

## Indholdsfortegnelse

Hanna Sitter Randén og Alexandra Billinghamurst: Redaktionelt . . . . .	374
Stefan Czartoryski: At svare stemmerne. Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer. Behandlingsprincipper og forskningsresultater . . .	377
Ditte Grimgar: Den huvudlösa vulkanen. Att använda bildskapande i handledning . . . . .	399
Lennart Ramberg: Emotionens och den emotionella erfarenhetens plats i den psykoanalytiska metapsykologin . . . . .	415
Leif Normann og Christoffer Hjertaas: Relasjonell psykoanalyse og spørsmålet om teknikk . . . . .	443
Stefan Czartoryski: Evidensen er kommet for at blive . . . . .	459

## Bog anmeldelse

Hanna Sitter Randén: <i>Sonja Levander: Om psykoser och psykosbehandling</i> . . . . .	466
Svein Tjelta: <i>Carsten René Jørgensen: Identitet. Psykologiske og kulturalanalytiske perspektiver</i> . . . . .	469

\*\*\*

## Table of contents

Hanna Sitter Randén og Alexandra Billinghamurst: Editorial . . . . .	374
Stefan Czartoryski: Answering the Voices – Cognitive Behavioural Therapy with patients suffering from auditory hallucinations . . . . .	377
Ditte Grimgar: The Headless Volcano. The use of art in supervision . . . . .	399
Lennart Ramberg: Emotions and the place of emotional experience in psychoanalytic metapsychology. A short survey of Freud's theory of affects and instincts (and later drives), and how emotions gradually find a position in psychoanalytic metapsychology . . . . .	415
Leif Normann og Christoffer Hjertaas: Relational psychoanalysis and the question of Technique. . . . .	443
Stefan Czartoryski: The evidence has come to stay. . . . .	459
2 Bookreviews . . . . .	466

# Redaktionellt

Idetta nummer presenteras fyra artiklar som tillsammans spänner över en stor bredd i dagens psykoterapeutiska landskap. Författarna har olika teoretiska utgångspunkter, och representerar tre av våra skandinaviska länder. Även de patient- och klientgrupper som författarna direkt eller indirekt relaterar till har stor spännvidd.

Med utgångspunkt i kognitiv beteendeterapi beskriver den danska psykologen Stefan Czartoryski arbetet med medicinskt färdigbehandlade patienter som fortfarande hör röster. Han undersöker och kommenterar forskningsresultat av KBT vid schizofreni. Med en bild som samtidigt blir en brygga till andra psykoterapeutiska teorier beskriver han hur viktig den terapeutiska relationen är: som "en dans, hvor behandleren forholder sig lyttende og til tider afventende, for siden at kunne foreslå patienten et passende skridt".

Den svenska bildterapeuten och grupppsykoterapeuten Ditte Grimgar har sin dagliga verksamhet på en psykoterapienhet inom Stockholms psykiatri. Hon har utvecklat en metod för handledning där de handledda arbetar med att själva skapa bilder. I sin artikel tar hon oss med till ett fält där den konkreta bilden delar plats med orden.

Psykoanalytikern Lennart Ramberg är sedan tidigare välbekant för Matrix läsare. Han redogör i sin senaste artikel för tematiska band mellan Freuds teoribyggen och nyare psykoanalytiska riktningar, såsom affektteori och neuropsykoanalys.

Leif Normann och Christoffer Hjertaas arbetar båda inom den psykiatriska öppenvården i Norge. De presenterar tre centrala moderna relationella psykoanalytiker och deras olika tekniska förhållningssätt. Författarna diskuterar hurvida teknikerna är förenliga med ett relationellt förhållningssätt där den unika relationen mellan varje patient/psykoterapeut-par står i centrum.

Ordet evidens brukas och missbrukas flitigt i dagens psykoterapidebatt, och används ofta synonymt med metoder som är lämpliga att jämföra med kontrollgrupper. Vårt hopp är att tiden nu är mogen för mer nyanserade diskussioner kring evidensbegreppet, och att det offentliga rummet öppnar sig för detta. Vi ser gärna en nordisk evidensdebatt i Matrix. Vi hoppas att Stefan Czartoryskis essay *Evidensen er kommet for at blive* kan inspirera.

Svein Tjelta har läst boken *Identitet. Psykologiske og kulturanalytiske perspektiver* av Carsten René Jørgensen. Sonja Levanders bok *Om psykoser och psykosbehandling* recenserar av Hanna Sitter Randén. Dessa två böcker ligger tematiskt nära det övriga innehållet i detta nummer av Matrix. Med detta hoppas vi att väcka läslust såväl som diskussionslust.

*Alexandra Billinghamurst og Hanna Sitter Randén*



# At svare stemmerne: Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer

Behandlingsprincipper og forskningsresultater

Matrix, 2009; 4, 377-398

Stefan Czartoryski

*Artiklen tager udgangspunkt i det forhold, at ca. 25 % af medicinsk færdigbehandlede skizofrenipatienter oplever medicinresistente positive psykotiske symptomer. Der foreligger derfor en vigtig psykologisk opgave i at behandle dette problem, der ofte fremstilles af patienterne uden en tro på mulig forandring. Først redegøres for grundelementerne i kognitiv adfærdsterapi, derefter diskuteres kognitiv adfærdsterapi i forhold til hørehallucinationer og motivationsarbejde med skizofrenipatienter. De seneste forskningsresultater af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni undersøges, og det konkluderes, at metoden viser gode resultater og giver grund til optimisme.*

## Formål

**D**enne artikel vil især beskæftige sig med gruppen af patienter, der oplever **hørehallucinationer** og mulighederne for at lære patienterne færdigheder til at håndtere dette gennem **evidensbaseret kognitiv adfærdsterapi**. Efter en kort redegørelse for metoden og de specifikke modeller til psykosebehandling, gennemgås de sidste metaanalyser af effekten ved kognitiv adfærdsterapi af skizofreni. Det er på den baggrund forfatterens håb at lægge op til en begrundet optimisme omkring de psykologiske muligheder for at hjælpe skizofrenipatienter til en bedret funktionsevne.

Stefan Czartoryski, cand.psych.aut. Psykiatrisk Center Sct. Hans afd. L, Boserupvej 2, 4000 Roskilde. E-mail: [stefan.czartoryski@shh.regionh.dk](mailto:stefan.czartoryski@shh.regionh.dk) Web: [www.psykiatri-regionh.dk](http://www.psykiatri-regionh.dk)

At svare stemmerne: Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer

## Skizofreni – forekomst og karakteristik

Behandlingen af skizofrenipatienter har længe været blandt de største udfordringer for det psykiatriske system. Sundhedsstyrelsen anslår, at 16.000 patienter er i behandling for skizofreni, heraf 4000 i almen- eller speciallægepraksis, og behandlingen er samfundsmæssigt dyrere end hjerte-karsygdomme. Patienterne kan have langvarige sygdomsforløb, bizarre hallucinationer og vrangforestillinger. Ca. 25 % har et godt forløb med næsten komplet remission, 50 % har tilbagefald og 25 % har kroniske symptomer. Standardbehandlingen er psykofarmakologisk og psykosocial, og de kroniske patienter får ofte førtidspensionering og bor i beskyttet bolig (Sundhedsstyrelsen, 2004 og Hemmingsen et al., 2000).

Af de medicinsk færdigbehandlede har ca. hver fjerde skizofrenipatient stadig hallucinationer eller vrangforestillinger, og derfor har psykologen en vigtig opgave med at hjælpe patienten til at håndtere disse symptomer (Elkin & Meltzer, 2007, Valmaggia et al, 2005, Christison et al., 1991).

Skizofreni er en hjernelidelse, der stiller store krav til behandlingssystemet. Patienterne har brug for en bredspektret, tværfaglig indsats, der inkluderer læger, psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og plejepersonale. Ved Psykiatrisk Center Sct. Hans afd. L. finder man netop en sådan tværfaglig behandling, der sigter mod specialiseret rehabilitering af skizofrenipatienter. Den psykologiske behandlingsmetode, som bliver præsenteret i det følgende er et fundament for hele den miljøterapeutiske indsats, som foretages ved afd. L.

Risikoen for at blive ramt af skizofreni i løbet af livet er ca. 1 % uanset kultur, race og socialklasse. Hyppigheden er ca. 1-4 per 10.000 (i København 5/10.000), og sygdommen er dobbelt så almindelig som fx epilepsi. Halvdelen af alle psykiatriske sengepladser er altid belagt med skizofrenipatienter, og det vurderes, at sygdommen udgør 2 % af de samlede sundhedsudgifter (Nordentoft, 2008). De samfundsmæssige udgifter til skizofreni er svære at opgøre, men Sundhedsstyrelsen (2004) anslår, at sygdommen koster ca. 3,5 mia. DKK årligt. Skizofreni viser sig oftest i starten af tyveårsalderen med et psykotisk gennembrud efter en flerårig prodromal fase med tiltagende symptomer. Mænd debuterer tidligere end kvinder, og forløbet af sygdommen er meget individuelt, forbundet med nedsat funktionsevne og forhøjet dødelighed. Prognosen er varierende, og det vurderes, at ca. 20 % af skizofrene individer aldrig kommer i kontakt med behandlingssystemet (Hemmingsen et al., 2000, Jones et al., 2004). Symptomer er til dels positive – hallucinationer og vrangforestillinger samt negative – social tilbagetrækning, anhedoni og initiativløshed. Endvidere ses

en række kognitive deficits i form af problemer med perception, hukommelse og koncentrationsevne mv. Hallucinationer forekommer inden for alle sansemodaliteter: høre-, syns-, smags-, føle- og lugthallucinationer, hvoraf syns- og hørehallucinationer udgør den største andel.

Sygdommen er igennem en årrække blevet undersøgt gennem forskning, og den baserer sig på et samspil mellem genetiske og miljømæssige faktorer og individuel håndtering – den såkaldte Stress-Sårbarhedsmodel (Zubin & Spring, 1977). En international forskergruppe er for nylig nået frem til, at skizofreni har en klar arvelig, genetisk komponent med tilbagevendende deletioner af særlige gener. Arvefølgen er ikke mendelsk, men kan springe led over i familien og opstå spontant i familier uden tidligere psykisk sygdom. Det hænger sammen med, at skizofreniens genetiske disposition allerede etableres i bedsteforældrenes generation. Når bedstemoderen er gravid, og hendes foster udvikler sine kønsceller, der danner grundlag for næste generation, sker deletionerne. Det genetiske anlæg til sygdommen skabes altså ganske tidligt i de forudgående generationer. Muligvis er det tilbøjeligheden til mutation, der nedarves, frem for særlige mutationer på specifikke gener. Den genetiske faktor i udviklingen af skizofreni vurderes til at udgøre ca. 70% mod sociale og individuelle faktorer, der tilskrives ca. 30% betydning. Skizofreni er altså i høj grad en genetisk betinget sygdom (Stefansson et al., 2008).

## Grundlæggende principper for kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi er en empirisk baseret psykologisk metode til at skabe forandring. Metoden udsprang i starten af 1900-tallet med pionerer inden for indlæringspsykologi som Pavlov i Rusland, samt Skinner og Watson i USA. Metoden er siden udviklet gennem effektforskning og fik et gennembrud i 1960'erne med den amerikanske læge Aaron T. Becks formulering af en række grundprincipper, som metoden stadig hviler på i dag. Skizofreni har længe været genstand for kognitiv intervention (Beck, 1952). I dag anvendes metoden bredt inden for sundhedsvæsenet, og interessen for at anvende metoden i dagligdagen blandt fx praktiserende læger er voksende. Kognitiv terapi rettet mod praktiserende lægers dagligdag er grundigt beskrevet andetsteds (Rosen-dal & Hilden (red.), 2008).

Der publiceres i dag en stor mængde lovende videnskabelige undersøgelser af metoden, der med højeste grad af evidens anbefales som førstevalg af Sundhedsstyrelsen (2004) ved psykologiske interventioner til at håndtere symptomer ved skizofreni. Støttende psykodynamisk psykoterapi har den næstbedste

grad af evidens, og anbefales som supplement til etablering af kontakt og behandlingsalliance, håndtering af emotionelle processer og empatisk indleven. Kognitiv adfærdsterapi baserer sig på, at individet igennem livet udvikler en række særegne forståelser, der påvirker tanker, følelser og handlemønstre. Metoden er kendetegnet ved at være en samarbejdende udforskning af patientens problemer især rettet mod patientens nutidige oplevelser og ønskede fremtidig håndtering af sine problemer.

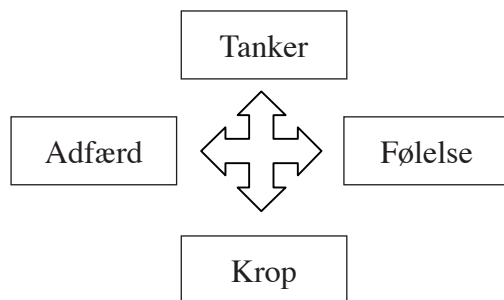
Behandleren søger at finde svagheder i logikker og tænke måder, der hæmmer patienten, og udfordrer disse, hvilket går under betegnelsen *sokratisk dialog*. I sammenhæng med dette bruges mere forestillingsorienterede interviewmetoder, der sigter mod at aktivere patientens visioner om ønskede fremtidsscenarier gennem *guided discovery*. Dette leder frem til ønskede levemåder, som patienten kan nærme sig igennem sin daglige livsførelse (Padesky, 1993 og 2000).

I kognitiv adfærdsterapi arbejdes ud fra tre lag i tænkningen, der eksplorerer i under terapien. De mest centrale og grundlæggende personlige sandheder kaldes *skemata* og har fundamental betydning for, hvordan individet fortolker sine oplevelser af sig selv, andre og livet generelt. Dette kunne hos en skizofren patient fx være, "Jeg er intet værd", "andre er ude efter mig" og "fremtiden er håbløs". Dernæst ses særegne *leveregler*, som handler om forholdet til sig selv, personlig moral og etik. Dette kunne hos den skizofrene patient med dårligt selvværd være "Hvis jeg ikke løser mine opgaver til perfektion, så er jeg en total fiasko". Skemata og leveregler kan udledes gennem undersøgelse af persons tænkning i den *kognitive analyse*, hvor man eksplorerer i patientens tanker, følelser, kropslige oplevelser og adfærd. Den menneskelige tænkning sker til hverdag ganske automatisk, og når patienten oplever problematiske situationer, han har svært ved at håndtere, vil der ofte være knyttet ganske særlige tanker til de specifikke situationer – den *negative automatiske tænkning*. Fx kunne en psykotisk person, der oplever en stressende situation, få mere aggressive hørehallucinationer med stemmer, der talte til patienten som fx "du er et dårligt menneske, du skal dø".

Den kognitive analyse er grundlaget for selve behandlingen, og baserer sig på en struktureret undersøgelse af disse fire områder – tanker, følelser, krop og adfærd ud fra *den kognitive model* (figur 1). Rationalet er, at alle fire områder interagerer med hinanden, og en adskillelse af dem vil muliggøre forståelse og intervention.



Figur 1.



Metoderne til at skabe forandring i kognitiv adfærdsterapi er: *omstrukturering*, *eksponering* og *response prevention*. Ved psykisk sygdom ses flere negative tankeprocesser og dårlig problemløsning. Omstrukturering handler om at udfordre dette og ændre en persons tænkning til noget mere konstruktivt. Eksponering handler om at udsætte sig selv for angstvoldende situationer med det formål at lære, at det frygtede er ufarligt. Response prevention indebærer, at der arbejdes aktivt på at ændre adfærd, der vedligeholder problemet (Mørch et al., 2005). Endvidere arbejdes der med at udvikle *copingstrategier*, som er teknikker til håndtering af ubehag. Der arbejdes primært med *distraction*, hvor den psykotiske patient aktivt søger at aflede sig fra en ubehagelig stimulus som hørehallucinationer ved at høre musik, gå en tur, tage et bad etc. og *fokusering*, hvor patienten undersøger indholdet i sine oplevelser, og fx noterer, hvornår stemmerne kommer, hvad de siger, og hvor de opleves at befinde sig fysisk (Oestrich og Holm (red.), 2006). En tredje copingstrategi er *accept*, hvor patienten arbejder med at forholde sig accepterende til sine oplevelser uden at lade sig styre af dem. Dette er inspireret af den kognitive retning *Mindfulness*, hvor der anvendes meditationsteknikker til at håndtere et problem. Denne retning er ikke særligt udviklet i forhold til psykotiske oplevelser, men forfatterens egne erfaringer fra praksis tyder på, at visse af idéerne er brugbare. Fx ser det ud til, at nogle hørehallucinerede patienter kan opnå en vis ro ved korte, guidede meditationer med fokus på åndedrættet.

## Hvad er hørehallucinationer?

Hørehallucinationer kan have mange former og spænde fra, at patienten hører en brummen, susen, banken eller ringen – til, at patienten hører egentlige stemmer, der taler til eller om patienten.

Psykotiske symptomer som hørehallucinationer anskues inden for kognitiv adfærdsterapi som ekstreme udtryk for almenmenneskelige oplevelser, der af

natur er tankevirksomhed. Der arbejdes i dag ud fra en forståelse af fire forskellige grupper af psykoser: sensitivitets-, narkotika-, traume- og angstbaserede psykoser. I forbindelse med kriseoplevelser er det kendt, at der i almenbefolkningen kan forekomme oplevelser af hallucinatorisk art. Ved forsøg med sanseprivation ses en tendens til at hallucinere hos normale forsøgspersoner, og fænomenet er kendt ved ekstreme belastningssituationer i forbindelse med fx tortur, ekstrem træthed eller gidseltagninger (Kingdon og Turkington, 2005). Skizofrenipatienter opfatter typisk kilden til deres hallucinationer som udefrakommende – *egodystont*, modsat oplevelser, som patienten vurderer som udsprunget af dem selv – *egosyntont*. Forskning i neuropsykologi tyder på, at der hos skizofrene patienter er sket et sammenbrud i perceptionen, så indefra kommende tanker opleves som udefrakommende (Simons et al., 2006). Skizofrenipatienter har dermed ofte svært ved at skelne, hvor deres oplevelser stammer fra – dem selv eller omgivelserne. Netop denne tendens til *eksternalisering* af deres hørehallucinationer er et centralt fokus ved kognitiv adfærdsterapi med skizofrene. Gennem psykoedukation tilsigtes at bibringe patienterne en ny forståelse af deres oplevelser. Efterhånden lærer patienten at vedkende sig hallucinationerne som værende sine egne, og der arbejdes med at registrere, hvilke situationer, der konkret udløser patientens hørehallucinationer. Patienten undersøger sammen med terapeuten, hvilke karakteristika stemmerne har, deres køn, antal, intonation, styrke og fysiske placering. Nogle patienter oplever stemmerne som om, de taler direkte til patienten, nogle stemmer taler kommenterende om patienten etc. Stemmerne har særpræg, og opleves forskelligt af patienterne. Undersøgelser viser (Kingdon & Turkington, 2005), at det væsentligste ved hørehallucinationer er det *forhold*, patienten har til sine hørehallucinationer. Hvis patienten føler sig underlegen i forhold til stemmerne, vil han ofte være mere plaget af hørehallucinationer, end hvis han oplever sig ligeværdig eller magtfuld i forhold til stemmerne. Det er helt centralt, hvem der bestemmer – patienten eller stemmerne.

## Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer

Kognitiv adfærdsterapi anskuer på den baggrund de oplevede stemmer som udtryk for patientens egen tænkning. På linje med automatisk tænkning, der kan opleves uden for viljens kontrol, kan mennesker, der er disponerede for hallucinationer opleve at høre stemmer. Behandlingen af hørehallucinationer bliver som ved standard kognitiv adfærdsterapi orienteret mod at hjælpe patienten til en forbedret håndtering af sin tænkning. Ved kognitiv adfærdste-

rapi søges der at styrke patientens evne til at tænke over sin tænkning – patientens *metakognition*. Ligeledes er det den betydning, patienten tillægger de hørte stemmer, der er central, og i mindre grad om patienten hører stemmer eller ej (Kingdon & Turkington, 2005). Som ved andre psykiske fænomener er der udløsende begivenheder, der går forud for hørehallucinationerne. Disse kan være indre – fx automatiske tanker og billeder eller ydre, fx stressende, sociale situationer. Nogle gange kræver det lidt arbejde at udlede præcist hvad, der har udløst patientens stemmer, men som oftest bliver det hurtigt tydeligt.

Hørehallucinationerne kan medføre vrangforestillinger, og begge dele kan undersøges ved ABC-analyse (Fig. 2). Her undersøges den udløsende begivenhed (A) fx, at den skizofrene patient står i køen til kassen i supermarkedet, er anspændt og angst over den sociale sammenhæng. Patientens stemmer taler højere og mere aggressivt, og bliver typisk nedladende. Herefter undersøges patientens egen fortolkning af det hørte (B), det kunne fx være, at patienten tror på stemmerne, og giver dem ret. Konsekvensen (C) bliver, at patienten oplever øget angst, og flygter ud af supermarkedet uden sine indkøb.

Figur 2. ABC-analyse

Aktiverende begivenhed (A)	Fortolkning/betydning (B)	Konsekvens (C)
Står i køen til kassen, er nervøs. Stemmerne taler nedsættende: <i>“De andre kunder synes, du er grim. Du er værdiløs, du fortjener at dø!”</i>	<i>“Stemmerne har ret, jeg er et elendigt menneske!”</i>	Angst, flugt ud af supermarkedet

Dette er en enkel analyse, som er brugbar i samtalerne med den hørehallucinerende patient. Det vigtige fokus er patientens fortolkning, hvor terapeuten sammen med patienten kan undersøge beviser for og imod stemmernes udsagn. Ligeledes kan der arbejdes med konsekvensen af oplevelserne. Fx kan der sættes små, overkommelige mål sammen med patienten om mindre indkøbsopgaver på trods af stemmerne.

Ved vrangforestillinger er ABC-analysen ligeledes en god undersøgelse, de fleste patienter kan forholde sig til, se fig. 3. En almindeligt forekommende situation, hvor patienten hører råben fra gaden (A), kan medføre en paranoid tolkning (B) om, at *“der er nogen efter mig”*. Konsekvensen af oplevelserne (C) bliver typisk, at patienten reagerer med angst, og må tage beroligende medicin.

Figur 3.

Aktiverende begivenhed (A)	Fortolkning/betydning (B)	Konsekvens (C)
Hører råben fra gaden.	"Der er nogen efter mig."	Angst og medicin

Ligeledes kan her laves en undersøgelse af beviser for og imod patientens tolkning, og der kan søges alternative forklaringer. Optimalt set lærer patienten selv at lave denne for/imod-undersøgelse i situationen. Én af forfatterens paranoidt tolkende patienter havde glæde af denne enkle undersøgelse, men havde svært ved selv at lave den i de aktuelle situationer. I stedet blev ABC-analysen og undersøgelsen af beviser for/imod brugt i de terapeutiske samtaler. Efterhånden blev patienten mindre paranoidt tolkende, da han lærte at overveje alternative, mere realistiske forståelser.

Den terapeutiske tilgang til skizofrenipatienter skal være præget af enkelthed og tålmodighed, da patienternes kognitive vanskeligheder gør, at de hurtigt taber tråden i en samtale.

Som i al kognitiv adfærdsterapi arbejdes med patientens forhold til sine tanker – og for den skizofrene patient sine hørehallucinationer. Faktisk er det ikke selve hørehallucinationerne, der er problemet, men patientens følelser af fx angst og adfærden i forbindelse med hallucinationerne, der er problematiske (Oestrich & Holm (red.), 2006). Arbejdet kan foregå gennem træning af de førnævnte copingstrategier. Det er vigtigt at starte med interventioner som distraktion/afledning, der er mindre angstvoldende end fokusering, så patienten kan magte situationen.

Der lever i alle samfund en gruppe normalt fungerende mennesker, der er hørehallucinerede. To hollandske psykologer Romme og Escher undersøgte i midten af 90'erne dette fænomen (Haddock & Slade (eds.), 1996) og fandt, at mange hørehallucinerede mennesker lever fint med deres stemmer. Dette har siden dannet grundlag for *Hearing Voices Network*, hvor hørehallucinerede mennesker kan slutte sig til grupper af ligestillede og udveksle erfaringer med stemmehøring.

## Vrangforestillinger ved hørehallucinationer

Mennesker skaber mening ud af deres oplevelser. Vi forklarer vores oplevelser over for os selv, og forstyrrelser i perceptionen, som man kender det ved skizofreni, kan give mærkelige forståelser og ende med vrangforestillinger. Vrangforestillinger er sammen med hallucinationer et andet kendetegnende symp-

tom ved skizofreni, der tidligere ansås for kroniske og umulige at ændre ved psykologiske interventioner. Man måtte bero sig på at dæmpe dem gennem en psykofarmakologisk indsats. Forskning taler i dag for en anden holdning. Som beskrevet ovenfor kan man udmærket arbejde med patientens vrangforestillinger, hvis patienten er indstillet på det. Kingdon og Turkington (2005) anbefaler, at man forholder sig til vrangforestillinger som opfattelser på et kontinuum fra sandt til falsk. Vrangforestillinger bliver dermed opfattelser med en vis grad af basis i patientens livserfaringer, men som er stærk forvredne og overdrevne. Når man kender patientens historie, vil vrangforestillingerne ofte give mere mening, og have forbindelse til reelt oplevede hændelser, der forvrænges. En dikotom tilgang fra terapeuten med en sandt-falsk holdning til patientens oplevelser virker sjældent over for den skizofrene patient, hvorimod en anerkendende og undersøgende tilgang, der stiller spørgsmål ved patientens udvikling af vrangforestillingerne og bevisførelse for disse er at foretrække. Efterhånden kan terapeuten sammen med patienten udvikle en forståelse af, hvordan og hvornår vrangforestillingerne er udviklet, og det tilrådes, at terapeuten benytter sig af en ikke-konfronterende, imødekommende stil over for patienten. Dette arbejde kan være omstændigt og kræver tålmodighed.

Generelt skal man ikke presse patienten, og i stedet lade denne bestemme, hvilke temaer og fokuspunkter, der vælges. Sammen med patienten kan der som nævnt undersøges beviser for og imod forestillingen. Især undersøgelsen af beviser *for* forestillingen kan være uvant for terapeuten, men styrker alliancen til patienten, og dennes interesse for at forholde sig kritisk til sine forestillinger. Det frarådes at udfordre patientens forestillinger som værende usande, da dette medfører, at patienten trækker sig tilbage fra kontakten, og bruger sin energi på at beskytte sine forståelser. Det er mere tilrådeligt at lade patienten selv finde frem til usikkerheder ved sine forestillinger.

Som ved standard kognitiv adfærdsterapi arbejdes med hypotesedannelser, der afprøves ved adfærdseksperimenter mellem sessionerne. Fx kan en idé om, at stemmerne er alvidende afprøves ved, at terapeuten beder stemmerne fortælle patienten, hvor mange tændstikker, der er i en æske. Dette kan stemmerne selvsagt ikke, og dermed kan overvejes alternative forklaringer, som er mere brugbare for patienten.

Kingdon & Turkington (2005) anbefaler, at man ved vrangforestillinger foretager en *perifer udsøggen*, hvor man spørger til konsekvenserne af vrangforestillingen i stedet for sandsynligheden for selve forestillingen som ved standard kognitiv adfærdsterapi. Dette er for konfronterende, og i stedet undersøges, hvilken konsekvens det ville have, hvis patientens overbevisnin-

ger var sande – fx “Hvad ville det betyde for dig, hvis du faktisk havde fået opereret en mikrofon ind i hjernen?” Altså lader man patientens centrale vrangforestillinger være lidt i fred, og interesserer sig mere for at møde patienten omkring effekten af disse forestillinger. Arbejdet er en balancegang som terapeut, og man må hele tiden vurdere, hvor meget patienten kan tåle, at man udfordrer hans tankegang.

## Motivationsarbejde med skizofrene

Når man arbejder med skizofrene, vil man som behandler ofte møde patienter, der har meget lille tillid til, at deres situation kan blive bedre. De føler sig magtesløse og opgivende i forhold til deres symptomer, og det terapeutiske arbejde retter sig i første omgang mod at skabe en tro på, at deres situation kan ændres konstruktivt.

Psykologiske studier af misbrugere har bibragt viden i arbejdet med hørehallucinerede patienter. Miller og Rollnick (2004) har udviklet en evidensbaseret metode, *Motivationssamtalen*, inspireret af den amerikanske psykolog Carl Rogers' *non-direktive, klientcentrerede* terapi, som er anvendelig i en kognitiv ramme. Motivationssamtalen sigter mod to mål. Først undersøges patientens motivation for at påbegynde en forandring i det hele taget. Når motivationen er solidt til stede kan en egentlig forandringsproces begynde, og patienten er ofte ambivalent i forhold til en forandring. I Motivationssamtalen anses ambivalens som central i en beslutningsproces. En normalt fungerende person vil opleve ambivalens af kortere eller længere varighed før et valg, mens den skizofrene patient oplever ambivalens som grundvilkår. Dette hænger formentligt sammen med de kognitive vanskeligheder inden for eksekutive funktioner. Alligevel er det denne forfatters erfaring at nedenstående tilgang er brugbar i samtaler med skizofrene.

Især i psykiatriske sammenhænge møder patienten ofte behandleren med en lav tro på, at forandring overhovedet er mulig, og dette bliver første område for intervention. Der skelnes i Motivationssamtalen mellem patientens oplevelse af *vigtighed, mulighed og parathed* i forhold til at iværksætte en forandring. I forhold til hørehallucinerede patienter kan man som behandler ofte opleve, at patienten finder det vigtigt at gøre noget ved sine hørehallucinationer, men ikke ved, hvad han/hun kan gøre og måske heller ikke oplever sig parat til at gøre noget. Disse forhold er vigtige at afklare, da de giver en god forståelse for patientens perspektiv, og modvirker, at man forlanger, at patienten skal forandre sig. Det foreslås i Motivationssamtalen, at man opfatter mod-

stand mod forandring som udtryk for, at man ikke er i *konsonans* eller samsving med patienten – at man ikke helt har forstået patientens situation endnu. Typisk kan den skizofrene patient være ambivalent i forhold til en forandring, der kan være skræmmende eller synes umulig at gennemføre, og patienten kan mangle forestillinger om, hvilke færdigheder, der er brug for. Den professionelle holdning bør være, at man forholder sig imødekommende, ikke-konfronterende og ikke kræver af patienten, at han/hun *skal* forandre sig selv og sit forhold til hørehallucinationerne. Et billede på den terapeutiske relation er en dans, hvor behandleren forholder sig lyttende og til tider afventende, for siden at kunne foreslå patienten et passende skridt. Modsat brydning, hvor man tvinger den anden til overgivelse – og i terapeutisk sammenhæng forandring mod sin vilje. Når patienten er begyndt at vise tegn på motivation og ønske om forandring, kan man som behandler begynde næste fase med at undersøge realistiske mål for forandring sammen med patienten. Det paradoksale er, at når man som terapeut forholder sig undersøgende til, *om* patienten overhovedet bør forandre sig, skabes muligheden for større motivation. Når fordele og ulemper ved forandring og status quo overvejes respektfuldt, vil patientens mulighed for selv at vurdere brugbarheden ved forandring træde frem. Faktisk anbefales det af Miller & Rollnick (2004) at lade patientens ambivalens i forhold til forandring få plads i samtalerne, da der formentligt både er fordele og ulemper forbundet med forandring for patienten. I forhold til hørehallucinationer kunne en fordel være, at patienten oplever sig mindre alene, når han hører stemmer, mens en ulempe kunne være, at han føler sig skræmt over stemmerne og underlagt deres ønsker. Efterhånden som patienten overvejer sin nuværende situation og sin ønskede fremtidige levemåde, vil der typisk opstå *diskrepans*. Dette er en vigtig motiverende faktor. Forskellen mellem, hvordan patienten oplever sin nuværende livsform og hans ønskede fremtidige liv, er netop grundlaget for viljen til forandring.

