie av selvhjelpsverktøyet <i>Psykologisk førstehjelp</i> som normativ diskurs	285
Kristin Mack-Borander & Henrik Kamphus	
Bekymringer og bekjennelser fra en amerikansk psykoanalytiker Intervju med Nancy McWilliams.	304

Boganmeldelse:

Henrik Kamphus: <i>Drøm i våken tilstand</i> af Gunn Helen Kristiansen, Siv Helen Rydheim og Else Merete Thyness (red.).	314
---	-----

Table of contents

Line Indrevoll Stänicke & Helge Holgersen	
Editorial	248
Lise Kjeldgaard Levinsen & Ask Elklit	
Cognitive Sequelae and Coping Strategies in Survivors and Bereaved After The Fire On Board the "Scandinavian Star"	250
Kjartan Thu	
I Don't Want Any Nuances!	
– From Unformulated Experience to Internal Conflict. An Interpersonal Perspective.	268
Ida K. Holth & Ole Jacob Madsen	
Canned Therapy – A Case Study of the Self-Help Toolkit <i>Psykologisk Førstehjelp</i> as a Normative Discourse	285
Kristin Mack-Borander & Henrik Kamphus	
Intervju med Nancy McWilliams.	304

Redaksjonelt

Vi er glade for å presentere årets siste nummer av Matrix – Nordisk tidsskrift for psykoterapi. I dette nummeret omhandles ulike kliniske tilnærminger og teoretiske perspektiv. Vi presenterer tre fagartikler, et intervju og en bokanmeldelse.

I de to første bidragene fremheves hvorledes traumeteori og interpersonlig psykoterapiteori kan muliggjøre forståelse av vanskelige fenomener og prosesser. Lise Kjeldgaard Levinsen og Ask Elklit har skrevet en artikkel om psykologiske senreaksjoner og mestringsstrategier hos personer som har opplevd traume. De har bearbeidet 17 intervjuer med overlevende og etterlatte etter den katastrofale brannen på Scandinavian Star. Ved bruk av kliniske eksempler mener forfatterne å vise nytten av Janoff-Bulmans og Horowitz' teorier for å reflektere traumets kompleksitet. De kliniske eksemplene er sterke vitnebeskrivelser.

I den neste artikkelen skriver Kjartan Thu inngående om en fastlåst terapi-prosess. Artikkelen har en beskrivende tittel; "Jeg vil ikke ha nyanser – Fra uformulert erfaring til indre konflikt. Et interpersonlig perspektiv." Han tar utgangspunkt i kliniske beskrivelser av pasientens vansker, aspekter ved relasjonen mellom pasient og terapeut, samt terapeutens indre opplevelse. Ved bruk av Donnel B. Sterns tenkning belyses klinikk med teori som ikke er så kjent i Skandinavia, men som her blir formidlet på en forståelig og lesverdig måte. Sentrale begrep er "uformulert erfaring" og "dissosiasjon".

I de to neste bidragene drøftes mulige problematiske konsekvenser av naturlige elementer i klinikken – selvhjelpsteknikker og diagnose system. Ida K. Holth og Ole Jacob Madsen har foretatt en kassstudie av det norske selvhjelpsskrinet *Psykologisk førstehjelp* – et kognitivt psykoedukativt program. Verktøyet er fremhevet som meget lovende og nyttig i psykisk helsearbeid med barn og unge. Med et diskursanalytisk utgangspunkt stiller forfatterne spørsmål om hvilke underliggende normer som formidles til barn og unge når prinsipper fra individualpsykologisk praksis tas i bruk som et allment forebyggingsiltak. De mener at det er fare for at selvhjelpsverktøyet indirekte fremmer

en reduksjonistisk forståelse av følelser, et sterkt fokus på følelser som enten positive eller negative, samt et ideal om positiv tenkning og økt selvkontroll.

Deretter følger et intervju av Kristin Mack-Borander og Henrik Kamphus med den amerikanske psykoanalytikeren og forfatteren Nancy McWilliams. Hun er kjent for bøker som *“Psykoanalytisk diagnostikk”* (1994) og *“Psykoanalytisk kasusformulering”* (1999), og som viktig bidragsyter i den psykodynamiske diagnosemanualen PDM (2006). Bøkene er viktige i debatten om diagnostikk generelt, og betydningen og nytten av et psykoanalytisk personlighetsvurdering i psykisk helsevern. Intervjuet omhandler disse temaene, samt hennes tanker om introduksjonen av DSM V.

Helt til slutt har vi en bokanmeldelse skrevet av Henrik Kamphus. Dette er en bokanmeldelse om en spesiell bok der flere forfattere beskriver egne psyko-seerfaringer. Boken er redigert av Gunn Helen Kristiansen, Siv Helen Rydheim og Else Merete Thyness og heter *“Drøm i våken tilstand”*.

Det vil bli endringer i redaksjonen fra neste år. Göran Ahlin slutter som svensk redaktør. Vi er lei oss for å miste Göran. Han har over mange år gjort en stor faglig innsats for Matrix. Hans kompetanse innen gruppeterapi, veiledning, psykoterapi og forskning har vært et uvurderlig tilskudd til redaksjonens faglige kvalitet. Når vi mister Göran så mister vi også en som kjenner en stor del av historien til Matrix.

Det er nå 30 år siden Matrix ble lansert som et tidsskrift med et primært fokus på gruppeterapi. I dag er tidsskriftet en kanal for et bredt spekter av psyko-terapeutiske perspektiv, men med en hovedvekt av psykoanalytisk og psykodynamisk klinikk, teori og forskning. Vi går nå inn i vår siste fase som trykket tidsskrift. Imidlertid arbeider vi for å fortsette som et digitalt tidsskrift hvor det er en enda større mulighet for å distribuere og formidle fagartikler til studenter, klinikere og forskere.

Vi ønsker dere en fredelig jul og et godt nytt år, 2014.

Line Indrevoll Stänicke

Helge Holgersen

Psykologiske senreaktioner og mestringsstrategier hos overlevende og efterladte fra branden om bord på Scandinavian Star

Matrix, 2013; 4, 250-266

Lise Kjeldgaard Levinsen & Ask Elklit

Hvilke basale grundantagelser er aktiverede, når efterladte og overlevende prøver at forstå og rumme alle de følelser og sansninger, der er forbundet med tabet af deres familiemedlemmer i en menneskeskabt katastrofe? De overlevendes og efterladtes reaktioner er i et tidligere arbejde blevet kategoriseret i følgende fem grupper: a) "dødens aftryk", b) tre former for skyld, c) katastrofens kognitive karakter, d) depression og sorg samt e) angst. Baseret på Janoff-Bulmans og Horowitz' teorier, samt bearbejdning af sytten interviews, fremlægges nu en række eksempler, der illustrerer, hvor velegnede de to begrebsrammer er til at reflektere den lidelse og kompleksitet, der afdækkes i de kognitive forestillinger om årsager, skyld og konsekvenser.

Scandinavian Star-katastrofen

Natten mellem den 6. og 7. april 1990 udbrød der brand på passagerfærgen Scandinavian Star, der var på vej fra Oslo til Frederikshavn. Der befandt sig 484 mennesker om bord. Af dem overlevede 325 den voldsomme brand, mens 159 omkom. Blandt de overlevende var 32 danskere, mens 28 danskere mistede livet den nat. Rent menneskeligt betragtet var branden på Scandinavian

*Lise Kjeldgaard Levinsen, PPR, Mariagerfjord Kommune. E-mail: lilev@mariagerfjord.dk
Ask Elklit, Videnscenter for Psykotraumatologi, Syddansk Universitet. E-mail: aelklit@health.sdu.dk*

Star en stor tragedie. I foråret 2013 har en uafhængig ekspertgruppe gennemgået alle dokumenter i sagen og fremlagt stærke indicier for, at branden var påsat og blev vedligeholdt på en meget systematisk måde. Norsk politi genoptager nu sagen for at finde frem til gerningsmændene.

I videnskabeligt perspektiv afgrænses og defineres en katastrofe inden for psykologien ud fra hændelsens størrelse og omfang. En katastrofe rammer og påvirker et stort antal mennesker, giver dønninger langt ud i et samfund og sætter mange af samfundets funktioner på en prøve (Dyregrov, 1994; Berren et al., 1989; Raphael, 1984, 1986; Weisæth, 1993). Således kan branden om bord på Scandinavian Star også betegnes som en uventet, menneskeskabt, centrifugal katastrofe med mange grupper af ofre.

Når en så voldsom hændelse, som en katastrofe er, rammer mennesker, vil det uvægerligt medføre psykiske reaktioner og forandringer. Disse reaktioner rækker langt ud over selve den viktimerende begivenhed, og overordnet skelnes der mellem ofrets umiddelbare og senere reaktioner. De umiddelbare reaktioner refererer til oplevelser i forbindelse med selve katastrofen og det at undslippe den, mens de senere reaktioner omhandler katastrofeoplevelsens virkning på ofret i de efterfølgende dage, uger, måneder og år.

Denne artikel vil beskæftige sig med nogle af de overlevendes og efterladedes senreaktioner og forsøg på mestring efter branden om bord på Scandinavian Star. Baggrunden herfor er sytten strukturerede, båndoptagede interviews med overlevende og efterladede, foretaget halvandet år efter brandkatastrofen af Tine Arctander, der i Røde Kors-regi havde fået iværksat forskellige psykosociale støtteforanstaltninger.

Fem grupper af senreaktioner

De overlevendes og efterladedes psykiske reaktioner på branden om bord på Scandinavian Star rummer både emotionelle og kognitive komponenter. Den første forfatter, Lise Kjeldgaard Levinsen, har tidligere (Olesen, 1995) kategoriseret udtalelserne fra overlevende og efterladede i fem overordnede grupper af senreaktioner: *a) "dødens aftryk", b) tre former for skyld, c) katastrofens kognitive karakter, d) depression og sorg samt e) angst.*

Mange af ofrene er stærkt præget af invaderings- og benægtelsestilstande. De synes rystede i deres verdens- og selvopfattelse, og de kæmper med skyldfølelse. Desuden er de deprimerede, fulde af sorg og forekommer angste.

Vi vil nu undersøge og diskutere en gruppe af senreaktioner, der synes at afspejle katastrofens disintegrerende virkning på ofrets repræsentationelle ver-

den, og ofrets forsøg på atter at kende og forstå verden omkring sig. I bestræbelsen på at opnå en forståelse af ofrenes udtalelser inddrages Ronnie Janoff-Bulmans gennemarbejdede teori om ofrets rystede verdens- og selvopfattelse som følge af viktimering, samt Mardi Horowitz' vigtige fokus på to alternerende tilstande af invadering og benægtelse af den katastrofale oplevelse.

Rystede antagelser og mestringsstrategier

Janoff-Bulmans (1992) teori om den psykiske dis- og reintegration efter en katastrofe tager afsæt i en forståelse af katastrofens indvirkning på ofrets mest abstrakte og generaliserbare skemaer, der i hendes terminologi benævner de basale antagelser om verden og selvet – og forholdet derimellem. De tre centrale antagelser konceptualiseres som: *Verden er god, verden er meningsfuld og forståelig, og jeg har værdi.*

Disse overlappende antagelser danner kernen i individets repræsentationelle verden, og deres genese skal søges i barnets tidligste erfaringer med vigtige andre. Hvis barnet oplever en tilstrækkelig og god nok interaktion med en vigtig anden, vil det som følge deraf udvikle basale antagelser om sig selv og verden, der vil opleves positivt og være forbundet med positive og rare følelser. Det vil forsyne barnet med tryghed og en følelse af usårlighed, der som en dyb og basal fornemmelse tages med ud i verden og ind i voksenlivet. Janoff-Bulman (ibid.) betegner denne usårlighedsfølelse som en dyrebar illusion, der ikke almindeligvis trues af fx ny lærdom, erfaring og udvikling.

Derimod vil oplevelser i forbindelse med en katastrofe som oftest anfægte og påvirke et individs selv- og verdensopfattelse. Ofrets basale antagelser overvældes af nye og skræmmende indtryk, og det pågældende offer står totalt uforberedt over for katastrofen. Line (der er benyttet opdigtede navne), der overlevede branden, udtrykker det således: *“Ved sådan en katastrofe, der får man så mange nye indtryk, negative indtryk, ind i hovedet, at det simpelthen skulle have været fordelt over et år, så kunne det være, at man havde kunnet rumme det. Det kan man ikke.”*

I kølvandet på katastrofen følger således en angstfuld og utryg konceptuel disintegration. Der opstår så at sige et skisma mellem ofrets ikke-bevidste prætraumeantagelser og de nye, overvældende og dominerende katastrofeindtryk.

Janoff-Bulman (1988) inddeler de tre basale antagelser om verden og selvet i yderligere otte delantagelser. Den første antagelse om, at verden på et abstrakt plan er et godt sted, refererer således både til *individets opfattelse af andre men-*

nesker og til begivenheder i verden. En efterladt mor, Anna, synes ramt på sin usårlighedsfølelse og på antagelsen om den gode verden: *“Jeg har aldrig drømt om, at det kunne ske ... Det har været et chok for mig at få døden så tæt ind på livet ... Du tror ikke, at det er sandt, det kan ikke være rigtigt, det er ikke dig. Du tror altid, at det er naboen, du tror ikke, at det er dig selv, det rammer ... Det går jo op for dig på et tidspunkt, at det er sandt.”*

Lotte, der ligeledes blev efterladt som følge af katastrofen, udtaler: *“Det er blevet anderledes på den måde, at før der tænkte jeg, at det er usandsynligt, at det sker og i dag der tænker jeg, nåjah, det er meget sandsynligt, det sker jo, det kan ske. Det er ikke så fjernt for mig, som det var før ... Det er ligesom ikke nogen selvfølge, at fordi jeg har to børn, at jeg ligesom får lov til at beholde dem resten af livet, det er ikke en selvfølge. Og det er så bare det, man skal passe på, at det ikke ligesom overskygger det hele, at man bliver sortseer, og siger: “Det sker garanteret igen”.*

Jan overlevede branden og forsøgte at hjælpe andre ombordværende. Han synes skuffet, desillusioneret og ramt på sin opfattelse af andre menneskers godhed, hjælpsomhed og omsorg, hvilket bl.a. fremgår af denne udtalelse: *“Der var så mange, der bare gik forbi dem, der var så mange, der bare lod som ingenting, der var så mange, der havde nok i sig selv ... Hvorfor er folk så ligeglade, hvorfor fanden går de bare forbi, hvorfor gør de ikke noget?”*

Skuffelse og efterfølgende vrede og bitterhed synes også fremherskende hos en anden overlevende, Carsten: *“Jeg var så totalt skuffet som menneske ... Jeg er blevet mere samfundsfjendsk, og jeg er bedøvende ligeglad med, om skattevæsnet fx kommer og siger, at jeg skylder i skat. De kan komme og hente, hvad de vil, jeg er sgu' ligeglad ... Jeg vil ikke behandles på den måde ... Min autoritetstro er røget helt.”*

Den anden overordnede opfattelse af en meningsfuld verden udgøres af tre antagelser, der alle relaterer til individets forståelse af årsagssammenhæng. De konceptualiseres som en antagelse om *retfærdighed* og *fortjeneste*, en antagelse om at kunne *kontrollere udfald* og en antagelse om *tilfældighed*. Ikke-antastede antagelser om retfærdighed og kontrol vil som oftest give individet en tryk fornemmelse af verden som et forståeligt og retfærdigt sted.

Scandinavian Star-katastrofen har sat sit tydelige præg på ofrenes antagelser om en meningsfuld verden, og denne katastrofes væsen synes netop at ramme ind i ofrenes forståelse af livet og dets “spilleregler” snarere end i ofrenes selvopfattelse og -forståelse. Ofrenes synes at have mødt tilfældigheden som en dimension ved livet: Line: *“Den meningsløshed, det er mere det, det er ikke katastrofen i sig selv (der fylder).”* Troels: *“Man kan hurtigt komme ud for noget, hvor man ikke ved, hvad der sker. Pludseligt så sker det ... Jeg tror, at jeg bliver mere ratio-*

nel af det, for hvis du ikke kan vide, hvad der sker, så kan du lige så godt være forberedt på, hvad der end sker." Christina: "Jeg har fået et andet valgsprog. Nu tager vi en tur til udlandet, og så siger jeg bare, at det skal være nu, for det er ikke sikkert, at der kommer en anden dag ... Der er ingen, der ved, om vi er her i morgen. Det har jeg altså fået en anden indstilling til." Karen: "Førhen tænkte man jo, at det er ikke mig, men naboen, hvis det er. Det gør man ikke efter det her, der ved man, at det kan ske for én selv." Carsten: "Men lige pludseligt er livet blevet kort. Jeg er blevet realistisk ... Det er kommet bag på mig, så hurtigt det kan ende."

En efterladt far, Erik, er blevet meget bange for at miste andre i sin familie og tænker ofte på det: "For nu er man da blevet mindet om, hvor hurtigt det kan ske." Oplevelsen af bl.a. katastrofens tilfældighed og pludselighed synes at have øget Eriks bekymring for sine nærmeste: "Det hele kører videre, og det skal køre videre, og man kan jo ikke låse folk inde, og sige, at nu skal du blive her."

Den tredje overordnede antagelse refererer til en overordnet selvevaluering. Som oftest opfatter vi os selv som gode, begavede og moralske individer (Janoff-Bulman, 1992). Antagelsen udgøres af tre delantagelser, der relaterer sig til de netop omtalte vurderinger af årsagssammenhæng. Individets tro på eget selvværd knytter således an til en *vurdering af egen karakter*, mens antagelsen om selvkontrol afspejler *vurderingen af egen adfærd*. Den tredje dimension herindenfor refererer til *held*, altså hvorvidt individet opfatter sig selv som en heldig eller en uheldig person. Hvis tilfældighed opleves som rådende i verden, vil den illusoriske selvpfattelse af at være en heldig person til en vis grad eliminere truslen om tilfældige, negative hændelser (Janoff-Bulman, 1988). Christina fortæller: "Inden da kan jeg da godt sige, at jeg sommetider har tænkt indvendigt, at det kan ikke være rigtigt, at du er altid heldig, du har bare været et ualmindeligt heldigt menneske." Almindeligvis opfatter vi vores verden som god og meningsfuld og os selv som værdige mennesker. Den posttraumatiske, konceptuelle disintegration efterlader imidlertid ofret i en svær position, hvor kerne i mestringsprocessen efter katastrofen er opbyggelsen af nye skemaer om verden og sig selv, der både kan rumme den desillusionerende viktimiteringsoplevelse og samtidig give plads til genoprettelsen af en basal tillid til verden, andre mennesker og én selv. Dertil benytter ofret sig af tre overordnede strategier, der alle kan revurdere katastrofeoplevelsen og dens følger og således give ofret mulighed for at akkommodere de smertelige erfaringer samtidig med, at vedkommende på ny kan finde godhed, mening og selvværd.

Den første strategi refererer til *sociale sammenligningsprocesser*, hvor ofret sammenligner sig med andre virkelige og hypotetiske ofre. Det er her en væ-

sentlig pointe, at ofret som regel sammenligner sig med andre, der opleves som værre stillede, og at det pågældende offer selv (ubevidst) vælger sit sammenligningsgrundlag (Taylor, 1983; Taylor, Wood & Lichtman, 1983): *“The comparison is with a worse scenario that is conjured up in one’s mind; compared to what could have happened, the victim feels somewhat reassured”* (Janoff-Bulman, 1992, s. 121).

Tankerne om, at “det kunne være værre”, forsyner således ofret med en vis tryghed, og verden kan da stadigvæk opleves som relativt god. Derudover kan ofret ved en sådan sammenligning opleve at klare sig godt, situationen taget i betragtning, hvilket understøtter ofrets ellers dalende selvværdsfølelse (Janoff-Bulman, 1992; Taylor et al., 1983). Måske er det noget af det, Lotte refererer til, når hun siger: *“Der er så mange mennesker hver eneste evige dag, som oplever det samme, og det minder mig om at acceptere, at de ting er en del af livet, og at det må man leve med, og jeg er ikke den eneste, vel? Der er mange mennesker, der oplever sorg, og det trøster mig på en eller anden led.”*

Den af Janoff-Bulman beskrevne sammenligningsstrategi synes i øvrigt ikke at blive anvendt meget af ofrene for Scandinavian Star. Men en pointe kan her være, at de danske ofre for katastrofen har stået meget alene med deres tragedie i forhold til de norske ofre, der har haft mulighed for at støtte sig til hinanden, hvilket betyder, at grundlaget for en sammenligning ikke har været til stede for de danske ofre.

Janoff-Bulmans anden mestringsstrategi refererer til *skyld og selvbeprejdelser*. Mange af de overlevende og efterladte synes at kæmpe med og lide under forskellige former for skyld, såsom overlevelsesskyld, eksistentiel skyld og “undladdelsesskyld” (Olesen, 1995). Det forekommer meget smertefuldt og svært for de overlevende og efterladte at mærke disse forskellige former for skyld, og ofrene synes ofte at forsvare sig ved hjælp af psykisk følelseløshed og således fornægte skylden. Men skyld og selvbeprejdelser kan også have en væsentlig psykologisk funktion, hvilket kan være en del af forklaringen på, at ofrene føler sig skyldige, selv om de principielt og reelt er uskyldige i katastrofen og dens ødelæggende effekt.

Ifølge Janoff-Bulman (1992) kan selvbeprejdelser således afspejle ofrets forsøg på at forstå viktimiseringen og retter sig især mod et behov for at fastholde eller genopbygge den basale antagelse om en meningsfuld verden. Her forsøger ofret at fortolke katastrofen og tillægge den en årsag og forklaring. Ofret kan, ved at tillægge sig selv andel og skyld i den tragiske hændelse, mindske truslen mod sin egen prætraumeopfattelse af sig selv og verden (Janoff-Bulman, 1988).

Det er her væsentligt at sondre mellem to typer af selvbebrejdelser: De adfærdsmæssige og de karakterologiske. De *adfærdsmæssige selvbebrejdelser* indeholder kontrolrelaterede attributioner, fokuserer på ofrets egen adfærd i katastrofen og er fremtidsorienterede: *“There is something one could have done differently to have altered the outcome”* (Janoff-Bulman, 1992, s. 126). Ofret gør her op med fortidens unladelsessynder og handlinger. Han eller hun retter sin opmærksomhed mod fremtiden og mod at undgå ny viktimisering – og opnår således igen en følelse af kontrol. De *karakterologiske selvbebrejdelser* relaterer derimod til træk ved personligheden og afspejler ofrets (ned)vurdering af sig selv. Derved er denne type selvbebrejdelser af mere global og nutidig karakter. Line bebrejder sig selv: *“... at man er så autoritetstro, at man tror, at selvfølgelig er det i orden ... Man skal lige huske selv at tjekke tingene også.”* Og videre: *“Det synes jeg altid, at jeg har gjort (tjekket sikkerhedsforanstaltninger fremmede steder), men åbenbart ikke godt nok ... Havde man tænkt sig om, så vidste man godt, altså at selve skibet, det så ikke for godt ud.”*

I Lines udsagn synes der at være en overvægt af karakterologiske selvbebrejdelser, da autoritetstro og “skødeløshed” i vores øjne afspejler kvaliteter ved personligheden. Hvilken af de to typer forklaringer, ofret benytter, har betydning for hans eller hendes efterfølgende reaktioner. Selvbebrejdelsernes adaptive mestringsfunktion ligger i ikke at benytte sig af karakterologiske, selvnedvurderende bebrejdelser (Janoff-Bulman, 1979, 1992).

Ud over sammenligningsprocesser og selvbebrejdelser kan ofret revurdere sin katastrofeoplevelse ved at tillægge den *positiv betydning og mening* (Janoff-Bulman, 1988; 1992; Taylor, 1983; Taylor et al., 1983). Denne tredje strategi opstår relativt senere i mestringsprocessen og knytter primært an til genopbygningen af antagelsen om en meningsfuld verden, men tjener samtidig også selvværdsfølelsen og oplevelsen af en god verden. Ofret er især optaget af at finde et formål med sin viktimisering, der netop kan understøtte skabelsen af en dybere mening med katastrofen.