Prochaska og DiClemente (2002) har på baggrund af studier af misbrugsafvænning foreslået en *transteoretisk* model til forståelse af motivation, *Stages of Change Model*. De går ud fra, at man kan befinde sig på et af fem stadier i forhold til en forandring: førovervejelse, overvejelse, forberedelse, handling og vedligeholdelse. Modellen er ganske letforståelig, og primært den første fase fordrer forklaring. Førovervejelse er et stadie, hvor personen i fokus egentlig ikke overvejer at skabe forandring omkring en problematisk adfærd, og et evt. misbrug er aktivt.

Der er ingen obligatorisk rækkefølge i faserne, der i højere grad er udtryk for positioner, en person kan have til en problematisk adfærd. Tilbagefald indgår

ikke som en egentlig fase, men er i højere grad en forventelig adfærd i en afvænnings- eller forandringsproces.

I forhold til terapi med hørehallucinerede patienter er *Stages of Change*-modellen anvendelig som samtaleredskab. Den er letforståelig, og kan nemt tegnes på en flip-over som fx en cirkel med fem dele. Dermed kan patientens overvejelser om forandring af sit forhold til stemmerne bringes i fokus. Dette øger forståelsen af patientens perspektiv, og hjælper terapeuten til at kunne foreslå relevante ændringer.

## Kognitiv miljøterapi med skizofrene

På afdeling L på Psykiatrisk Center Sct. Hans, tidligere kendt som Sct. Hans Hospital, arbejdes med kognitiv miljøterapi. Kognitiv miljøterapi henviser til, at alle i miljøet arbejder ud fra den kognitive adfærdsterapeutiske model på en systematisk måde. Metoden repræsenterer et alternativ til den psykodynamiske miljøterapi, der ellers er fremherskende i psykiatrien. Afdeling L modtager primært psykisk syge med diagnoser indenfor det skizofrene spektrum. Patienterne har som oftest kroniske lidelser gennem mange år, og har et dårligt funktionsniveau. De kommer typisk fra andre psykiatriske centre eller bosteder. Det psykiatriske center har optageområde fra hele hovedstadsområdet – Region H. Patienterne bliver indlagt dels med henblik på at få optimeret deres farmakologiske behandling og dels for at profitere af afdelingens kognitive miljøterapi. Patienterne kan være indlagt i længere tid, nogle i flere år, mens de korteste indlæggelser sigter mod 3-9 mdr. De kognitivt og socialt bedst fungerende indlægges i de såkaldte *konceptafsnit*, hvor der er størst fokus på den kognitive miljøterapi. Selv på de to lukkede afsnit arbejdes ud fra kognitiv adfærdsterapi som metodisk grundlag, men her arbejder man primært med den adfærdsterapeutiske del af metoden. På konceptafsnittene indgår patienterne i et tværfagligt samarbejde mellem speciallæger, psykologer, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter samt social- og sundhedsassistenter. Udover lægens behandlingsplan laves der kontinuerligt en tværfaglig rehabiliteringsplan, hvor patientens problemer og mål er i fokus. Der arbejdes med at konkretisere beskrivelsen af patientens problemer, fastlægge langsigtede og kortsigtede mål samt dertil hørende interventioner. Interventioner kan være, at patienten skal træne målrettet på at få en velfungerende døgnrytme, have daglige samtaler med kontaktpersonen med fokus på angsthåndtering eller deltage i en gruppeterapi om selvværd. Alle personaler efteruddannes internt i kognitiv adfærdsterapi, der er fælles metodisk grundlag, og patienterne under-



vises i metoden gennem psykoedukation. Psykologen indgår i den kognitive miljøterapi ved at undervise og vejlede plejepersonalet i kognitiv adfærdsterapi samt psykoeducere patienterne. Psykologen har endvidere til opgave at forestå gruppeterapeutiske tilbud med angsthåndtering og forbedring af selv-værd. Endvidere findes grupper med tilbud om social færdighedstræning. Tilbuddene retter sig særligt mod netop de problemer, skizofrene patienter oplever. For tiden arbejdes der på at oprette en gruppe for patienter, der er plagede af hørehallucinationer. Denne gruppe skal ved hjælp af ovennævnte teknikker sætte fokus på patientens håndtering af stemmerne. I mindre omfang tilbyder psykologen individuelle samtaleforløb til patienterne. Interesserede kan læse videre på centrets hjemmeside på internettet. Ligeledes står forfatteren af artiklen gerne til rådighed med information. Af relevant litteratur om kognitiv miljøterapi kan nævnes Oestrich & Holm (red.) (2006). Irene Oestrich er chefpsykolog ved afd. M og en af hovedpersonerne bag implementeringen af metoden på hele Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Artiklen har i det foregående beskæftiget sig med forekomsten af hørehallucinationer og kognitiv adfærdsterapi og miljøterapi i den forbindelse. Endvidere er der præsenteret og anvendt to forskellige bud på forståelse af forandring i denne sammenhæng.

I det følgende undersøges det forskningsmæssige grundlag, der findes som berettigelse af den kognitive adfærdsterapis effekt. Efter en kort redegørelse og diskussion af de statistiske metoder, som anvendes til dette, præsenteres resultaterne af tre metaanalyser.

## Metaanalyser – styrker og begrænsninger

Der foreligger en massiv mængde forskning i effekten af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni. I det følgende belyses først metaanalyser som redskab, og derefter undersøges tre metaanalyser, der samlet vurderer de tilgængelige studier. Dermed skabes et overblik over hele feltet, så der kan ske en diskussion af den samlede evidens for metoden. Der findes to andre udbredte statistiske metoder til at undersøge store mængder forskningslitteratur, den narrative litteraturanalyse og det kvantitative litteratur-review. Disse har en række begrænsninger statistisk, og metaanalysen anses for at være bedste redskab til at undersøge store mængder forskningslitteratur.

Metaanalyser som statistisk metode har været anvendt siden 1970'erne, og gør det muligt at undersøge effekten af flere randomiserede, kontrollerede undersøgelser i forhold til hinanden – fx af kognitiv adfærdsterapi i forhold til

skizofreni. Dette gøres til dels ved at omforme de enkelte studiers resultater til et fælles parameter, typisk en effektstørrelse (fx  $d$ ). Der er flere forskellige muligheder for at udregne denne, og de forskellige metaanalyser baserer sig på lidt forskellige formler for effektstørrelsen. Grundlæggende er effektstørrelse et spørgsmål om at tage gennemsnittet af resultatet for den gruppe, som modtager en intervention ( $M_e$  – Mean Experimental Group), og fratække det gennemsnittet for kontrolgruppens score ( $M_c$  – Mean Control Group). Dette divideres med den samlede standardafvigelse ( $SD_{pooled}$ ) eller kontrolgruppens standardafvigelse ( $SD_{control}$ ). Se figur 4.

Figur 4.

Effektstørrelse ( $d$ ) =  $M_e - M_c / SD_{pooled}$  eller  $SD_{control}$

Derefter kan effektstørrelserne mellem mange studier sammenlignes. Hvis der er positiv effekt af en intervention i forhold til en gruppe målt over for en kontrolgruppe, vil effektstørrelsen typisk være mellem 0 og 1. Hvis effektstørrelsen er mellem 0 og minus 1, vil kontrolgruppen have klaret sig bedre end den gruppe, der fik en specifik intervention (Fitzgerald & Rumrill, 2003).

Når dette gøres, bliver det muligt at vurdere effekten af studier med mindre samples, da resultaterne nu kan sammenlignes med en større gruppe studier. Der er dog en række begrænsninger, som bør overvejes, når resultaterne vurderes.

## Forbehold ved metaanalyser

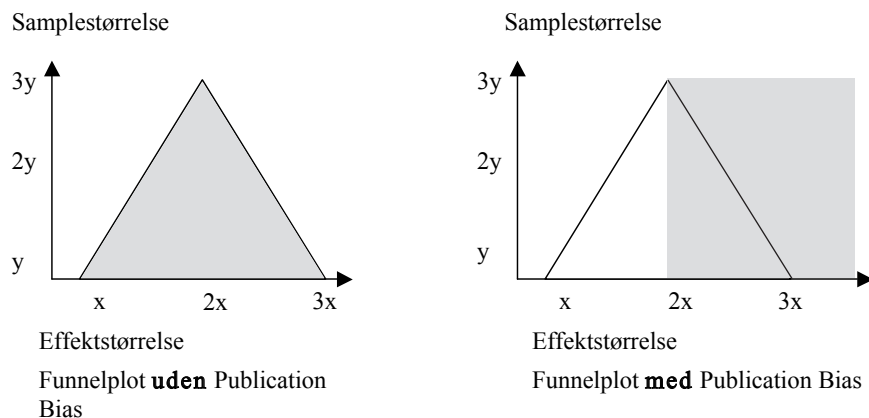
Når metaanalyser udfærdiges, baserer de sig på en række af RCT's (Randomized Controlled Trials – randomiserede, kontrollerede studier). Der er velkendte problemer med at skjule fordelingen til grupper både for forsøgspersoner og behandlere. En anden svaghed ved metaanalyser er, at de undersøgte RCT's typisk mister en del outcome-data om deltagerne, når de udfærdiges. Dette medfører usikkerhed om effekten af en intervention, og kan skabe bias i resultaterne. For at imødegå dette foregår en udvikling inden for statistisk metode, der sigter mod at håndtere problemet med *missing outcome data*. Ved at indregne de anslåede manglende oplysninger i metaanalysen, opnås mere realistisk funderede resultater, der også medregner udeblevne deltagere (Higgins et al., 2008).

En af de typiske indvendinger er, at metaanalyser ofte påvirkes af *publication bias*. Dette omhandler, at metaanalyser primært forholder sig til publicerede

studier. Når studier udgives er det typisk, fordi de kan påvise spændende, signifikante resultater af undersøgelser. Det er derimod mere sjældent at få udgivet studier, der viser ingen effekt, og dette kan betyde en skævvridning af en metaanalyse, der kun baseres på studier med signifikant effekt.

En måde at undersøge, om en metaanalyse forholder sig til hele feltet af publiceret materiale er ved at udføre en *funnel plot*-analyse (engelsk for *tragt*). Se figur 5.

Figur 5.



Her fremstilles effektstørrelser i forhold til samplestørrelser grafisk. Hvis de forskellige studier ligger jævnt fordelt i en tragtform, er der formentligt ingen publication bias, og hvis studierne ligger asymmetrisk distribueret, vil der typisk være tale om publication bias. Dette kan være udtryk for, at der primært er publiceret studier med en særlig effekt på baggrund af fx politiske eller økonomiske interesser.

Den kommercielle effekt på studier er svær at anslå, men en undersøgelse af 2000 RCT's af medicinsk behandling af skizofreni viste en klar tendens mod små studier, sponsoreret af medicinalindustrien (Gilbody & Song, 2000).

Problemet med publication bias betyder, at den *eksterne validitet* af en metaanalyse kan blive forringet, da de publicerede studier, som indgår i metaanalysen ikke nødvendigvis er repræsentative for hele feltet af valide effektundersøgelser af fx kognitiv adfærdsterapi i forhold til skizofreni. Der tales i den sammenhæng om mængden af *grå litteratur*, som refererer til studier, der ikke er offentliggjorte i almindeligt tilgængelige medier. Det kan fx være interne tekniske rapporter, arbejdsrapporter fra forskningsmiljøer og endnu upublicerede

de studier mv. Dette materiale anvendes nogle gange i forskningssammenhænge, men er ikke altid offentligt tilgængeligt, og kan besværliggøre velunderbyggede metaanalyser. For at imødegå dette problem forsøges det at indhente endnu upubliceret relevant materiale til udførelse af metaanalyser. Ved metaanalyser sker en vis reduktion af materialet, når det undersøges, om en behandlingsform har effekt, mens selve opbygningen af interventionerne udelades. Man kan udlede, at noget har effekt, men i metaanalysen beskrives ikke, hvordan de forskellige interventioner er udført.

Dette forhold relaterer til problemet med *construct validity*, som omhandler den intervention, hvis effekt undersøges. En kritik i forbindelse med kognitiv adfærdsterapi i forhold til skizofreni kunne være, at kognitiv adfærdsterapi ikke er en fuldstændig fast defineret størrelse som fx et specifikt antipsykotisk medikament. Det er en terapiform, der praktiseres ud fra en række retningslinjer og ideer. Denne praksis vil være forskellig fra terapeut til terapeut, hvorfor man støder ind i problemer med at standardisere interventionerne i fokus. Problematikken med usikkerhed omkring det konstrukt, hvis effekt man undersøger, er et velkendt fænomen indenfor metaanalyser, men det anbefales at acceptere en vis usikkerhed imellem studierne for at kunne lave statistikken alligevel (Fitzgerald & Rumrill, 2003).

På trods af disse forbehold er metaanalyser et anerkendt redskab til samlet at undersøge store mængde studier. Forskning i kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni omfatter flere symptomgrupper, herunder positive og negative psykotiske symptomer samt fx social funktionsevne. I det følgende undersøges metaanalyser af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni generelt, da positive psykotiske symptomer er integrerede som fokus i undersøgelserne, og det ikke har været muligt at finde metaanalyser udelukkende i forhold til hørehallucinationer.

## Sidste nyt fra forskningen

Den sidste metaanalyse af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni fra The Cochrane Library er fra 2004, og viser interessante resultater (Jones et al., 2004). Cochranestitutttet regnes almindeligvis som en uafhængig, autoritativ institution i forhold til at undersøge statistiske forhold ved forskningsmateriale. De undersøgte al tilgængelig litteratur om studier af kognitiv adfærdsterapi af skizofreni og identificerede 392 rapporter om emnet. Ud af disse endte gruppen med 30 studier, der var tilstrækkeligt stringente i deres metode til at indgå og baserede på randomiserede kontrollerede undersøgelser.

Generelt fandt Cochrane-gruppen, at resultaterne var middelmådige i forhold til at demonstrere kognitiv adfærdsterapis kvalitet over for interventioner som støttende psykoterapi og standard behandling – TAU (Treatment As Usual). Der sås god effekt i forhold til reduktion af positive psykotiske symptomer som hørehallucinationer gennem kognitiv adfærdsterapi i kombination med TAU. I forhold til andre psykotiske symptomer som vrangforestillinger og negative symptomer sås et mindre klart billede af effekten af kognitiv adfærdsterapi. Der sås ingen signifikant bedring i forhold til tilbagefald og genindlæggelse ved kognitiv adfærdsterapi vs. TAU.

En gennemgående problematik ifølge metaanalysens undersøgelse af de 30 studier var heterogeniteten i opbygningen af de respektive undersøgelser. Der var stor forskel på kontrolgruppernes udformning, stor forskel på anvendte psykiatriske skalaer og måleredskaber, og materialet var dermed svært at sammenligne og undersøge for statistiske kvaliteter. Mængden af brugbare studier af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni var for lille til at udsige noget generelt og validt. Forskergruppen konkluderede, at der var nogen reduktion i symptomer efter kognitiv adfærdsterapi, men der var stor variabilitet i fundene, og på det foreliggende var det ikke muligt at konkludere, at der var en væsentlig fordel ved kognitiv adfærdsterapi frem for TAU eller støttende psykoterapi. Dog fandt Cochrane-gruppen, at en udvikling var i gang inden for feltet mod bedre metodisk funderede undersøgelser med tilstrækkeligt store samples. Det anbefalede at anvende samples på minimum 100 forsøgspersoner for at opnå god statistisk styrke, og i det hele taget stræbe efter standarderne i CONSORT-retningslinjerne (Consolidated Standards for Reporting of Trials) omkring randomiserede kontrollerede undersøgelser (Jones et al., 2004).

Der er siden sket en udvikling inden for kvaliteten af effektstudier af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni. Der har været opmærksomhed omkring de metodiske udfordringer, og i senere metaanalyser som nedenfor finder man, at effektstudierne så vidt muligt følger CONSORT-anbefalingerne.

Således fandt en senere metaanalyse god effekt af kognitiv adfærdsterapi (Zimmermann et al., 2005). 14 randomiserede, kontrollerede studier med i alt 1484 hørehallucinerede, skizofrene patienter indgik. Der blev analyseret effektstørrelser på tværs af studierne, og der sås ca. 50% bedre resultater ved kognitiv adfærdsterapi i forhold til at reducere patienternes positive psykotiske symptomer i forhold til TAU. Ved follow-up holdt effekten af behandlingen sig, både ved tidlig og senere måling, og det sås, at effekten steg med tiden fra tidlig til sen follow-up efter 12 mdr., hvilket taler for, at der skete en indlæring hos patienterne.

At svare stemmerne: Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer

Der sås endvidere en bedre effekt ved kognitiv adfærdsterapi på patienter i en akut psykotisk fase i forhold til stabiliserede, kroniske patienter med vedvarende psykotiske symptomer. Svaghederne i de undersøgte studier var, at kontrolgrupperne bestod af forskellige typer samples, og spændte fra venteliste-patienter til manualbaseret eller patienter behandlet med støttende terapi. Der sås som ventet, at kognitiv adfærdsterapi var mere virksom end ingen behandling, men effekten faldt ved sammenligning med andre interventioner og TAU. Der var altså en vis heterogenitet i kontrolgrupperne, der medførte usikkerhed i studiet. Den overordnede konklusion på metaanalysen var, at kognitiv adfærdsterapi var en lovende behandlingsform med god langtidseffekt som supplement til psykofarmakologisk behandling og færdighedstræning ved positive skizofrenisyntomer (Zimmermann et al., 2005).

Den seneste metaanalyse af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni (Wykes et al., 2008) undersøgte ved hjælp af CTAM (Clinical Trial Assessment Measure) det tilgængelige materiale i forhold til effektstørrelser, kliniske modeller og metodologi. Der blev udvalgt 34 randomiserede kontrollerede studier, der levede op til *golden standard* for RCT's og opfyldte CONSORT-anbefalingerne. Wykes et al. (2008) fandt, at jo større metodisk præcision studier blev udført med, jo mindre effektstørrelse fandt man. Dette er vigtigt, fordi man ofte vil se fejlagtigt store effektstørrelser ved undersøgelser med mindre stringente designs. Som ved de andre eksisterende metaanalyser af kognitiv adfærdsterapi ved skizofreni fandt man effekt af behandlingen, om end denne effekt var af moderat størrelse. Maskering af assessment og allokering til grupper viste sig at have stor betydning for skævvridning af effektstørrelser, der steg 50-100 % ved manglende maskering. Wykes et al. (2008) argumenterer for, at man i behandlingsverdenen anerkender, at kognitiv adfærdsterapi er påvist som foreløbigt bedste metode til terapi ved skizofreni og fx anbefales som standard behandling i Storbritannien. Fremover foreslås det, at udvikle og forfine metoden, i stedet for at bruge midler på at undersøge om den er effektiv.

Der er altså tydelige indikationer på, at det især er over for de positive psykotiske symptomer som stemmehøring, kognitiv adfærdsterapi er virksom. Samtidigt tyder den anden metaanalyse på, at terapien faktisk bør påbegyndes tidligt i den psykotiske tilstand, inden patienten kronificeres. Endvidere bør forfattere til metaanalyser være opmærksomme på den nævnte oppustning af effektstørrelser, der kan forekomme ved mindre stringente forskningsdesigns.

## Diskussion

Kognitiv adfærdsterapi er nået langt i sine bestræbelser på at undersøge sin metode og påvise effekt over for den sværeste psykiatriske lidelse, skizofreni. Der er over de sidste ca. 10 år sket en stor stigning i mængden af randomiserede, kontrollerede effektstudier. Med forbehold for de ovennævnte problemer er der efterhånden god evidens for effekt af metoden i forhold til positive psykotiske symptomer som hørehallucinationer. Samtidigt er det svært at udlede andet af metaanalyserne, end at der *er* effekt i forhold til anden behandling. *Hvad* denne effekt består af er som beskrevet svært at sige.

Man må som fagperson være ydmyg overfor, at andre psykologiske metoder til psykosebehandling som fx den psykodynamiske også er virksomme. Muligvis kan noget af den påviste gode effekt ved den kognitive adfærdsterapi handle om, at metoden er særligt rettet mod afgrænsede problematikker, hvortil der er udviklet målrettede behandlingsteknikker. Dette gør kognitiv adfærdsterapi nem at operationalisere og vurdere, da teknikkerne er velbeskrevne og nemme at gentage uafhængigt af terapeuten. Dette udfordrer samtidigt tidligere effektforskning, hvor relationen mellem patient og terapeut ansås for det vigtigste og metoden var sekundær. Det kunne være interessant igen at forholde sig til, om dette stadig er tilfældet. Kvaliteten af relationen mellem terapeut og patient bliver muligvis påvirket af terapeutens metodiske ståsted. For en videre diskussion af kvaliteten af evidens i terapi, se fx Hougaard et al (2008).

I artiklen er symptomernes mulige konstruktive funktion og motivation for forandring blevet diskuteret som vigtige faktorer i arbejdet med hørehallucinationer. Det er artiklens forslag, at en øget opmærksomhed omkring disse forhold kan have stor betydning for terapiens udkomme. Artiklens fund viser, at der er håb for gruppen af de sværeste psykiatriske patienter. Der er efterhånden udviklet en specialiseret psykologisk behandling til netop denne målgruppe, hvilket ligeledes er gode nyheder for de pårørende, der ofte er plagede af effekterne af sygdommen. Samtidigt er det en metode, der kræver uddannelse, træning og supervision, og kognitiv adfærdsterapi af hørehallucinationer udført af specialiserede behandlere er dyrt at foretage. Dette medfører, at denne behandling formentligt fortsat tilbydes en begrænset mængde af skizofrenipatienter. Muligheden for behandling med kognitiv adfærdsterapi bliver således også et politisk, samfundsøkonomisk spørgsmål. Set i lyset af den kronificering sygdommen desværre kan medføre og de store sundhedsudgifter ved skizofreni, er et passende spørgsmål, om samfundet har råd til at lade være med at tilbyde denne behandling tidligt? En sidste overvejelse kunne være værdien af

at orientere sig mere mod et samarbejde mellem den kognitive adfærdsterapeutiske og den psykodynamiske tradition som foreslået af Sundhedsstyrelsen. Man kunne som behandler lade sig inspirere af de to metoder, i stedet for at holde fast i en enten-eller position. Der er tydeligvis godt at hente i praksis fra begge.

## Konklusion

Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer er det hidtil påvist mest effektive valg af psykologisk metode. Dette underbygges som vist af metaanalyserne på feltet. Der er brug for fortsat forskning i de forskellige psykologiske metoders effekt, og psykologiske interventioner må basere sig på viden frem for holdninger og sympatier, så skizofrenipatienter og deres familier får den bedste behandling. Formentligt vil en kombination af kognitiv adfærdsterapi og en psykodynamisk forståelse af processer i terapien være anbefalelsesværdig. Samlet set må det siges, at der er grund til at være optimistisk omkring behandlingsmulighederne for denne gruppe af psykiatriske patienter. Der er akkumuleret massiv evidensbaseret viden om farmakologi og psykosocial behandling, der tegner lovende for fremtiden.

Økonomiske interessekonflikter: ingen angivet.

## Litteraturliste:

- Beck, A. T. (1952). Successful out-patient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*. 15: 205-212.
- Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi: teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk.
- Christison, G. W., Kirch, D. G. and Wyatt, R. J. (1991). When Symptoms Persist: Choosing Among Alternative Somatic Treatments for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 17, No. 2, p. 217-245.
- Elkin, H. & Meltzer, H. Y. (2007). Refractory schizophrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 29, 2: p. 41-47.
- Fitzgerald, S. M. & Rumrill, Jr., P. D. (2003). Meta-analysis as a tool for understanding existing research literature. *Work*, 21, p. 97-103.
- Gilbody, S. M. & Song, F. (2000). Publication bias and the integrity of psychiatry research. *Psychological Medicine*. 30, p. 253-258.
- Haddock, G. & Slade, P. D. (eds.) (1996): *Cognitive-Behavioural Interventions with Psychotic Disorders*, Routledge, London, UK.
- Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Sørensen, P. K. og Reisby, N. (2000) *Klinisk psykiatri*. 2. udgave, København: Munksgaard.



- Higgins, J. P. T., White, I. R. & Wood, A. M. (2008). Imputation methods for missing outcome data in meta-analysis of clinical trials. *Clinical Trials*, 5: 225-239.
- Hougaard, E. et al. (2008). Hvad virker i psykoterapi? *Psykolognyt* 17: 18-25
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J. I. , Campbell, C. (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, Art. No.: CD000524.
- Kingdon, D. G. & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. & Rollnick S. (2004). *Motivationssamtalen*. København: Reitzel
- Mørch, M. & Rosenberg, N. K. (red.) (2005). *Kognitiv terapi: modeller og metoder*. København: Hans Reitzel.
- Nordentoft, M. (2008). Skizofreni og psykose – forebyggelse og fremtid. *Ugeskrift for læger*. Vol. 170/37, 8. september.
- Oestrich, I. & Holm, L. (red.) (2006). *Kognitiv miljøterapi: at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Padesky, C. A. (1993). Socratic Questioning: Changing Minds or Guiding Discovery? Fra [www.padesky.com](http://www.padesky.com): *Keynote address delivered at the European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, London*.
- Padesky, C. A. & Mooney, K. A. (2000). Applying Client Creativity to Recurrent Problems: Constructing Possibilities and Tolerating Doubt. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, vol. 14, number 2.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C. og DiClemente, C. C. (2009). *Changing for good*. Quill.
- Rosendal, M & Hilden, J., (red.) (2008). *Kognitiv adfærdsterapi i almen praksis*. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegering.
- Simons, J. S., Davis, S. W., Gilbert, S. J., Frith, C. D. and Burgess, P. W. (2006). Discriminating imagined from perceived information engages brain areas implicated in schizophrenia. *NeuroImage*, 32, 696-703
- Stefansson, H. et al. (2008). Large recurrent microdeletions associated with schizophrenia. *Nature*, vol. 455, 11 sept.
- Sundhedsstyrelsen (2004), Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Referenceprogram for skizofreni, København: Sundhedsstyrelsen.
- Valmaggia, L. R., Van der Gaag, M., Tarrier, N., Pijnenborg, M. and Sloof, C. J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 186, p. 324-330.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. and Tarrier, N. (2008). Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Effect Sizes, Clinical Models and Methodological Rigor. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 34 no. 3 pp. 523-537.
- Zimmermann, G. et al. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability – A New View of Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 86, No. 2, p. 103-126.

## Abstract

Stefan Czartoryski: Answering the Voices – Cognitive Behavioural Therapy with patients suffering from auditory hallucinations

*This article focuses on the fact that approximately 25% of well-medicated patients suffering from schizophrenia still experience positive psychotic symptoms e.g. auditory hallucinations. This presents a psychological challenge demanding techniques targeting this problem. After a presentation of Cognitive Behavioral Therapy of psychosis (CBTp), the matter of motivation is discussed in regard to auditory hallucinations. The latest research on the area is discussed, considering the effectiveness of CBTp. The article concludes that there is by now substantial evidence that CBTp is the best choice for a psychological intervention with positive psychotic symptom and suggests an approach where CBTp is practised in combination with a psychodynamic understanding of the processes between client and therapist.*

*Keywords: Skizofreni, kognitiv adfærdsterapi, hørehallucinationer, motivation, forskningsresultater*

# Den huvudlösa vulkanen

## Att använda bildskapande i handledning

Matrix, 2009; 4, 399-414

Ditte Grimgarn

*Artikeln handlar om tankar om hur bildskapande kan användas i handledning i psykoterapi. Jag vill visa på hur bilder kan hjälpa terapeuten att tydliggöra överföring och motöverföring och att härbärgera svåra känslor, att motverka intellektualisering och öppna upp för nya tankebanor. Bilden kan hjälpa till att stå ut med stunder av förvirring, skapa ordning i förvirringen och se parallellprocesser. Jag beskriver olika typer av bilder och visar på vikten av verbal kommunikation mellan patient och terapeut som förutsättning för möjlig tolkning av bilder. Jag grundar mig i första hand på erfarenheter av att ha arbetat som bildterapeut i 25 år och de senaste 10 åren även som handledare i psykoterapi, både verbal psykoterapi och bildterapi och som handledare för olika personalgrupper i psykiatriskt behandlingsarbete. Beträffande teoretiska referensramar har den engelska bildterapeuten, Joy Schaverein haft stor betydelse för mig.*

### Inledning

Titeln härrör sig från en workshop vid en EFPP-konferens<sup>1</sup> i Stockholm 2003 då jag presenterade mina erfarenheter av att använda bildskapande i psykoterapihandledning och handledning i psykiatriskt behandlingsarbete, både individuellt och i grupp. Vulkanen fick då vara en symbol för handledarrollen. Utgångspunkten för titeln var en målning som jag gjort i samband med att jag

---

1 European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector.

*Ditte Grimgarn, Leg. grupppsykoterapeut och bildterapeut med handledarutbildning. Arbetar på Psykoterapienheten, Stockholms läns landsting, Psykiatri södra Stockholm.*

undersökt min egen roll och funktion under ett handledningsuppdrag tillsammans med blivande bildterapeuter. Detta eftersom det som bildterapeut är nödvändigt att kontinuerligt arbeta med eget bildmaterial för att öka förmågan att arbeta med överföring och motöverföring.