Denne “positive” refortolkning af katastrofen afspejles ofte i to former for attributioner, hvor den første har at gøre med, hvad *ofret har lært om livet og sig selv* som følge af katastrofen. Det er et fåtal af ofre, der på båndene overhovedet har overvejet deres viktimisering i et positivt lys: Lotte: *“Smerte er blevet sådan en integreret del af mig. Samtidig er jeg også blevet gladere for livet, men jeg lever alligevel med den smerte og det savn hele tiden.”* Dorte: *“Jeg har fundet andre sider af mig selv, som jeg egentligt ikke vidste, jeg havde ... Jeg kan mere, end jeg egentligt regnede med, at jeg kunne.”* Anna: *“Det er her og nu, forstår du, og det er os, det drejer sig om, hvis vi skal have et godt liv sammen de år, som vi har tilbage.”*

Det har vi nok fået øjnene op for. Nogle værdier, som vi måske ikke så før i vores hverdag, som vi ser nu ... Jeg prioriterer nogle andre ting, jeg gør kun det, jeg har det godt med. Jeg gør ikke mere noget, fordi jeg ikke kan være andet bekendt. Det har jeg gjort hele mit liv og det gør jeg ikke mere."

De få positive elementer i katastrofens dønninger synes således meget dyrekøbte. Mange af ofrene har tænkt over "Hvorfor?", hvilket afspejles i udtalelser om troen på noget større end livet eller mangelen på samme. Gerda kan ikke finde nogen mening med, at hun skulle miste sin datter ved katastrofen, og svarer på spørgsmålet, om hun har en tro: *"Jeg må sige det sådan, at det har jeg vel nok. Men den har altså været sat på prøve. Jeg synes nu ikke, at Han kan være der, når Han tillader sådan noget ... Det siger mig altså ikke helt så meget lige nu (at gå i kirke) ... Jeg ved ikke, hvor min tro er henne ... Jeg ville nu gerne, at jeg kunne tro hårdt. Jeg vil hellere gå en tur ude ved havet og tænke på hende."* Men samtidig har Gerda dannet sig en form for mening i meningsløsheden: *"Min tro er der alligevel. Jeg ved, at hun kan se os. Hvis vi ikke har det godt, og det kun var hendes mening, at vi skulle have det godt ... Vi siger tit til hinanden, at vi er nødt til at gøre det her, for det ville hun ikke synes om, hvis vi ikke gjorde."* Erik mistede sin datter: *"Min tro er ikke blevet meget bedre, i hvert fald ... Jeg har aldrig gået så lidt i kirke, som jeg har gjort det sidste halvandet år ... Jeg kan ikke rigtigt se nogen mening med det."* Christina mistede et nært familiemedlem og har sidenhen tænkt over, om den afdøde, hun selv og familien måske er blevet skånet for "noget værre", da den afdøde skulle have været igennem en stor operation. Den kristne tro giver Anna en form for mening med tragedien og et håb: *"Jeg har fundet ud af så mange ting, som jeg tror har været forvarsler om mine børns død, som jeg bare ikke har forstået. Blandt andet noget med, at jeg sidder en hel formiddag og spiller på vores flygel nede i kælderens ... Men menneskehjernen har bare ikke kunnet forstå det før bagefter ... Jeg tror også på, at jeg skal se dem engang igen ... Det er det, jeg lever mit liv på. Hvis jeg ikke havde nogen tro, så kunne jeg ikke leve videre ... den er blevet forstærket."* Kristian er ligeledes blevet mere troende efter katastrofen: *"Hvis man ingen tro havde, så havde man jo ikke noget at trøste sig med. Det er jo et håb."*

Den anden form for forståelse af viktimiseringen relaterer til dens "fordel" for andre mennesker, hvor katastrofen her tillægges en *altruistisk dimension*. Flere overlevende og efterladte udtaler på båndene, at katastrofen ikke må være sket forgæves, og at de i det mindste håber, at deres oplevelser kan føre til, at fx sikkerhedskravene på passagerfærger bliver skærpede, hvilket bl.a. kan forstås som et ønske om at "gøre noget" for de døde og for fremtidige passagerers sikkerhed. Følgende udsagn fra Karen synes ligeledes at rumme såvel næstekær-

lighed som vrede og magtesløshed: *“De har begået en forbrydelse, som jeg synes, at de skal straffes for. Man er nok alligevel lidt hævngherrig; det kan ikke være rigtigt. Det er også ligesom, man tænker, at hvis de ikke får en straf for det, jamen, så sker det hele igen.”* En anden efterladt forælder, Anna, siger: *“Jeg var bange for, at det skulle løbe ud i sandet, og at mine børns død havde været forgæves, fordi som man ser store katastrofer, så ender det bare med ingenting, og pludselig så er det hele glemt, og der er ikke sket noget. For mig er det ikke et spørgsmål om, hvor meget de mennesker, som har et ansvar for ulykken, skal straffes og ikke straffes, men jeg vil have, at der skal stå sort på hvidt i avisen, at den og den har ansvaret for den ulykke, der er sket... Så har mine børns død måske ikke været helt forgæves. Ellers synes jeg, at de er døde forgæves, for ingenting.”* Line overlevede branden: *“Jeg vil være sikker på, at der sker noget ved det. At det ikke bare bliver glemt.”*

Til trods for en form for meningsdannelse og en mulighed for en mere nuanceret opfattelse af sig selv og verden er det vores klare indtryk, at alle de interviewede ofre for Scandinavian Star hellere end gerne ville have været deres viktimisering foruden, samt at mange, som nævnt, ikke formår at skabe sig en mening med den megen smerte og uhyrlighed (jf. også Silver, Boon & Stones, 1983; Wortman & Silver, 1991). Her er blot et par eksempler: Kristian: *“I hvert fald konstaterer jeg, at jeg er mindre glad, end jeg var før. Jeg har svært ved at more mig og har vel også svært ved at acceptere, at andre morer sig ... Det er alle de dårlige sider, der tager overhånd. Man føler, at man har fået en tung rygsæk at bære på resten af livet.”* Dorte: *“Jeg kommer aldrig over det, det gør jeg ikke.”* Knud: *“Tilværelsen bliver aldrig den samme, heller ikke når jeg bliver firs.”* Carsten: *“Hvor jeg førhen gik op i de store ting, der går jeg nu op i de små ting ... De store løsninger og armbevægelers epoke er slut med ulykken ... Jeg lever mere i et vakuum, og jeg er forberedt på, og det skulle ikke undre mig, om der sker noget åndssvagt, yderligere. Men så er der ikke noget at gøre ved det. Et ordentligt vakuum.”*

Ved hjælp af de af Janoff-Bulman beskrevne mestringsstrategier kan katastrofen for nogle ofre refortolkes, hvorved skismaet mellem den gamle og den nye model af verden mindskes, og den kognitive rekonstruktion lettes. I ofrets forsøg på at integrere katastrofeoplevelsen findes der en anden, væsentlig kategori af mestringsprocesser, nemlig de invaderende og benægtende tilstande, der er beskrevet af Mardi Horowitz.

Invadering og benægtelse

De invaderende og benægtende processer skal ses i lyset af den pludselige og overvældende kognitive og emotionelle uligevægt, som ofret befinder sig i ef-

ter en katastrofe, og som er en følge af de rystede, overordnede skemaer og misforholdet mellem disse og katastrofeindtrykkene. De to automatiske processer kan således betragtes som adaptive i forhold til ofrets følelsesmæssige og kognitive restituering på sigt, da de netop modificerer og pacer ofrets kognitive bearbejdning, så den indre krise hele tiden kan holdes på en tolerabel tærskel i modsætning til, hvis katastrofen og dens fatale følger overvælder ofret på én gang: *“Victims alternate between the need to approach the trauma and to avoid it, to confront their experience and protect themselves from it” (Janoff-Bulman, 1992, s. 95).*

På trods af de to modsatrettede processers samhørighed vil vi kort beskrive dem hver for sig.

Den *invaderende* tilstand karakteriseres af ufrivillige, automatiske genoplevelser af aspekter ved den traumatiske situation, typisk i form af billeder og tanker (Horowitz, 1986). Samtidig vil ofret som oftest opleve angst og andre stærke og fortvivlende følelser, der relaterer til katastrofens indtryk. Jan overlevede branden: *“Hun lå med sine bedende øjne og kikkede på mig ... Jeg tog et af lagnerne og lagde over deres ansigter ... De havde jo helt vildt åbne øjne begge to, og det her skin fra flammerne, det fik de her øjne til at gnistre på en eller anden varm måde, ligesom at de var helt vågne og bare kiggede op på mig... Det var, som om de bad om hjælp, altså den måde øjnene kikkede på, og så i det skær dér. Det er sådan set de billeder, der svinger frem i følelsesregistret. De er næsten lige så stærke, de ting der kommer frem der... måske ikke lige så stærke (som for halvandet år siden), men hvis de dukker op i hovedet på mig, og kører lidt tilbage, så kommer de frem lige så stærkt ... Det gør de næsten hver dag ... I den forbindelse her, at fx du har ringet om det her interview, da har det kørt lidt stærkt igen, frem og tilbage, og mere, måske, end for et halvt år siden.”*

De invaderende, repetitive processer kan fylde ofret i både vågen og sovende tilstand, og symptomer herpå kan vise sig som fx overopmærksomhed, søvnproblemer og intens psykisk stress ved oplevelser, der minder om eller symboliserer katastrofen (Horowitz, 1986). Elin, der mistede sin mand og en anden nær slægtning, fortæller: *“Hvis ungerne bare er ude at cykle en tur, og de ikke lige præcis er hjemme til den tid, de har sagt, så kan jeg godt blive ængstelig. Også fordi jeg pylrer lidt mere om dem nu, tror jeg ... Jeg har nogle gange taget mig selv i at sige nej til noget, som de egentligt godt kunne have gået til, fordi jeg selv har været bange for, at der måske skete noget alligevel.”* Jan synes ligeledes at være blevet mere påpasselig, ængstelig og på vagt både over for andre mennesker og måske også

over for sine egne, svære indtryk og følelser: *“Jeg snakker nok lidt mindre ... Jeg kan godt snakke om selve ulykken med andre, hvis nogen spørger mig om noget, så snakker jeg med dem om det. Men jeg går ikke sådan i følelsesmæssige detaljer med mig selv direkte, vel? Folk siger som regel: “Det må have været svært, det må have været vanskeligt,” og så siger jeg, at det har da været hårdt og sådan, men det bliver ikke uddybet mere ... Jeg holder dem (følelserne) for mig selv ... Jeg er nok blevet mere påpasselig med, hvem jeg snakker med om sådan nogle ting. Det er, ligesom at jeg ikke vil belaste andre med de ting ... Jeg har den følelse, at enhver har nok i sig selv, mere eller mindre ... Og det er forstærket i dag ... Det er en lille smule negativt for mig ... Jeg er nok blevet mere glemsom ... Jeg er blevet mere utryg over for andre, fx i trafikken. Jeg er blevet mere opmærksom. Jeg synes, at der er mange, der kører og fjoller ... Det irriterer mig.”*

Ligeledes kan ofrene opleve pseudohallucinationer, der i deres tilsyneladende virkelighed kan sætte ofret tilbage til katastrofesituationen og vække angst. Således udtaler Carsten, der overlevede katastrofen: *“Jeg sov jo ikke i mange, mange, mange dage, og når jeg sov, så sov jeg alligevel ikke, for jeg fulgte med i alt, hvad der skete omkring mig, og jeg hørte alt. Jeg så faktisk alt, følte jeg. Jeg sov med åbne øjne ... Bare en lyd i haven, eller et træ eller noget. Jeg kunne lugte, når de havde noget i pejsen derovre, også når de ikke havde det. Der kunne jeg lugte deres røg. Vi ligger altid med åbent vindue ... så var jeg oppe og kikke, og der var ikke noget at se, og der lugtede heller ikke, men det var der altså.”* Elin: *“Jeg var ude for en oplevelse en lille uges tid efter begravelsen, hvor jeg vågner om natten ved, at de stod og kaldte på mig. Jeg så ikke noget, altså, men jeg hørte lige så tydeligt deres stemmer. Så jeg tror på, at der er et eller andet. De har ligesom villet fortælle mig, at de stadigvæk var et eller andet sted ... Jeg har ligesom hørt fra dem efter (katastrofen).”*

De invaderende processers adaptive formål skal som nævnt betragtes i sammenhæng med de *benægtende* processer, der så at sige tager over, og således danner modvægt, når billeder, indtryk og følelser bliver for uudholdelige for den pågældende. Benægtelse refererer til undgåelse af fx tanker, billeder og indtryk forbundet med katastrofen, ligesom begrebet også afspejler en emotionel følelsesløshed, hvorved ofret afskæres fra at føle de svære følelser, der relaterer til katastrofen: *“Numbness is not simply an absence of emotions; it is a sense of being “benumbed”. The individual may actually feel surrounded by a layer of insulation” (Horowitz, 1986, s. 243).*

Den kognitive og emotionelle benægtelse kan komme til udtryk ved fx en sløring af ofrets opfattelsesevne, søvnproblemer, hukommelsestab og psykisk og fysisk tilbagetrækning fra verden (Horowitz, 1986): Line: *“Jeg er nok blevet*

mindre talende ... Til daglig tænker jeg ikke over det, men jeg kan da godt finde på at ligge vågen om natten, hvis jeg kommer til at spekulere ... Det er altid i den ulvetime dér... Det er da ikke mere end måske en time eller halvanden, så kan jeg godt finde på at falde i søvn igen ... Jeg orker ingenting. Jeg orker ikke at springe ud i noget nyt.”

Carsten: “Min kone vil gerne diskutere, men hun skal trække det ud af mig... Jeg er blevet meget tungere at danse med siden. Det har ændret sig i negativ retning ... Jeg er blevet mindre talende, jeg blander mig overhovedet ikke særligt frivilligt mere ... Jeg er blevet mere ligeglad, uinteressert.”

Jan: “Nogle gange har jeg tanken om at føle mig fremmed. Det dukker altså op i mig, hvor jeg sommetider føler, at vi kan være fremmede overfor hinanden. Jeg synes, at der kommer mange pauser, hvor vi bare kikker på hinanden efterhånden og ikke siger så meget. Før synes jeg selv, at jeg var mere impulsiv med at udtrykke mig med det samme. Dér føler jeg nogle gange, at jeg holder nok lidt igen selv ... Jeg har i hvert fald en følelse af, at efter det her, der er der sket lidt fremmede ting, altså at man er en lille smule fremmed over for hinanden ... Jeg tænker mere over tingene, førend jeg handler, kan man så sige ... Nogle gange tænker jeg lidt for længe, og det ville jeg ikke have gjort før i tiden.”

Elin: “Jeg føler mig forvirret – mindre modig og mere forsigtig.”

Kamilla overlevede branden: “Dét, at jeg har fået lov at gå hjemme, har hjulpet mig mest. Jeg tror ikke på den dér myte om, at man skal ud så hurtigt som muligt mellem en masse mennesker – det tror jeg altså ikke på. Det, der også gjorde godt, var, at jeg kom til I (et andet land) i tre måneder, og at der gik seks måneder efter katastrofen, før jeg tog af sted. Det gjorde rigtigt godt.”

Anna: “Lige da ulykken sker, der har jeg godt nok et andet behov, fordi dér har jeg egentlig mest lyst til at lukke mig inde her og lukke mine døre og så faktisk lukke mig ude fra hele verden ... Det holdt sig nok kun til dagen efter, så strømmede vennerne ind ... Men til sidst, da kunne jeg bare ikke klare det ... at jeg aldrig havde fred, nat og dag ... Det første halve år, dér følte jeg, at jeg var alene i verden med min sorg, helt alene i verden. Jeg var helt alene, syntes jeg, på en øde ø.”

Anna er måske til dels blevet “følelsesløs” som følge af sit tab: “Der er ikke noget i dag, der kan vælte mig eller kan røre mig ... Jeg er nok blevet hærdet af sorgen ... Det er jeg hudløs over for (fx venner, der skuffer); det rører mig langsomt. Der er ikke nogen, der kan såre mig på nogen punkter. Jeg er bare blevet stærk ... Jeg kan ikke interessere mig så meget for det (de nære omgivers sorger) mere, fordi jeg har egentlig nok at gøre med mig eget, helt ærligt.”

Benægtelse afspejler aspekter af såvel ubevidst som bevidst kvalitet. Således kan ofret i nogle situationer fx aktivt styre sine tanker og tvinge sig selv til ikke at huske eller til at undgå situationer, der relaterer til katastrofen (Janoff-Bulman, 1992; Roth & Cohen, 1986). Følgende udsagn fra Ulla og Lotte, der er efterladte, kan være eksempler på undgåelse i en eller anden form (her bliver de

interviewede spurgt, om det har været vigtigt for dem at følge med i pressens behandling af katastrofens årsag og i søforklaringen). Ulla: *“Ikke specielt, det synes jeg ikke. Sommetider, hvis jeg ikke synes, at jeg har det så godt, og hvis der så står noget, så springer jeg over.”* Lotte: *“Det har ikke været vigtigt. Jeg har set det, men det har været mig ligegyldigt.”* Også Kamilla synes at have behov for at få katastrofen på afstand: *“Jeg synes, at jeg er ved at brække mig over at læse det. Før læste og slugte jeg simpelthen det hele. Der læste jeg alt vedrørende katastrofen ... Men den dag i dag, nu er det ikke så længe siden, hvor der bl.a. var en artikel ... og der stod også et eller andet om Scandinavian Star, og det gad jeg simpelthen ikke at læse. Jeg synes bare, at det er det samme lort, de bliver ved med at rive op i, så det gad jeg ikke. Jeg læste bare lige nogle få linjer, og så smed jeg avisen ... Det bliver opblæst, det bliver sådan pustet op, synes jeg. Det var sådan noget stort, farligt noget ... Jeg husker det ikke som en speciel følelse, altså den følelse jeg havde, når jeg sådan læste avisen.”*

På den anden side vil den benægtende, følelsesløse tilstand også automatisk indfinde sig, når organismen har behov for stabilitet og hvile, om end blot for en tid, fra de overvældende indtryk og den kognitive disorganisering (Horowitz, 1980, 1985, 1986; Janoff-Bulman, 1992; Roth & Cohen, 1986).

Som allerede nævnt er vekslingen mellem de to basale tilstande motiveret af et behov for at beskytte sig selv mod katastrofens overvældende indtryk, samtidig med, at ofret er drevet af et ydre behov for at få gennemarbejdet de katastrofale indtryk og således tilpasse de basale skemaer til et nyt selv- og verdensbillede (Roth & Cohen, 1986). Her taler Horowitz (1986) om en *“completion tendency”*. Katastrofens mange indtryk er således *“lagret”* i hukommelsen på en særlig aktiv måde, og bevægelsen mod integration af katastrofen vil kontinuerligt trænge sig på i ofrets bevidsthed i form af indtryk og følelser forbundet med katastrofen. Karen mistede sin mand på Scandinavian Star, og følgende udtalelse kan være et eksempel på katastrofeindtrykkenes aktive kodning i de psykiske strukturer: *“Jeg havde en grim oplevelse. Vi var i Z (bynavn), og da vi sejlede dér, da gik sirenen lige pludselig i gang, dengang vi lagde ind til kajen. Da gik der altså panik i mig. Jeg røg op, og jeg drøned ud og åbnede vinduet, og jeg var helt... Da gik der altså panik i mig.”* Karen har ikke før katastrofen nogensinde været bange for at sejle med skib, men det er hun nu. Line fortæller ligeledes: *“Sidste gang jeg var ude at sejle, holdt de brandøvelse om bord uden at have fortalt passagerne det først. Så lige pludselig gik alarmen i gang, og det var altså ikke sjovt. Der gav det et gib i mig. Jeg var ude at pusle X (datter) ude på toilettet, og der var det bare med at tage hende og så... altså jeg var parat til at tage hende og løbe ind og finde Y (hendes mand), så vi kunne være sammen. Men altså det gibber i én, og sådan en sirene, det var så modbydeligt ...”*

Associationer, fantasier om og faktiske indtryk fra katastrofen tvinger altså ofret til at forholde sig til katastrofens repræsentationer, og når angsten og de andre svære følelser forbundet dermed bliver for overvældende, afløses den invaderende tilstand igen af en benægtende: *“The subject comes to know that these peaks will be followed by a reduction in intensity, making it possible to “live through them””* (Horowitz, 1986, s. 243). Ideelt set integreres katastrofen efter mange, repetitive bevægelser mellem den konfronterende invadering og den beskyttende benægtelse for således til sidst at blive inkorporeret i individets nu udvidede, vedvarende skemaer (Horowitz, 1980, 1985, 1986).

De to karakteristiske symptomgrupper efter en katastrofe vil typisk dominere, når de første (chok)reaktioner har lagt sig, hvorefter de invaderende tanker og følelser ideelt set vil aftage med tiden som følge af den gradvise bearbejdning af ofrets vedvarende skemaer. Men som det fremgår af de overlevendes og efterladtes udtalelser, synes nogle af ofrene stadig, halvandet år efter katastrofen, at lide under disse kognitive bearbejdningsprocessers indflydelse, hvilket kan tages som udtryk for, at katastrofen ikke har fundet hvile hos ofrene i deres kognitive og emotionelle verden.

Horowitz var ikke specielt opmærksom på den forhøjede vagtsomhed som et kernesymptom ved posttraumatisk stressforstyrrelse, sandsynligvis fordi hans primære erfaringer stammede fra pårørende, der havde mistet et familiedlem. De symptomer på forhøjet vagtsomhed, som Karen fortæller om, anses i dag som centrale kriterier i PTSD-diagnosen.

Afsluttende bemærkninger

De ovenfor omtalte kognitive senreaktioner og mestringsstrategier synes at være af universel karakter, når katastrofen rammer. I et krisepsykologisk perspektiv er det således ikke overraskende, at ofrene for Scandinavian Star refererer til disse såvel som til de indledningsvist nævnte reaktioner. Derimod er det en sørgelig erkendelse, at hovedparten af ofrene hyppigt og til stadighed halvandet år efter synes at kæmpe med disse senreaktioner og forsøger at få hold på dem. De vil sandsynligvis aldrig komme sig over den nat i april 1990 og vil sandsynligvis meget længe, ja måske altid, være optaget af og stivnet i katastrofens “negative effekt” (Elklit et al., 1995). Hvorvidt det er tilfældet, ved vi ikke, men der findes adskillige vidnesbyrd om livslange følger af katastrofer.

Mange faktorer kan influere på disse ofres ulykkelige situation, såsom manglen på formaliseret hjælp umiddelbart efter katastrofen og sidenhen, og et for kortfattet (økonomisk) perspektiv på krisehjælp til dem, der modtog nogen

(Olesen, 1995). De danske ofre for Scandinavian Star blev således også ofre for et utilstrækkeligt dansk katastrofeberedskab. De skærpede omstændigheder i forbindelse med en transportkatastrofe til søs frembyder store udfordringer i forhold til etablering og gennemførelse af psykosocial krisehjælp til de overlevende og efterladte, både på kort og langt sigt (Elklit, 1996). Andre erfaringer har vist, at det kan lade sig gøre (fx Hodgkinson, 1990; Hodgkinson & Stewart, 1994).

Ligeledes vil ofrets personlighed og tidligere livserfaringer indvirke på den posttraumatiske situation. Således kan katastrofen, i kraft af dens voldsomme virkning på ofret, nedbryde det forsvar, der har holdt evt. tidligere traumer og fortrængte følelser i skak, hvorefter ofret ikke blot skal forholde sig til katastrofen og dens effekt, men også til tidligere traumatiske oplevelser (Olesen, 1995). En sådan regression kan meget vel virke overvældende og uoverstigelig på ofret, da der så at sige skal arbejdes på to fronter, og det pågældende offer vil sandsynligvis have brug for individuel, psykodynamisk terapi med en lang tidshorisont for igen at få mod på og lyst til livet.