Själv har jag under en tioårsperiod handlett både bildterapeuter, uttryckande konstterapeuter och personal inom psykiatri med olika yrkesbakgrund såsom mentalskötare, psykologer etc. Jag är bildpsykoterapeut och arbetar utifrån ett psykodynamiskt synsätt och har en gruppanalytisk utbildning och är handledarutbildad. Jag kommer här att förmedla tankar om och erfarenheter av vad som kan ske i psykoterapihandledning dels i bildterapi och dels i verbal psykodynamisk psykoterapi när bildskapande är en del av handledningsprocessen.

Den dokumentation jag sett, hur man på närmast liknande sätt använt sig av bild under handledning med personal som inte själva är bildterapeuter, är en rapport om handledning med personal som arbetade på ett hospice för svårt sjuka och döende i Umeå, Axlagården. Man använde sig här av en kombination av bildarbete och gruppsamtal. Målsättningen var att ge ett forum för avlastning, bearbetning och självkänedom. (Englund 1997)

Det finns inte heller mycket skrivet om handledning i bildterapi. De flesta artiklar som jag funnit framför nödvändigheten att få handledning men inte hur den ska vara utformad. (Edwards 1989,1993, Belfiore 1992, Teasdale 1993 och Levick 1995). Några av artikelförfattarna arbetar med bildskapande moment i handledning. Terapeuten gestaltar känslor och upplevelser från sina terapikontakter för att arbeta med överföring. Bilderna kommer till antingen i terapeutens eget arbetsrum och tas sedan med till handledningen eller också målar terapeuten hos handledaren. Robbins (1988, 1992) handleder både bildterapeuter och verbala terapeuter i grupper där utrymme ges för eget skapande arbete. En annan artikel som jag hittat, redogör för en experimentell handledning där terapeuter och handledare parvis gör bilder för att undersöka sina relationer (Durkin, Perach, Ramseyer och Sontag 1989). Hur patientarbetet går till får man ingen tydlig uppfattning om. Anmärkningsvärt är att handledare och terapeuter, samma par, är co-terapeuter i grupper. För mig framstår de olika rollerna som sammanblandade.

Newman (1973) skriver om svårigheter att handleda bildterapeuter på grund av deras bristande psykoterapeutiska kunskaper och deras alltför stödjande interventioner och rädsla för att frustrera patienten. Han menar att bildterapeuter genom sin konstnärsbakgrund lärt sig att lita på och uttrycka känslor som en korrekt evaluering av situationen, istället för att ifrågasätta

dem. När artikeln skrevs var bildterapeut en relativt ny profession och mycket har hänt sedan dess beträffande utbildning och ökad psykoterapeutisk kompetens.

Rubin (1984) använder patienternas bilder i handledning, men förespråkar också att terapeuten målar för att underlätta förståelse. Case och Dalley (1992) menar att det inte är nödvändigt att ta med patienternas bilder till handledningen, eftersom de anser att dessa inte behövs för att titta på överföring och motöverföring. Jag håller inte med eftersom jag anser att triaden patient, bild och terapeut tillsammans utgör delar av och samspelar i den process som bildterapi omfattar. Henzell (1997) menar att en målning, teckning eller skulptur är en del av sessionen genom vilka händelsen själv överlever som ett materiellt objekt. Bilden själv är närvarande under och efter sessionen. "Images may exercise something of a supervisory effect on supervision itself."

## Bildskapande i handledning

Min intention med att använda bild i handledning är

- att underlätta att upptäcka och undersöka överföring och motöverföring
- att göra det lättare att klara av situationer när man som terapeut inte förstår vad som pågår, stå ut med stunder av förvirring, att sortera i förvirringen och undersöka parallellprocesser
- att underlätta förmågan att härbärgera tungt material, t.ex. berättelser om övergrepp och krigsupplevelser
- att släppa intellektualisering och öppna upp för nya tankebanor

Jag kommer, efter att ha beskrivit olika handledningssituationer, i någon mån att vidareutveckla dessa tankar, men först några ord om hur man som bildterapeut kan använda sig av bilder av vulkaner.

Vulkanen är en universell symbol som inte sällan dyker upp spontant både i bildpsykoterapi och i handledning, men den kan också användas som ett tema vid psykoterapibedömning för att diagnostisera. Vulkanen, liksom trädet eller huset kan då komma att symbolisera en människa. Det är här viktigt att påpeka att det inte går att göra en psykoterapibedömning utifrån en enda bild. Att föreslå ett tema, som i detta fall en vulkan, ingår inte i något testbatteri utan är ett sätt att undersöka hur patienten förhåller sig till och kan arbeta med sina bilder. Arbetet sker i dialog mellan terapeut och patient där man undersöker patientens behov och syn på sig själv och tar en anamnes. Utan samtalet säger bilden mycket lite om personen som terapeuten möter.

Den huvudlösa vulkanen

Patienten uppmanas att måla en vulkan, inte sällan som en del i en serie av uppgifter. Det blir då ofta tydligt om/hur patienten har kontakt med sina känslor och hur dessa hanteras. Dessa vulkaner är naturligtvis sinsemellan väldigt olika. Det beror dels på vem som målat, men också när, i vilket sammanhang och i vilken sinnesstämning bilden kommit till. När vulkanmotivet ges som tema är detta styrt utifrån av terapeuten, dvs. patienten själv kanske aldrig skulle ha kommit på tanken att måla en vulkan och kan ställa sig oförstående till intentionen. Då kan det hända att en vulkan konkret helt enkelt ses som ett eldsprutande berg, som patienten inte känner sig berörd av eller kan koppla ihop med sin egen person. Om patienten däremot själv spontant målar en vulkan är motivet oftast en genuint personlig symbol och går då lättare att koppla till den egna personen och egna känslor. Här följer några exempel.

En patient målade under pågående terapi på ett stort papper på väggen en synnerligen aktiv vulkan som sprutade eld och aska högt upp i luften och lavan flödade nedför bergsväggen. Den här patienten bredde ut sig och tog stor plats. Som jag ser det ett uttryck för hans problem med gränser och impulskontroll och han hamnade lätt i stormiga konflikter. Samtidigt kan det ge en stark frihetskänsla att få breda ut sig på en stor vägg.

En annan patient gjorde en nästan utslocknad vulkan med en liten försiktig rökpuff. Denna person visade sig vara troende och ville alltid vara god och höll tillbaka känslor av missnöje och aggressivitet.

Ytterligare en patient målade en vulkan där magman låg som en underjordisk sjö och tryckte alldeles under bergstoppen. Det såg ut som om ett utbrott var nära förestående och då skulle hela toppen explodera och fara iväg. Patienten var mycket ångestladdad och sade sig vara nära att bryta samman.

En annan person som blivit uppmanad att måla en vulkan, kopplade den omedelbart till fadern som varit våldsam och högljudd och fick oförutsedda utbrott. Han fick direkt kontakt med den ständiga rädslan för fadern.

Efter ca ett år i bildpsykoterapi uppmanas en kvinna att blunda och försöka att i kroppen hitta känslan som hon satt med. Hon beskriver efteråt att det liksom bubblade i magen och i bröstet. Hon illustrerar spontant känslan med en vulkan under utbrott. Säger sedan att bilden av vulkanen kom upp på näthinnan och såg ut som en serieteckning. Den kändes inte verklig. Hennes stora svårigheter att få kontakt med känslor gjorde, enligt mitt sett att tolka bilden, att hon distanserade sig genom att göra en bild av en bild.

Slutligen ett exempel på en spontan gestaltning av en vulkan som illustrerade ilska. En man målade en bild av sig själv som en vulkan under utbrott. I eldkaskaden hade han målat in sitt ansikte.

Ilkska är den känsla som oftast associeras till när man betraktar vulkanbilder, men det kan även handla om andra starka känslor. Jag kommer att återkomma till vulkanen ur handledarens perspektiv.

Bildterapeuten är van vid att, förutom att utgå från patientens bilder, även undersöka sitt eget bildspråk. Detta kan t.ex. ske i anslutning till en terapitimme då terapeuten efter att patienten gått, gör vad som man kan kalla en "svarsbild" för att fånga upp känslor och omedvetet material, överföring och motöverföring. Denna bild kan tas med till handledningen tillsammans med patientens och hjälpa till att tydliggöra processen.

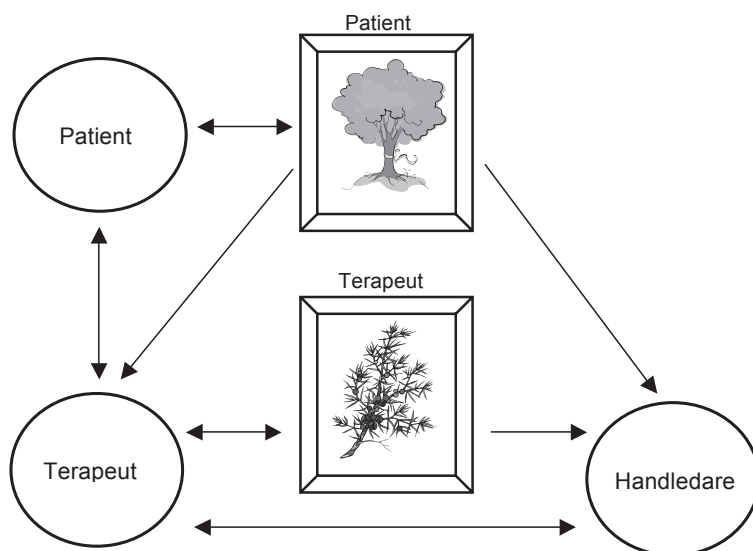
En annan variant, vilken är den jag tittat närmare på, är att terapeuten målar i direkt anslutning till handledningstillfället. Skillnaden är då, att en längre tid kan ha passerat mellan mötet med patienten och tillkomsten av bilden och den omedelbara känslan efter terapisessionen kan inte finnas kvar. Andra intryck kommer att påverka bilden, hur handledningssituationen och relationen till handledaren ser ut och möten med andra patienter.

Närvaron av en åskådare till bildskapandet har en central betydelse. Detta gäller både för terapeuten, som ser patienten i arbete under terapisessionen och för handledaren, som ser terapeutens bild komma till vid handledningstillfället. Egna funderingar kring vad som sker i rummet och betraktarens associationer flödar fritt, ibland under en relativt lång tid, i grupsammanhang upp till en timme. Under den tiden kan bilden komma att förändras en hel del. Frågor kommer. Vad handlar det här om egentligen? Vad är det för känslor som uttrycks? Aktiviteten hos den som målar betraktas, liksom val av material. Senare under samtalet om bilden blir det tydligt om ord och bild överensstämmer. Den som målat kanske nu är i ett annat läge både tankemässigt och emotionellt. Det kan t.ex. handla om obehagliga bilder som patienten inte vågar eller har förmåga att se. Ett exempel från min egen praktik är en ung kvinna som varit utsatt för sexuella övergrepp som barn. Hon målade en serie bilder med en stor man och ett litet barn som mest liknade en trasdocka. Under tiden hon målade, verkade hon vara helt fokuserad på bilden, men efteråt klarade hon inte att se den. Inför avslutningen av terapin gick vi igenom samtliga bilder. Nu klarade hon att se dem och också koppla känslor till bilderna, något som tidigare varit svårt. Men hon orkade bara se några få bilder åt gången. Vi hade en lång bearbetande avslutning.

Även i handledning kan terapeutens egna skapade bilder upplevas som obehagliga och skrämmande och kan beröra eget obearbetat material. Men i detta sammanhang ligger fokus huvudsakligen på patienten och om terapeuten mår dåligt hänvisar man i sedvanlig ordning till egenerapi. Vid några tillfällen har

jag varit med om att terapeuten redan efter första handledningstillfället, tackat nej till denna form av handledning då denne känt att något av mer privat karaktär avslöjats oplanerat. Påpekas bör dock att utan en verbal dialog är bilden ändå till stor del hemlig för betraktaren. Det upplevda avslöjandet behöver inte vara så självklart för betraktaren som det känns för den som målat.

I handledningen utgår terapeuten från patientens bilder och det talade ordet. Terapeuten berättar om hur bilden växte fram och om samtalet med patienten. Liksom i all psykoterapi uppmärksammar hon andra sorters ickeverbala kommunikation.



Figur 1.Handledning i bildterapi.

Patienten gör en bild. Bildskapandet kan ses som en form av dialog med sig själv och att spegla sig själv i bilden. Patienten får, under tiden målandet pågår, impulser att gå vidare med bilden, t.ex. förändra genom att lägga till eller måla över. Terapeuten betraktar själva skapelseakten men förhåller sig passiv och påverkar inte direkt bildens tillkomst. Blotta närvaron av en annan person i rummet har förstås betydelse för vad det blir för bild, men det är enbart patienten som målar, oftast under tystnad. Därefter pratar man om bilden.

Kommunikation sker alltså mellan patient och bild, ickeverbalt och mellan patient och terapeut, verbalt. Det är däremot envägskommunikation från bilden och till terapeuten. Terapeuten påverkas under iakttagandet av bildskapandet känslomässigt och associerar fritt utan att binda sig vid någon tolkning.

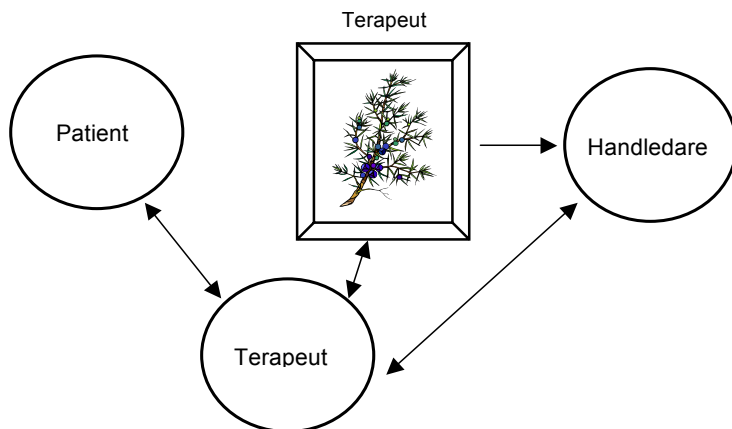


Han kan iaktta vad som händer men inte tillföra egna tankar och reflektioner förrän vid samtalet med patienten om den färdiga bilden.

I bildterapihandledningen tillkommer sedan ytterligare en bild om terapeuten målar under pågående handledning. Handledaren har möjlighet att iaktta hur bilden växer fram. Samma kommunikation uppstår icke verbalt mellan den som målar, dvs. terapeuten, och bilden och verbalt mellan terapeuten och handledaren. Från bilden till handledaren uppstår en envägskommunikation. Materialet tas emot utifrån handledarens egna erfarenheter och bildtolkande. Det är en stor skillnad när handledaren enbart presenteras den färdiga bilden som patienten gjort, inte är med i själva skapandet som terapeuten varit, i motsats till att ha möjlighet att iaktta när terapeuten målar. Att handledaren skulle få se patienten under skapelseakten är teoretiskt möjligt om man videoinspelar terapisisituationen. Detta har inte varit fallet för dem som jag handlett. Det innebär att information om hur patientens bild kommit till är andrahandsuppgifter som präglas av terapeutens upplevelse. Den färdiga patientbilden, som presenteras för handledaren, kan vara omarbetad och friserad och mycket förändrad. Försvar kan ha tagit över och mycket kan vara dolt under flera lager av färg.

Ofta efter att terapeuten fått handledning uppstår ett fenomen där patienten pratar och agerar som om han hade varit med vid handledningstillfället. Detta fenomen kan bli ännu mer påtagligt och starkt när man använder sig av bilder. Det händer inte sällan att terapeuten gör en bild som patienten senare mer eller mindre upprepar. Det kan handla om färgval, speciella former eller motiv. Ett exempel på detta är när en bildterapeut i sin målning under handledning målar en form som är trattliknande och som ser ut att försöka fånga olika färgpunkter. Det är som frön som blåser i vinden. Hon tycker att hennes patient är vag och otydlig och svår att förstå. Nästa terapisesion gör patienten en bågare, som en graal, som drar till sig och samlar in olika färgpunkter. Patientens bild är mer konkret, men temat överensstämmer, att skapa ordning i kaos. Därefter kommer en mer sammanhängande berättelse om en traumatisk händelse under patientens uppväxt. Bilden ligger som regel före det medvetna. I det här fallet kan man säga att det omedvetna möter det omedvetna för att genom bilden kunna göras medvetet. Bilden fungerar som en bro mellan omedvetet, förmedvetet och medvetet material.

När verbala terapeuter använder bild i handledning ser det något annorlunda ut.



Figur 2.Handledning i verbal psyko-terapi.

Terapeuten kommer till handledningen med sin föreställning och beskrivning av vad som hänt i terapi. Han får instruktionen att tänka på och utgå från patienten när han målar. Ofta kommer då omedvetet material som kan förvåna eller bilden tydliggör känslor och tankar. Över tid blir det en process även i handledningsbilderna där man kan följa patientens utveckling och anknytningen. Som exempel kan jag nämna en verbal terapi med en patient som av sin terapeut upplevdes passiv och krävande, gråtande hela tiden. Till en början framställdes patienten i handledningen som ett rosa amöbaliknande jättebaby med stora tårar rullande ner för kinderna, för att några veckor senare gestaltas som en liten flicka, nästan som en docka i fin klänning med rosett i håret. Terapeuten kände sig nu mer empatisk och beredd att arbeta med patienten. Efter ca ett halvår har patienten i terapeutens gestaltning blivit en vuxen kvinna. Nu syns tydligt att huvud och kropp inte riktigt hör ihop. Patienten har blivit sexuellt utnyttjad som barn och stängt av kontakten med sin kropp. Den här handledningsprocessen fick mig att tänka på Tove Janssons osynliga barn som framträdde när hon blev arg och vågade visa det. Den här patienten gick från hjälplöshet och vilja att lämna över sig till terapeuten till att bli mer självständig och reflekterande och därmed också tydligare. Från början väckte hon terapeutens ilska och känsla av hopplöshet. Det var svårt att se några framsteg. Framstegen syntes sedan först i att terapeutens bilder förändrades och då väcktes terapeutens hopp och förmodligen också patientens och motivationen för ett förändringsarbete ökade.

Beträffande situationer med en känsla av förvirring ges möjlighet till en speciell vila i bild. Detta gäller både för patient och terapeut. Man behöver inte

alltid sätta ord på bilden. Den finns kvar och kan tas fram vid ett senare tillfälle. När terapeuten i handledning målar efter en session där förvirring uppstått kan bilden överraska och förvåna. Eget omedvetet material kan framträda och material som man tidigare inte tänkt på kan bli tydligt.

En medarbetare som gått i individuell handledning har beskrivit sina erfarenheter. Jag citerar.

*“Handledningen innebär ofta att jag målade för att fördjupa förståelsen av de psykoterapeutiska processerna. Detta inslag kom att ge ökade kunskaper om patienter på kortare tid än vad som annars hade varit möjligt. Bilderna kunde exempelvis visa på teman och områden att fokusera som vid kommande samtal uttalades av patienten som något viktigt. I vissa fall var bilden något slags tydliggörande av min bild av patienten och min motöverföring, vilket ökade medvetenheten om den psykoterapeutiska processen ytterligare. I något fall kunde en bild avslöja omständigheter som jag inte hade någon medveten kunskap om på ett helt förbluffande sätt.”*

Ett exempel på sådan kunskap är när den här terapeuten målade en bild av sin patient och sedan slogs av tanken att patienten kunde vara gravid, vilket också sedan visade sig vara fallet.

## Tolkning av bilder och symboler

När det gäller upplevelsen av bilden, är det viktigt att påpeka att hur man ser på bilder och vad man tolkar in i dessa, aldrig kan vara objektivt. Det finns inga absoluta sanningar, inga symbollexikon är användbara och det går inte att översätta bildens språk till ordets. När bilderna tolkas sker det i dialog mellan terapeut och patient. Patienten har alltid tolkningsföreträde när det gäller bildmaterialet. Det finns oftast material på olika nivåer i bilder, medvetet och omedvetet. Om patienten inte kommer med spontana reflektioner är det värdefullt att inte tvinga fram några. Det som en gång uttalats som en tolkning tenderar att låsa tankarna, blir till en sanning och hindrar fortsatt associerande. Det finns alltid möjlighet att ta fram bilden igen senare och kanske då se den ur ett annat perspektiv. Tillgång till en serie av bilder som kommit till under en längre tid ger också ofta nya infallsvinklar.

## Överföring och motöverföring

Schaverien menar att överföring sker både till terapeuten och till bilden. Hon utgår ifrån Greenson och har tagit fasta på hans tankar om överföring till icke levande objekt:

*Furthermore transference reactions can also occur to animals, to inanimate objects, and to institutions, but here too, analysis will demonstrate that they are derived from the important people of early childhood. (Greenson 1967)*

Men Schaverien skiljer på överföringen till terapeuten som person och överföringen till bilden. När hon talar om bilden, använder hon sig av alkemistens kärll som symbol för överföringssituationen.

*The conjunction between the artist and the materials then, constitutes the first transference in analytical art therapy. Through this the artist is 'drawn in' to her or his own picture. (Schaverien 1990)*

I andra steget i överföringen till bilden, blir bilden ett kärll där medvetna och omedvetna element från patientens psyke och terapeutens blandas. Hon säger:

*This relates directly to the imagery which the picture reveals. (Schaverien 1990)*

Hon menar att bilden är komponerad av projicerade aspekter av patientens personlighet genom färg, form och figurer i bilden. Bilden kan spegla och inkorporera omedvetna element från patientens och terapeutens relation. Terapeuten kommer medvetet eller omedvetet att upptäcka dessa och dras in i bilden. Terapeut och patient kan vara gestaltade i bilden både mer öppet och tydligt eller symboliskt.

Schaverien har blivit kritiserad av David Mann, bildterapeut och psykoanalytisk psykoterapeut. Han pekar på att särskilt kleinianska teoretiker framhåller att överföring sker, förutom till terapeuten, till rummet, möblerna, bilder i rummet och så vidare. Det finns, enligt Mann, ingen anledning att tala om en överföring inom en överföring "transference within a transference" som han anser är ett förvirrande förslag. Han är också negativ till att Schaverien lutar sig mot teoretiker som är filosofer och socialantropologer i sina resonemang och han menar att det inte finns någon anledning att inte använda den psykoanalytiska teorin som han tycker även fungerar i bildterapi. Schaverien kallar

sin bildterapeutiska metod för analytical art therapy efter Jung analytisk psykoterapi, och efter filosofen Cassirer som kallar övergången från omedvetet material till medvetet för analytical differentiation. Mann säger:

*The transference to the painting is not an island within the total transference situation. The painting is indivisible from the total transference and can be fully understood only in that context. There is just one transference where the focus may shift from the person of the therapist to the painting and move back and forth from there. The transference to the painting is therefore not something within, or different to, or parallel to, or in addition to the transference to the whole analytic setting. There are not two transferences. (Mann 1990)*

Jag ansluter mig till Mann, men vad som är speciellt när överföringen är förlagd i bilden, är att det går att prata om den genom bilden istället för att göra sedvanliga överföringstolkningar. Detta underlättar arbetet med till exempel narcissistiska patienter, framför allt i början av en terapi när upplevelser av kränkningar lätt kan medföra att patienten hoppar av terapin.

## Målgrupp för handledning med skapande moment

Då jag under många år har använt bildskapande i handledning är min erfarenhet att för att kunna tillgodogöra sig den här formen av handledning fordras att den handledde terapeuten är nyfiken på och känner lust att arbeta med bilder. Faran är att den som inte är van att måla eller är oerfaren beträffande konstupplevelser har svårt att undvika att gå in i en process av mer privat karaktär där patienten kommer i skymundan. Det är lätt att dras in i och fångas av sina bilder på ett personligt plan. Det händer också att bilderna kan verka skrämmande och alltför avslöjande. Då kan det naturligtvis inträffa att terapeuten tackar nej till den här formen av handledning. I all handledning är det viktigt och önskvärt att den handledde känner sig trygg i relationen med sin handledare, men jag har fått kommentarer att i handledning med bild är det av ännu större vikt eftersom bilderna ofta är mer avslöjande än ord och är svårare att kontrollera.

Som handledare är det viktigt att vara observant på om den handledde har svårt att skilja ut eget material av mer privat karaktär från patientens. För bildterapeuter är det naturligtvis något enklare eftersom de som regel har en konstnärlig utbildning i botten och är vana att uttrycka sig i bilder och i större utsträckning känner igen eget material i bilderna när det dyker upp. Jag tycker

mig se att bildterapeuter tar längre tid på sig i bildskapandet, är mer eftertänk-samma och reflekterande kring själva bilden och når ett större djup i närman-det till bilden. Andra terapeuter målar ofta snabbare och pratar större del av tiden. Samtalet utgår inte alltid från bilden och låter inte bildspråket få lika stor betydelse som det talade ordet.

## Olika typer av bilder

Den engelska bildterapeuten Joy Schaverien delar upp bildskapandet i två oli-ka typer av bilder, the diagrammatic image och the embodied image. Begrep-pen är svåra att översätta med bibehållen betydelse och jag har därför valt att behålla den engelska beteckningen.

The diagrammatic image är en ungefärlig gestaltning av en på förhand fram-tänkt bild, "a preconcieved mental image". Egentligen är detta dock en omöj-lig uppgift eftersom det aldrig blir riktigt som man tänkt sig. Bilden måste förtydligas och förklaras för att åskådaren ska förstå den. Den är en utgångs-punkt, ett avstamp till en konversation, till en berättelse. Bilden föreställer medvetna tankar i första hand, men det utesluter inte att omedvetet material smyger sig in. Det omedvetna kan komma fram och bli tydligt i dialogen runt bilden. The diagrammatic image är i första hand en illustration, en beskriv-ning av händelser och känslor och den kan bidra till förbättrad kommunika-tion. Men bilden i sig innebär inte att ett inre förändringsarbete kommer till stånd. Images of this subordinate kind serve as prompts for conversation. (Henzell 1997).

Följande beskrivning av en bild, som kommit till under handledning, får exemplifiera hur en diagrammatic image kan se ut. Terapeuten beskriver sin patient genom att måla en kvinna som med nedböjt huvud sitter uppkrupen i en stol. Hon skyddar sig med armarna och håret hänger ner framför ansiktet. Runt kvinnan finns ett antal mindre bilder i tankebubblor i en halvcirkel. En bild föreställer godis och chips, vilket illustrerar att patienten är bulimiker. I en annan bubbla sitter en kvinna med ett vinglas, vilket representerar patientens alkoholiserade mamma. Den tredje bilden föreställer en hög med böcker. Pa-tienten kan inte koncentrera sig på sina studier På en liten bild finns ett kors som symboliserar den döde fadern. Dessa vinjetter skulle inte gå att förstå om inte terapeuten berättar om dem. Vad som blir tydligt för terapeuten när hon ser sin färdiga bild är att hon framställt en vuxen kvinna som en sjuåring.

The embodied image kan komma till på liknande sätt som den i förväg tänkta bilden om patienten vet vad han vill måla. Den kan också växa fram

genom lek med materialet utan något i förväg uttänkt motiv. Det är då materialet som får styra, en linje initierar nästa och en färg tycks kräva en annan. I bilden kombineras medvetna och omedvetna element. Den tänkta inre bilden kan komma att ändra sig jämsides med den på papperet gestaltade yttre bilden. Den representerar något i motsats till beskriver. Den på detta sätt gestaltade bilden kan man inte ge ett rättvisande verbalt uttryck för, inte översätta i ord. The embodied image omfattar och uppenbarar omedvetna aspekter av patientens intrapsykiska liv, ett förändringsarbete pågår. Bildskapandet har då i sig en psykoterapeutisk effekt. Bilden är då inte beskrivande eller berättande utan representerar inre pågående processer. The embodied image är svårare att kontrollera och förekommer inte lika ofta i handledning som the diagrammatic image. The embodied image är ofta amorf och svårbegriplig, men kan ge en känsla av att något viktigt pågår, att något ligger under ytan och vill komma upp. I handledning i bildterapi kan man ibland se att det finns likheter med patientens bildspråk.

Ibland målar patienter bilder som ger anledning att tänka att det handlar om försvar. Det kan vara bilder med geometriska former, färgytor eller blommor. Men som alltid, är det viktigt att undersöka vad patienten har för tankar. Bilderna kan innehålla mer än vad betraktaren anar. Blommor kan betyda något så enkelt som att patienten är glad för att våren kommit, men de skulle också kunna kopplas till begravningar osv. Ibland fungerar sådana bilder som ett slags vilobilder i samband med att man gången innan bearbetat något traumatiskt och för tillfället inte orkar mer, något som är vanligt hos patienter som varit utsatta för incest. En del patienter använder också bilden som något slags besvärjelse. Om man målar något vackert kommer man att må bra.

## Handledning med bild vid traumabehandling

Berättelser om traumatiska upplevelser t.ex. incest och krigsupplevelser, väcker ofta olust, sorg, rädsla, avsky och även motstånd hos terapeuten. Ibland kan det som åhörare vara svårt att stå ut, med risk för att patienten avvisas. Många patienter som varit utsatta för sexuella övergrepp som barn, beskriver hur de i tidigare terapier försökt berätta, men terapeuten har inte varit beredd att lyssna. Patienten kan då känna att hon inte blir trodd och det vanligen förekommande tvivlet om att upplevelserna är sanna förstärks.

När terapeuten ges möjlighet att måla utifrån egna upplevelser av terapiesessionen, kan bilden fungera härbärgerande av obehagliga känslor och bli en plats för avlastning. Känslorna överförs i bilden och terapeuten kan då lämna

upplevelsen till nästa möte med patienten. Bilden stannar hos handledaren som upplåter ett symboliskt rum där det farliga, skrämmande och obehagliga kan förvaras. Bilden ger dessutom möjlighet att titta närmare på och utforska egna reaktioner och patienten kan bli tydligare som individ ur andra aspekter än att enbart vara ett offer för våld och grymhet.

## Avslutning

Ett gemensamt problem när handledningen sker i grupp, är att få tiden att räcka till för både bildskapande och samtal. Mina grupper brukar träffas 1,5 till 2 timmar varje gång, helst varje vecka, när det är möjligt. Det är mycket lättare att få en process i psykoterapihandledning än i psykiatriskt behandlingsarbete. Dels är närvaron som regel högre i den förra, handledningen prioriteras, och dels kan det vara lättare att koncentrera sig på en eller två terapier, jämfört med det stora antal patienter som är aktuella i psykiatriskt behandlingsarbete.