At være offer for en katastrofe vil med al sandsynlighed sidde i én som en smertelig erfaring resten af livet. Denne smerte kan ikke (og skal ikke) tages væk ved hjælp af kriseterapi. Men ofret bør tilbydes formaliseret hjælp til gradvist at opbygge et nyt selv- og verdensbillede, hvori der både er plads til katastrofeoplevelsen og en tro på livets positive aspekter.

Referencer

- Berren, M. R., Santiago, J. M., Beigel, A. & Timmons, S. A. (1989). A Classification Scheme for Disasters. I Gist, R. & Rubin, B. (eds.). *Psychosocial Aspects of Disaster* (s. 40-58). New York: John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, vol. 3: Loss*. London: Hogarth.
- Dyregrov, A. (1994). *Katastrofe psykologi*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Elklit, A. (1996). De psykologiske reaktioner og eftervirkninger hos ofre for transportkatastrofer til søs. *Nordisk Psykologi*, 48, 1-20.
- Elklit, A., Andersen, L. B. & Arctander, T. (1995). Scandinavian Star, anden del. *Psykologisk Skriftserie*, 20, (2), 1-90.
- Epstein, S. (1991). The Self-Concept, the Traumatic Neurosis, and the Structure of Personality. I Hogan, R. (ed.). *Perspectives in Personality, vol. 3, part A*, (s. 63-98). London: Jessica Kingsley.
- Frankl, V. E. (1966). *Psykiatri og Sjaelesorg*. København: Gyldendal.
- Hodgkinson, P. E. (1990). The Zeebrugge Disaster 3: Psychosocial Care in the UK. *Disaster Management*, 2, 131-134.
- Hodgkinson, P. E. & Stewart, M. (1994). *Psykosocialt Katastrofeberedskab*. København: Munksgaard.

- Horowitz, M. J. (1985). Disasters and Psychological Responses to Stress. *Psychiatric Annals*, 15, 161-167.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 241-249.
- Horowitz, M. J. (1991). Person Schemas. I Horowitz, M. J. (ed.). *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns* (s. 13-31). Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N. & Alzare, W. (1980). Signs and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characterological Versus Behavioral Self-Blame: Inquires Into Depression and Rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1798-1809.
- Janoff-Bulman, R. (1988). Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Applications of the Schema Construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions*. New York: The Free Press.
- Janoff-Bulman, R. & Wortman, C. B. (1977). Attributions of Blame and Coping in the "Real World": Severe Accident Victims React to Their Lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Miller, D. T. & Porter, C. A. (1983). Self-Blame in Victims of Violence. *Journal of Social Issues*, 39, 139-152.
- Olesen, L. K. (1995). "Det satans møgskib". En undersøgelse og diskussion af psykiske reaktioner hos overlevende og efterladte til branden om bord på Scandinavian Star halvandet år efter katastrofen. Speciale. Psykologisk Institut, Århus Universitet.
- Raphael, B. (1984). *The Anatomy of Bereavement. A Handbook for the caring professions*. New York: Basic Books.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York: Basic Books.
- Roth, S. & Cohen, L. J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping with Stress. *American Psychologists*, 41, 813-819.
- Silver, R. L., Boon, C. & Stones, M. H. (1983). Searching for Meaning in Misfortune: Making Sense of Incest. *Journal of Social Issues*, 39, 81-102.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to Threatening Events. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E., Wood, J. V. & Lichtman, R. R. (1983). It Could Be Worse: Selective Evaluation as a Response to Victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 19-40.
- Weisæth, L. (1993). Disasters: Psychological and Psychiatric Aspects. I Goldberger, L. & Breznitz, S. (eds.). *Handbook of Stress* (s. 591-616). New York: The Free Press.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1991). The Myths of Coping with Loss. I Monat, A. & Lazarus, R. S. (eds.). *Stress and Coping. An Anthology* (s. 388-405). New York: Colombia University Press.

Abstract

Janoff-Bulman's theory contends that trauma shatters our basic assumptions and that the cognitive processing of loss involves attributions on the benevolence of the world, the worth of the self, and the meaningfulness in the world. This article is based on qualitative interviews with 17 disaster survivors and bereaved 1½ years after the Scandinavian Star ferry fire. It appears that the various assumptions in the theory constitute a good matrix for all the feelings of despair and the disaster perceptions that the victims try to contain while at the same time trying to re-establish relationships and find new meaning in life.

Keywords: coping, cognitive attributions, disaster, loss, meaning



DISPUK

Hverdagsrevolutionær praksis

NARRATIVE SAMTALER OG PSYKOTERAPI

DISPUK's tværfaglige efteruddannelse i narrative samtaler og psykoterapi består af et 1 til 5-årigt forløb.

Efteruddannelsen giver et nuanceret metodisk, praktisk, teoretisk og filosofisk kendskab til, og færdigheder i, narrativ samtalearbejde og terapi.

1. år: Basisuddannelse til narrativ samtalepraktiker

2.-3. år: Grunduddannelse til narrativ samtaleterapeut

Se på www.dispuk.dk under "Efteruddannelser" - "Tværfaglig efteruddannelse i narrative samtaler"

NARRATIV SUPERVISION NY 1-ÅRIG EFTERUDDANNELSE

Supervision er en spændende praksis. Der er i narrativ supervision mulighed for, at deltagerne kan genvinde overblik, få nye perspektiver og udsyn i forhold til deres opgaver og sig selv.

Supervisionen kan bringe meningen tilbage i arbejdet, så både supervisand og supervisor kan få større glæde og mere mod på arbejdsopgaverne.

Supervisionen kan også være det sted, hvor kolleger genfinder fælles faglig forståelse, fokus og retning.

Start den 25. marts 2014 i Snekkersten

Med Anne Romer

Holdnr. 700-14

WORKSHOP OM DEN NARRATIVE SUPERVISOR

En intensiv og berigende dag, hvor du som deltager vil få mulighed for at blive "klogere" - ikke bare supervisorspraksis, men også på dig som person og professionel.

narrative metafor i supervision, på de-konstruerende praksisser, på fortællingernes kraft og udtømmelige rigdom og muligheder, på eksternaliserende sprogbrug, poetisering og bevidning.

Workshoppen kan samtidig ses som en appetitvækker til vores 1 årige tværfaglige supervisoruddannelse som starter den 25. marts 2014.

Snekkersten • Den 9. januar 2014 • Med Anne Romer
Holdnr. 836-14

NARRATIV TRAUMEBEHANDLING: SORG, KRISE, TAB & TRAUMER

Ny efteruddannelse for alle som arbejder med personer ramt af større eller mindre traumer og som er interesseret i at inddrage narrative perspektiver i deres arbejde.

Med Allan Holmgren & Anette Holmgren

Del 1 (3 dage) i Oslo den 26.-28. maj 2014
Holdnr. 451-14

Del 1+2 samlet (12 dage) i Snekkersten med
start den 24.-26/3-2014
Holdnr. 450-14

EFTERUDDANNELSE FOR MENTORER OG STØTTE- KONTAKTPERSONER

Denne efteruddannelse introducerer de væsentligste begreber og tankegange, der er forbundet med narrativ tænkning og praksis samt med post-strukturalistisk filosofi.

Det handler om at skabe meningsfuldhed i borgerens liv, at styrke borgernes fortællinger om eget værd, egne styrker, egne initiativer, færdigheder og handlinger, så borgeren kan tage ansvar for sit eget liv - og blive chauffør i sit eget liv.

Århus • Start den 10. januar 2014
Med Lone Kaae • Holdnr. 151-14

NARRATIVE PERSPEKTIVER PÅ FAMILIESAMARBEJDE WORKSHOP FOR STØTTE- KONTAKTPERSONER

2-dages workshop

På denne workshop vil vi arbejde i praksis med forskellige narrative begreber og metoder, der kan inspirere og styrke den enkelte støtte-kontakt-person i samarbejdet med familier.

Århus • Start den 20. august 2014
Med Lone Kaae
Holdnr. 823-14

Efteruddannelser, kurser, samtaler, terapi, coaching, supervision & workshops
www.dispuk.dk

Jeg vil ikke ha nyanser!

Fra uformulert erfaring til indre konflikt.
Et interpersonlig perspektiv.

Matrix, 2013; 4, 268-284

Kjartan Thu

Som psykoterapeut blir man stadig involvert i gjensidig agering med pasienten. Med utgangspunkt i den interpersonlige psykoanalyse-tradisjonen, og med hovedvekt på Donnel B. Sterns tenkning, vil jeg presentere en måte å forstå slik agering som uttrykk for fravær av indre konflikt. Sentrale begrep som 'uformulert erfaring' og 'dissosiasjon' vil bli forklart og forsøkt illustrert med en kasuistikk. Det er den gjensidige ageringen som gjør det mulig å bringe uformulert erfaring inn i terapirommet slik at den kan utforskes og fortolkes. Med en aksepterende holdning og nysgjerrighet hvor muligheter holdes åpne, kan ageringen gi mulighet for vekst. I kasuspresentasjonen vil jeg vektlegge min egen prosess som terapeut, hvordan jeg ved å komme til en større aksept av egne selv-tilstander ble i stand til å hjelpe pasienten til å fortolke uformulert og dissosiert erfaring. Kanskje er enhver pasients psykoterapi også en terapi for terapeuten?

Innledning

"Jeg vil ikke ha nyanser!" sa pasienten og satte med det i gang en prosess i meg som førte frem til denne artikkelen. Vi hadde strevd lenge i relasjonen, og det var vanskelig for oss å finne ut av hva problemene dreide seg om. Jeg var involvert i en gjensidig agering, hvor noe det ikke var mulig å tenke om, ble handlet ut. I artikkelen forsøker jeg å beskrive prosessen hvor det som tidligere ble

Kjartan Thu, lege, spesialist i psykiatri, veileder i psykodynamisk psykoterapi.

Overlege ved voksenpsykiatrisk poliklinikk, Sola Distriktpsikiatriske Senter og Forsknings- og undervisningsenheten, Psykiatrisk divisjon, Stavanger universitetssjukehus.

Kontakt detaljer: Postboks 3512, 4393 Sandnes, Norge. E-post: kjartan.thu@lyse.net¹

1. Takk til Randi Grayston og Jon Morgan Stokkeland for å ha lest og kommentert.

agert, etter hvert kunne tenkes om og snakkes om, og jeg vil bruke dette materialet til å illustrere noen sentrale poeng i Donnel B. Sterns tenkning. Spesielt vil jeg gjøre rede for begrepene *uformulert erfaring*, *dissosiasjon* og *enactment*.

I en sentral artikkel åpner Stern (1983) for en ny begrepsverden hva angår forståelsen av ubevisste prosesser, og som ikke forutsetter en driftsteoretisk modell. Han erstatter med dette Freuds teori om det ubevisste med en teori om det relasjonelt *uformulerte* (Mitchell & Aron, 1999). Før jeg går nærmere inn på dette, vil jeg gi en kort presentasjon av den interpersonlige psykoanalysetradisjonen. Det er i denne tradisjonen, og spesielt med utgangspunkt i Harry Stack Sullivan og Edgar A. Levensons tenkning, at Stern har utviklet sine teorier.

Den interpersonlige skolen kan sies å ha startet med Harry Stack Sullivan (1892-1949), men også Sándor Ferenczi (1873-1933) krediteres som en viktig inspirator (Ortmeyer, 1995). Tradisjonen har hatt sitt utspring i miljøet rundt The William Alanson White Institute of Psychiatry, Psychoanalysis & Psychology i New York. Instituttet ble stiftet i 1943 som et alternativ til det etablerte psykoanalytiske miljøet i USA, som på den tiden var preget av ortodoksi, paternalisme og lite fleksibilitet både i forhold til utdanning og klinisk praksis. Harry Stack Sullivan var sammen med blant andre Frieda Fromm-Reichmann, Erich Fromm og Clara Thompson, én av grunnleggerne. Instituttet ble et friere alternativ, som fremmet pluralisme og mangfold, og åpnet for at ikke-medisinere kunne få psykoanalytisk utdannelse.

Noe av det som karakteriserer den interpersonlige psykoanalysetradisjonen, er at man anser terapeutens personlighet å spille en avgjørende rolle for hvordan overføringen utvikler seg (Fiscalini, 1995). Terapeuten er altså ikke en blank skjerm som utelukkende viser pasienten projeksjoner, men er med sin personlighet med og utformer overføringen. Overføringen dreier seg ikke først og fremst om verbaliserte følelser og fantasier, men viser seg som gjensidig agering i overføringsrelasjonen. Det er gjennom analyse av overføringsrelasjonen man kan oppnå innsikt og helbredelse. Overføringen er således ikke å anse som en enkel repetisjon av gamle mønstre fra pasientens historie, men en dynamisk prosess, hvor begge aktørene bidrar. Fokuset i utforskningen av overføringen er hvilken betydning og funksjon den har i den aktuelle relasjonen mer enn hvordan problemene oppsto, altså mer fokus på her-og-nå enn der-og-da. Alle overføringsmønstre, både positive og negative, blir aktivt og kontinuerlig utforsket og fortolket, helt fra starten av i terapien.

Jeg vil ikke ha nyanser!

Harry Stack Sullivan

Sullivan var psykiater og arbeidet med alvorlig syke pasienter. Det var et vanlig syn at schizofrene var relasjonelt frakoblet, men Sullivan var av en annen oppfatning. Tvert imot mente han at de schizofrene var svært sensitive og responsive i forhold til sitt interpersonlige miljø. Han mente å registrere at de var svært oppmerksomme på andre mennesker, men at kontakten med andre var smertefull og angstprovoserende, og at pasientens tilsynelatende uforståelige og kryptiske kommunikasjon hadde til funksjon å redusere angst. Han skal ha vært svært flink til å få kontakt med tilsynelatende avstengte pasienter, og han utviklet miljøterapi som hadde til hensikt å redusere angst og å hjelpe pasientene å finne andre måter å håndtere sine livsvansker på (Will, 1954/1970). Sullivan mente at man ikke kan undersøke en pasient uten å se på det interpersonlige feltet han befinner seg i, og han definerte psykiatrifeltet som *studiet av interpersonlige relasjoner*. Psykiateren kan ikke observere utenfra, men deltar i relasjonen, og hans instrument er ham selv, hans personlighet, ham som person (Sullivan, 1954). Prosessen og endringer oppstår ikke i den ene eller den andre, men i situasjonen som dannes mellom dem.

Good-me, Bad-me og Not-me

I Sullivans teori anses angsten for primær, og ikke som hos Freud hvor angsten var sekundær til driftene, eller som Levenson (1983/2005, s. 132) formulerer det: Angsten er for Sullivan brannen i seg, ikke brannalarmen som for Freud. Hos barnet dreier det seg om at det vekkes angst i omsorgspersonen. Barnet merker seg hva som vekker angst hos den andre, og hva som gjør den andre rolig. Det ved barnet som får frem det gode i omsorgspersonen, identifiseres som *good-me*. Det ved barnet som gjør omsorgspersonen engstelig og urolig, identifiseres som *bad-me*. Det ved meg som har blitt elsket, verdsatt, akseptert og heiet frem, anser jeg som godt. Det ved meg som jeg assosierer med kritikk, straff og avvisning fra mine omsorgspersoner, anser jeg som mine dårlige sider. Jeg føler meg imidlertid som meg selv både når jeg erfarer det gode og når jeg erfarer det dårlige.

Dersom noe ved barnet vekker så mye angst at det blir uhåndterlig for omsorgspersonen, blir angsten også uhåndterlig for barnet, og disse aspektene ved barnets erfaringer vil ikke kunne aksepteres som en del av barnets selv, det Sullivan kaller *not-me*. Det interpersonlige feltet gir ikke rom for at slik erfaring kan symboliseres eller formuleres, og det håndteres ved hjelp av dissosiasjon.

Barnet utvikler *selv-systemer* som har til hensikt å redusere angst hos den andre. Et slikt selv-system vil ha tendens til å opprettholde seg selv. Når man har funnet en måte å være på, som holder angsten under kontroll, vil man gjerne fortsette med det, og slik formes personligheten. Foreldrenes angst får dermed betydning for barnets personlighetsutvikling (Conci, 2010; Stern, 1983).

Sullivan tenkte også annerledes om det ubevisste enn Freud gjorde. For ham dreide det seg ikke om fortrenge driftsønsker, men *selective inattention* i forhold til aspekter ved tidligere relasjoner. Dette kan man ifølge Sullivan få tilgang på gjennom å intervju pasienten, et intervju der terapeuten deltar med sine egne reaksjoner i møte med det pasienten forteller, slik at det blir en erfaring som er ny og vital. Mens freudianerne var ute etter fortrenge ønsker og fantasier, var Sullivan ute etter pasientens *interaksjoner* med andre, interaksjoner som pasienten kanskje ikke var seg selv bevisst (Mitchell & Black, 1995).

You can't not interact

Edgar A. Levenson får gjerne mye av æren for å ha videreutviklet Sullivans idéer inn i det psykoanalytiske feltet (Stern, 2005b). Terapeuten er i stadig interaksjon med sin pasient. Det er verken ønskelig eller mulig for terapeuten å være en observatør som utenfra og objektivt forsøker å forstå og fortolke sin pasient. Terapien foregår i en relasjon mellom to mennesker, hvor terapeuten deltar med seg og sitt. Når terapeuten inviterer pasienten til utforskning, blir han en del av det interpersonlige feltet og overføringsrelasjonen. Uansett hvordan han forholder seg, er han i interaksjon med pasienten, også når han er stille. *"There is no way to be with another person, regardless of the therapist's restraint, without interacting with him"* (Levenson, 1983/2005, s. 81).

For Levenson dreier psykoanalytisk behandling seg ikke om å avdekke skjult mening eller fortrenge minner, men en interesse for hva som foregår i interaksjonen her og nå. Det sentrale spørsmålet for pasienten kan ikke være "Hva betyr dette?" men "Hva er det som foregår her?" (Stern, 2005a). Dette kan man få tilgang til ved å interessere seg for det som *mangler* i pasientens fremstilling, "hullene i sveitserosten", altså det som er dissosiert (Levenson, 1987). Ifølge Levenson er ikke målet i denne prosessen å fortolke eller etablere sammenhenger, men heller tvert imot å motstå fristelsen til nettopp dette. Terapeutens oppgave er å skape uorden, åpne for at nytt materiale kan komme frem. *"The real task in therapy is not so much making sense of the data as it is, but resisting the temptation to make sense of the data!"* (Levenson, 1988, s. 5)

Jeg vil ikke ha nyanser!

Terapeutens oppgave er ikke å forstå sin pasient, men å legge til rette for at pasienten kan gjøre seg nye mellommenneskelige erfaringer, hvor hun kan lære noe nytt om seg selv og hvordan hun forholder seg til andre.

Uformulert erfaring

Som nevnt utviklet Stern et interpersonlig alternativ til Freuds teori om det ubevisste. Det ubevisste er ikke bare noe som er skjult og venter på å bli brakt frem i lyset. Ubevisst erfaring eksisterer i en form som ikke uten videre kan fattes med ord, det er noe som gjenstår å bli fortolket. Stern viser til Sullivan, som hevdet at mye av det som ble sett på som fortrenget, i realiteten ennå ikke var formulert, og at det vi vet om vår egen erfaring, begrenser seg til det vi har forsøkt å kommunisere til andre, eller tenkt om i form av kommunikativ tale (Sullivan, 1940). Stern omtaler dette som *unformulated experience*, uformulert erfaring, og han gjør utførlig rede for hvordan han tenker om slik erfaring i sin første bok *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis* (Stern, 1997). Freuds teori om det ubevisste som en intrapsykisk realitet, blir med dette erstattet av en teori om det relasjonelt ubevisste, eller det *relasjonelt uformulerte*.

Uformulert erfaring er erfaring bortenfor ordenes rekkevidde, en realitet som ikke kan sanses direkte. Det dreier seg om psykisk materiale som aldri har blitt brakt til bevissthet, og altså ikke noe som er *fordrevet* fra bevisstheten, slik vi kan tenke om fortrenghingen. Det primære forsvaret innebærer *ikke å tenke på det*, altså at selve tenkningen unngås. Det fortrenget ubevisste har en gang vært formulert, men tåler av en eller annen grunn ikke dagens lys. Den erfaring som ennå ikke er blitt fortolket, som ennå ikke har blitt tenkt om, er i stedet dissosiert. Mens fortrenghingen har til hensikt å unngå kjennskap til eller viten om pefortolket materiale, dreier dissosiasjon seg om at selve fortolknin-gen unngås.

Det er et poeng at uformulert erfaring åpner for flere mulige fortolkninger som ikke er forutbestemt. Språket spiller en rolle i å forme selve erfaringen, slik at den kan reflekteres over. Meningen dannes når den formuleres, men Stern (1989, 2010) understreker at det ikke dreier seg om relativisme i den forstand at alt er mulig. Det er *noe* der, noe som venter på å bli fortolket, noe som venter på å få en mening, og hvor det er begrensninger i forhold til hvilken mening det kan gis. Stern (1991) refererer her til den tyske filosofen Hans Georg Gadamer (1900-2002), som tenker at våre fordommer og vår forforståelse både

er det som gjør ny forståelse mulig, og som står i veien for det samme. Videre er det verdt å merke seg at vi ikke snakker om *pre-verbal* erfaring, altså erfaring som skriver seg fra førspråklig tid i barnets utvikling, men om en virkelighet som eksisterer parallelt med historien, og som foreløpig ikke er innlemmet i det språklige.

Det er det interpersonlige feltet som bestemmer hva det er mulig å fortolke. Feltet er konteksten hvor både dissosiasjonen og formuleringen foregår. Det bestemmer både hva som må dissosieres, og hva det er mulig å fortolke. I terapirommet er det feltet mellom pasient og terapeut som bestemmer hva som kan formuleres, og målsetningen er at den terapeutiske prosessen skal føre til at pasienten (og terapeuten!) aksepterer mer av sin erfaring. Ved at pasient og terapeut finner en måte å snakke sammen om det som foregår i relasjonen, det som tidligere har vært uformulert og dissosiert, utvikles en evne til tenkning, og evne til å akseptere og sette pris på et bredere spekter av erfaring.

Dissosiasjon i det interpersonlige feltet

Vi kan skille mellom normal og patologisk dissosiasjon (Bromberg, 1996), eller som Stern (1983; 2006) kaller det: “dissociation in the weak sense” og “dissociation in the strong sense”. Normal dissosiasjon forekommer når *bad-me* ikke erfares samtidig med *good-me*. Jeg føler meg som meg selv både når jeg erfarer *good-me* og *bad-me*, men i gitte situasjoner kan det være vanskelig å erfare begge deler samtidig. Et eksempel kan være når noen gjør meg oppmerksom på noe jeg ikke liker ved meg selv, for eksempel noe jeg skammer meg over. Jeg kan i situasjonen bli så overrumplet at jeg ikke umiddelbart klarer å forholde meg til karakteristikken som noe som har med meg å gjøre. Jeg kan føle meg urettmessig beskyldt, og attribuerer den negative karakteristikken til den andre personen. Imidlertid er dette forbigående og gjerne situasjonsbetinget, slik at det er relativt overkommelig å finne tilbake til en posisjon der begge aspektene kan erfares samtidig, altså håndtere indre konflikt.

Patologisk dissosiasjon er ikke på samme måten temporær og situasjonsbetinget. Mens den normale dissosiasjon er mellom *good* og *bad*, er patologisk dissosiasjon mellom *me* og *not-me*. Det dreier seg altså om den erfaringen som ennå ikke har vært mulig å akseptere som en del av meg selv, og som derfor heller ikke har vært mulig å formulere. Det er usymbolisert og utenfor min opplevelse av meg selv som person. I og med at dette ikke kan erfares i symbolisert form, kan det heller ikke erfares som en indre konflikt.