Åter slutligen till vulkanen som symbol för hantering av känslor. I det här fallet mina egna i rollen som handledare. I samband med att jag handledde en grupp blivande bildterapeuter målade jag en egen vulkan. Den framstod som en kropp utan huvud vilket jag kopplar till nödvändigheten att inte fastna i intellektuellt tänkande utan att också ha tillgång till egna känslor och intuition. I just den här situationen kunde jag tillåta mig att inte vara uppe i huvudet utan låta bilden framträda på papperet utan krav på prestation. Där fanns flera olika kanaler ner till magman, som jag tänker kan symbolisera olika möjligheter att få kontakt med känslor. Men det sker inget utbrott. Det finns ett möte mellan magma som stiger uppåt och en annan röd färg som kommer från utsidan. Jag tänker då på mitt omedvetna som möter det omedvetna hos den handledde. På bergstoppen kan man se en vattenfylld krater, som en spegel. Om ett vulkanutbrott, ett utagerande av känslor, skulle ske så skulle spegelfunktionen förstöras. Där finns ånga och rök. Vulkanen är levande och aktiv men lugn. Jag tyckte mig se hur den färdiga målningen åskådliggjorde handledarrollen.

## Referenser

- Belfiore, Maria and Cagnoletta, Mimma della: (1992) Arts Therapy Training in Italy: Toward a Pedagogical Model. *The Arts in Psychotherapy vol.19.*
- Calisch, Abby: (1989) Eclectic Blending of Theory in the Supervision of Art Psychotherapists. *The Arts in Psychotherapy vol. 16.*
- Case, Caroline and Dallet, Tessa: (1992) *The Handbook of Art Therapy.* Routledge. London.



- Durkin, J., Perach, D., Ramseyer, J. and Sontag, E.: (1989) A Model for Art Therapy Supervision Enhanced Through Art Making and Journal Writing Ur: Wadson, H., Durkin, J., and Perach, D.: *Advances in Art Therapy*. Wiley Interscience Publication. New York.
- Edwards, David: (1993) Learning about feelings: the role of supervision in art therapy training. *The Arts of Psychotherapy vol.20*.
- Edwards, David: (1989) Five years on: further thoughts on the issue of surviving as an art therapist Ur: Gilroy, Andrea and Dalley, Tessa: Pictures at an exhibition. Selected essays on Art and Art Therapy. Tavistock/Routledge.
- Englund, Birgitta:Handledning med bildarbete och gruppsamtal för personal på Axlagården. Ett vårdkvalitetsprojekt hos Cancerfonden 1996 – 1997. Umeå Universitet.
- Grimgarn, Ditte: (1994) Bildpsykoterapi i grupp. Specialarbete vid Institutet för Psykoterapeutisk Psykiatri. Stockholm.
- Grimgarn, Ditte: (1999) Handledning i bildterapi. Uppsats vid lärar- och handledarutbildningen. Institutet för Psykoterapeutisk Psykiatri. Stockholm.
- Henzell, John: (1997) The Image's Supervision. Ur: Shipton, Geraldine (ed): Supervision of Psychotherapy and Counselling. Making a Place to Think. Open University Press. Buckingham/Philadelphia.
- Levick, F. Myra: (1995) The identity of the creative arts therapist: Guided by ethics. *The Arts in Psychotherapy vol. 22*.
- Mann, David: (1990) Some further thoughts on projective identification in art therapy. *Inscape Winter*.
- Newman, Richard A.: 1973) Problems on the supervision of the art therapist. *Philadelphia Medicine 69*.
- Robbins, Arthur: (1988) Between Therapists. The Processing of Transference/Countertransference Material. Human Sciences Press. New York.
- Robbins, Arthur and Erismann, Marc: (1992) Developing Therapeutic Artistry: A joint countertransference supervisory seminar/stone sculpting workshop. *The Arts in Psychotherapy vol. 19*.
- Rubin, Judith Aron: (1984) The Art of Art therapy. Brunner/Mazel.
- Schaverein, Joy: (1992) The Revealing Image. Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice. Tavistock/Routledge.
- Teasdale, Colin: (1993) The role of the clinical placement in art therapy training: toward consolidating our professional identity. *The Arts in Psychotherapy vol.20*
- Waller, Diane and Gilroy, Andrea: (1992) Art Therapy. A Handbook. Open University Press. Buckingham

## Abstract

Grimgarn, D.: The Headless Volcano. The use of art in supervision.  
*In this article I will present my experience with a method that employs the use of art in psychotherapy supervision. During a period of ten years I have been working with art therapists as well as verbal psychotherapist. During the supervisory session the therapists have been instructed to make paintings, whilst at the same time keeping their minds focused on their patients.*  
*I have found that the use of art facilitates the discovery and examination of transference and counter transference. I am convinced that painting also makes it easier for the*

*therapist to endure episodes of confusion, and to trace essential themes in the bewilderment of parallel processes. Painting may increase the ability to contain unpleasant or painful information. Listening to narratives about severe traumas, sexual abuse or war experience may become more bearable. Painting may also counteract intellectualisation and reveal new ways of thinking and comprehending.*

*Keywords: Supervision, art therapy, trauma*

# Emotionens och den emotionella erfarenhetens plats i den psykoanalytiska metapsykologin

En kort exposé över affekt- och driftsteorins tillkomst samt hur emotionen slutligen får en plats i psykoanalysens metapsykologi

Matrix, 2009; 4, 415-442

Lennart Ramberg

*Freud utelämnade emotionerna från sin metapsykologi. Jag avser i denna artikel att beskriva några följder detta fick för psykoanalysen samt gör en exposé, utgående från Freuds teorier om drift och affekter, samt beskriver hur småningom emotioner får en plats i den psykoanalytiska metapsykologin. Jag söker relatera vår tids neurovetenskapliga rön, med tonvikt på neuropsykoanalysens, till huvudsakligen Freuds tripartitmodell. Vad gäller emotioner håller jag fokus på affektparet skam-förödmjukelse med det komplementära paret förakt-äckel/avs smak, som jag menar är den för psykets dynamik viktigaste negativa emotionen.*

## Inledning

Jag avser att i denna artikel formulera tankar kring varför Freud, trots att han i sina kliniska fall och illustrationer mycket tydligt och nyanserat beskriver

*Lennart Ramberg, Ubildningsanalytiker i Svenska Psykoanalytiska Sällskapet, IPA, IFPS.  
Leg.läk. specialist inom barn och ungdomspsykiatri. Sandbacksgatan 1, 11621 Stockholm.  
E-mail: [Lennart.ramberg@telia.com](mailto:Lennart.ramberg@telia.com) Hemsida: [www.lennartramberg.se](http://www.lennartramberg.se)*

'affekter'<sup>1</sup> och patienters känsloliv, valde att utelämna emotionerna från sin metapsykologi, och vilka följder det senare fick för psykoanalysen.

Vidare ger jag en översiktlig exposé över Freuds tankar kring drift och 'affekter', samt hur den driftbaserade tripartitmodellen efter en tid kompletteras med modeller som bygger på analysandens, och senare även analytikerns, emotionella upplevelser; allt detta för att ge ett perspektiv på varför den interpersonella emotionen skam, enligt min och många andras mening, är så central.

I denna artikel vandrar jag relativt obekymrat mellan att föra psykoanalytiska resonemang på sedvanligt vis och att föra in fynd från neurovetenskap, och hypoteser utformade utifrån dessa, för att stödja eller ifrågasätta dessa resonemang. Brobyggande mellan olika paradigmlåter sig inte utan vidare göras och leder ofta till ett reduktionistiskt synsätt med missvisande förenklingar och direkta felaktigheter, och jag löper risken att varken respektera ett hermeneutiskt synsätt (Karlsson, 2004) eller det naturvetenskapliga paradigmet. Med Freuds (1895/1950, se senare i texten) 'Utkast till en psykologi' som tveksamt stöd – han publicerade aldrig själv texten – och bristen på utrymme som ursäkt, tycker jag emellertid att dessa fynd är tillräckligt intressanta att diskutera på detta utrymme.

---

1. Jag använder markeringstecknet apostrofering, dvs. ' ', för att beteckna att det är Freuds definition av affekter som då gäller. Som jag söker visa i denna artikel utgör ofta Freuds 'affekter' en vidare uppsättning av inifrån kommande svar och reflexer än det vi avser med ordet affekt i modernt språkbruk. Freud (1895/1950 sid. 360) talar om endogena retningar som måste laddas ur, och inkluderar i begreppet 'affekter' inte bara emotioner, utan också ofta sexualitet och, ibland tydligt och ibland underförstått, andning och hunger (t.ex. Ibid. 398, Freud, 1894a).

I vår tid talar vi om Darwins kategoriaffekter som en serie grundläggande emotioner av ursprungligen intrapsykiskt ursprung (se senare i texten) samt om affektteorier, och avser därvid teorier om emotioner.

Emotioner är en samling kemiska och neuronala processer som bildar mönster av svar på olika inre och yttre stimuli. De är således självgenererande agens (Damasio, 1994, Ramberg, 2000). De grundläggande emotionerna har en egen särprägel och påverkar hjärnan som i sin tur påverkar kropp och kognition på ett bestämt sätt. Emotioner kan vara omedvetna men avspeglas oftast i ansiktets mimiska muskulatur. Om de är medvetna upplever vi en känsla (feeling) som oftast är kopplad till ett idémässigt innehåll. Vi särskiljer mellan emotioner som utgår från oss själva och interpersonella emotioner som reglerar den interpersonella relationen. En känslöstämning (mood) är en (samling) emotion(-er) som kvarstår över tid.

## Sexualitet och skam i vår tid och Freuds

Eftersom begreppen skam och skuld kommer att återkomma i denna artikel vill jag redan nu definiera dem: psykoanalytiker använder begreppet skam och det därtill besläktade begreppet skuld något olika. Som jag förstått tänker de flesta analytiker, att skuld är en känsla som uppstår när man tillfogat någon viktig person skada i den yttre världen. Känslan av skam uppträder när man sviker sitt jagideal. (Se Wurmser ref. Piers<sup>2</sup>). En upplevelse av skuldkänsla när man inte äger skuld innebär sannolikt att en inre konflikt täcks över. Skuld, som är kopplad till en definierad handling, är sannolikt lättare att bära än skam, som inbegriper hela självet. Jag använder begreppet skam som den globala känsla som, när den drabbar en, påverkar hela ens existens med gnagande självtvivel (Homburger Erikson, 1954/1950 sid 228-231, Lewis, 1987, ref. av Tangney & Dearing, 2002).

Att åtskilja skam från skuld är emellertid en grannliga uppgift, när man använder sig av teorier om en "principiellt befolkad" inre värld såsom Freud gör i sin tripartitmodell och Klein i sin inre geografi. Freud (1923) talar om jagets skuld gentemot överjaget. Klein (1937) om skuld gentemot inre objekt som måste repareras. Jag har som synes i denna artikel valt ett tydligt operationellt sätt att särskilja skam och skuld från varandra. Därför kommer många freudianer och kleinianer (se Hinshelwood, 1989, sid. 314-315) ibland att förstå mitt begrepp skam som skuld och jag i min tur förstå vissa av deras utsagor om skuld som uttryck för skam.

Silvain Tomkins (1962-92), som grundade den moderna affektteorin på 60-talet, och senare Nathanson (1992), beskriver skammen som en central och därför organiserande affekt på psyket.

Tomkins liksom Darwin (1872, sid. 309-345, 363) och andra framstående forskare anser att skammen och det oftast åtföljande självföraktet, är den svåraste känslan att medvetet uppleva.

Skammen är den första emotionen som är social och är en följd av att vi är flockdjur. I evolutionär mening signalerar skam underordning och att djuret/människan vill bli tagen åter i nåder av makten, om det nu är modern, fadern, ledarvargen, ledaren i gruppen eller en regel som gruppen vet gäller, och som den skamsne vet att han inte åtlyder. För gruppen och den enskilde är skam-

---

2. Piers & Singer (1971) sid. 18, Wurmser (1981) sid. 72. Else-Britt Kjellqvist (1993) gav för 15 år sedan ut en bok om skam, bl.a. inspirerad av Wurmser, som jag först nu börjat läsa. Hon för i den en mer fördjupad diskussion om skammen och ger i den också belysande exempel från skönlitteraturen.

men en värdefull emotion, eftersom gruppen inte omedelbart attackerar individen, utan i stället för en tid inväntar åttlydnad och inordning i gruppen.

Freud lyfte fram, och visade på, den danande och för individen oftast omedvetna kraft som sexualiteten utövar på psyket redan från tidiga barnaår. Men sexualiteten äger inte längre den sprängkraft den hade på Freuds tid. Liksom vetenskapen tidigare har löst människan från många av hennes av naturen givna begränsningar, har den också möjliggjort en i fysisk bemärkelse rationell (!) kontroll över sexualiteten.

Att länka samman sex och skam (och äckel) som Freud (1905), liksom samhället i övrigt gjorde kring det förra sekelskiftet, har lett till att de sedan dess ofta varit kopplade till varandra i psykoanalysen, både på det metapsykologiska planet och i kliniken. Men skam är en affekt som inte låter sig förstås enbart utifrån relationen till sexualitet, inte ens i namn av libido, i mening av (Platons) Eros.

Skam (och skuld) är för mig den negativa emotion som huvudsakligen ansvarar för en dynamisk och tänkt vertikal (topografisk) uppdelning mellan medvetet och omedvetet 'känna-tänkande' (Ramberg, 2002) – det dynamiskt omedvetna.

Traumatiska skeenden kan vara så bemängda med skräck att ett fullvärdigt minne inte kan uppstå. Sannolikt sker i stället en dissociation av affektkognitiva element (se t.ex. Hart et al, 2006). Skam kan vara omedveten, och att särskilja omedveten skam från dissociation syns mig svårt till omöjligt. Även om psyket sannolikt hanterar outhärdligt skamfyllt resp. traumatiskt material på principiellt olika sätt, använder det sig säkerligen av omedvetna lösningar som överlappar varandra.

## Freuds försök att göra psykoanalysen till en vetenskap

Det är helt klart att tanken om det undermedvetna inte är ny (Schopenhauer, Nietzsche bl.a.), inte heller idén om sexualiteten som en drivande kraft, som ju funnits sedan urminnes tider i primitivt religiöst tänkande, i Uphanisaderna, hos Platon och Shakespeare etc. I den (judiska) kabbalan finner man både sex, tankar om undermedvetet tänkande, och kanske framför allt i detta sammanhang: tanken om den frigörande verkan som fritt associerande kan ha (Abulafia, ref. Scholem, 1955). Freud förtiger inte att han inspirerats av andra tänkare. Han syns dock hellre lyfta fram vetenskapsmän och västerländska författare som inspiration till den psykoanalytiska metoden och teorin än visa på de (eventuella) inflytanden han fått från judisk visdom, som Talmud och Kabbalan (Bakan, 1958), och från romerskt katolsk religion (Vitz, 1988).

Det viktiga är att Freud söker integrera det subjektivt upplevda livet, och hur detta uttrycks i olika kulturyttringar såsom litteratur och filosofi med den tidens förment objektivt funna kunskap inom klinisk medicin och neurovetenskap. Han utvecklar därvid en ny forskningsmetod och formar en ny vetenskap som studerar förhållandet mellan vårt medvetna psyke och det omedvetna.

Freud söker hela tiden upprätthålla en relation till den tidens vetenskap med dess krav på tydlig metodik genom transparent beskrivning av metoden och dess utveckling, bl.a. genom utförliga fallbeskrivningar. Då han insåg att neurovetenskapen ännu inte hade utvecklat instrument för att kunna ge en djupgående och någorlunda nyanserad bild av den inre världen och dess förändringar, och att den därför inte var förmögen att gå i dialog med den psykoanalytiska vetenskapens särart, sökte han, och analytiker efter honom, utveckla dess teori på ett sådant sätt att denna skulle kunna verifieras eller förkastas utifrån vidare psykoanalytisk forskning – själv förkastade han emellertid, efter vad jag förstått, sällan något han tidigare formulerat.

## Neuropsykoanalysen

Det är först i vår tid det är möjligt att med sedvanliga vetenskapliga metoder med framgång kritiskt undersöka om det finns neurobiologiska korrelerat till den psykoanalytiska traditionens olika teorier om psykets funktion. Och det kommer givetvis att ske i form av att en del element av den psykoanalytiska traditionens olika teorier bekräftas, medan andra ifrågasätts eller förkastas. Sådan forskning och diskussion sker bland annat inom den neuro-psykoanalytiska rörelsen<sup>3</sup>.

Sålunda är ett dynamiskt omedvetet, som många kognitiv teori förnekar vetenskapligt påvisat via (modifierad) psykoanalys av hjärnskadade (Kaplan-Solms & Solms, 2000), vilket stöder psykoanalysens postulat om det Omedvetna.

Men det finns också anledning att revidera teorin. Exempel härpå följer senare i texten.

Denna typ av psykoanalytisk forskning utgör en viktig, men ofta av "vetenskapssamhället" underskattad, del inom den snabbt expanderande kliniskt orienterade neurovetenskapen. Den senare koncentrerar sig naturligtvis på de

---

3. Se tidskriften Neuro-Psychoanalysis. An Interdisciplinary Journal for Psychoanalysis and the Neurosciences. Hemsida: [www.neuropsa.org](http://www.neuropsa.org). I denna artikel refererar jag till det första numret från år 1999 som behandlar just drift och affekt.

data från hjärnans funktioner som är lätta att registrera, dvs. oftast från ytliga delar av hjärnan, speciellt neocortex. Med detta i åtanke är det därför rimligt att "i dagsläget" tonvikten på den kliniskt orienterade forskningen läggs på behandlingsmetoder som arbetar med medveten kognition och intention, samt på de emotioner som åtföljs av medvetna affekter – det som jag på en fenomenologisk nivå benämner känna-tänkande (Ramberg, 1987, 2002).

Psykodynamikern har inte lika lätt som den beteendekognitiva terapeuten att uppbringa neurovetenskapliga korrelerat, och därmed vetenskapens stöd, för sin kliniska verksamhet. Inom en framtid (Panksepp, 2007) kommer emellertid också aktiviteten mellan hypofys och hypothalamus, med deras insöndring av hormoner och neuromodulatorer, och de i hjärnan djupt ("reptil- och däggdjursdelen" av hjärnan, MacLean, 1978) belägna centra för emotionerna att kunna registreras.

Tills sådana tider randas får nog psykoanalytiker och andra psykodynamiker, liksom Freud på sin tid, finna sig i att deras arbete inte på ett nyanserat sätt kan verifieras neurovetenskapligt, utan de får förlita sig till andra former av verifieringar, såsom t.ex. Wampolds (2001) metaanalyser av psykoterapier.

#### Häxan<sup>4</sup> Metapsykologi: libido/Eros kontra dödsdrift/Thanatos

Psykoanalytisk teori kommer givetvis aldrig att bli en vetenskaplig teori i positivistisk bemärkelse. En kliniker som är teoretiskt intresserad tar till sig tankar och metaforer som uppstår i hans inre värld och undersöker om de kan uttrycka något väsentligt av den psykoanalytiska process som han deltar i som analytiker eller handledare. Han söker sedan formulera ett psykoanalytiskt begrepp eller en klinisk hypotes. Om andra tycker att han formulerat sig inspirerande och väl, samt menar att hans hypotes har ett övergripande förklaringsvärde, då kan formuleringarna tas emot som en fördjupning av, eller tillskott till, redan existerande kliniska teorier inom den psykoanalytiska traditionen.

Freud förde samman Weismanns (1892) – en nästan like till Darwin – teori om könscellernas autonomi och de då nyligen utvecklade teorierna om elektricitetens kvanta (Max Planck), när han införde *en* drivkraft, libidon, som människoslåktets, och därför också den enskilda människans, utvecklingsdrivande princip. Utmaningen var för honom vid den tiden att finna de mekanismer i den s.k. psykiska apparaten som leder till fixeringar av libidon under

---

4. Freud (1937).



dess utveckling mot vuxen genitalitet. Av detta skäl kvantifierades alla 'affekter' utifrån en måttstock av lust och olust. På det sättet förlorade Freuds olika 'affekter' sin kvalitativa särart. Samma åsikt har han 1920.

De upplevda affekterna beskrivs som sekundära (och partiella) uttryck för den omedvetna driften. Han (1914) skriver emellertid själv i ett av sina förord till essän 'Tre avhandlingar om sexualteori' att han inte ser det som att han utvecklat en sexualteori, som Jung (1911/1912) påstår, utan att denna mer skall ses i skenet av Platons Eros och den därtill knutna idévärlden.

Det finns dock mycket som talar för att Freud faktiskt ansåg att sexualiteten var den övergripande, om än oftast omedvetna, kraften som motiverade och drev människan, och som också gav upphov till hennes 'affekter'/upplevelser<sup>5</sup>. Emotionerna fick på detta sätt en sekundär position i förhållande till den libidinösa energin.

Nedan vill jag närmare studera vad Freud menar med 'affekter' och hur deras öde ter sig i den psykiska apparaten. Jag övergår därefter till att kommentera hur modern psykobiologi och neurovetenskap kan tänkas se på Freuds affekter och hans teori om dem i dag – det har ju gått ett sekel och några decennier sedan han skrev sitt Projekt (1895/1950).

## Freuds affektteorier

Freuds<sup>6</sup> tankar om affekt går inte att skilja ut från hans tankar om driften och dess öden. De ändras allteftersom hans modeller om den psykiska apparaten förändras. I början är affekten det centrala begreppet för att i senare perioder övergå i, beskrivas, som drift.

Han behåller, menar jag, emellertid mycket av sitt första anslag under hela den tid han arbetar med begreppet 'affekter'. Freud beskriver vid den tiden 'affekterna' som minnesspår av nödvändiga och viktiga behov från förhistorisk tid, vilka *måste* tillfredsställas (1895/1950, sid 360, 398). Han avser behovet att äta, att andas och att ha sex. Att hunger och hinder att andas måste resultera i motorisk aktivitet är uppenbart, men behovet av sex är lika tvingande. När

---

5. Sigmund Freuds postumt utgivna (1895/1950) Utkast till en psykologi (se perspektivisk diskussion: Solms & Saling, 1990), boken Drömytning (1900), Freuds referenser till Weismann ref. av Lacan (1954).

6. Förutom i texten angivna referenser har jag använt LaPlanche & Pontalis, (1980), sid. 1-2, 13-14, Nagera, 1970, sid 23-49, Freud 1915, sid 140-141 (Bortträngningen), 1915, 162-164 (Det Omedvetna).

dessa (endogena) behov – förelöpare till driftbegreppet<sup>7</sup> – ideligen byggs upp, uppstår likt den fysiska smärtan en psykisk smärta (ibid 384), en överladdning, som ideligen måste laddas ur och denna senare leder till upplevelsen av tillfredsställelse, eftersom organismen eftersträvar urladdning – inertia. Att lägga märke till är att den sexuella driften inte omedelbart behöver vara lustfylld utan kan lika väl vara smärtsam när den inte tillfredsställs.

Den sexuella driftens uppladdning kan emellertid spridas ut genom olika associativa nätverk och på det sättet inte bli lika stark. Jaget är den instans som på detta sätt kan binda (senare benämnt 'neutralisera') denna laddning. *'Affekterna' är inte kvalitativa utan helt kvantitativa – quota of affect. Det är först i medvetandet de får en kvalitativ form* (ibid. sid 370-376, spec. sid 372).

"Affekten är en kvantitet (quota of affect) som lägger sig över minnesspåret likt en elektrisk laddning över en yta" och (mitt tillägg) kan förskjutas eller koncentreras till andra minnesspår än de ursprungligen var kopplade till (Freud, 1894b, sid. 46). Freud menar att affekten kan vara en fysisk process som sedan får en psykisk effekt, vilka båda är omedvetna.

('Affekten') Sexualiteten kan omvandlas genom konversion till hysteri, kan psykiskt förskjutas, och övergå i ångest – ett uttryck för en av de andra förhistoriska "handlingarna", respirationen, som normalt ingår i samlaget i form av tung andning, men som vid ångest "blandar sig samman med och tar över" sexualiteten (1894a sid 189-195).

Psykiska problem uppstår om sexualiteten blir prematurt exciterad av andra personer, eftersom excitationen inte kan hanteras av den ännu inte fullt utvecklade personligheten. Freuds teori är fysiologisk och det psykiska traumat orsakas av att andra förför barnet (Freud 1896).

Breuer & Freud (1895) beskrev hur de kunde hjälpa hysteriska patienter genom att "lotsa" dem fram till att uttrycka minnen från tidigare sexuella trauman. Och Freud fann ju senare att associera till dessa i ord, var minst lika effektivt som ett emotionellt avreagerande.

Genom upptäckten av oidipalkonflikten förändrades Freuds (1900, 1905) modell om den psykiska apparaten. Orsaken till det psykiska traumat kom inte i första hand utifrån utan inifrån, från barnets infantila sexuellt präglade fantasier.

---

7. Av någon anledning enbart i engelska Freudutgåvan (S.E. 1, sid 297, n.1). Viktig kommentar som stöd för den länkning/sammanblandning Freud gör av begreppen drift och affekt.

Från 1914 och några år framåt arbetar Freud med att utforma en modell av den psykiska apparaten av en högre komplexitet och denna kräver en anpassning av synen på 'affekter' (den andra affektteorin): Det idémässiga innehållet, som driften givit upphov till i det omedvetna, kan via bortträngningens mekanismer anta olika former i medvetandet. Affektmängden motsvarar, men är för den skull inte densamma som, driftens (instinktens) kvantitet, när den är frånskild idénföreställningen hos driften. Den kan hämmas och till och med försvinna. "Driftrepresentansens kvantitativa faktor ... kan var helt undertryckt, synas som kvalitativt färgad affekt ... eller omvandlad till ångest." Eftersom undvikande av olust har högsta prioritet är affektmängden om den blir till ångest något som måste undvikas och vi kan t.ex. bli fobiska för att undvika denna (1915a, sid 141-143). Något som en omedveten affekt är enligt Freud helt uteslutet (1915b, sid 162).

Freud inför kärlek och hat som övergripande begrepp. De är för Freud affekter, som är förbundna med det totala egot (självet). Hatet är till skillnad från kärleksdriften bundet till jaget, en jag-drift (1915c) med uppgift att upprätthålla jaget. Det gäller även aggressionen (som synes vara synonymt med hatet).

När Freud överger sin fysiologiska teori till förmån för en där den infantila fantasin är avgörande kommer det idémässiga innehållet mer i fokus. Jag ser det som att Freud för samman olika 'affekter' och, på en annan logisk nivå, övergripande "affekt-begrepp" i form av kärlek och hat, som dessutom utgår från olika instanser och därför lätt åstadkommer en logisk sammanblandning som ger upphov till förvirring av tänkandet. Ser man emellertid 'affekter' som uttryck av enbart driften, syns mig inte det vålla sådana problem.

'Affekterna' (den tredje affektteorin) hanteras på ett delvis annat sätt i den strukturella teorin (med tripartitmodellen). Freud (1923) klargör tydligt att affekter både kan utgå från detet och från jaget. Han menar att ångesten är en signal om en fara för Jaget vilken tagit sin idémässiga form från, och därför bibringar en upplevelse-ekvivalent av, födslotraumat. Följaktligen är inte ångesten längre ett uttryck för ett utflöde av uppdämd libido; något som vid den här tiden enbart gäller aktualneurosen. Han talar om signalångest i jagets tjänst.

Förutom de tre affektteorier jag hittills kort beskrivit tycker jag man kan nämna en fjärde, som dock enligt min mening inte tillräckligt har lyfts fram: Längre fram i sin skriftställning och i slutet av sitt utformande av metapsykologiska modeller, *ger Freud affekterna* – nu i den form vi igenkänner dem, nämligen som *emotioner* enbart – *en egen position i det metapsykologiska tänkandet*: i

artikeln Fetischism (Freud, 1927) skriver han att begreppet förnekande (Verleugnung, eng. disavoval) skall gälla det idémässiga innehållet, medan begreppet bortträngning (Verdrängung, eng. repression) skall gälla den emotion som åtföljer detta. Han talar emellertid enbart om en sexuell föreställning (Insikten att modern faktiskt inte äger en penis) och den till denna idé knutna affekten. Emotionen är således likväl sekundär till sexualiteten.

## Min kommentar

Man visste inte vid denna tid att de emotioner som motsvarar Darwins (1872) kategoriaffekter är emotioner som de flesta däggdjur har tillgång till. Man visste inte heller, att när emotioner aktiveras kan de, men behöver inte, nå medvetandet i form av känslor (feelings)<sup>8</sup>. Likväl förändrar de via neuromodulationer det centrala nervsystemets affektkognitiva inriktning och därmed vår sinnesstämning (mood) och kognitionen i en för respektive emotion bestämd riktning (Damasio, 1994). De avspeglar sig, trots att vi ofta söker dölja dem, i ansiktets mimik (Ekman, 2003). Emotionerna styr våra liv minst lika mycket som anknätningsbehovet, sexualiteten och den territoriella aggressiviteten. Alla kan utöva sin specifika påverkan på oss på ett i stort omedvetet sätt. Till kategoriaffekterna räknade också Darwin (1872) skammen, en till skillnad från de andra emotionerna, interpersonell emotion, som jag snart återkommer till.

I detta sammanhang vill jag tillägga att Freud (1920) var tveksam till att införa en övergripande aggressivt förstörande drift, dödsdriften (Destrudo, Thanatos) och den har heller inte fått en allmän acceptans i psykoanalysen. Klein (1923, 1928) använde sig emellertid av detta begrepp när hon beskriver barnets kunskapsdrift.

Jag själv menar att en övergripande aggressiv drift döljer mer än den förklarar. Så är jakten på byte en lustfylld och sannolikt till stor del habituerad aktivitet för de högre däggdjuren. Det gäller också människan: Hannah Arendt (1996) har ju beskrivit den banala ondskan. Territoriell aggressivitet är en speciell form av aggressivitet. Den mänskliga av kognitionen präglade instrumentella aggressiviteten är ytterligare något annat (Se Erich Fromm, 1973 Gregory Bateson, 1971, Panksepp, 1998).

---

8. Shevrin et al (1996), Shevrin (1999), Gelder, 2005, Bouton, 2005).

## Några neuropsykoanalytiskt intresserade som skrivit om Freud och affekter

Flera har valt att i huvudsak följa Freuds texter och tolka innehållet av hans tänkande så, att detta går att foga samman med det vi idag tror oss veta om hjärnans funktion. Jag refererar här till några som f.n. intresserar sig för kontakten mellan neurovetenskapen och psykoanalysen.

André Green (1977) har i en instruktiv artikel beskrivit Freuds svårigheter att ge affekterna en rättmätig betydelse. Han menar att psykobiologen Jaak Panksepps (1998) teori (se nedan) om att hjärnans organisation är inriktad mot handling och att affekterna moduleras genom erfarenheten är så nära man neurovetenskapligt kan komma Freuds grundtanke att drifterna utgör hörnstenarna i det psykiska livet (Green, 1999, sid 43). Däremot varnar han för att söka integrera Freuds teorier med biologiska rön och modeller. Överse med enskilda formuleringar hos Freud (såsom t.ex. hans oklarheter kring affekter, min anmärkning), menar han, och studera i stället hans övergripande synsätt med dess inbördes konsistens, vilket ingen teori om psyket hittills kunnat uppnå (ibid. Sid 44).

Irene Matthis (2000) bygger vidare på Greens artikel och på Freuds (1940) 'Psykoanalysens huvudlinjer', i vilken han beskriver en första epistemologi som utgår från den kunskap vi får via medvetandet och de "kunskaper om orsak och verkan" i psyket vi därigenom kan få. Matthis utgår istället från hans andra epistemologi där vi inte kan utgå från vårt medvetna sinne för att beskriva psyket. Det är för oss helt omedvetet och kommer så alltid att vara. Vi kan bara göra oss föreställningar om dess natur. En sådan är att psykets grundläggande processer utgår från en för oss helt förborgad affektiv matris, där varje organsystem har sin affektiva innervation, sitt "språk" (Chiozza, 1998, sid. 153-175) som yttrar sig för vårt medvetande antingen i vårt subjektiva liv eller genom vår kropp i form av kroppssensationer och symptom. Jag finner emellertid detta synsätt alltför spekulativt.

Mark Solms söker utgå från Freuds sätt att formulera problemställningar kring psykets funktion och hur dessa i olika perioder ger upphov till dennes olika modeller om psyket. Han söker så applicera dessa på den biologiska kunskap om hjärnans funktion som vi nu har. Han tycker sig då finna att Freuds teoretiska system i stort sätt håller och blir bekräftat. Han säger om affekterna, att de är inifrån psyket initierade perceptiva modaliteter som samtidigt frigör ideomotoriska urladdningsmönster vilka, kan jag tänka, skulle kunna motsvara den subjektiva upplevelsen av Darwins (1872) kategoriaffekter och Panksepps

(1998) emotioner. Green (se ovan) menar dock att han omvandlar Freuds begrepp alltför mycket i sin avsikt att kunna tillpassa dessa till vår nuvarande kunskap om hjärnan och dess funktioner. Så kan jag också se det. Solms har dock, inspirerad av Luria, övertygande kunnat visa hur hjärnans olika delar (Solms, 1997, Kaplan-Solms & Solms, 2000) samverkar på ett sätt som har stora likheter med Freuds modeller – även Freuds tidiga (Solms & Saling, 1990).

Allt detta kan synas gott och väl: den psykoanalytiska traditionen får stöd av modern neurovetenskap och därmed stöd från den positivistiska vetenskapstraditionen inom medicin och psykologi!

## Mina kommentarer och nya neurovetenskapliga fynd

Jag ser dock en del problem: Freud (har en tendens att) för(a) samman sexualitet och andra 'affekter', såsom grundläggande reflexartade handlingsmönster i form av andning, lust och objektsökande samt emotioner, till en enhetlig drift. Sexualiteten får därvid ett primat över de andra som "energigivare" till jaget. Detta trots att Freud (1926) i sin senare skriftställning, såsom i artikeln Hämning, symptom och ångest, något mer differentierar sexualitet från andra 'affekter' än tidigare. Han menar där att "affektillstånden är införlivade med själslivet som avlagringar av uråldriga traumatiska upplevelser" (ibid sid. 166) ... och "att betrakta som medfödda hysteriska anfall" (ibid. 199), men de syns ändå likväl väl sammanflätade, om inte annat genom hans ständiga associationer till sexualiteten.

Freud beskriver vidare hur detet och jaget (och överjaget) har flytande gränser mellan sig (ibid. sid.169-170), där detet är utan organisation medan jaget just har (och är) en organisation av neutraliserad energi och strävar efter syntes.

Libidon s.a.s. söker sitt, medan hatet och aggressiviteten är en jagdrift som söker upprätthålla jagets, det individuella överlevandets, intressen och införskaffar därför kunskap och utövar kontroll. Det är en modell som han sedan generaliserar med sin diskussion kring begreppen Eros och Thanatos (Freud, 1920). Det är en tankegång som Klein (1923) vidareutvecklar i form av sin epistemofila instinkt, och som Bion (1962) i sin tur tar över i en neutraliserad form och därför med en kvalitativt annorlunda innebörd: Jag tänker på begreppen +/- Kärlek, +/- Hat och +/- Kunskapsdrift. Han skapar därmed en helt egen metapsykologi.

I den här artikeln håller jag mig så mycket som möjligt till den första epistemologin: att använda den kunskap vårt kritiska medvetande uppnått på olika områden för att förstå 'affekterna' och deras förhållande till psyket.

Till skillnad från Freud (1940) och Matthis (2000) vill jag, liksom Freud i sitt Projekt (1895/1950), i den här artikeln söka stöd för teorin i de kunskaper vi har och som vi rimligen kan tänka oss få inom neurovetenskapen och inte utgå från den andra epistemologins synsätt. Den skillnaden kan vara, och är i mitt fall, hårfin. Jag vill låta data och klinisk erfarenhet så mycket som möjligt gå före idén, medan den andra vägen för mig tycks kunna leda till en alltför spekulativt grundad teori. Idé och verklighet går dock givetvis inte att skilja åt. Jag tänker att mitt förhållningssätt i detta sammanhang ligger någonstans mellan den freudianske vetenskapsmannen-klinikern Solms och psykobiologen Panksepps synsätt.

### Freuds sammanflätning av sex och andra 'affekter' i förhållande till Panksepps SÖK-system.

Jag menar att sexualiteten i den psykoanalytiska metapsykologin har fått en allt överskuggande position i förhållandena till de övriga 'affekterna'. Den genomfar alla strata i hans metapsykologi och kliniska tänkande. Det får kliniska konsekvenser bl.a. genom att man alltför ofta förutsätter sexuella fantasier i psyket och att man på det sättet övergående kan skapa sådana<sup>9</sup>.

Det är emellertid uppenbart att sexualiteten, både den infantila och den vuxna, ständigt finns närvarande för oss. De något lägre däggdjuren styrs av just de 'uråldriga affekter' Freud talar om, eftersom de äger ett likartat limbiskt system som vi har. Därav följer ett infantilt beroende av modern, behovet av inordning i en hierarki (flockdjur) och en vuxensexualitet som är aktiv enbart under brunstperioderna. Vi däremot, som till följd av vår hjärnas utveckling, har en mer utvecklad kognition och därför är symboliserande varelser befinner oss, som ju Freud menar, i en hämmad brunst mest hela tiden. Detta visar sig speciellt mycket under drömlivets s.k. REM-fas, då vår "däggdjursida" (limbiska systemet med dominans av höger hemisfär och med nedsatt aktivitet i de högre kognitiva funktionerna) är som mest aktiv. Under detta drömedvetande är vi sannolikt mätta och andas väl (en del av Freuds andra ut-sagda 'affekter') medan sexuella önskningar ständigt är mer eller mindre aktiva. Just vår symboliseringsförmåga leder därför till att vårt tänkande ofta har en sexuell "färgning" och att nästan alla våra symboler kan associeras till sexualitet.

---

9. Å andra sidan kan man säga att ingen skada skedd eftersom när de medvetandegörs eller skapas, sak samma, det medvetna tänkandet kan åtgärda detta.

Neurovetenskapen är numera klar över att människans utåtriktade, och därför objektorienterade, motivationssystem hanteras av dopaminsystemet, Panksepps (1998, sid. 144-163) SÖK-system. Subjektivt upplevs det som *lustfyllt, men utan primär sensuell eller sexuell konnotation*. Solms har beskrivit upplevelsen med det engelska ordet 'cruising', att kryssa runt, glida fram i väntan på, och beredskap för (anticiperande), att något spännande skall ske eller något intressant skall visa sig. Till följd av uppväxten, och medelst positiv och negativ betingning av hjärnans belöningssystem, kopplas snart olika motivkrafter, drifter och affekter, samman med denna lustkänsla-i-sig och den får då en sensuell eller sexuell tillsats. SÖK-systemet kan också anta den ursprungliga neutrala lustkänsla-i-sig. Jag tänker mig att detta är möjligt för dem som i sin uppväxt inte utsatts för alltför mycket inkräktande uppmärksamhet (Winnicotts inkräktande, 1949, 1956), erotisering (i form av sensualisering eller direkt sexuell stimulans, Freud, 1896), övergivenhet (in the absence of a present object, Bion) eller som inte fått sin hunger, fysiskt och psykiskt tillfredsställd (Berridge & Robinson, 1995), utan i stället har fått tillfälle att leka i närheten av ett tryggt föräldraobjekt (Winnicott, 1958). Hos de senare kan vi oftare finna en generell lust till att finna nya vägar. De äger en allmän nyfikenhet som inte är inkräktande eller aggressivt betingad (såsom Freuds och Kleins kunskapssökande ursprungligen är) utan rent kunskapssökande.

Jag ser också som ett av de främsta målen för psykoanalytisk behandling, att så mycket som möjligt frigöra SÖK-systemet från i första hand narcissistiskt inverterade (utan den för Freud homosexuella biklangen), negativt hämmande (jaginskränkande men för den skull inte nödvändigtvis erotiserade, som Freud menar) och patologiskt inkräktande impulser, men också för de sensuella och sexuella betingningar av positiv art som kan utgöra hinder för ett öppet sinne.

## Ångest i olika former

Freud (1926, spec. sid 197-207) utformar en elegant förbindelse mellan separationsångest och den ångest som kan utlösas av fruktan utan någon känd orsak: Prototypen för ångestupplevelsen menar han är födseln, där barnet upplever livsfara till följd av sin omställning till livet utanför livmodern med initial andnöd och hög hjärtfrekvens, vilket han (och många andra) menar barnet upplever som traumatisk ångest.

Så fort det lilla barnet upplever en fara aktualiserar det minnesspåret av födseln och därför finner vi separationsångest när modern på något sätt är frånva-



rande och kastrationsångest som innebär en liknande fara för separation, eftersom barnet riskerar att förlora sin penis och därmed inte kan uppnå närhet till modern genom samlag. Det något socialiserade barnets överjagsångest signalerar faran att inte få tillhöra gruppen. Även födseln i sig kan för barnet teoretisk innebära ångest, eftersom modern i barnets ögon skiljs från sin penis (=barnet).

I detta sammanhang är det viktigt att se hur Freud i "kognitiv tradition" talar om ångest som en från födseltraumat utgången betingad reflex, samt hur ångest ses som en av jaget anticiperad fara (för en upplevelse som kan förväntas likna en repetition av födelsetraumat) som upplevs skrämmande (apprehensive i en nästan helt negativ bemärkelse) samt vidare, att denna ångest kan uppstå i olika kontexter där fruktan för kommande attack och separation finns med.

Yovell (2009) lyfter fram vikten av att skilja Kleins schizoparanoida ångest från separations-, dvs. panikångest (depressiv ångest i kleiniansk terminologi). Den förra ångesten kan jag se som en samling av olika anticiperade former av skräck t.ex. den där en territoriell aggressivitet väcks gentemot intrång från den ursprungliga vårdnadshavarens sida, eller en situation som påminner om denna (Winnicotts impingement t.ex.). Då omvandlas aggressiviteten till fruktan och skräck; känslor vars ursprung i sin tur måste omedvetandegöras (Ramberg, 2009). Skräcken och farhågan inför en inre fragmentering till följd av akut upplevelse av bristande behovstillfredsställelse och frånvaro av den signifikanta föräldern är prototypen för den senare panikångesten.

I detta sammanhang vill jag ta upp en besläktad men sannolikt mer positivt framåtriktad orosbemängd känsla (en 'apprehension' med en i början ambivalent, men i huvudsak negativ konnotation, och senare ambivalent, men då i mer positiv riktning) inför faran av en förestående inre fragmentering, när en ny verklighet (catastrophic change, Bion, 1970) närmar sig, i form av en inre djupgående fysisk förändring såsom före puberteten. Eller när en helt ny idé, ett totalt nytt synsätt, närmar sig medvetandet och riskerar att ta över ens psyke, och att om detta sker, man befärdar att ens eget symboliserande själv därvid kommer att disintegreras – vilket kan vara en faktisk risk (Kelman, 1971).

Neurovetenskapligt (Bouton, 2005) har man visat att panik med extrem fruktan, och med det autonoma systemet i "sympatisk kris", bör skiljas från den diffusa känsla av anticiperad fara och oro som i denna artikel beskrivs som ångest, eftersom de använder sig av olika system, kärnor, i amygdala.

Bouton skiljer mellan ångest, fruktan och panik, där ångest har som betingat stimulus något som hänt för länge sedan, medan fruktan är något mitt

emellan, och paniken har triggats av ett nyligen uppstått stimulus som griper tag i hela det autonoma nervsystemet. Den kognitiva traditionen talar inte om det omedvetna på samma sätt som vi gör – om den överhuvud känns vid något sådant. För mig som analytiker, skulle panik kunna uppstå när ett omedvetet trauma, en omedveten inre konflikt, med kraft söker tvinga sig upp i medvetandet, medan diffus fruktan inte är lika skräckfylld – jaget har då ett visst manöverutrymme. Den ångest Bouton beskriver för tanken till Freuds resonemang om en avlägsen 'affekt' vars minnesspår man bär med sig och som lägger sig nära medvetandet i vissa situationer, varvid ångest uppstår.

Sammantaget finns här intressanta oklarheter som både rymmer definitionsproblem av ordet ångest och där forskningen ännu har en bit att gå. Det syns mig dock centralt att skilja på separationsskräck och fruktan, och att undersöka patientens ångestupplevelse med dessa separata biologiska system i åtanke.

### Freuds kvasivetenskapliga energiteori omvandlas till en teori om transformationer av psyket

När Freud (1926, sid. 205) talar om ångest i sin sista teori använder han sig inte längre av det kvantitativa begreppet energi utan använder sig för första gången av något som liknar det kvalitativa begreppet *transformation*. Det idémässiga innehållet i de sexuella föreställningarna har inte omedelbart med känslorna att göra, utan utgör en del av innehållet i den organiserade strukturen jaget med dess till skillnad från det bundna energi – en termodynamisk tankegång, där jaget alltmer vinner i negentropi ju mer energi jaget kan binda. En annan synvinkel: information skiljer sig från energi. En ny idé kräver visserligen energi för att hanteras av hjärnan, och på en annan logisk nivå, för att integreras i psyket, men denna kvantitet energi korrelerar inte alls till vilken slags idé det är (Bateson 1960, sid. 228 -243, 1971, sid. 309-337). En viktig insikt som transformerar jaget behöver inte leda till någon avreaktion.

Bion (1962, sid. 7) använder sig av begreppet transformation sålunda: den emotionella erfarenheten kan transformeras till alfa-element vilket medför att drömtänkandet kan använda sig av dessa element i sitt drömarbete, vilket i sin tur kan leda till formandet av nya symboler. Meltzer har fördjupat begreppet transformation och givit många exempel därpå (Se t.ex. 1986, sid. 13-33).

## Kategoriaffekterna och skam

Silvain Tomkins (1962, -63, -91, -92, Demos, 1995) utvecklade, en från psykoanalysen helt fristående (och för många antitetisk till denna) *affektteori* som ingår i hans *'human being theory'* inkluderande förutom affekt- också script- och kognitiv teori. Enligt Demos (1985) menar Tomkins, att både den tvingande kraften och den specifika kvalitén i en upplevelse bestäms av den uppsättning affekter som aktiverats, medan själva triggern, t.ex. sexualiteten eller den erogena zonen, spelar liten roll. En sådan modell, där emotionerna skapar strukturerna står helt i motsättning till Freuds psykoanalys. Tomkins (t.ex. 1962 sid 1-27) talar om en sexuell drift, men den får sin motiverande kraft, inte från någon sexuell energi, utan från de affekter sexualdriften ger upphov till. Jag menar vidare, att det synsättet har många likheter med Freuds (1927), när han efter lång tid gav emotionerna en egen "kanal", fristående från den idémässiga representationen. Jag anser därför att psykoanalysen kan, om inte integrera, så ändå "sammanbo med" Tomkins affektteori i någon form, analogt med hur många psykoanalytiska riktningar, i sina modeller, kvalitativt förändrat Freuds ursprungliga metapsykologi. Så går utveckling till!

Tomkins har i sin affektteori ställt emotionerna i förgrunden medan sexualiteten får stå tillbaka som "energigivare" för psyket. Om Freud skjuter undan affekterna kan Tomkins sägas göra tvärtom, och han söker på ett föredömligt sätt reda ut begrepp som drifter och affekter.

Han lägger särskild vikt vid affektparet skam-förakt och jag hänvisar läsaren åter till början av artikeln, där skammen definieras.

Att säkerställa den interpersonella objektrelationen är överordnat tillfredsställelandet av den sexuella driften, menar jag med objektrelationsteoretikerna. De interpersonella emotionerna är viktigare än de emotioner som direkt utgår från individen som ett svar på stimuli utifrån. Jag menar kategoriaffekterna glädje, sorgsenhet, fruktan, vrede, avsmak, förvåning, intresse. Affektparet skam och förakt intar en övergripande funktion, eftersom det är den första negativa interpersonella emotionen.

Skammen ser jag metapsykologiskt som den emotion som bestämmer vad vi kan vara medvetna resp. inte medvetna om. Den är bestämmande för åtskilljandet av det som kan bli medvetet för oss och det som är omedvetet. Medvetet och omedvetet står i ett dynamiskt förhållande till varandra.

Vi kan vara medvetna i den utsträckning som vår betydelsefulla omgivning, i meningen internaliserade värderingar vunna utifrån tidigare objektrelationer

Emotionens och den emotionella erfarenhetens plats

samt våra nuvarande eller i framtiden potentiella yttre viktiga andra (den Andre/a), tillåter oss detta. Utifrån Freuds tripartitmodell skulle det innebära att det socialt betingade överjaget (inklusive det arkaiska) ytterst definierar, vad som får vara medvetet resp. omedvetet. Freud använder dock inte begreppet skam under denna period (det sker bara 1905) utan skuld, eftersom det ofta gäller i det omedvetna genomförda handlingar som överjaget ogillar. Som jag tidigare nämnt blir det som Freud skulle kalla omedveten skuld för mig ofta det jag benämner narcissistiskt försvar mot omedveten skam.

### Symbolen: ett specifikt uttryck för ett tidigare existerande och av sexualiteten präglat språk

Filosofen Susanne Langer (1942, 1967) menar att förståelsen av symboliseringsprocessen är nittonhundratalets främsta bedrift inom filosofin, och hon menar att Freud, Wittgenstein och Cassirer lade grunden för denna. I boken *Drömtydning* framställer Freud (1900) symbolen som ett specifikt uttryck för ett tidigare existerande, arkaiskt, av sexualiteten präglat språk hos människan<sup>10</sup> – ett språk som för honom torde vara likt primärprocessens<sup>11</sup>. Ett språk som är så laddat att det oftast bara kan nå medvetandet i form av symboler. Han omarbetar och utvidgar tillsammans med sina medarbetare stegvis tankarna om symbolerna i de följande utgåvorna (Marinellis & Mayer, 2003, András Pöstényi, 1996), och han för in begreppet partialdrifter i 'Tre essäer' år 1905.

I efterdyningarna av brytningen med Adler, och i synnerhet Jung, samt till följd av omvärldens kritik, utvidgar Freud libidobegreppet med hänvisning till Platons Eros.

Så skriver Jones (1916) med Freuds (1900, fotnot 82 från år 1925) uttalade gillande, att den sanna symbolen, uppkommer som ett resultat av en samverkan mellan olika element. Det är som att själslivet inte direkt kan uttrycka vad det vill i ord (vad symbolen faktiskt står för) på grund av de känslor som i så

---

10. Deacon (1997) har liknande tankegångar när han menar, att den första symboliska handlingen i människans utveckling är när en kvinna får ett konkret tecken/bevis på att hon tillhör en speciell man; ett tecken som markerar att hon inte får lägras av någon annan man, men heller inte får någon del av de andra människors jaktbyte.

11. Det procedurella tänkandet föregår primärprocessens (Basch, 1977, 1988). Det senare är ett attributivt (Braket et al. 2000) symbolspråk, som börjar utvecklas från ett och halvt till två års ålder och når sin kulmen vid fyra-sex års ålder, för att sedan övergå till mer relationell symbolbildning.

fall skulle uppväckas hos personen ifråga. Psyket väljer i stället att från den laddade Ord-föreställningen "gå tillbaks", s.a.s. regrediera, till en något mindre laddad föreställning som har likheter med den primitivare Ting-föreställningen (Freud, 1915, sid.190-195). Den sanna symbolen är konkret och *sensuell* till sitt uttryck, i motsats till perceptuell (Jones' språkbruk), och *visuellt utformad i stället för* att utgöra en verbalt *meningsfylld ordsekvens*. Denna omvandlingsprocess i psyket är helt omedveten för personen ifråga.

Till skillnad från Freud från år 1900 då enbart sexualiteten var ett råämne för symbolbildningen gäller nu för den sanna symbolen att den, förutom till sexualiteten, också är knuten till personens fysiska själv, den egna familjen, och till födelse, kärlek och död – en utvidgning av begreppet sann symbol som mer för tanken till det symboliska uttrycket för Winnicotts (1960) sanna själv.

## Försöket att få psykoanalysen vetenskapligt respekterad hade sitt pris

Freud hade skäl för att nogsamt undvika att göra emotionerna till huvudaktörer. Han hade ju till exempel kunnat använda sig av Darwins kategoriäffekter – en forskare vars arbete han på många sätt ansåg sig fortsätta.

Det emotionella livet (William James) och intuitionen (Henri Bergson) var i denna tid föremål för vetenskapligt intresse. Så var man också under den senare hälften av artonhundratalet seriöst intresserad av musikens, och därmed de frigjorda känslornas, ofta helande verkan (Se Barale & Minazzi, 2008).

Freud ville utforma en neurovetenskapligt grundad teori för mänsklig motivation och beteende. Att grunda en ny vetenskap på känslor skulle göra honom alltför beroende av subjektiva faktorer. De vetenskapliga fynden skulle bli omöjliga att verifiera på ett positivistiskt sätt. Hans teorier och hypoteser skulle därför sannolikt inte kunna tas på allvar, har många menat, att Freud tänkt (Se bl.a. ovan samt Green, 1977/1986).

Freud försökte att utifrån den tidens neurovetenskap formulera en metapsykologisk modell som skulle kunna verifieras på ett positivistiskt sätt. Den psykoanalytiska behandlingen skulle på det sättet uppnå vetenskaplig respekt och dessutom kunna betraktas som en vetenskap om den inre världen. Med sin metapsykologiska modell kunde han åskådliggöra psykiska problem i form av inre konflikter mellan olika instanser inom psyket med olika laddade kraftfält av positiv och negativ energi i deras gränsskikt. Under en lång tid var hans metapsykologi någorlunda respekterad inom den medicinska vetenskapen – eller snarare tolererad som den "minst dåliga" beskrivningen av själslivet i en sekulariserad form, och därför åtminstone kvasivetenskaplig. Som sådan fun-

gerade hans metapsykologi som ett "paraply" under vilket olika psykoanalytiska traditioner någorlunda tryggt och med viss respektabilitet kunde utvecklas.

Den tiden är sannolikt slut. Den psykoanalytiska, och den vidare psykodynamiska, traditionen har vidareutvecklats och fördjupats under snart hundra år. Samtidigt har neurovetenskapen utvecklats enormt.

## Narcissism och skam. Skulden introduceras

Eftersom Freud huvudsakligen ser fadern som det åtråvärda objektet, får hans begrepp narcissism sin fulla betydelse först i och med oidipalkonfliktens debut. Kränkningen (och därmed inversionen) av den primära narcissismen (Freud, 1914, Wurmser, 1981, Treurniet, 1991 Etchegoyen, 1991) uppträder först vid den falliskt narcissistiska fasen, dvs. vid 1½ års ålder – då könsskillnaden börjar upptäckas. Skam och sexualitet binds således samman. Vid flera tillfällen i 'Tre essäer om Sexualteorin' skriver Freud (1905) att skam och äckel utgör de mest framträdande försvarerna mot den sexuella instinkten. Sedan dess har det i analysen – liksom i de flesta kulturella sammanhang – alltid rått en mer eller mindre *obligat länkning av skam till sexualitet* (Se en reaktion mot detta hos Fenichel, 1941, 1946). När Freud i stället för sin fysiologiska modell (och första affektteori) beskriver konflikter i form av inre oftast omedvetna fantasier till följd av den oidipala konflikten (samtidigt med den andra affektteorin) intar begreppet skuld en central position i stället för skammen. Freud utvecklar med hjälp av tripartitmodellen sina tankar om skulden och skuldkänslan vidare och talar om omedvetna attacker mot överjaget, som hos jaget inger affekten skuldkänsla och ångest; den senare för att kunna skyla över detets latent önsknings, sexuella gentemot modern och aggressiva (tidigare enbart utgångna från jaget) gentemot fadern, till skillnad från egentlig skuld där man är medveten om till vem man äger skuld.

Klein koncentrerar sig också på skulden men då i den preoidipala fasen och främst på barnets skuldkänslor inför modern till följd av dess aggressiva tankar gentemot henne; en skuldkänsla som utgör grunden för den depressiva positionens ångest. Det är också vid denna tid många andra menar att känslan av skam debuterar.

Så förlägger i vår tid Allan Schore (1994, 2003) debuten av emotionen skam till 14-16 månaders ålder. Ur utvecklingspsykologisk synpunkt kan barnet då för första gången få sina första anknytningsmodeller (Bowlby, 1969) internaliserade (orbito-frontala hjärnbarkens mognad börjar vid 10 månaders ålder).

Det är därför i viss mening först nu som barnet, under interaktionerna med omvärlden och föräldrarna, kan få sina gränser utstakade. Nästa tydliga period är närmandefasen med dess kriser, fyllda av raseri men också av skuld känslor (av att ha skadat objektet) och svåruthärdlig *skam*. Under den perioden tänker ju bl.a. Mahler och Kernberg (1980, med samtidig ref. Mahler) att vi med förmåga till ett någorlunda väl fungerande helobjektsrelaterande uppnår konfliktlösningar, som utgör grunden till en fungerande (men ofta neurotisk och kanske borderlineartad) psykisk djupstruktur.

Inom den ortodoxa freudianska psykoanalysen talades inte mycket om skam. I stället talade man i strukturella termer om inre konflikter och narcissism.

Inom den brittiska mainstream-analysen förekom begreppet skam också sällan. Ett undantag är Charles Rycroft (1965/1985) som i sin artikel 'Ablation of the parental figure' beskriver skam, kränkning och förödmjukelse, som den sannolikt svåraste känslan att finnas i. Artikeln nekades emellertid då publikation (Fuller, 1985, Bergmann, 2004).

I en senare artikel spekulerar jag i en ännu tidigare kränkning av den primära narcissismen med åtföljande upplevelse av skam; nämligen vid 6-8 månaders ålder. Den uppträder då på en mer primitiv nivå och utan sexuella konnotationer.

## Driftsteorin otillräcklig. Det emotionella livet "tar sig in" i diskursen

Karen Horney (1937 och framåt, se 1953) s.k. kulturella teori om försvaret mot skam och det grundläggande försvaret mot kränkning av självkänslan i form av neurotisk stolthet ansågs alltför ytlig inom psykoanalysens huvudfåra. H.S. Sullivan (Se 1946-47/1953) var en banbrytande och framstående kliniker och teoretiker. Han var liksom Freud intresserad av människans inre i form av hennes föreställningar och fantasier. Han var emellertid samtidigt försiktig att uttala sig om eventuella strukturer i en inre värld och i synnerhet konflikter inom denna, eftersom han bara kunde göra hypoteser om dessa. Han ville bl.a. därför<sup>12</sup> inte förknippas med psykoanalytisk teori.

Efter att Kohuts (1971, 1977) självpsykologi börjat få fäste inom breda analytikerretsar börjar emellertid emotionerna, och speciellt skammen, få tillträde till den anglo-amerikanska psykoanalytiska diskursen.

Den schweizisk-amerikanske analytikern Léon Wurmser (1981) skrev, med tripartitmodellen som teoretisk grund, om affekten skam som en grundlägg-

12. Se Sullivan (1953), sid. 13,19,167n och 57 och Evans III (1996) sid. 63-64.

gande affekt som signalerar en tidig inre konflikt. Den boken fick ett stort genomslag. I samma tidsperiod sker emellertid något radikalt: *man inför parallell-teorier till Freuds metapsykologiska modeller.*

Sandler & Sandler (1983, ref. Treurniet, 1991) beskriver en modell som kompletterar Freuds driftsstyrda tripartitmodell. De inför ett *nuvarande* omedvetet (present subconscious) med en *nuvarande* censur (second censorship, analogt med Freuds censur i Drömtydning (1900, kapitel 7), som hindrar känslor av skam, förödmjukelse etc. från att uppstå.

Ungefär vid samma tidsperiod (1976, 1979) börjar man publicera Béla Grunbergers (artiklar 1957-1967, i bokform 1971) på engelska. Denne anser det nödvändigt att komplettera Freuds driftsteori med en motsvarande utveckling av den *narcissistiska balansen*, därtill inspirerad av Ferenczi (1913), som insåg den strukturella svagheten hos Freuds sexualteori, vilken Jung (1911/1912) tidigare påvisat.

Samma utveckling sker inom den bionska traditionen (se senare) i form av postkleinianen James Grotsteins (1981) "dual-track theory". I denna användbara två-spårs-teori integrerar han den kleinianska traditionens tänkande med själv-psykologins och neurovetenskapens (Gazzaniga & Le Doux, 1978<sup>13</sup>). Det är en teori som har vissa länkar till Grunbergers tankegångar, men syns mig mer funktionell och "neuro-psykoanalytisk" (om än som sådan något date-rad): i korthet lever vi enligt Grotstein med två separata hemisfärers funktion i samverkan, där ömsom den ena, ömsom den andra är dominant. Den högra är relaterad till anknytning (primär identifikation med självobjekt och inre objekt, vilket ju länkar till, men inte är detsamma som, primär narcissism och Grunbergers orala position) och den vänstra till tänkande i alltifrån spirande till genomförd separation i förhållande till objektet, och därför *re-presentation* (Jämför Gazzanigas uttolkare, en objektivisering av själv och objekt, vilket kan länkas till, men inte är detsamma som Grunbergers anala objektrelationer). I vissa situationer tänker Grotstein att medvetandet utgår från höger hemisfär, och man befinner sig då i anknytning utan klar differentiering mellan subjekt och objekt. I nästa ögonblick utgår medvetandet från vänster hemisfär och man objektiviserar då både sig själv (kropp-mind) och omvärlden<sup>14</sup>.