Jeg vil ikke ha nyanser!

Gjensidig agering

Dissosiasjon og *enactment*, eller *gjensidig agering*, er nært knyttet sammen. Når Stern skriver om *enactment*, begrenser han begrepet til å dreie seg om “the interpersonalization of dissociation” (Stern, 2004, s. 213), altså hvordan dissosiasjonen manifesterer seg i relasjonen. Gjensidig agering oppstår når noe i relasjonen gjør at *not-me* truer med å bli erfart som *me*. Det dreier seg altså om en dissosiasjon i relasjonen som har til hensikt å forhindre erfaring av uakseptable selv-tilstander, og altså forhindre fortolkningen. Begge partene forholder seg på en måte som forhindrer at *not-me* erfares som *me*. Det er på denne måten uformulert erfaring kan komme inn i terapirommet, slik at den kan undersøkes. Det betyr ikke at vi skal manipulere frem ageringen, men at vi aksepterer den. Ved å akseptere at man blir *fanget i overføringen*, som Stokkeland (2012) formulerer det, og med nysgjerrighet hvor muligheter holdes åpne, kan ageringen åpne for vekst. Nysgjerrighet, som er fraværende i dissosiasjonen, er en klinisk verdi som fremmer utvikling (Stern, 1983; Buechler, 2004).

Hvordan er det mulig å undersøke ageringen når man er en del av den, og den i utgangspunktet er ubevisst? I sin artikkel *The Eye Sees Itself* gjør Stern (2004) rede for hvordan han selv forstår at dette er mulig. Han tar utgangspunkt i Benjamin Wolstein som mener at vi har en ikke-sosial kjerne i personligheten hvorfra relasjonen kan observeres. Dette svarer kanskje til Bollas’ begrep *personlig idiom* og Winnicotts *sanne selv*. Stern aksepterer ikke en slik posisjon, da han mener at selvet er en sosial konstruksjon. Selvet er multipelt og består av mange forskjellige *selv-tilstander*, som gjør seg gjeldende på ulike måter i forskjellige relasjoner, i ulike situasjoner og til ulike tider. Når ulike selv-tilstander ikke kan erfares samtidig, vil de bli dissosiert og agert. *Enactment* eller gjensidig agering er da ikke uttrykk for indre konflikt, men tvert imot uttrykk for *mangel på* eller *fravær av* indre konflikt. Konflikten er *mellom* to personer istedenfor *i* en person. Terapeuten erfarer det pasienten har dissosiert, og pasienten erfarer det terapeuten har dissosiert. Ingen av dem erfarer til fulle hva som foregår.

Ageringen har til hensikt å opprettholde dissosiasjonen og på den måten redusere angst. Det vil i så måte være i begge partenes interesse å opprettholde dissosiasjonen og ageringen, men samtidig vil man kunne merke at *noe* er i gjære. Stern illustrerer dette med å si at for den nysgjerrige analytiker, kan det terapeutiske arbeidet sammenliknes med en tur i skogen med ullgenser på, hvor greiner som stikker frem hekter seg fast og trekker ut en maske fra gensen. Vi vil tendere mot å fortsette vandringen og riste av oss forstyrrelsene,

men de store oppdagelsene som fører til vekst, gjør vi først og fremst dersom vi stopper opp og forsøker å undersøke hva som har skjedd.

Sterns forklaring på hva det er som gjør oss i stand til å observere vår egen deltakelse, er knyttet til forståelsen av selvet som multippelt og utviklingen av indre konflikt. Vi snakker da ikke om konflikt mellom drift og forsvar, mellom id, ego og superego, eller mellom det ubevisste og det bevisste. Det dreier seg om å kunne erfare ulike selv-tilstander samtidig, og indre konflikt som har å gjøre med ulike hensikter, interesser og begjær. Dersom selvet er ensporet, kan det vanskelig observere seg selv, det blir som det umulige spørsmålet "Hvordan kan øyet se seg selv?" Dette er imidlertid ikke lenger noen problemstilling dersom man kan håndtere indre konflikt, og selvet består av flere selv-tilstander, som kan observere hverandre. Når terapeuten selv kan akseptere sine ulike selv-tilstander og kan romme konflikten internt i seg, vil han kunne hjelpe pasienten til å symbolisere ubevisst erfaring.

Et eksempel som kanskje kan illustrere dette, er en pasient som var svært takknemlig for hjelpen hun fikk hos meg. Hun var såpass påpasselig med å gi uttrykk for sin takknemlighet, at jeg fikk en fornemmelse av at noe ikke var helt som det skulle. Pasienten virket genuint takknemlig, men det var likevel noe som skurret. Mente hun virkelig det hun sa? Sa hun det bare for å takke meg? Det var ubehagelig for meg å kjenne at jeg mistenkte henne for ikke å være oppriktig, en følelse jeg i starten forsøkte å riste av meg. Jeg var redd at pasienten skulle føle seg mistrodd og avvist om hun ble klar over min mistenksomhet. Og kanskje var jeg selv redd for å miste en beundrer? Hadde pasienten fanget opp at jeg likte henne best om hun var takknemlig og fornøyd, og at jeg selv hadde vansker med å forholde meg til misnøye? Det var *noe* som sa meg at alt ikke var som det skulle, en grein som heftet seg fast i ullgenser, og da jeg endelig fikk meg til å ta dette opp med pasienten, ble det mulig å utforske også hennes negative følelser overfor meg. Pasienten *var* takknemlig, men hun var også frustrert og misfornøyd i relasjonen, og vi fant etter hvert en måte å snakke sammen, som gjorde henne i stand til å håndtere dette som en indre konflikt.

Åpenhet om egen erfaring

Den psykoanalytiske situasjonen er ulik de fleste andre sosiale settinger. På den ene siden er den preget av streng profesjonalitet og foregår innenfor klart definerte rammer. På den andre siden gir den mulighet for en dypt personlig relasjon preget av intimitet og fortrolighet. Det dreier seg om en relasjon mel-

Jeg vil ikke ha nyanser!

lom to likeverdige personer, som riktignok har ulike roller, men som er til stede og bidrar med seg og sitt. De fleste vil være enig i at det terapeuten erfarer i relasjon til pasienten er en viktig kilde til informasjon. På hvilken måte skal man bruke denne erfaringen overfor pasienten? Bør man som terapeut begrense seg til å la egen erfaring informere de tolkninger man formulerer, eller vil pasienten ha mer nytte av at terapeuten åpent forteller om hva han tenker og føler?

Det faller utenfor rammene for denne artikkelen å gå grundig inn i diskusjonen om nøytralitetsbegrepet og bruk av selvavsløring, som det har vært skrevet mye om (Zachrisson, 2008; Våpenstad, 2012). Jeg vil imidlertid kort nevne at den interpersonlige og relasjonelle psykoanalysetradisjonen er kjennetegnet av at gjensidighet i relasjonen verdsettes, og en større aksept for at terapeuten deler egen erfaring med pasienten (Ehrenberg, 1992; Bromberg, 1994). Der- som man tenker om selvavsløring som en teknikk eller metode man benytter seg av for å oppnå en bestemt effekt, mener jeg at det vil være problematisk. Slik jeg ser det, dreier det seg om en analytisk holdning, hvor man er åpen for stadig nye forhandlinger mellom det profesjonelle og det personlige, og dette må forhandles på ny i hver enkelt terapi, og i hver terapitime (Stokkeland, 2012). Målet er å utvikle en frihet i relasjonen, frihet til å snakke om det som foregår. Det finnes ingen teknikk eller metode man kan ty til for å oppnå slik frihet. Vi kan observere friheten når den oppstår, men den kan selvsagt ikke tvinges frem (Stern, 2013).

Uansett hva terapeuten gjør, om han snakker eller tier, interagerer han med pasienten. I en artikkel om selvavsløring viser Levenson (1996) til Merton Gill, som sier at det som vektlegges for terapeuten er å være oppmerksom på hva han gjør, mer enn på hva han skal og bør gjøre. Det analytiske arbeidet dreier seg om en interesse for hva som foregår, mer enn at man forsøker å oppnå en bestemt effekt. Dette innebærer både en oppmerksomhet på hva man som terapeut gjør og hvordan pasienten responderer. Levenson (sst.) skiller mellom det som analytiker uunngåelig viser av seg selv og sitt (self-revelation), og det som analytiker bestemmer seg for å vise eller fortelle (self-disclosure). Det pasienten fanger opp om analytiker, bør man vedkjenne seg og bekrefte overfor pasienten, mens om *self-disclosure* skriver han: “ ... *in my experience, these interventions usually work only when one doesn't expect them to – when they are made out of some internal pressure. One must do what one does, and work through the consequences...*” (s. 242).

Klinisk eksempel¹

Pasienten, en gift kvinne i midten av 20-årene, ble henvist til poliklinisk behandling etter en innleggelse for alvorlig depresjon. Hun hadde blitt deprimert etter sin andre fødsel og strevde med morsfølelsen. Pasienten var gift og hadde et barn fra et tidligere forhold. Også etter første fødsel hadde hun vært deprimert, men kom den gang gjennom det uten å søke hjelp. Nå var hennes fortvilelse så stor at hun tenkte på å ta livet av både seg selv og sønnen. Hun takket nei til medikamentell behandling, som hun ble tilbudt i forbindelse med innleggelsen, men følte behov for noen å snakke med. Etter noen innledende samtaler inngikk vi avtale om psykoterapi på benk (liggende), først med én, senere to faste timer i uka.

Pasienten vokste opp med gifte foreldre og som nummer to av tre søsken. Hun var svært glad i sin far, men han var alkoholisert og mye fraværende i hennes oppvekst. Relasjonen til far endret karakter da hun var 12 år gammel. Han ble da mer avvisende overfor henne, og hun var usikker på om de følelsene hun hadde overfor ham, var av seksuell karakter. Pasienten var også opptatt av spørsmål om hvorvidt det skjedde noe seksuelt mellom henne og far. Far døde da hun var tidlig i 20-årene, trolig på grunn av høyt alkoholforbruk. Relasjonen til mor har vært vanskelig, og hun har beskrevet mor som emosjonelt reservert. Pasienten har høyere utdanning og er i full jobb.

I starten av terapien dreide det seg mye om pasientens negative følelser overfor sønnen, og at det var skremmende for henne at hun ikke klarte å elske ham mer. Hun følte at hun ikke var et godt menneske, og hun følte at aspekter ved hennes personlighet og livshistorie ikke var forenlig med det å være en god ektefelle og mor.

Jeg merket raskt at pasienten virket på meg, og at sterke krefter var i sving, noe jeg blant annet ble klar over da hun dukket opp i mine drømmer. Jeg ble veldig opptatt av å holde på rammene, kanskje av frykt for å bli beskyldt for upassende atferd, noe som gjorde at jeg ble unødig avvisende overfor pasienten. Jeg hadde likevel inntrykk av at vi hadde et samarbeid. Pasienten møtte til alle timene, men hun kunne komme seint, og noen ganger gå før tiden var ute. Det var som det var viktig for henne å komme meg i forkjøpet, at hun skulle slippe å erfare at jeg avsluttet timene. Hun syntes å arbeide med sine vansker både i og mellom timene, men hun var utfordrende for meg på flere måter.

1. Pasienten omtalt i det kliniske eksempelet har lest gjennom manuskriptet og samtykket i at det blir publisert.

Etter ca. halvannet år i terapi begynte det å stramme seg til mellom oss, og jeg oppfattet henne svært krevende. Hun stilte meg diverse spørsmål som hun insisterte på å få svar på, blant annet dreide det seg mye om hvilken diagnose hun hadde. Det føltes som et krav om at jeg skulle vite hva som var galt med henne, som jeg skulle være eksperten som besvarte hennes spørsmål. Noen spørsmål hadde jeg ikke noe svar på, andre spørsmål ønsket jeg ikke å svare på. Jeg følte meg ufri og fanget i et lite fruktbart samspill. Da jeg forsøkte å invitere til utforskning av hva som foregikk mellom oss, følte pasienten at jeg tok styringen over henne, og hun fikk inntrykk av at jeg ikke var interessert i å høre på det hun hadde å si. Jeg fikk også stadig følelsen av å si noe feil, følelsen av at jeg ikke ble forstått, og at det jeg sa ble vridd og vrent på. Det var også mye som dreide seg om seksualitet. Pasienten hadde lest om en mannlig terapeut som hadde hatt sex med sin pasient. Hun hadde tanker om at det eneste jeg var ute etter, var å ha sex med henne, og dette gjorde det vanskelig for henne å snakke fritt med meg. Og hun hadde selv seksuelle fantasier som involverte meg. Mitt inntrykk var at vi stadig beveget oss inn og ut av et følelsesnært og utforskende samarbeid, men som etter hvert ble mer og mer vanskelig. På den ene siden var jeg fascinert av henne, og jeg hadde et ønske om at vi skulle finne ut av vanskene i relasjonen. Men jeg var også redd, uten at jeg helt skjønnte hvorfor.

Hun gråt mye i timene, og det kom mye tårer, men en dag var det tomt for tørkepapir på kontoret mitt. Pasienten mente at jeg burde ha gått for å hente en ny pakke, men da jeg ikke gjorde det, følte hun seg svært dårlig ivaretatt. Hun gav uttrykk for at dette var nok en grunn for ikke å gråte mer. Etter denne hendelsen tok tårene slutt, og pasienten ble mindre meddelsom. Terapitimene ble preget av mye stillhet, og jeg begynte å få store problemer med å holde meg våken.

I en time hvor jeg kjente meg svært søvnig, snudde pasienten seg plutselig på benken og spurte meg om jeg sov. Jeg ble temmelig forfjamsset og svarte umiddelbart "Nei" selv om jeg der og da var usikker på om jeg faktisk hadde sovnet. Sannsynligvis var jeg borte et øyeblikk, men fikk meg ikke til å si noe om det til pasienten. Etter denne hendelsen fortsatte strevet i relasjonen, jeg oppfattet henne ubehagelig pågående og krevende, og plutselig en dag sa pasienten at hun ville slutte. Hun hadde da gått hos meg i til sammen to år. For meg føltes det som et utilfredsstillende og ubehagelig avbrudd, og det gjorde meg vondt at vi ikke hadde klart å finne ut av vanskene i relasjonen. I ettertid har jeg imidlertid skjönt at jeg også var lettet over at hun gikk, noe jeg hadde vansker med å akseptere den gangen.

Det hele følte som et stykke arbeid som ikke var fullført, og jeg ble derfor glad da hun omsider ringte meg og ville snakke med meg igjen. Hun hadde vært rasende sint på meg en god stund før raseriet hadde blitt såpass avdempet at hun klarte å kontakte meg på ny. Da jeg gav henne tilbud om å gjenoppta terapien med to timer i uka, kjente hun seg takknemlig, men hun ble samtidig mistenksom. Hun fikk tanker om at jeg hadde baktanker med dette, at jeg tok henne tilbake fordi jeg var forelsket i henne og ville ha henne seksuelt.

Hun kunne fortelle at da hun sluttet, var det fordi hun følte at jeg skjøyv henne fra meg. Hun var imidlertid åpen for at det kanskje like mye dreide seg om at hun hadde skjøyvet meg bort, og at hun tilla meg noe som hadde med henne selv å gjøre, og viste til at hun også i andre relasjoner har tendens til å skyve folk fra seg. Jeg kjente meg i starten ikke igjen i at jeg skulle ha skjøyvet henne bort, dette virket fremmed for meg. I alle fall bevisst hadde jeg intensjon om å la henne få fortsette i terapien så lenge det var nødvendig.

Hun hadde også begynt å snakke annerledes om sin historie. Mens hun i første runde var opptatt av spørsmål omkring kvaliteten på forholdet mellom henne og faren, hadde hun nå bestemt seg for at hun var blitt misbrukt seksuelt av sin far. Mens hun tidligere hadde snakket om hvor glad hun var i sin far, ble følelsene overfor far nå beskrevet som utelukkende negative. Da jeg påpekte denne endringen, ble hun både fortvilet og forvirret, og hun utbrøt "Jeg vil ikke ha nyanser!" Jeg oppfattet dette som uttrykk for hennes vansker med å forholde seg til motstridende følelser, altså at det var vanskelig å håndtere indre konflikt, og at enten-eller var enklere å forholde seg til enn mer sammensatt og nyansert erfaring. Men kanskje dette ikke bare angikk pasienten, men også meg? Kanskje jeg selv også hadde vansker med å erfare ulike selv-tilstander samtidig i denne relasjonen?

Diskusjon

Jeg valgte å søke veiledning og fikk på den måten hjelp til å utforske mine egne reaksjoner i møte med pasienten. Jeg var klar over at jeg hadde vært redd, men det var ikke klart for meg hva jeg var redd for. Dreide det seg om redselen for å gjøre feil, og at mine feiltrinn ville få fatale konsekvenser? Kanskje det også kunne dreie seg om noe jeg skammet meg over, eller noe som var for smertefullt for meg å erfare?

Jeg skammet meg trolig over at jeg kunne sovne i timen, og over at jeg ikke klarte å vedkjenne meg dette. Trolig hadde jeg både skyldfølelse og skam over at jeg kunne ha ønsker om at pasienten skulle slutte. Det var også vanskelig for

Jeg vil ikke ha nyanser!

meg å akseptere at jeg hadde vært så avvisende overfor henne i starten av terapien. Jeg har i ettertid tenkt at det dreide seg om at det var en rekke følelser og reaksjoner overfor pasienten jeg hadde vansker med å akseptere som del av meg selv. Dette kan i lys av Sterns tenkning forstås som uakseptable selv-tilstander, erfaring som ble dissosiert og agert.

Da pasienten følte at jeg skjøv henne fra meg, virket det hele svært fremmed for meg. Jeg tenkte om det som pasientens projeksjoner på meg, en forståelse hun etter hvert selv også var åpen for. Bevisst oppfattet jeg kun at jeg hadde gode intensjoner med henne, at jeg hadde til hensikt å fortsette det terapeutiske arbeidet, mens det var pasienten som ville slutte. Imidlertid har jeg i ettertid tenkt at pasienten hadde rett da hun følte jeg skjøv henne fra meg. En del av meg ønsket å fortsette det terapeutiske arbeidet, mens en annen del av meg trolig ønsket å avslutte terapien. I alle tilfeller var det noe i meg som ønsket å holde henne på avstand. Jeg var på det tidspunktet ikke i stand til å erfare begge disse selv-tilstandene samtidig. Jeg var altså ikke i stand til å erfare dette som en indre konflikt. Mine negative følelser og min avvisende holdning forble dissosiert, og jeg tilla pasienten de aspektene jeg selv ikke kunne akseptere. Dette forsterket pasientens opplevelse av å bli avvist, og ingen av oss klarte å erfare til fulle det som foregikk i relasjonen mellom oss.

Da jeg med tiden klarte å sette pris på bredden i mine følelser overfor pasienten, altså ble i stand til å erfare indre konflikt, begynte jeg automatisk å forholde meg annerledes til henne. Jeg kunne vedkjenne meg mine negative følelser overfor henne, at jeg hadde vært redd, at jeg hadde sovnet, og at jeg hadde ønsket å skyve henne fra meg. Jeg kunne etter hvert formulere følgende intervensjon (kondensert fra flere påfølgende terapitimer): "Du skal vite at jeg vil at du skal fortsette å komme hit, men jeg tror også at jeg har kjent på et ønske om at du skulle slutte. Det var noe med vanskene oss i mellom som gjorde at jeg ønsket å avslutte terapien, men jeg ble også skuffet over at vi ikke klarte å finne ut av problemene. Jeg tror derfor du hadde rett i at jeg skjøv deg fra meg, men jeg var ikke klar over det den gang. Jeg tror dette er av stor betydning, og kanskje vi kan finne en måte å snakke sammen om hva dette dreier seg om." Da pasienten foreslo at hun hadde "gått meg på nervene", bekreftet jeg at det var slik det føltes. Vi kunne således begge erkjenne at vi hadde bidratt til samspillet og kunne sammen interessere oss for hva som hadde skjedd mellom oss. Min intervensjon var formulert ut fra en posisjon av indre konflikt, hvor jeg i mindre grad hadde behov for å presse pasienten til agering, og hvor jeg i mindre grad følte meg presset av henne.

Pasienten begynte etter hvert å komme på tiden, og den smertefulle og skremmende erfaringen i at terapitimene avsluttes, var ikke lenger så uholdbar, så hun ble i stand til å bli værende til jeg sa at timen var slutt. Dette gav oss anledning til å utforske hvordan det føles å bli "kastet ut" eller "skjøvet bort" når timen er over. Hun kunne også se nærmere på hvordan hun i andre relasjoner kan virke skremmende på andre, og gå andre på nervene. Hun var ikke lenger like deprimert, men fikk kontakt med en dyp tristhet og sorg. Det var for oss begge trist å tenke tilbake på tiden da vi hadde kjørt oss fast i en blindgate, men vi kunne nå snakke sammen om det, og en smertefull sorgprosess var i gang. Vi var begge i sorg over reelle tap i den terapeutiske relasjonen, blant annet at det gikk flere år før vi fant ut av vanskene oss i mellom. Dette åpnet også for nye måter å tenke om minner fra hennes oppvekst, både hva angikk forholdet til mor og til far. Det er nærliggende å tenke om det at jeg skjønner henne fra meg som en parallell til hvordan hun følte seg avvist av far da hun kom i puberteten, og da vi hadde gjennomarbeidet vanskene i den terapeutiske relasjonen, kunne erfaringene fra barndommen re-fortolkes.

Det kan virke åpenbart at jeg i møte med denne pasienten har fått virvlet opp egen tematikk, og når jeg har snakket med henne om mine egne reaksjoner, har jeg selvsagt også satt ord på mye som dreier seg om meg selv og min egen person. Har jeg med dette belastet pasienten utilbørlig med mine egne følelser? Har jeg misbrukt henne for å få bearbeidet egne vansker? Har jeg gjort det vanskeligere for henne å snakke fritt når jeg har delt alt dette med henne? Mitt inntrykk er tvert imot at det har vært nyttig for pasienten at jeg begynte å snakke mer åpent med henne, og at min åpenhet har bidratt til utvikling i relasjonen, hvor det stadig kommer nytt materiale. Dersom man aksepterer at overføringen er en felles konstruksjon, og at det er det interpersonlige feltet vi undersøker, er ikke fokuset å avgjøre om den kommer fra den ene eller den andre, men å være oppmerksom på hvordan begge to bidrar i relasjonen, hva som skjer dem imellom.

Avsluttende kommentarer

Donnel B. Sterns teori om uformulert erfaring er et interessant og nyttig alternativ til Freuds modell for det ubevisste. I denne modellen forstås selvet som en relasjonell konstruksjon bestående av ulike selv-tilstander. Indre konflikt oppnås når man kan erfare flere selv-tilstander samtidig. Når dette ikke er mulig, vil uakseptabel erfaring bli dissosiert og agert gjensidig i relasjonen. Det er det interpersonlige feltet som bestemmer hva som kan fortolkes og hva som

Jeg vil ikke ha nyanser!

må dissosieres eller ageres. I den terapeutiske relasjonen er det i feltet mellom pasient og terapeut at både dissosiasjonen og fortolkningen kan foregå.