13. Se också Gazzaniga et al, 1998, Le Doux, 1996.

14 Jämför Freuds Ting-presentation och Ord-representation, Susanne Langers 'presentational' och 'representational symbolism'. Jag (Ramberg, 1992) har, då utan kännedom om Grotsteins dual-track-theory, placerat dessa två positioner i var sin ände av det symboliseringskontinuum jag beskrivit där.

I detta sammanhang är det på sin plats att nämna Lichtenberg (1989, 2008) som



På detta sätt avslutar jag något abrupt min diskussion om Freuds driftteori och emotionernas plats i hans metapsykologi, som i form av tripartitmodellen ännu är den förhärskande teorin.

Utrymmet tillåter mig inte att diskutera Kleins, och i synnerhet Bion-Meltzers teoriutveckling, där den emotionella erfarenheten som sådan via dess transformation till alfa-element kommer drömarbetet till godo och därmed kan utveckla det symboliserande självet. Det får anstå till ett annat tillfälle.

## Sammanfattning

Att Freuds begrepp 'affekter' inbegriper drifter, grundläggande reflexer och emotioner är problematiskt. Libidon får hos Freud småningom karaktären av en generellt övergripande mänsklig drivkraft, Eros (1914), men sexualiteten är likväl den huvudsakliga drivkraften. Emotionerna är sekundära till denna, även om de slutligen får en egen plats i metapsykologin (1920, 1927).

En strikt hermeneutisk analytiker har knappast bekymmer, eftersom han arbetar med en modell (se närmare Langer, 1967, sid. 55-69) som inte längre är direkt knuten till, och därför inte behöver relatera till, en biologisk realitet. Det är först när man söker finna en sådan förbindelse det blir svårt.

Jag menar att det för närvarande inte finns, och aldrig kommer att finnas, en biologisk kunskap som på ett övergripande och övertygande sätt kan ge både en förklaring till, och samtidigt utgöra en tillräcklig grund för, att kliniskt beskriva eller föreskriva förändringar i den metod som den psykoanalytiska *praktiken* utgör.

Men jag finner likväl arbetet att söka relatera vår tids neurovetenskapliga rön till psykoanalysens metapsykologiska teori viktigt, liksom också motsatsen, att erfarenheter från psykoanalytisk praxis kan initiera en ytterligare nyanserad och intrikat neurovetenskaplig forskning.

## Avslutning

Jag är medveten om att den diskussion, som jag fört på utrymmet av en artikel, kan te sig pretentiös, men kanske värre; kan föra läsaren till missvisande förenklingar och ett reduktionistiskt synsätt, som inte tillräckligt respekterar

---

skrivit mycket om skam. Utrymmet tillåter det emellertid inte. Avgörande är dock att han sammanblandar sensualitet med sexualitet, vilket Hadley (1989) klargjort i ett postscript.

vare sig det sedvanliga naturvetenskapliga paradigmet eller den kliniska erfarenhet och den diskurs som förs inom psykoanalysen och med denna befryndade terapi- och tanketraditioner.

Denna artikel står visserligen för sig själv, men den är också tänkt att utgöra bakgrund till en senare artikel. I den ger jag skäl för min övertygelse, att skammen har en tidigare debut än vad gängse teorier säger, samt att skammen utgör det avgörande skälet till att bygga upp den sköld som utgör den sekundära narcissismens hårda yta.

Under den i viss mening preambivalenta period som föregår skammen, och som sträcker sig från tiden före födseln och kanske någon eller några månader efter denna, försöker jag applicera vissa aspekter av Bions och Meltzers teorier om estetiska processer och hur de senare kan förhålla sig till de proföreställningar, som de menar kan uppstå kring tiden före och kort efter födseln.

## Litteratur

- Arendt, H. (1996) *Den banala ondskan*. Göteborg. Daidalos.
- Bakan, D. (1958) *Sigmund Freud and the Jewish Mystical Tradition*. New Jersey. D. van Nostrand Company Inc.
- Barale & Minazzi. Off the beaten track: Freud, sound and music. Statement of a problem and some historico-critical notes. *Int J Psychoanal* (2008) 89:937-957.
- Basch, M.F. (1977). Developmental psychology and explanatory theory in psychoanalysis. I: *The Chicago Institute for Psychoanalysis*. Vol. 5. New York: International University Press.
- Basch, M.F. (1988) *Understanding Psychotherapy. The Science Behind the Art*. New York Basic Books.
- Bateson, G. (1960) *The Group Dynamics of Schizophrenia*. Pp. 228-243. (1971) *The Cybernetics of "Self": A theory of Alcoholism* (1972).pp. 309-337. I (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. New York. Ballantine Books.
- Bergmann, M.S. (2004) Charles Rycroft: A Study in Dissidence and a Psychoanalytic Cautionary Tale in (2004, ed. Bergmann, M.S.) *Understanding Dissidence & Controversy in the History of Psychoanalysis*. New York. Other Press.
- Berridge, K.C. & Robinson, T. (1995) The mind of an addicted brain: Neural sensitization of wanting versus liking. *Curr. Direct. in Psycholog. Sci.*, 4: 71-76.
- Bion W R (1962) *Learning from Experience*. London. Maresfield Reprints.
- Bion W R (1970) *Attention and Interpretation*. London. Maresfield Reprints.
- Bouton, M. E. (2005) Nonconscious Emotions. I (2005. Ed. Feldman Barrett, L., Niedenthal, P. M., Winkielman, P.) *Emotions and Consciousness*. New York. The Guilford Press.
- Bowlby J. (1969) *Attachment and Loss. Attachment*. Vol 1. London. Tavistock Publications.
- Brakel, L.A.W., Kleinsorge, S., Snodgrass, M., & Shevrin, H. (2000). The Primary Process and the Unconscious: Experimental Evidence Supporting Two Psychoanalytical Pre-suppositions. *Int. J. Psychoanal.* 81, 553.
- Chiozza, L. A. (1998) *Hidden Affects in Somatic Disorders*. Madison, Connecticut. Psychosocial Press.

- Damasio, A. (1999) *Descartes misstag*. Stockholm. Natur och Kultur. (1994). *Descartes Error*. New York: Putnam.
- Darwin, C. (1872) *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. Chicago. University of Chicago Press.
- Deacon, T.W. (1997) *The Symbolic Species. The co-evolution of language and the brain*. New York. Norton & Company. Sid. 376-410.
- Demos, V. (1985) The elusive infant. I *Psychoanal. Inq.*, 5:553-568.
- Demos, V. (ed.1995) *Exploring affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins*. New York. Cambridge University Press.
- Ekman, P. (2003) *Emotions Revealed. Understanding Faces and Feelings*. London. Weidenfeld & Nicholson.
- Etchegoyen, R.H. (1991) "On Narcissism": An Introduction: Text and Context. I (1991) *Freud's "On Narcissism: An Introduction"*. New Haven. Yale University Press.
- Evans III, F.B. (1996) *Harry Stack Sullivan. Interpersonal theory and psychotherapy*. New York. Routledge.
- Fenichel, O. (1941) The ego and the Affects. *Psychoanal. Rev.*, 28:47-60. Sid. 57, 60.
- Fenichel, O. (1946) *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. London. Routledge & Kegan Paul Ltd. Sid.139.
- Ferenczi, S. (1913) Stages in the development of the sense of reality. I (1952) *First Contributions to Psycho-Analysis*. New York. Brunner. Mazel.
- Freud, S. (1894a) Extracts from the Fliess Papers. Draft E. How Anxiety Originates. S.E.I.
- Freud, S. (1894b) Försvarsneuropsykoserna. (& Breuer, J, 1895) Studier i hysteri. (1895/1950) Utkast till en psykologi. *S.Skr. III*. Stockholm. Natur och Kultur. *S.E. I-III*.
- Freud, S. (1896) Heredity and the aetiology of the neuroses. *S.E. III*.
- Freud, S. (1900) Drömtydning. *S.Skr.II*. Stockholm. Natur och Kultur. *S.E. IV, V*.
- Freud, S. (1905) Tre avhandlingar om sexualiteten. *S.Skr.V*. Stockholm. Natur och Kultur. *S.E. VII*.
- Freud, S. (1926) Hämning, symptom och ångest. *S.Skr.VII*. Stockholm. Natur och Kultur. *S.E. XX*.
- Freud, S. (1914) En introduktion till narcissismen. (1915a) Bortträngningen. (1915b) Det omedvetna. Bilaga C. Sid. 190-195. (1915c) Drifter och driftöden. *S.E. XIV*. (1920) Bortom lustprincipen. *S.E. XVIII*. (1923) Jaget och detet. *S.E. XIX*. (1927) Fetischism. *S.E. XXI*. (1940) Psykoanalysens huvudlinjer. *S.E. XXIII*. Samtliga i *S.Skr.IX*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Freud, S. (1937) Den ändliga och den oändliga psykoanalysen. *S.Skr.VIII*. Stockholm. Natur och Kultur. *S.E. XXIII*.
- Fromm, E. (1974) *The Anatomy of Human Aggressiveness*. London. Jonathan Cape.
- Fuller, P. (1985) Introduction i *Psycho-Analysis and Beyond*. Chatto & Windus and The Hogarth Press. Sid. 1-40.
- Gazzaniga & Ivry & Mangun (1998) *Cognitive Neuroscience*. New York. Norton.
- Gazzaniga, M. & LeDoux, J. (1978) *The Integrated Mind*. New York. Plenum Press.
- Gelder, B. (2005) Nonconscious Emotions. I (2005. Ed. Feldman Barrett, L., Niedenthal, P. M., Winkelman, P.) *Emotions and Consciousness*. New York. The Guilford Press.
- Green, A. (1977) Conceptions of affects. I (1986) *On Private Madness*. London. Hogarth Press.
- Green, A. Consilience and Rigour: Commentary to Solms, M. & Nersessian, E. (1999) Freud's Theory of Affect: Questions for Neuroscience. I *Neuro-Psychoanalysis*. Vol 1 N:o 1. Sid. 40-44.

- Grotstein, J.S. (1985) *Splitting and Projective Identification*. New Jersey. Jason Aronson Inc.
- Grunberger, B. (1971/1979) *Narcissism*. Psychoanalytic Essays. Boston. Int. Univ. Press.
- Hadley, J.L. (1989) *The Neurobiology of Motivational Systems*. I (1989) Lichtenberg J D. *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale. New Jersey. The Analytic Press. Pp 337-372.
- Hart, van der, O., Nijenhuis, E.R.S. Steele, K. (2006) *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York. W.W. Norton & Company
- Hinshelwood, R.D. (1989) *A Dictionary of Kleinian Thought*. London. Free Association Books.
- Homburger Erikson, E. (1954) *Barnet och samhället*. Stockholm. Natur och Kultur. (1950) *Childhood and Society*. New York. W.W. Norton & Company.
- Horney, K. (1937) *The neurotic personality of our times*. New York. Norton.
- Horney, K. (1953/1989) *Att förverkliga sig själv*. Stockholm. Rabén & Sjögren. (1952) *Neurosis and human growth*. New York. Norton.
- Jones, E. (1916) *The Theory of Symbolism*. I (1948) *Papers on Psycho-Analysis*. London. Karnac Books.
- Jung, C.G. (1912) *Wandlungen und Symbole der Libido*. (1952) *Symbols of Transformation/ Psychology of the Unconscious*. London. Routledge.
- Kaplan Solms, K., & Solms, M. (2000) *Clinical Studies in Neuro Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Karlsson, G. (2004) *Psykoanalysen i ny belysning*. Stockholm. Stehag. Symposion.
- Kelman, H. (1971) *Helping People*. New York. Science House.
- Kernberg, O.F. (1986) *Inre värld och yttre verklighet*. Stockholm: Natur & Kultur. (1980) *Internal World and Outer Reality*. New York: Jason Aronson Inc. Spec. sid. 113-120.
- Kjellqvist, E-B. (1993) *Rött och vitt. Om skam och skamlöshet*. Stockholm. Carlsson Bok Forlag.
- Klein, M. (1923) *The role of the school in the libidinal development of the child*. Pp 59-76. (1928) *Early stages of the Oedipus conflict*. Pp 186-198. I (1981) *Love, guilt and reparation and other works*. London. Hogarth Press.
- Klein, M. (1937) *Kärlek, skuld och gottgörelse i* (1989, red. Igra, L./Sjögren, L.) *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Stockholm: Natur & Kultur. (1937) *Love, guilt and reparation i* (1981) *Love, guilt and reparation and other works*. London. Hogarth Press.
- Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. New York. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York. International Universities Press.
- Lacan, J. (1954) *The two narcissisms*. I (1988) *The Seminar of Jacques Lacan. Book I. Freuds Papers on Technique 1953-1954*. Cambridge. Cambridge University Press. Sid. 118-128.spec. sid.120. (1975) *Le Séminaire I*. Paris. Les Editions du Seuil.
- Langer, S. (1952). *Filosofi i Ny Tonart*. Uppsala: A och W & Gebers. Eng. (1942) *Philosophy in a New Key*. Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press.
- Langer S. (1967) *Mind: an essay on human feeling*, Vol. 1. London. Johns Hopkins Press.
- LaPlanche, J. & Pontalis, J.B. (1980) *The Language of Psycho-Analysis*. London. Hogarth Press.
- Lewis, H.B. (1987) *Introduction: Shame – the sleeper in psychopathology*. I Lewis, H.B. (Ed.) *The Role of Shame in Symptom Formation*. Pp. 1-28. Hillsdale, New Jersey. Erlbaum.
- Lichtenberg J D. (1989) *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale. New Jersey. The Analytic Press.
- Lichtenberg J D. (2008) *Sensuality and Sexuality Across the Divide of Shame*. New York. The Analytic Press.

- MacLean, P. (1978). *A Mind of Three Minds: Educating the Triune Brain*. I (1978) Chall, J., & Mirsky, A. *Education and the Brain*. Chicago: Chicago Univ. Press.
- Matthis, I. (2000) Sketch for a Metapsychology of Affect. *Int. J. Psycho-Anal.* 81: 215-227.
- Meltzer, D. (1986) *Studies in Extended Metapsychology*. London: Clunie Press.
- Nagera, H. (Ed.1970) *Basic psychoanalytic concepts of the theory of instincts*. London. Karnac
- Nathanson, D.L. (1992) *Shame and Pride. Affect, Sex and the Birth of Self*. New York. W.W. Norton & Company.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience. Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford Univ. Press.
- Panksepp, J. (1999) Emotions as Viewed by Psychoanalysis and Neuroscience: An exercise in Consilience. I *Neuro-Psychoanalysis*. Vol 1 N:o 1. Sid. 15-39.
- Panksepp, J. (2007) Föreläsning. *8th Neuropsychoanalytic Congress*. Los Angeles.
- Piers, G. & Singer, M.B. (1971) *Shame and Guilt: A Psychoanalytical and a Cultural Study*, new.ed. New York. Norton. sid. 18.
- Pöstényi, A. (1996) Inledning. Sid 9-38. S.Skr. II. Stockholm. Natur och Kultur.
- Ramberg, L. (1987). Kroppens roll i personlighetsutvecklingen. i Wrangsjö, B.(red.). *Kropporienterad psykoterapi*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Ramberg, L. (1992). *Tänkbart – om individuation och tillhörighet*. Stockholm: Mareld.
- Ramberg, L. (2000) Psykoanalys och emotioner. I *Insikten* 5/2000.
- Ramberg, L. (2002) Det symboliserande självet. I (red. Wrangsjö, B.) *Barn som märks*. Stockholm. Natur och Kultur. Sid. 136-172.
- Ramberg, L. (2009) En psykodynamikers tankelek utifrån Lars von Triers film Antichrist. *Psykisk Hälsa* 2/2009.
- Ramberg, L. (2000) Psykoanalys och emotioner. I *Insikten* 5/2000.
- Rycroft, C. (1965) On Ablation of the Parental Images, or The Illusion of Having Created Oneself. I (1985) *Psychoanalysis and Beyond*. Chicago. Univ. of Chicago Press. Pp. 214-232.
- Sandler, J. & Sandler, A-M. (1983) The "second censorship". The "Three box model". *Int J Psychoanal* 64:413-25.
- Scharfenberg, J. (1988) *Sigmund Freud & his Critique of Religion*. Philadelphia. Fortress Press.
- Scholem, G. (1992) Abraham Abulafia och den profetiska kabbalan. *Den Judiska Mystikern*. Stehag. Brutus Östlings Bokförlag Symposion. Sid. 147-184. Tyska (?/1967) *Die Jüdische Mystik in ihren Hauptströmungen*. Frankfurt. Suhrkamp Verlag. Eng. (1955) *Major trends in Jewish mysticism*. London. Thames & Hudson.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Schore, A. (2003). *Affect Regulation and Affect Dysregulation*. Vol 1 resp. 2. New York. Norton.
- Shevrin H. et al (1996) *Conscious and Unconscious Processes. Psychodynamic, Cognitive and Neurophysiological Convergences*. New York. The Guilford Press.
- Shevrin H. (1999) Commentary to Solms, M. & Nersessian, E. (1999) Freud's Theory of Affect: Questions for Neuroscience. I *Neuro-Psychoanalysis*. Vol 1 N:o 1. Sid.55-60. Spec. sid. 56.
- Solms, M. (1997). *The Neuropsychology of Dreams*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates. Vision.

- Solms, M., & Saling, M. (1990). *A moment of Transition*. Karnac Books.
- Solms, M. & Nersessian, E. (1999) Freud's Theory of Affect: Questions for Neuroscience. I *Neuro-Psychoanalysis*. Vol 1 N:o 1. Sid.5-14.
- Sullivan, H.S. (1953) *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. N Y. W W. Norton & Co. Sid. 161-164
- Tangney, J.P. & Dearing, R.L. (2002) *Shame and Guilt*. New York. The Guilford Press.
- Tomkins, S. S. (1962, -63, -91, -92). *Affect, Imagery, Consciousness*, Vol. I-IV. N Y: Springer Publishing Company.
- Turner, N. (1991) Introduction to "On Narcissism" I (1991) *Freud's "On Narcissism: An Introduction"*. New Haven. Yale University Press.
- Wampold, B.E. (2001) *The Great Psychotherapy Debate. Models, methods and Findings*. London. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Weismann, A. (1892) *Das Keimplasma*. Jena. (1893) *The-Germ Plasm*. London.
- Winnicott D W. (1949) Intellectet och dess förhållande till psyke-soma, sid. 235, och (1956) Det primära moderstillståndet, sid. 116. I (1993, red. Jemstedt, A.) *Den skapande impulsen*. (1949) Mind and its Relation to the Psyche-Soma. Pp. 243-254 och (1956) Primary Maternal Preoccupation. Pp.300-305. I (1958). I (1958) *Through Pediatrics to Psycho-Analysis*. London. Hogarth Press.
- Winnicott D W. (1958) Förmågan att vara ensam. Sid 134-141. (1960) Förvrängningar av jaget i förhållande till det sanna och det falska självet. Sid. 321-334. I (1993, red. Jemstedt, A.) *Den skapande impulsen*. Stockholm. Natur och Kultur. The Capacity to be Alone. Pp. 29-36. (1960) Ego distortions in terms of true and false self. Pp. 140-152. I (1965) *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London. Hogarth Press.
- Vitz, P.C. (1988) *Sigmund Freud's Christian Unconscious*. New York. The Guilford Press.
- Wurmser, L. (1981/1994) *The Mask of Shame*. New Jersey. Jason Aronson Inc.
- Yovell, Y. (2009) Mind-brain relationships, including clinical examples. Educational day. 10<sup>th</sup> International Neuropsychoanalysis Congress. Paris.

## Abstract

Lennart Ramberg: Emotions and the place of emotional experience in psychoanalytic metapsychology. A short survey of Freud's theory of affects and instincts (and later drives), and how emotions gradually find a position in psychoanalytic metapsychology

*Freud soon left out emotions from his metapsychology. I make a survey of how his concept of affects and instinct changes through time and compares some of his notions with contemporary neuroscientific findings, with a concentration of those from neuropsychology. I describe how the concept of emotion slowly regains a position in psychoanalytic metapsychology.*

*Of all the negative emotions I find the complementary couple shame-humiliation being the most important.*

*Keywords: neuropsychoanalysis, affect, emotion, narcissism, shame*

# Relasjonell psykoanalyse og spørsmålet om teknikk

Matrix, 2009; 4, 443-458

Leif Normann og Christoffer Hjertaas  
Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

*I denne artikkelen undersøker vi hvorvidt tiden er inne for å formulere spesifikke relasjonelle psykoanalytiske teknikker. Ledende relasjonelle psykoanalytiske teoretikere har vært skeptiske til bruken av teknikk og har vektlagt hvordan en slik tilnærming kan fungere låsende. Like fullt har det fra flere hold blitt argumentert for at det er nødvendig med relasjonelle psykoanalytiske teknikker, og i denne artikkelen ser vi nærmere på tre forsøk på å utvikle slike: Safran og Muran sin BRPT, McWilliams sin karakterbaserte tilnærming og kontroll-mestringsteori. Vi presenterer disse tre tekniske tilnærmingene og drøfter hvorvidt de er forenlige med den relasjonelle psykoanalysens vektlegging av det unike ved hver terapeutisk dyade.*

## Innledning

Den relasjonelle psykoanalysen har fra sin begynnelse som egen retning på 80-tallet (Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell, 1988) vært kjent for en problematisering av og skepsis til standardiserte tekniske tilnærminger. Den sentrale relasjonelle litteraturen har hittil vært full av eksempler ment å illustrere at spontan og autentisk terapeutisk atferd har større betydning for endring enn det teknikk har. Potensialet for endring ligger i det unike møtet til hvert

*Leif Normann, psykolog ved Jessheim DPS, allmennpsykiatriske poliklinikk, 1478 Lørenskog, Norge. E-post [leif.normann@yahoo.no](mailto:leif.normann@yahoo.no)*

*Christoffer Hjertaas, psykolog ved Bjørgvin DPS, Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk, Kvassnesveien 65, 5914 Isdalstø.*

pasient-terapeut par, og interpersonlige forhandlinger blir slik viktigere enn anvendelse av diagnostisk tenkning og standardiserte tekniske tilnærminger. Imidlertid har relasjonelle teoretikere også fremhevet at terapeutens personlige og emosjonelle tilstedeværelse må bli uttrykt innenfor formaliserte tekniske rammer for å ha endringsverdi og skille seg fra andre relasjoner i livet (Aron, 1996; Hoffman, 1998). Det har både utenfor (Mills, 2005) og innenfor (Greenberg, 2001) den relasjonelle tradisjonen blitt argumentert for at den relasjonelle psykoanalysen hittil har gått for langt i å vektlegge store endringsøyeblikk heller enn terapiens mer jevne og teknikkbaserte arbeid.

Kanskje er den relasjonelle retningen nå så toneangivende innenfor psykoanalysen at det er mindre viktig å polemisere mot klassisk, standardisert teknikk og at tiden heller er inne for å undersøke hvordan spesifikke relasjonelle teknikker vil kunne se ut? Hva vil kjennetegne teknikker forankret i en relasjonell forståelse av terapisisituasjonen? Vil en bruk av slike teknikker la seg kombinere med den terapeutiske fleksibiliteten og spontaniteten relasjonelle teoretikere hittil har vektlagt? I denne artikkelen vil vi utforske disse spørsmålene ved å ta utgangspunkt i tre tekniske tilnærminger med relasjonell psykoanalytisk forankring. Vi vil ta for oss Safran og Muran (2000) sin brief relational psychoanalytic treatment, McWilliams (1994) sin karaktertilnærming, og kontroll-mestringsteori, som har blitt utviklet av San Francisco Psychotherapy Research Group (Weiss, 1993). Før vi ser nærmere på de tre tilnærmingene vil vi utdype den relasjonelle psykoanalysens forhold til teknikk.

### *Relasjonell psykoanalyse og bruken av teknikk*

Flere av de mest kjente relasjonelle psykoanalytiske teoretikerne har vært skeptiske til teknikkens rolle i det terapeutiske møte. For eksempel hevder Aron (1996) at man må forstå hvert pasient-terapeut forhold som unikt, og at hver slik dyade gjennom terapiprosessen må få mulighet til å finne sin egen form. I et relasjonelt perspektiv kan en overdreven teknisk orientering forstyrre denne prosessen. Mitchell (1997) argumenterer i henhold til dette:

Now that the analyst is envisioned as embedded, to one degree or another, in the process, general guidelines are difficult to imagine. Because each analytic dyad and each situation is, in some sense, a unique configuration, we don't want to prescribe or proscribe the analyst's responses. (s. X).



Mitchell ser med andre ord klare tekniske retningslinjer som uhensiktmessige, da man med et slikt fokus vil kunne stå i fare for å miste viktige aspekter ved samspillet. Det som følelsesmessig utspiller seg mellom pasient og terapeut kan ved en rigid teknisk orientering risikere å bli neglisjert. Med dette kan terapeuten komme til å forstå mindre av hva som foregår, og pasientens muligheter for å gjøre nye emosjonelle erfaringer kan bli begrenset til hva terapeutens teknikk åpner for.

Det synes som om hovedproblemet med tekniske tilnærminger i dette perspektivet er at de kan føre til et begrenset handlingsrom for terapiens deltagere. Terapien kan slik bli preget av det Benjamin (2004) kaller komplementær tohet. En teoretisk fastsetting av terapeutens væremåte kan lett føre til at pasienten må innta en utfyllende rolle. Der terapeuten diagnostiserer og anvender teknikk, blir pasienten den som blir diagnostisert og gjenstand for bruk av teknikk. Pasient og terapeut inntar hver sin rolle, og de må oppføre seg etter hva rollen foreskriver. Én blir det handlende subjektet, mens den andre blir det passive objektet. Den genuint menneskelige samhandlingen – der roller kan bli forlatt og ulike væremåter kan bli lekt med og utprøvd – mangler kanskje. For Benjamin (2004) ligger det et stort endringspotensial i at noe nytt skapes mellom terapiens deltagerer. Ved at begge deltagerne i den terapeutiske relasjonen tillates å være aktive subjekter *samtidig*, blir det åpnet for at gamle relasjonelle mønstre kan overskrides. For pasienter som gjerne har vært fastlåst i passiviserende roller i relasjoner med tidligere viktige andre, kan det være en ny emosjonell erfaring å være skapende sammen med en annen.

Kanskje er det likevel riktigere å si at problemet ikke er teknikk i seg selv, men en rigid og overdreven bruk av den? Vil det ikke gå an å la seg inspirere og rettlede av tekniske tilnærminger på en åpen og fleksibel måte? Flere teoretikere har fremhevet hvordan tekniske retningslinjer vil kunne hjelpe den relasjonelt orienterte terapeuten i hans endringsarbeid. For eksempel ser Frank (1999) det som ønskelig at man innen den relasjonelle psykoanalysen i større grad utvikler en teori om teknikk:

I believe that progress in analytic technique has lagged behind that in theory and that the field, as a whole, needs to appreciate more fully the treatment implications of relational developments, and especially the two-personal model. (s. xii).

Frank, så vel som Maroda (1999), uttrykker et behov for å formulere relasjonelt forankrede tekniske retningslinjer. Renik (1999) ser mange av dagens tekniske

idealer som å være utviklet innenfor et enpersons-paradigme. Han oppfatter det som nødvendig at det utvikles kliniske metoder som tar i betraktning at terapeutens personlige påvirkning ligger i hjertet av tekniske intervensjoner. Vi vil nå se nærmere på tre forsøk på å utvikle relasjonelt orienterte teknikker. Klarer disse tilnærmingene å kombinere en teknisk orientering med den relasjonelle psykoanalysens åpenhet for det unike møtet til hvert pasient-terapeut par?

## Tre tilnærminger til relasjonelle teknikker

### *Safran og Muran sin Brief relational psychoanalytic treatment*

Safran og Muran (2000) søker med sin modell, brief relational psychoanalytic treatment (BRPT)<sup>1</sup>, å utvikle en kortidsterapeutisk teknikk som er i overensstemmelse med relasjonell tenkning. De mener det både er mulig og ønskelig med relasjonelle tekniske retningslinjer. Deres tekniske formuleringer er basert på sentrale aspekter ved relasjonell psykoanalytisk tenkning som to-person-psykologi, sosialkonstruktivisme og målet om ny emosjonell erfaring. Deres modell er videre forankret i empirisk forskning.

Safran og Muran vil erstatte et tradisjonelt psykoanalytisk innholdsfokus med et prosessfokus. Terapeuten skal i større grad være orientert mot hva som skjer mellom terapiens deltagere her og nå enn mot pasientens intrapsyriske dynamikk. Safran og Muran oppfatter at det i en slik tilnærming ligger muligheter for en ny emosjonell erfaring, ved at terapeuten bruker sin forståelse til å forsøke å tre ut av det problematiske relasjonelle samspillet.

Metakommunikasjon blir i denne modellen terapeutens kronintervensjon for å komme ut av uhensiktsmessige samhandlingsmønstre. Safran (2002a) beskriver denne prosessen som følger: *“Metacommunication consists of an attempt to disembed oneself from the relational configuration that is being enacted by taking the current interaction as the focus of communication”* (s. 181). Man forsøker å rette pasientens bevissthet mot den pågående interaksjonen, slik at man gjennom terapiprosessen kan utvikle en større evne til selvobservasjon (Safran, 2002a).

Safran og Muran (2000) illustrerer metakommunikasjon med et utdrag fra terapien med pasienten Larry, som levde et liv i isolasjon og ensomhet. I terapien viste det seg tidlig at Larry reagerte med tilbaketrekning og kynisme når

---

1. Denne modellen ble i Safran og Muran (2000) omtalt som brief relational therapy, men har senere blitt kalt brief relational psychoanalytic treatment (Safran, 2002a).

terapeuten utforsket hvordan han hadde det. Forsøkte terapeuten heller å være stille og tilbaketrukket, ble Larry frustrert og enda mer kynisk. Terapeuten opplevde etter hvert at han selv ble engstelig i møtet med Larry, og disse følelsene valgte han å metakommunisere: *“I’m aware of feeling paralyzed myself. I’m stuck between pursuing you, which seems to make you more anxious, and waiting for you, which seems to make you angry”* (s. 112). Denne intervensjonen hjalp Larry å anerkjenne at han på den ene siden ønsket at terapeuten skulle være pågående i sin utspørring for å vise at han brydde seg om han, samtidig som han på den andre siden opplevde en slik utspørring som et ubehagelig press.

BRPT innebærer *“an ongoing cycle of enacting, disembedding, and understanding”* (Safran, 2002a, s. 175). I eksempelet over spilte terapeuten og Larry ut problematiske relasjonelle mønstre. Terapeutens metakommunikasjon muliggjorde at de til en viss grad kunne tre ut av gamle mønstre og tilegne seg en forståelse av samhandlingen. Safran og Muran (2000) ser det som spesielt viktig å fokusere på såkalte brudd i den terapeutiske alliansen, og de har i denne sammenheng utviklet en stadiemodell for å identifisere forskjellige faser i arbeidet med slike brudd. Denne stadiemodellen er i følge Safran og Muran (2000) ment som et verktøy som kan hjelpe terapeuten å gjenkjenne samhandlingsmønstre, heller enn låsende regler for hvordan terapi skal utføres.

### *Er BRPT forenelig med relasjonell tenkning?*

Safran og Muran (2000) har møtt kritikk i sitt forsøk på å forene relasjonell psykoanalyse med tekniske formuleringer og en minimalisert tidsramme. Av generelle innvendinger har det blitt stilt spørsmål ved muligheten for å støtte seg på empirisk forskning i utviklingen av relasjonelle teknikker. Warren (2002) ser empirisk forskning som å være uforenelig med konstruktivistisk epistemologi. Han ser sistnevnte som å lokalisere forskeren innenfor det man undersøker, og ikke utenfor, mens han ser empirisk forskning som å gjøre det motsatte. Dermed setter han spørsmålsteget ved muligheten for at relasjonell klinisk virksomhet skal kunne finne støtte i empirisk forskning.

Safran (2001) inntar en mer pragmatisk holdning og innvender at mye av psykoanalysen er fanget i en tankegang som ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til pasientens mål om å bli bedre. Han hevder at man tradisjonelt har vært for opptatt av å skulle finne *“sannheten”* om pasienten. Han ser empirisk forankret terapi som å ivareta pasientens behov, da denne på en klar måte er knyttet til pasientens bedring. Safran (2003) mener videre at man ikke trenger å ha en enten-eller holdning i forhold til vitenskapsfilosofi. Han hevder at man bør finne en mellomposisjon i forhold til ekstrem objektivisme og radikal relativisme.

Vi kan – i samsvar med Safran – spørre oss om Warren har rett i at empirisk forskning nødvendigvis må plassere forskeren utenfor det han studerer. Er ikke forskeren et tenkende subjekt som har mulighet til å reflektere rundt det arbeidet han har gjort? Diskvalifiserer det relasjonelle tankegodset enhver type forskning med empirisk valør? Det kan i denne diskusjonen se ut som Warren (2002) i sin argumentering inntar en slik dikotomisk holdning som Safran mener man bør unngå. Vi ser det her som hensiktsmessig med en mer moderat tilnærming, og vi undrer oss om det ikke kan være ønskelig å åpne for en inkorporering av evidensbaserte tilnærminger i relasjonell psykoanalyse.

Warren (2002) ser BRPT som å bevege seg mot en instrumentell tilnærming til pasienten ved kraftig å nedkorte terapilengden. Videre kan det bli stilt spørsmål om Safran og Murans (2000) stadiemodell lar seg forene med en slik åpenhet som de vektlegger. De beskriver ulike stadier som følger hverandre i prosessen. Det er naturlig å tro at en fokusering på en slik stegvis utvikling vil kunne stå i fare for å virke begrensende heller enn åpne.

Safran (2003) fremhever at det ikke er meningen at terapeuten skal forsøke å følge visse steg, men at modellen skal hjelpe terapeuten å gjenkjenne og forstå mønstre som preger terapien. Vi kan imidlertid spørre oss om ikke en slik modell også vil kunne virke begrensende, ved at terapeutens oppmerksomhet kanskje i for stor grad vil være rettet mot å se etter bestemte mønstre. Safran (2002b) påpeker i denne sammenhengen at det eksisterer en spenning mellom åpenhet og tekniske formuleringer, og at disse ikke er uforenelige. Han ser strukturerende teknikk og åpenhet som alltid å stå i et dialektisk forhold, og han hevder at hver av disse kun finner sin mening i møtet med den andre. Terapeuten må unngå å bruke sitt tekniske repertoar som eksterne standarder som alltid skal følges, og i stedet forsøke å integrere dem på en personlig og meningsfull måte. Safran mener at terapeuter gjennom en slik dialektikk kan møte pasienter med et teknisk fokus uten at det bryter med relasjonell tenkning.

Noe som imidlertid kan synes å mangle i BRPT, er et rammeverk for å avgjøre hvilke av de tekniske strategiene i modellen som skal benyttes overfor hvilke pasienter. Det er sannsynlig at de strategiene som vil hjelpe én gruppe av pasienter, vil være mindre hensiktsmessige overfor pasienter med en annen type problematikk. Dette kan antyde et behov for at Safran og Muran (2000) sin modell bør suppleres av en mer intrapsykisk forankret tilnærming. Kanskje kan diagnostisk tenkning åpne for en mer effektiv bruk av teknikk?

### *McWilliams: Karakterforankret teknikk*

McWilliams, som blant annet er medredaktør av *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM Task Force, 2006), har i sine bøker (McWilliam 1994, 2004) utforsket mulighetene for å forankre tekniske retningslinjer i inndeling av psykologiske karaktertyper. I sin bruk av karakterbegrepet er McWilliams inspirert av blant annet Reich (1933). Ved å basere seg på en kategorisering av ulike former for intrapsykisk fungering skiller hun seg fra mye sentral relasjonell psykoanalytisk litteratur, som gjerne betoner det unike ved hver pasient og hvert pasient-terapeut par (for eksempel Mitchell, 1988; Aron, 1996). Kanskje kan hennes prosjekt ses som et forsøk på å forene en karakterforankret forståelse med en relasjonell tilnærming til terapeutisk endringsarbeid.

Karakterperspektivet fremhever at det finnes distinkte psykologiske typer, og i sin bok *Psychoanalytic diagnosis* (1994) beskriver McWilliams blant annet den depressive, den paranoide og den schizoide karakter. Hver karaktertype har en særegen psykologisk fungering, med relasjonelle mønstre som går igjen, fellestrekk i forsvar, og konflikter organisert rundt bestemte dimensjoner. For McWilliams (1994) er terapeutens oppgave i stor grad å diagnostisere, for så å anvende de terapeutiske implikasjonene som diagnosen gir. De terapeutiske utfordringene vil være forskjellige i møtet med de ulike karaktertypene. For eksempel vil utfordringen med den hysteriske pasienten i stor grad ligge i å virke samlende, mens den tvangspregede pasienten vil trenge et samspill som virker utvidende. En slik tilnærming vil videre peke på mer konkrete tekniske foreskrifter for arbeidet med hver pasientgruppe. For eksempel fremhever McWilliams (1994) hvordan hun tidlig i terapiprosessen med schizoide pasienter ofte trekker stolen sin litt tilbake i starten av timen, for å markere at hun er bevisst på at disse pasientene lett kan føle seg invadert. Terapeutens relasjonelle strategier vil i denne tilnærmingen slik avhenge av hvilken diagnose som oppfattes som mest treffende for pasientens dynamikk (McWilliams, 2004).

McWilliams (1994) argumenterer for at et diagnosefokus vil gjøre klinikerne godt rustet til å planlegge terapien. Hun hevder at en diagnose vil hjelpe terapeuten fra starten av terapiprosessen med å orientere seg mot det som virker endrende for den aktuelle pasienttypen. Et annet argument hun presenterer er at diagnostisering vil kunne sette terapeuten bedre i stand til å være empatisk. Karakterbaserte diagnoser vil i følge McWilliams kunne bidra til en "dypere" forståelse og innlevelse i det bakenforliggende. Hvordan skal terapeuten for eksempel oppfatte en pasients stillhet i timene? Denne atferden kan være et uttrykk for mye ulik dynamikk. Hvis pasienten er engstelig

og nevrotisk, vil stillheten kunne ses som sjenanse. Om pasienten sliter med en schizoid psykose, kan den heller forstås som et forsøk å hindre at verden blir ødelagt.

### *Hvordan kan en karaktertilnærming bidra i det kliniske møtet?*

Som vi ser mener McWilliams at en karaktertilnærming vil hjelpe terapeuten bedre å tilpasse sin væremåte til pasienters behov. Vi kan være enig i at en diagnostisk tilnærming vil kunne bidra til en rikere forståelse av intrapsykisk dynamikk, og vi oppfatter at karaktertenkning kan utfylle Safran og Muran (2000) sin tilnærming ved å bidra til å identifisere hvilke pasienter som vil passe til ulike terapeutiske strategier.

Imidlertid kan det å basere en tilnærming til terapi på universelle karaktertyper kritiseres for å ta fokuset vekk fra det unike ved hver pasient. Når en pasient for eksempel er diagnostisert som depressiv, kan fort depressive karaktertrekk være det man ser og det man forholder seg til. En diagnostisk forståelse kan slik komme til å lukke igjen heller enn å åpne opp for utforskning av hva som kjennetegner pasienten. Det er kanskje på grunn av denne faren at relasjonell psykoanalyse hittil ofte har benyttet seg av mer åpne teoretiske begreper, som for eksempel den relasjonelle matrise (Mitchell, 1988). Den relasjonelle matrise som teoretisk begrep peker på at terapeuten bør være orientert mot pasientens objektrelasjoner og interpersonlige mønstre, men det sier ikke hva som karakteriserer disse relasjonene. Slike åpne teoretiske tilnærminger kan hjelpe terapeuten med et fokus, men den legger lite føringer for terapien. Dermed kan terapiens deltagere kanskje stå mer fritt til å utvikle en forståelse av hva som kjennetegner pasienten og den terapeutiske dyaden. På den andre siden vil McWilliams (2004) her kunne innvende at kunnskap om intrapsykisk dynamikk kan gå tapt i mer "åpne" tilnærminger, og at en karakterforståelse gir et bedre utgangspunkt for tidlig i terapiprosessen å begynne å jobbe spesifikt for endring. Vi oppfatter at terapeuten som inntar et karakterperspektiv bør være kritikken bevisst, og at det i de fleste terapiprosesser vil være vesentlig å søke å balansere en diagnostisk forståelse med en åpenhet for pasientens unike dynamikk.

En videre kritikk er at terapeuter som er inspirert av McWilliams sin karaktertilnærming kan komme til å undervurdere de interasjonelle aspektene ved terapiprosessen til fordel for en statisk beskrivelse av hva som kjennetegner ulike typer pasienter. Som vi har sett tidligere går mye av den relasjonelle psykoanalysens kritikk av tekniske tilnærminger, som for eksempel hos Mitchell (1993), ut på at en overdreven teknisk orientering kan skyve terapeutens fokus

vekk fra samspillet. Ut fra en slik kritikk kan karaktertilnærmingen bidra til at terapeutens oppmerksomhet blir mer rettet mot å diagnostisere og handle riktig enn å være til stede i terapiens interpersonlige forhandlinger. Sentrale aspekter ved relasjonell psykoanalytisk tenkning vil slik kunne risikere å forsvinne i et ensidig karakterorientert perspektiv. Tilnærmingen fokuserer lite på at terapeuten har en like kompleks psykologi som pasienten (Aron, 1996), og på at den emosjonelle påvirkningen i terapi går begge veier, hele tiden (Mitchell, 1997).

Mot dette kan det imidlertid hevdes at McWilliams (1994) sin tilnærming også ser ut til å ha potensial til å berike terapeutens forståelse av interaksjonelle prosesser. Den gir et begrepsapparat som kan synliggjøre forskjeller og likheter mellom terapeutens og pasientens opplevelse av verden, og gjennom dette bidra til refleksjon rundt samhandlingens egenart. Hvorfor får forhandlingene mellom pasient og terapeut det uttrykket de får? Er det forskjellene mellom terapeutens hysterioforme og pasientens mer schizoide opplevelsesverden som skaper brudd i terapien? Kan det være fordi terapeuten i likhet med pasientens mor har en depressiv dynamikk, at han har problemer med å markere seg som et nytt objekt? En karakterforståelse vil kunne gi et rammeverk for å fange inn pasientens og terapeutens dynamikk, og bidra til å belyse viktige aspekter ved deres interaksjon.

En karaktertilnærming kan, som vi ser, medføre både muligheter og begrensninger for terapeuten. Mens et intrapsykisk fokus kan synes å mangle i Safran og Muran (2000) sin prosessorienterte tilnærming, kan McWilliams (1994) sin beskrivelse stå i fare for å bli noe statisk. Vi oppfatter at et viktig aspekt som kan gå tapt hos henne er vektleggingen av pasientens intensjoner og veksttendenser. Hva ønsker den schizoide pasienten? Hvilke ubevisste håp om endring bærer den paranoide pasienten med seg? Karakterperspektivet ser i større grad ut til å undersøke patologiske trekk enn å forholde seg til pasientens bidrag til endrende terapeutiske prosesser. Vi vil nå se på kontroll-mestringsteori for å undersøke om denne kan gi et mer utfyllende bilde.

### *Kontroll-mestringsteori*

Kontroll-mestringsteori hviler på to grunnleggende antagelser (Silberschatz, 2005a). Den første av disse er at pasienten utøver betydelig *kontroll* over sitt bevisste og ubevisste mentale liv, og at denne kontrollen reguleres av en ubevisst vurdering av trygghet. Den andre antagelsen er at pasienten i stor grad er motivert til å *mestre* sine psykiske plager.

Disse psykiske plagene tenkes å opprettholdes av patogene antagelser. En slik antagelse kan defineres som følger:

A belief that is in varying degrees unconscious and that underlies the patients' problems. It warns persons suffering from it that if they attempt to solve their problems, they will endanger themselves or others. (Weiss, 2002, s. 1).

Man kan ut ifra denne definisjonen se at patogene antagelser opprettholder seg selv ved at pasienten vil føle seg utrygg dersom disse antagelsene blir utfordret. Patogene antagelser blir vanligvis utviklet under vanskelige forhold i barndommen. Silberschatz (2005a) forklarer dette med at barn ubevisst tar på seg for mye ansvar i vanskelige situasjoner for å opprettholde en nær forbindelse til sine omsorgsgivere. Silberschatz gir et eksempel på slike vanskelige forhold som kan føre til utviklingen av patogene antagelser, ved en terapirekke med en middelaldrende mann som fremdeles bodde hjemme hos sin mor. Når denne pasienten var liten var moren hans kronisk deprimert. Pasienten kunne godt huske at han så hvordan moren hadde en tendens til å bli lei seg hver gang han gikk til skolen. Etter en stund utviklet han en fobi mot å gå på skolen, slik at han måtte være hjemme hos sin mor. Silberschatz ser denne pasienten som å ha utviklet en patogen antagelse om at han vil få sin mor til å bli deprimert dersom han skulle forlate henne.

Weiss (1993) hevder at alle pasienter i sterk grad er motivert til å avkrefte sine patogene antagelser og at de har en plan<sup>2</sup> for hvordan de skal oppnå dette. I utformingen av en slik plan er pasienten særlig opptatt av å unngå farer. Pasientens plan, som i følge Weiss kan være bevisst eller ubevisst, organiserer pasientens atferd i terapien. Så lenge terapisisituasjonen oppleves som utrygg, vil pasienten begrense utfordringen av sine patogene antagelser. En viktig grunn til at pasienter legger slike patogene begrensninger på seg selv er at de ofte er redde for å skade terapeuten på samme måte som man tidligere har opplevd å skade andre (Bush, 2005). Bush nevner som eksempel på dette en terapirekke med en kvinne som fremstilte seg selv som mindre smart enn hun egentlig var. Et minne som sto særlig sterkt hos denne kvinnen, var at foreldrene pleide å kalle hennes bror en idiot. Hun forsøkte som barn å nedtone sine egne intellektuelle evner, for å hindre at brorens intellektuelle svakhet

---

2. Det bør her påpekes at det engelske ordet "plan" brukes mer løst enn det norske, og at det i mindre grad refererer til en klar utforming av noe som skal utføres.



skulle bli fremhevet. Bush ser disse erfaringene som å ha forårsaket utviklingen av en patogen antagelse om at hun vil skade andre hvis hun viser hvor smart hun egentlig er. Dette viste seg i terapisisituasjonen ved at pasienten i stor grad nedtonet sine egne intellektuelle evner, og sa for eksempel at hun hadde glemte hvilke bøker hun nylig hadde lest dersom terapeuten spurte om dette. Denne nedtoningen kan ifølge Bush forstås som at pasienten forsøkte å beskytte terapeuten fra sin "farlige" intellektuelle yteevne.

Hvordan kan pasienten avkrefte sine patogene antagelser i terapisisituasjonen? Silberschatz ser her pasientens *testing* av terapeuten som å være av særlig betydning. Dette kan enten skje gjennom en overføringstest eller en passiv-til-aktiv test. I en overføringstest forsøker pasienten å finne ut om terapeuten vil behandle han på den samme ubehagelige måten som andre, gjerne tidligere omsorgsgivere, har gjort. Man kan for eksempel tenke seg at kvinnen som gikk i terapi hos Bush (2005), tidvis vil forsøke å vise intellektuell selvhevdelse, og dermed teste ut sin patogene antagelse. På denne måten kan hun teste ut om terapeuten vil ta skade av at hun er smart, slik hun tidligere opplevde at broren ble skadet. Består terapeuten en slik test, vil pasienten oppleve at det er trygt å vise intellektuell selvhevdelse, og hun vil kunne komme med en ny, mer modig test.

I en passiv-til-aktiv test inntar pasienten selv rollen som den traumatiserende personen, og plasserer terapeuten i rollen som en selv tidligere hadde. For eksempel kan kvinnen i det nevnte eksempelet kunne innta rollen som sine kritiske foreldre, og kanskje kalle terapeuten for en idiot og kritisere han sterkt når han ikke forstår noe. Skal terapeuten bestå en slik test, må han vise at han mestrer at en kritisk holdning rettes mot han. På denne måten tester pasienten terapeuten for å se om han klarer å takle den vaskelige situasjonen på en mer effektiv måte enn det hun selv klarte (Silberschatz, 2005a).

Terapeutens første utfordring i møtet med pasienten er å forstå pasientens personlige mål og de patogene antagelsene som hindrer oppnåelsen av disse målene (Bloomberg-Fretter, 2005). Av særlig viktighet er det at terapeuten får en viss oversikt over pasientens plan, slik at han kan forstå og fange opp tester som blir gitt han. Med en slik oversikt kan terapeuten skreddersy sin væremåte og sin teknikk til den enkelte pasient. Kontroll-mestringsteori har dermed en idiosynkratisk tilnærming til teknikk, i det den hevder man kun kan utforme hensiktsmessig teknikk i møtet med den enkelte pasient.

### *Kritikk av kontroll-mestringsteori – en for enkel løsning?*

En innvending som kan rettes mot kontroll-mestringsteori er at den overvurderer terapeutens evne til å forstå pasientens plan og tester. Wachtel og DeMichele (1998) ser kontroll-mestringsteori som å gi Alexander og French (1946) sin kliniske tilnærming en ny språkdrakt. På samme måte som terapeuten hos Alexander og French skulle oppføre seg motsatt av tidligere omsorgsgivere slik at pasienten kunne få en korrektiv emosjonell erfaring, skal man innen kontroll-mestringsteori forstå pasientens plan slik at terapeuten kan oppføre seg på en måte som vil avkrefte patogene antagelser. I begge tilfeller skal terapeuten, i følge Wachtel og DeMichele, manipulere sin atferd slik at gamle mønstre blir brutt.

Kontroll-mestringsteori kan videre kanskje stå i fare for å overvurdere terapeutens evne til å forstå pasientens intensjoner. Som blant annet Mitchell (1997) har påpekt, er terapeuten innkapslet i terapisisituasjonen, og det er bare fra dette – ofte forvirrende – ståstedet terapeuten kan prøve å forstå hva som utspiller seg. Vi kan i tillegg innvende at terapeuten vanskelig kan stå fritt til å velge å reagere akkurat slik han selv vil overfor pasienten. Hvis pasienten for eksempel i en passiv-til-aktiv test retter aggresjon mot terapeuten, sier denne teorien at terapeuten rett og slett skal mestre å få denne aggresjonen mot seg (Silberschatz, 2005a). Vi opplever at teorien i sterkere grad bør vektlegge hvordan terapeuten uunngåelig vil bli trukket inn i pasientens intense og sterke følelser og at det å innta en endringsbefordrende holdning, for eksempel ved å mestre å bli utsatt for aggresjon, ofte er hardt arbeid som tar tid. Vi kan her nevne Greenberg (1991) sitt begrep om “optimal tension”, hvor han betoner at terapeuten må representere noe *gammelt*, så vel som noe nytt. I lys av dette kan vi spørre oss om terapeuten inspirert av kontroll-mestringsteori kan bli for opptatt av raskt å være ny og annerledes, i den grad at det som skjer i terapien for pasienten kan komme til å fremstå som et mirakel, uten rot i virkeligheten.

Det kan være relevant å komme inn på Weiss (1993) sitt svar på denne typen kritikk mot kontroll-mestringsteori. Han understreker at han ikke hevder at terapeuten på forhånd kan vite pasientens plan og tester. Imidlertid kan terapeuten få en god indikasjon på hvorvidt hans responser og atferd bidrar til å avkrefte patogene antagelser gjennom pasientens væremåte. Ved beståtte tester vil pasienten bli mindre angstpreget, bli mer modig og oppnå mer innsikt (Weiss, 2002). Kontroll-mestringsteori har i tillegg funnet empirisk støtte for at terapeuter kan identifisere tester (Silberschatz, 2005b). I en studie (Silberschatz & Curtis, 1993) fant man for eksempel at observatører kunne identifisere tester

og hvorvidt disse ble bestått på en reliabel måte. Videre fant man en statistisk signifikant sammenheng mellom beståtte tester og at pasienten ble mer produktiv, modig og avslappet.

## Avslutning: Det tekniske og det personlige i terapi

Vi har i det foregående sett nærmere på tre tilnærminger som alle prøver å kombinere relasjonell tenkning med tekniske retningslinjer. Lykkes Safran og Muran, McWilliams og San Francisco Psychotherapy Research Group med å ivareta den relasjonelle psykoanalysens vektlegging av det unike samspillet til hvert pasient-terapeut par? Vi vil argumentere for at alle de tre tilnærmingenes tekniske retningslinjer er i overensstemmelse med relasjonell tenkning. De setter alle den relasjonelle samhandlingen som terapiens fokus, og deres tekniske begreper som metakommunikasjon og testing er relasjonelle av natur. Det bør imidlertid betones at en stringent og rigid anvendelse av slike teknikker alltid vil medføre at det terapeutiske samspillet står i fare for å komme ut av fokus. En slik bruk av teknikk er ikke i overensstemmelse med relasjonell tenkning, selv om de tekniske retningslinjene i utgangspunktet er det. Vi ser det som en forutsetning at terapeuten forholder seg undrende og kritisk til sin forståelse av hva som skjer i terapisisuasjonen, dersom han skal klare å balansere en teknisk tilnærming med et relasjonelt fokus.

Det vil ikke alltid være like lett å skille mellom teknikk og ikke-teknikk i det kliniske møtet. Eksempelvis vil terapeutenes tolkninger gjerne ha en teknisk form, men tolkningen er også et subjektivt uttrykk, og vil bli lest som dette av pasienten (Aron, 1996). Vi er enig med relasjonell teori som hevder at all terapeutisk samhandling er et uttrykk for en høyst personlig relasjonell forhandling (se for eksempel Pizer, 1998), men vi oppfatter også at tekniske og formelle aspekter ser ut til å legge rammen for, og å være en integrert del av denne samhandlingen.

Dette medfører at hvordan Safran og Muran sine tekniske retningslinjer, McWilliams sitt karakterperspektiv, og kontroll-mestringsteori blir benyttet og hvilken mening teknikken får, nødvendigvis vil avhenge av mange subjektive og relasjonelle faktorer. Kanskje ligger noe av endringspotensialet i terapi nettopp i at det er et så nært forhold mellom det tekniske og det personlige? Aron (1996) ser ut til å mene det:

It is ... precisely because the subjective element is contained within a technical intervention that it is transformed from being simply an idio-

syncratic emotional response on the analyst's part into an analytic intervention carrying a sense of dialectical objectivity ... and it is this mix of the personal and the technical that potentially generates its transformative analytic power. (s. 93)

I dette perspektivet er både tekniske og ikke-tekniske faktorer viktige for å frembringe endring. Uten det subjektive kan det kliniske møtet bli for lite emosjonelt. Uten det formaliserte og tekniske kan intervensjonene mangle tyngde. Sammen vil disse elementene kunne tilføre terapisisuasjonen en berikende spenning. Kontrasten mellom disse kan være noe av det som gjør terapisisuasjonen spesiell. Det er i kontrast til terapiens rammer at det spontane uttrykket henter sin kraft (Hoffman, 1996). Teknikk tilfører terapisisuasjonen flere "*checks and balances*" (Aron, 1999b, s. 25), og reduserer faren for at terapi bare blir et rent personlig møte.

Det blir med dette av stor betydning at terapeuten klarer å opprettholde balansen – eller å bevare spenningen – mellom det tekniske og det personlige. En utfordring for den relasjonelle terapeuten er fleksibelt å kunne benytte teknikker for å fremme endring, men samtidig være åpent og reflektert til stede i et personlig samspill. Noen ganger vil balansen mellom det tekniske og det ikke-tekniske forskyves for mye i en retning, og spenningen vil da stå i fare for å forsvinne. Et eksempel på dette kan være der terapeuten i for stor grad blir fokusert på pasientens diagnose, og i sine forsøk på å anvende korrekt teknikker mister det intersubjektive samspillet av syne. Et eksempel på det motsatte kan være der terapeuten for ofte og for ukritisk selvavslører egne følelser, og gjennom dette i for stor grad nedtoner formelle aspekter. Terapeuten har dermed som en sentral oppgave å finne en egen måte å balansere det tekniske og det personlige på. Hvordan denne balansen ser ut, er sannsynligvis noe som vil variere fra terapirelasjon til terapirelasjon.

## Referanser

- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Roland Press.
- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Benjamin, J. (2004). Beyond doer and done to: An intersubjective view of thirdness. *Psychoanalytic Quarterly*, 73, 5-46.
- Bloomberg-Fretter, P. (2005). Clinical use of the plan formulation in long-term psychotherapy. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative Relationships*. New York: Routledge.

- Bush, M. (2005). The role of unconscious guilt in psychopathology and in psychotherapy. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative Relationships*. New York: Routledge.
- Frank, K. A. (1999). *Psychoanalytic Participation*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge: Harvard University Press.
- Greenberg, J. (1991). *Oedipus and Beyond*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Greenberg, J. (2001). The analyst's participation: A new look. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 359-381.
- Hoffman, I. Z. (1996). The intimate and ironic authority of the psychoanalyst's presence. *Psychoanalytic Quarterly*, 65, 102-136.
- Hoffman, I. Z. (1998). *Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical – Constructivist View*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Maroda, K. J. (1999). *Seduction, Surrender, and Transformation*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. New York: The Guilford Press.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Mills, J. (2005). A critique of relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 155-188.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1993). *Hope and Dread in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influence and Autonomy in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Pizer, S. A. (1998). *Building Bridges: The Negotiation of Paradox in Psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Reich, W. (1933/1972). *Character Analysis*. New York: Farrar, Straus, & Giroux.
- Renik, O. (1999). Analytic interaction: Conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. In S. A. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational Psychoanalysis: The Emergence of a Tradition* (407-424). New York: Analytic Press.
- Safran, J. D. (2001). When worlds collide: psychoanalysis and the empirically supported treatment movement. *Psychoanalytic Dialogues*, 11, 659-681.
- Safran, J. D. (2002a). Brief Relational Psychoanalytic Treatment. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 171-195.
- Safran, J. D. (2002b). Reply to Commentaries. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 235-258.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J. D. (2003). The relational turn, the therapeutic alliance, and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, 39, 449-475.
- Silberschatz, G. (2005a). The control-mastery theory. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative Relationships*. New York: Routledge.
- Silberschatz, G. (2005b). An overview of research on control-mastery theory. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative Relationships*. New York: Routledge.
- Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 403-411.

- Wachtel, P. L., DeMichele, A. (1998). Unconscious plan or unconscious conflict?: Commentary on Joseph Weiss's paper. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 429-442.
- Warren, S. C. (2002). Serving Ambivalence: Commentary on Paper by Jeremy Safran. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 197-206.
- Weiss, J. (1993). *How Psychotherapy works: Process and Technique*. New York: Guilford Press.
- Weiss, J. (2002). Control-Mastery Theory. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy*, vol. 1 (pp. 545-549). New York: Elsevier Science.

## Abstract

Leif Normann og Christoffer Hjertaas: Relational psychoanalysis and the question of technique

*This article explores whether the time has come to formulate specific relational psychoanalytic techniques. Leading relational theorists have thus far been skeptical towards the use of technique, and they have emphasized how a technical approach can limit the interaction between therapist and patient. Recently however, many theorists have argued for the necessity of developing relational psychoanalytic techniques, and in this article we examine three such attempts: Safran and Muran's BRPT, McWilliams character based approach, and control-mastery theory. We present these three approaches, and discuss whether they are in accordance with the relational psychoanalytic emphasis on the unique quality of each therapeutic dyad.*

*Keywords: relation, psychotherapy, technique*

# Evidensen er kommet for at blive

Matrix, 2009; 4, 459-465

Stefan Czartoryski

*Essayet handler om, hvordan vi som psykologer er nødt til at forholde os til vores eget metodiske ståsted. Er det en psykoterapeutisk metode, der er velundersøgt og har empirisk belæg? Eller er metoden i højere grad udtryk for hævdvundne terapeutiske ideer, der måske mest af alt er en god historie? Essayet lægger op til, at vi som nordiske psykologer vil være tjent med en fælles holdning til noget så kompliceret som terapi og evidens. Dette felt fortjener en fortsat diskussion.*

## Etisk pligt

Psykologisk praksis er i høj grad en etisk funderet praksis. Som psykologer vedkender vi os de nordiske etikregler for psykologer, der indeholder en række retningslinjer for vores arbejde som psykologer (Dansk Psykolog Forening, 2000). Vi forpligter os til at arbejde kompetent ud fra videnskabeligt underbyggede metoder med respekt for klientens holdninger og behov. Vi har ansvar for at beskytte klienten i terapien og ikke udsætte denne for teknikker, der mangler videnskabelig underbygning. For at følge disse retningslinjer er vi nødt til som faggruppe at forholde os til vores psykoterapeutiske metode. Uanset hvordan vi er inspirerede fagligt, og hvad vi som enkeltpersoner synes om af terapeutiske skoler, må vi forholde os til den specifikke psykoterapeutiske metodes grundlag. Er metoden udtryk for en god historie, der er hævdvunden gennem traditioner over årtier, eller er dens berettigelse funderet i videnskabeligt velundersøgte metoder? Som kliniker er det min holdning, at man må vise ydmyghed over for sit eget metodiske ståsted, og ikke som Ikaros flyve højere end vingerne bærer. Man må forholde sig til, om ens metode opfylder de oven-

*Stefan Czartoryski, cand.psych.aut. Psykiatrisk Center Sct. Hans, Afd. L., Boserupvej 2, 4000 Roskilde, direkte tlf.: +45 4633 4850, e-mail: [stefan.czartoryski@shh.regionh.dk](mailto:stefan.czartoryski@shh.regionh.dk) Web: [www.psykiatri-regionh.dk](http://www.psykiatri-regionh.dk)*

Evidensen er kommet for at blive

nævnte etiske retningslinjer, så man med respekt for klienten og egen integritet praktiserer ud fra det bedst mulige grundlag. Netop i den sammenhæng er det vigtigt at overveje, hvordan man som psykolog kan kvalificere sin metodiske praksis. Nedenfor vil jeg argumentere for, at evidensbegrebet er det hidtil bedste redskab, vi som faggruppe, har til rådighed.