Den terapeutiske prosessen jeg har presentert, kan forstås i lys av Sterns modell. Uformulert erfaring ble agert gjensidig i relasjonen mellom pasienten og meg. Med god hjelp i veiledning ble jeg i stand til å reflektere over det som hadde skjedd, på en slik måte at jeg klarte å akseptere aspekter ved min egen erfaring som tidligere var uakseptable for meg. Erfaring som tidligere måtte dissosieres, kunne bli fortolket og gitt mening som kunne tenkes om, og som dermed kunne håndteres som en indre konflikt. Jeg kunne erkjenne mitt sine, min frustrasjon og skam og likevel kjenne meg trygg på at jeg er et noenlunde godt menneske og en noenlunde god terapeut. Da jeg ikke lenger hadde behov for å dissosiere disse aspektene ved min egen erfaring, begynte jeg automatisk å forholde meg annerledes til pasienten, slik at jeg kunne hjelpe henne å utforske erfaring som tidligere hadde vært uhåndterlig. Det ble en større frihet mellom oss, og vi kunne lettere snakke om det som foregikk mellom oss. Pasienten kom med dette ut av det depressive mørket og kunne starte en nødvendig sorgprosess. Som Levenson skriver (1983/2005, s. 77), er ikke psykoanalyse en *talking cure* hvor det å snakke i seg er helbredende, men en kur der tale og atferd forbindes: "*Psychoanalysis deals with what is said about what is done*".

Jeg måtte gjennom en endringsprosess for å kunne hjelpe pasienten. Det var helt avgjørende at jeg erkjente og "ble frisk av" min *motoverføringsnevrose*, som Heinrich Racker (1953) trolig ville sagt at jeg led av (Stokkeland, 2012). Kanskje er det alltid slik at pasientens terapi også er en terapi for terapeuten (Slavin & Kriegman, 1998; Slavin, 2005/2012; Searles, 1979)?

Referanser

- Bromberg, P. M. (1994). "Speak! That I May See You": Some Reflections on Dissociation, Reality, and Psychoanalytic Listening. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 517-547.
- Bromberg, P. M. (1996). Standing in the Spaces: The Multiplicity Of Self And The Psychoanalytic Relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 509-535.
- Buechler, S. (2004). *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Conci, M. (2010). *Sullivan Revisited – Life and Work*. (L. Cohen, & D. Lee, Overs.) Trento: Tangram Edizioni Scientifiche.
- Ehrenberg, D. B. (1992). *The Intimate Edge: Extending the Reach of Psychoanalytic Interaction*. New York, NY: W.W.Norton & Co.
- Fiscalini, J. (1995). The Clinical Analysis of Transference. In M. Lionells, J. Fiscalini, C. H. Mann, & D. B. Stern (Eds.), *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis* (617-642). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

- Levenson, E. A. (1983/2005). *The Ambiguity of Change*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (samlevolum av bøkene *The Fallacy of Understanding*. + *The Ambiguity of Change*.)
- Levenson, E. A. (1987). The Purloined Self. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 15, 481-490.
- Levenson, E. A. (1988). The Pursuit of the Particular – On the Psychoanalytic Inquiry. *Contemporary Psychoanalysis*, 24, 1-16.
- Levenson, E. A. (1996). Aspects of Self-revelation and Self-disclosure. *Contemporary Psychoanalysis*, 32, 237-248.
- Mitchell, S. A., & Aron, L. (1999). Editors' Introduction to Donnel B. Sterns "Unformulated Experience". In S. A. Mitchell, & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: the Emergence of a Tradition* (77-79). New York, NY: Routledge.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York, NY: Basic Books.
- Ortmeyer, D. H. (1995). History of the Founders of Interpersonal Psychoanalysis. In M. Lionells, J. Fiscalini, C. H. Mann, & D. B. Stern (Eds.), *Handbook of Interpersonal Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Racker, H. (1953). A Contribution to the Problem of Counter-Transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 313-324.
- Searles, H. F. (1979). The Patient as Therapist to His Analyst. In *Countertransference and Related Subjects* (380-459). New York, NY: International Universities Press.
- Slavin, M. O. (2005/2012). Afterword. In L. Aron, & A. Harris (Eds.), *Relational Psychoanalysis. Vol. 2. Innovation and Expansion* (111-119). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Slavin, M. O., & Kriegman, D. (1998). Why the Analyst Needs to Change: Toward a Theory of Conflict, Negotiation, and Mutual Influence in the Therapeutic Process. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 247-284.
- Stern, D. B. (1983). Unformulated Experience, —From Familiar Chaos to Creative Disorder. *Contemporary Psychoanalysis*, 19, 71-99.
- Stern, D. B. (1989). The Analyst's Unformulated Experience of the Patient. *Contemporary Psychoanalysis*, 25, 1-33.
- Stern, D. B. (1991). A Philosophy for the Embedded Analyst—Gadamer's Hermeneutics and the Social Paradigm of Psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 27, 51-80.
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated Experience: From Dissociation to Imagination in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stern, D. B. (2004). The Eye Sees Itself: Dissociation, Enactment, and the Achievement of Conflict. *Contemporary Psychoanalysis*, 40, 197-237.
- Stern, D. B. (2005a). Introduction. In E. A. Levenson, *The Fallacy of Understanding*. + *The Ambiguity of Change*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. (samlevolum av bøkene fra 1972 og 1983)
- Stern, D. B. (2005b). The Man Who Mistook his Impact for a Hat: Reactions to the Interview of Levenson. *Contemporary Psychoanalysis*, 41, 691-711.
- Stern, D. B. (2006). Opening what has been Closed, Relaxing what has been Clenched: Dissociation and Enactment Over Time in Committed Relationships. *Psychoanalytic Dialogues*, 16, 747-761.
- Stern, D. B. (2010). *Partners in Thought. Working with Unformulated Experience, Dissociation, and Enactment*. New York, NY: Routledge.
- Stern, D. B. (2013). Relational Freedom and Therapeutic Action. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 227-255.
- Stokkeland, J. M. (2012). Overføring og motoverføring: En oversikt. *Matrix*, 29, 128-148.

- Sullivan, H. S. (1940). *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: W.W. Norton & Co.
- Sullivan, H. S. (1954). *The Psychiatric Interview*. New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Våpenstad, E. V. (2012). A Temperate Presence: The Meaning of Subjectivity and Neutrality in Classical and Contemporary Psychoanalysis. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 35, 82-93.
- Will, O. A. (1954/1970). Introduction. In H. S. Sullivan, *The Psychiatric Interview* (ix-xxii). New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Zachrisson, A. (2008). Neutrality, Tenderness and the Analyst's Subjectivity: Reflections on the analytic relationship. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 31, 86-94.

Abstract

As a psychotherapist one constantly gets involved in enactments with the patient. Given the interpersonal psychoanalytic tradition, and especially Donnel B. Stern's thinking, a way to understand such enactments as absence of internal conflict is presented. Key terms like 'unformulated experience' and 'dissociation' are explained and illustrated with a clinical example. Unformulated experience enters the therapy room through enactments, which makes it accessible to exploration and interpretation. With an accepting attitude and curiosity, the enactment may facilitate growth. In the case presentation, the therapist's own process is emphasized; how, by coming to a greater acceptance of his own self-states, he was able to help the patient to interpret unformulated and dissociated experience. Maybe every patient's psychotherapy is also therapy for the therapist?

Keywords: dissociation, Donnel B. Stern, enactment, the interpersonal field, interpersonal psychoanalysis, self-states, unformulated experience.

Behandling på boks

– En kasusstudie av selvhjelpsverktøyet *Psykologisk førstehjelp* som normativ diskurs

Matrix, 2013; 4, 285-303

Ida K. Holth & Ole Jacob Madsen

Denne artikkelen er en kasusstudie av det norske selvhjelpsskrinet Psykologisk førstehjelp, et kognitivt psykoedukativt program rettet inn mot barn og unge i alderen åtte til 18 år. Verktøyet har vist seg lovende i arbeidet med psykisk helse hos barn og unge, og er vurdert som noe alle barn og unge potensielt kan ha nytte av. Med et diskursanalytisk utgangspunkt spør vi i denne artikkelen om hvilke underliggende normer som formidles til barn og unge når prinsipper fra individualpsykologisk praksis tas i bruk som et allment forebyggingstiltak. Resultatene av vår diskursanalyse indikerer at skrinene står i fare for å fremme en reduksjonistisk forståelse av emosjoner ved å plassere dem i dikotomiske kategorier. Idealer om positiv tenkning og økt selvkontroll gjenspeiler en tendens i psykologifaget til å fremme en form for instrumentell etikk, som kan stå i fare for å erstatte løsninger og forebyggingstiltak av mer relasjonell og samfunnsmessig art. Mer forskning på implementeringen av Psykologisk førstehjelp behøves imidlertid for å undersøke hvordan disse underliggende normene kan gjøre seg gjeldende i praksis.

Ida K. Holth, Psykolog, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Postboks 1094 Blindern, 0317 Oslo. E-post: holth.ida@gmail.com. Tlf.: 930 23 429

Ole Jacob Madsen, Førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Postboks 1094 Blindern, 0317 Oslo. E-post: o.j.madsen@psykologi.uio.no. Tlf.: 411 05 231

Introduksjon

Psykologiske verktøy blir stadig mer tilgjengelige for befolkningen. Et aktuelt eksempel er selvhjelpsskrinene *Psykologisk førstehjelp* (Raknes, 2010b, 2010c) som er et kognitivt inspirert psykoedukativt materiale rettet mot barn og unge i alderen åtte til 18 år. Skrinene er laget av den norske psykologspesialisten Solfrid Raknes, men er utledet fra anerkjente kognitive behandlingsprogrammer som *Mestringskatten* (Kendall, 1992) og *Friends for life* (Barrett, 1996). *Psykologisk førstehjelp* er fundert på forskning fra selvhjelpsmetodikk og har som mål å gjennomføre effektstudier på bruken av materialet etter bevilgninger fra HelseDirektoratet (Raknes, Mauseth, & Storm Mowatt Haugland, 2011). Dette forskningsarbeidet er fremdeles i utprøvingsfasen (Raknes, 2012). *Psykologisk førstehjelp* anvendes allerede både på skoler, i førstelinje- og spesialisthelsetjenesten og er tilgjengelig for kommersielt salg i Norge i utvalgte bokhandlere (Raknes, et al., 2011). Skrinene er dessuten oversatt til svensk og dansk. Barn og unge kan få innføring i materialet både sammen med profesjonelle, lærere eller foreldre.¹ Selvhjelpstilbud som dette der man ikke lenger er avhengig av en avtale hos en profesjonell behandler er uttrykk for en pågående distribusjon og demokratisering av psykologisk kunnskap, i tråd med tidligere president i den amerikanske psykologforeningen (APA) George A. Miller (1969) sitt velkjente motto for framtidens psykologer: "Giving psychology away". Økt bruk av selvhjelp innen mental helse handler også om økonomi siden langvarig individuell psykoterapi kan være prohibitivt (Harwood & L'Abate, 2010). Fra et klinisk ståsted har flere ønsket denne utviklingen velkommen da den faglige rausheten innebærer at en større del av befolkningen lettere får tilgang til hjelp uten å belaste det psykiske helsevesenet unødige (Berge & Repål, 2012). Andre er igjen mer skeptiske da relasjonen mellom terapeut og klient kan bli svekket som følge av mindre kontakt ansikt til ansikt (Bergsma, 2008).

Mulighetene for både bruk og misbruk av psykologiske teknikker vil endre seg når de løsrives fra de kontrollerte rammene i den terapeutiske relasjonen. Det nedslagsfeltet programmer som *Psykologisk førstehjelp* kan ha i arbeid med barn og unges mentale helse blir større, og derfor blir det også desto viktigere å diskutere hvilke underliggende normer som formidles fra psykologisk hold til barn og unge i dag. En slik refleksjon innebærer å løfte blikket fra psykologiske teknikker til implisitte verdier for ideelt sett å foregripe mulige utilsikte-

1. Etter denne artikkelen ble skrevet har det også kommet fire innføringsvideor til materialet på YouTube, samt en egen app for iPad.

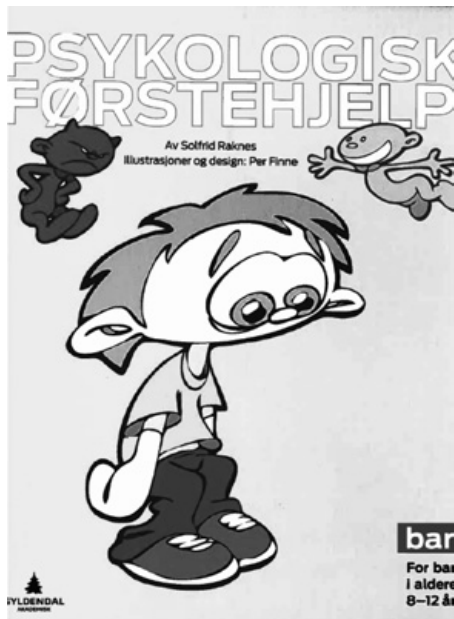
de konsekvenser psykologiske verktøy kan ha. Spørsmålet vi stiller i denne artikkelen er derfor: Hvilke underliggende normer for psykisk helse hos barn og unge er implisert når individualpsykologiske metoder tas i bruk på et populasjonsnivå? Med andre ord, hva skjer når virksomme teknikker fra individualpsykologien brukes i en samfunnssetting? Bakgrunnen for denne problemstillingen er en rekke refleksive studier av psykologifagets implisitte verdigrunnlag som spør hvordan psykologi bevisst eller ubevisst virker som en normgiver i samfunnet (se f.eks. Brinkmann, 2011; Nafstad, 2009). Her vil man som regel anerkjenne at psykologi ikke bare er en ekstern løser av problemer, men selv er uløselig knyttet til fagets undersøkelses- og behandlingsobjekt, subjektet selv (Madsen, 2012). Psykologifaget setter individet i sentrum og virker på samme tid både forklarende for og formende på mennesket. En rekke historiske og sosiologiske studier har sågar brukt betegnelser som “det psykologiske mennesket” (Rieff, 1987) og “den terapeutiske kultur” (Illouz, 2008) som beskrivelser på innflytelsen psykologien øver på samtiden. Mange av begrepene fra psykologisk teori og praksis synes å bli tatt for gitt både innenfor og utenfor faget – denne artikkelen har til hensikt å gjøre “psykologiske verdier” eksplisitte slik at man kan få anledning til å diskutere dem.

Metode og analyse materialet

Fremgangsmåten vi har benyttet er å anvende de to selvhjelpsskrinene *Psykologisk førstehjelp* som et kasus der vi tar i bruk diskursanalyse (Jørgensen & Phillips, 2008) for å fortolke skrinene som tekst og for å undersøke den bredere konteksten selvhjelpsskrinene inngår i. Vi har valgt forskningsdesignet kasusstudie fordi det er velegnet til å undersøke sammensatte overordnede teoretiske eller samfunnsrelaterte spørsmål ved å gå i dybden på en måte som mer sammenlignende studier ikke uten videre tillater (Flybjerg, 2010). Valget av *Psykologisk førstehjelp* som kasus skyldes at det på mange måter er prototypisk for nåværende helsepolitiske mål i Norge om å forbygge psykiske lidelser blant barn og unge ved å heve den generelle selvhjelpskompetansen i befolkningen. Helsedepartementet har sågar finansiert implementeringen av *Psykologisk førstehjelp* i førstelinjetjenesten (Raknes, et al., 2011). Ambisjonsnivået fremprovokerer således nye problemstillinger. Skrinene tar nemlig ikke bare mål av seg å skulle være reaktive, men også proaktive ved å tilby barn og unge bestemte forståelsesformer, som tankefigurene Rød og Grønn, som de kan anvende når de møter fremtidige utfordringer i livet. Skrinene har i tillegg bred distribusjon

til skole- og helsevesen og det kommersielle markedet gjenspeiles i at de allerede i desember 2011 var trykket i et opplag på 10.900 eksemplarer (Idsøe, 2011). Det er derfor rimelig å anta at det valgte kasuset potensielt sett kan ha en anelig grad av påvirkningskraft i hverdagslivet og for selvforståelsen til mange barn, unge og foreldre i Norge.

For å fortolke *Psykologisk førstehjelp* som et eksempel på bestemte tendenser i psykologifaget har vi valgt diskursanalyse (Jørgensen & Phillips, 2008) som metodisk tilnærming da denne kvalitative metoden gir muligheten til å fortolke et kasus som uttrykk for en virkningsfull diskurs i samtiden. I arbeidet med analysen har vi vekslet mellom de tre ulike nivåene i en diskursanalyse, tekst-, kontekst- og samfunnsnivået. I tekstanalysen har vi studert språklige elementer som ordvalg, metaforer og tekstens sammenheng, hvor temaer har blitt identifisert både induktivt og deduktivt. I tolkningen av de underliggende normene i materialet har vi valgt å trekke inn teori som kritisk kontekstualiserer psykologiske normer, i tillegg til å bruke tradisjonene kognitiv psykoterapi og selvhjelp som referanserammer. Teoretisk forutsetter diskursanalyse at språket danner grunnlaget for handling. Det vil si at i et bestemt diskursivt verdensbilde blir noen former for handling naturlige, mens andre blir utenkelige. Ulike verdensbilder medfører således ulike handlinger, og den sosiale konstruksjon av kunnskap og sannhet får dermed sosiale konsekvenser (Jørgensen & Phillips, 2008). I dette tilfellet betyr det at selvhjelpsskrinenes måte å kategorisere barn og unges vansker på kan prege hvordan barn og unge i fremtiden forholder seg til seg selv og omverden. Cherry (2011) mener eksempelvis å finne et underliggende individualistisk tankesett i størstedelen av dagens selvhjelpsbøker. Hvordan kan dette gi seg utslag i arbeidet med mental helse? Det er imidlertid viktig å være klar over diskursanalysens begrensninger hva gjelder for eksempel spørsmål om opplevd tilfredshet hos brukere. Vi har heller ikke benyttet intervju eller foretatt nærstudier av barn og



unges faktiske bruk av *Psykologisk førstehjelp* i hverdagen, så slike forhold, selv om de vil være relevant i en endelig estimering av skrinene, faller utenfor denne artikkelens rekkevidde. *Psykologisk førstehjelp* vurderes å kunne være potensielt virksomt ifølge Forskningsgruppe for forebyggende og helsefremmende tiltak ved Regionalt kompetansesenter for barn og unge – Nord (Neumer, 2011). Etter vurderingen ved RKB Nord har det også blitt utviklet en *Veileder for bruk av materialet i førstelinjen*, ettersom nedslagsfeltet til materialet er såpass bredt (Raknes & Storm Mowatt Haugland, 2013). Dette forebyggings- og selvhjelps-konseptet er likevel nytt i en norsk sammenheng og det gjenstår å se hvordan metoden vil bli brukt og hvilken effekt den vil ha.

Resultater

Psykologisk førstehjelp (Raknes, 2010b, 2010c) kommer i hendige, illustrerte blå pappbokser og finnes i en versjon for barn i alderen åtte til 12 år og en utgave for ungdom i alderen 13 til 18 år. Skrinene inneholder begge et arbeidshefte, en blokk med avrivbare ark med tegninger av en hjelpehånd og en rød og en grønn plastikkfigur. Gjennom lettfattelige tekster og tegninger forklarer arbeidsheftene grunnprinsippene i kognitiv terapi, nemlig at vi selv kan påvirke hvordan vi har det via tankene og handlingene våre (Raknes, et al., 2011). Hjelpehånden tilbyr en konkretisering av en tankeprosess, ved å vise fram en hånd som et visuelt hjelpemiddel som kan hjelpe barn og unge å sortere deres opplevelse av en situasjon, en tanke eller en følelse (Raknes, et al., 2011). Figurene Rød og Grønn skal likedan hjelpe brukerne å eksternalisere og forstå at tanker er noe litt utenfor dem selv som allikevel påvirker dem. Vi vil nå ta for oss disse tre hovedelementene.

Arbeidsheftet: Hjernen er alene

Intensjonen bak metodene og teknikkene som presenteres i *Psykologisk førstehjelp* har til hensikt å rydde, kategorisere og konkretisere tanker og følelser (Raknes, 2010a). Det overordnede formålet er at barn og unge skal få oppleve mer glede og mestring i løpet av kort tid: "Hvis du ønsker at redsel, sinne eller tristhet skal ta mindre styring i livet ditt, eller ønsker å bli mer trygg og glad, kan du ha nytte av dette psykologiske førstehjelpsskrinet" (Raknes, 2010c, s. 9). Dette målet er videre operasjonalisert i skrinene der målet er å få flere grønne tanker og færre røde tanker. Med utgangspunkt i hovedmålet om rask og effektiv behandling er det ut fra en diskursanalyse rimelig å ta for seg den kon-

septuelle og tekstlige innrammingen av behandlingstilbudet som et “mentalt førstehjelpsskrin” først. Hvordan kan man forstå denne språklige innrammingen og konstruksjonen? Den nevnte analogien mellom fysiske og psykiske plager presenteres i arbeidsheftene slik:

Uansett hvor flink man er med pyrisept og plaster, må man likevel til legen en gang iblant. At voksne eller barn utvikler psykisk sykdom er like lite selvforskyldt som annen sykdom – og det kan gjøres noe med (Raknes, 2010b, s. 5; 2010c, s. 5)

Du trenger godt stell når du har det vondt. Når du får skrubbsår, er det lurt å rense såret og ha på plaster. Det visste du kanskje? Men vet du hva som er lurt å gjøre når du er så redd, sint eller lei deg at det gjør vondt? (Raknes, 2010b, s. 8)

Trolig kan du plastre og rense skrubbsår. Og trolig vet du hva som er lurt å gjøre for å ta vare på deg selv når du er forkjølet. Men vet du hva som er lurt og godt for deg når du blir fortvilet, veldig redd eller rasende? (Raknes, 2010c, s. 9)

Denne sammenligningen av fysisk skade og et psykisk problem bidrar til en språklig materialisering og objektivisering av følelser. Analogien bygger opp under en forventning om at skrinene skal kunne tilby eksakt og umiddelbar hjelp. På samme måte som det i et vanlig førstehjelpsskrin finnes remedier for å bøte på skaden, skal du i *Psykologisk førstehjelp* kunne få psykisk plaster og rensende Pyrisept-salve. Metaforbruken skaper en forventning om at emosjonelle plager skal kunne lindres på en rask og håndfast måte, som et skrubbsår. Den fysiske komponenten blir også vektlagt i heftenes beskrivelse av hva en følelse er for noe: “Når Arne er redd, slår hjertet hans fort, kroppen blir stiv, han svetter og får pesepust” (Solfrid Raknes, 2010b, s. 16). En fysisk fornemmelse kan være lettere å forstå og forholde seg til enn en psykisk opplevelse særlig for barn, og samsvarer med skrinenes intensjon om å tilby konkret hjelp (Raknes, 2010a). Mer effektive former for følelshåndtering er idealer som verdsettes innen tenkningen rundt denne typen lavterskeltilbud (Dobson & Dozois, 2000), og som her får et metaforisk uttrykk gjennom førstehjelpsanalogien. *Psykologisk førstehjelp* baserer seg på en tanke om forebygging knyttet til det såkalte BEON-prinsippet (Beste Effektive OmsorgsNivå) som er sentralt i samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009; Tilden & Raknes, 2010). BEON-prinsippet innebærer at den hjelp som tilbys skal være mest mulig effektiv og innebære minst mulig kostnader, både av menneskelig og økonomisk art.

Dette rasjonale ser også ut til å få konsekvenser for hvilke nivåer psykiske vansker tenkes ut fra.

Barn og unge blir oppfordret til å bruke arbeidsheftene sammen med en voksen (Raknes, 2010b, Raknes, 2010c). At barn og unge er avhengige av voksne og venner understrekes blant annet gjennom Hjelpehånden hvor en del er reservert spørsmålet: "Hvem kan hjelpe meg?". Barn blir bedt om å tenke gjennom hvem de kan be om støtte:

Alle trenger noen som kan hjelpe seg. Du trenger noen som gjør morsomme og koselige ting sammen med deg. For da vokser gleden! Du trenger noen som kan gi deg trøst når du er lei deg, redd eller sint. Du trenger hjelp til å finne og fange Rødtankene dine. Du trenger hjelp til å finne Grønttanker. Familie, venner, klassekamerater, lærere eller trenere – hvem har du som kan være med deg, hjelpe deg og heie på deg? (Raknes, 2010b, s. 30)

At barn og unge inngår i et nødvendig fellesskap understrekes både i introduksjonen til materialet og i teksten selv. Samtidig er budskapet i *Psykologisk Førstehjelp* først og fremst knyttet til å lære å hjelpe seg selv. Det er den unges evne til individuell mestring som fremstår som hovedinnholdet i Arbeidsheftene. Ansvar for å be om hjelp er barnets. Familien presenteres først på side 30 i heftet for de yngste og side 42 for de eldste. Både visuelt og tekstlig synes eksemplene på utfordrende situasjoner barn og unge kan møte å eksistere i et vakuum hvor verken klasserommet, gaten eller barneværelset er representert. Barn og unge presenteres således i en verden uten en bredere kulturell kontekst. Bortsett fra enkelte framvisninger av foreldre og venner så "svever" barn og unge rundt på en farget bakgrunn i illustrasjonene i arbeidsheftene, kun omgitt av de røde og grønne tankene sine (Raknes, 2010b, 2010c). Hensikten er først og fremst å styrke individets evne til å jobbe med egne tanker: "Hovedprinsippet er at man kan få det bedre i livet ved å ta styring over tankene sine og få kontroll over hva man gjør når følelsene er sterke" (Raknes, 2010b, 2010c, s. 2). Således skaper skrinene et fiktivt univers der den større kulturelle og sosioøkonomiske konteksten enten ikke finnes eller betyr noe for barnet eller ungdommen. Heftene har mange eksempler på situasjoner hvor barn og ungdom kan bruke skrinene som kognitive redskaper. I et eksempel på hvordan man kan bruke Hjelpehånden blir vi presentert for Inge som ikke vil på skolen:

Hva skjer?: Inge kjenner at han er sliten og har litt vondt i magen.
Følelser: Bekymret. Lei meg. Sliten

Rødtanker: Uff, jeg orker ikke gå på skolen. Det blir ikke gøy når jeg ikke er i toppform.

Grønntanker: Jeg går på skolen. Jeg kan lære noe. Det kan bli gøy. Formen kan bli bedre. Og jeg kan jo si ifra til de voksne hvis jeg faktisk blir syk.

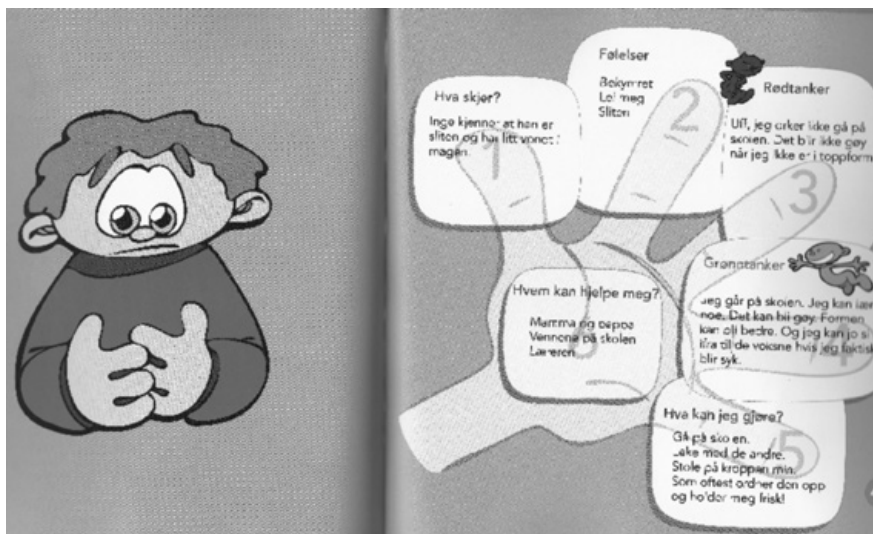
Hva kan jeg gjøre: Gå på skolen. Leke med de andre. Stole på kroppen min. Som oftest ordner den opp og holder meg frisk!

Hvem kan hjelpe meg? Mamma og Pappa. Vennene på skolen. Læreren. (Raknes, 2010b, s. 48)

Informasjonen leseren får om årsakene til at Inge ikke vil på skolen er ikke siuert i en bredere sammenheng. En underliggende antagelse synes å være at han tenker for negativt og dermed "feil" og unnviker skolen fordi han er engstelig. Det gis i det foreliggende materialet i liten grad rom for å undre seg over *hvorfor* Inge er sliten, trist og urolig. Hva er det med hans livssituasjon som gjør at han reagerer slik? En systemisk forståelse av at Inges plager kan ha sammenheng med en vanskelig familiesituasjon, mobbing, eller andre problemer i skolen er her fraværende, og løsningene blir deretter.

Hjelpehånden: En følelse av kontroll

Innen psykologisk selvhjelps litteratur har evnen til selvregulering og selvkontroll blitt mer og mer sentrale virkemidler til å få et bedre liv (Rimke, 2000).



Det viktigste hjelpemiddelet til å oppnå dette formålet i *Psykologisk førstehjelp* skrinene er Hjelpehånden. Den utstrakte håndflaten er illustrert slik at en vanskelig situasjon eller en ubehagelig følelse kan brytes ned i ulike komponenter, der man kan følge hver finger og skille tydelig mellom situasjonen selv, følelser, røde tanker, grønne tanker, løsninger alene og muligheter med hjelp fra andre, slik det ble vist i det forutgående eksempelet (Raknes, 2010b, 2010c). Videre heter det at: "Hånden er et hjelpemiddel til å gjøre en ryddejobb når tanker og følelser blir vanskelige og uoversiktlige. Å fylle ut hjelpehånden gjør at en får bedre oversikt over situasjonen" (Raknes, 2010b, ss. 2-3). Og litt senere:

Ved å bruke hjelpehånden skiller du mellom hva som skjer, hva som er dine følelser, og hva som er dine tanker. Skillet kan gjøre at du lettere kan vurdere om følelsene står i greit forhold til situasjonen du er i. Om du tar deg selv i at du overreagerer litt, kan du vurdere om du tenker på måter som gjør vondt verre. Vi mennesker gjør ofte det når vi har det vanskelig. Og vi kan lære oss til å tenke mer lurt. (Raknes, 2010c, s. 14)

Hensikten med Hjelpehånden synes helt enkelt å dele en opplevelse inn i forskjellige bestanddeler. Det legges en tydelig verdi i det å ha et oversiktlig og ryddig forhold til sine følelser. Dette er et ideal som synes å bli verdsatt innen den kognitive terapitradisjonen som skrinene slekter på. Eksempelvis i Berge og Repåls innføringsbok i kognitiv terapi *Den indre samtalen* beskriver forfatterne formålet med kognitive teknikker som å minke en "impulsiv og reflekspreget måte å analysere og løse problemer på" (2010, s. 41). Selvhjelpsskrinenes edukasjon i tanker og følelser forutsetter således en særegen form for emosjonell kompetanse hos barn og unge der viktigheten av kontroll over tanker og følelser er sentralt.



Grønne og røde tanker: Din indre engel og djevel

Den grønne og den røde figuren, designet for å skille mellom positive og negative tanker, er de mest fremtredende visuelle virkemidlene i selvhjelpsskrinene. Disse er fysisk representert som to plastikkfigurer med bevegelige ledd, ikke ulikt Playmofigurer. De er tegnet i arbeidsheftet som levende skikkelser som kretser rundt hodet til barna og ungdommene som er avbildet i *Psykologisk førstehjelp* (Raknes, 2010b, 2010c). På forsiden av begge boksene sirkler Rød og Grønn med henholdsvis et sinnafjes og et stort smil rundt hodet til det nedtrykte barnet og den engstelige ungdommen. På barneverksjonen har Rød sågar fått små djevelhorn tegnet i pannen (Raknes, 2010b). Den røde og grønne figuren bidrar til en konkretisering og kategorisering av tanker og følelser. I tråd med de grunnleggende prinsippene for kognitiv terapi blir tankeinnholdet løftet frem som objektive størrelser. Tatt i betraktning at man har å gjøre med barn helt ned i åtteårsalderen er denne forenklingen lett å forstå. I arbeidsheftet for ungdom blir også røde tanker satt i sammenheng med tidstypiske fenomener som ungdom av i dag vil ha naturlig erfaring med, som for eksempel søppelpost som de kan opprette "spamfilter" for å beskytte seg mot:



Rødtanker sniker seg inn i blant, og derfor er det lurt å ha en smart måte å håndtere dem på. Vi kan tenke på rødtanker som spam. Vi bruker spamfilter for å fange opp tvilsom e-post. Når programmet gir beskjed om mulig spam, må vi avgjøre hva skal gjøre med den. Vi kan la spam ligge uåpnet. Det vi aktivt prøver å ikke tenke på, vil typisk dukke opp i tankene likevel. Så prøv heller å la rødtankene få lite makt eller plass når de kommer. Vi kan jo tenke på så mye, tanker kan komme og gå. Rødtanker som bare er innom litt og som du ikke lar få makt over deg, som du ikke lar styre deg og som du har identifisert som unyttig spam, kan du prøve å la fly videre på den store tankehimmelen. Du trenger ikke vurdere innholdet i rødtankene, du trenger ikke tro på dem, du trenger ikke la deg påvirke av dem. Prøv å godta at de kommer – og går. (Raknes, 2010c, s. 31)

Bruken av begrepet “spam” gir assosiasjoner til den kognitive psykologiens ofte brukte datamaskinanalogier (Yanchar, 2005). Poenget med metaforen synes å være at man ikke skal la seg overvelde og affektere av negative tanker. Samtidig skaper sammenligningen mellom røde tanker og søppelpost en bestemt verdiladet oppfatning. Negative tanker presenteres som noe som aktivt kan filtreres ut av bevisstheten.

Diskusjon

Følelser som nyttige instrumenter

I et diskursanalytisk perspektiv kan man forstå de tre grunnkomponentene i *Psykologisk førstehjelp* som uttrykk for retningsgivende tanker og ideer i samtiden. Vektleggingen av verdien av ordnet og klar tenkning slik vi ser det i *Psykologisk førstehjelp* er en fremtredende overordnet målsetting innenfor kognitiv terapi. Følelser kan bli lettere å snakke om gjennom en konkretisering og eksternalisering, men en forenkling av følelsesuttrykk kan også bli en subjektivistisk eller individualistisk reduksjonisme slik Sampson (1981) hevder er den kognitive psykologiens hovedproblem. Symbolikk som spiller på det gode og det onde slik som figurene Grønn og Rød, kan implisitt kommunisere at visse tanker og følelser er bedre enn andre. Det vil kunne være problematisk om følelser som smerte, tristhet og sinne ansees som mindre verdt enn følelser som glede og mestring. Psykoanalytikeren Heinz Hartmann (som referert i Schafer, 1970) hevdet i sin tid at kapasiteten til å lide og å være deprimerert var nødvendig for å være et noenlunde sunt menneske. Psykisk smerte kan knyttes til individets opplevelse av å være i verden. Et objektivt og instrumentelt forhold til egne følelser kan blokkere tilgangen til den *meningen* tristhet, sinne og redsel har for barn og unge (Løkke, 2011). Vetlesen (2004, s. 7) skriver om dette: “Uten smerte er livet vårt ikke til å leve. Med smerte er livet knapt til å holde ut”. Nå understreker også *Psykologisk førstehjelp* rett nok viktigheten av å akseptere alle typer følelser. Men analysen viser like fullt at å fremme verdien av de grønne følelsene i en dikotomi mellom rød og grønn, kan munne ut i et språklig følelsesregister hos barn og unge der man verdsetter grønn over rød. Et slikt mulig teknisk og objektivt forhold til følelser svarer til det Fowers (2010) mener kjennetegner deler av psykologifaget i dag, nemlig en instrumentell rasjonalitet som gjør følelser til nyttige instrumenter og på den måten snevrer inn menneskets livsverden. Fowers understreker at dette ikke bare handler om en blind flekk i vår profesjon, men er av betydning for psykologiens påvirkning i kulturen for øvrig.

Plikten til å nyte

Figurene Grønn og Rød kan tolkes å ha tydelige moralske undertoner. Symbolbruken gestalter ulike etiske valg i hverdagen som gir assosiasjoner til den indre djevel- og englestemmen i populærkulturen kjent blant annet fra den klassiske Disney-tegnefilmen *Donald's Better Self* (King, 1938). I filmen lokker djevelfiguren Donald med på fisketur i stedet for skolen, slik at han kan gi etter for sitt ønske om umiddelbar tilfredsstillelse ved å slappe av på elvebredden mens han røyker pipe. Filmen ender i en slåsskamp mellom Donalds engle- og djevelstemme. En slik tenkt slåsskamp mellom indre motstridende tanker er også viet et helt avsnitt i arbeidsheftet til *Psykologisk førstehjelp*: "Hva trenger Grønn i kampen mot Rød? Tror du mest på Grønn eller Rød? Om du lar Grønn vinne kampen, vil det bli bedre for deg" (Raknes, 2010b, s. 26).

Den underliggende moralen i Disney-filmen fra trettitallet er at det lønner seg å utføre de pliktene man er satt til, som å stå opp om morgenen og å gå på skolen og ikke sette sitt eget velvære i sentrum. Tidligere handlet tilpasning til kulturen i langt større grad om å gjøre sin plikt og å være i stand til å utsette glede og nytelse (se f.eks. Jensen, 2006; Mitscherlich, 1993). Både tegnefilmen og skrinene har en moral som går ut på å tilpasse seg den rådende samfunnsordenen, men på ulikt vis. Det kan i dag derimot virke som skillet mellom gode og dårlige handlinger er flyttet inn i mennesket, og isteden blir et skille mellom positive og negative tanker. Velvære settes dessuten opp som en verdi i seg selv å etterstrebe i motsetning til i tidligere tider. Slik sett kan den reviderte moralske leksen fra Donald på 30-tallet til *Psykologisk førstehjelp* sies å passe inn i et mønster av et større kulturelt omskifte i den vestlige kulturs autoritetsforhold der man ikke lenger retter seg utover, men innover i seg selv (Madsen, 2010). Det er ikke dermed sagt at pliktfølelse blir borte av den grunn. Den dukker kanskje bare opp igjen som plikten eller tvangen til å nyte (Žizek, 1999a, 1999b). Žizek er inspirert av Lacans idé om superegoets påbud om å nyte, men forstår hele den vestlige mentalitets holdning til lyst og glede som kolonisert av en du-må-fordi-du-kan-logikk, slik som vår tids "plikt til å realisere seg selv" kan stå som eksempel på.

Selvhjelpens paradoks – det sårbare barnet

I senere tid har det vært en økende interesse for ulike former for selvhjelpspraksiser i Norge (Hjemdal, Nilsen, & Seim, 1998). Det kan synes som om det er oppstått en særlig tett forbindelse mellom kognitiv terapi og selvhjelp fordi

man antar at kognitiv behandling involverer universelle mekanismer forbundet med hvordan alle mennesker mottar, bearbeider, lagrer og bruker informasjon. Pasienten kan ideelt sett opparbeide seg en metakognitiv ekspertkompetanse på sine egne tankeprosesser. Berge og Repål (2010, s. 10), som begge har sittet i den faglige referansegruppen til *Psykologisk førstehjelp*, fremhever sågar eksplisitt at: "kognitiv terapi er først og fremst hjelp til selvhjelp, der pasienten lærer å bli sin egen terapeut". Selvhjelpsskrinenes sammenlignbare uttalte ambisjon om at de kan være til hjelp for alle barn og unge (Raknes, 2010b) er på den ene siden mulig å fortolke som del av en positiv utvikling der hjelp ikke er noe som er forbeholdt de privilegerte og ressurssterke, men nå er blitt tilgjengelig gjort til alle. Dette er helt i tråd med mottoet "Giving psychology away", hvor psykologiske betrakningsformer anses som gyldige også utenfor terapiværelset (Miller, 1969). På den andre siden kan man problematisere det allmenne løftet skrinene representerer. Den påståtte universelle anvendelsen kan nemlig bidra til at grensene mellom hverdagsutfordringer og psykiske lidelser og ikke-kliniske og kliniske tilfeller blir mer uklare. Ved å betone såpass sterkt at alle barn og unge kan ha nytte av psykologisk forebygging risikerer man også å implisere at alle barn og unge potensielt kan utvikle eller ha en underliggende psykisk lidelse. Resultatet av en slik utvikling er potensielt sett en avhengighet av eksperter for å håndtere hverdagsutfordringer (McLaughlin, 2003). Visjonen om å la folk bli sine egne eksperter som ligger bak *Psykologisk førstehjelp* fører nødvendigvis ikke til at ekspertene blir mindre tilstede i folks liv.

Verdien av individuell selvkontroll

Det er mulig å betrakte selvhjelpsverktøy som *Psykologisk førstehjelp* som et uttrykk for at mennesker i dag helt fra barnsben av sosialiseres til å ha et aktivt, mentalhygienisk forhold til sitt indre liv. Kultursosiologen Eva Illouz (2008) hevder at det å inneha en særegen form for emosjonell kompetanse, en slags terapeutisk kapital, er en viktig verdi for individer i dag. Dette idealet kan henge sammen med nye fordringer i borgeridealet i vestlige demokratier om å kunne styre seg selv som autonome og mestrende individer (Rose, 1996). En bekymring er derfor at politikken abdiserer til fordel for individuelle og psykologiske oppskrifter. En utbredt talemåte som illustrerer forventningen om at individet skal ta grep i sitt liv er blitt at man må "jobbe med seg selv" (Brinkmann, 2008). Premisset for ideen om å jobbe med seg selv handler om at det er individet det er noe galt med, og ikke de krav og forventninger den enkelte har internalisert (Vetlesen, 2007). Denne underliggende forestillingen formid-

les implisitt i *Psykologisk førstehjelp* ettersom barn og unge oppmuntres til å endre tankene sine og ikke vende sinne eller frustrasjon utover. Problemene de møter beskrives og illustreres uten en større bakgrunn og kontekst.

Intensjonen bak *Psykologisk førstehjelp* er at skrinene kun skal være en støtte i et bredere forebyggings- og behandlingsarbeid (Raknes, 2012), men er det noe psykologiens historie har vist oss er det at såkalte nyttige verktøy ofte ender opp med å få en langt mer fremtredende plass enn det som var den opprinnelige intensjonen. Diagnosemanualene DSM og ICD som kun var ment å bistå i en langt bredere tilnærming til "det hele mennesket" er kanskje de mest opplagte eksemplene i nyere tid (Frances, 2013). Foreligger det her en risiko for at barn og unge i det stille tillegges en urimelig ansvarsbyrde gjennom egenomsorgen for psykisk helse?

Fra et samfunnsperspektiv kan *Psykologisk førstehjelp* leses som en endring i tenkningen omkring forebygging, som tidligere handlet om å legge til rette for sosiale møteplasser, gode skoler og humane arbeidsplasser, til individuell kognitiv egenomsorg innrettet mot barn og unge. Det finnes indikatorer på at systemisk forebygging for øyeblikket blir neglisjert i norske psykologers hektiske arbeidshverdag. I rapporten *Kommunepsykologsatsingen i Norge i et folkehelseperspektiv* er 100 kommunepsykologer intervjuet om hva de bruker arbeidstiden sin på (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013). Her fremgår det at mesteparten av tiden brukes til kliniske oppgaver som samtaler med barn og unge samt foreldreveiledning, mens lite tid blir brukt til forebyggende tiltak rettet mot grupper eller hele befolkningen. Kun 9 % av tiden gikk med til allmenne forebyggende tiltak, mens 55 % av tiden ble brukt til behandling. Mange av kommunepsykologene oppgir at de selv ønsker å bruke mer tid på forebygging, men at arbeidspresset og etterspørselen etter samtalebehandling setter en stopper for det (Heggland, Gärtner & Mykletun, 2013). Det er imidlertid mulig å argumentere for at *Psykologisk førstehjelp* sitt bidrag i samtaler med barn, unge og foreldre vil ha en forebyggende effekt på individnivå, eller at skrinenes potensielle bidrag til en effektivisering av det kliniske arbeidet vil frigjøre mer tid til forebygging for den enkelte psykolog. Men en kan også spørre om individualpsykologiske virkemidler som *Psykologisk førstehjelp* representerer er med på å gjøre hele forebyggingstanken i dag både individualisert og klinisk konstituert, og med sin anvendbare og appellerende utforming er med på å forsterke en slik tendens ytterligere.

Metodiske forbehold

En kasusstudie som denne vil kunne kritiseres for å være sårbar for forskernes forutinntatte holdninger. Flyvbjerg (2010) hevder imidlertid at kasusstudien i mange tilfeller også kan nyansere og utfordre antagelser som har blitt fremmet innen et forskningsfelt. *Psykologisk førstehjelp* er til nå utelukkende blitt motatt som et ubestridt gode, mens vi her kan peke på mer bekymringsfulle latente sider ved verktøyet. Det er også mulig å ta kasusstudien til inntekt for et delvis divergerende funn til den vanlige antagelsen om at selvhjelpslitteratur nødvendigvis må være fundert på et individualistisk normsett (Cherry, 2011). Skrinene er utformet slik at barn er tenkt å jobbe sammen med en voksen, fortrinnsvis foreldre, og arbeidsheftene utelukker ikke betydningen familien eller barnets nære omgivelser har for å løse psykiske vansker. Likevel kan man argumentere for at skrinene er med på å verdsette individuelle årsaker og løsninger over kontekstuelle faktorer gjennom sin vektlegging av tankene og følelsenes rolle i endringsarbeidet, som en universell metode på tvers av situasjoner og dermed gi kritikerne delvis rett i kritikk av kognitiv psykologis individualistiske bias (se f.eks. Sampson, 1981).

En begrensning ved analysen er som nevnt at vi ikke har studert den faktiske bruken av *Psykologisk førstehjelp* rundt om på landets helsestasjoner, skoler og hjem. Dermed blir fortolkningen av disse selvhjelpsskrinene i en forstand et forsøk på å antesipere endringer i norske barn og unges selvforståelse og emosjonshåndtering på sikt. Det er imidlertid all grunn til å tro at barn ikke er passive mottagere av virkemidlene de blir presentert for, men at disse vitenskapelige psykologiske verktøyene vil bli aktivt integrert i deres hverdagsliv (jfr. Hacking, 2004). Til tross for dette forbeholdet mener vi likevel ut fra føre-var-prinsippet (Harremoës et al., 2002) at det er all grunn til å være seg bevisst hvordan psykologi gjennom slike allment tilgjengeliggjorte verktøy som *Psykologisk førstehjelp* kan være med på å fremme visse typer tanker og emosjoner og å fordrive andre.

Konklusjon

Mye kan tyde på at *Psykologisk førstehjelp* både er en appellerende og effektiv måte for barn og unge å lære om tanker og følelser. Konkrete og enkle teknikker for følelshåndtering kan fylle et behov hos både behandlere og foreldre i en ellers utfordrende og sammensatt virkelighet. Hensikten med denne analysen har imidlertid vært å peke på hvordan psykologiske metoder og teknikker får en annen klang når de "slippes løs" i det offentlige rom. Analysen viser at

det kan være fordelaktig å gjøre psykologiske verdier eksplisitte slik at man kan diskutere dem. Når en diskurs blir dominerende, vil andre diskurser som en konsekvens skyves til side (Jørgensen & Phillips, 2008). Diskursanalysen vi har gjort indikerer således at det konkrete språket i *Psykologisk førstehjelp* nødvendigvis er verdiladet. At psykologiske verktøy er normative er imidlertid ikke et problem i seg selv. Det skal godt gjøres å finne en eneste nøytral instrument eller teknologi. Problemene oppstår først når man hevder at det gjeldende menneskesynet går på tvers av enhver kulturell kontekst og den normative dimensjonen som ligger implisitt i ens posisjon ikke blir reflektert over i anvendelsen og implementeringen av materialet (Køppe, 2002). På bakgrunn av denne diskursanalysen konkluderer vi med at *Psykologisk førstehjelp* et stykke på vei rammes av denne kritikken, ved eksplisitt å hevde at *alle* barn og unge potensielt kan ha nytte av det (Raknes, 2010b, s. 3; 2010c, s. 3), men i liten grad inkluderer den sosiale konteksten barnet inngår i, foruten en manglende refleksjon rundt skrinenes normative og preskriptive langtidsvirkninger ved fortsatt økt distribusjon. Mer forskning på skrinenes faktiske bruk behøves imidlertid for å avklare hvordan disse verdsettene kan få utslag i barn og unges dagligliv.