## Den vigtige diskussion

Der foregår en vigtig diskussion inden for psykologverdenen for og imod evidensbaseret psykologisk behandling (se fx Hougaard, 2007, Møhl & La Cour, 2008, Søndergaard, 2009 og Zachariae, 2007). Denne diskussion er vigtig at forholde sig til, da vi som psykologer har interesse i at tilbyde den bedst kvalificerede behandling til vores patienter. Endvidere har vi som faggruppe brug for at markere os sundhedsøkonomisk for at få tildelt ressourcer til behandling. Her er evidensbegrebet efterhånden blevet et tungtvejende argument i forhandlinger om budgetter. "Virker det?" er typisk første spørgsmål, man møder som behandler, og derfor er det rart, når man med ro i stemmen kan svare et sikkert "ja, det er en velundersøgt metode".

Samtidigt er det vigtigt at diskutere, *hvordan* vores terapeutiske metoder virker; psykoterapi generelt og særlige metoder specifikt. Desværre ender disse diskussioner ofte med en enten/eller position. Enten afvises idéen om evidens (da.: belæg) for en terapeutisk intervention som en umulig konstruktion, der overser den unikke, hermeneutiske proces. Eller også ender diskussionen i en position, hvor kriteriet om evidens for manualbaserede metoder bliver hovedargumentet, der berettiger én metode frem for en anden.

Jeg vil gerne argumentere for en nuancering af evidensbegrebet, da jeg mener, det er en kompleks størrelse, som kan og bør berige vores faglige praksis. Jeg mener, der er en række fordomme omkring evidensbegrebet, som bør diskuteres. Heldigvis er det ikke længere primært den kognitive adfærdsterapi, der kan bryste sig af evidens for effekt af terapien. Nu er også den psykodynamiske tradition ved at få øjnene op for betydningen af at markere sig på dette område (se fx Pedersen & Katznelson, 2009).

## En videnskabelig disciplin

Siden 1896 har der med Witmer været et fortløbende fokus på at kvalificere psykologiske metoder videnskabeligt (American Psychological Association, 2005). Ideen om evidensbaseret medicinsk behandling blev overraskende sent



formuleret i 1992, og siden har man set udviklingen af Cochrane-samarbejdet, referenceprogrammer og hele ideen om evidensbaseret behandling (Hougaard, 2008a).

I 2005 formulerede den amerikanske psykologforening APA (American Psychological Association), som er toneangivende for mange landes psykologer, en række betænkninger vedrørende evidensbegrebet for at vejlede den bedst mulige psykologiske praksis (APA, 2005).

Siden 1992 har APA nedsat flere udvalg, som over en årrække har diskuteret evidensbegrebet for at prøve at samle forskellige terapeutiske skolars holdninger i én formulering.

Kort sagt er APA's anbefaling at anerkende begrebet som en vigtig guideline i terapi. Ifølge APA (ibid.) er psykologisk evidensbaseret behandling (EBPP) et spørgsmål om, at psykoterapien befinder sig i et tredelt spændingsfelt mellem *forskningsresultater, klinikerens vurdering og patientens præferencer*. Det er inden for denne metodiske ramme, en psykolog må arbejde for at kunne påberåbe sig en evidensbaseret praksis.

## Manualterapi?

En almindelig fordom mod EBPP er, at det bliver kogebovs- eller manualterapi, hvor psykologen lige så godt kunne udskiftes med en computer, der stod for terapien. Som det ses af APA's definition af evidensbegrebet, er det netop meningen, at klinikerens individuelle vurderinger har en central rolle for evidensen i behandlingen. Ligesom patientens værdier og behov, der skal høres. Der er altså ingen modsætning mellem individuel klinisk vurdering, opmærksomhed på den aktuelle dynamik og hermeneutik, kognitive forvrængninger eller diskurs i terapien og så den vedtagne definition af evidensbegrebet (ibid.). Det ene forudsætter det andet.

Man er nødt til som terapeut at foretage en individuel vurdering af sin terapeutiske tilgang for at kunne påberåbe sig evidensbaseret praksis. Samtidigt med et fokus på tilgængelig forskningsbaseret viden og patientens præferencer. Det er dette kompromis af de tre nævnte faktorer, der gør terapien evidensbaseret.

Kritikken går ofte på, at der vil ske en ensretning af psykoterapi mod det strikt evidensbaserede med en følgende udelukkelse af metoder, der ikke beror på evidens. Her er det vigtigt at understrege, at der er mange former for anerkendt forskning, der er værdifulde. Endvidere, at der er en udbredt holdning i forskningsverdenen om, at manglende evidens betyder *ikke*, at terapien er nyt-

Evidensen er kommet for at blive

teløs. Den er bare ikke undersøgt endnu. APA (ibid.) beskriver hen ved 10 forskellige metoder, der alle har deres berettigelse. Sagen er, at deres anvendelighed er forskellig. Af relevante forskningsmetoder kan nævnes: Kliniske observationer, kvalitative undersøgelser, casestudier, ekspertvurderinger, befolkningsundersøgelser, processtudier, stringente empiriske undersøgelser, herunder quasiekspirimentet og randomiserede kontrollerede trials (RCT) samt metaanalyser af RCT's. Alle disse metoder er anerkendte og værdifulde. Enten for at generere viden eller for at teste den i forskellige sammenhænge.

Det er efter min opfattelse synd at afvise evidensbegrebet som en uanvendelig størrelse i psykoterapi, da dette kriterium netop er med til at berige vores praksis. Evidens for effekt i forskningssammenhænge benævnes *treatment efficacy*, mens brugbarhed uden for laboratoriet i hverdagens praksis benævnes *clinical utility*. Der er forskel på de to størrelser, og der er stor opmærksomhed og ydmyghed omkring dette i forskningsverdenen. Det kan godt være, at der findes manualer for terapeutisk praksis, men de er primært rettet mod stringente forskningsforsøg, hvor man skal være sikker på, at forsøgspersonerne får den samme intervention (Hougaard, 2008b). Personligt arbejder jeg ud fra et kognitivt adfærdsterapeutisk grundlag, og jeg har aldrig brugt en manual i klinikken.

## Velundersøgte metoder

Forskning i psykoterapi er et kompliceret og vigtigt felt, som fortjener almen psykologinteresse. Studier af interventioner tager mange år at udvikle og undersøge, og ofte er resultaterne flere år gamle, når de publiceres. Forskningsmetoder udvikler sig hele tiden, og det er derfor svært at lave stringente, aktuelle undersøgelser, hvor man ikke bliver nødt til at udelukke mange resultater på grund af frafald eller andre fejlkilder. Kognitiv adfærdsterapi er på det foreliggende en af de bedst undersøgte psykologiske metoder, og der sker en fortsat metodisk udvikling af de studier, der skal evaluere denne behandlingsform (Czartoryski, *in press* og 2009).

En anden indvending mod kognitiv adfærdsterapi er, at metoden efterhånden har bredt sig over så forskellige domæner, at det er svært at afgøre, hvad der egentligt er kognitiv adfærdsterapi. Dette er efter min mening et interessant kritikpunkt, der forudsætter, at studier af kognitiv terapi bruger tid på at definere deres metodiske begreber. Kognitiv terapi er i dag mange ting, og interesserede læsere kan med fordel starte med de grundlæggende ideer og teknikker i Beck (2007) og Padesky & Greenberger (2008). Gennemgående er der

fokus på *eksponering*, *omstrukturering* og *response prevention*, men kognitiv adfærdsterapi er dog meget mere end det, og fortjener efter min mening interesse som en etisk og metodisk velfunderet praksis.

Der er forskellige måder at gribe patientens problem an på terapeutisk. Man kan arbejde dynamisk, kognitivt eller narrativt for nu at nævne nogle retninger. Og der er ret sikkert flere, der virker. Nogle gange afhænger effekten af terapien af det problem, der præsenteres. Er det fx en afgrænset angstproblematik eller en bredere personlighedsproblematik? Personligt tror jeg, at det er brugbart at bevare sin metodiske åbenhed og lade sig inspirere af forskellige velunderbyggede metoder. Som de fem blinde mænd, der rører ved hver deres del af en elefant, er man som psykolog begrænset af sit eget metodiske ståsted eller oplevelsesfelt og må passe på ikke at falde for *Vishedens Fristelse*, som den chilenske biolog og filosof Humberto Maturana (1992) formulerer det. Vi må som psykologer passe på ikke at påberåbe os *sandheden*, bare fordi vi med fx den kognitive terapi har god evidens for effekten af vores metode over for en række psykiske problemer. Vi ved måske, at den kognitive terapi virker, men der er sikkert andre perspektiver, der er brugbare.

Det er således glædeligt som tilhænger af evidensbegrebet at forstå, at den psykodynamiske terapi er ved at være godt med i forhold til evidensundersøgelser. Bateman og Fonagys *mentalisering* (2007) som behandlingsmetode er velundersøgt empirisk (Bateman & Fonagy, 2008). I forhold til behandling af emotionelt ustabile personlighedsforstyrrelser, impulsiv og borderline type, F60.3 findes der i dag ligeledes en model inden for kognitiv adfærdsterapi: DAT – Dialektisk Adfærdsterapi, der bygger på Marsha Linehans forskningsbaserede metode fra USA. Metoden er blevet tilpasset skandinaviske forhold af svenskerne med Kåver og Nilsonne (2004) som hovedpersoner. Psykologens metodiske ståsted er efter min mening i høj grad et spørgsmål om sympati og dermed æstetik og moral. Hvilken metode tiltaler én som fagperson, og hvilket problemfelt interesserer man sig for?

## En nordisk holdning?

Evidensbegrebet er lidt uheldigt blevet brugt til at fremhæve den ene metode frem for den anden, hvor jeg i stedet synes, at vi med psykologien som videnskabeligt funderet disciplin bør bryste os af, at vi i det hele taget har god dokumentation for, at noget så komplekst som psykoterapi virker (Hougaard, 2008a). Jeg finder det indlysende, at flere psykologiske behandlingsmetoder er virksomme, og frem for at diskutere, hvad der virker bedst, synes jeg, at vi som

Evidensen er kommet for at blive

psykologer skal forene os bag en anerkendelse af evidensbegrebet, og arbejde for at dokumentere, *hvilke* terapeutiske teknikker, der uanset metode er virk-somme. Efter min mening er det oplagt, at de nordiske psykologforeninger påtager sig denne opgave med at formulere en fælles faglig nordisk holdning til evidensbegrebet i stil med APA. Det vil styrke etikken i vores arbejde og vo-res faglige position.

## Litteratur

- APA/American Psychological Association (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practise. Download fra [www.apa.org](http://www.apa.org)
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse: en praktisk guide. Akademisk Forlag.
- Bateman, A & Fonagy, P. (2008). 8-year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry* 165: 631-638.
- Beck, J. (2007). Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion. Akademisk forlag.
- Czartoryski, S. (2009). At tale med stemmerne. *Psykolog Nyt* 12: 16-21
- Czartoryski, S. (in press). At svare stemmerne: Kognitiv adfærdsterapi ved hørehallucinationer. *Matrix: Nordisk Tidsskrift for Psykoterapi*.
- Dansk Psykolog Forening (2000). Ethiske principper for nordiske psykologer. Download fra [www.dp.dk](http://www.dp.dk)
- Hougaard, E. (2007). Evidens: Noget for psykologer? *Psykolog Nyt* 20: 15-21.
- Hougaard, E. (2008a). Evidenskravet i psykoterapi. *Psyke & Logos* 1: 100-125.
- Hougaard, E. et al. (2008b). Hvad virker i psykoterapi? *Psykolog Nyt* 17: 18-25.
- Kåver, A. & Nilsson, Å. (2004). Grundbog i dialektisk adfærdsterapi – teori, strategi og teknik. Dansk psykologisk Forlag.
- Maturana, H. (1992). The tree of knowledge: the biological root of human understanding. Shambala.
- Møhl, B. & la Cour, P. (2008). Nogle kritiske vinkler på EBM-logikken. *Psyke & Logos* 1: 126-151.
- Padesky, C. A. & Greenberger, D. (2008). Følelser med fornuft: at styre hvad du føler ved at styre hvad du tænker. Klim.
- Pedersen, S. H. & Katznelson, H. (2009). Psykodynamisk terapi – og evidens! *Psykolog Nyt* 14: 8-14.
- Søndergaard, P. (2009). Kritik af evidenskravet i psykoterapi. *Psykolog Nyt* 8: 20-23.
- Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt* 12: 16-25.

## Abstract

Stefan Czartoryski: The evidence has come to stay

*This article discusses how the position of Evidence Based Psychological Practise (EBPP) might be an appropriate way to regard the question of evidence in psychotherapy. The American Psychological Association has developed a definition, which is discussed together with the ethical principles for Nordic psychologists.*

*Keywords: Etik, evidens, psykoterapi*

## Interessekonflikter

Artiklen er i en lidt forarbejdet form tidligere bragt i det danske Psykolog Nyt nr. 16 under titlen: "Evidens – et etisk valg". Der er givet tilladelse herfra til at bringe indlægget i Matrix.

# Boganmeldelse

## Om psykoser och psykosbehandling

Sonja Levander  
Mareld förlag, 2007

Matrix, 2009; 4, 466-469

Recension av Hanna Sitter Randén

Under de senaste 30 åren har det i Norden arbetats fram olika nya behandlingsupplägg och vårdprogram för psykosbehandling. I Sverige gjordes en stor satsning på behandling av förstagångspsykotiska patienter, det så kallade Fallskärmsprojektet. I projektet ingick testning, uppföljning och forskning.

Efter den inledande femårsperiod som låg till grund för Fallskärmsprojektet har flera av de ursprungliga behandlingsenheterna eller teamen lagts ned eller bantats betydligt. De behandlingsmodeller som ersatte Fallskärmsprojektet har ofta varit inspirerade av den kunskap som genererades där, men samtidigt har risken för kunskapsförlust

varit stor. Den typ av kunskap som växer fram inom behandlingsteam är kvalitativt annorlunda än summan av de enskilda medlemmarnas erfarenheter, och är därför speciellt sårbar inför omorganiseringar. Den våg av nya, diagnosbaserade vårdprogram som i dag sköljer över svensk psykiatri rullar just nu fram så snabbt att etablerad kunskap riskeras att drunkna eller glömmas redan innan den hunnit forskas klart, dokumenteras och publiceras.

Det är därför med glädje som jag läst Sonja Levanders bok *Om psykoser och psykosbehandling*. Här redogör författaren för erfarenheterna från Fallskärmprojektet, samtidigt som hon ger en bred presentation av dagens kunskaper

*Hanna Sitter Randén, psykospsykoterapeut, klinisk pedagog och handledare, psykoteraipenheten södra Stockholms psykiatri samt privat praktik. hanna.sitter@randen.net*

inom fältet psykos och psykosbehandling. Boken är kortfattad och direkt och präglas av en språklig enkelhet. Den kan med utbyte läsas inte enbart av fackpersoner utan också av politiker, anhöriga och patienter. Att skriva om psykosor så att det blir begripligt är inte bara en konst i sig, utan bidrar i hög grad till att motverka den risk för stigmatisering och utanförskap som ett psykosgenombrott kan föra med sig.

Psykologen och psykoanalytikern Sonja Levander har utbildat, inspirerat och handledt många av de behandlingsteam och terapeuter som i dag arbetar med psykosbehandling och psykospsykoterapi i Sverige. Tillsammans med professor Johan Cullberg har hon forskat på data från Fallskärmsprojektet. Under många år arbetade hon som psykolog och handledare vid "Soteria Nacka", ett kris- och behandlingshem som ingick i Fallskärmsprojektet. Bokens kliniska illustrationer är inspirerade av författarens samarbete med Soterias personal och patienter. Läsaren erbjuds en modell för förståelse av psykos och en beskrivning av olika faser i ett psykosförlopp, från de första upplevelserna av att "något är annorlunda", via en inte sällan onödigt lång fas av obehandlad psykos genom olika faser av behandlingen mot en möjlig väg till

återhämtning. Under den ganska grovkalibrerade diagnosen "psykos" visar Sonja Levander oss att det rymmer många olika personlighetsstrukturer, och att behandlingsbehoven kan se ganska olika ut. En på lång sikt väl fungerande psykosbehandling måste anpassas till den enskilda individens personlighet och historia och samtidigt ta hänsyn till var han eller hon befinner sig i sina nutidiga relationer. Till nutiden hör även relationerna till vården och samhället i övrigt. Kontinuitet inom vården samt ett fungerande samarbete mellan olika hjälpanstanser är förutsättningar för en optimal behandling. Samverkan både inom den psykiatriska personalgruppen eller behandlingsteamet och i förhållande till vårdgrannar problematiseras och diskuteras i boken. Ömsesidig respekt blir här nyckelord.

Krisperspektivet får en bred och väl behövlig plats i framställningen. Ett psykosgenombrott är alltid en flerdubbel kris: ofta finns en utlösande faktor som patienten upplever som ett trauma. Själva psykosgenombrottet innebär i sig en kris både för patienten och omgivningen, och mötet med psykiatrin blir för många ytterligare en kris. Inte sällan visar det sig dessutom att det längre tillbaka i patientens historia kan finnas en tidigare kris, som tematiskt är relaterad till den kris

som utlöste psykosen. Boken bjuder på konkreta exempel och modeller för hur en god psykosvård kan organiseras så att personalens bemötande kan motverka att patienten ytterligare traumatiseras i mötet med psykiatrin. Samtidigt skapas förutsättningar för hopp och återhämtning. Centralt i mötet med patienten står ett terapeutiskt och pedagogiskt arbete med problemformulering. Med respekt och följsamhet, och inte minst tillräckligt med tid, skapas tillsammans med patienten en problemformulering, som i sin tur blir utgångspunkt för vidare behandling, undersökningar och justeringar. Om patienten själv har svårt att formulera sig med ord, så kan anhöriga och personal kanske hjälpa till. Denna början skapar optimala förutsättningar för en framtida hållbar behandlingsallians. Med hjälp av kliniska exempel ger Sonja Levander läsaren inblick i hur arbetet med problemformulering kan gå till, och även hur diskussioner beträffande medicinering kan ingå i detta. Hon beskriver olika typer av psykospsykoterapier och redogör för riktlinjer beträffande val av psykoterapiform. Hon tar inte ståndpunkt för någon speciell form, utan utgår från den enskilda patientens livssituation, motivation och önskemål. De fiktiva fallillustrationerna som illustrerar texten ger samti-

digt läsaren en inblick i den situation som en ung psykotisk människa kan befinna sig i.

Det förhållningssätt som problemformuleringsarbetet är uttryck för är lika användbart vid senare återfall i psykos. Paradoxalt nog kan just detta faktum ha bidragit till att en del specialenheter för förstagångpsykosers lades ned. Man ansåg att alla psykospatienter kunde tillgodogöra sig samma till synes enkla och universellt humanistiska förhållningssätt, och varför skulle man då ha specialenheter för nyinsjuknade? Sonja Levander närmar sig ett svar när hon redovisar skillnaden i behov av traditionell slutenvård under första året när kliniker med tillgång till krishem jämförs med kliniker utan speciellt anpassad slutenvård. I det första fallet var medelvärdet för slutenvårdsbehov 1 dygn per patient, i det senare 11 dygn. Det skyddade och lugna rum som psykotiska människor i kris kan behöva ha tillgång till är en bristvara inom dagens akutpsykiatri. Statistiken ovan antyder att just denna brist kan leda till en överkonsumtion av slutenvård, inte minst bland unga människor. Även det inre, skyddade rummet är hotat.

Innehållsmässigt har medicinering fått ett växande utrymme i dagens psykosbehandling, medan psykologiska behandlingsformer



oftare än förut betraktas som stödjande insatser. Tempot i de förändringar som just nu pågår är snabbare än vad vi tidigare varit med om. Mot denna bakgrund är det en njutning att ta del av Sonja Levanders beskrivning av några handled-

ningssessioner med Soterias personalgrupp. Vi behöver påminnas om att tankar, ord och handlingar som befruktar och kanske befriar behöver tid och utrymme för att växa fram, hos personalen såväl som hos patienterna.

# Identitet

## Psykologiske og kulturanalytiske perspektiver

Carsten René Jørgensen  
Hans Reitzels Forlag, 2. udgave 2009

Matrix, 2009; 4, 469-472

Anmeldt av Svein Tjelta

Carsten René Jørgensen har skrevet en bok om identitet. På 289 sider behandles på en grundig og akademisk forbildelig måte, identitet ut fra psykologiske og kulturanalytiske perspektiver. Det er kanskje det siste som gjør boken mest interessant utover de snevre profesjonsgrupper. Identitets-tematikk er i høyeste grad aktuell, spesielt i vår tid med globalisering og mye migrasjon, der etableringen av subkulturer ofte synes å være løsningen for mange fremfor

integrering med påfølgende utvikling av særegenheter og identifikatoriske markører. Med denne boken får vi en god innføring i identitetsbegrepet og tilhørende tema.

Boken er inndelt i åtte kapitler, med appendiks, anvendt litteraturliste og et fyldig stikkordsregister i tillegg. I innledningen (kap.1) risser han opp den historiske utviklingen av identitetsbegrepet, årsaker til den stigende oppmerksomheten forfatteren mener identitet får, nye

*Svein Tjelta er avtalespesialist, psykoanalytisk psykoterapeut og gruppeanalytiker i privatpraksis, Pb. 39, Bönes, 5849 Bergen. svtjelta@online.no*

identitetslidelser og psykologiske, sosiologiske og kulturkritiske perspektiver på identitet.

I kapittel 2 forsøker forfatteren å avgrense og definere identitet. Han tar for seg forskjellige oppfattelser av identiteten, ser på kompleksiteten ved begrepet i nivå, funksjon og spørsmålet om kjerneidentitet. Er identitet noe man etablerer gjennom en bestemt kultur (utenfra inn) eller formes et selv fra en kjerne (innenfra ut) eller er det relasjon og samspill fra mor-barn-unionen over triangulering og utover til søsken, venner, skole, arbeid og samfunn? Her kommer han inn på den sosiale identitet og roller og distinksjoner. Han tar for seg kollektiv identitet, kategorier til klassifikasjon av menneskelig identitet og kritiserer de klassiske identitetskategorierne. Han tar for seg identitetsstil, status og psykologisk funksjon og avslutter kapittelet med å se på begrepets normative elementer.

Kapittel 3 tar for seg samtidskultur og identitet. Jørgensen vurderer her aspekter ved globaliseringen. Han ser dette i relasjon til å møte denne og samtidig klare å opprettholde et velfungerende samfunn. Fra opplysningstiden er de vestlige samfunn blitt mer og mer sekularisert, og med individualismen er det også etablert større krav til den enkelte om utforming av egen identitet uten den rammen av verdier og

regulering som tradisjonelle religiøse og autoritære samfunn omgav individene med. I globaliseringens tidsalder møtes disse kulturutfordringene innenfor det vi kaller vestens demokratier og genererer nye utfordringer mht. samspill og integrering samt identitetsforankring mot grupper og kollektiv. Jørgensen taler om den førmoderne og den senmoderne identitet som nærmest antagonistiske størrelser. Han ser også på tilpasningskravene menneskene utsettes for i turbokapitalismens tidsalder, også i relasjon til arbeidsdeling og samfunnsmessig differensiering. Han behandler også de psykologiske omkostningene som følger av tidsånden. Lengselen etter faste punkter og visshet.

Dette leder over til kapittel 4, hvor han behandler politiske ideologier og de tilbud om identitetsvalg som fremføres her. Han diskuterer også farene som forskjellige identitetsstilbydere kan representere.

I kapittel 5 går han så inn på utviklingen av identitet og da mest fra psykologens synsvinkel. Han benytter bla. Erikson som utgangspunkt og belyser utviklingen av identitet i faser. Sist i dette kapittelet bringer han så sosialfilosofen Mead inn med sin symbolske interaksjonisme, og sosiologen Cooleys identitesforståelse. Jørgensen kategoriserer identitetstypene på fire di-

mensjoner, hierarkisk, med den modne identitet på topp. Deretter følger den overtatte (utenfra ervervede) identitet. Så har vi det identitetsmessige moratorium, et begrep Erikson utviklet på femtitallet, hvor man ikke helt kan bestemme seg for hvem man er eller vil være, deretter identitetsdiffusjonen, hvor selvbildet er ustabil og individet strever med å holde seg i hop og samle alle stemmene i koret. Dette er den mest sårbare, og mest plastiske varianten. Til sist beskriver han den negative identitet som ofte kommer til uttrykk i antagonistiske og fiendtlige holdninger til etablerte verdier og normer i grupper og samfunn.

I kapittel 6 gjennomgår Jørgensen identitetsforstyrrelser av forskjellige slag. Personlighetsforstyrrelser, ADHD, bipolare forstyrrelser osv. Han ser nærmere på identitetsdiffusjon og manifestasjoner på dette og trekker grensene mot patologi og klare psykiske lidelser.

Kapittel 7 er nok det mest aktuelle for den allment opplyste leser som er interessert i å forstå fenomenen som terrorisme, fundamentalisme og identitet. Her tas vi med inn i terroristens verden og linkes til fundamentalisme, fanatisme, terroristens psykologi og opplevde trusler mot identitet og livsform. Identitetspanikk, regressive prosesser i demokratiske samfunn og den fundamenta-

listiske mentalitet med mer.

Gjennomgående i det hele er tematiseringen av motpoler, og vanskene med å finne konsensus i perspektiver på identitet. Dette dynamiske spenningsfeltet mellom kulturelister, mer gruppesosiologiske oppfatninger på identitet, biologister/evolusjonister (psykobiologisk) og forskjellige mellomformer må vi leve med. Forfatteren gjennomgår grundig litteraturen på dette og ender selv med et standpunkt i retning av et psykologisk kjerneperspektiv. Da i betydningen identitet som medfødt potensial, altså en essentialistisk forutsetning. Den egentlige antropologiske konstant som gjennomgående deles av alle retninger ser ut til å være enigheten om at samspill og relasjoner, fra individ til gruppe og samfunnsnivå går igjen som en sterk influerende variabel i konstituering, utvikling og endring av identitet. Forfatteren utvikler sin store oversikt og kunnskap mot en klar problemformulering i våre dager: Det å leve og forholde seg til identitetsforskjeller på mange plan, og tett på livet.

Dette er en velskrevet og grundig bok som behandler et komplekst tema som identitet, på en stødig og klar måte. Han har fått med seg det meste. Var det noe jeg savnet måtte det være et kapittel om kjønnsidentitet og forskjeller, som ikke får stor

plass i boken. Noen vil kanskje også finne den litt vel akademisk i sin grundighet. Til sist savnes også en større problematisering av voldens problem i relasjon til identitet. Jørgensen beskriver forskjellene mellom det han kaller demokratisk og fundamentalistisk mentalitet (som idealtyper). Her er det spørsmål om ikke eksperimentene til Milgram, Zimbardo og nå nylig Jerry M. Burger fra Santa Clara universitetet i USA, som gjorde en mer tidsriktig rekapitulering av Milgrams eksperiment, og som kom til samme nedslående resultater som sistnevnte,

burde vært nevnt. Han burde også, synes jeg, ha fått med seg Zimbardo sin bok fra 2007 "The Lucifer Effect: Understanding how Good People Turn Evil". Imidlertid er avgrensningens problem og kunst dog noe alle forfattere møter og må streve med.

Dette er nå likevel en god lærebok som jeg tror vil kunne benyttes innenfor mange utdannelseinstitusjoner, og komme til nytte, både i praktisk klinisk arbeid og til teoretisk kunnskapservelse. Det var på tide nå med en ny lærebok om dette vanskelige og fruktbare temaet.

# psykologi-direkte

– et *gratis* tilbud til dig, som har brug for ny viden inden for det psykologiske område

**psykologi-direkte** holder dig ajour med information om de nyeste udgivelser fra Dansk psykologisk Forlag via e-mail

**psykologi-direkte** byder på gode tilbud på bøger fra Dansk psykologisk Forlag – både helt nye titler og andre bøger, som har mange læseseres interesse

**psykologi-direkte** inviterer til foredrag, gå-hjem-møder og lignende, hvor fagfolk bringer nyt inden for psykologien

**psykologi-direkte** gør det lettere og billigere at købe bøger fra Dansk psykologisk Forlag. Alle forlagets titler kan bestilles på hjemmesiden. Du får bøgerne leveret med posten uden udgifter til ekspedition og porto (i Danmark)

Tilmeld dig på

**[www.psykologi-direkte.dk](http://www.psykologi-direkte.dk)**

og få straks glæde af de mange fordele



# Matrix

Nordisk tidsskrift for psykoterapi

## – få en gratis bog ved køb af årsabonnement 2010\*

MATRIX er et alment psykoterapeutisk tidsskrift – et forum for fremlæggelse og drøftelse af psykoterapeutiske emner og problemstillinger i bred forstand.

MATRIX byder på oversigtsartikler, artikler om nye teoriudviklinger og forskningsresultater, refleksioner over klinisk materiale og erfaringer, debat, faglige og personlige funderinger, boganmeldelser, kongresomtaler mv.

MATRIX skaber dialog både imellem psykoterapeutiske skoler og imellem psykoterapien og andre fagområder.

MATRIX skrives på dansk, norsk og svensk.

MATRIX årgang 2010

4 numre • Pris kr. 450,00 kr. inkl. moms.

**GRATIS  
BOG\*\***



Ved køb af et årsabonnement for året 2010 får du helt gratis bogen **RÅDGIVNING OG TERAPI MED BØRN**, værdi: 348 DKK.

Bogen vil blive leveret med MATRIX nr. 1, 2010.

\* Tilbuddet gælder kun kunder, der ikke har haft abonnement på MATRIX de sidste 6 måneder.

\*\* Ved køb af årsabonnement 2010



DANSK PSYKOLOGISK FORLAG  
KONGEVEJEN 155 · 2830 VIRUM · TLF. 3538 1655 · FAX 3538 1665 · INFO@DPF.DK · WWW.DPF.DK