I denne artikkelen har vi undersøkt hvilke underliggende normer som formidles til barn og unge når prinsipper fra individualpsykologisk praksis tas i bruk som et allment forebyggingsiltak. Diskursanalysen av kasuset viser at skrinene står i en kognitiv tradisjon der tanker og følelser kan bli redusert til rene instrumenter for effektiv selvstyring og selvkontroll. Således kan det virke som om *Psykologisk førstehjelp* speiler et krav i samtiden om at man fra tidlig alder bør etterstrebe autonomi, selvkontroll og positiv tenkning. Til slutt konkluderte vi med at dette ikke nødvendigvis er noe kritikkverdig i seg selv, men simpelthen reflekterer hvordan psykologifaget gjennom tilsynelatende ufarlige verktøy aldri er nøytrale, men alltid er med på å forsterke eller utfordrede den enhver tid rådende kulturelle logikken i dens samtid.

Referanser

- Barrett, P. (1996). *Friends for life*. Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2012). Veiledet selvhjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(1), 49-58.
- Bergsma, A. (2008). Do self-help books help? *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 341-360. doi: 10.1007/s10902-006-9041-2
- Brinkmann, S. (2008). Det psykologiserende menneske. I C. Eriksen (red.), *Det meningsfulde liv* (ss. 75-113). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Brinkmann, S. (2011). *Psychology as a moral science. Perspectives on normativity*. New York: Springer.
- Cherry, S. (2011). *A critical study of self-help and self-improvement practices. Textual, discursive, and ethnographic perspectives*. Lampeter: The Edwin Mellen Press.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. A. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, 56(7), 907-923.
- Flybjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. I S. Brinkmann & L. Tangaard (red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (ss. 463-487). København: Reitzel.
- Fowers, B. J. (2010). Instrumentalism and psychology. *Theory & Psychology*, 20(1), 102-124.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins.
- Hacking, I. (2004). Making up people. I I. Hacking (red.), *Historical ontology* (ss. 99-114). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harremoës, P., Gee, D., MacGarvin, M., Stirling, A., Keys, J., Wynne, B., & Guedes Vaz, S. (red.). (2002). *The precautionary principle in the 20th century*. London: Earthscan Publications.
- Harwood, T. M., & L'Abate, L. (2010). *Self-help in mental health. A critical review*. New York: Springer.
- Hegglund, J. E., Gärtner, K., & Mykletun, A. (2013). *Kommunepsykologsatsningen i et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Hjemdal, O. K., Nilsen, S., & Seim, S. (1998). *Selvhjelp: kunsten å løfte seg etter håret*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Idsøe, C. (2011, 13. 12.). [Opplagstall].
- Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul: therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Jensen, H. (2006). *Det faderløse samfund*. København: People's Press.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (2008). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kendall, P. C. (1992). *Coping cat workbook*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- King, J. (regissør). (1938). Donald's better self. I W. Disney (produsent). USA: Disney.
- Køppe, S. (2002). Selvet i psykologiens historie. I P. Bertelsen, M. Hermansen & J. Tønnesvang (red.), *Vinkler på selvet: en antologi om selvbegreps anvendelse i psykologien* (ss. 37-59). Århus: Klim.
- Løkke, P. A. (2011). Ungdommens følelser og møtet med den instrumentelle fornuften. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(3), 242-250.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Madsen, O. J. (2012). Hvorfor trenger vi en kritisk psykologi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(8), 740-745.
- McLaughlin, K. (2003). Agency, resilience and empowerment: The dangers posed by a therapeutic culture. *Practice*, 15(2), 45-58.
- Miller, G. A. (1969). Psychology as a means of promoting human welfare. *American Psychologist*, 24(12), 1063-1075. doi: 10.1037/h0028988
- Mitscherlich, A. (1993). *Society without the father: a contribution to social psychology*. New York: HarperPerennial.
- Nafstad, H. E. (2009). Introduksjon til fellesskap og individualisme. I H. E. Nafstad & R. M. Blakar (red.), *Fellesskap og individualisme* (ss. 13-17). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Neumer, S-P. (2011). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: Psykologisk Førstehjelp. Hentet 9. august 2013, fra: <http://ungsin.no/Content/277745/PF%20i%20oppdatering%20Sofrids%20forslag%20revidert%2020.%20desember%202011.pdf>
- Raknes, S. (2010a). Psykologisk førstehjelp – kognitiv terapi til alle barn og unge! *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 3, 27-31.
- Raknes, S. (2010b). *Psykologisk førstehjelp barn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. (2010c). *Psykologisk førstehjelp ungdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Raknes, S. (2012, 5.11.). [Personlig kommunikasjon].
- Raknes, S., Mauseth, T., & Storm Mowatt Haugland, B. (2011). Psykologisk førstehjelp – utvikling, spredning og evaluering av et psykologisk verktøy for barn og unge. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 3, 22-32.
- Raknes, S. & Storm Mowatt Haugland, B. (2013). *Psykologisk førstehjelp. Veiledning til bruk i førstelinjen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rieff, P. (1987). *The triumph of the therapeutic: Uses of faith after Freud (with a new preface)*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Rimke, H. (2000). Governing citizens through self-help literature. *Cultural Studies*, 14(1), 61-78.
- Rose, N. (1996). *Inventing our selves: Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sampson, E. E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist*, 36(7), 730-743.
- Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 51, 279-297.
- Stortingsmelding nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Tilden, T., & Raknes, S. (2010). Psykologisk førstehjelpsskrin i par- og familierapi. *Fokus på familien*, 3, 212-227.
- Vetlesen, A. J. (2004). *Smerte*. Lysaker: Dinamo forlag.
- Vetlesen, A. J. (2007). Når valgfrihet blir valgtvang. I T. Hylland Eriksen & A. J. Vetlesen (red.), *Frihet* (ss. 49-78). Oslo: Universitetsforlaget.
- Yanchar, S. C. (2005). A contextualist alternative to cognitive psychology. I J. S. Reger & F. C. Richardson (red.), *Critical thinking about psychology* (ss. 171-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- Zizek, S. (1999a). *The ticklish subject: the absent centre of political ontology*. London: Verso.
- Zizek, S. (1999b). You may! *London Review of Books*, 21(6), 3-6.

Abstract

This is a case study of the Norwegian self-help kit Psykologisk Førstehjelp – a cognitive motivated psychoeducational program directed at children and adolescents between the ages of 8 and 18. The toolkit has proved promising in dealing with mental health in children and adolescents and is considered something every youngster potentially could benefit from. Drawing on a discourse analysis of the material, we scrutinize the underlying norms conveyed to children and adolescents when principles from individual clinical treatment are applied as a measure of general prevention. Our analysis indicates that the kit is in danger of promoting a reductionist understanding of emotions by placing them into dichotomous categories. Ideals about positive thinking and self-control reflect a tendency in psychology to promote instrumental ethics, which may run the risk of replacing solutions and prevention measures of a more relational and social nature. More research on the implementation of Psykologisk førstehjelp is needed, however, to examine how these underlying norms have an effect in practice.

Keywords: cognitive therapy, mental health, self-help, therapeutic culture, youth

Bekymringer og bekjennelser fra en amerikansk psykoanalytiker

Intervju med Nancy McWilliams

Matrix, 2013; 4, 304-313

Kristin Mack-Borander & Henrik Kamphus

Nancy McWilliams er en verdenskjent forfatter, psykolog og psykoanalytiker. Hun er kvinnen bak bøkene "Psykoanalytisk diagnostikk" fra 1994 (2011), "Psykoanalytisk kasusformulering" (1999) og "Psykoanalytisk psykoterapi" (2004). Hun er også en sentral bidragsyter i den psykodynamiske diagnosemanualen PDM som ble gitt ut i 2006 – et klinisk og psykoterapeutisk oppslagsverk som korresponderer med diagnosene i DSM-IV.

I mai i år holdt hun et to dagers seminar på Stavanger Universitetssykehus med tittelen "Personality and its implications for psychotherapy". Seminaret ble holdt kort tid etter at DSM-V, den amerikanske psykiatriske diagnosemanualen, ble utgitt. Vi kjente allerede godt til hennes skepsis og tidligere kritikk av DSM, og vi var naturlig nok interesserte i å høre hennes tanker om den verdensomspennende og innflytelsesrike manualen.

Møtet med henne fant sted dagen før konferansen startet, i rommet "Perspektiv", i Hotell Hiltons fjortende etasje.

Hva gjorde deg interessert i psykoanalyse og hvordan gikk det til at du ble psykoanalytiker?

Vel, det startet med at jeg begynte å studere statsvitenskap i 18-årsalderen, blant annet fordi det var så vanskelig å bli psykolog. Psykologistudiene var organisert slik at man leste om rotteforsøk i to semestre og ikke snakket om mennesker før på tredje året. Statsviterne derimot, var opptatte av mennesker

Kristin Mack-Borander, Psykiater, kandidat ved Norsk psykoanalytisk institutt.

E-post: krimack@live.no

Henrik Kamphus, Psykolog, kandidat ved Norsk psykoanalytisk institutt. E-post: kamphus@gmail.com

helt fra starten av, for eksempel i lys av stemmeatferd, kulturforskjeller, ulike verdier og religiøs tilhørighet, og selvfølgelig de politiske implikasjonene av dette. Så, etter drøye to år foreslo min veileder at jeg kanskje skulle skrive om Freuds politiske teori. Jeg hadde aldri lest Freud før, men han gav meg en kopi av "Ubehaget i kulturen", og jeg ble umiddelbart veldig fascinert. Det fikk meg til å lese andre bøker av Freud og om psykoanalyse generelt.

Så du snudde altså fra statsvitenskapens politiske orientering mot gruppen til en psykologisk orientering mot individet?

Jeg tror det alltid var individet som fasinerte meg mest. På den tiden var Theodore Reik (en av Freuds første elever. Red.) nokså populær og jeg gikk i gang med å lese bøkene hans. Dette var rundt 1966. Han var den første jeg leste som skrev om kjønnsforskjeller uten en tilgrunnliggende antagelse om at mannen var normen og kvinnen var unntaket fra denne normen. Jeg hadde rett og slett aldri hørt noen beskrive kvinnens psykologi som en legitim og likeverdig måte å erfare verden på. Og som ung ambisiøs kvinne, ble jeg fenget av det. Da jeg giftet meg og flyttet til Brooklyn, New York, gikk det opp for meg at Theodore Reik fortsatt var i live, og at jeg hadde sjansen til å få møte en av de få gjenlevende som hadde kjent Sigmund Freud. Jeg skrev til ham, sa at jeg ønsket å bli psykolog, og spurte om han ville gi et intervju. På den tiden hadde jeg nemlig blitt virkelig interessert. Reik svarte høflig med en invitasjon til sin leilighet. Jeg spurte ham: "Som kommende psykolog med interesse for psykoanalyse – hva bør jeg gjøre?" Og svaret var: "Vel, først må du analyseres!". Reik tilbød seg å bli min analytiker, men han var vel nærmere nitti på den tiden, og jeg var heldigvis smart nok til å skjønne at jeg ikke burde starte behandling med noen som kunne dø fra meg. I stedet tipset han meg om klinikken hvor jeg senere tok min psykoanalytiske utdanning. Jeg ville aldri turt å gjøre det igjen, å begynne hos en analytiker bare på grunnlag av noen andres anbefaling, men jeg var heldig – det ble en god match. Og jeg hadde råd til de femten dollar det kostet per time. Så vidt. Min første tilnærming til egenanalysen var at det var noe jeg gjorde av profesjonelle grunner, på samme måte som jeg lærte meg latin før fransk og klassisk piano før pop. Jeg skulle bare få med meg hvordan de gamle mestrene gjorde det før jeg fant frem til de *egentlige* metodene – de moderne, de som virkelig hjalp. Men analysen ble så avgjørende og formende for livet mitt at jeg rett og slett ble slått av kraften i den. Jeg tror for eksempel ikke jeg ville fått barn om det ikke var for den. Det var et langt svar, men røttene til min yrkeskarriere går altså tilbake til årene som fersk student.

Og siden har du arbeidet klinisk?

Ja. Jeg tok en doktorgrad i personlighetspsykologi og utdannet meg til psykoanalytiker. En stund jobbet jeg ved et offentlig helsesenter, men etablerte deretter min egen privatpraksis for å få større frihet og selvbestemmelse. Etter en del år ble jeg spurt om jeg kunne undervise doktorgradsstudentene ved universitetet en dag i uken, noe jeg takket ja til. Plutselig fikk jeg kontakt med akademiske kolleger og dyktige studenter. Det er takket være undervisningen at jeg endte opp med å skrive disse bøkene som skulle bli så viktige for mitt videre yrkesliv.

Du sier i boka "Psykoanalytisk diagnostikk" at den ble skrevet fordi det ikke fantes en lærebok om psykoanalytisk diagnostikk med oppdaterte diagnostiske synspunkter.

Det stemmer. Studentene ble lei av å høre meg klage og si: "Det skulle ha vært en lærebok for dette", og lurte på hvorfor jeg ikke kunne skrive boka selv; Jeg hadde jo alt klart allerede. Fakultetslederen ertet meg også, spurte hvordan det gikk med skrivingen, når boka skulle utgis, og liknende. Jeg lo det bare bort, men en dag sa han: "Du vet, selv ett kapittel ville være til hjelp". Dét ble et slags paradigmeskift for meg. Ett kapittel hørtes ikke så uoverkommelig ut. Jeg hadde jo skrevet artikler før når noe interesserte meg, og et kapittel tilsvarte omtrent én artikkel. Så skrev jeg et kapittel og det var ikke spesielt vanskelig, så jeg skrev et til. Og dermed var jeg i gang.

Ble du overrasket over responsen?

Jeg ble ikke overrasket over at boken solgte godt i USA, fordi jeg hadde sett studentenes behov for å bli oppdatert på psykoanalytisk tenkning om personlighet. Men tanken på at det kunne være et internasjonalt marked for boka, slo meg aldri. Jeg ble fullstendig overrumplet over interessen fra andre land. Russerne var de første som plukket den opp. Dette var like etter perestrojka-tiden, og de opplevde at boka oppsummerte femti år med psykoanalytisk tenkning som frem til da hadde vært forbudt. Så den ble oversatt til russisk, deretter var det svenskene som kom på banen.

Du sa at det første du leste av psykoanalytiske tekster var Freuds "Ubehaget i kulturen" og at den fascinerte deg. Hva var det du ble fascinert av?

Vel, det var en veldig omfattende teori, og jeg var på et stadium i livet hvor jeg virkelig hadde sansen for teorier som forklarte alt. Ha ha ha! Alt jeg visste om Freud fra før, for jeg kom ikke fra en spesielt psykologisk sofistisert familie, var at han tillot seksualiteten stor betydning. Men når jeg faktisk leste ham, oppdaget jeg at han hadde masse å si om en hel rekke ting – kultur, politikk, krig, gruppefenomener – ikke bare sex.

Det er en form for spenning han snakker om, er det ikke, mellom kulturens krav og menneskets betingelser.

Nettopp!

Er det riktig å si at denne spenningen fremdeles er kontroversiell å snakke om, og at den fortsatt gjør seg gjeldende som et press mot psykoanalytisk tenkning?

Ja, og det appellerte til meg. Jeg var del av etterkrigsgenerasjonen, skyggen av andre verdenskrig og holocaust var fremdeles ganske nær. Jeg husker at jeg som liten gjemte meg under skrivebordet fordi kommunistene kunne slippe bomber på oss. Verden syntes å være full av farer som min foreldregenerasjon hadde opplevd på kroppen og stadig snakket om. Dessuten var jeg en atten år gammel kvinne med seksuelle følelser og nysgjerrighet, og var klar over spenningen både mellom aggresjon og seksualitet, og sivilisasjonens krefter. Så jeg tror det var min egen alder, og tiden vi levde i, som gjorde disse motsetningsfylte kreftene interessante. Og som alle andre, forsøkte jeg å forstå ondskapen, spørsmål rundt fenomener som selvkontroll, hva vi skylder hverandre som medlemmer av en kultur, etc..

Det som er så fint med bøkene dine, er at du går bak symptomene og prøver å forstå hva de egentlig er et uttrykk for, i stedet for å nøye deg med bare å beskrive dem. Det leder oss over til DSM-5. Dypere forståelse synes ikke å ha veldig høy status eller prioritet i dagens psykiatri?

Nei, det er sant og det er en uintendert negativ konsekvens av DSM. Da man skulle erstatte DSM-II og skrive treeren, ville man gjøre DSM til et nyttig verktøy for forskerne og kvitte seg med psykoanalytisk tankegods. På slutten av

1970-tallet var ikke psykoanalysen lenger den eneste måten å tenke rundt psykiske lidelser på. Logisk psykiatri var i utvikling, det samme var atferdspsykologien og systemisk familierapi. Ved å fjerne alle implisitte psykoanalytiske antagelser, skulle DSM øke sin nytteverdi på kryss av faglig orientering og ståsted. Derfor gikk man fra en dynamisk forståelsesmodell til en modell basert på grupper av ytre, observerbare kriterier, noe jeg synes har vært et skritt tilbake. Det var fordi jeg så i hvilken retning ting gikk, at jeg skrev "Psykoanalytisk diagnostikk". Studentene begynte å overta den deskriptive tilstede-versus-ikke-tilstede, symptombaserte måten å tenke på. Problemet er at denne fremgangsmåten ikke gir mening klinisk. DSM var faktisk aldri ment å være en klinisk guide, det var eksplisitt uttalt at den ikke skulle være et substitutt for klinisk vurdering og dimensjonal tenkning. Men jeg har skjønt at man i DSM-5 har kvittet seg med denne innfallsvinkelen, fordi man nå tror at så lenge DSM-kriteriene brukes på psykiske lidelser, så er alt i sin skjønneste orden.

Så det er et ateoretisk system?

Vel, de sier det er ateoretisk, men det er egentlig ikke det. I sin fremhevelse av deskriptiv psykiatri som det eneste rette paradigmet, er DSM et logisk positivistisk og ny-Kraepelinsk system. Forskerne klaget over at de diagnostiske kriteriene i DSM-II krevde at man var terapeut og kliniker for å finne ut hva fenomenet var. Dersom de for eksempel skulle forske på narsissistisk personlighetsforstyrrelse, og gikk til terapeuten for å få greie på hvordan man diagnostiserte lidelsen, kunne svaret bli: "Jo, du tar pasienten inn i behandling, ser hvilken overføring som oppstår, og hvis det er en selv-objekt-overføring, ja, da skyldes det sannsynligvis personlighetsstrukturen". Denne typen tilbakemelding var ubrukbar for forskerne.

Så i stedet sa de: "Gi oss ting som enten er til stede eller ikke!"

Nettopp. Robert Spitzer, arkitekten bak DSM-III, ble gitt oppgaven med å oversette disse psykodynamisk deriverte lidelsene og tilstandene til deskriptive kategorier. Det har nok gjort det lettere å drive forskning, og vi har trolig lært noe av å nærme oss visse typer forskning på denne måten, men generelt, i det store og hele, synes jeg endringen har vært en katastrofe, især for personlighetsforstyrrelsene, men også for kategorier som angst og depresjon. Hvis du definerer angst som svette hender, rask hjerterefrekvens og indre uro, og du ikke spør personen om den subjektive erfaringen angsten gir, blir det umulig å skil-

le mellom separasjonsangst, moralsk angst, posttraumatisk angst, fremmedgjøringsangst og signalangst – fenomener som behandlere i den kliniske verden har sluttet seg til gjennom årenes løp. Fra nevrovitenskapen vet vi at det er minst to ulike kilder til angst i hjernen. Den ene er det vi kaller “panikk-systemet”, som er forbundet med separasjons- og tilknytningssystemet. Angst her medieres av serotonin, noe som trolig forklarer hvorfor SSRI hjelper. Den andre typen angst er lokalisert et annet sted og kan sammenliknes med det klinikerne kaller fremmedgjøringsangst eller psykotisk eller paranoid angst. Den synes i større grad å være evolusjonsmessig forbundet med vår frykt for å bli spist av rovdyr; at vi må unngå farer for ikke å bli utslettet. Og dette systemet er ikke mediert av serotonin. Så hvis man ikke ber pasienter om å utbrodere den subjektive erfaringen av angsten, og kun går etter de ytre tegnene, blir man ute av stand til å skille mellom to ulike typer psykologiske prosesser, og kan komme til å skrive ut medikamenter som ikke har noen effekt. Det får altså konsekvenser helt opp på psykofarmakologisk nivå.

Du har poengtert at DSM prøver å etterlikne den medisinske modellen, men at det egentlig ikke er det man holder på med.

DSM-lidelsene likner ikke så mye på medisinske sykdommer som de likner på utslett eller feber – de er symptom-kombinasjoner. Det deskriptive systemet i DSM kan sammenliknes med at leger i somatikken kuttet ut helhetsforståelsen og i stedet for å snakke om diabetes med komplikasjoner, sa at pasienten hadde et blodsukkerregulerings-problem, øyeproblemer og hudproblemer.

Så klinisk forteller ikke disse ytre symptombaserte DSM-diagnosene oss så mye. Er de egentlig til hjelp overhodet?

Vel, kanskje de er til litt hjelp fordi vi kan snakke om hva symptomene er. Poenget er at man også bør kunne si noe om hva disse symptomene betyr for akkurat denne spesifikke personen.

Så denne DSM-praksisen er egentlig paradoksal, kanskje til og med absurd?

Ja, jeg er redd for det. Men én ting er interessant: For første gang er det skjedd en internasjonal mobilisering i form av en underskriftskampanje og et skriv hvor det uttrykkes bekymring over DSM-5 og dens utforming. Fordi man har gått så langt i retning av disse kunstige, ytre, observerbare kategoriene, kan

ikke folk lenger unngå å se hvor absurde de er. Hvis man trekker noe så langt at konklusjonene blir absurde, vil det til slutt generere et tilbakeslag.

Denne underskriftskampanjen, hvem er det som skriver under?

Aksjonen utgjøres av mennesker verden over, på kryss av disipliner og faggrupper. Mange av dem går ut i media i sine respektive land. Jeg er selv en av dem som har skrevet under. Det fine med dette er at det i det minste blir diskusjon og debatt.

Blant annet rettes søkelyset mot legemiddelfirmaenes økonomiske interesse i DSM-diagnosene fordi de da kan markedsføre medikamenter for dem. Det rettes søkelys mot forsikringsselskaper og myndigheters interesse fordi de kan selge inn korttidsterapi som anbefalt behandling, og det rettes søkelys på det enorme antallet diagnoser og tendensen til patologisering av normaliteten: Pasienter i sorg, for eksempel, som har mistet en nærstående person. Forsikringsselskapene vil ikke betale med mindre folk har en offisiell diagnose. DSM har løst problemet ved å definere sorg med varighet over to uker som en *unormal* sorgreaksjon. Symptomer på sorg to uker etter at du har mistet en viktig person i livet ditt, ditt barn eller din ektefelle, er altså unormalt! Det ironiske er at de fleste mennesker intuitivt vet forskjellen på sorg og depresjon, men DSM vet det altså ikke. Folk får med seg dette og ser at det er den rene skjære galskap.

Men her kommer vel også den Orwellske tendensen inn. En måte å takle eller håndtere dette, er å ta over denne måten å tenke på: "Nå har jeg sørget i over to uker, så jeg tror ikke lenger at jeg er et normalt friskt menneske"?

Riktig.

Så man risikerer at det skjer en slags mental migrasjon, en aksept og integrering, slik at både folk flest, politikere og fagfolk begynner å kjøpe denne DSM-tankegangen?

Ja, vi ser en redefinerings av hva psykoterapi er. Det er ikke lenger en helende relasjon, men et sett av teknikker man tar i bruk. Og så, når folk opplever skuffende erfaringer, trekker de den slutningen at terapi ikke virker. Og da mener jeg ikke nødvendigvis bare psykodynamisk psykoterapi, men alle typer terapi som virkelig forsøker å ta hele mennesket med i betraktningen. De begynner å få et

dårlig rykte, som noe som rett og slett ikke virker. Og da tenker kanskje folk: "Nå har jeg ti evidensbaserte behandlinger bak meg. Ekspertene burde jo vite hva de snakker om, så det kan ikke bety annet enn at jeg må være svært, svært syk når ikke engang de klarer å fikse meg". Det er veldig opprørende det som skjer.

Er ikke dette med manualisert, standardisert behandling et paradoks nå når også forskningen viser at psykodynamisk tankegods om subjektivitet og kompleksitet faktisk virker? Nå er det epigenetikken som er i front. I tillegg snakkes det mye om brukermedvirkning. Allikevel tenker helsemyndighetene i Norge svært reduksjonistisk.

Det er synd at man i et land som Norge, hvor det er myndighetene og ikke forsikringsselskapene som styrer, ikke har et mer langsiktig perspektiv. De burde ha interesse for den ganske betydelige forskningen som viser at jo mer psykoterapi man får, jo lenger den varer og jo hyppigere den er, desto mer sparer man på andre sosiale utgifter som for eksempel sykefravær og rusmisbruk. Susan Lazar har skrevet en bok som kom ut for to år siden, som heter "Psychotherapy is worth it". Her sammenfatter hun all eksisterende forskning og ser på kost-nytte-effekten av psykoterapi. Som kjent, besluttet svenskene å ikke støtte psykodynamiske og tradisjonelle terapiformer, men kun evidensbasert behandling. Det ble langt mer kostbart enn det gamle systemet, og de har nå gått bort fra sin beslutning.

Poenget ditt med å se de individuelle forskjellene, og det å ha en forståelse for hva symptomene egentlig uttrykker, ser du på det som ditt fremste og viktigste budskap?

Ja, kanskje det. Jeg tror alle har en historie å fortelle som fortjener respekt, derfor må vi finne måter å få pasientene til å fortelle oss hvem de er. Ingen kan kjenne et annet menneske fullt ut, vi kommer aldri til å skjønne alt fordi rekkevidden og konsekvensene av det som former et menneske er så komplisert. Traumat pasientens besteforeldre opplevde, religionen han eller hun ble oppdratt i, det faktum at han eller hun var adoptert eller tvilling eller har en fysisk defekt. Det er verdifullt å generalisere grupper og klasser av mennesker, men jeg tror vi alltid må være åpne for at ethvert individ kan ha en historie som kan overraske oss. Og den må vi selv finne ut av og ikke anta at noen komitémedlemmer i APA har dekket alle muligheter for hva som gjør at folk lider, og hva som vil redusere deres lidelser.

Du har uttalt at konkrete hendelser i livet ditt formet deg slik at du fikk en interesse for det særegne ved hvert individ, et dybde-psykologisk perspektiv på forskjellene mellom mennesker. Men hva med alle de som jobber i det psykiske helsevern og som ikke har denne innfallsvinkelen med seg fra eget liv? Kanskje de nettopp trenger sjekklister og manualene og retningslinjene som ledesnor?

Noen har kanskje begrensninger på en slik måte, men jeg tror at det ofte rett og slett skyldes mangel på anledninger til å få innblikk i denne måten å tenke på. For eksempel har jeg noen fantastiske studenter nå som aldri hadde hørt begrepet overføring før. Men så fort de skjønnte hva det dreide seg om, ble de veldig interessert. Så det handler ikke egentlig om at de manglet dybden. For noen gjør det nok det, men jeg tror ikke det gjelder så mange. Saken er at når et dybde-psykologisk perspektiv ikke prioriteres i klinikker og avdelingers fagutvikling, så vil de ansatte heller ikke søke i den retningen.

Så det handler om en kunnskapsmangel?

Ja. Det hender psykiske helsearbeidere spør om å få bli med i mine veiledningsgrupper. De føler at de har alle disse intervensjonsteknikkene og måleinstrumentene, men opplever at de aldri har snakket om *personen* de skal bruke disse teknikkene på. Så ja, jeg tror det handler om kunnskapsmangel.

Og kanskje også en latent kunnskapstørst?

Nettopp! Personlig forstår jeg ikke hvordan man holder seg emosjonelt i live i dette arbeidet med kun konkrete teknikker eller resepskriving å forholde seg til, og uten et dybde-psykologisk perspektiv. *Det* ville vært en resept på utbrenthet for meg.

Vi sitter her i fjortende etasje på Hotell Hilton i Stavanger i et rom kalt "Perspektiv". Det er lett å få samme følelsen som når man lærer psykoanalytiske begreper, fordi det gir en større kapasitet til å romme og forstå komplekse følelsesmessige og mentale tilstander. Det er en type indre mentalt perspektiv som er helt nødvendig, hvis ikke kunne vi ikke ha vært i denne bransjen.

Helt enig! Det var så nyttig for meg da jeg fikk nye måter å tenke om forskjeller mellom mennesker på. Jeg husker en veldig schizoid ung mann. Jeg prøvde å vise ham hvor empatisk jeg var, men uten videre hell. Min veileder sa: "Denne

fyren, han trenger syrenøytraliserende, men du fortsetter å føre ham med greskarkake!". Han forklarte meg forskjellene mellom de schizoide og de mer depressive – eller hysteriske. Jo nærmere du kommer schizoide, desto mer traumatiserte blir de. De vil ikke føle seg hjulpet eller holdt eller oppmuntret. Det gav plutselig mening til en rekke ting som ikke hadde gitt noen mening før.

Psykoanalysen sies å være subjektivitetens vitenskap, men det ser ut som om det ikke er et slikt fokus helsemyndighetene vil at dagens psykiske helsevern skal ha. Hvordan skal vi forholde oss til det?

Vel, vi må fortsette å snakke. Selv prøver jeg å være klinikerens stemme. Fordi det er en veldig myk røst. Egentlig vil jeg mye heller undervise i det jeg kan enn å forsvare hva jeg gjør. Men i økende grad blir vi tvunget til nettopp det – å forsvare det vi gjør. En grunn til at ulike terapiretninger ikke burde kjempe mot hverandre, er at jeg tror dette er noe flere enn bare dynamisk orienterte terapeuter og psykoanalytikere kjenner på.

Blir det riktig å si at det var DSM som ga fart til karrieren din?

Det var definitivt DSM som ansporet min karriere, ja. Jeg ble så bekymret for at folk ville glemme å se pasientene dimensjonalt.

Kommer du til å skrive flere bøker?

Ja, jeg håper det. Jeg jobber for tiden med en bok om et overordnet perspektiv på psykisk helse fordi jeg er så lei av denne tenkningen rundt symptomreduksjon. Det ser ut som at vi har behov for en debatt igjen, på linje med den vi hadde på 1970-tallet, om hva mental helse faktisk er. DSM har ikke noe konsept for psykisk helse utover det som er basert på symptomlette. Dermed utelukkes fenomener som er vel så viktige for psykisk sunnhet: affekttoleranse, affektregulering, selvfølelse, objektkonstans, vitalitet, humor, evne til å forsones seg med det som ikke kan endres, evnen til å elske, leke og arbeide etc. Jeg tenker å skrive en mer populærpsykologisk bok denne gangen, først og fremst av politiske grunner, fordi jeg mener befolkningen trenger et alternativ til den rådende måten å tenke rundt psykisk helse og sunnhet på.

Høres bra ut! Når kommer den?

Vel, først må jeg skrive den. Men antagelig om to-tre år.

Bekymringer og bekjennelser fra en amerikansk psykoanalytiker

Boganmeldelse

Drøm i våken tilstand

Gunn Helen Kristiansen, Siv Helen Rydheim og Else Merete Thyness (red.)
Abstrakt Forlag, 284 nkr, 199 sider

Anmeldt av Henrik Kamphus

Virkelighetsrelevant psykose

Salen, med det underlig klingende navnet Nedjma, var fullsatt idet jeg ankom. Det var her på Litteraturhuset at lanseringsfesten av boka var lagt. Midt i juni en gang. Så fullt var det at en hel gjeng av oss ble stående bak eller helt ute i siden av lokallet. Formidling av drømmer i våken tilstand hadde åpenbart nyhetens verdi denne varme juni-kvelden og det var livlig i salen. Det ante meg at bidragsyterne og forfatterne selv var tilstede, og i og med at jeg allerede hadde begynt å lese boka, var jeg godt kjent med deler av den fargerike og utrolige indre verdenen til enkelte av menneskene her, foreløpig anonyme – de såkalte “psykoseerfarerne”.

Tidlig i programmet ber Gunn Helen Kristiansen, en av bidragsyterne, kvinnene som har bidratt med tekster til boka om å reise seg.

Ingen menn! Seks kvinner reiser seg fra stolene sine, og med den allerede stående Kristiansen, får vi nå se forfatterne. Et sterkt øyeblikk, minnes jeg, sånn så de altså ut – utenpå. Den sårbarheten som blir delt gjennom historiene i boka, den nakne fremstillingen av de levde livene med hverdager, tanker, følelser, opplevelser, fantasier og psykoseerfaringer som forfatterne deler i boka, ble med ett ikledd menneskelige kropp og nærvær der og da. Der sto de. Der! Bærende på utrolige opplevelser helt i ytterkanten av virkeligheten. Opplevelser som nå er tilgjengelige som tekst.

Opplevelsesnært om psykose

Drøm i våken tilstand består i hovedsak av syv personlige tekster skrevet av syv ulike kvinner. Alle har fått diagnostisert en affektiv psykotisk lidelse, hovedsakelig bipolar lidelse,

*Henrik Kamphus, Psykolog, Bakkehaugen Barnevernsenter, Oslo kommune
Kandidat ved Norsk Psykoanalytisk Institutt. E-post: kamphus@gmail.com*

type I. To innledninger har òg fått plass, den ene skrevet av psykoanalytiker og psykiater Svein Haugsgjerd, og den andre av Gunn Helen Kristiansen, som selv er bidragsyter og psykoseerfarer. Et etterord er skrevet av forfatter, skriveleer og litteraturviter Merete Morken Andersen. Boka er innbundet av et spesielt vakkert omslag, synes jeg – et utsnitt av et maleri laget av Siv Helen Rydheim (en av bidragsyterne) i kraftig blå og rød farge. Det ser ut som to mennesker som står tett, konturløse er de, et barn og en voksen, nesten smeltet sammen, blodrøde begge to, uflytende. Det gir assosiasjoner til oppvekst og relasjoner, sårbarhet, smerte og dramatik.

En vesentlig del av prosjektet med å utgi boka har vært ønsket om å formidle – så opplevelsesnært, direkte og ærlig som mulig, sånn som det var – psykoseerfarernes egen indre subjektive erfaring. Det å ha eller oppleve sterke perseptuelle og emosjonelle grenseerfaringene som tangerer konsensusvirkeligheten – psykosen i seg selv, så å si. De mildt sagt blandede erfaringene med behandlingsapparatet beskrives i detalj og det rådende synet på hva psykose er og hvordan det eller den skal behandles får mye plass. Boka blir derfor både et dypdykk i den helt personlige indre verdenen til den enkelte, som opplever og har opp-

levd psykotiske erfaringer, og hvordan psykoseerfarerne blir møtt i det psykiske helsevern. Alle historiene er satt inn i en sammenhengende dagliglivskontekst som gjør det mulig og rimelig å forstå psykosen som en reaksjon eller respons på livsomsendigheter.

Symptomet og psykosen som ressurs

Kritikken til det nåværende psykiatriske/psykologiske fagmiljøet danner en rød tråd i boka. En sentral del av denne kritikken er psykiatriens og behandlingsapparatets tendens til å fullstendig overse *innholdet i psykosene*, og å avskrive innholdet i psykosene som resultat av tilfeldigheter. Det biologiske hegemoniet som råder i forhold til en psykoseforståelse reduserer dessuten erfaringene til å handle om en kjemisk ubalanse i hjernen som fortest mulig skal medisineres vekk. Psykoseerfarerne snur imidlertid hele problemet på hodet og hevder at psykosene og lidelsene er uhyre presise og intelligente. Psykosene representerer gjerne en indre mobilisert strategi for mestring som er vedkommendes løsning på en uhåndterbar og altfor smertefull situasjon. Kristiansen skriver i innledningen:

Gjennom å kartlegge og forsøke å tolke våre (bidragsyterne) egne psy-

koseopplevelser, fant vi sammenhenger mellom stressnivå og utbruddene av psykose. Men vi avdekket også at psykoseopplevelsene hadde hatt mål og mening for den enkelte. Det hadde vært som om vi "drømte i våken tilstand", at i de fleste av psykosene våre hadde underbevisstheten forsøkt å komme med kreative løsningsforslag på sterke livskriseproblemer... Utbruddet av psykosen kan således forstås som en tildekket egenkraftmobilisering som forsøker å motvirke reelle psykososiale overbelastninger ved å sette fornuften til side (s. 17).

En sterk kritikk rettes altså mot den rådende biomedisinske tilfældighetsoppfatningen av psykose i norsk (?) psykiatri. Fremfor en sekundærfremstilling av psykosene av en utenforstående ekspert, får vi altså lese om den subjektivt opplevde virkeligheten fra kildene selv. I vår teknisk-fornuftige målbare evidensbaserte samtid synes jeg psykosefortellingene er livgivende og poetiske. De utfordrer våre perspektiv på rasjonalitet og irrasjonalitet, og sitatet overfor reiser spørsmålet om hvordan en bør møte den psykoseerfarende.

Men hva om den lidende med psykose, mani, storhetsforestillinger og ekstrem grenseløshet er til fare for seg selv eller andre? Skal ikke vedkommende ha rett til å be-

skyttes mot seg selv? Dette er temaer som blir beskrevet og satt ord på i tekstene. I noen tilfeller anerkjenner forfatterne både bruken og nødvendigheten av tvang og medisiner, og en av kvinnene gir uttrykk for gleden og lettelsen i å få en diagnose. Budskapet er imidlertid at de kvinnelige psykoseerfarerne vi hører om i denne boka ønsker at symptomutformingene ikke kun blir vurdert som et resultat av tilfeldigheter, men at det vises interesse for det nitidig utformede mestrings-systemet psykosen dypest sett representerer.

Fra vinternatten flyr dragen inn i soverommet til Gudinnen i Asker

Jeg har lyst å trekke frem en av historiene i boka. Realitetsbristene og hallusinasjonene som Gunn Helen Kristiansen skildrer er poetisk lesning. Det er fascinerende å leve seg inn i hvordan de fargerike opplevelsene i hennes indre fletter seg inn i og redder den hardtarbeidende kvinnen fra den grå og ordinære hverdagen. En hverdag som etter hvert har blitt helt uoverkommelig og altfor vanskelig. En hverdag med bil og garasje, hus og hjem, bakst, jobb og barn i Asker.

I forkant av sin første virkelige psykoseerfaring var Gunn Helen en overarbeidet karrierекvinne som levde et ordinært liv. Hun hadde

nylig mistet jobben og hadde tre barn under skolealder. Det var en periode under sterkt press. Gunn Helen bruker imidlertid sin situasjon til å utvikle seg selv. Hun har i en periode følt seg utnyttet, både på hjemmebane og på jobb. Karriererådgivningen opplever hun imidlertid som en "vitamininnsprøytning". Hun får etterhvert fart på planer om å utvikle et familiebarnehagekonsept parallelt med at hun tar videreutdanning i pedagogikk. "Jeg blomstret opp, klippet håret og kjøpte nye klær (s.27)". Mannen deler imidlertid ikke helt konas begeistring, og Gunn Helen ender opp med å føle seg både skuffet og sveket. Det viser seg også vanskelig å drifte familiebarnehagen; De ansatte oppfører seg ikke helt som planlagt, og hun føler seg etterhvert stilt på overfor nesten umulige utfordringer i forhold til NAV, tidligere arbeidsgiver, familie og yrkesliv. "Hjemme lå jeg våken om nettene og grublet på hvordan jeg skulle få tatt den utdanningen jeg ønsker så sterkt. Babyen fikk tenner og gråt mye. Mannen min tok dyna si og flyttet inn i kjellerstua." En kjenner helt på kroppen hvordan Gunn Helen føler seg. Tankene går i spinn, det blir bare verre og verre, ingen løsning er i sikte. Når dragen midt på natten flyr inn vinduet og inn på soverommet hennes, kjennes det som en lettelse på leseren. Det

er som om en kreativ åre i henne slippes løs, poesien og fantasien bryter seg plass:

Natten før den nye barnehageassistenten skulle starte, satte jeg meg brått opp i sengen. Jeg var lys våken og krystallklar i hodet. En stor drage kom inn fra vinternatten utenfor og fylte hele rommet. Dragen snakket med forskjellige stemmer og svevde gjennom rommet over sengen min. Jeg ble ikke redd. Jeg bare resignerte. Jeg forsto at jeg nå var blitt gal... Jeg våkner lettet og glad. Nå er det over. Jeg er ikke lenger en ensom liten kvinne omringet og utnyttet av mektige menn. Jeg er Gudinnen. Plassen ved siden av meg i sengen er tom. Å ja, mannen min ligger i kjellerstuen. Jeg ler og løper på bare føtter ned og vekker ham. "Gratulerer" sier jeg. "Du har stått til eksamen. Alle har stått til eksamen" (s. 28-29).

Den fornuftige konsensusbaserte virkeligheten viker plass for galskapen og psykosen, og det er ikke vanskelig å se hvordan erfaringen kommer som en kreativ løsning på en overhengende problematisk og tyngende situasjon. Hun er med ett blitt en gudinne, menneskene rundt henne er hennes undersåtter og hjelpere, de er til for henne. Himmelen er blå og alt er vakkert. Noe senere blir imidlertid den ma-

nisk oppstemte fasen av psykosen erstattet av redsel og angst når hun etterhvert har blitt lagt inn på akuttavdelingen på Blakstad Sykehus med diagnosen “akutt psykose”. Hun får et enerom, nakent og trist. Hun føler at det rabler for henne og som om livet hennes er over.

Gunn Helen avslutter sin historie med å gi en oppdatering på hvordan det går med henne i dag. Hun har etterhvert fått et profesjonelt nettverk rundt seg, som både kjenner og respekterer henne, og som også imøtekommer hennes ønske om ikke å bli akutt medisineret for psykosene. Hun skildrer videre hvordan de tykke murene på sykehuset og de låste ståldørene gir henne en viss trygget. Før hun er kommet hit, har hun imidlertid tatt med leseren på opp-og-nedturer og involvert oss i helt nære erfaringer med seg selv og psykosene, nær familie og hjelpeapparatet, om videreutdanningen hun har tatt, kunst og kreativitet, om savnet etter barne og veien mot å bli frisk. Hele tiden med en form for undring og respekt for de symptomene og psykoseerfaringene hun har hatt, som om de kommer for å fortelle henne noe viktig fra steder inni henne som hun selv har glemt.

Psykose og kjønn

Boka er et prosjekt i grenselandet mot skjønnlitteratur, om enn basert

på virkelige opplevelser og historier. Den er spennende og gripende og nær. Men et viktig spørsmål blir stående ubesvart: Hvor blir det av mannen? Menn? Når den eneste mannlige bidragsyteren er psykiater Haugsgjerd i forordet, blir jeg spørrende. Er det noen grunn til at det ikke er noen mannlige bidragsytere? Er psykotiske (skriveføre) menn i mindretall? Er affektive lidelser forbeholdt kvinner? Psykosene blir i boka skildret som et slags asyl mot en for påtrengende og vond virkelighet, men er dette et kvinnelig fenomen? Slik hysteriet i sin viktorianske samtid hovedsakelig rammet kvinner? Jeg savner derfor et kapittel, eller i det minste noen få setninger eller avsnitt, som kunne si noe mer om utvalget av tekster og bidragsytere. Jeg savner rett og slett et mannlige bidrag, og et teoretisk eller faglig innspill om kjønnsfordeling når det gjelder psykose som kunne utdype mer om psykosenes historisk-kulturelle diskurs.

Jeg kan varmt anbefale boken *Drøm i våken tilstand*. Den gir innsikt og en type konsentrert nærhet til psykoseopplevelser som jeg aldri tidligere har vært borte i. Den er på samme tid både underholdende, komisk, dypt alvorlig og rørende. Spesielt interessant var det å lese at de psykotiske erfaringene oppleves som en form for mestringsstrategi, og at psykosene taler et språk som

kan tydes, og som gir god mening dersom en tar innholdet på alvor. Boka er et kunstnerisk, brukerstyrt og kritisk innspill til en psykiatri og et psykisk helsevern som i for stor grad ser ut til å anlegge en forståelseshorisont på et overflatisk symp-

tomnivå uten nok evne og vilje til verken å gå inn i eller bakenfor de psykotiske symptomene. Gledelig var det da å få høre at det var flere representanter fra Helsedirektoratet tilstede i Nedjma-salen på Litteraturhuset sommerkvelden 12.juni.

INSPIRATION TIL BEDRE PRAKSIS

SORG OG TRAUME

178 KR.



VÆK OG BORTE
Clara og Oscar sørger
(4-8 ÅR)

Af Anne Vibeke Fleischer og Rikke Mølbak
Illustreret af Claes Movin

To nye bøger i serien PSYKOLOGI FOR BØRN med tema om sorgens indvirkning på barnets liv.

Bøgerne kan være med til at lette samtalen mellem børn og voksne om emner, børn kan have svært ved at sætte ord på.

178 KR.



FOR ALTID OG ALDRIG MERE
William og Anna sørger
(9-13 ÅR)

Af Anne Vibeke Fleischer og Rikke Mølbak
Illustreret af Claes Movin

348 KR.



TRAUMER
Narrativ behandling af
traumatiske oplevelser

Af David Denborough (red.)

Denne vidtfavnende, kloge og praksisbaserede bog viser, hvordan man kan benytte narrative ideer i traumebehandling af voksne, par og/eller børn.

398 KR.



TRAUMER SET MED BARNETS ØJNE
Heling af traumer hos børn og unge

Af Maggie Kline og Peter A. Levine

Lettilgængelig håndbog med konkrete redskaber til, hvordan man kan støtte børn gennem smertefulde oplevelser.

NY SERIE TIL FAGFOLK OG PÅRØRENDE

148 KR.
PR. STK.



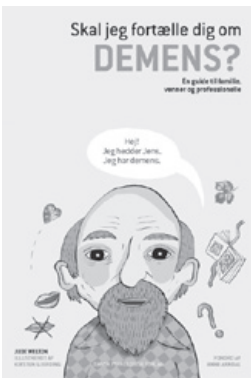
SKAL JEG FORTÆLLE DIG OM ADHD?

Af Susan Yarney



SKAL JEG FORTÆLLE DIG OM ASPERGERS SYNDROM?

Af Jude Welton



SKAL JEG FORTÆLLE DIG OM DEMENS?

Af Jude Welton



SKAL JEG FORTÆLLE DIG OM OCD?

Af Amita Jassi

Bøgerne er illustrerede, og målgruppen er børn og unge i alderen syv år og opefter samt forældre, venner, lærere og andre fagfolk, der arbejder med de tilstande, bøgerne omhandler.

Allé fire bøger har forord af førende danske eksperter inden for de forskellige områder.